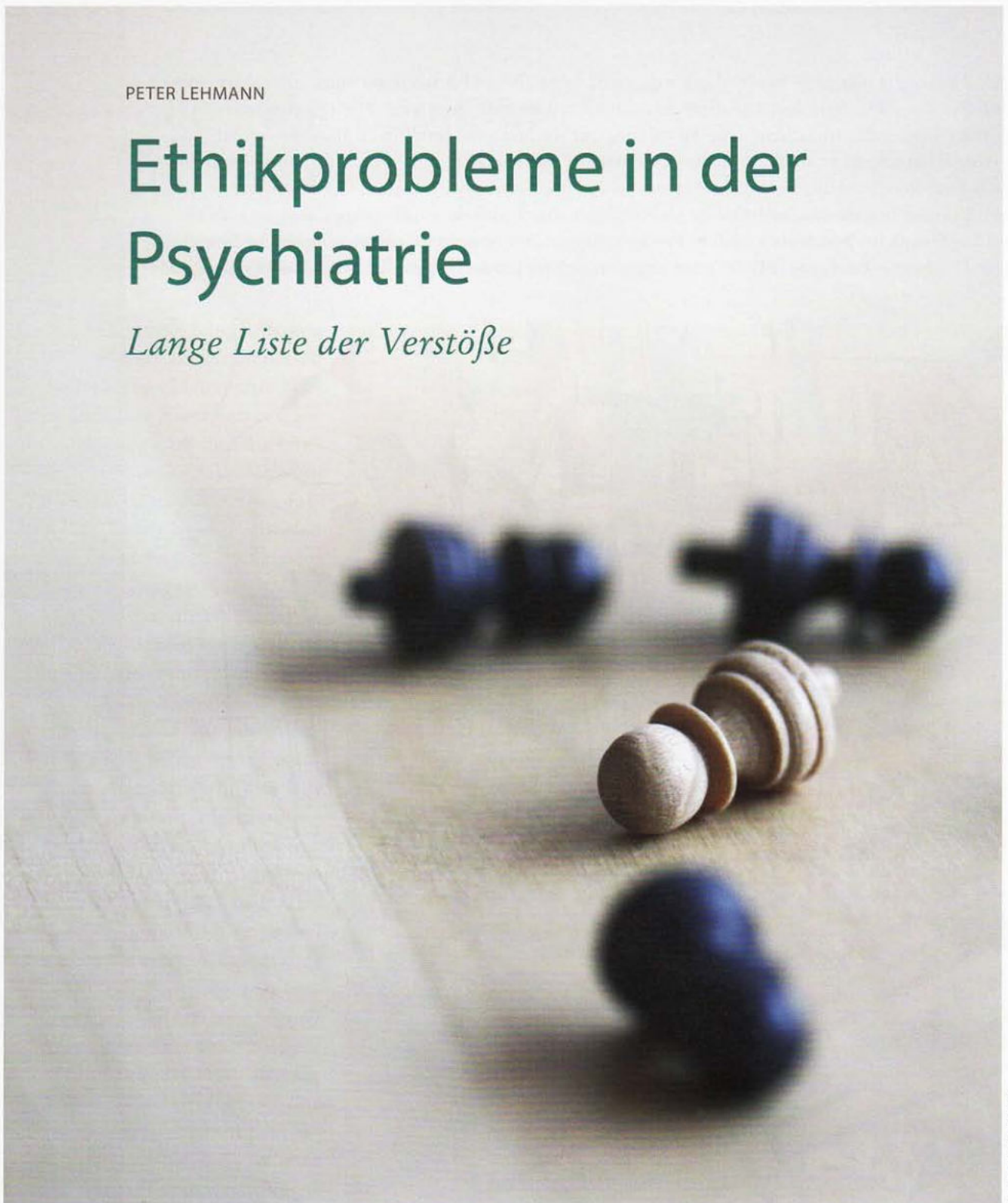


PETER LEHMANN

Ethikprobleme in der Psychiatrie

Lange Liste der Verstöße



© photocase/goldkatze

Psychopharmaka und deren Vermarktung sind nicht am Wohl psychiatrischer Patienten orientiert

Der Autor macht deutlich, dass trotz berechtigter Kritik das Thema Ethik in der Psychiatrie immer noch stiefmütterlich behandelt wird. Eine Bilanz.

Ausgelöst durch den Fall Gustl Mollath (siehe Ritzer & Przybilla, 2013) finden derzeit verstärkt Diskussionen zum Thema „Ethik in der Psychiatrie“ statt. Sie werden meist mit Blick auf die Begutachtung im Bereich Forensik geführt oder – angestoßen durch höchststrichterliche Entschei-

dungen und die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung – im Hinblick auf die Frage der Zulässigkeit des psychiatrischen Rechts auf gewaltsame Verabreichung von Psychopharmaka und Elektroschocks. Diese Diskussionen haben die Tendenz, bei den genannten Fragen stehenzubleiben und ins öffentliche Visier gelangte Tatbestände wie den Fall Gustl Mollath als „Fehlentwicklung psychiatrischen Tuns“, als „Ausreißer“, „Missbrauch“ oder „Ausnahmefall“ zu betrachten und damit den Blick auf allgemeine Probleme der Ethik in der Psychiatrie zu verstellen. Ethik kann als philosophische Disziplin verstanden werden, die Kriterien für schlechtes und gutes Handeln und die Bewertung seiner Motive und Folgen aufstellen soll. Da sich Psychiatrie als ärztliche Disziplin versteht, sollten deren wesentliche ethische Grundlagen auch für den psychiatrischen Bereich gelten. Als zentrale ethische Grundlage ärztlicher Praxis gilt (siehe zum Beispiel Steinert, 2013) der Respekt vor der Würde und der Selbstbestimmung der Patienten, die Ausrichtung der Tätigkeit am Wohl der Patienten sowie das Prinzip „Primum nil nocere“ („Zuerst einmal nicht schaden“).

Allgemeine ethische Probleme der Psychiatrie

„Willst du etwas wissen, so frage einen Erfahrenen und keinen Gelehrten“ ist ein altes chinesisches Sprichwort. Etwas salopper kann man auch sagen: „Die Wahrheit über die Katzen erfährst du von den Mäusen.“ Schaut man sich psychiatrische Theorie und Praxis an, ist eines ihrer prägenden Merkmale, dass das Erfahrungswissen von Psychiatriebetroffenen vollständig missachtet, stattdessen seit Jahrhunderten ein Monolog der Experten und solcher, die sich dafür halten, geführt wird (siehe Bairaktaris, 2011). In Diskussionen dürfen Betroffene lediglich, gemäß ihrer Patientenrolle, individuelle Geschichten aus ihrem Leben beitragen (siehe Penney, 2000). Eine öffentliche Ethikdiskussion wird von Psychiaterorganisationen wie der World Psychiatric Association (WPA) oder – beispielsweise in Deutschland – der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie (DGPPN) verweigert (siehe Oaks, 2011). Stattdessen berief die DGPPN durch ihren Präsidenten Frank Schneider seinen früheren Vorgänger Uwe Henrik Peters, der durch die Verabreichung von Elektro- und Insulinschocks an weibliche Jugendliche offenbar ohne deren informierte Zustimmung bekannt wurde (siehe Kempker, 2000, S. 36–61), in ihren Ethik-Beirat, „... um die Expertise, die Erfahrung und das Engagement der ehemaligen DGPPN-Präsidenten für die Fachgesellschaft und ihre Mitglieder zu nutzen“ (DGPPN, 2010). Ebenso berief sie Hanfried Helmchen, der für die Minderbeachtung von Rechten Psychiatriebetroffener bekannt geworden ist (siehe Aly, 1982) – einen Schüler von Felix von Mikulicz-Radecki, unter Hitler ein exponierter Massensterilisator. Für internationale Psychiaterverbände geben Psychiater wie Norman Sartorius, vormals WPA-Präsident und WHO-Direktor der Abteilung Psychiatrie, in Sachen Ethik den Ton an. Sartorius ist eng mit der Pharmaindustrie verbunden (siehe Lehmann, 2008) und befürwortet die Elektroschock-„Erhaltungstherapie“ (siehe Helmchen & Sartorius, 2010). Die Forderung nach einem sogenannten runden Tisch zur öffentlichen Aufarbeitung psychiatrischer Menschenrechtsverletzungen

wird komplett ignoriert. Dabei liegen seit Jahrzehnten sich inhaltlich kaum verändernde Berichte über massive Menschenrechtsverletzungen durch Zwangsmaßnahmen wie gewaltsame Verabreichung von psychiatrischen Anwendungen und Fesselung vor (siehe zum Beispiel Triepel, 1987/1993, S. 450; Lehmann, 2012[a], S. 10–17; Lastrup, 2013; Schätzchen, 2013). Psychiatrisch Tätige scheinen sich einig, den „Monolog der Experten“ bei der Erörterung allgemeiner Fragen psychiatrischer Ethik ungestört von persönlichen Erlebnisberichten und erfahrungswissenschaftlich fundierter Kritik fortzusetzen (vgl. „Ethik“, 2013).

Themenkomplexe für Ethikdiskussion

- Die prinzipielle Überforderung der Psychiatrie mit ihrem Anspruch, als medizinische (und naturwissenschaftliche) Disziplin psychische Probleme überwiegend sozialer Natur lösen zu wollen;
- ihre bedrohliche Gewaltbereitschaft; die Verstellung des Blicks auf die wirklichen Probleme des einzelnen Menschen in der Gesellschaft durch die psychiatrische Diagnostik und stattdessen die Fortführung der Pathologisierung störender und unbequemer Sinnes- und Handlungsweise als „psychisch krank“ (und damit verantwortungslos, behandlungsbedürftig und potenziell gemeingefährlich);
- die Ausrichtung der psychiatrischen Diagnostik und Behandlung an den Interessen der Pharmaindustrie (siehe Frances, 2013).
- Menschen mit psychiatrischen Diagnosen werden im medizinischen Bereich insgesamt sowie im psychiatrischen Bereich massiv diskriminiert, das heißt rechtlich schlechter gestellt als andere Patienten (siehe „Diskriminierung“, 2005).

Alltägliche ethische Probleme

Abweichende psychische Konfliktverarbeitungsmuster werden in der Psychiatrie als Symptome von erblich (mit-)bedingten Hirnstoffwechselstörungen abgetan und den Betroffenen damit jegliche Möglichkeit genommen, die eigene (Mit-)Verantwortung für ihr Leben, ihre problembelastete Vergangenheit und ihre Zukunft zu übernehmen. Dazu gehört auch, sich kritisch mit ihrer Umgebung auseinanderzusetzen, konstruk-

tive Konsequenzen aus ihren Problemsituationen zu ziehen, Faktoren von Krisenentwicklungen frühzeitig zu erkennen, ihre Erfahrungen in ihren Lebensentwurf einzuarbeiten und ihr Leben in positiver Weise zu verändern. Psychopharmaka werden – gleich Hostien in der Kirche – als allein helfende Substanzen betrachtet und angepriesen. Strukturell wird in der Psychiatrie ohne informierte Zustimmung behandelt. Die Betroffenen werden in aller Regel nicht über die tatsächlich vorhandenen, möglichen und nicht auszuschließenden Risiken aufgeklärt. Es findet keine ausreichende Aufklärung über Risiken und Schäden psychiatrischer Anwendungen vor einer Behandlung, im Lauf der Behandlung und beim Übergang in die Langzeitbehandlung statt. Psychiater, psychiatrische Fachliteratur, Angehörigenverbände und zunehmend Patientenorganisationen sind finanziell mit profitorientierten Pharmafirmen verbandelt, von ihr beeinflusst und abhängig (siehe Lehmann, 2008, 2010). Von der psychiatriepolitischen Entscheidungsfindung, in der über die Zukunft des psychosozialen Systems entschieden wird, sind Psychiatriebetroffene in aller Regel trotz Consensusvereinbarungen (siehe WHO & EC, 1999) komplett ausgeschlossen. Ein Recht auf psychopharmakafreie Hilfe gibt es ebenso wenig wie nicht psychiatrische Kriseneinrichtungen oder finanziell ausreichend unterstützte Selbsthilfe- oder nutzerkontrollierte Einrichtungen.

Keine Akteneinsicht

Den Betroffenen wird die Einsicht in ihre eigenen Akten verweigert. Möglichkeiten, Fehler, Unsinn und diskriminierende Aufzeichnungen aus Akten entfernen zu lassen oder zumindest zu kommentieren, gibt es nicht. Immer mehr wehrlosen alten Menschen werden Psychopharmaka verabreicht, um den Pflegenotstand chemisch zu managen. Immer mehr Kinder ohne eigene Entscheidungsmöglichkeiten erhalten Psychopharmaka, um sie chemisch in eine kinderfeindliche Umwelt einzupassen, seien es amphetaminverwandte Substanzen zur Unterdrückung störender „Zappelphilipp“-Verhaltensweisen oder seien es Neuroleptika präventiv gegen gemutmaßte zukünftige psychotische Symptome. Immer mehr Frauen erhalten psychiatrische Psychopharmaka, um ihre störenden Reaktionen auf patriarchalisch-bevormundende Lebensverhältnisse chemisch zu neutralisieren. Immer mehr Menschen, die mit den Gesetzen in Konflikt geraten sind, erhalten psychiatrische Psychopharmaka, um sie in Gefängnissen oder der Gerichtspsychiatrie ruhig zu halten oder bei Abschiebungen ihren Widerstand zu brechen. Die Beweislast bei Schmerzensgeld- und Schadenersatzklagen tragen ausschließlich die Betroffenen. Nicht die – finanziell abgesicherten – Herstellerfirmen müssen nachweisen, dass ein eingetretener Schaden nicht durch ihre risikobehafteten Substanzen verursacht wurde, sondern die – in der Regel mittellosen – Geschädigten müssen in aufwendigen Verfahren beweisen, dass ein Schaden einzig und ausschließlich auf das verabreichte Präparat zurückzuführen ist. Gutachter unterliegen weder einer zivil- noch strafrechtlichen Regresspflicht für die Folgen pseudowissenschaftlicher Diagnosen und sogenannter Fehldiagnosen.

Forschung

Beteiligt an Zulassungsverfahren neuer Substanzen für den Pharmamarkt sind Pharmafirmen mit ihren Kapitalinteressen, finanziell von ihnen abhängige oder gesponserte Mediziner sowie staatliche Gesundheitsbürokratien, die bisher nicht den Beweis erbrachten, dass im Mittelpunkt ihres Interesses die Gesundheit von Psychiatriebetroffenen und anderen Empfängern der geprüften Substanzen stand. Vertreter von unabhängigen Verbänden Psychiatriebetroffener oder von ihnen ausgewählte Experten fehlen bei der Zulassung und Überwachung von Psychopharmaka (siehe Lehmann, 2005). Zulassungsstudien von Pharmafirmen werden weiterhin geheim gehalten. Aktuelle Änderungswünsche durch die European Medicines Agency, der Agentur der Europäischen Union zur Evaluation von Pharmaprodukten, werden von der Pharmalobby massiv bekämpft.

Psychopharmaka, Elektroschocks und hirnchirurgische Eingriffe

Psychopharmaka und deren Vermarktung sind vorwiegend orientiert an den Kapitalinteressen der Pharmafirmen, nicht am Wohl psychiatrischer Patienten. Möglichkeiten der Meldung von Behandlungsschäden an Zulassungsbehörden gibt es weder für Betroffene noch für ihre unterstützenden Angehörigen und Freunde. Wie früher bei Benzodiazepinen wird die Diagnose Neuroleptika- bzw. Antidepressiva-Abhängigkeit verweigert, vor Verabreichung der Substanzen über das Abhängigkeitsrisiko nicht aufgeklärt und jegliche Unterstützung beim selbstbestimmten Absetzen verweigert. Die tendenziell suizidale Wirkung von Neuroleptika wird verschwiegen, dafür lässt man Suizidprophylaxeprogramme, in denen Psychopharmaka verursachte Suizidfaktoren vollkommen ausgeblendet werden, von den Herstellerfirmen der problematischen Psychopharmaka und von den Finanziers abhängigen Psychiatern erstellen (siehe Lehmann, 2012[b]). Frühwarnsymptome, die auf Langzeitschäden insbesondere bei Neuroleptika hinweisen (siehe Lehmann, 2012[c]), werden in aller Regel ignoriert, Betroffene und ihre Angehörige darüber nicht aufgeklärt. Frauen in gebärfähigem Alter erhalten auch gegen ihren Willen Psychopharmaka, ohne auf mögliche Schwangerschaften Rücksicht zu nehmen. Die durchschnittlich um zwei bis drei Jahrzehnte geringere Lebenserwartung psychiatrischer Patienten wird auf deren Lebensweise und gesundheit-

liche Angeschlagenheit geschoben (siehe Lehmann, 2013[a]); umgekehrt wird diese nicht einkalkuliert, wenn man riskante toxische psychiatrische Substanzen verabreicht. Unter anderem aufgrund der Marktinteressen der Herstellerfirmen von Elektroschocks kommt es zur flächendeckenden Wiedereinführung des hirnzellzerstörenden Elektroschocks (siehe Falkai & Gruber, 2012) – selbst zu präventiven Zwecken. Weitere Ursachen sind die potenziell chronifizierende Wirkung von Antidepressiva (siehe Lehmann, 2013[b], S. 29–31) und das sogenannte katatone Dilemma: die Hervorrufung des neuroleptischen malignen Syndroms oder neuroleptischer maligner Hyperthermie, zu deren differenzialdiagnostischen Abgrenzung von febriler Katatonie medizinisches Wissen notwendig wäre (Lehmann, 1996). Zunehmend werden Chips und Elektroden zur Manipulation der Psyche hirnochirurgisch implantiert (siehe Lehmann & Stastny, 2013).

Zwang

Betroffene sind chancenlos, wenn sie um ihr Einverständnis bei der Verabreichung psychiatrischer Anwendungen gefragt werden. Mit der Frage nach dem Einverständnis wird zwar die Einsichtsfähigkeit bescheinigt, andernfalls müsste gar nicht erst gefragt werden. Ein Einverständnis mit der Verabreichung wird grundsätzlich als kompetente Entscheidung betrachtet, eine Ablehnung dagegen grundsätzlich als Krankheitssymptom, welches die Verabreichung notwendig mache – ein von außen leicht zu durchschauender Zirkelschluss. Die Folgen traumatisierender Missbrauchserfahrungen speziell bei Frauen sowie die psychischen Folgen traumatisierender Erfahrung durch das Erleben psychiatrischer Gewalt werden in der Psychiatrie ignoriert oder gar verleugnet. Trotz der bekannten traumatisierenden Wirkung von Fixierungen und trotz ständiger Brandgefahr in psychiatrischen Einrichtungen, die immer wieder zum qualvollen Ersticken oder Verbrennen angeschallter Patienten führt, wird weiterhin fixiert, ohne sicherzustellen, dass bei einem der in psychiatrischen Einrichtungen besonders oft auftretenden Brände die Schutzbefohlenen nicht zu Tode kommen.

Fazit

Die Liste von psychiatrischen Verstößen gegen zentrale ethische Grundlage ärztlicher Praxis ist lang. Auch die gesellschaftlichen Folgen von Diskriminierung und Stigmatisierung wären noch anzusprechen, beispielsweise die extrem hohe Arbeitslosigkeit bei Menschen mit psychiatrischen Diagnosen (ca. 80%), ihr Verweilen in monotoner, abstumpfender Arbeit unter psychopharmakologischer Ruhigstellung (siehe Laupichler, 2008), die Frühverrentung von „Schizophrenen“ mit durchschnittlich 38 Jahren und ihre Ausbeutung in Behindertenwerkstätten und anderswo durch Ein-Euro-Jobs (siehe Wagner, 2013). Eine Einsicht in das eigene unethische Handeln ist bei Psychiatern und ihren Organisationen im Grundsatz nicht vorhanden. Dies wird sich so lange nicht ändern, als sie nicht wegen eventuell vorsätzlicher Schädigung der Betroffenen zivil- und strafrechtlich zur Verantwortung gezogen werden. Eventualvorsatz liegt

nach herrschender Rechtsauffassung vor, wenn der Täter den Taterfolg – in diesem Fall wäre es Schädigung von Psychiatriepatienten gegebenenfalls mit Todesfolge – als Konsequenz seines Handelns ernsthaft für möglich hält und den Schaden zugleich billigend in Kauf nimmt und sich damit abfindet. 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. Auch für die zivilrechtliche Verantwortlichkeit genügt der bedingte Vorsatz.

Nur wenn Psychiater für die Folgen unethischen Handelns zivil- und strafrechtlich Verantwortung übernehmen müssen (Gleiches Recht für alle – auch für Psychiater!), kann ernsthaft an eine Einführung ethischer Grundsätze in die Psychiatrie gedacht werden. Hierbei müsste der unethische „Monolog der Experten“ beendet werden und alle an einer ethischen Psychiatrie Interessierten ihre Teilnahme am systematischen Ausschluss erfahrungswissenschaftlich (und somit in der Regel kritisch orientierter) Psychiatriebetroffener aus der Diskussion über allgemeine und spezielle Ethikprobleme in der Psychiatrie verweigern. Am Selbstbestimmungsrecht, der Beachtung der Menschenrechte und Einhaltung ethischer Grundsätze in der Psychiatrie Interessierte – ob psychosozial Tätige, Juristen, Politiker oder Vertreter von Angehörigen- und Betroffenenorganisationen – machen sich unglaublich, wenn sie weiterhin die Augen vor der Komplexität der allgemeinen und speziellen Ethikverstöße in der Psychiatrie und ihrer gesellschaftlichen Folgen verschließen (beispielsweise sich einzig auf ein Thema wie Zwang oder „Fehl“-Diagnosen beschränken) und es unterlassen, angesichts der notwendigerweise umfangreichen und vielfältigen Maßnahmen zur Bekämpfung der Ethikverstöße nach Verbündeten zu suchen und Allianzen zu bilden.

Anmerkung

Danke an Margret Osterfeld, Kalle Pehe und Franz-Josef Wagner für ihre wertvollen Hinweise. Literaturangaben unter www.peter-lehmann.de/document/ethik2014.htm

Dr. phil. h. c. Peter Lehmann

ist Diplom-Sozialpädagoge und arbeitet als Autor und Verleger in Berlin.

Kontakt: www.peter-lehmann.de