Peter Lehmann

Aktuelle Menschenrechtsverletzungen in der Psychiatrie in Deutschland

Menschenrechtsverletzungen in der Schulpsychiatrie sind weltweit an der Tagesordnung: Verweigerung milderer Mittel, die denselben Zweck erfüllen; Körperverletzung durch Verabreichung von Psychopharmaka und Elektroschocks unter Anwendung formeller körperlicher Gewalt oder informeller Gewalt: Verabreichung ohne Information über deren Risiken und Schäden, das heißt ohne rechtswirksame informierte Zustimmung; Vorenthaltung von Informationen über die Gefahr der körperlichen Abhängigkeit von Antidepressiva und Neuroleptika; Vorenthaltung von Unterstützung beim Absetzen dieser Psychopharmaka. Kompetente Hilfen bei deren Reduktion und Absetzen und nicht-psychopharmakologische und menschenrechtsorientierte Hilfen für Menschen in akuten psychischen Notlagen sind absolute Mangelware.

Psychiatrischer Zwang und UN-Behindertenrechtskonvention

Die Garantie der Menschenrechte aller Menschen als unteilbares Rechtsgut ist in der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte enthalten, die die Generalversammlung der Vereinten Nationen 1948 verabschiedete und die 1976 im Internationalen Pakt über bürgerliche und politische Rechte (»Zivilpakt«) in völkerrechtlich verbindlicher Form in Kraft trat.

Der Zivilpakt garantiert Schutz- und Freiheitsrechte, darunter die Rechte auf Leben und körperliche Unversehrtheit, auf Schutz vor Folter, Sklaverei sowie staatlicher Willkür und die Rechte auf Gedanken-, Religions- und Weltanschauungs-, Meinungsäußerungs-, Versammlungs- und Vereinigungsfreiheit. Dieselben Rechte beinhaltet die »Konvention zum Schutz der Menschenrechte und Grundfreiheiten« (»Europäische Menschenrechtskonvention« – EMRK), die der Europarat 1950 verabschiedete und die 1953 in Kraft trat. Auch die Verfassungen der Nationalstaaten halten diese Rechte fest.

Nichtsdestotrotz werden weltweit die Menschenrechte psychiatrischer Patientinnen und Patienten missachtet. Um – unter anderem – ihr unveräußerliches Recht auf Selbstbestimmung, Unversehrtheit und freie informierte Zustimmung als Voraussetzung für psychiatrische Behandlung durchzusetzen, verabschiedete die Generalversammlung der Vereinten Nationen am 13. Dezember 2006 das Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (»UN-Behindertenrechtskonvention – UN-BRK«). In Deutschland trat die Konvention 2009 in Kraft. Seitdem ist sie hierzulande geltendes Recht, welches von allen staatlichen Stellen umgesetzt werden muss.

Die Normen der UN-BRK garantieren Menschen mit Behinderungen, wozu auch Menschen mit psychiatrischen Diagnosen gehören, ein unveräußerliches Recht auf Selbstbestimmung bei der Wahl über eine Behandlung oder ein medizinisches Verfahren – insbesondere Artikel. 12, 14, 15, 16, 17 und 25d (United Nations, 2006). Ihnen steht also das unveräußerliche Recht zu selbst über die Art, Häufigkeit, Dauer und Intensität der Unterstützung zu entscheiden, soweit ihnen diese angeboten werden kann. Der erste allgemeine Grundsatz der UN-BRK betont demzufolge

> »die Achtung der dem Menschen innewohnenden Würde, seiner individuellen Autonomie, einschließlich der Freiheit, eigene Entscheidungen zu treffen, sowie seiner Unabhängigkeit« (Beauftragter der Bundesregierung, 2018, S. 9).

Alle Formen der stellvertretenden Entscheidungsfindung sind nicht mehr zulässig. Stattdessen muss der Staat gemäß Artikel 12 Absatz 3 unterstützte Entscheidungsfindung bereitstellen (United Nations, 2014). Verschiedene UN-Gremien haben sich in den letzten Jahren vor dem Hintergrund der

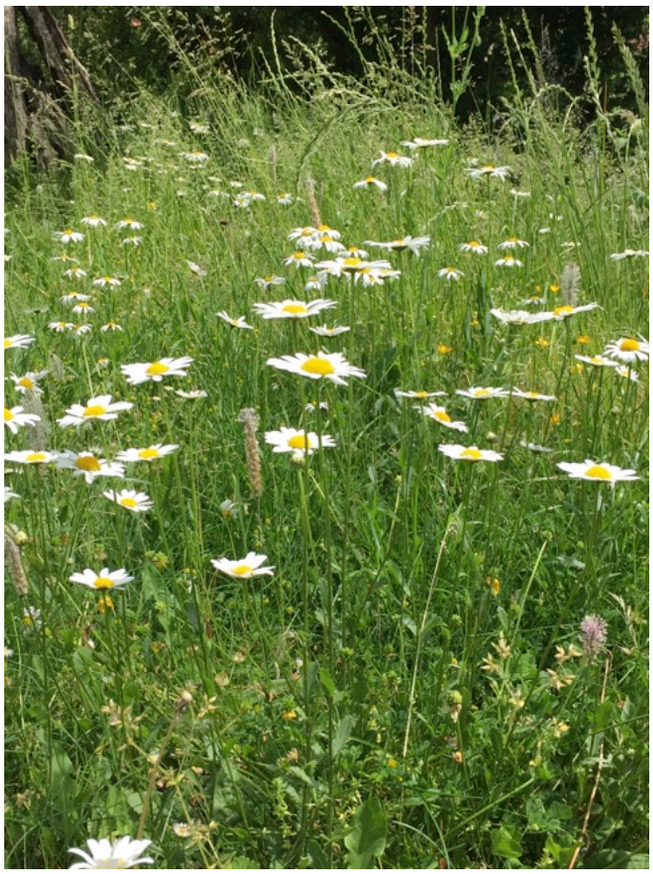
UN-Konvention klar und eindeutig für ein Verbot aller Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie (Zinkler & von Peter, 2019). Auch das UN-Hochkommissariat für Menschenrechte zählt zu diesen Gremien.

Artikel 12 (Gleiche Anerkennung vor dem Recht) der UN-Konvention steht in krassem Gegensatz zu den Realitäten im psychiatrischen Bereich. In Artikel 12 verpflichteten sich die Staaten, die die Konvention ratifizierten:

> »(1) Die Vertragsstaaten bekräftigen, dass Menschen mit Behinderungen das Recht haben, überall als Rechtssubjekt anerkannt zu werden.
>
> (2) Die Vertragsstaaten anerkennen, dass Menschen mit Behinderungen in allen Lebensbereichen gleichberechtigt mit anderen Rechts- und Handlungsfähigkeit genießen.
>
> (3) Die Vertragsstaaten treffen geeignete Maßnahmen, um Menschen mit Behinderungen Zugang zu der Unterstützung zu verschaffen, die sie bei der Ausübung ihrer Rechts- und Handlungsfähigkeit gegebenenfalls benötigen.
>
> (4) Die Vertragsstaaten stellen sicher, dass zu allen die Ausübung der Rechts- und Handlungsfähigkeit betreffenden Maßnahmen im Einklang mit den internationalen Menschenrechtsnormen geeignete und wirksame Sicherungen vorgesehen werden, um Missbräuche zu verhindern…« (Beauftragter der Bundesregierung, 2018, S. 14)

Trotz Ratifizierung und somit eingetretener Gesetzeskraft erhalten Menschen mit psychiatrischen Diagnosen weiterhin Neuroleptika und andere Psychopharmaka sowie Elektroschocks ohne freie und informierte Zustimmung oder im Rahmen von Zwangsmaßnahmen. Nach wie vor erlauben dies nationale Psychiatriegesetze und betreuungsrechtliche Verfahren (United Nations, 2017). Nach wie vor wird systematisch formeller und informeller Zwang gegen Menschen ausgeübt, die durch die Konvention vor diesem Zwang geschützt sein müssten.

In Deutschland zeigt sich dies unter anderem an der Bekanntmachung der Bundesärztekammer; die organisierte Ärzteschaft will nicht nur am



Prinzip der gemeinsamen Entscheidung von Arzt und Patient (»shared decision-making«) festhalten, das heißt an der Ignoranz der Unteilbarkeit des Grundrechts auf körperliche und geistige Unversehrtheit auf Grundlage des unveräußerlichen Selbstbestimmungsrechts. Sie ignoriert die Normen der UN-BRK insgesamt, als wären sie nie in Kraft getreten. Selbst die menschenrechtlich grundsätzlich streitbare Gesetzesregelung, wonach das Gericht einen Betreuer einsetzen muss, der bei psychiatrisch behaupteter Einsichtsunfähigkeit der gewünschten Zwangsbehandlung zustimmen soll, wird in psychiatrischen Sondergesetzen abgelehnt, wie die Bundesärztekammer feststellt. Danach

> »… ist die Zustimmung eines Patientenvertreters für die zwangsweise Behandlung der Anlasserkrankung in der Regel nicht erforderlich.« (2023, S. 4)

Wie Beschwerden über Verstöße gegen die UN-BRK auch durch Einzelpersonen oder Verbände einzureichen sind, ist auf der Website der Vereinten Nationen beschrieben[1].

Formeller Zwang

Formeller Zwang gegen Menschen mit psychiatrischen Diagnosen findet statt durch Verletzung des Menschenrechts auf körperliche Unversehrtheit: durch die zwangsweise Verabreichung von Psychopharmaka und Elektroschocks – unter Anwendung körperlicher Gewalt, nach richterlicher Anordnung, nach Nötigung oder Drohung, beispielsweise durch Androhung einer noch folgenreicheren Diagnose, durch Androhung einer längeren Unterbringung, durch Androhung von Kindesentzug oder dem Entzug des elterlichen Sorgerechts, durch Androhung von Ausgangssperren oder Einschränkung des Besuchsrechts, durch Androhung von Fixierung und Isolation, insbesondere durch Androhung gewaltsamer Verabreichung der Psychopharmaka oder Elektroschocks nach dem Motto »Und bist du nicht willig, so brauch ich Gewalt.«

Traumatisierung durch psychiatrische Gewalt

Traumatisierung ist eine häufige Folge von Zwangsmaßnahmen. Für viele Psychiatriebetroffene stellt die gewaltsame Verabreichung von psychiatrischen Psychopharmaka oder Elektroschocks eine durch und durch traumatisierende Erfahrung dar, vergleichbar der Erfahrung sexueller Gewalt. Selbst Psychiaterverbände gestehen die potenziell traumatisierende Wirkung psychiatrischer Zwangsbehandlung ein. In der Traumatologie findet psychiatrische Gewalt als Entstehungsfaktor für Traumata allerdings nicht statt. Es gibt zwar vielfältig ausgerichtete Traumatherapien. Doch wenn Psychiatriebetroffene nach therapeutischer Unterstützung bei der Verarbeitung von Traumata suchen, die durch psychiatrische Gewalt verursacht werden, gibt es nirgendwo Hilfe.

Einsperrung und Isolation

Jede Zwangseinweisung setzt gleichzeitig auch die Menschenrechte auf Achtung des Privat-, des Familienlebens und der Wohnung außer Kraft. Zwangsbehandlungen beeinträchtigen die Menschenrechte auf Gedanken-, Gesinnungsfreiheit und auf Meinungsäußerungsfreiheit. Die Kommunikation mit der Außenwelt ist teils vollständig, teils erheblich eingeschränkt. Die Justiz weigert sich in aller Regel, Beschwerden im Zusammenhang mit Zwangseinweisungen und -behandlungen wirksam zu prüfen (Schönenberger, 1993).

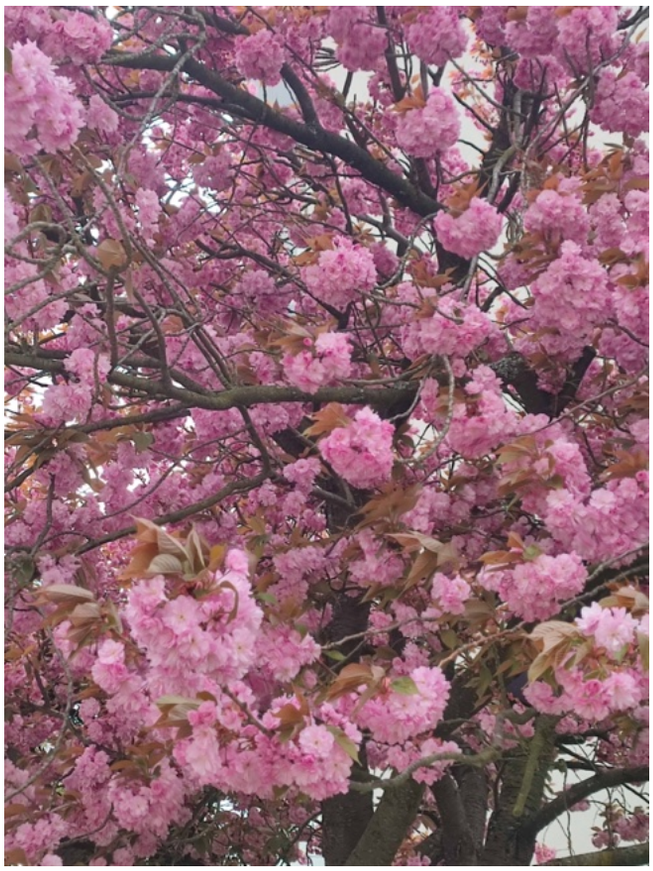
Isolation findet manchmal wochen- oder gar monatelang statt, um Compliance, das heißt Unterordnung unter das Behandlungsregime zu erzwingen und die Betroffenen zu brechen. Ein Beispiel aus Deutschland ist Gustl Mollath, der in einer forensischen Anstalt jahrelange weggesperrt und monatelange isoliert wurde. Ihm wurde ein krankhafter Wahn diagnostiziert und zudem Gefahr für Dritte unterstellt. Grund: Mollath hatte illegale Schwarzgeldverschiebungen der Hypo-Vereinsbank Nürnberg in Millionenhöhe angezeigt, die er über seine bei der Bank angestellten Lebenspartnerin mitbekommen hatte. Diese unterstellte ihm daraufhin, sie körperlich verletzt zu

haben, und Psychiater legten seine Anzeige als Wahn aus. Durch Rechtsverdrehungen, Lügen, Täuschungen, psychiatrische (Falsch-) Gutachten seitens Richtern, Beamten, Psychiatern, seiner Partnerin, bei der er in Ungnade gefallen war, der bayerischen Justizministerin und der Staatsanwaltschaft wurde er daraufhin seiner Freiheit beraubt, seiner Würde, seines Besitzes, und fast um sein Leben gebracht. Nur infolge massiver öffentlicher Berichterstattung kam er wieder frei und erstritt schließlich 670.000 € Schmerzensgeld: für sieben gestohlene Lebensjahre durch gerichtspsychiatrische Haft 2006 bis 2013, für halbjährige Vollisolation, für demütigende Fesselungen an Händen und Füßen, für öffentliche Stigmatisierung als Monster und weitere Übergriffe (Schlötterer, 2021). Für die Täter hatten die Freiheitsberaubung, die monatelange Isolation und all die anderen Menschenrechtsverletzungen keinerlei Konsequenzen.

Fixierung

Fixierung ist eine geläufige Praxis in der Psychiatrie. Sie ist extrem demütigend. Oft bleiben die ihrer Bewegungsfreiheit Beraubten im eigenen Urin oder Kot liegen. Menschen in emotionalen Notlagen, die oft in ihrer Kindheit oder Jugend sexueller Gewalt ausgesetzt waren, erleben eine Retraumatisierung, wenn sie wieder gewaltsam entkleidet und Manipulationen an ihrem Körper ausgesetzt werden. Fixierung ist nicht nur deshalb lebensgefährlich, weil es immer wieder zu Bränden auf psychiatrischen Stationen kommt. Eine Reihe von Psychopharmaka erhöhen das Thromboserisiko. Fixierte können eine Takotsubo-Kardiomyopathie entwickeln, das heißt eine lebensbedrohliche Herzerkrankung, ähnlich einem Infarkt, kurz »Takotsubo« genannt (Lehmann, 2015).

Der Begriff leitet sich von der traditionellen japanischen Tintenfischfalle ab. Diese hat die Form eines Kruges mit kurzem Hals (Tako-Tsubo) und erinnert an die linke menschliche Herzkammer am Ende seiner Kontraktionsphase. Der auch als »Gebrochenes-Herz-Syndrom« bekannte Symptomenkomplex, der mit plötzlichem Herztod



nach emotionalen Erschütterungen einhergehen kann, wurde erstmals in den 1990er-Jahren als eigenes Krankheitsbild beim Menschen beschrieben. Viele Jahre hatte man über die Zusammenhänge gerätselt, während Veterinärmediziner längst eine vergleichbare Symptomatik kannten: die Fangmyopathie. Damit bezeichnen sie den plötzlichen Herztod eines Tieres, der durch schweren Stress, etwa durch das Gefangenwerden, ausgelöst wird.

Barbara Natterson-Horowitz, nach ihrem Studium der Medizin inklusive Psychiatrie Professorin für Kardiologie sowie medizinische Beraterin des Zoos von Los Angeles, schrieb gemeinsam mit der Journalistin Kathryn Bowers schrieb das Buch »Wir sind Tier – Was wir von den Tieren für unsere Gesundheit lernen können«. Darin erläutern die beiden, wie die entsprechende Symptomatik als Takotsubo-Kardiomyopathie beim Menschen zustande kommt:

»Bei diesen ansonsten absolut gesunden Menschen genügte eine heftige emotionale Erschütterung, um den Herzrhythmus von ruhig und gleichmäßig nach tückisch und tödlich zu verändern. Geschockt, panisch, verängstigt oder zu Tode betrübt, werden diese Patienten mit Stresshormonen, wie zum Beispiel Adrenalin, aus ihrem auf Hochtouren arbeitenden zentralen Nervensystem überflutet. Diese Katecholamine ergießen sich in den Blutstrom. Wie eine chemische Eingreiftruppe erscheinen sie auf der Bildfläche, um Kraft und Energie bereitzustellen und damit die Flucht zu ermöglichen. Doch statt den Patienten zu retten, kann der neuroendokrine (die Absonderung von Neurohormonen betreffende) Ansturm Plaques (Ablagerungen in den Blutgefäßen) aufreißen, eine Arterie mit einem Gerinnsel verschließen und einen tödlichen Herzinfarkt verursachen. Wie die Fangmyopathie kann Takotsubo also zum plötzlichen Herztod führen.« (2014, S. 203)

Informeller Zwang

Neuroleptika (»Antipsychotika«) haben eine Reihe toxischer, gelegentlich lebensbedrohlicher oder gar tödlicher unerwünschter Wirkungen, egal ob sie zwangsweise verabreicht werden oder mit Billigung der Betroffenen. Laut Herstellerinformationen für die Ärzteschaft ist beispielsweise bei Risperidon[2]

- sehr häufig zu rechnen mit Parkinsonismus (Parkinson-Symptomatik, bestehend aus Bewegungslosigkeit der Skelettmuskulatur, Muskelsteifheit und Muskelzittern) etc.
- häufig mit Depressionen, Agitiertheit, Angstzuständen, erhöhter Prolaktin-Konzentration im Blut (verbunden mit der Gefahr von Geschwulstbildungen in den Brustdrüsen, die zu Krebs entarten können), grippale Infekte, Harnwegsinfektionen, Lungenentzündungen, Dyskinesien (Störungen des physiologischen Bewegungsablaufs einer Körperregion, eines Körperteils oder eines Organs), Dystonien (krankhaft gestörte Muskelspannung, einhergehend mit anhaltenden und unwillkürlichen Kontraktionen der Skelettmuskulatur und abnormen Haltungen und Fehlstellungen des Körpers oder einzelner Körperteile), Stürzen etc.
- gelegentlich mit Bewusstseinsverlust, epileptische Anfällen, Diabetes, Vorhofflimmern (Kreisen elektrischer Erregungswellen in den Herzvorhöfen mit einer Frequenz von bis zu 350 Schlägen pro Minute), Lungenstauung (Symptom ungenügender Pumpleistung der linken Herzkammer, bei der das Blut aus den Lungen nicht genügend in den großen Kreislauf weitertransportiert wird), tardiver Dyskinesie (Symptomenkomplex aus chronischen Muskelstörungen) etc. (Lehmann, 2017, S. 76f.).

Die Störungen, auch die Todesfälle, sind prinzipiell dosisunabhängig und unvorhersehbar.

Schäden durch Antidepressiva sind denen Neuroleptika ähnlich. Sofern sie tatsächlich angezeigt seien, seien Antidepressiva wichtige und möglicherweise lebensrettende Medikamente, schreibt der Psychiater Giovanni Fava von der State University of New York in Buffalo. Doch auch in diesem Fall sei mit Risiken zu rechnen, bei fortge-

setztem Gebrauch unter anderem mit Toleranzbildung, mit einer Veränderung der Depression in Richtung bipolare Störung und mit Entzugserscheinungen. Gemeinsam mit seiner Kollegin Emanuela Offidani warnte Fava:

> »Führen wir die Behandlung länger als 6 bis 9 Monate fort, können wir Prozesse auslösen, die den anfänglichen akuten Wirkungen von Antidepressiva entgegenwirken (Verlust klinischer Wirkungen). Möglicherweise lösen wir damit einen schlechteren und behandlungsresistenten Krankheitsverlauf aus, was zu Resistenz oder beschleunigten Rückfällen führen kann. Wenn die medikamentöse Behandlung endet, können diese Prozesse unbehindert vonstattengehen und Entzugserscheinungen und eine erhöhte Anfälligkeit gegenüber Rückfällen mit sich bringen. Solche Prozesse sind nicht unbedingt reversibel. Je mehr wir Antidepressiva wechseln oder verstärkt einsetzen, desto wahrscheinlicher kommt es zu so einer entgegengesetzten Toleranz.« (2011, S. 1600)

Auf Toleranzbildung folgen Tachyphylaxie (zunehmende Wirkungslosigkeit) und Behandlungsresistenz, was Psychiater wiederum zur Augmentation veranlasst, das heißt zur Wirkungsverstärkung durch den Einsatz weiterer Psychopharmaka, Elektroschocks, den Anästhetika Ketamin[3] und Esketamin[4] oder dem psychedelischen Wirkstoff des Pilzes Psilocybin. Aufgrund einer mit der Zeit entstehenden körperlichen Abhängigkeit können beim Absetzen verschiedene Entzugssymptome auftreten, insbesondere bei Serotonin- und Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmern (SRIs und SNRIs). In ihrer Herstellerinformation zu Escitalopram[5] schreibt die Schweizer Sandoz Pharmaceuticals zu SRIs und SNRIs:

> »Die am häufigsten berichteten Reaktionen sind Schwindelgefühl, sensorische Störungen (einschließlich Parästhesien [unangenehme, manchmal schmerzhaften Körperempfindungen mit Kribbeln, Taubheit, Einschlafen der Glieder, Kälte- und Wärmewahrnehmungsstörungen] und Stromschlag-ähnlicher Empfindungen), Schlafstörungen (einschließlich Schlaflosigkeit und intensiver Träume), Agitiertheit oder Angst, Übelkeit und/oder Erbrechen, Muskelzittern, Verwirrtheit, Schwitzen, Kopfschmerz, Durchfall, Herzstolpern, emotionale Instabilität, Reizbarkeit und Sehstörungen.« (2021)

Solche Entzugserscheinungen sind auch beim schrittweisen Absetzen nicht grundsätzlich zu vermeiden. Sie können auch chronisch auftreten, auch zeitversetzt, das heißt erst einige Zeit nach dem vollständigen Absetzen auftreten. Eine Diagnose der Medikamentenabhängigkeit gibt es jedoch weder bei Antidepressiva noch bei Neuroleptika. Demzufolge gibt es auch keine Möglichkeit einer Differentialdiagnose, das heißt, Ärzte können Entzugserscheinungen nicht vom Wiederauftreten ursprünglicher Probleme oder von Reboundsymptomen unterscheiden. Reboundsymptome sind gegenregulatorisch wirkende Anpassungsreaktionen, die beim Absetzen zu einem verstärkten Wiederauftreten der ursprünglichen Symptomatik führen (Vetter, 2023). Auch einen Diagnosenschlüssel für Entzugserscheinungen gibt es nicht. Ärzte können Maßnahmen zu deren Bewältigung gegenüber Krankenkassen nicht abrechnen. Betroffene haben keinen Anspruch auf Warnung vor Entzugsproblemen, auf Rehabilitationsmaßnahmen, auf Schmerzensgeld und Kompensation (Lehmann, 2023a).

Schäden durch Elektroschocks

Elektroschocks, das heißt die Auslösung epileptischer Anfälle mittels Stromstößen durch das Gehirn, verabreichen Psychiater in der Regel in Serien zu 20-30 Schocks, verteilt über einige Tage und Wochen. Betroffenen gegenüber werden Elektroschocks als sichere Behandlungsmethoden dargestellt, als »Elektrokonvulsionstherapie« oder »Elektrokrampftherapie«. Nach Elektroschocks auftretende Gedächtnisprobleme würden in der Regel von alleine nach ca. zwei Wochen wieder verschwinden (Lehmann, 2020).

Die US-amerikanische Herstellerfirma Somatics, LLC, neben der Firma Mecta der weltweit größte Produzent von Elektroschockapparaten, benennt in der Produktbeschreibung ihres Apparates Thymatron® System IV Schäden, die diese verursachen können, unter anderem »verheerende kognitive Folgen« (undatiert). Zu den kognitiven Fähigkeiten zählen unter anderem Aufmerksamkeit, Erinnerung, Lernen, Kreativität, Planen, Orientierung, Vorstellungskraft oder Wille.

Somatics zählt noch eine Reihe weiterer Schäden auf, mit denen nach Elektroschocks gerechnet werden müsse. Unter anderem Gedächtnisstörungen und Hirnschäden, Herzrhythmusstörungen und Herzinfarkt, allgemeine manische Symptome (zum Beispiel behandlungsbedingte Manie, posttraumatisches Delirium oder Erregung), spontane Anfälle mit zeitlichem Abstand, anhaltende Anfälle, nicht-konvulsiver Status epilepticus [Abfolge von epileptischen Anfällen, zwischen denen die Betroffenen nicht zum Vorzustand zurückkehren und die ohne eindeutige tonische-klonische, das heißt zwischen Steifheit und krampfartigen Zuckungen wechselnde Entäußerungen einhergehen]), Komplikationen in der Lunge (zum Beispiel Ansaugung von Mageninhalt, Lungenentzündung, Mangelversorgung mit Sauerstoff, Atemwegsverschlüsse wie Laryngospasmus [krampf- und reflexartige Kontraktionen der Kehlkopfmuskulatur], Lungenembolie, längerer Atemstillstand), Koma, Tötungsdelikte und Begünstigung suizidalen Verhaltens.

Der Anteil elektrogeschockter Frauen liegt bei 70%. Auch Menschen über 50 Jahre verabreicht man bevorzugt Elektroschocks.

Reduzierte Lebenserwartung

Menschen mit psychiatrischen Diagnosen und entsprechender Behandlung haben eine um durchschnittlich zwei bis drei Jahrzehnte reduzierte Lebenserwartung (Aderhold, 2007). Deren Sterblichkeit steigt seit Jahrzehnten in alarmierender Weise kontinuierlich linear an (Saha et al., 2007). Die Firma Janssen Pharmaceuticals, Hersteller unter anderem von Haloperidol, Paliperidon und Risperidon, schrieb 2012:

> »Forschung hat gezeigt, dass die Lebenserwartung von Menschen mit schweren psychischen Leiden um durchschnittlich 25 Jahre geringer ist als die der Durchschnittsbevölkerung. Herz- und Atemwegserkrankungen, Diabetes und Infektionen [...] sind die häufigsten Todesursachen in dieser Bevölkerungsgruppe.«

Für die einen sind die potenziell toxischen Wirkungen der Psychopharmaka Ursache für diese Katastrophe, für die anderen die prekären Lebensverhältnisse, unter denen die oft arbeitslos gewordenen psychiatrisch behandelten Menschen ihr

Leben fristen müssen. Würde man – wie es in der Schulpsychiatrie üblich ist – den angeschlagenen Gesundheitszustand als ursächlich für den häufigen frühen Tod ansehen, dann drängte sich eigentlich die Frage auf, ob es noch irgendeine Rechtfertigung gibt, dieser vulnerablen Patientengruppe solch riskante Wirkstoffe zu verabreichen – egal ob unter Anwendung formellen oder informellen Zwangs.

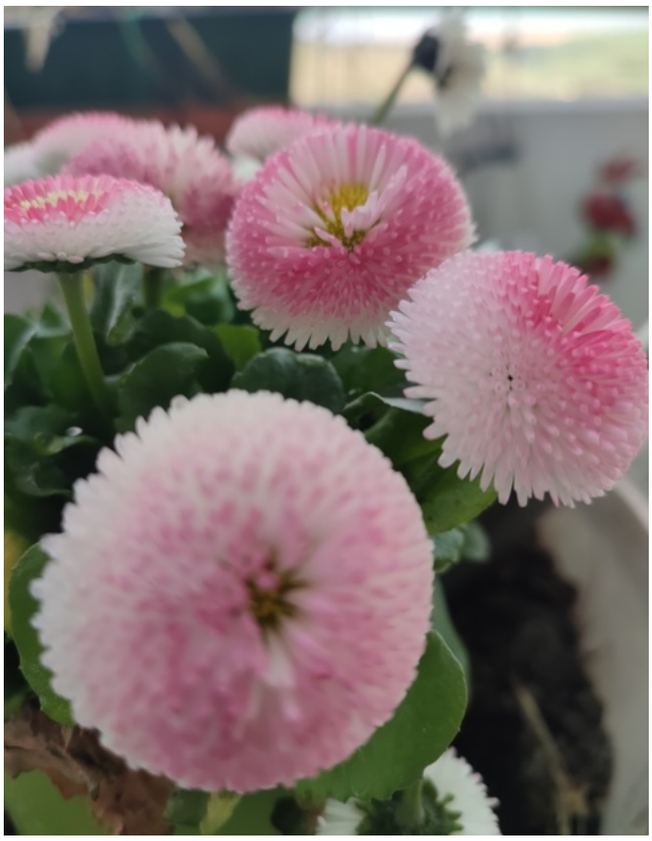
Joe Parks, Vorsitzender des Medical Directors Council der US-amerikanischen National Association of State Mental Health Program Directors (vergleichbar der deutschen Bundesdirektorenkonferenz, dem Zusammenschluss von Leitern psychiatrischer Kliniken und Stationen), wies schon Jahre vor Janssen Pharmaceuticals auf die große Zahl früh sterbender Menschen »mit schwerer psychischer Erkrankung« hin. Als solche gelten Menschen mit Diagnosen wie »Schizophrenie«, »bipolare Störung«, »schwere Depression« und »Persönlichkeitsstörung«, das heißt Menschen, denen man insbesondere Neuroleptika und Antidepressiva verabreicht. 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 Anfälligkeiten (Krankheit) und Sterblichkeit (Tod) in diesem Personenkreis beschleunigt hat. Tatsächlich sterben Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung nunmehr 25 Jahre früher als die Durchschnittsbevölkerung.« (2006)

Gemeinsam mit seinen Kolleginnen und Kollegen wies Parks 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 Syndrom (Kombination aus Übergewicht, Insulinresistenz, Fettstoffwechselstörung und Bluthochdruck).

Wie sich solche Psychopharmaka-Wirkungen quantitativ darstellen, soll am Beispiel des malignen neuroleptischen Syndroms (MNS) aufgezeigt werden, einem mit Fieberzuständen, Muskelsteifheit und Bewusstseinstrübungen einhergehenden Symptomenkomplex. Dieser gilt als unerwünschte Wirkung von Neuroleptika und Antidepressiva und weist eine hohe Letalitätsrate, das heißt Todesrate auf. Die einzelnen Symptome müssen nicht besonders ausgeprägt sein, der Bewusstseinszustand der Betroffenen kann zwischen leichter Benommenheit und Koma schwanken. Einen besonderen Risikofaktor stellen Depotneuroleptika dar, deren Wirkung im Fall des Falles nicht gestoppt werden kann:

> »Das MNS tritt in den meisten Fällen innerhalb von zwei Wochen nach Ansetzen der neuroleptischen Medikation auf, es gibt aber auch Berichte über jahrelange Latenzzeiten (Phasen der Symptomlosigkeit). Die Symptomatik entwickelt sich innerhalb von einem bis drei Tagen zu ihrer vollen Intensität und erstreckt sich insgesamt über fünf bis zehn Tage; ist ein Depot-Neuroleptikum das auslösende Agens, so werden auch zwei- bis dreimal so lange Verläufe beobachtet. Die Letalitätsrate ist hoch...« (Tornatore et al., 1991, S. 37)



Mitte der 1980er-Jahre schätzten einzelne Psychiater wie auch der US-amerikanische Psychiaterverband, dass 20% bis 30% der Betroffenen sterben, wenn sich ein MNS entwickelt hat (Lehmann, 1996, S. 98). Der englische Psychologe David Hill schrieb 1992:

> »Schätzungen gehen bei Neuroleptika-Empfängern von einem MNS-Vorkommen zwischen 0,2% und 1,4% aus. Zwischen 19% und 30% sterben innerhalb weniger Tage. Die zurückhaltendsten Schätzungen (0,2% und 19%) kommen bis heute auf grob eine Million MNS-Fälle, von denen ungefähr 190.000 tödlich endeten.« (S. 35)

Eine ähnliche Zahl nannte Peter Gøtzsche für Diabetes, verursacht durch das Neuroleptikum Olanzapin[6]. Dieser Facharzt für innere Medizin und 1993 Mitbegründer der Cochrane Collaboration, einem an den Grundsätzen der sogenannten evidenzbasierten (empirisch in ihrer Wirksamkeit nachgewiesenen) Medizin orientierten internationalen Netzwerk von Wissenschaftlern und Ärzten, schätzte in seinem Buch »Tödliche Medizin und organisierte Kriminalität« (2014) – ohne allerdings die Grundlage seiner Berechnung offenzulegen –,

> »... dass 200.000 der 20 Millionen mit Zyprexa behandelten Patienten an den unerwünschten Wirkungen des Medikaments gestorben sind. Besonders traurig daran ist, dass viele dieser Patienten nie mit Zyprexa hätten behandelt werden müssen. Da Zyprexa nicht das einzige Medikament ist, muss die Zahl der Opfer noch höher sein.«

Wo ist ein Mediziner, der sich traut, die Gesamtzahl aller bis heute an unerwünschten Wirkungen ärztlich verschriebener Antidepressiva und Neuroleptika hochzurechnen?

Eingriff in die körperliche Unverletzbarkeit durch die Verabreichung von Psychopharmaka und Elektroschocks ohne rechtswirksame informierte Zustimmung

Medizinische Eingriffe aller Art, auch die Verabreichung von Psychopharmaka oder Elektroschocks, gelten im Strafrecht als Körperverletzung. Sie verlieren den Charakter der Straftat einzig durch eine informierte Zustimmung, durch eine Zustimmung per Vorausverfügung oder bei akuter Lebensgefahr. Allgemein klären Psychiater nicht auf: nicht zum Zeitpunkt der Verabreichung, nicht im weiteren Verlauf einer Behandlung, nicht beim Übergang zur Langzeitbehandlung.

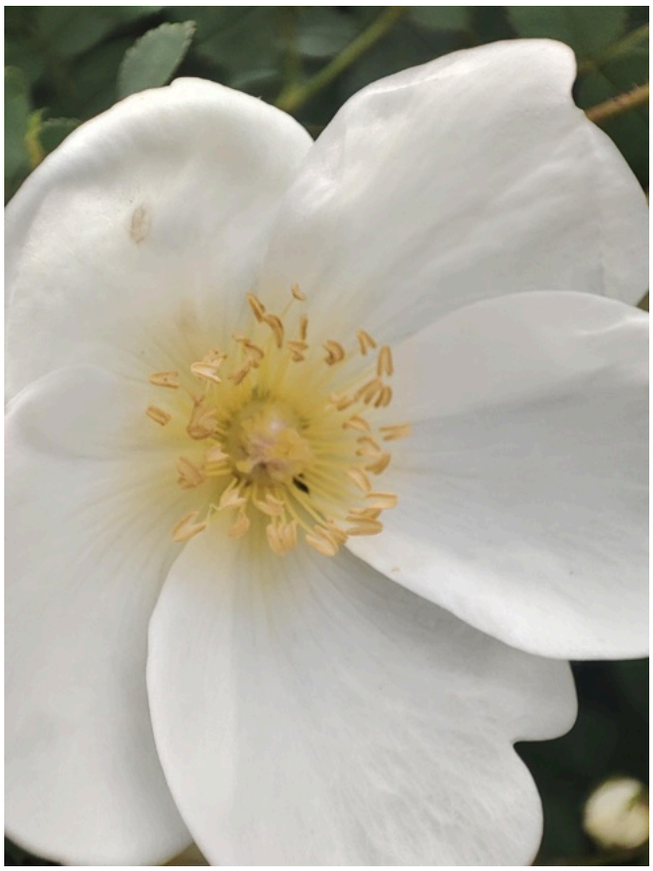
Dies zeigten auch Studien, die von unabhängigen Betroffenen mitorganisiert wurden, zum Beispiel die europäische Studie »Diskriminierung von Psychiatriebetroffenen im Gesundheitswesen« im Rahmen des »Aktionsprogramms der Gemeinschaft zur Bekämpfung von Diskriminierung 2001-2006«, finanziert von der Europäischen Kommission und in deren Auftrag durchgeführt von Verbänden psychiatrisch Tätiger, Angehöriger und Betroffener. Die Befragungen in Großbritannien, Österreich, Deutschland, Spanien und den Niederlanden brachten dieses Ergebnis:

»Psychopharmaka werden ohne Information und Zustimmung verabreicht, das heißt ohne Aufklärung über deren Risiken. Beschwerden werden als Zeichen einer psychischen Erkrankung abgetan. Lehnen Patienten die angebotenen Behandlungsmaßnahmen ab, so bedroht man sie mit Isolierung, Zwangsbehandlung, erhöhter Psychopharmakadosis oder vorzeitiger Entlassung.« (»Die wesentlichen Erkenntnisse«, 2005)

Werden die Betroffenen nicht umfassend und verständlich über Risiken, Gefahren und Alternativen angebotener Behandlungen informiert, können sie keine rechtswirksame Zustimmung zu ihrer Einnahme geben, die Behandlung bleibt eine an sich strafbare Körperverletzung. Dass Patienten auch aktuell nicht – wie rechtlich vorgeschrieben – über die Risiken von Antidepressiva und Neuroleptika aufgeklärt werden, gestand Gerhard Gründer ein, Vorsitzender der Task Force Psychopharmakologie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN). Er, so seine eigenen Worte, habe viele Jahre als Fach- und Oberarzt

»… argumentiert, dass meine Patienten ja ihre Medikamente nicht mehr nehmen würden, wenn ich sie über alle Nebenwirkungen, Komplikationen und Spätfolgen aufklären würde.« (2022, S. 4)

Nichts spricht dagegen, dass sich dieser Psychiater einzig hinsichtlich seiner Offenheit zu seinen Rechtsverstößen von seiner schulpsychiatrischen Kollegenschaft unterscheidet, in anderen Worten, dass die psychiatrische Verabreichung von Psychopharmaka und Elektroschock, egal mit formellem oder »nur« informellem Zwang, eine systematische Menschenrechtsverletzung darstellt. Ob irgendwann staatliche Stellen proaktiv gegen diesen massiven Verstoß gegen die UN-BRK vorgehen?



Vorenthaltung von Informationen über die Gefahr der körperlichen Abhängigkeit von Antidepressiva und Neuroleptika

Werden die Betroffenen – wie bereits gesagt – nicht umfassend und verständlich über Risiken, Gefahren und Alternativen angebotener Behandlungen informiert, auch nicht über mögliche später auftretende Absetz- und Entzugsprobleme von Psychopharmaka, können sie keine rechtswirksame Zustimmung zu ihrer Einnahme geben.

Der erste Psychiater in Deutschland, der dezidiert über das Risiko der Medikamentenabhängigkeit bei Neuroleptika und Antidepressiva informierte, war Rudolf Degkwitz, 1960-1987 Direktor einer Psychiatrischen Universitätsklinik und 1971/72 Präsident der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie (DGPN). 1967 erklärte er in seinem psychopharmakologischen Lehrbuch zu Psycholeptika, dem Sammelbegriff für die beiden Substanzgruppen Antidepressiva und Neuroleptika:

> »Das Reduzieren oder Absetzen der Psycholeptika führt (...) zu erheblichen Entziehungserscheinungen, die sich in nichts von den Entziehungserscheinungen nach dem Absetzen von Alkaloiden und Schlafmitteln unterscheiden.« (S. 161)

Zur chemischen Gruppe der Alkaloide gehört zum Beispiel das abhängig machende Morphium. Zu den Symptomen des Morphium-Entzugssyndroms zählen Zittern, Durchfälle, Erbrechen, Übelkeit, Unruhe, Angst, Krampfanfälle, Schlaflosigkeit, Delire, Dämmer- oder Verstimmungszustände, vor allem aber auch lebensbedrohliche Kreislaufstörungen mit Schockzuständen. Auch Schlafmittel gelten als abhängigmachend. Ihr Entzug kann ebenfalls mit großen Problemen bis hin zu lebensgefährlichen Krampfanfällen verbunden sein. Vor einem Teufelskreis, der bei fortgesetzter Neuroleptika-Einnahme entstehen kann, warnte Gründer – nicht öffentlich, sondern in seinem an seine Kollegenschaft gerichteten Fachbuch:

> »An der Entwicklung supersensitiver dopaminerger Systeme wird das Dilemma der antipsychotischen Pharmakotherapie deutlich: Jede Behandlung mit D_2-Rezeptorantagonisten (gegen die Wirkung von $Dopamin_2$ gerichtete Substanzen – P.L.) birgt potenziell das Risiko, dass sich eine Supersensitivität der Zielrezeptoren entwickelt. Hat sich diese aber erst einmal eingestellt, so folgt daraus oft ein Teufelskreis von Toleranzentwicklung, Dosissteigerung und weiterer Progression des pathophysiologischen Prozesses.« (2022, S. 70)

Betroffenen und ihren Angehörigen gegenüber wird diese Warnung vorenthalten. Sie taucht auch in keiner Herstellerinformation an die Ärzteschaft auf.

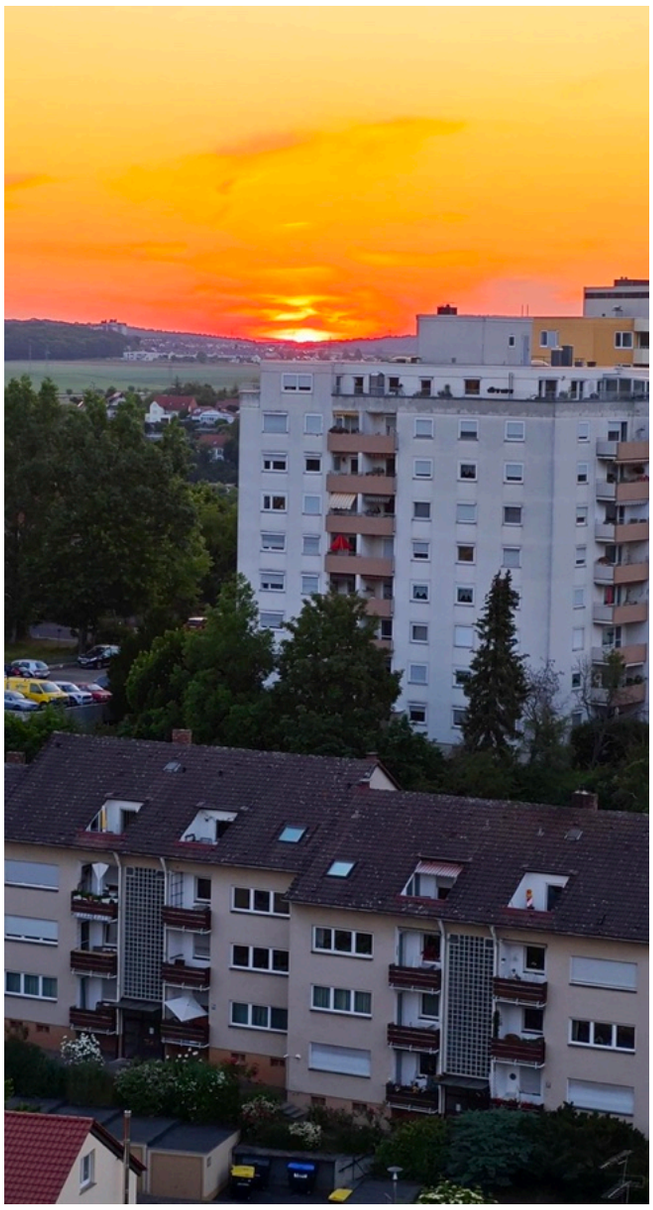
Falschinformationen über Absetzrisiken und -möglichkeiten

Behandlungskandidatinnen und -kandidaten werden von wenigen Ausnahmen abgesehen von Herstellerfirmen und Schulpsychiatern dahingehend informiert, dass Antidepressiva und Neuroleptika keine körperliche Abhängigkeit bewirken und demzufolge relativ problemlos abgesetzt werden können. Berichte über massive Entzugsprobleme (siehe z.B. Lehmann, 2023b) seien aufgebauschte Darstellungen von Laien, anekdotische Einzelfälle, Folge eines zu schnellen Absetzens oder Hinweise auf die Rückkehr der ursprünglichen psychischen Problematik. Zudem seien die Ursachen insbesondere von anhaltenden Entzugsproblemen nicht bekannt, und vor allem: Es gebe kein Suchtverlangen nach Antidepressiva oder Neuroleptika, weder bei Menschen noch bei Versuchstieren. Sucht müsse aber unbedingt vorhanden sein, damit man von Abhängigkeit sprechen könne. Mit dieser auf Vorschlag der Pharmaindustrie 1996 verabredeten neusprachlichen Definition von Abhängigkeit, die sich schulpsychiatrische Organisationen zu eigen machen, wollen sich diese aus der Verantwortung vor den von ihnen verursachten Schäden stehlen (Lehmann, 2023a).

Verweigerung der Hilfe beim Absetzen von Psychopharmaka

Psychiater lernen nicht, wie man Antidepressiva und Neuroleptika risikoarm absetzen kann. Dafür glauben sie in der Regel an die Notwendigkeit lebenslanger Verabreichung. Patientinnen und Patienten die beim Absetzen nach Hilfe suchen, schicken sie erfahrungsgemäß wieder weg. Oder die Psychiater geben vor abzusetzen, ersetzen jedoch bloß die einen Psychopharmaka durch andere. Oft sie setzen entsprechend einer nicht den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft entsprechenden und damit gegen § 84 Absatz 1(2) des Arzneimittelgesetzes[7] verstoßende Herstellerinformationen (Langfeldt, 2018, 2020) viel zu schnell ab und lösen damit massive Entzugsprobleme und Rückfälle in die Psychiatrisierung aus.

Fehlinformationen über Abhängigkeits- und Entzugsprobleme, verweigerte oder inkompetente Hilfe beim Absetzen, unterlassene Absetzversuche und körperliche Abhängigkeit mit ihren Folgeschäden dürften einen volkswirtschaftlichen Milliardenschaden zur Folge haben. Es ist zu hoffen, dass sich irgendwann Gesundheitsökonominnen und -ökonomen berufen fühlen, den volkswirtschaftlichen Schaden zu errechnen und publik zu machen. Nicht zu vergessen sind die Kosten der Langzeitverabreichung selbst, der Therapie behandlungsbedingter Schäden, der Betreuung der Geschädigten in Behindertenwerkstätten und betreutem Wohnen, der Unterbringung in Heimen, der Arbeitsunfähigkeit und Arbeitslosigkeit, der Frühberentung etc.. Und neben dem materiellen Schaden wäre noch der immaterielle Schaden zu benennen, der mit der reduzierten Lebenserwartung aufgrund der Verabreichung potenziell toxischer Substanzen, an meist von vornherein körperlich vulnerable Menschen, und mit einer massiven Einbuße ihrer Lebensqualität sowie der Lebensqualität ihrer Familien einhergeht. All dies steht in einem engen Zusammenhang mit der Langzeitverabreichung abhängigkeitsverursachender Substanzen.



Menschenrechtsbasierte Hilfen

Weltweit gibt es Forderungen nach angemessenen und menschenrechtsbasierten Hilfen für Menschen, die ärztlich verordnete Psychopharmaka absetzen wollen, und für Menschen, die in emotionale Krisen geraten und nach humanistisch orientierter Unterstützung (»mildere Mittel«) suchen ohne in Gefahr zu geraten, zwangsweise Psychopharmaka und Elektroschocks verabreicht zu bekommen.

Nicht-psychopharmakologische und menschenrechtsorientierte Hilfen für Menschen in emotionale Krisen

2017 kritisierte der litauische Psychiater Dainius Pūras in seiner Funktion als Sonderberichterstatter der Vereinten Nationen zum Recht auf Gesundheit

in seinem Bericht über das allgemeine Recht auf Zugang zum höchstmöglichen Standard körperlicher und psychischer Gesundheit die Dominanz der Pharmaindustrie im psychiatrischen System:

> »Das reduktionistische biomedizinische Modell dominiert mit Unterstützung der Psychiatrie und der Pharmaindustrie die klinische Praxis, die Politik, Forschungsagenden, die medizinische Ausbildung und Investitionen in die psychische Gesundheit auf der ganzen Welt. Die Mehrheit der Investitionen in die psychische Gesundheit in Ländern mit niedrigem, mittlerem und hohem Einkommen finanziert überproportional Dienstleistungen, die auf dem biomedizinischen Modell der Psychiatrie basieren. Es gibt auch eine Tendenz zur Erstbehandlung mit Psychopharmaka, obwohl sich die Beweise häufen, dass sie nicht so wirksam sind wie bisher angenommen, dass sie schädliche Nebenwirkungen haben und dass im Falle von Antidepressiva, insbesondere bei leichten und mittelschweren Depressionen, der erfahrene Nutzen auf einen Placebo-Effekt zurückzuführen ist. Uns wurde der Mythos verkauft, dass Medikamente und andere biomedizinische Interventionen die besten Lösungen zur Bewältigung psychischer Gesundheitsprobleme sind.« (United Nations, 2017, S. 5f.)

Sowohl in Kreisen professionell Tätiger als auch in der Öffentlichkeit wäre die anstehende Einsicht wichtig, dass die Psychiatrie als medizinische (und naturwissenschaftliche) Disziplin die Handlungen gegen den Willen von Menschen in Krisen als eine zulässige Option einräumt, dem Anspruch der Lösung psychischer Probleme überwiegend sozialer Natur, auch bei mutmaßlich »guten Absichten« nicht gerecht wird. Beispiele von milderen Mitteln, also dem Verzicht auf formellen und informellen psychiatrischen Zwang, finden sich in Berichten über das Diabasis-Projekt in den USA (Perry, 1980), den Soteria-Ansatz (Aderhold et al., 2007), das Weglaufhaus in Berlin (Kempker, 1998) und insbesondere über den Offenen Dialog (»need-adapted treatment«) in Finnland (Seikkula & Alakare, 2007) sowie die Krisenherberge in den USA (Dumont & Jones, 2007).

Möglichkeiten risikoarmen Absetzens von Psychopharmaka

Zurück zur UN-Behindertenkonvention: 2015 forderte die Arbeitsgruppe Willkürliche Unterbringung des Menschenrechtsrats der Vereinten Nationen einen wirksamen Rechtsschutz für Menschen mit Behinderungen, zu denen, um es zu wiederholen, auch Menschen mit psychiatrischen Diagnosen zählen. In ihrem Bericht an die Generalversammlung der Vereinten Nationen forderte die Arbeitsgruppe spezielle Unterstützungsprogramme:

> »Solche Unterstützungsprogramme sollten sich nicht auf die Bereitstellung psychosozialer Dienste oder Behandlungen konzentrieren. Sie sollen kostenlose oder erschwingliche gemeindenahe Dienste einschließen, ebenso Alternativen, die frei von medizinischen Diagnosen und Eingriffen sind. Der Zugang zu Medikamenten *und die Unterstützung beim Absetzen* von Medikamenten sollte denjenigen zur Verfügung gestellt werden, die sich dafür entscheiden.« (Working Group on Arbitrary Detention, 2015, S. 25 – Hervorhebung P.L.)

Noch im gleichen Jahr wurde diese Forderung im selben Wortlaut in die Richtlinie 14 (»Freiheit und Sicherheit der Person«) der UN-BRK aufgenommen (CRPD, 2015).

Von solchen Unterstützungsprogrammen sind Millionen von Menschen, denen Psychopharmaka, insbesondere Antidepressiva und Neuroleptika verschrieben werden, noch weit entfernt – in

Deutschland und überall auf der Welt. Dabei gibt es einzelne Initiativen organisierter Hilfe beim Absetzen, seien es die im Einklang mit den »Richtlinien zur Depressionstherapie bei Erwachsenen« des britischen National Institute for Health and Care Excellence (RCP, undatiert), strukturierte psychiatrische Hilfen beim Absetzen einschließlich Begleitung bei absetzbedingten Krisen in Deutschland (Gonther, 2023; Zinkler, 2023), durchdachte Peer-Unterstützung beim Absetzen in Kanada (Cyr, 2023) oder die kooperative Unterstützung beim Absetzen seitens des Observatoriums für Menschenrechte im Bereich der psychischen Gesundheit in Thessaloniki (Emmanouelidou, 2023). Solche Leuchtturmprojekte sollten publik gemacht und bestmöglich unterstützt werden!

Anmerkungen

Dieser Text bildete die Grundlage meines Vortrags vom 29. Mai 2023 zu psychiatrischen Menschenrechtsverletzungen in Griechenland beim Observatorium für Menschenrechte im Bereich der psychischen Gesundheit in Thessaloniki; Videoaufzeichnung im Internet unter https://fb.watch/kUKJvJE--f/

Die Übersetzungen der Zitate ins Deutsche und die in Zitaten kursiv gesetzten Erläuterungen in Klammern stammen von Peter Lehmann. Der Autor dankt Julia Lippert von dem Kellerkinder e.V. für ihre wertvollen Hinweise.

Das Quellenverzeichnis steht im Internet unter www.peter-lehmann.de/doku/menschenrechte.htm

Fußnoten

(1) Siehe https://www.ohchr.org/en/reporting_violations und https://www.ohchr.org/en/countries/germany

(2) In Deutschland, Liechtenstein, Österreich und der Schweiz derzeit im Handel als Okedi, Risperdal und Risperidon.

(3) In Deutschland, Liechtenstein und der Schweiz derzeit im Handel als Ketamin und Ketalar.

(4) In Deutschland, Liechtenstein, Österreich und der Schweiz derzeit im Handel als Eskelan, Esketiv, Esketamin und Spravato.

(5) In Deutschland, Liechtenstein, Österreich und der Schweiz derzeit im Handel als Cipralex, Escitax und Pramulex.

(6) In Deutschland, Liechtenstein, Österreich und der Schweiz derzeit im Handel als Aedon, Olanpax, Olanzapin, Zypadhera und Zyprexa.

(7) Siehe https://dejure.org/gesetze/AMG/84.html

Über den Autor

Peter Lehmann, Dr. phil. h.c., Dipl.-Pädagoge, arbeitet als Autor, Verleger und Fortbildner in Berlin. Bis 2010 langjähriges Vorstandsmitglied im Europäischen Netzwerk von Psychiatriebetroffenen. Mitglied im Fachausschuss Psychopharmaka der Deutschen Gesellschaft für soziale Psychiatrie (DGSP). Mehr unter www.peter-lehmann.de

BayPE e.V. Rundbrief II / 2023

Von und für Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung