

Der Elefant im Raum

Ethikprobleme in der Psychiatrie

Von Peter Lehmann

Nicht schaden, das Selbstbestimmungsrecht der Patientinnen und Patienten und ihre Menschenwürde beachten – das sind grundlegende Werte in der Medizin. Psychiatrisch Behandelnde setzen jedoch vielfach gravierende Schäden durch Elektroschocks und neurotoxische Psychopharmaka. Über Entzugsprobleme wird fehl-informiert, Absetzwillige lässt man meist alleine. Die generell ohne informierte Zustimmung erfolgende Behandlung verstößt gegen das Selbstbestimmungsrecht, deren gewaltsamer Vollzug gegen die Menschenwürde. Obwohl sie groß und offensichtlich sind, der „Elefant im Raum“, ignoriert man die Ethikverletzungen.

In der Psychiatrie gibt es eine Reihe von Ethikproblemen.¹⁻⁵ Die wichtigsten betreffen die unmittelbare psychiatrische Behandlung:

„Psychopharmaka werden ohne Information und Zustimmung verabreicht, das heißt ohne Aufklärung über deren Risiken. (...) Lehnen Patientinnen und Patienten die angebotenen Behandlungsmaßnahmen ab, so bedroht man sie mit Isolierung, Zwangsbehandlung, erhöhter Psychopharmakadosis oder vorzeitiger Entlassung.“⁶

So lautete das Ergebnis einer Studie, durchgeführt von Gruppen psychiatrisch Tätiger, Angehöriger und Betroffener aus Deutschland, England & Wales, den Niederlanden, Österreich und Spanien mit Unterstützung der Europäischen Kommission im Rahmen des „Aktionsprogramms der Gemeinschaft zur Bekämpfung von Diskriminierung 2001-2006“. Eine neuere Studie unter wirksamer Beteiligung unabhängiger Betroffener ist nicht bekannt. Immer wieder zeigt sich, dass psychiatrisch Behandelnde nicht umfassend über Risiken ihrer Anwendungen und über Alternativen informieren⁷ und dass es nötig ist, seriöses und von den Interessen der Pharmaindustrie unabhängiges Informationsmaterial zu entwickeln, wie in einem Pilot-Projekt in einigen Kliniken in Rheinland-Pfalz geschehen.⁸⁻⁹



Peter Lehmann
Dr. phil. h.c., Dipl.-Pädagoge, Bundesverdienstkreuz für jahrzehntelanges Engagement für die Wahrung von Menschenrechten Psychiatriebetroffener, Antipsychiatrieverlag, Berlin, E-Mail: info@antipsychiatrieverlag.de

Nicht schaden?

Schäden durch Psychopharmaka
Psychopharmaka – allen voran Neuroleptika und Antidepressiva – setzen eine Vielzahl von Schäden, wie aus den Fachinformationen der Herstellerfirmen an die Ärzteschaft und insbesondere ihren Häufigkeitsangaben hervorgeht. Die einzelnen herkömmlichen und neueren Antidepressiva und Neuroleptika verursachen in mehr als 10% der Anwendungen Kraftlosigkeit, Somnolenz (Benommenheit mit abnormer Schläfrigkeit), Aggressivität, Angstzustände, Suizidgedanken und suizidales Verhalten, Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen, Sehstörungen, Sexual- und Menstruationsstörungen, Herzjagen, Blutdruckstörungen, Durchfall, Verstopfung, Gewichtszunahme, Parkinsonismus und Hyperkinesien (durch krankhaft gesteigerte Aktivität gekennzeichnete Muskel- und Bewegungsstörungen). Häufig (d.h. bei 1% bis 10% der Anwendungen) treten diese Störungen auf: Manien, De-

lire, Halluzinationen, Gedächtnisverlust, Migräne, Tinnitus, Ohnmachtsanfälle, krankhafte Erhöhung der Prolaktin-Konzentration, der Leberwerte und des Blutzuckerspiegels, Anorexie, Impotenz, Herzrhythmusstörungen, Blutbildschäden, Lungenentzündungen, Akathisie (zwanghafter Bewegungsdrang), tardive Dyskinesie (Symptomenkomplex aus chronischen Muskelstörungen) u.v.m. Eine Vielzahl der Stoffwechselstörungen und Organschäden können sich zu chronischen oder gar tödlichen Krankheiten entwickeln.¹⁰

Tabuisierte Suizidalität und Medikamentenabhängigkeit

Von Ausnahmen abgesehen tabuisieren psychiatrisch Behandelnde bei Neuroleptika besondere Gefahren wie behandlungsbedingte Suizidalität ebenso wie das Risiko der Medikamentenabhängigkeit. Dabei hatte schon vor fast einem halben Jahrhundert Frank J. Ayd im *American Journal of Psychiatry* erläutert: „*Es besteht nun 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.*“¹¹

Eine ähnliche Tabuisierung besteht hinsichtlich der Medikamentenabhängigkeit bei Neuroleptika und Antidepressiva, die – von Ausnahmen abgesehen – ebenfalls geleugnet wird. Herstellerfirmen erwähnen dieses Risiko bisher nur bei den Antidepressiva Tianeptin (im Handel als Stablon etc.) und Sertraline (im Handel als Zoloft etc.). Bei Neuroleptika ist es einzig die Schweizer Lundbeck AG, Zulassungsinhaberin von Clopixol (Wirkstoff Zuclopentixol, im Handel auch als Ciatyl-Z, Cisordinol), die in ihrer Fachinformation warnt, ein plötzliches Absetzen dieser Substanz könne schwerwiegende Entzugssymptome zur Folge haben.¹² Jedoch können alle psychiatrischen Psychopharmaka abhängig machen und Entzugssymptome verursachen.¹³ Das Verschweigen von Abhängigkeitsrisiken ist ein Verstoß gegen das Arzneimittelgesetz § 84 (Gefährdungshaftung). Aufzuklären ist nicht gemäß Absprachen unter Psychiaterverbänden, sondern gemäß wissenschaftlichen Erkenntnissen.¹⁴ Zudem gelten jegliche Verabreichungen von Psychopharmaka oder Elektroschocks – wie alle medizinischen

Eingriffe – als Körperverletzung. Nur die wohlinformierte Zustimmung einer Patientin bzw. eines Patienten befreit den Arzt bzw. die Ärztin vom strafrechtlichen Vorwurf der Körperverletzung. Laut höchstrichterlicher Rechtsprechung ist ein Eingriff ohne Einwilligung aufgrund unzureichender Aufklärung auch dann rechtswidrig, wenn die Behandlung an sich als sachgerecht gilt.¹⁵

Verweigerte Hilfen beim Absetzen

Wollen Patientinnen und Patienten ihre Psychopharmaka absetzen, taucht eine Vielzahl von Problemen auf. Sie und ihre Angehörigen sind von Beginn an fehlinformiert über Risiken der Toleranzbildung, Wirkungsverlust, Behandlungsresistenz, (körperliche) Abhängigkeit, Reduktions- und Absetzprobleme. Psychiatrisch Behandelnde lernen nur, wie man Psychopharmaka verabreicht, aber nicht, wie man sie absetzt.¹⁶ Gerne verstößen sie absetzwillige Patientinnen und Patienten. Die Diagnose der „Neuroleptika-Abhängigkeit“ oder „Antidepressiva-Abhängigkeit“ gibt es nicht. Psychiaterverbände wollen die Neuroleptika- oder Antidepressiva-Abhängigkeit mit dem Scheinargument, diese Substanzen würden nicht süchtig machen, partout nicht in ihre Diagnosensammlungen aufnehmen. Ohne diese Diagnosen fehlen aber Warnungen an die Betroffenen vor zu schnellem Absetzen und Informationen, wie man Entzugssymptome lindern oder vermeiden kann. Sie haben kaum eine Chance auf Entschädigung und Maßnahmen zur Rehabilitation. Ohne diese Diagnosen wähnen psychiatrisch Behandelnde, nicht zur Aufklärung über dieses Risiko verpflichtet zu sein. Ohne Diagnose- und Abrechnungsziffern können sie Maßnahmen zur Linderung und Überwindung der Abhängigkeit gegenüber Krankenkassen schlecht oder gar nicht abrechnen. Stationäre Hilfeangebote zum Absetzen von Antidepressiva und Neuroleptika kann man an den Fingern einer zweifingrigen Hand abzählen.¹⁷ Es gibt keine Konzepte, wie Menschen niederschwellig kurzfristig teilstationär oder stationär aufgenommen werden können, wenn sie im – oft Monate oder Jahre währenden – Absetzprozess in eine Entzugskrise kommen und vorübergehend Schutz brauchen.

Schäden durch Elektroschocks

Gravierende Schäden können auch bei Elektroschocks auftreten, deren Einsatz wegen zunehmender Behandlungsresis-

tenzen um sich greift. So gesteht die US-amerikanische Herstellerfirma Somatics 2020 in ihrer Bedienungsanleitung des Schockapparats teilweise „verheerende kognitive Folgen“¹⁸ ein. Zu den Schäden, die Somatics im Einzelnen benennt, zählen Verschlechterung psychiatrischer Symptome, Tötungsdelikte, Begünstigung suizidalen Verhaltens, manische Symptome, Delire, spontane Anfälle, Status epilepticus (anhaltende epileptische Anfälle), Seh-, Hör- und Blutdruckstörungen, Gedächtnis- und Hirnschäden, Komata, Atemwegsverschlüsse, Lungenentzündungen und -embolien, längere Atemstillstände, Herzinfarkte, Zahntaumata und Dyskinesien.

Reduzierte Lebenserwartung

Laut Janssen Pharmaceuticals ist die Lebenserwartung von Menschen mit ernsten psychiatrischen Krankheiten bzw. Diagnosen („Schizophrenie“, „bipolare Störung“, „schwere Depression“, „Persönlichkeitssstörung“) erheblich vermindert. Die Pharmafirma schrieb 2012: „*Forschung hat gezeigt, dass die Lebenserwartung von Menschen mit schweren psychischen Leiden um durchschnittlich 25 Jahre geringer ist als die der Durchschnittsbevölkerung.*“¹⁹

Schon Anfang der 1990er-Jahre gab es Berichte über eine erhöhte Sterblichkeit von Menschen, die als »schizophren« diagnostiziert und entsprechend behandelt werden.²⁰ Seither hat sich die Frühsterblichkeit kontinuierlich gesteigert²¹, gar beschleunigt.²² Gemeinsam mit Kolleginnen und Kollegen warnte Joe Parks, Vorsitzender des Medical Directors Council der US-amerikanischen National Association of State Mental Health Program Directors – vergleichbar der deutschen Bundesdirektorenkonferenz –, vor dem deutlicher gewordenen Zusammenhang zwischen „atypischen“ Neuroleptika und dem Metabolischen Syndrom.²³ Dieser Komplex aus Gewichtszunahme, Insulinresistenz, Fettstoffwechsel- und Blutdruckstörung – alles Schäden, die durch Neuroleptika bewirkt werden können – ist für Schlaganfälle, Herzinfarkte und plötzlichen Tod verantwortlich. Selbstverständlich gibt es psychiatrisch Behandelnde, die solche Aussagen anzweifeln, die hohe Sterblichkeitsrate einzig der ungesunden Lebensweise vieler in prekären Umständen lebenden Psychiatriebetroffenen anlasten oder gar das Gegenteil behaupten, nämlich eine positive Breitbandwirkung auf die

Gesundheit. Ein Team um Jari Tiihonen, einem finnischen Meinungsführer der biologischen Psychiatrie mit geschäftlichen Beziehungen zu Pharmafirmen wie Lundbeck, Organon, Janssen-Cilag, Eli Lilly, AstraZeneca, Hoffmann-La Roche und Bristol-Myers Squibb²⁴, schrieb beispielsweise:

„Bei Patienten mit einer oder mehrerer Verschreibungen für ein antipsychotisches Medikament beobachtete man ein umgekehrt proportionales Verhältnis zwischen Sterblichkeit und zunehmender Dauer der Anwendung ...“²⁵

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. Diese führe dazu, dass seine Einrichtungen unverhältnismäßig oft auf dem reduktionistischen biomedizinischen Psychiatriemodell basieren.²⁶ Dabei gäbe es durchaus wirksame Alternativen.^{27,28}

Auch Anhänger des Elektroschocks („EKT“) erklären immer wieder öffentlich, ihre Methode sei unbedenklich, so z.B. Michael Grözinger, Sprecher der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN): „Sie ist wissenschaftlich anerkannt, hochwirksam, sicher ...“²⁹ Einer der einflussreichsten Anhänger des Elektroschocks ist Harold Sackeim, ehemaliger Leiter der Abteilung für biologische Psychiatrie am New York State Psychiatric Institute und in geschäftlichen Beziehungen zu einschlägigen Firmen wie der Herstellerfirma MECTA Corporation.³⁰ Er sieht im Elektroschock einen universellen Jungbrunnen:

„Mehrere Langzeitnachfolgestudien legen nahe, dass Patienten, die EKT erhalten, im Vergleich zu Kontrollpatienten ohne EKT eine verringerte Sterblichkeit jeder Ursache haben.“³¹

Selbstbestimmungsrecht achten, Menschenwürde schützen?

Jahrzehntelang wurden in bundesdeutschen psychiatrischen Kliniken grundgesetzwidrig psychiatrische Zwangsbehandlungen vollzogen, wie das Bundesverfassungsgericht 2011 bestätigte.³² Viele psychiatrisch Tätige hätten die daraufhin veränderte rechtliche Situation, die ih-

nen ihre Zwangsbehandlung erschwert, als „unangemessen“ empfunden, so der Mediziner Jochen Vollmann im Buch „Ethik in der Psychiatrie“.³³ Eine Entschädigung der Betroffenen erwähnte bisher niemand.

Gegen den Willen von Betroffenen, jedoch mit formaler Einwilligung gerichtlich bestellter Betreuerpersonen verabreichte Psychopharmaka und Elektroschocks sind nach wie vor Usus in der Psychiatrie, wenn man sich nicht mit einer psychosozialen Patientenverfügung geschützt hat.³⁴⁻³⁵ Eine mögliche Traumatisierung wird in Kauf genommen³⁶, auch wenn in der Traumatherapie psychische Übergriffe als Traumata auslösende Faktoren nicht existent sind.

Wie eine Lösung des Dauerkonflikts um die Zwangsbehandlung aussehen könnte, die ethischen Grundsätzen des Selbstbestimmungsrechts und der Menschenwürde entspricht, zeigt, in ein Unterbringungsgesetz eingegossen, ein (vom Stadtparlament abgelehnter) Reformvorschlag in Hamburg von 1988:

§ 36 (Behandlung)

- (1) Eine Behandlung erfolgt ausschließlich mit Einwilligung der untergebrachten Person. Vor Beginn der Behandlung ist sie umfassend über Gründe und Folgen sowie über mögliche Alternativen aufzuklären. Die Pflicht zur Aufklärung umfasst insbesondere die Risiken der Behandlung, die Nebenfolgen und die Spätschäden, die nach dem Stand medizinischer Erkenntnis nicht außerhalb jeglicher Wahrscheinlichkeit liegen. Über dieses Aufklärungsgespräch ist ein Protokoll zu führen.
- (2) Die untergebrachte Person kann die Zustimmung zur Behandlung ganz oder zum Teil jederzeit widerrufen. Ist die untergebrachte Person zu einer rechtsgeschäftlichen Erklärung außerstande, so ist auf ihren natürlichen Willen abzustellen. Kann sie auch diesen nicht äußern, dann ist auf eine vorher abgegebene Erklärung abzustellen. Ist eine solche nicht erkennbar, dann ist von einer Versagung der Einwilligung auszugehen. (...)
- (4) Ein operativer Eingriff, die Anwendung von Elektroschocks oder eine Behandlung, die mit Lebensgefahr oder mit schwerwiegender Gefahr für die Gesundheit der untergebrachten Person verbunden ist oder von der zu befürchten ist, dass sie die Persönlichkeit der untergebrachten Person verändert, sind verboten.³⁷

Auch die Fixierung ist immer noch eine Option für psychiatrisch Behandelnde, obwohl Betroffenenverbände sie ebenso wie die Zwangsbehandlung als unethisch und als Verstoß gegen die Menschenwürde ablehnen – abgesehen vom erhöhten Thromboserisiko³⁸, der für die Gefesselten gelegentlich tödlich endenden Brandgefahr auf psychiatrischen Stationen und der unerträglichen Situation, gewaltsam entkleidet, gefesselt, betatscht und hilflos im eingekoteten und eingenässsten Psychiatriebett liegen zu müssen.³⁹⁻⁴²

Der Elefant im psychiatrischen Raum

Die Metapher vom Elefanten im Raum bezieht sich auf ein Problem, das offen im Raum steht, aber von niemandem angesprochen wird. Das geflissentliche Nicht-Ansprechen fundamentaler, auch als strukturelle Gesetzesverstöße zu wertender Ethikverstöße in der Psychiatrie seitens der Gesundheitsverwaltungen, der politischen Einscheidungsträger, der Strafverfolgungsbehörden, der psychiatrischen Verbände und der ihnen nahestehenden Medien kann viele Gründe haben: ärztliche Überheblichkeit; Angst vor persönlichen Nachteilen und Repressionen; Furcht, im gleichen Feld Tätige zu verletzen, ein Tabu zu brechen oder die ungeschriebenen Regeln psychiatrischer Korrektheit zu missachten; Geringschätzung psychiatrischer Patientinnen und Patienten; Bequemlichkeit; fehlende Zivilcourage.

Dass das Gros psychiatrisch Behandelnder im Setzen von Schäden und der Mitwirkung an behandlungsbedingter Frühsterblichkeit ein ethisches Problem sehen, ist dem Autor nicht bekannt. Dies gilt auch für strukturelle Verstöße gegen das Strafrecht, das Tabuisieren substanzbedingter Suizidalität und Medikamentenabhängigkeit, tendenziöse Äußerungen von in den Diensten der Pharma- und Elektroschockindustrie stehenden Meinungsführern, ausbleibende Entschädigungen für Menschenrechtsverletzungen, fehlenden Schutz der körperlichen Unversehrtheit Untergebrachter und traumatisierende Zwangsmaßnahmen. ●

Literatur

Das Quellenverzeichnis steht im Internet unter www.kerbe.info sowie www.peter-lehmann.de/document/kerbe2021