

Peter Lehmann

Psychiatrische Zwangsbehandlung, Menschenrechte und UN-Behindertenrechtskonvention

Fragen und Antworten anlässlich der Neufassung des Berliner »Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten« (PsychKG)

Medizinische Ethik gebietet, dass die Behandlung Patienten direkt nutzt und ihre Menschenrechte beachtet, auch wenn keine informierte Zustimmung vorliegt. Psychiatrische Zwangsbehandlung kann mit Traumatisierung und unkalkulierbaren bleibenden körperlichen und psychischen Schäden einhergehen. Sogenannte Einwilligungsunfähigkeit, die in Krisenfällen die vorübergehende Außerkraftsetzung eines Teils der Menschenrechte erlauben soll, ist jedoch eher als subjektiv geprägtes Urteile denn als valide, Rechtssicherheit gewährende Entität zu betrachten. Befürworter eines psychiatrischen Sonderrechts auf zwangsweise Verabreichung insbesondere von Neuroleptika ignorieren deren lebensbedrohliche Gefahrenpotenziale ebenso wie bewährte Alternativen zur Psychiatrie.

Derzeit werden in einigen deutschen Bundesländern, unter anderem in Berlin, Unterbringungsgesetze der sich wandelnden Rechtsprechung und der UN-Behindertenrechtskonvention angepasst. Nicht nur in Berlin zeigen sich weiterhin gravierende Mängel, was die beanstandeten Menschenrechtsfragen betrifft. Dabei erlauben die durch BGB und StGB normierten Hilfspflichten im medizinischen einschließlich psychiatrischen Bereich bei Lebensgefahr Notfallmaßnahmen bei ernstlicher Gefährdung von Gesundheit oder Leben der Patienten und erübrigen psychiatrische Sonderrechte. Mit Vorausverfügungen ließe sich ein Großteil darüber hinaus entstehender Konfliktfälle rechtzeitig entschärfen. Übrig bleibende Konfliktfälle erlauben jedoch nicht, den Schutz von Menschenrechten unterschiedlicher Menschen gegeneinander abzuwägen.

Schlüsselwörter: Menschenrechte, Psychiatrie, Zwangsbehandlung, Neuroleptika, UN-Behindertenrechtskonvention

Coercive Treatment in Psychiatry, Human Rights and the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. With examples from the Berlin mental health law reform

Medical ethics demand that treatment benefits patients and respects individuals' human rights, even in situations without informed consent. Forced psychiatric treatment can traumatise patients and cause incalculable and chronic physical and mental damage. Alleged incapacity to consent, allowing temporary suspension of some human rights, appears more a subjective judgement rather than a valid concept providing legal certainty. Advocates of a psychiatric privilege argue for coercive treatment especially with antipsychotic medication, but ignore the potentially life-threatening risks of these substances and proven consensual alternatives beyond psychiatry.

Currently in Berlin as in other German federal states, mental health laws are being adapted to changing jurisprudence and the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Yet there are ongoing and serious deficits regarding human rights issues. The legal obligations on assistance for physicians stipulated by civil and criminal law already allow emergency measures in the case of serious risk to the health and the life of the patient; this should be sufficient for psychiatry and make psychiatric privileges redundant. Many potential conflicts could be averted with advance directives. While some conflicts might remain, this does not justify different levels of human rights protection to different people.

Key words: Human rights, psychiatry, coercive treatment, neuroleptics, UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities

Ärztliche Pflicht zur Notfallbehandlung

Eine ethische Psychiatrie wäre zunächst dadurch charakterisiert, dass sie auf denselben Grundlagen steht, die für die allgemeine ärztliche Tätigkeit gelten. Sie respektierte die Würde und Selbstbestimmung ihrer Patientinnen und Patienten, richtete ihre Tätigkeit an deren direktem Wohl und dem Prinzip »primum nihil nocere« (»zuerst einmal nicht schaden«) aus. Entsprechend den gesetzlichen Vorschriften (zum Beispiel in Not-

fällen als Geschäftsführung ohne Auftrag und als Gebot der Hilfeleistung) würde sie nur im vitalen Interesse der betroffenen Person ohne deren Zustimmung tätig.

In Deutschland, Österreich und der Schweiz lässt die Notfallmedizin im gesamten medizinischen Bereich viele invasive Eingriffe zur Diagnostik und Therapie akuter Störungen der Vitalfunktionen zu. Die Gesetzeslage ist durch Bestimmungen zu unaufschiebbaren medizinischen Behandlungsmaßnahmen,

zur Geschäftsführung ohne Auftrag, zur Strafbarkeit unterlassener Hilfeleistung und zur sogenannten Garantenpflicht vorgegeben.

Ärztliche Rechte und Pflichten

In *Deutschland* wird die Rechtslage durch das BGB und das StGB geregelt. So erlaubt § 630 d Abs. 1 S. 3 BGB (Behandlungsvertrag, Einwilligung in medizinische Maßnahmen) in Notsituationen eine unaufschiebbare Behandlung, sofern sie am Interesse und den mutmaßlichen Optionen der Betroffenen ausgerichtet ist. Auch § 677 BGB (Pflichten des Geschäftsführers) verfügt, dass Notfallbehandlung an deren Interesse und mutmaßlichen Optionen orientiert sein muss. § 323 c StGB (Unterlassene Hilfeleistung) verpflichtet jedermann zur Hilfe, wenn Menschen in Not sind. Ärztinnen und Ärzte, die eine Behandlung übernommen haben, unterliegen einer besonderen Pflicht zur Hilfeleistung, der Garantenpflicht. Damit ist ihre Beistandspflicht gemeint. In ihrer Pflichtenposition haben sie dafür einzustehen, dass bestehende Rechtsgüter, zum Beispiel Leben und Gesundheit ihrer Patientinnen und Patienten, vor Schäden geschützt werden. Die Garantenpflicht ist durch § 13 Absatz 1 StGB (Begehen durch Unterlassen) geregelt.

In *Österreich* ermöglicht § 110 StGB (Eigenmächtige Heilbehandlung) im Falle drohender erheblicher Gesundheitsgefahr ein rasches Einschreiten. § 1035 ABGB (Geschäftsführung ohne Auftrag) macht Nothelfer für die Folgen ihres Handelns verantwortlich. § 95 StGB (Unterlassung der Hilfeleistung) gebietet, verletzten oder in ihrer Gesundheit beträchtlich gefährdeten Menschen in Notsituationen zu helfen. Für behandelnde Ärztinnen und Ärzte besteht aufgrund § 2 StGB (Begehung durch Unterlassung) eine besondere Pflicht zur Hilfeleistung.

Die Rechtslage in der *Schweiz* ist ebenfalls auf unterschiedlichen Ebenen vorgegeben. Patientinnen und Patienten haben das Recht, eine Behandlung abzubreaken oder abzulehnen, auch wenn diese in ihrem gesundheitlichen Interesse liegen würde. Die Notfallbehandlung ist kantonal reguliert, beispielsweise im Kanton Zürich durch § 21 Patientinnen- und Patientengesetz. Wie in Deutschland und Österreich muss sie am Interesse und den mutmaßlichen Optionen der Betroffenen ausgerichtet sein. Das nationale ZGB – OR bestimmt mit Art. 419 (Geschäftsführung ohne Auftrag), dass Entscheidungen, die für andere zum Beispiel in Notsituationen getroffen werden, an deren Interesse und mutmaßlichen Optionen ausgerichtet sein müssen. Art. 128 StGB (Unterlassung der Nothilfe) verpflichtet jedermann, Menschen in unmittelbarer Lebensgefahr und bei Unfällen zu helfen. Für behandelnde Ärztinnen und Ärzte ist die Garantenpflicht durch Art. 11 StGB (Begehen durch Unterlassen) geklärt.

Psychiatrische Sondergesetze

Üben Vertreter der herrschenden Psychiatrie im Rahmen psychiatrischer Sondergesetze und jenseits der durch das BGB und StGB normierten Hilfspflichten therapeutische Gewalt gegen Patientinnen und Patienten aus und verletzen deren Menschenrechte, dann behaupten sie gern, dies liege im tatsächlichen Patienteninteresse und genüge ethischen Grundanforderungen.

Dies wird bei der anstehenden Neufassung diverser deutscher Landespsychiatriegesetze deutlich, unter anderem beim Entwurf des »Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG)« in Berlin. Unter der Vorgabe, nichts Grundsätzliches zu diskutieren, da dies bereits in den vorangegangenen Legislaturperioden geschehen sei (die Begründungen neuerer höchstrichterlicher Urteile sowie die neuen Kommentare des UN-Komitees der Rechte von Menschen mit Behinderungen ignorierend), lud Erdmann Fährdrich, Landesarzt für Psychiatrie und Leiter der AG-PsychKG des Landespsychiatriebeirates, im April 2014 dessen Mitglieder ein, ihm Anmerkungen zum PsychKG-Entwurf zu schicken. Damit solle das Gremium in der Lage sein, auf die Schnelle eine Empfehlung abzugeben.

2011 hatte das deutsche Bundesverfassungsgericht nach einer Verfassungsbeschwerde eines in Baden-Württemberg im Maßregelvollzug Untergebrachten mit dem Beschluss zum Verfahren 2 BvR 633/11 (BVerfG R & P 2012, 31 ff.) erkannt, dass in diesem Bundesland jahrzehntelang ohne Verfassungskonformität die Menschenrechte auf Selbstbestimmung und körperliche Unversehrtheit verletzt wurden. Der deutsche Bundesgerichtshof rügte im Jahr darauf mit seinem Beschluss zum Verfahren XII ZB 99/12 (BGH R & P 2012, 206 ff.) die fehlende Rechtsgrundlage für eine Einwilligung des rechtlichen Betreuers in eine Zwangsbehandlung.

Gemäß dem Berliner Gesetzentwurf vom April 2014 sollen »Personen mit psychischen Störungen von erheblichem Ausmaß mit Krankheitswert« eine gesetzliche Vertretung bekommen, wenn sie sich selbst oder bedeutende Rechtsgüter anderer erheblich gefährden.¹ Die Vertretung solle dann über das Wohl der untergebrachten Person entscheiden und der gewaltsamen Verabreichung von Psychopharmaka zustimmen können, sofern diese absehbar nicht in der Lage sei, ihre »Erkrankung« zu verstehen und vertrauensvoll der angeblich alternativlosen Behandlung zuzustimmen. Während § 1901 a Abs. 1 BGB normiert, dass dem in einer Patientenverfügung dokumentierten Willen des Patienten bzw. der Patientin Ausdruck und Geltung zu verschaffen sei, soll diese Schutzbestimmung durch das neue Berliner PsychKG aufgeweicht werden; der dokumentierte Patientenwille sei nur noch zu beachten, nicht mehr zu befolgen:

»§ 28 Behandlung (...) (4) Ist die psychisch erkrankte Person absehbar nicht in der Lage, Grund, Bedeutung und Tragweite von Erkrankung und erforderlicher Behandlung zu verstehen und Entscheidungen danach auszurichten, so ist die Bestellung einer gesetzlichen Vertretung anzuregen.

(5) Ist die psychisch erkrankte Person einwilligungsunfähig und ist bereits eine gesetzliche Vertretung bestellt, erfolgt die Ermittlung ihres Willens und die Entscheidung über die Durchführung oder Untersagung einer ärztlich indizierten Behandlung gemäß §§ 1901 a und 1901 b des Bürgerlichen Gesetzbuches. Die in einer Patientenverfügung oder als natürlicher Wille zum Ausdruck gebrachte Ablehnung der Behandlung ist zu beachten.

¹ »§ 1 Anwendungsbereiche (1) Dieses Gesetz regelt 1. die Hilfen für psychisch erkrankte Personen, die erforderlich sind, um die Erkrankung zu heilen, deren Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern, ihrer gesellschaftlichen Ausgrenzung entgegenzuwirken, ihre soziale Wiedereingliederung zu ermöglichen oder eine Unterbringung zu vermeiden, 2. die Unterbringung psychisch erkrankter Personen, die aufgrund ihrer Erkrankung sich selbst oder bedeutende Rechtsgüter anderer erheblich gefährden.« (Land Berlin 2014)

(6) *Ist die psychisch erkrankte Person aus Gründen ihrer psychischen Erkrankung, die zur Unterbringung geführt hat (Anlasserkrankung), einwilligungsunfähig, ist ausnahmsweise eine ihrem natürlichen Willen widersprechende medikamentöse Zwangsbehandlung der Anlasserkrankung zulässig, wenn sie ausschließlich mit dem Ziel vorgenommen wird, die tatsächlichen Voraussetzungen zur Ausübung freier Selbstbestimmung (Einwilligungsfähigkeit) überhaupt erst zu schaffen oder wieder herzustellen, um sie auf diese Weise durch Aufnahme oder Fortsetzung der Behandlung mit Einwilligung entlassungsfähig zu machen. Eine medikamentöse Zwangsbehandlung darf nur als letztes Mittel und nur unter strikter Einhaltung der folgenden Maßgaben durchgeführt werden: 1. Weniger eingreifende Behandlungen konnten nicht vorgenommen werden oder haben sich als erfolglos erwiesen. 2. Der ernsthafte, mit dem nötigen Zeitaufwand und ohne Ausübung von Druck unternommene Versuch, eine auf Vertrauen gegründete Einwilligung in die Behandlung zu erreichen, ist erfolglos geblieben. 3. Die psychisch erkrankte Person ist gemäß Absatz 2 über das Ob und Wie der vorgesehenen medikamentösen Zwangsbehandlung entsprechend ihrer Verständnismöglichkeit aufzuklären. 4. Die vorgesehene medikamentöse Zwangsbehandlung muss erfolgversprechend sein. Ihr erwartbarer Nutzen muss deutlich feststellbar die mit ihr einhergehenden Belastungen oder möglichen Schäden überwiegen. Eine Veränderung des Kernbereichs der Persönlichkeit ist dabei auszuschließen.*» (Land Berlin 2014)

Paradoxerweise soll bei der Brechung ihres Willens – für Psychiater und politische Parteien, die schon in der Vergangenheit menschenrechts- und verfassungswidrige Zwangsbehandlung guthießen, kein Widerspruch – ihre Würde und ihr Selbstbestimmungsrecht geachtet werden:

»§ 2 Anwendungsgrundsätze (1) Bei allen Hilfen und Maßnahmen auf Grund dieses Gesetzes ist auf die individuelle Situation und auf die besonderen Bedürfnisse der psychisch erkrankten oder der untergebrachten Person Rücksicht zu nehmen. Ihre Würde und ihre persönliche Integrität sind zu achten und zu schützen. Ihre individuelle Autonomie einschließlich der Freiheit, Entscheidungen selbstbestimmt zu treffen, und ihre Unabhängigkeit sind zu respektieren.« (ebd.)

Parallel zur formalen Anpassung von Unterbringungsgesetzen diskutieren psychosozial Tätige und Juristen untereinander, welche gesetzlichen Regelungen prinzipiell nötig sind, um psychiatrische Zwangsbehandlung fortführen zu können. Betroffene werden dabei kaum gehört, Argumente gegen ein psychiatrisches Sonderrecht auf Verabreichung von Psychopharmaka und Elektroschocks ohne informierte Zustimmung finden in der Regel kaum Beachtung, nach wie vor sollen im Krisenfall Dritte – Psychiater, jetzt in Kooperation mit Richtern und Betreuern – Psychiatriepatientinnen und -patienten bevormunden und über deren Wohl und Wehe entscheiden können. Deshalb sollen die Argumente für eine Gleichheit vor dem Gesetz hier erläutert sein.

Rechtsungleichheit vor dem Gesetz

Psychiatrische Gewalt: Mittel gegen Diskriminierung?

2006 verabschiedeten die Vereinten Nationen die Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) für Menschen mit Behinderung. Österreich ratifizierte sie 2008, Deutschland 2009, die

Schweiz 2014. Zu Menschen mit Behinderung zählen per Definition auch Personen mit »langfristigen seelischen Sinnesbeeinträchtigungen«. Endlich sollen Maßnahmen initiiert werden, ihre volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe an der Gesellschaft durchzusetzen:

»Artikel 1 – Zweck: Zu den Menschen mit Behinderungen zählen Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können.«

»Artikel 17 – Schutz der Unversehrtheit der Person: Jeder Mensch mit Behinderungen hat gleichberechtigt mit anderen das Recht auf Achtung seiner körperlichen und seelischen Unversehrtheit.«

Rolf Marschner, engagierter Anwalt für Sozialrecht mit dem Schwerpunkt Behindertenrecht in München, macht sich in seinem Aufsatz »Menschen in Krisen: Unterbringung und Zwangsbehandlung in der Psychiatrie« für die Umsetzung der UN-BRK und die Stärkung der Rechte Psychiatriebetroffener stark. Dennoch befürwortet er ein Sondergesetz, das Psychiatern in besonderen Fällen ein kleines Fenster für die gewaltsame Verabreichung von Psychopharmaka offen hält. Dabei interpretiert er die UN-BRK in der Weise, dass sie Zwangsbehandlung zur Wiederherstellung der seelischen Unversehrtheit zulasse. Den Widerspruch, dass die seelische Unversehrtheit ausgerechnet mit einer traumatisierenden, auch schon nach relativ kurzen Behandlungsperioden und bei niedrigen Dosierungen zu bleibenden seelischen Verletzungen und chronischen Erkrankungen führenden gewaltsamen Verabreichung von Psychopharmaka wiederhergestellt werden soll, berücksichtigt er allerdings nicht, wenn er die UN-BRK in der Weise interpretiert, es liege keine Diskriminierung im Sinn der UN-BRK vor, wenn die Zwangsbehandlung der Abwehr von Lebensgefahr oder schweren Gesundheitsgefahren für den betroffenen Menschen selbst diene und dieser zur Einsicht in die Schwere seiner Krankheit und die Notwendigkeit von Behandlungsmaßnahmen oder zum Handeln gemäß solcher Einsicht krankheitsbedingt nicht fähig sei. Insofern könne ein Eingriff in die körperliche Unversehrtheit im Ausnahmefall damit begründet werden, dass die seelische Unversehrtheit wiederherzustellen sei (MARSCNER 2013, 222 f.).

Psychiatrische Zwangsbehandlung, von vielen als unmenschlich und erniedrigend erlebt, wird mitsamt ihren möglichen traumatisierenden Folgen vom Schweizer Psychiater und Psychotherapeuten Marc Rufer mit deutlichen Worten beschrieben:

»Für eine Zwangsbehandlung wird, wenn nötig, das »Aufgebot« herbeigerufen: Bis zu acht zu körperlicher Gewalt bereite Pfleger stehen einem oder einer einzelnen wehrlosen Betroffenen gegenüber. Auch Zwangsunterbringungen, nicht selten von Polizisten durchgeführt, sind oft ein dramatisches Geschehen. Vergleichbar Vergewaltigung, Folter und sexuellem Missbrauch sind dies traumatisierende Konfrontationen. Die Grunderfahrung dieser Traumatisierungen ist für die Betroffenen das radikale Macht-/Ohnmachtgefälle. Die traumatisierende Situation hat eine umfassende Infantilisierung des Opfers zur Folge, elementare Kindheitsängste werden wiederbelebt. Was hier stattfindet, wird als erzwungene Regression bezeichnet. Die Grenze zwischen Realität und Phantasie verschwimmt. Das traumatisierte Ich versucht, daran festzuhalten, dass die aktuelle Wahrnehmung der Realität nur ein böser Traum sei, aus dem es bald wieder erwachen werde. In diesem

Moment besteht für die Betroffenen die Gefahr, in einen Zustand der totalen Verwirrung zu fallen. Das Trauma löst das Gefühl der existenziellen Hilflosigkeit aus. Wenn der letzte Widerstand des Opfers gebrochen ist, wird es gleichsam zum Objekt, mit dem der Täter nach Belieben verfahren kann.» (RUFER 2007, 404 f.)

Entfele die Möglichkeit der Zwangsunterbringung und -behandlung, könnten – so Marschner – staatliche Reaktionen auf gefährliches Verhalten nur noch über das allgemeine Polizeirecht erfolgen, was aber konventionswidrig sei: Eine Freiheitsentziehung zum Beispiel durch nachfolgende psychiatrische Behandlung sei nicht mehr auf den kürzest möglichen Zeitraum begrenzt. Um eine psychiatrische Versorgung rund um die Uhr sicherzustellen, die psychische Störungen zeitlich begrenzen könne, seien besondere Gesetze für Psychiatriepatienten unverzichtbar. Maßnahmen wie psychiatrische Unterbringung und Zwangsbehandlung könnten gemäß Art. 5 Abs. 4 UN-BRK (Gleichberechtigung und Nichtdiskriminierung) geradezu erforderlich sein, um die tatsächliche Gleichberechtigung von Menschen mit Behinderung herbeizuführen. In jenem Artikel wird einschränkend gesagt:

»Besondere Maßnahmen, die zur Beschleunigung oder Herbeiführung der tatsächlichen Gleichberechtigung von Menschen mit Behinderungen erforderlich sind, gelten nicht als Diskriminierung im Sinne dieses Übereinkommens.«

Ein psychiatrisches Sonderrecht auf willkürliche gewaltsame Verabreichung von Psychopharmaka würde die Patientinnen und Patienten nicht diskriminieren, sondern – im Gegenteil, so die Befürworter psychiatrischer Zwangsbehandlung – deren Schlechterstellung in der medizinischen und psychosozialen Versorgung entgegenwirken.

Psychopharmakarisiken: Kleineres Übel?

Mit dem Argument, die Betroffenen vor einer Zwangsunterbringung zu verschonen oder diese zu begrenzen, begründen Psychiater immer wieder ihren Wunsch, Patientinnen und Patienten in psychiatrischen Stationen oder in deren eigenen Wohnungen zwangsweise Psychopharmaka verabreichen zu können oder sie per gerichtlicher Verfügung zu zwingen, ambulant Psychopharmaka zu schlucken bzw. sich spritzen zu lassen. Dabei ignorieren sie die Gefahrenpotenziale von Psychopharmaka.

Schon seit Jahrzehnten erscheint auch Psychiatern die Aussage problematisch, die oft als »antipsychotische Medikamente« bezeichneten Neuroleptika würden direkt auf Psychosen wirken. Intern warnen sie vor dem Missverständnis, das in dem Begriff »antipsychotisch« steckt: es handle sich lediglich um eine unspezifische Reizbehandlung (PHILIPP 1979; SELBACH 1961) ohne ursächliche Wirkung auf die Psyche (SPOERRI 1955, 203). Der Begriff der antipsychotischen Wirkung sei anfechtbar, da er nahelege, Neuroleptika wirkten

»... unabhängig von ihrer Sedierungs- und Entspannungs-Wirkung noch irgendwie anders, unmittelbar auf die Psychose. Die Wirkung der Neuroleptika ist nicht direkt davon abhängig, an welcher psychischen Grundkrankheit der Behandelte leidet. Neuroleptika sind nicht spezifische Heilmittel für bestimmte Krankheiten mit bestimmter Ätiologie.« (BLEULER 1975, 164 f.)

»Die Psychopharmakatherapie vermag Psychosen nicht zu heilen, sondern nur ihre Entäußerungen zu beeinflussen.« (THIELE 1969 a, 449)

»Wir wissen, dass die Psychopharmaka nicht auf die Psychosen als solche wirken, sondern cerebrale Strukturen angreifen ...« (DERS. 1969 b, 1076)

Der Psychiater Klaus Dörner und die Psychologin Ursula Plog benannten wiederholt die intendierte Wirkung herkömmlicher Neuroleptika, diese verwandeln

»... die psychiatrischen Patienten (...) gleichsam in neurologische Patienten, mit dem Aussehen und der Behinderung von Parkinson-Kranken« (DÖRNER & PLOG 1980, 367).

»Wir verwandeln den seelisch leidenden vorübergehend in einen hirnorganisch kranken Menschen, bei der EKT nur globaler, dafür kürzer als bei der Pharmako-Therapie.« (DIES. 1992, 545)

Neuroleptika der jüngsten Generation, deren störende Wirkung auf Bewegungsabläufe nicht mehr so im Vordergrund steht wie bei herkömmlichen Neuroleptika, haben einen Breitbandeffekt und sind laut Walter Müller vom Pharmakologischen Institut am Biozentrum Niederursel der Universität Frankfurt/Main »im pharmakologischen Sinne »dirty drugs«, also Substanzen mit mehr als einem Wirkungsmechanismus« (MÜLLER 2003, 54). Hans-Joachim Haase, ärztlicher Direktor der psychiatrischen Pfalzlinik Landeck (Rheinland-Pfalz) in Klingenstein, beschrieb das Prinzip überlappender Wirkungsmechanismen anhand von Clozapin, dem Prototyp der sogenannten atypischen Neuroleptika, nämlich

»... dass Clozapin zunächst, wie auch die anderen Neuroleptika, extrapyramidale feinmotorische Symptome auslöst, wobei mit steigender Dosierung die zunehmend stärkeren anticholinergen sowie muskarinartigen (der Wirkung des Pilzgiftes Muskaridin gleichkommenden und ebenfalls anticholinergen – d. A.) Wirkungen dazu führen, dass es nur in Einzelfällen zu grobmotorischem Parkinsonismus kommt. Gleichzeitig bleibt aber der eigentliche Effekt der neuroleptischen Wirkung weitgehend aus, so dass paranoid-halluzinatorische Psychosen mit Clozapin zwar affektiv durchaus positiv beeinflusst, insbesondere auch entängstigt werden, dass jedoch zur Behandlung dieser Symptomatik im allgemeinen Neuroleptika hinzugegeben werden, mit denen dann die neuroleptische Schwelle eindeutig überschritten werden muss. Clozapin verhält sich also ähnlich wie andere Neuroleptika, denen man eine zunehmend hohe Dosis eines Antiparkinsonmittels hinzugibt.« (HAASE 1988, 143)

Zwangsbehandlung, so Marschner, dürfe nicht mit unverhältnismäßigen Belastungen und einem nicht vernachlässigbaren Restrisiko irreversibler Gesundheitsschäden verbunden sein, was speziell bei klassischen Neuroleptika wegen ihrer unerwünschten extrapyramidal-motorischen Wirkungen (speziellen Muskelschäden, die zu gestörten Bewegungsabläufen führen) zu beachten sei; auch unerwünschte Wirkungen atypischer Neuroleptika seien ernst zu nehmen, allerdings noch nicht ausreichend erforscht (MARSCNER 2013, 225).

Würde man aus dem Argument der »unverhältnismäßigen Belastungen« Konsequenzen ziehen, müsste man für die Verbannung von Neuroleptika aus dem Arsenal psychiatrischer Zwangsmittel plädieren. Die Risiken chronischer und teilweise tödlicher Schäden durch Neuroleptika, insbesondere auch der herkömmlichen sowie der sogenannten atypischen Neuro-

leptika, sind bekannt: Defizitsyndrom, Fettleibigkeit, Hypercholesterinämie (erhöhter Cholesteringehalt im Blut), Diabetes, Apoptose (Sichabstoßen von Zellen aus dem Gewebe, das heißt Zelltod), Suizidalität, tardive Dyskinesien und Psychosen als Neuroleptika-Auswirkungen und eine deutlich erhöhte Sterblichkeitsrate vor allem bei Verabreichung von Neuroleptika in Kombination mit anderen Medikamenten (ADERHOLD 2010; ADERHOLD 2013; LEHMANN 1996 a; LEHMANN 1996 b). Seit Jahrzehnten steigt die Sterblichkeitsrate von Psychiatriepatienten (SAHA et al. 2007). Sogenannte atypische Neuroleptika bergen nicht minder gefährliche Risiken, auch wenn die Schäden der inneren Organe und des Stoffwechsels, ebenfalls hinreichend bekannt, weniger sichtbar sind (LEHMANN 2010). Dies bestätigte Gerhard Ebner, Präsident der Schweizerischen Vereinigung Psychiatrischer Chefärzte und Mitglied des Advisory Board bei Janssen Cilag zur Einführung von Risperdal Consta:

»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 Früh-dyskinesien/extrapyrimalen Nebenwirkungen nicht oder nicht so stark auftreten.« (EBNER 2003)

Psychiatrische Psychopharmaka stellen bei stationärer wie auch ambulanter Anwendung ein grundsätzliches Problem dar. So wie es vorkommt, dass ein unerwünschter psychischer Extremzustand durch die Gabe oder Einnahme eines Psychopharmakons gekappt oder ein Aufenthalt in der Psychiatrie begrenzt wird, kann es durch die Gabe oder Einnahme desselben Psychopharmakons zur Auslösung, Verstärkung oder Chronifizierung von Depressionen und Psychosen kommen (ANDREWS et al. 2011; ANDREWS et al. 2012; CHOUINARD & JONES 1980 und 1982; EKBLOM et al. 1984; GUALTIERI et al. 1984; LEHMANN 2013 a; ScienceDaily 2011; UNGERSTEDT & LJUNGBERG 1977). Marker, die sicher voraussagen, wem Psychopharmaka nutzen oder aber Schaden bringen werden, gibt es nicht, inter- sowie intraindividuelle Wirkungsunterschiede lassen keinerlei sichere Prognose zu. Wolfgang Seeler von der Psychiatrischen Klinik Hamburg-Ochsenzoll warnte:

»Pointiert formuliert, befinden sich Ärzte bei der Behandlung eines akuten Patienten stets in der Situation eines unkontrollierten Einzelexperiments.« (SEELER 1983)

Psychiatrie und Lebensgefahr

Psychiatrische Patientinnen und Patienten geraten immer wieder in Lebensgefahr, teils aufgrund ihrer psychischen Problematik, teils als Folge der Behandlung. Als lebensbedrohlich anzusehen, sind insbesondere die febrile Katatonie (Krankheitsbild mit motorisch-muskulärer bzw. mentaler Anspannung), der Raptus (plötzlicher Erregungszustand mit Bewegungsturm), das Maligne Neuroleptische Syndrom (MNS; Symptomenkomplex aus Fieber, Muskelsteifheit und Bewusstseinstörungen), delirante Zustände und Suizidalität (SCHARFETTER et al. 2006). All diese Symptomenkomplexe, die mit verminderten kognitiven Fähigkeiten bis hin zur Bewusstlosigkeit einhergehen und die Betroffenen außerstande setzen, eine informierte Zustimmung zu einer notwendigen Behandlung geben zu können,

erfordern Eingriffe von außen. Manche Situationen entstehen unvorhersehbar und unabwendbar, andere behandlungsbedingt und damit bedingt vorhersehbar. Leicht ließe sich zu Beginn einer einvernehmlichen Behandlung im Rahmen der erforderlichen Aufklärung über Risiken und Alternativen eine Behandlungsvereinbarung für den Fall eines neuroleptikabedingten MNS oder anderer vegetativer Entgleisungen abschließen, damit auch im Krisenfall das Selbstbestimmungsrecht des Patienten bzw. der Patientin gewahrt bliebe. Nähme man Suizidalität als Gefahrenquelle ernst, sollte die potenziell suizidale Eigenwirkung von Neuroleptika (LEHMANN 2012 a) deren – insbesondere gewaltsame – Verabreichung eher ausschließen. Febrile Katatonie ist ein weiteres gutes Beispiel, um die Problematik psychiatrischer Behandlung zu diskutieren. Während diese Symptomatik einigen Medizinern als Indikation für Elektroschocks gilt, haben andere erkannt, dass sich die Symptome mit weit weniger invasiven Methoden wie Spasmolytika (krampf lösenden Mitteln) oder Benzodiazepinen (wie zum Beispiel Lorazepam) meist risikoarm behandeln lassen. Beim »katatonen Dilemma«, der möglichen Verwechslung von febriler Katatonie mit einem diagnostisch schwer unterscheidbaren MNS oder mit maligner Hyperthermie (behandlungsbedingter und ungewöhnlich lange anhaltender Fieberzustand, einhergehend mit Bewusstseinstörung, Kreislaufkollaps und Krampfanfällen) kann eine neuroleptische Behandlung lebensbedrohlich sein (LEHMANN 1996 a, 92–96).

Auch im günstigen Verlauf kann es durch die Verabreichung von Psychopharmaka zu einer Veränderung der Persönlichkeit und der seelischen Abläufe kommen. Die psychische Wirkung von Neuroleptika, die bei der Zwangsbehandlung bevorzugt verabreicht werden, wird von Psychiatern unter anderem beschrieben als seelische Abstumpfung, Lähmung der emotionalen Reaktionsfähigkeit, seelische Einmauerung, affektive Abstumpfung, intentionale Verarmung, Kaltstellung des Ich-Kerns und emotionale Panzerung (LEHMANN 1996 b, 35).

Ambulante Zwangsbehandlung mit Psychopharmaka liefert die Behandelten schutzlos der Gefahr massiver Immunreaktionen wie zum Beispiel anaphylaktischen Reaktionen aus. Notfallmaßnahmen sind im ambulanten Bereich nur mit unter Umständen lebensbedrohlicher zeitlicher Verzögerung möglich (LEHMANN 2005). Schon 1964 bekundete Heinrich Kranz, Chefarzt der Universitätsklinik Mainz und ehemaliger Präsident der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde:

»Wir haben erfahren, daß es auch bei therapeutisch sicher einwandfreien, ja sogar bei geringen Dosierungen aufgrund uns noch weithin unbekannter individueller Dispositionen oder irgendwelcher komplizierender Faktoren, die wir kaum überschauen können, zu solchen belastenden Begleitwirkungen, ja vielleicht sogar zu letalen Ausgängen kommen kann.« (KRANZ 1964, 201)

Wirkungsweise und Auswirkungen des Elektroschocks, der in Deutschland, Österreich und der Schweiz als Alternative zu Neuroleptika und Antidepressiva flächendeckend wieder eingeführt wurde, sind bekannt: Blutgefäße werden von Krämpfen befallen, ein epileptischer Anfall tritt auf, die Blut-Hirn-Schranke kann zusammenbrechen, es kann über das gesamte Gehirn verteilt zu Blutungen kommen, Hirnzellen werden dabei irreversibel zerstört, Gedächtnispotenziale gehen verloren (LEHMANN 2014 a).

Im Falle akuter psychischer Probleme gibt es nicht-psychiatrische Alternativen wie den Offenen Dialog, die Krisenherberge oder das Soteria-Modell à la Loren Mosher. Diese respektieren Menschenrechte und reduzieren psychiatrische Gewalt massiv oder schließen sie komplett aus (LEHMANN & STASTNY 2007/2014; LEHMANN 2013 b).

Vom Soteria-Ansatz über das schwedische Hotel Magnus Stenbock, die Krisenherberge in Ithaca (New York State) und das Windhorse-Projekt bis hin zum Weglaufhaus Berlin und dem Offenen Dialog im finnischen Westlappland gibt es eine Vielzahl funktionierender Alternativen zur Psychiatrie. Zwei Ansätze sollen kurz näher erläutert sein: Soteria und der Offene Dialog. Loren Mosher, Psychiater und Begründer der Soteria-Bewegung, stand der Theoriebildung zur Schizophrenie zeit lebens skeptisch gegenüber, da sie einen unverstellten phänomenologischen Zugang zu den vorhandenen psychosozialen Problemen behindert. Er sah das normalerweise als Psychose bezeichnete Phänomen als Bewältigungsmechanismus und Antwort auf Jahre traumatischer Ereignisse, welche die Betroffenen veranlassen haben, sich aus der konventionellen Realität zurückzuziehen, und begriff Psychosen demzufolge als Extreme grundlegender menschlicher Qualitäten. Sein Setting war bestimmt durch eine kleine und in die Nachbarschaft integrierte Einheit und die Mitarbeit Ehrenamtlicher, die aufgrund persönlicher statt formaler Qualifikationen ausgewählt wurden, einen unverstellten Blick auf die Patientinnen und Patienten hatten und keine psychiatrischen Diagnosen gebrauchten. Neuroleptika wurden wegen ihrer negativen Wirkung auf die langfristige Rehabilitation als problematisch betrachtet und kamen deshalb selten zum Einsatz. Speziell in den ersten sechs Wochen wurden sie nur bei Gefahr für das Leben des oder der Betroffenen oder den Fortbestand des Projekts verabreicht, blieben unter Kontrolle der jeweiligen Bewohnerinnen und Bewohner, die danach entscheiden konnten, ob sie diese Substanzen weiterhin einnehmen wollen oder nicht. Im Vergleich mit einer Kontrollgruppe in einer psychiatrischen Klinik schulp psychiatrisch Behandelte zeigte sich, dass der Gebrauch von Psychopharmaka bei der Soteria-Gruppe auch noch nach zwei Jahren sehr gering war, dafür war die persönliche Entwicklung der Patientinnen und Patienten besser. Sie hatten eher eine geregelte Arbeit, eher einen erfolgreichen Schulabschluss, lebten selbstständiger, hatten eine befriedigendere sexuelle Beziehung und wurden seltener in eine psychiatrische Klinik eingewiesen (ADERHOLD et al. 2007).

Der Offene Dialog, auch als bedürfnisangepasste Behandlung bekannt, wurde von dem ebenfalls humanistisch orientierten Psychiater Yrjö Alanen entwickelt. Als notwendige Voraussetzungen für diesen Ansatz der Krisenintervention gelten das sofortige Reagieren, die Einbeziehung des sozialen Netzes in Entscheidungsfindung und Therapie, die flexible Anpassung an spezifische und veränderliche Bedürfnisse, die Übernahme von Verantwortung, die garantierte psychologische Kontinuität, die Toleranz von Ungewissheit (zu der auch die Enthaltung von Psychopharmaka über Wochen gehört) und die Dialogförderung. Ergebnis ist denn auch die wesentliche 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 in einer zweijährigen Verlaufsstudie wesentliche Unterschiede festgestellt: Die Patientinnen und Patienten der Vergleichsgruppe hatten wesentlich längere

Klinikaufenthalte, allen wurden Neuroleptika verabreicht, verglichen mit nur einem Drittel der Gruppe des Offenen Dialogs. Dafür erhielten sich diese besser von ihren Krisen, hatten weniger Rückfälle und bleibende psychotische Symptome und einen besseren Beschäftigungsstatus (SEIKKULA & ALAKARE 2007).

Die herrschende Psychiatrie besteht auf der Notwendigkeit von Zwangsbehandlung, wenn – so die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) in ihrer »ethischen Stellungnahme zu Selbstbestimmung und Zwang« vom 23. September 2014 – die Betroffenen im Krisen- und Konfliktfall Risiken und potenzielle Nutzen der anstehenden Behandlung nicht im erwarteten Sinne verstehen, die Folgen ihrer Entscheidung in einem von Psychiatern nicht geteilten Zusammenhang mit der eigenen Lebenssituation beurteilen, Krankheitseinsicht verweigern, die Alternativlosigkeit einer vorgeschlagenen Behandlung in Zweifel ziehen und eine Entscheidung im Lichte von Psychiatern nicht akzeptierter Alternativen treffen (DGPPN 2014).² Dann müssen sie damit rechnen, dass man sie als selbstbestimmungsunfähig einordnet und ihnen psychiatrische Psychopharmaka (insbesondere Neuroleptika) gewaltsam verabreicht.

Wie gering die Erfolgsrate psychiatrischen Zwangs selbst nach psychiatrischen Maßstäben ist, verdeutlicht Martin Zinkler, Chefarzt der Psychiatrischen Klinik in Heidenheim, anhand von Studien, die die Wirksamkeit von ambulantem Zwang untersuchten. Demzufolge müssten 85 Patientinnen und Patienten ambulant zwangsbehandelt werden, um eine einzige Wiederaufnahme zu verhindern; 238 seien ambulant zwangszubehandeln, um eine einzige Verhaftung zu verhindern. Eine solche Praxis verletzte jedoch die Grundrechte vieler Patientinnen und Patienten, die völlig unnötig einer Zwangsbehandlung unterzogen würden (ZINKLER 2014).

Vertrauensbildung unter Bedrohung?

Wie bei nicht behinderten Menschen könne ein zwangsweiser Eingriff begründbar sein, wenn es um den Schutz bedeutender Rechtsgüter Dritter (körperliche Unversehrtheit, Eigentum, Ehre, sexuelle Selbstbestimmung etc.) und insbesondere um das Leben oder schwere Gesundheitsgefahren für den betroffenen Menschen gehe – so lauten Begründungen für die Bei-

² Selbstbestimmungsfähigkeit bezüglich konkreten psychiatrisch-medizinischen Maßnahmen wird von der DGPPN dann attestiert, wenn die betroffene Person zum Zeitpunkt der Entscheidung folgende Kriterien erfüllt: »Informationsverständnis: Sie muss durch verständliche und ausreichende Aufklärung ein eigenes Verständnis davon entwickeln, worüber sie zu entscheiden hat und worin die Risiken und der potenzielle Nutzen der Entscheidung bestehen.

Urteilsvermögen: Sie muss die erhaltenen Informationen mit ihrer Lebenssituation, mit ihren persönlichen Werthaltungen und Interessen in Verbindung bringen sowie diese gewichten und bewerten können. Die Folgen und Alternativen der Entscheidung müssen im Zusammenhang mit der eigenen Lebenssituation beurteilt werden können.

Einsichtsfähigkeit: Sie muss erkennen können, dass ihre physische oder psychische Gesundheit eingeschränkt ist und dass Möglichkeiten zur Behandlung oder Linderung ihrer gesundheitlichen Problematik bestehen und ihr angeboten werden (sog. Krankheits- und Behandlungseinsicht).

Ausdrucksfähigkeit der Entscheidung: Sie muss die Fähigkeit besitzen, im Lichte der bestehenden Alternativen eine Entscheidung zu treffen und diese verbal oder non-verbal zum Ausdruck zu bringen.«

behaltung psychiatrischer Sonderrechte auf willkürliche gewaltsame Verabreichung von Psychopharmaka und Elektroschocks. Ausnahmsweise könne es zulässig sein, die »tatsächlichen Voraussetzungen freier Selbstbestimmung des untergebrachten Menschen und seine seelische Unversehrtheit« gewaltsam wiederherzustellen. Allerdings müsse ein ernsthafter, mit dem nötigen Zeitaufwand und ohne Druck erfolgter Versuch vorausgegangen sein, die auf Vertrauen gegründete Zustimmung des betroffenen Menschen zu erreichen. Solche Passagen werden gerne wie Textbausteine in Psychriegesetze integriert, ohne zu berücksichtigen, dass ernst zu nehmendes Vertrauen nur entstehen kann, wenn die Betroffenen ihre Menschenrechte und insbesondere ihr (immer wieder von Psychiatern verletztes) Recht auf körperliche Unversehrtheit geschützt wissen. Selbst die Bundesärztekammer wies in ihrer Stellungnahme zur Zwangsbehandlung darauf hin, dass die Psychiatrie mit ihrer Zwangspraxis das Vertrauen ihrer Patienten verspiele. Der Vorsitzende der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer, Urban Wiesing, betonte in seinem Vorwort zur Stellungnahme vom April 2013 die Bedeutung des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient:

»In letzter Zeit haben verschiedene Gerichtsurteile die rechtliche Grundlage für Zwangsbehandlungen von psychisch Kranken deutlich verändert und für Verunsicherung bei den Beteiligten gesorgt. Die kürzlich erfolgte Anpassung der Gesetzgebung auf Bundesebene hat hier nur begrenzt Abhilfe geschaffen. Es steht überdies zu erwarten, dass weitere Landesgesetze die Problematik regeln werden. In dieser Situation ist es wichtig, sich der ethischen Prinzipien ärztlichen Handelns bei einer Zwangsbehandlung von psychisch Kranken zu vergewissern. Die vorliegende Stellungnahme der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer will dazu einen Beitrag leisten. (...) Die Stellungnahme möge zu einer sorgfältigen und ernsthaften Diskussion über den Einsatz von Zwangsmaßnahmen beitragen, um so verloren gegangenes Vertrauen der Patienten und der Öffentlichkeit zurückzugewinnen.« (WIESING 2013)

Es stellt sich die Frage, wie – selbst mit gutem Willen – bei Betroffenen Vertrauen entstehen kann, wenn sie ahnen, was passiert, sollten sie sich dem psychiatrischen Willen nicht unterwerfen. Besonders stellt sich die Frage, weshalb Vertrauen entwickeln soll, wer bereits die Erfahrung machte, dass »Betreuung«, Fixierung und Spritzen warten, sollte er oder sie sich mit der als alternativlos vorgeschlagenen Behandlung nicht einverstanden erklären.

Erniedrigende Behandlung als Wohltat?

Oft genug geht lebensgefährlichen Zuständen psychiatrischer Patientinnen und Patienten eine Behandlung voraus, die nach psychiatrischem Duktus lebensrettend sei oder eine erhebliche Gesundheitsgefahr verringere. Eine Vielzahl psychiatrischer Behandlungen führt nicht zur Abwendung von Schäden, sondern produziert Schäden aller Art inklusive körperlicher Abhängigkeit von Antidepressiva und Neuroleptika (BROGLIE & JÖRGENSEN 1954; DGSP 2014, 39–42; HAASE 1982, 214; HIFT & HOFF 1958; LEHMANN 1996a, 1996b und 2013a; MARDER et al. 2004; MEYER 1953; TORNATORE et al. 1991, 53). Der ehemalige DGPn-Präsident Rudolf Degkwitz verglich schon vor fast einem halben Jahrhundert die Entzugserscheinungen von Psycholeptika (Neuroleptika und Antidepressiva)

mit denen von suchtbildenden Schlafmitteln, deren Entzug mit lebensgefährlichen Krampfanfällen verbunden sein kann, sowie mit Alkaloiden (zu dieser Wirkstoffgruppe gehört beispielsweise Morphin). Er warnte:

»Das Reduzieren oder Absetzen der Psycholeptika führt, wie oben dargestellt, zu erheblichen Entziehungserscheinungen, die sich in nichts von den Entziehungserscheinungen nach dem Absetzen von Alkaloiden und Schlafmitteln unterscheiden.« (DEGKWITZ 1967, 161)

Die Vorzeichen behandlungsbedingter Erkrankungen sind bekannt (LEHMANN 2014b), ohne dass die Betroffenen darüber, über deren Bedeutung und über erforderliche Kontrolluntersuchungen wie beispielsweise die Überwachung der Prolaktinerhöhung und damit verbundener Sexualstörungen als Frühwarnzeichen für Tumorbildung in den Brustdrüsen (MARDER et al. 2004), ausreichend aufgeklärt werden. Die Praxisleitlinien der DGPPN (2006) verlangen nach Patientinnen und Patienten, die in Kenntnis von Nutzen und Risiken Behandlungsmaßnahmen abwägen. Zudem bekommen sie in aller Regel keine Hilfe bei der Überwindung behandlungsbedingter Schäden. Juan Méndez, UN-Sonderberichterstatter über Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe, stufte die zwangsweise kurz- wie auch langfristige Verabreichung von Elektroschocks und persönlichkeitsverändernden Medikamenten wie zum Beispiel Neuroleptika als Folter ein und ordnet zwangsbehandelte psychiatrische Patientinnen und Patienten der Gruppe der Folteropfer zu (MÉNDEZ 2013). Die Gesetzgeber scheinen dies nicht sehen zu wollen.

Dabei hat Deutschland schon 1990 die völkerrechtlich verbindliche UN-Antifolterkonvention ratifiziert, Österreich 1987, die Schweiz noch ein Jahr früher. Dennoch wird Psychiatrieopfern kein Anspruch auf Restitution (Wiedereinsetzung in den Zustand vor der Psychiatrisierung), Entschädigung, Schmerzensgeld und Rehabilitation gewährt (MINKOWITZ 2014, 239f.). Nicht einmal vor der Wiederholung des Unrechts sind sie geschützt; psychiatrische Sonderrechte auf gewaltsame Verabreichung von Psychopharmaka und Elektroschocks sind noch nicht abgeschafft.

Sind gemutmaßte Anlasskrankheiten justiziabel?

Sogenannte Anlasskrankheiten, die mit der gewaltsamen Verabreichung von Psychopharmaka chemisch neutralisiert werden sollen, sind eher Konstrukte denn valide Entitäten. Psychiatrische Diagnostik folgt zu oft den Interessen von Pharmafirmen, die Absatzgebiete für ihre Produkte suchen und über von ihnen finanzierte Mittelsmänner Diagnosekriterien verändern lassen (BLECH 2014; FRANCES 2014).

Im Falle einer möglichen Zwangsbehandlung haben die Betroffenen keinerlei Rechtssicherheit. Nur wenige Psychiater bekennen die Grundproblematik diagnostischer Unsicherheit so offen wie Wolfgang Werner, saarländischer Landespsychiatriearzt und früherer Leiter der Anstalt in Merzig am Beispiel der Diagnose, die den häufigsten Unterbringungsgrund darstellt:

»Das Problem ist ja, dadurch ist ja die Schizophrenie definiert, dass wir die Ursachen nicht kennen. Und sie ist eine Krankheit,

eine Störung, von der wir annehmen, dass sie eine Krankheit sein könnte, wobei wir die Ursachen nicht kennen. Das ist eigentlich die sauberste wissenschaftliche Diagnose.» (WERNER 1991)

Der Psychiater Asmus Finzen schrieb 1991 in einem Artikel, in dem er sich mit den Besonderheiten und Widersprüchen psychiatrischer Zwangsgesetze auseinandersetzte:

»Psychiatrische Patienten sind die einzigen Kranken, die eine medizinische Behandlung erdulden müssen, obwohl sie dies nicht wollen.« (FINZEN 1991)

Bereichert um die Erkenntnis seines Kollegen Werner, müsste der Satz lauten: Psychiatrische Patienten sind die einzigen Menschen, die eine medizinische Behandlung erdulden müssen, obwohl sie dies nicht wollen und lediglich angenommen wird, dass das, was behandelt werden soll, eine Krankheit sein könnte.

Psychisches Leid, das Zwangsbehandlung begründen soll, wird von Psychiatern oft nur behauptet, wenn sie das, was ihnen berichtet wird oder was sie bruchstückhaft sehen, zu interpretieren versuchen. Psychiatrische Zwangsbehandlung wird nach Berichten Psychiatriebetroffener und kritischer psychiatrisch Tätiger häufig angewendet, um unleidliche Patientinnen und Patienten zu disziplinieren oder zu bestrafen. Und immer wieder werden Frauen, deren psychische Probleme auf vergangenen sexuellen Missbrauch zurückgehen, in der Psychiatrie im Rahmen der Zwangsbehandlung erneut entkleidet, ans Bett gefesselt, Manipulationen an ihrem Körper ausgesetzt und damit traumatisiert. Jedoch kommt in keinem psychotherapeutischen Fachbuch psychiatrische Gewalt als Anlass für Traumatherapie vor.

Weitere Ungleichheit vor dem Recht

Regressansprüche bei Behandlungsschäden lassen sich für die Betroffenen aufgrund ausbleibender Beweislastumkehr kaum durchsetzen. Für einen einzelnen Psychiatriepatienten ist es nahezu unmöglich nachzuweisen, Behandlungsschäden monokausal auf Behandlungsfehler des Psychiaters zurückzuführen. Denn die Folgen eines Eingriffs in den lebenden Organismus lassen sich nur sehr selten mit letzter Präzision nachvollziehen, und zudem stehen die Betroffenen allein der Übermacht des medizinischen Apparats und der Pharmaindustrie gegenüber. Insofern wäre es dringend notwendig, dass im Konfliktfall der Behandler nachweisen muss, dass ein entstandener Schaden nicht durch ihn verursacht wurde. Die bisherigen Beweislastregeln des § 630h BGB (Beweislast bei Haftung für Behandlungs- und Aufklärungsfehler), die dem – in aller Regel – nicht vorschriftsmäßig aufklärenden Psychiater die Ausflucht ermöglichen, der Patient hätte auch im Fall einer ordnungsgemäßen Aufklärung in die Maßnahme eingewilligt, und die eine Beweislastumkehr nur bei sogenannten groben Behandlungsfehlern vorsehen, nehmen den durch psychiatrische Standardbehandlung Geschädigten erfahrungsgemäß jegliche Chance, Schmerzensgeld und Schadenersatz einzuklagen.

Noch nicht einmal wird psychiatrischen Patientinnen und Patienten eine uneingeschränkte Akteneinsicht zugestanden, obwohl es rechtlich vorgesehen ist (MARSCHNER & ZINKLER 2011). Die vorgesehene fortgeschriebene Diskriminierung weist auf die Beibehaltung ihres ungleichen Status vor dem

Recht. Wie bei der Zwangsbehandlung können Ärzte »erhebliche therapeutische Gründe« und die Gefahr einer erheblichen gesundheitlichen (Selbst-)Schädigung anführen – vorgeschobene Standardargumente, mit denen sie seit Jahrzehnten das informelle Selbstbestimmungsrecht ihrer Patientinnen und Patienten verletzen.

Vermutlich wird es als therapeutisch sinnvoll erachtet, dass die Betroffenen nie erfahren sollen, was ihre Familienangehörigen Psychiatern über sie erzählen. § 83 Abs. 1 des geänderten Berliner PsychKG (Einsichtsrechte in Akten und Dateien) soll lauten:

»Die psychisch erkrankte Person, die untergebrachte Person und ihre gesetzliche oder anwaltliche Vertretung haben das Recht, unentgeltlich Auskunft über alle die psychisch erkrankte oder die untergebrachte Person betreffenden Daten zu erhalten oder selbst Einsicht in die entsprechenden Akten und Dateien zu nehmen. Schutzwürdige Belange Dritter sind zu beachten.«

Forensisch Untergebrachten wird in Deutschland das Recht auf komplette Akteneinsicht gewährt. Das deutsche Bundesverfassungsgericht urteilte 2006:

»Ärztliche Krankenunterlagen mit ihren Angaben über Anamnese, Diagnose und therapeutische Maßnahmen betreffen den Patienten unmittelbar in seiner Privatsphäre. Deswegen und wegen der möglichen erheblichen Bedeutung der in solchen Unterlagen enthaltenen Informationen für selbstbestimmte Entscheidungen des Behandelten hat dieser generell ein geschütztes Interesse daran zu erfahren, wie mit seiner Gesundheit umgegangen wurde, welche Daten sich dabei ergeben haben und wie man die weitere Entwicklung einschätzt. Dies gilt in gesteigertem Maße für Informationen über die psychische Verfassung.« (BVerfG R & P 2006, 94))

Unwilligkeit zur Einwilligung als Krankheitssymptom

Zur Begründung ihres Anspruchs auf ein Sonderrecht zur gewaltsamen Verabreichung von Psychopharmaka und Elektroschocks bemühen Psychiater verständlicherweise gerne extreme Beispiele, die eine zwangsweise Verabreichung von Psychopharmaka als das kleinere Übel nahelegen. Um ein Individuum, das sich selbst in Gefahr bringen und verletzen könnte, durch psychiatrische Zwangsunterbringung und -behandlung von einer Selbstschädigung abzuhalten, wird jedoch ein ganzes Kollektiv als ähnlich eingeschätzter Patientinnen und Patienten mit möglicherweise völlig anderen Problemen und Problemlösepotenzialen ebenfalls zwangsbehandelt.

Eine Selbst- oder Fremdgefährdung von Menschen, die als psychisch gestört gelten, lässt sich kaum objektiv beurteilen. Subjektiv geprägte Urteile sind im psychiatrischen Bereich ein unlösbares Problem. Da die Feststellung von Gefahrenwahrscheinlichkeit in der Regel nicht auf objektiv messbaren Kriterien fußt, sondern – so die Rechtsanwälte Wolfgang Kaleck (Berlin) und Kollegen – auf einer »sachverständig« beratenen, intuitiv-subjektiven Einschätzung der Behandler oder des Gerichts, kommt es mangels ausreichend belegter Prognosekriterien zwangsläufig zu erheblichen Fehleinschätzungen. Es geht nicht mehr um die spezifische Situation von Patientinnen und Patienten; die Wahrscheinlichkeitsaussage zu ihrer Gefährdung wird lediglich mit einer Gruppe sich ähnlich verhaltender Men-

schen verglichen (KALECK et al. 2008, 10). Um sich über die Behandlungsunwilligkeit hinwegsetzen zu können, wird Zwangsbehandlung mit dem zweifelhaften Kriterium der Urteils- bzw. Einwilligungsunfähigkeit verquickt, die als unbestimmter und sich wandelnder subjektiver Definitionen zugänglicher Rechtsbegriff gilt und für die es keinen Standard gibt.

Dabei erfolgt eine willkürliche Abwägung der Menschenrechte unterschiedlicher Personen gegeneinander, wobei übergangen wird, dass ein Teil der Personen ohne belegbare Not – quasi als Kollateralschaden – einer Menschenrechtsverletzung ausgesetzt wird allein aufgrund der Tatsache, dass dieser Personenkreis einer Gruppe von Personen zugeordnet wird, mit der er möglicherweise nichts zu tun hat. Das Deutsche Institut für Menschenrechte (Berlin), das die Umsetzung der UN-BRK überwachen soll, kommt zum Schluss:

»Das Konzept der ›krankheitsbedingten Nichteinsichtsfähigkeit‹ findet also im Wortlaut der UN-Behindertenrechtskonventionen selbst keinen Halt. Darüber hinaus ist sie fachlich hochgradig instabil, weil handhabbare Kriterien bislang nicht zu finden sind, zwischen Einsichtsfähigkeit und Nichteinsichtsfähigkeit zu unterscheiden und gleichzeitig die Unsicherheiten und Grauzonen auszuschließen und eine einheitliche Praxis zu gewährleisten.« (Deutsches Institut für Menschenrechte 2012)

Auch laut Rechtsanwalt Thomas Saschenbrecker mangelt es aufgrund der nicht rechtssicher bestimmbaren Nichteinsichtsfähigkeit an einer klaren, Rechtssicherheit vermittelnden Eingriffsgrundlage für psychiatrische Zwangsbehandlung:

»Letztlich gibt es weder verbindliche Standards zur Beantwortung der Frage, auf welcher Grundlage Psychiater zur Einschätzung gelangen wollen, dass bei einem Patienten Einwilligungsunfähigkeit vorliegt, noch gibt es Standards für die Behandlung zur Wiederherstellung einer solchen Einwilligungsfähigkeit, obgleich eben diese Wiederherstellung der Einwilligungsfähigkeit nach gesetzgeberischem Willen im Zuge der Gesetzesinitiativen erklärtermaßen wesentliches Ziel einer Zwangsbehandlung sein müsste.« (SASCHENBRECKER 2014)

Mit den erneuerten Sondergesetzen wollen Psychiater die vom Verfassungsgericht kritisierte »Vernunftlosigkeit« behalten. Im April 2014 forderte das UN-Behindertenrechtskomitee (CRPD) wiederholt, in der Gesetzgebung mit dem Übergang von der stellvertretenden zur unterstützten Entscheidungsfindung zu beginnen. Es begründete seine Haltung dezidiert mit dem unwissenschaftlichen und gesetzlich nicht überprüfbaren Konzept der Einwilligungsfähigkeit: diese sei kein objektives, wissenschaftliches und natürlich vorkommendes Phänomen, sondern abhängig von sozialen und politischen Umständen. Der funktionale Ansatz, der versuche, Einwilligungsfähigkeit zu bewerten und demzufolge rechtliche Kapazität abzusprechen, sei mangelbehaftet. Wörtlich steht nun im Allgemeinen Kommentar zum Art. 12 der UN-Behindertenrechtskonvention, dem Menschenrecht auf gleiche Anerkennung vor dem Recht:

»26. In seinen Schlussbetrachtungen bezüglich Artikel 12 stellte das Komitee der Rechte von Menschen mit Behinderungen wiederholt fest, dass die unterzeichnenden Staaten ›ihre Gesetze, die rechtliche Betreuungen, Vormundschaften und Pflegschaften er-

lauben, dahingehend zu überarbeiten haben, dass Mechanismen der stellvertretenden Entscheidung durch solche der unterstützenden Entscheidung ersetzt werden, die die Autonomie, den Willen und die Präferenzen des Betroffenen beachten.«

27. Stellvertretende Entscheidungsmodelle können viele verschiedenen Formen annehmen einschließlich vollständige Vormundschaft, richterliches Verbot und rechtliche Betreuung in einzelnen Aufgabenkreisen. Wie auch immer, die Modelle haben gewisse gemeinsame Grundlagen: Sie können definiert werden als Systeme, in denen (i) einzelnen Personen ihre rechtliche Handlungsfähigkeit entzogen wird, auch wenn dies nur eine einzige Entscheidung betreffen sollte; (ii) ein stellvertretender Entscheidungsträger kann von jemand anderem als dem Betroffenen bestimmt werden, und dies kann gegen seinen Willen geschehen, oder (iii) dadurch, dass jede Entscheidung, die der rechtliche Betreuer oder Vormund trifft, mit dem ›Wohl‹ des Betroffenen begründet wird, nicht aber mit dessen eigenem Willen und Präferenzen.« (CRPD 2014, 6)

Das Recht, Nein zu sagen

Für die Betroffenen zentral ist die Frage der ethischen Vertretbarkeit des psychiatrischen Rechts auf gewaltsame Verabreichung von Elektroschocks und Psychopharmaka, insbesondere Neuroleptika. Die unabhängigen internationalen und nationalen Verbände Psychiatriebetroffener lehnen seit Jahren ein psychiatrisches Recht auf willkürliche gewaltsame Verabreichung von Psychopharmaka und Elektroschocks vehement ab (LEHMANN 2012 b). Während manche Psychiatriebetroffene einräumen, dass ihnen Zwangsmittel, darunter auch Psychopharmaka, das Leben retteten, und während Psychiater von der Garantenpflicht ein prinzipielles Recht auf willkürliche gewaltsame Verabreichung von Psychopharmaka und Elektroschocks ableiten, stehen beiden genannten Gruppen eine Vielzahl ehemaliger Patientinnen und Patienten gegenüber, die sich durch die Verabreichung von Neuroleptika und Elektroschocks massiv geschädigt sehen und das psychiatrische Recht auf Behandlung ohne informierte Zustimmung kategorisch ablehnen. Wer die Verabreichung von Neuroleptika und Elektroschocks nicht überlebte, kann sich naturgemäß nicht mehr äußern. Psychiatriepatientinnen und -patienten haben gegenüber der Normalbevölkerung eine um durchschnittlich 25 Jahre reduzierte Lebenserwartung (CHANG et al. 2011; COLTON & MANDERSCHIED 2006; Janssen Pharmaceuticals 2012; MANDERSCHIED 2006 und 2009).

Um die Grenzen psychiatrischen Zwangs und den Anspruch Betroffener auf eine im Einzelfall erforderliche Hilfe und Behandlung zu klären, bleibt weiter zu diskutieren, ob und in welchem Umfang die gewaltsame Verabreichung psychiatrischer Anwendungen noch zulässig sein kann. Unter Umständen kann es durchaus ethisch vertretbar sein, Betroffenen einen Anspruch darauf zuzugestehen, dass ihr aktueller Wille gebrochen wird. Dies trifft sicher zu bei Personen, die dies per Behandlungsvereinbarung oder einer anderen Vorausverfügung in rechtlich angemessener Weise vorher ausdrücklich und in freiem Willen für sich eingefordert haben. Plausibel erscheint die Anwendung von Zwang beispielsweise auch bei einer Person, die sich im Zustand absoluter Verzweiflung mit dem Stielkamm das eigene Herz durchbohren oder aus dem Fenster springen will, da sie sich für einen Vogel hält oder im psychischen Ausnahmezustand im sofortigen Tod die Erlösung von ihrem Leid finden will. Was liegt näher, als in sol-

chen Fällen den Stielkamm wegzunehmen, das Fenster zu verschließen, den verzweifelten Menschen durch Dabeisein zu unterstützen?

Vorausverfügungen

Eine Psychiatrie, die sich jedoch anmaßt, als Ordnungsmacht Menschenrechte von Patientengruppen zu relativieren und damit zu missachten, um ein allgemeines Recht auf gewaltsame Verabreichung psychiatrischer Anwendungen durchzusetzen, lässt sich mit ethischen Grundsätzen nicht in Einklang bringen. Einen Ansatz von Glaubwürdigkeit könnte sie herstellen, wenn sie – wie auch Marschner vorschlägt – Art. 12 Abs. 3 UN-BRK folgt und endlich beginnt, für die Abfassung von Vorausverfügungen zu werben, um den Betroffenen die Möglichkeit zu bieten, in Entscheidungen, die sie unmittelbar betreffen, in ihrem Sinne einzugreifen. Der genannte Absatz verpflichtet die Vertragsstaaten, proaktiv tätig zu werden, und fordert:

»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.«

Die im medizinischen wie im psychosozialen Bereich geltende Garantenpflicht verlangt vom Personal, dem die oben genannten Beispiele psychischer Ausnahmezustände sicher nicht fremd sind, Schaden von der gefährdeten Person abzuwenden, wobei natürlich alle Rechtsprinzipien, auch das der Verhältnismäßigkeit, gewahrt, die Behandlungsmaßnahmen auf die konkrete Person und Situation bezogen sein müssen und keine erheblichen Gefährdungspotenziale beinhalten dürfen.

Mit vernünftigen Vorausverfügungen kann das Spektrum unlösbar scheinender Konfliktsituationen wesentlich verringert werden. In Deutschland kann gemäß § 630 d BGB (Einwilligung) eine Behandlung ohne informierte Zustimmung rechtswirksam abgelehnt oder eingefordert werden. Eingeschränkt ist dies auch in Österreich (siehe ZIEGLER 2014, Update der Herausgeber) und gemäß Art. 360–372 ZGB in der Schweiz möglich. Durch Vorausverfügungen sind auch die Interessen derer geschützt, die für sich im Krisenfall eine Zwangsbehandlung wünschen. Übrig bleibt der Personenkreis ohne getroffene Vorsorge, dem die Möglichkeit genommen wird, durch eine – über eine Notfallbehandlung ohne Geschäftsführung hinausgehende – Zwangsbehandlung vor einem Gesundheitsschaden bewahrt zu werden. Aber er ist im Notfall geschützt vor der Verletzung seiner elementaren Menschenrechte und kann dasselbe Recht auf »Freiheit zur Krankheit« in Anspruch nehmen wie ein somatisch Kranker.

»Es wäre barbarisch, diejenigen Kranken ihrem Schicksal zu überlassen, die nicht um Hilfe nachsuchen können, weil sie ihre Fähigkeit dazu durch ihre Krankheit verloren haben«, schrieb Asmus FINZEN (1991) vor fast einem Vierteljahrhundert. Unter den heutigen Umständen – immer deutlicher werdenden Schäden von Neuroleptika, Stärkung der Menschenrechte seitens Gerichten und UN-BRK – ist die Zeit reif, zur unterstützten Entscheidungsfindung überzugehen. Tatenloses Abwarten sollte ebenso zur Vergangenheit gehören wie stellvertretende Entscheidungen.

Vorteile eines Gewaltverbots

Welche Vorteile ein gewaltfreies Zugehen auf Menschen in psychischen Extremsituationen haben kann, wird neben den oben genannten Erfahrungen des Offenen Dialogs, der Krisenherberge und des Soteria-Modells à la Loren Mosher auch an den Erfahrungen des Diabasis-Projekts deutlich. Diabasis war ein Modell einer veränderten Akutpsychiatriepraxis in San Francisco. Der von C. G. Jung beeinflusste Psychiater John Perry hatte in den 1970er-Jahren ein Wohnprojekt für Menschen mit sogenannten akuten Psychosen (Schizophrenien) gegründet. Das Wort »Diabasis« aus dem Griechischen bedeutet »Übergang« und bezieht sich auf die Chance der Persönlichkeitsentwicklung, die Verrücktheitszustände und andere Krisen in sich bergen. Über sein Projekt berichtete Perry, der psychische Extremzustände wie akute Psychosen nicht als Folge von Hirnstoffwechselstörungen abtat und auf die gewaltsame Verabreichung von psychiatrischen Psychopharmaka verzichtete, 1977 in Rom beim 7. Kongress der Internationalen Vereinigung für Analytische Psychologie:

»Wir hatten quasiprofessionelle Berater ohne Psychopathologie-Ausbildung. Ihr übereinstimmender Standpunkt war, dass sich die psychiatrische Etikettierung zerstörerisch auf die Klienten auswirkt. Weil dadurch deren Erfahrungen und Wesensarten abgewertet werden. Aus diesem Grund vertraten die Mitarbeiter die strikte Grundregel: Nicht etikettieren. Ihre allgemeine Haltung zeichnete sich aus durch Anteilnahme, Ermutigung, Unterstützung und Zuneigung. Die Atmosphäre im Haus war warm, stützend, offen und frei für den Ausdruck der eigenen Persönlichkeit. (...) Wir vergaben keine psychiatrischen Psychopharmaka. Wir hatten hohe Erwartungen, aber trotzdem waren wir über die Ergebnisse erstaunt. Die bemerkenswerteste Erfahrung war die Schnelligkeit, mit der diese Menschen von ihren psychotischen Zuständen herunterkamen: Die meisten kehrten zu einem zusammenhängenden, rationalen Bewusstseinszustand innerhalb von 1–5 Tagen zurück. Die längste »Rückkehr« dauerte 9 Tage. Ihre Genesung bedeutete keine vollständige Symptommfreiheit, aber den Weg zu einem reichen Leben und zu kreativen Entwicklungen.« (PERRY 1980, 194 f.)

Ein Verzicht auf gewaltsame psychiatrische Anwendungen bzw. deren Verbot würde das Klima in psychosozialen Einrichtungen grundlegend ändern. Krisenorientierte Dienste ohne doppelbödige und ausgrenzende Kommunikation und ohne Zwangsmaßnahmen könnten ein breites Angebot aus Empathie, Interesse, Offenheit, tieferem Verstehen und Respekt entwickeln, aus sicheren Orten, dialogischen Langzeitbeziehungen auch psychotherapeutischer Art und ganzheitlichem Umgang mit Körper und Geist. Gemeinsam mit den Betroffenen und deren Bezugspersonen könnte man jetzt versuchen, eine Lösung für aus dem Ruder laufende Problemsituationen zu finden, vor Ort oder in niedrigschwelligen Krisenzentren oder recovery-orientierten Einrichtungen. Dabei könnte man auch die Kenntnisse krisenerfahrener Menschen als wertvolles Erfahrungswissen integrieren.

Dass der Einsatz von Neuroleptika grundsätzlich die Verweildauer in psychiatrischen Einrichtungen reduziert, was immer wieder zur Rechtfertigung auch ihrer gewaltsamen Verabreichung angeführt wird, hatte der amerikanische Medizinhistoriker und Soziologe Andrew Scull schon in den 1980er-Jahren als Mythos entlarvt, als er die diesbezüglichen Studien untersuchte und zum Schluss kam:

»Bestenfalls bleibt daher der Schluss, dass die Verwendung der Psychopharmaka die Politik frühzeitiger Entlassungen möglicherweise dadurch gefördert hat, dass sie in manchen Fällen das Auftreten florider Symptome reduzieren und es daher leichter machen, mit diesen Patienten in der Gemeinde fertigzuwerden.« (SCULL 1988, 29)

In Wirklichkeit habe die kürzere Verweildauer mit Veränderungen in administrativen Verahrensweisen psychiatrischer Kliniken zu tun, die in der zweiten Hälfte der 1940er-Jahre, also vor Einführung der Neuroleptika in das medizinische Behandlungsarsenal, ihren Anfang genommen haben. Andere Erfahrungen untermauern Sculls Aussage: Neuroleptika verhindern die »Gesundung«, aufdeckende psychotherapeutische Verfahren werden in ihrer Wirkung behindert, Selbstheilungskräfte unterdrückt, psychotische Prozesse an der Rückbildung gehindert. Neuroleptika tragen nichts zur Rehabilitation bei, führen oft zum sozialen Abstieg, und mit der Diagnose »chronisch psychisch krank« landen psychiatrische Patientinnen und Patienten vermehrt in Pflegeheimen (VOCK et al. 2007).

Keine Behandlung ohne informierte Zustimmung

Voraussetzungen könnten helfen, ansatzweise eine Gleichheit psychiatrischer Patientinnen und Patienten vor dem Recht herzustellen und somit ihre gesellschaftliche Teilhabe zu sichern. Rechtzeitige umfassende und eindeutige Informationen über die Wirkungsweise, Risiken und Schäden psychiatrischer Anwendungen, die ihnen in Krisenfällen angeboten werden, brächten die Behandlungskandidatinnen und -kandidaten in die Lage, sich eigenständig, frei und ohne Verunsicherung für oder gegen die Verabreichung einzelner Psychopharmaka oder Psychopharmakagruppen sowie Elektroschocks zu entscheiden. Die Betroffenen sollten deshalb animiert werden, ihre Vorlieben (und Abneigungen) gegenüber den verfügbaren Behandlungsmöglichkeiten in Voraussetzungen zu dokumentieren.

Wie im Bereich der somatischen Medizin sollte grundsätzlich nur mit Einwilligung der psychiatrisch Untergebrachten und nach informierter Zustimmung behandelt werden. Im Antrag der Fraktion der Alternativen Liste Berlin über ein »Gesetz über die Unterbringung in psychiatrischen Einrichtungen« hieß es schon vor 30 Jahren vorbildlich:

»§ 28 – Behandlung. (1) Eine Behandlung erfolgt ausschließlich mit Einwilligung des Untergebrachten. Vor Beginn der Behandlung ist er umfassend über ihre Gründe und Folgen sowie über mögliche Alternativen aufzuklären. Die Pflicht zur Aufklärung umfasst insbesondere die Risiken der Behandlung und Nebenfolgen sowie Spätschäden, die nach dem Stand medizinischer Erkenntnis nicht außerhalb jeglicher Wahrscheinlichkeit liegen.

(2) Der Untergebrachte kann die Zustimmung zur Behandlung ganz oder zum Teil jederzeit widerrufen. Ist der Untergebrachte zu einer rechtsgeschäftlichen Erklärung außer Stande, so ist auf seinen natürlichen Willen abzustellen. Kann er 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.« (SCHULZ et al. 1984)

Fazit

Menschenrechte unterschiedlicher Patientengruppen lassen sich in ethisch vertretbarer Weise nicht gegeneinander abwägen. Die Unteilbarkeit von Menschenrechten bekräftigte auch der deutsche Bundespräsident Joachim Gauck im April 2013 anlässlich des 20. Jahrestags der Wiener Menschenrechtskonferenz:

»So wie der Wert des Menschseins und die Würde des Menschen nicht nach Herkunft, Geschlecht, Religion, politischer Überzeugung, körperlicher und geistiger Verfassung oder irgendeinem anderen Merkmal geteilt werden dürfen, so dürfen wir auch die Menschenrechte nicht relativieren, gegeneinander abwägen oder gar ausspielen. Unteilbarkeit bedeutet, dass wir immer das Ganze sehen: die Freiheit für ein selbstbestimmtes Leben genauso wie das Trinkwasser zum Überleben.« (GAUCK 2013)

Schön, wenn nach jahrhundertelanger Verfolgung und Diskriminierung von Menschen mit störender und unbequemer Lebens- und Sinnesweise, von Patientinnen und Patienten mit psychiatrischen Diagnosen, jetzt Richter und Gesetzgeber vermehrt auf die Idee kämen, dass auch die Menschenrechte dieser Menschen nicht relativiert, gegeneinander abgewogen oder gar ausgespielt werden dürfen. Ein psychiatrisches Sonderrecht auf gewaltsame Verabreichung von Psychopharmaka und Elektroschocks jenseits der durch das BGB und StGB normierten Hilfspflichten ist mit Menschenrechten, die für jeden einzelnen Menschen direkt und unmittelbar gelten sollen, nicht vereinbar. Gleichheit vor dem Recht sollte nicht nur für Psychiatriepatientinnen und -patienten gelten, sondern auch für Psychiater.

Anmerkung

Die Absätze 26 und 27 des Allgemeinen Kommentars zum Art. 12 UN-BRK übersetzte Joshua Dreyfus. Die Übersetzungen der englischsprachigen Zitate stammen vom Autor.

Literatur

- ADERHOLD V (2010) Neuroleptika zwischen Nutzen und Schaden. Minimale Anwendung von Neuroleptika – ein Update. Unveröffentlichtes Manuskript September 2010. Im Internet unter <http://www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/gesundheit/pdf/nl-debatte.pdf> (Zugriff am 25. November 2014)
- ADERHOLD V (2013) Neuroleptika zwischen Nutzen und Schaden. Ein Update zur Neuroleptika-Debatte. In: Kerbe 31(2): 25–27
- ADERHOLD V, STASTNY P, LEHMANN P (2007) Soteria – Eine alternative psychosoziale Reformbewegung. In: LEHMANN P, STASTNY P (Hg.) Statt Psychiatrie 2. Berlin et al.: Antipsychiatrieverlag, 150–165 (E-Book 2014)
- ANDREWS PW, KORNSTEIN S, HALBERSTADT LJ, GARDNER CO, NEALE MC (2011) Blue again: Perturbational effects of antidepressants suggest monoaminergic homeostasis in major depression. In: Frontiers in Psychology 2: Artikel 159. Im Internet unter <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3133866/> (Zugriff am 25. November 2014)
- ANDREWS PW, THOMSON JA, AMSTADTER A, NEALE MC (2012) Primum non nocere: An evolutionary analysis of whether

- antidepressants do more harm than good. In: *Frontiers in Evolutionary Psychology* 3: Artikel 117; doi: 10.3389/fpsyg.2012.00117. Online-Publikation vom 24. April 2012
- BLECH J (2014) Die Psychofalle – Wie die Seelenindustrie uns zu Patienten macht. Frankfurt am Main: S. Fischer
- BLEULER E (1975) Lehrbuch der Psychiatrie. 13., von Manfred Bleuler neu bearb. Aufl. Berlin et al.: Springer
- BROGLIE M, JÖRGENSEN G (1954) Über die Anwendung von Phenothiazinkörpern in der Inneren Medizin. In: *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 79: 1564–1567
- CHANG CK, HAYES RD, PERERA G, BROADBENT MT, FERNANDES AC, LEE WE, HOTOPF M, STEWART R (2011) Life expectancy at birth for people with serious mental illness and other major disorders from a secondary mental health care register in London. In: *PLoS One* 6: e19590
- CHOUINARD G, JONES BD (1980) Neuroleptic-induced supersensitivity psychosis. In: *American Journal of Psychiatry* 137: 16–21
- CHOUINARD G, JONES BD (1982) Neuroleptic-induced supersensitivity psychosis, the »Hump Course«, and tardive dyskinesia. In: *Journal of Clinical Psychopharmacology* 2: 143–144
- COLTON CW, MANDERSCHIED RW (2006) 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 (2): 1–14
- CRPD (Committee on the Rights of Persons with Disabilities) (2014) General comment No. 1 (19 May 2014) – Article 12: Equal recognition before the law. Eleventh session 31 March – 11 April 2014. Geneva: United Nations, Convention on the Rights of Persons with Disabilities – CRPD/C/GC/1. Im Internet unter <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G14/031/20/PDF/G1403120.pdf> (Zugriff am 25. November 2014)
- DEGKWITZ R (1967) Leitfaden der Psychopharmakologie. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft
- Deutsches Institut für Menschenrechte (2012) Stellungnahme der Monitoring-Stelle zur UN-Behindertenrechtskonvention anlässlich der Öffentlichen Anhörung am Montag, den 10. Dezember 2012, im Rahmen der 105. Sitzung des Rechtsausschusses. Im Internet unter http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/Stellungnahmen/MSt_2012_Stellungnahme_Psychiatrie_und_Menschenrechte.pdf (Zugriff am 25. November 2014)
- DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde e. V.) (Hg.) (2006) S3 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Band 1: Behandlungsleitlinie Schizophrenie. Darmstadt: Steinkopff. Kurzversion im Internet unter http://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/kurzversion-leitlinien/s3-praxisleitlinien-bd1-schizophrenie.pdf (Zugriff am 25. November 2014)
- DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V.) (2014) Achtung der Selbstbestimmung und Anwendung von Zwang bei der Behandlung von psychisch erkrankten Menschen – Eine ethische Stellungnahme der DGPPN vom 23. September 2014. Internetveröffentlichung http://dgppn-new.globit.com/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/stellungnahmen/2014/2014-09-23_DGPPN_Stellungnahme_TF_Ethik_final.pdf (Zugriff am 25. November 2014)
- DGSP e. V. (2014) Neuroleptika reduzieren und absetzen. Eine Broschüre für Psychose-Erfahrene, Angehörige und Professionelle aller Berufsgruppen. Köln: Selbstverlag. Im Internet unter http://www.dgsp-ev.de/fileadmin/dgsp/pdfs/Flyer_Infoblatt_KuFo-Programme_Broschueren/ReduktionNeuroleptika_2014_web.pdf (Zugriff am 25. November 2014)
- DÖRNER K, PLOG U (1980). Irren ist menschlich – oder Lehrbuch der Psychiatrie/Psychotherapie. Rehburg-Loccum: Psychiatrie-Verlag
- DÖRNER K, PLOG U (1992) Irren ist menschlich – oder Lehrbuch der Psychiatrie/Psychotherapie. 7., überarb. Aufl. Bonn: Psychiatrie-Verlag
- EBNER G (2003) Aktuelles aus der Psychopharmakologie: das Wichtigste vom ECNP-Kongress. In: *Psychiatrie (Schweiz)*, Online-Ausgabe, Nr. 1, 29–32. Im Internet unter www.medpoint.ch/frame.asp?ru=document&ArtikelID=10116 (Zugriff am 23.12.2003)
- EKBLOM B, ERIKSSON K, LINDSTRÖM LH (1984) Supersensitivity psychosis in schizophrenic patients after sudden clozapine withdrawal. In: *Psychopharmacology (Berlin)* 83: 293–294
- FINZEN A (1991) Zwischen Hilfe und Gewalt. Fürsorgerischer Freiheitsentzug und Patientenrechte. In: *Neue Zürcher Zeitung* vom 24./25. März 1991, Fernaussage Nr. 69
- FRANCES A (2014) Normal – Gegen die Inflation psychiatrischer Diagnosen. Köln: DuMont 2014
- GAUCK J (2013) Menschenrechtskonferenz »Wien + 20«. Grußwort zur gleichlautenden Konferenz des Forums Menschenrechte und des Deutschen Instituts für Menschenrechte, Berlin am 15. April 2013. Im Internet unter <http://www.bundespraesident.de/SharedDocs/Reden/DE/Joachim-Gauck/Reden/2013/04/130415-Konferenz-Wien+20.html> (Zugriff am 25. November 2014)
- GUALTIERI TC, QUADE D, HICKS RE, MAYO JP, SCHROEDER SR (1984) Tardive dyskinesia and other clinical consequences of neuroleptic treatment in children and adolescents. In: *American Journal of Psychiatry* 141: 20–23
- HAASE H-J (1982) Therapie mit Psychopharmaka und anderen seelisches Befinden beeinflussenden Medikamenten. 5. Aufl. Stuttgart/New York: Schattauer
- HAASE, H-J (1988) Neuroleptika: Fakten und Erlebnisse. In: LINDE OK (Hg.) *Pharmakopsychiatrie im Wandel der Zeit*. Klingenmünster: Tilia Verlag Mensch und Medizin, 137–154
- HIFT S, HOFF H (1958) Die organische Therapie der Psychosen. In: *Wiener Medizinische Wochenschrift* 108: 1043–1048
- Janssen Pharmaceuticals, Inc. (2012) The importance of total wellness. In: *Choices in Recovery* 9(2): 12. Im Internet unter http://www.choicesinrecovery.com/sites/default/files/CIR_Newsletter_2012_Volume9_Issue2.pdf (Zugriff am 25. November 2014)
- KALECK W, HILBRANS S, SCHARMER S (2008) Gutachterliche Stellungnahme – Ratifikation der UN Disability Convention vom 30.03.2007 und Auswirkung auf die Gesetze für sogenannte psychisch Kranke am Beispiel der Zwangsunterbringung und Zwangsbehandlung nach dem PsychKG Berlin. 2., überarbeitete Fassung, Berlin. Im Internet unter <http://www.die-bpe.de/stellungnahme/stellungnahme.pdf> (Zugriff am 25. November 2014)
- KRANZ H (1964) Schlusswort. In: KRANZ H, HEINRICH K (Hg.) *Begleitwirkungen und Misserfolge der psychiatrischen Pharmakotherapie*. Stuttgart: Thieme, 201–202
- Land Berlin – Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales (2014) Entwurf vom 3. April 2014: Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG). Unveröffentlichtes Dokument
- LEHMANN P (1996a) *Schöne neue Psychiatrie. Band 2: Wie Psychopharmaka den Körper verändern*, Berlin: Antipsychiatrie-verlag

- LEHMANN P (1996b) *Schöne neue Psychiatrie. Band 1: Wie Chemie und Strom auf Geist und Psyche wirken.* Berlin: Antipsychiatrieverlag
- LEHMANN P (2005) Stellungnahme im Auftrag des Europäischen Netzwerks von Psychiatriebetroffenen zur geplanten Einführung der ambulanten Zwangsbehandlung in Bremen. In: Mitglieder-rundbrief des Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener, Nr. 1, 12–13. Im Internet unter <http://www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/recht/pdf/enusp-protest-bremen.pdf> (Zugriff am 25. November 2014)
- LEHMANN P (2010) Atypische Neuroleptika: Immer teurer, immer besser? In: *pflügen: psychosozial* 1 (3): 32–37. Im Internet unter <http://www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/gesundheits/pdf/pfluegen-atypische.pdf> (Zugriff am 25. November 2014)
- LEHMANN P (2012a) About the intrinsic suicidal effects of neuroleptics: Towards breaking the taboo and fighting therapeutic recklessness. In: *International Journal of Psychotherapy* 16 (1): 30–49. Im Internet unter <http://www.peter-lehmann-publishing.com/articles/lehmann/pdf/neuroleptics-suicide.pdf> (Zugriff am 25. November 2014)
- LEHMANN P (2012b) Stellungnahme beim Arbeitskreis »Zwangsmaßnahmen in der psychiatrischen Versorgung« der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer. Expertenanhörung in Berlin am 4. Mai 2012. In: *Leuchtturm, Sonderausgabe*: 9–24. Im Internet unter <http://www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/recht/pdf/zwang-leuchtturm.pdf> (Zugriff am 25. November 2014)
- LEHMANN P (2013a) Einführung. In: LEHMANN P (Hg.) *Psychopharmaka absetzen – Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Phasenprophylaktika, Ritalin und Tranquilizern.* 4., akt. u. erw. Aufl. Berlin et al.: Antipsychiatrieverlag, 21–48 (E-Book 2013). Im Internet unter <http://www.antipsychiatrieverlag.de/verlag/titel/einleitung/9783925931277.pdf> (Zugriff am 25. November 2014)
- LEHMANN P (2013b) Alternativen zur psychiatrischen Behandlung – Was Psychiatriebetroffene, Angehörige und Profis brauchen. In: *praxis wissen psychosozial*, Heft 13: 6–9. Im Internet unter <http://www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/selbsthilfe/pdf/lehmann-alternativen.pdf> (Zugriff am 25. November 2014)
- LEHMANN P (2014a, 6. März) Elektroschock. In: PFEUNDSCHUH W (Hg.) *Kulturkritisches Lexikon.* Elektronische Ressource. Im Internet unter http://kulturkritik.net/begriffe/begr_txt.php?lex=elektroschock (Zugriff am 25. November 2014)
- LEHMANN P (2014b) Frühe Warnzeichen für chronische oder tödlich verlaufende neuroleptikabedingte Erkrankungen. In: Mitglieder-rundbrief des Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener, Nr. 1: 16–19. Im Internet unter <http://www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/gesundheits/pdf/lehmann-warnzeichen.pdf> (Zugriff am 25. November 2014)
- LEHMANN P, STASTNY P (Hg.) (2007) *Statt Psychiatrie 2.* Berlin et al.: Antipsychiatrieverlag 2007 (E-Book 2014)
- MANDERSCHIED RW (2006) The quiet tragedy of premature death among mental health consumers. In: *National Council News*, September: 1 & 10
- MANDERSCHIED RW (2009) Premature death among state mental health agency consumers: Assessing progress in addressing a quiet tragedy. In: *International Journal of Public Health* 54 (Suppl. 1): 7–8
- MARDER SR, ESSOCK SM, MILLER AL, BUCHANAN RW, CASEY DE, DAVIS JM, KANE JM, LIEBERMAN JA, SCHOOLER NR, COVELL N, STROUP S, WEISSMAN EM, WIRSHING DA, HALL CS, POGACH L, PI-SUNYER X, BIGGER JT Jr, FRIEDMAN A, KLEINBERG D, YEVICH SJ, DAVIS B, SHON S (2004) Physical health monitoring of patients with schizophrenia. In: *American Journal of Psychiatry* 161: 1334–1349
- MARSCHNER R (2013) Menschen in Krisen: Unterbringung und Zwangsbehandlung in der Psychiatrie. In: AICHELE V, Deutsches Institut für Menschenrechte (Hg.) *Das Menschenrecht auf gleiche Anerkennung vor dem Recht – Artikel 12 der UN-Behindertenrechtskonvention.* Baden-Baden: Nomos, 203–230
- MARSCHNER R, ZINKLER M (2011) Das Recht auf Einsicht in psychiatrische Krankenunterlagen – rechtlich umfassend und therapeutisch sinnvoll. In: *Recht & Psychiatrie* 29: 3–7
- MÉNDEZ JE (2013) Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment. Tagesordnungspunkt 3 der 22. Sitzung des UN-Menschenrechtsrats am 1. Februar 2013. UN-Dokument A/HRC/22/53. Im Internet unter http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A.HRC.22.53_English.pdf (Zugriff am 25. November 2014)
- MEYER H-H (1953) Die Winterschlafbehandlung in der Psychiatrie und Neurologie. In: *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 7: 1097–1100
- MINKOWITZ T (2014) A response to the report by Juan E Méndez. Special Rapporteur on Torture, dealing with torture in the context of healthcare, as it pertains to nonconsensual psychiatric interventions. In: Center for Human Rights and Humanitarian Law at the Washington College of Law (Hg.) *Torture in healthcare settings: Reflections on the Special Rapporteur on Torture's 2013 Thematic Report.* Washington: American University Washington College of Law, 227–245. Im Internet unter http://antitorture.org/wp-content/uploads/2014/03/PDF_Torture_in_Healthcare_Publication.pdf (Zugriff am 25. November 2014)
- MÜLLER WE (2003) Wirkungsmechanismen älterer und neuerer Neuroleptika. In: KÖNIG F, KASCHKA WP (Hg.) *Interaktionen und Wirkmechanismen ausgewählter Psychopharmaka.* 2., überarb. u. erw. Aufl. Stuttgart/New York: Thieme, 37–54
- PERRY JW (1980) Psychosis as visionary state. In: BAKER IF (Hg.) *Methods of treatment in analytical psychology.* Fellbach: Bonz, 193–198
- PHILIPP M (1979) Hämodialyse und die Idee der Blutentgiftung in der Schizophreniebehandlung. In: *Fortschritte der Neurologie – Psychiatrie und ihrer Grenzgebiete* 47 (1): 36–46
- RUFER M (2007) Psychiatrie – ihre Diagnostik, ihre Therapien, ihre Macht. In: LEHMANN P, STASTNY P (Hg.) *Statt Psychiatrie 2.* Berlin et al.: Antipsychiatrieverlag, 400–418 (E-Book 2014)
- SAHA S, CHANT D, McGRATH J (2007) A systematic review of mortality in schizophrenia: Is the differential mortality gap worsening over time? In: *Archives of General Psychiatry* 64: 1123–1131. Im Internet unter <http://www.medpagetoday.com/upload/2007/10/8/1123.pdf> (Zugriff am 25. November 2014)
- SASCHENBRECKER T (2014) Stellungnahme zur Frage der Verfassungskonformität der geplanten Neufassungen des PsychKG und des Maßregelvollzugsgesetzes in Schleswig-Holstein. In: Schleswig-Holsteinischer Landtag, Umdruck 18/2567. 14. März 2014. Im Internet unter <http://www.landtag.ltsh.de/infotehk/wahl18/umdrucke/2500/umdruck-18-2567.pdf> (Zugriff am 25. November 2014)
- SCHARFETTER J, FREY R, STRNAD A, KASPER S (2006) Katatone Störungen an einer psychiatrischen Intensivpflegestation. In: *Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie* 7 (3): 34–41. Im Internet unter <http://www.kup.at/kup/pdf/5997.pdf> (Zugriff am 25. November 2014)

- SCHULZ K, FRIEDENTHAL K und die übrigen Mitglieder der Fraktion der Alternativen Liste Berlin (1984) Antrag der Fraktion der AL über Gesetz über die Unterbringung in psychiatrische Einrichtungen vom 7. September 1984. In: Abgeordnetenhaus von Berlin, 9. Wahlperiode, Drucksache 9/2065
- ScienceDaily (2011) Patients who use anti-depressants can be more likely to suffer relapse, researcher finds. 19. Juli 2011
- SCULL AT (1988) Frühere Klinikentlassungen dank Psychopharmaka? Die Zerstörung eines Mythos. In: Pro mente sana aktuell, Nr. 3: 26–29
- SEELER W (1983) Diskussionsbemerkung. In: HIPPIUS H, KLEIN HE (Hg.) Therapie mit Neuroleptika. Erlangen: Perimed, 140
- SEIKKULA J, ALAKARE B (2007) Offene Dialoge. In: LEHMANN P, STASTNY P (Hg.) Statt Psychiatrie 2. Berlin et al.: Antipsychoiatrieverlag, 234–249 (E-Book 2014)
- SELBACH H (1961) Über die vegetative Dynamik in der psychiatrischen Pharmakotherapie. In: Deutsches Medizinisches Journal 12: 511–517
- SPOERRI T (1955) Besitzt die historische Betrachtung über das Wesen der Schizophrenie aktuellen Erkenntniswert? In: Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie 129 (1–3): 243–260
- THIELE W (1969a) Über die Anwendung von Psychopharmaka außerhalb der Psychiatrie. In: Therapiewoche 19: 1076–1082
- THIELE W (1969b) Neue psychopathologische Erkenntnisse unter der Psychopharmakotherapie. In: Arzneimittel-Forschung 19: 448–449
- TORNATORE F, SRAMEK JJ, OKEYA BL, PI EH (1991) Unerwünschte Wirkungen von Psychopharmaka. Stuttgart/New York: Thieme
- UNGERSTEDT U, LJUNGBERG T (1977) Behavioral patterns related to dopamine neurotransmission. In: Advances in Biochemical Psychopharmacology 16: 193–199
- VOCK R, ZAUMSEIL M, ZIMMERMANN RB, MANDERLA S (2007) Mit der Diagnose »chronisch psychisch krank« ins Pflegeheim? Eine Untersuchung der Situation in Berlin. Frankfurt am Main: Mabuse
- WERNER W (1991) Diskussionsbeitrag. In: Zwischen Verfügungsgewalt und Verantwortung – Wie menschenwürdig ist die deutsche Psychiatrie? Redaktion »Streit im Schloss«, Südwestfunk 3, Fernsehsendung vom 21. Dezember 1991
- WIESING U (2013) Vorwort zur »Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer – Zwangsbehandlung bei psychischen Erkrankungen«. In: Deutsches Ärzteblatt 110: A1334. Im Internet unter <http://www.zentrale-ethikkommission.de/downloads/StellZwangsbehandlungPsych2013.pdf> (Zugriff am 25.11.2014)
- ZIEGLER L (2014) Voraussetzungen für den Fall der Psychiatrisierung – »Die Rechte eines Flohs«. In: LEHMANN P, STASTNY P (Hg.) Statt Psychiatrie 2. E-Book. Berlin et al.: Antipsychoiatrieverlag, 331–343
- ZINKLER M (2014) Risikobasierte Allgemeinpsychiatrie: Wirkungen und Nebenwirkungen. In: Recht & Psychiatrie 32: 64–68

Anschrift des Verfassers

Eosanderstr. 15
10587 Berlin
www.peter-lehmann.de
mail@peter-lehmann.de