Artikel zum gleichnamigen Vortrag beim Selbsthilfetag der Jahrestagung der Aktion Psychisch Kranke e.V., Bremen. Gekürzte Version in: Aktion Psychisch Kranke / Peter Brieger / Matthias Rosemann (Hg.): »Förderung der Selbstbestimmung und Vermeidung von Zwang. Tagungsdokumentation 06./07. und 08. September 2021 in Bremen«, Tagungsband 48, ISBN 978-3-96605-215-3, Köln: Psychiatrieverlag 2022, S. 257-270
www.peter-lehmann.de/artikel/gesundheit/pdf/lehmann-akutbehandlung-probleme.pdf

Peter Lehmann

Medizinische und juristische Probleme psychiatrischer Akutbehandlung

Abstract: Die in der psychiatrischen Akutbehandlung verabreichten Neuroleptika und Antidepressiva bergen für die betroffenen Personen immense gesundheitliche Risiken, insbesondere da große interindividuelle Wirkungsunterschiede bestehen und für Voruntersuchungen zu gesundheitlichen Vorbelastungen keine Zeit vorhanden ist. In der Regel erfolgt keine Aufklärung über Risiken, »Neben«-Wirkungen und Alternativen, die den gesetzlichen Vorschriften genügt. Bei Elektroschocks werden Informationen über die tatsächlichen Risiken unterschlagen. Stattdessen preist man diese Maßnahme als sichere Behandlung mit relativ wenig unerwünschten, meist vorübergehenden Störungen an, obwohl sie laut Herstellerinformation mit verheerenden kognitiven Folgen und andere Schäden einhergehen kann. Erprobte betroffenenorientierte humanistische stationäre sowie ambulante Angebote werden hierzulande nicht angeboten.

Dabei fordern die WHO und die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, die hierzulande seit ihrer Ratifizierung durch die Bundesregierung Rechtskraft besitzt, Hilfsprogramme mit niedrigschwelligen Angeboten und die Abschaffung von Zwangsmaßnahmen in der psychiatrischen Akutbehandlung. Behandlungen ohne informierte Zustimmung, das heißt ohne umfassende Aufklärung über Behandlungsrisiken, stellen ebenso Gesetzesverstöße dar. Dies betrifft auch sogenannte Instruktionsfehler, wenn Pharmafirmen ihre Fachinformationen nicht entsprechend dem wissenschaftlichen Stand über Probleme und Möglichkeiten beim Absetzen und Entzug formulieren – Probleme, die auch von Psychiaterinnen und Psychiatern schon *vor* Behandlungsbeginn offenzulegen sind.

Angesichts der gravierenden medizinischen und juristischen Probleme bei der alltäglichen psychiatrischen Akutbehandlung sind (möglicherweise) betroffene Personen gut beraten, wenn sie ihre Präferenzen und Optionen *rechtzeitig* in einer Psychosozialen Patientenverfügung dokumentieren.

Unter einer medizinischen Akutbehandlung versteht man Maßnahmen, die sofort zu ergreifen sind, um eine Krankheit zu behandeln (DocCheck Flexikon, 2015). Eine schnelle Behandlung gilt als angezeigt, wenn ihre Unterlassung zu Schäden führen kann. Beispiel hierfür ist eine Meningoenzephalitis, das heißt, eine durch Viren, Bakterien, Parasiten oder Pilze verursachte schwere Erkrankung des Gehirns und der Hirnhäute. Treten Symptome auf, die auf eine Meningoenzephalitis schließen lassen, können sofort verabreichte Breitbandantibiotika chronisch werdende Hirnschäden vermeiden, auch wenn eine exakte Diagnose anfangs nicht möglich ist.

Bei sogenannten psychischen Krankheiten stellt sich die Sache schwieriger dar. Die psychiatrische Diagnostik ist umstritten und zudem beeinflusst durch Meinungsführerinnen und -führer, die in den Diensten der Pharmaindustrie stehen (Cosgrove u.a., 2006; Frances, 2014). Dabei gibt es durchaus kritische Stimmen zur eingeschränkten Wissenschaftlichkeit psychiatrischer Diagnostik. Wolfgang Werner gestand beispielsweise seinerzeit als Saarländischer Landespsychiatriearzt und Leiter der Psychiatrischen Klinik Merzig in einer Fernsehdiskussion mit Dorothea Buck und dem Verfasser dieses Artikels ein:

> »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, 1992; zitiert nach: Lehmann, 2022a, S. 186)

Psychiatrische Meinungen, wonach eine sofortige Verabreichung von Neuroleptika oder Antidepressiva unerlässlich sei, um Hirnschäden bei einer Diagnose »Schizophrenie« bzw. der Verfestigung von Depressionen vorzubeugen, sind bekannt, allerdings handelt es sich um bloße Annahmen. Vor einigen Jahrzehnten empfahlen Mainstreampsychiaterinnen und -psychiater gar eine »standardisierte Hochdosis«; mittlerweile ist eine Hochdosis, das heißt eine Dosierung oberhalb des Zulassungsbereichs, nur noch off-label möglich und gilt bei sogenannten Non-Respondern als pharmakologische Alternative. Bekannt sind allerdings auch Praktiken einer humanistisch orientierten Behandlung, die erst einmal die Patientinnen und Patienten mit ihren Problemen im sozialen Umfeld kennenlernen möchten Neuroleptika zurückhaltend gegenüberstehen. Dieselbe Problematik besteht insbesondere angesichts ihrer suizidalitätsfördernden Wirkung bei der Akutverabreichnung von Antidepressiva (Newnes, 2022).

Medizinische Probleme psychiatrischer Akutbehandlung

Bei psychiatrischer Akutbehandlung geht es in der Regel um Psychopharmaka, egal ob diese stationär oder in der Wohnung der betroffenen Person verabreicht werden. Dass bestimmte Maßnahmen wie Fixierung oder die Verabreichung von Elektroschocks in Privatwohnungen (noch) nicht möglich sind, da die Ausrüstung hierzu nicht vorhanden ist, versteht sich von selbst. Der Vitos Krankenhauskonzern in Frankfurt/Main schreibt zu seiner ambulanten psychiatrischen Akutbehandlung in den Wohnungen der betroffenen Personen:

> »Wir bieten psychisch kranken Menschen in Frankfurt bereits seit dem Jahr 2000 die besondere Möglichkeit, sich in ihrer vertrauten Umgebung behandeln zu lassen. Unsere Behandlung wird gleichgesetzt mit einer psychiatrischen Krankenhausbehandlung und ist als stationsersetzend zu betrachten.« (Vitos, undatiert [a])

Neuroleptika und andere Psychopharmaka

Um beim Beispiel des Vitos Krankenhauskonzerns zu bleiben, soll die Verabreichung von Neuroleptika als Standardmaßnahme der Akutbehandlung genannt sein, wenn Psychiaterinnen und Psychiater eine Schizophrenie vor sich sehen und ein in ihren Augen geeignetes Neuroleptikum auswählen:

> »Die Symptome, die bei einer Schizophrenie auftreten, können dazu führen, dass der Patient in eine psychische Ausnahmesituation gerät. Hier bedarf es rascher Hilfe. Deshalb können neben dem Einsatz von Neuroleptika auch schnell wirksame Beruhigungsmittel bei der Behandlung eine Rolle spielen.« (Vitos, undatiert [b])

Psychopharmaka sind in der Mainstreampsychiatrie die Mittel der Wahl. Wie selbstverständlich listet die Private Akutklinik an der Ostsee für Psychiatrie und Psychotherapie in der MEDIAN Klinik Heiligendamm in ihren Behandlungsmethoden an erster Stelle die »Medikamentöse Behandlung: Einleitung oder Modifizierung einer Psychopharmakamedikation…« (Private Akutklinik, undatiert)

Neuroleptika sind jedoch riskante Substanzen und tragen angesichts der in der Regel unter prekären Umständen lebenden Menschen mit ernsten psychiatrischen Diagnosen und der entsprechenden Behandlung zu ihrer hohen Frühsterblichkeitsrate bei. Zu ihren unerwünschten Wirkungen zählen Muskelkrämpfe, Sexualstörungen, Herzrhythmusstörungen, epileptische Anfälle, Schlaganfälle, Leberwerterhöhungen, Suizidalität, allergische Reaktionen, Agranulozytosen (weitgehendes oder komplettes Fehlen weißer Blutkörperchen im Blut), Maligne Neuroleptische Syndrome (Symptomenkomplexe aus Fieber, Muskelsteifheit und Bewusstseinstrübung) u.v.m. (Lehmann, 2022a). Joe Parks, Vorsitzender des Medical Directors Council der US-amerikanischen National Association of State Mental Health Program Directors – vergleichbar der deutschen Bundesdirektorenkonferenz –, machte auf die große Zahl früh sterbender psychiatrischer Patientinnen und Patienten aufmerksam:

> »Es ist seit Jahren bekannt, dass Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung früher sterben als die Durchschnittsbevölkerung. Allerdings zeigen jüngste Ergebnisse, dass sich die Rate für Anfälligkeiten (Krankheit) und Sterblichkeit (Tod) in diesem Personenkreis beschleunigt hat. Tatsächlich sterben Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung nunmehr 25 Jahre früher als die Durchschnittsbevölkerung.« (Parks, 2006)

Gemeinsam mit seinen Kolleginnen und Kollegen wies Parks auf den Zusammenhang des frühen Todes mit den sogenannten atypischen Neuroleptika hin:

> »Allerdings sind mit zunehmender Zeit und Erfahrung die antipsychotischen Medikamente der zweiten Generation stärker mit Gewichtszunahme, Diabetes, Dyslipidemie *(Fettstoffwechselstörung)*, Insulinresistenz und dem metabolischen Syndrom *(Kombination aus Übergewicht, Insulinresistenz, Fettstoffwechselstörung und Bluthochdruck)* in Verbindung gebracht worden.« (Parks u.a., 2006, S. 6)

Mainstreampsychiaterinnen und -psychiater sind in der Regel überzeugte Befürworter von Neuroleptika. Einer der Meinungsführer ist Jari Tiihonen von der Forensischen Abteilung der University of Eastern Finland in Kuopio. Tiihonen erhielt oder erhält Gelder für Vorträge, Beratung und Gutachten von dem Pharmafirmen AstraZeneca, Bristol-Myers Squibb, Eli Lilly, GlaxoSmithKline, Hoffmann-La Roche, Janssen-Cilag, Lundbeck, Organon und Pfizer. Gemeinsam mit seinen Kollegen meinte er eine Verlängerung der Lebenserwartung zu erkennen, die mit Polypharmazie und forgesetzter Neuroleptikaverabreichung einhergehe:

> »Bei Patienten mit einer oder mehrerer Verschreibungen für ein antipsychotisches Medikament beobachtete man ein reziprokes *(umgekehrt proportionales)* Verhältnis zwischen Sterblichkeit und zunehmender Dauer der Anwendung.« (Tiihonen u.a., 2009, S. 620)

Zurück zur Realität: Auch Antidepressiva haben eine hohe Zahl unerwünschter, teilweise ebenfalls lebensbedrohlicher Wirkungen (NetzG-RLP, 2017, 2018). Ein besonderes Risiko bei der Verabreichung an Menschen, die unter Depressionen leiden, ist die Auslösung oder Verstärkung der Suizidalität. Ein weiteres Risiko besteht aus Immunreaktionen wie zum Beispiel einem anaphylaktischen Schock, das heißt einer massiven Reaktion des Organismus, die sich als Störung der Gefäßmuskulatur und des Herzrhythmus niederschlägt. Auch Serotonin-Syndrome können sich einstellen: lebensbedrohliche Symptomenkomplexe aus zentralnervösen, psychischen und muskulären Störungen sowie vegetativen Entgleisungen. Im ambulanten Bereich wären Notfallmaßnahmen nur mit erheblicher zeitlicher Verzögerung möglich, so dass dort die Wahrscheinlichkeit eines tödlichen Verlaufs noch einmal erhöht ist.

Dosisunabhängige Probleme

Auf die prinzipielle Dosisunabhängigkeit und die Unvorhersehbarkeit von Todesfällen unter Psychopharmaka ging Heinrich Kranz von der Psychiatrischen Universitätsklinik Mainz schon vor Jahrzehnten ein, als er einräumte:

> »Wenn es so wäre, dass an diesen Komplikationen, insbesondere auch an den letalen Ausgängen, nur falsche Dosierungen oder unzweckmäßige Kombinationen schuld gewesen wären, so wäre das Schuldkonto, das mit dieser Feststellung auf uns geladen wäre, schwer. So ist es aber nicht; 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, S. 201)

Erfrischend offene Worte nahm auch Wolfgang Seeler von der Psychiatrischen Klinik Hamburg-Ochsenzoll in den Mund, allerdings nur in einer internen Diskussion:

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

Rudolf Degkwitz, 1971/72 Präsident der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie (DGPN), sprach gar von einem »Massenexperiment« (Degkwitz, 1971, S. 369) und beklagte sich, dass ein Gutachten der Deutschen Forschungsgemeinschaft es für moralisch nicht vertretbar erklärt hatte, Neuroleptika unter ärztlicher Kontrolle abzusetzen, damit die Schädlichkeit dieser Substanzen geprüft werden könne (ebd., S. 364). Absetzversuche hatte Degkwitz für wichtig gehalten, denn:

> »Es erwachen dann oft genug psychisch völlig gesunde Patienten aus der neuroleptischen Intoxikation, die für eine psychische Erkrankung gehalten wurde.« (ebd., S. 370)

Dieselbe Psychopharmakadosis kann sich bei verschiedenen Personen (interindividuell) völlig unterschiedlich auf den Körper auswirken, aber auch innerhalb des Organismus einzelner Personen (intraindividuell). Auch bei Versuchsaffen führten Psychopharmaka zu großen interindividuellen Schwankungen im Blutspiegel (Wallace u.a., 1960; Weiss u.a., 1977). Schwankungen treten auch bei Menschen auf, zum Beispiel als inter- und intraindividuelle EEG-Wirkungsunterschiede (Helmchen & Künkel, 1961). Blutspiegel variieren interindividuell um den 100-fachen und intraindividuell um den zehnfachen Faktor (Kulhanek u.a., 1980). Die Definition eines ›optimalen‹ neuroleptischen Plasmaspiegelbereichs gilt als unmöglich (»Klausurtagung«, 1990). Wie ungenau die Wirkung

neuroleptischer Substanzen im Einzelfall vorherzusehen ist, wusste auch Hans-Joachim Haase von der Psychiatrischen Klinik Landeck. Er sprach von 15-fachen interindividuell unterschiedlichen Empfindlichkeiten in Hinblick auf das Erreichen der sogenannten neuroleptischen Schwelle, das heißt der zum Hervorrufen des erwünschten Parkinsonoids notwendigen Dosis (Haase, 1988, S. 145). Am Beispiel des Neuroleptikums Haldol erklärte er die Konsequenz, nämlich dass

> »... z.B. 15 Milligramm Haldol bei einem sehr wenig disponierten Patienten eine Minimaldosis darstellen kann, während 1 Milligramm Haldol bei einem sehr stark disponierten Patienten bereit die neuroleptische Schwellendosis bedeuten kann, so dass bei diesem Patienten 15 Milligramm als Hochdosierung anzusehen sind.« (ebd., S. 146)

Sein US-amerikanischer Kollege George Simpson schrieb gemeinsam mit Esther Kunz-Bartholini, dass die neuroleptische Schwelle unter der Gesamtheit der betroffenen Personen gar um das 200-fache variiert (Simpson & Kunz-Bartholini, 1968).

Unter Medizinerinnen und Medizinern ist man sich deshalb der Tatsache bewusst, dass die Wirkdosis großen intraindividuellen Schwankungen unterliegt, die nicht vorherzusehen und auch nicht zu erklären sind (Broussolle & Rosier, 1960). Die im Einzelfall erforderliche Dosis bis zum Eintritt einer gewünschten Wirkung könne nicht vorausgesagt werden, so der Psychiater Rainer Tölle; deshalb »... bleibt es eher dem Zufall überlassen, ob bei einem bestimmten Patienten die ungefähr richtige Dosierungshöhe getroffen wurde.« (Tölle, 1983, S. 56)

Unzureichende Voruntersuchungen

Umfangreiche Voruntersuchungen beispielsweise hinsichtlich familiärer gesundheitlicher Vorbelastungen oder des Prolaktin- oder Blutzuckerspiegels, der Blutfettwerte, des Herzrhythmus, des Augeninnendrucks, des Augenhintergrunds, einer möglichen noch unbemerkten Schwangerschaft usw. stellen Psychiaterinnen und Psychiater vor Probleme, wenn sie unverzüglich Psychopharmaka verabreichen wollen.

Hinzu kommt die Frage, ob es sich bei den Behandlungskandidatinnen und -kandidaten um Ultraschnell- oder Langsam-Metabolisierinnen und -Metabolisierer handelt. Ca. 7 % der Bevölkerung sind »Langsam-Metabolisierer«. Der Metabolismus und Abbau vieler Medikamente wird durch Enzyme des sogenannten Cytochrom-P-450-Systems katalysiert. Die zahlreichen Varianten des CYP2D6-Gens bewirken, dass CYP2D6-abhängige Psychopharmaka wie viele Antidepressiva oder Neuroleptika nur sehr langsam verstoffwechselt werden, deren Konzentration bei der üblichen Verabreichungsgeschwindigkeit im Körper massiv steigt und dadurch viele unerwünschte Symptome auftreten, beispielsweise gefährliche Herz-Kreislauf-Störungen. Zusätzlich gehören ca. 3 % der Bevölkerung zur Gruppe der »Ultraschnell-Metabolisierer«. Bei ihnen kommt es zur überschnellen Verstoffwechslung, was zu einer vorübergehend überhohen Konzentration von Abbauprodukten im Blut führen kann. Das Ergebnis einer pharmakogenetischen, das heißt, genetisch bedingten Unterschieden von Reaktionen auf Arzneimittel betreffenden Blutuntersuchung könne frühestens nach acht Stunden vorliegen (Berg, 2005).

Menschen, die im Falle des Falles nicht akutpsychiatrisch behandelt werden wollen, kommen nicht umhin, sich rechtzeitig eine eigene Meinung zu bilden und mit einer Psychosozialen Patientenverfügung zu schützen (Lehmann, 2015a). Diese Verfügung können selbstverständlich auch Menschen nutzen, die eine spezielle akutpsychiatrische Behandlung für hilfreich halten.

Elektroschocks

Zunehmend mehr psychiatrische Kliniken bieten als akutpsychiatrische Maßnahmen auch Elektroschocks an, beispielsweise der oben genannte Vitos Krankenhauskonzern. Diese Maßnahme wird mit dem Hinweis versehen, die Wirksamkeit sei wissenschaftlich unumstritten und es handele sich um eine sichere Behandlung mit relativ wenigen Nebenwirkungen, die aus meist vorübergehenden Störungen des Kurzzeitgedächtnisses und der Sprache bestünden (Vitos, undatiert [c]). Allerdings warnt beispielsweise die Herstellerfirma Somatics in ihrer Produktbeschreibung des hierzulande verwendeten Elektroschockapparats Thymatron® System IV vor manchmal »verheerenden kognitiven Folgen« (Somatics, 2021, S. 1). Mit »kognitiv« meint man Funktionen, die mit Wahrnehmung, Denken, Wissen und Lernen verbunden sind. Aufmerksamkeit, Erinnerung, Kreativität, Planen, Orientierung, Vorstellungskraft und Wille zählen ebenfalls zu den kognitiven Fähigkeiten. Wie alle anderen Elektroschockfreunde auch enthält der Vitos Krankenhauskonzern betroffenen Personen und ihren Angehörigen diese Warnung vor. Wer fachöffentlich auf die Risiken aufmerksam machen will, wird von Elektroschockfreunden beschimpft; man argumentiere polemisch, lasse wissenschaftliche Seriösität vermissen und wolle nur der ›immer wieder gezielt in die Öffentlichkeit getragenen Darstellung der Elektrokrampftherapie als veraltete, überholte oder gar inhumane und grausame Behandlungsmethode‹ Vorschub leisten (Lehmann, 2019a, S. 38f.).

Somatics nennt darüber hinaus noch eine ganze Reihe weiterer bekannt gewordener Schäden, mit denen nach Elektroschocks zu rechnen ist, unter anderem Gedächtnisstörungen, Hirnschäden, Herzrhythmusstörungen, Herzinfarkt, Blutdruckstörungen, Zahntraumata, allgemeine motorische Funktionsstörungen, manische Symptome (zum Beispiel behandlungsbedingte Manie, posttraumatisches Delirium oder Erregung), neurologische Symptome (zum Beispiel Parästhesien [unangenehme, manchmal schmerzhafte Körperempfindungen mit Kribbeln, Taubheit, Einschlafen der Glieder, Kälte- und Wärmewahrnehmungsstörungen], Dyskinesien [Störungen des physiologischen Bewegungsablaufs einer Körperregion oder eines Körperteils], Stürze, spontane Anfälle mit zeitlichem Abstand, anhaltende Anfälle, nicht-konvulsiver Status epilepticus [Abfolge von epileptischen Anfällen, zwischen denen die betroffenen Personen nicht zum Vorzustand zurückkehren und die ohne eindeutige tonisch-klonisch, das heißt zwischen Steifheit und krampfartigen Zuckungen wechselnde, Entäußerungen einhergehen]), Komplikationen in der Lunge (zum Beispiel Ansaugung von Mageninhalt, Lungenentzündung, Mangelversorgung mit Sauerstoff, Atemwegsverschlüsse wie Laryngospasmus [krampf- und reflexartige Kontraktionen der Kehlkopfmuskulatur], Lungenembolie, längerer Atemstillstand), Koma, Sehstörungen, Hörkomplikationen, Verschlechterung psychiatrischer Symptome und Begünstigung suizidalen Verhaltens (ebd.). Erfahrungsgemäß fehlen diese Informationen auch bei der – an sich – gesetzlich vorgeschriebenen Aufklärung (Lehmann, 2020), so dass davon ausgegangen werden kann, dass es sich bei dieser Maßnahme der psychiatrischen Akutbehandlung schon alleine wegen einer rechtlich unwirksamen Aufklärung um eine faktische Menschenrechtsverletzung und strafbare Körperverletzung handelt.

So wie es Menschen gibt, die die Gefährlichkeit von Coronaviren bestreiten, gibt es auch solche, die die Schäden bestreiten, die Elektroschocks – sogenannte Elektrokrampftherapien (EKT) – verursachen. Harold Sackeim vom New York State Psychiatric Institute gehört zu denen, die besondere Vorzüge von Elektroschocks sehen. Wie der oben genannte Tiihonen befindet er sich im massiven Interessenkonflikt, in diesem Fall aufgrund seiner Tätigkeiten für die MECTA Corporation, einer Herstellerfirma von Elektroschockapparaten (Sackeim, 2017, S. 780). Sackeim sieht in Elektroschocks gleichsam jungbrunnenartige Wirkungen, wenn er meint:

> »Mehrere Langzeitnachfolgestudien legen nahe, dass Patienten, die EKT erhalten, im Vergleich zu Kontrollpatienten ohne EKT eine verringerte Sterblichkeit jedweder Ursache haben.« (Sackeim, 2017, S. 779)

Wer damit rechnet, möglicherweise Objekt einer Elektroschockverabreichung zu werden, kommt nicht umhin, sich eine eigene Meinung auch zu dieser umstrittenen Maßnahme der elektrotechnischen psychiatrischen Akutbehandlung zu bilden und seine bzw. ihre Präferenzen diesbezüglich in einer Psychosozialen Patientenverfügung mit einem unmissverständlichen Wortlaut zu dokumentieren (Lehmann, 2015a).

Humanistische Angebote der Akutbehandlung

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 habe dazu geführt, dass dessen Einrichtungen unverhältnismäßig oft auf dem reduktionistischen biomedizinischen Psychiatriemodell basieren (United Nations, 2017). Dabei bestünden durchaus wirksame Alternativen.

Humanistisch orientierte Hilfen, wie sie in einigen Kliniken in Rheinland-Pfalz für Menschen mit Psychosen oder Depressionen angeboten werden und die teilweise auch ambulant eingesetzt werden könnten, sind im psychiatrischen Bereich jedoch eher die Ausnahme. Zu diesen Hilfen zählen unter anderem empathische Begleitung durch das Personal, Gespräche mit Genesungsbegleiterinnen und -begleitern, psychosoziale Hilfen und Sozialberatung, naturheilkundliche Mittel, Psycho- und Physiotherapie, Entspannungsverfahren (Joggen, Gymnastik, Schwimmen, Tischtennis, Yoga, Meditation, autogenes Training usw.) und kreative Therapien wie Tanz-, Musik-, oder Kunsttherapie sowie spezielle Ernährungsmaßnahmen (NetzG-RLP, 2017, 2018). Ähnliche Maßnahmen, die auch den ambulanten Bereich einschließen, formulierte der Psychiater Volkmar Aderhold:

> »Optimal wäre, psychische Probleme in Selbsthilfe zu lösen oder handhabbar zu machen. Wenn sich die Probleme so nicht lösen lassen, sie zu stark werden und die Menschen mit Psychosen Neuroleptika einsetzen wollen, wäre eine Akutbehandlung ohne Neuroleptika für drei bis vier Wochen vor allem bei sogenannten Erst- und Zweiterkrankten in geeigneten therapeutischen Zusammenhängen (zum Beispiel Soteria) eigentlich besser. Folgende Kerninterventionen sollten aus meiner Sicht Priorität haben:
>
> – Systemische, teambasierte Frühintervention im Lebensumfeld der Klienten, die Familien und soziale Netzwerke von Anfang an therapeutisch einbezieht und auf keinen Fall gegen den Willen der Betroffenen stattfindet.
>
> – Beziehungskontinuität durch mehrjährige Begleitung durch diese Teams, und zwar so lange, wie sie erforderlich erscheint und erwünscht ist.
>
> – Integration von Experten aus Erfahrung in diese Teams.
>
> – Bei Bedarf ein kleines psychosebegleitendes traumasensibles Milieu. Auch hier sind sogenannte Laien sowie Experten aus Erfahrung ein besonders wirksamer Teambestandteil.« (Aderhold, 2017, S. 217f.)

Humanistisch orientierte Angebote stellen auch die Krisenherberge, der Offene Dialog und Soteria-Einrichtungen dar, sofern sie den Vorstellungen des Psychiaters und Vaters des Soteriakonzepts Loren

Mosher entsprechen (Aderhold u.a., 2007). Solche Angebote sind von betroffenen Personen besonders erwünscht für den Fall, dass professionelle Hilfen für notwendig erachtet, jedoch Gewaltmaßnahmen befürchtet werden (Peeck u.a., 1995; Lehmann, 1999).

Krisenherberge

Die Krisenherberge, die von 1994 bis 1996 im Tompkins County im Bundesstaat New York bestand, war eine betroffenengeleitete Alternative zur stationären Psychiatrie. Hauptziel war es, einen Ort bereitzustellen, wohin Menschen sich zurückziehen konnten, die den Aufenthalt in einer beschützenden Einrichtung für nötig hielten und/oder das Risiko einer Unterbringung fürchteten. Die Planung, an der psychiatriebetroffene Personen wirksam beteiligt waren, dauerte mehrere Jahre. Finanziert wurde das Projekt von einem gemeinnützigen psychosozialen Verein. Die Krisenherberge unterschied sich von konventionellen Krisendiensten durch die Einbeziehung von Peers, das zwangsfreie nichtmedizinische Modell, die eigene Definition von Bedürfnissen und die gegenseitige Unterstützung. Das Programm bestand aus zwei Komponenten: zum einen aus dem Angebot vorsorglicher Krisenplanung und Training zur Krisenbewältigung verbunden mit der Unterstützung in einer Beratungsstelle, akuter Krisenunterstützung, Workshops, Beratung durch Peers und Rechtsberatung. Und zum anderen aus einer Unterkunft für Personen, die diese nach eigener Einschätzung für nötig hielten, weil sie sich in Gefahr sahen, psychiatrisch untergebracht zu werden, samt Raum zum Toben oder Entspannen.

Der Auswertung der Resultate lagen die Daten von 265 Menschen zugrunde, über deren Aufnahme in die Krisenherberge per Zufallsauswahl entschieden worden war. Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer an der Studie hatten Diagnosen nach der psychiatrischen Diagnosenfibel »DSM-III R«, die meisten waren schon vier Mal oder häufiger in die Psychiatrie eingewiesen worden. Die Testgruppe hatte Zugang zu allen Angeboten der Krisenherberge. Die Kontrollgruppe konnte diese Angebote nicht in Anspruch nehmen und musste sich mit den üblichen psychiatrischen Einrichtungen begnügen. Die Auswertung überrascht wenig. Die Krisenherberge leistete zeitnähere und hilfreichere Krisenhilfe mit sachkundigerem Personal, das die Rechte der betroffenen Personen mehr respektierte. Die Testgruppe erlebte eine stärkere Unterstützung bei der Gesundung und Selbsthilfe als die Kontrollgruppe, ihre Zufriedenheit mit den Angeboten war höher. Klientinnen und Klienten der Krisenherberge zeigten größere Fortschritte bei der Gesundung, bei der Fähigkeit, die Geschicke wieder in die eigene Hand zu nehmen, und bei der Zufriedenheit mit der eigenen Situation. Ausfälle im Arbeitsleben waren seltener und geringer, Klinikaufenthalte seltener und kürzer, die Kostenersparnis lag insgesamt bei 35 % (Dumont & Jones, 2007).

Die Aussagekraft einer Studie mit 265 Teilnehmerinnen und Teilnehmern mag gering erscheinen. Aber die Teilnehmerzahl war immer noch um vier Personen höher als die Zahl derer, die weltweit zu Studien über Absetzverläufe von Neuroleptika, die formal-wissenschaftlichen Ansprüchen gerecht wurden, seit deren Einführung in das psychiatrische Behandlungsarsenal bis Oktober 2019 herangezogen wurden (Brandt u.a., 2020).

Offener Dialog

Den Ansatz des Offenen Dialogs gibt es seit 1990. Der Psychiater Yrjö Alanen entwickelte in Südfinnland die bedürfnisangepasste Behandlung, die dem Offenen Dialog zugrunde liegt. Über diesen berichteten der Psychologe Jaakko Seikkula und die Psychiaterin Birgitta Alakare. Als notwendige Voraussetzungen für diesen Ansatz der Krisenintervention nannten sie ein systemisches

Psychosenverständnis, das sich auf Beziehungsstörungen der Menschen stützt (nicht aber auf Hirnstörungen), sofortiges Reagieren vor Ort, Einbeziehung des sozialen Netzes, auch in die Entscheidungen, Übernahme von Verantwortung, psychologische Kontinuität, ein Team mit Mitgliedern aller Berufsgruppen und Toleranz von Ungewissheit (zu der auch die Enthaltung von Psychopharmaka über Wochen gehört). Neuroleptika könnten zwar helfen, Symptome zu lindern, würden aber gleichzeitig Selbstheilungskräfte und psychologische Ressourcen schwächen. Da sie ruhigstellten und dämpften, können sie die psychologische Arbeit behindern. Die Herausforderung sei es, einen Prozess zu schaffen, der die Sicherheit verstärkt und zu persönlicher Arbeit ermutigt.

Ein Vergleich des Behandlungsprozesses bei Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie-Diagnosen zwischen Offenem Dialog und üblicher Behandlung ergab in einer zweijährigen Verlaufsstudie: Die Patientinnen und Patienten der Vergleichsgruppe hatten wesentlich längere Klinikaufenthalte (ca. 117 Tage gegenüber nur 14 Tagen in der Gruppe des Offenen Dialogs). Alle Patientinnen und Patienten in der Vergleichsgruppe nahmen Neuroleptika, verglichen mit nur einem Drittel der Gruppe des Offenen Dialogs. 71 % der Patientinnen und Patienten in der Vergleichsgruppe hatten gegenüber nur 24 % in der Gruppe des Offenen Dialogs mindestens einen Rückfall. Patientinnen und Patienten in der Vergleichsgruppe hatten wesentlich mehr bleibende psychotische Symptome. Ca. 50 % der Vergleichgruppe hatten mindestens gelegentlich leichte Symptome, in der Gruppe des Offenen Dialogs nur 17 %. Der Beschäftigungsstatus war bei der Gruppe des Offenen Dialogs besser, nur 19 % lebten von Erwerbsunfähigkeitsrente, verglichen mit 57 % in der Vergleichsgruppe (Seikkula & Alakare, 2007).

Martin Zinklers Modellvorhaben nach § 64b SGB V

Dass sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich andere Herangehensweisen möglich sind als die stereotype Verabreichung von Psychopharmaka, zeigt das Modellvorhaben nach § 64b SGB V, das von dem Psychiater Martin Zinkler im baden-württembergischen Landkreis Heidenheim entwickelt wurde:

> »Ziel im Modellvorhaben ist ein je nach klinischer Beurteilung, sozialer Situation und Wünschen der Betroffenen stufenloser und flexibler Übergang zwischen den Behandlungssettings. (…) Die psychotherapeutische Behandlung erfolgt im Hometreatment entweder als Einzelpsychotherapie oder als Familientherapie mit sogenannten Therapieversammlungen, angelehnt an das Open-Dialogue-Modell. (…) Allen Patienten im Hometreatment steht jederzeit ein Klinikbett zur Verfügung, wenn sich die Behandlung zu Hause als nicht förderlich erweist.« (Zinkler & von Peter, 2019, S. 76)

Für Psychiatriebetroffene und ihre Unterstützerinnen und Unterstützer hochinteressant ist das Bekenntnis zum Verzicht auf Zwang. Und was das Absetzen von Psychopharmaka betrifft, das von Martin Zinkler unterstützt wird, so besteht im vorgehaltenen Klinikbett die Möglichkeit, Entzugskrisen zu bewältigen, ohne dass sich die psychiatrisch Tätigen ihr Konzept ändern (Zinkler, 2020). Das Modellvorhaben entbindet zudem psychiatrische Kliniken vom Zwang, Betten zu belegen, um ein ausgeglichenes Betriebsergebnis zu erzielen.

Unter der Voraussetzung, dass sich Zinklers Haltung durchsetzt, Menschenrechte wie das Recht auf körperliche Unversehrtheit nicht zu relativieren, sondern ohne Wenn und Aber zu respektieren, eröffnen sich – so wie dies inzwischen auch die WHO fordert (WHO, 2021a, 2021b) – Freiräume für eine außerklinische, dem Willen und den Präferenzen der betroffenen Personen entsprechende

Behandlung und Unterstützung. Die psychiatrischen Dienste könnten sich damit entsprechend den Vorgaben der WHO und der UN-Behindertenrechtskonvention entwickeln, ohne dass die Kosten im Gesundheitssystem überproportional steigen. Damit ein solches Modell zur Regelversorgung wird, bräuchte es allerdings eine reguläre solidarische Krankenkassenfinanzierung (Zinkler, 2021a) und die Unterstützung psychiatrischer Reformverbände.

Aufsuchende psychiatrische Dienste – sogenannte Krisendienste – sind aus Sicht von betroffenen Personen, die selber über sich bestimmen und Hilfen wollen, die an ihren wirklichen Problemen orientiert sind, als sinnvoll zu bewerten, solange es nicht um Kontrolle einer verordneten Psychopharmaka-Einnahme geht (Haase, 1976, S. 112) oder um deren sofortige Neuverabreichung (Kruse, 1980, S. 198f.). Frühere exemplarische Untersuchungen zeigten, dass 87,6 % der Hausbesuche nicht auf Veranlassung der betroffenen Personen, sondern gegen deren Willen und oft genug auf Initiative von Nachbarn, Polizei, Sozialamt, Vermietern und Hauswart und anderen gerade in psychischen Ausnahmezuständen angsteinflößenden Instanzen der Obrigkeit zustande kamen (Stoffels, 1988).

Juristische Probleme

Juristische Probleme bei der psychiatrischen Akutbehandlung gibt es mannigfach, speziell was das Selbstbestimmungsrecht, die körperliche Unversehrtheit und das Recht auf Freiheit betrifft.

Verletzung der körperlichen Unversehrtheit

Eines der bekanntesten psychiatrischen Probleme ist die Verabreichung von Psychopharmaka oder Elektroschocks unter Anwendung unmittelbaren Zwangs oder auf Anordnung einer Vormundsfunktion ausübenden Betreuerperson. Die rechtliche Ungleichbehandlung und die Verletzung des Selbstbestimmungsrechts wird mit Sondergesetzen für den Personenkreis mit diagnostizierten Krankheiten und Behinderungen geregelt – mit dem Konstrukt der sogenannten Entscheidungsunfähigkeit und der Argumentation, man wolle mit einer Zwangsbehandlung die betroffenen Personen vor ungewollten Folgen durch nicht-selbstbestimmte Entscheidungen schützen und erst wieder in einen Zustand der Selbstbestimmungsfähigkeit versetzen. In ihrem Artikel »Ohne Zwang – ein Konzept für eine ausschließlich unterstützende Psychiatrie« plädieren Martin Zinkler und sein Kollege Sebastian von Peter für eine humanistische Psychiatrie, die der Gesetz gewordenen UN-Behindertenrechtskovention folgt und auf Zwangsmaßnahmen jeglicher Art verzichtet:

> »Verschiedene UN-Gremien, darunter das UN-Hochkommissariat für Menschenrechte, haben sich in den letzten Jahren vor dem Hintergrund der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen klar und eindeutig für ein Verbot aller Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie ausgesprochen.« (Zinkler & von Peter, 2019, S. 203)

Selbstverständlich gibt es auch weniger kategorische Positionen, was das Verbot aller psychiatrischer Zwangsmaßnahmen betrifft (ebd.). Und daneben solche wie zum Beispiel der Elektroschockbefürworter Peter Brieger vom Münchner kbo-Isar-Amper-Klinikum und seine Referentin Susanne Menzel, die eine streng menschenrechtlich orientierte Haltung, Grundlage der Forderung nach Verbot von Zwangsmaßnahmen, als »Populismus« und »unmenschlich« ablehnen und zu diskreditieren versuchen (Brieger & Menzel, 2020). Bezeichnend für eine solche ablehnende Haltung ist der Unwillen, sich mit der gesellschaftlichen und politischen Realität auseinanderzusetzen,

die zur UN-Behindertenrechtskonvention geführt hat, nämlich den strukturellen psychiatrischen Verstößen gegen Menschenrechte, darüber hinaus den Arbeitsplatzverlusten, den prekären und ungesunden Lebensumständen und der hohen Frühsterblichkeit von Menschen mit ernsten psychiatrischen Diagnosen und entsprechender Behandlung.

Dabei würden die Gesetze zur medizinischen Notfallbehandlung ausreichen, um eine Behandlung ohne Zustimmung zu ermöglichen, wie dies bei somatischen Erkrankungen der Fall ist. In Deutschland erlaubt § 630d I 3 BGB (Behandlungsvertrag, Einwilligung in medizinische Maßnahmen) in Notsituationen eine unaufschiebbare Behandlung, sofern sie am Interesse und den mutmaßlichen Optionen der betroffenen Personen ausgerichtet ist. § 323c 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 (Lehmann, 2015b, S. 21). Für unmittelbar erforderliche medizinische Maßnahmen kann zudem der rechtfertigende Notstand nach § 34 StGB als Rechtsgrundlage dienen (Zinkler & von Peter, 2019, S. 206).

Mit dem psychiatriespezifischen Konstrukt der Selbstbestimmungsunfähigkeit wollen sich Psychiaterinnen und Psychiater das Recht sichern, das Menschenrecht auf körperliche Unversehrtheit willkürlich zu brechen. Eine Selbstbestimmungsunfähigkeit bezüglich konkreter psychiatrisch-medizinischer Maßnahmen wird von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. laut ihrer »Ethischen Stellungnahme zu Selbstbestimmung und Zwang« dann attestiert, wenn die betroffene Person zum Zeitpunkt der Entscheidung Risiken und potenzielle Nutzen einer anstehenden Behandlung nicht im erwarteten Sinne versteht, die Folgen ihrer Entscheidung in einem von Psychiaterinnen und Psychiatern nicht geteilten Zusammenhang mit der eigenen Lebenssituation beurteilt, Krankheitseinsicht verweigert, die Alternativlosigkeit einer vorgeschlagenen Behandlung in Zweifel zieht und eine Entscheidung für Alternativen trifft, die Psychiaterinnen und Psychiater nicht akzeptieren wollen (DGPPN, 2014). In diesem Fall muss die betroffene Person damit rechnen, dass sie als selbstbestimmungs*un*fähig eingeordnet und einer erzwungenen Akutbehandlung meist mit Neuroleptika oder zunehmend mit Elektroschocks zugeführt wird.

Behandlung ohne informierte Zustimmung

Eine nahezu durchgängige Praxis der Akutbehandlung stellt die Verabreichung von Psychopharmaka und Elektroschocks ohne informierte Zustimmung dar. Gemäß StGB § 223 (Körperverletzung) ist jeder Eingriff in die körperliche Unversehrtheit ein Straftatbestand und wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe geahndet. Laut Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs ist ein Eingriff ohne Einwilligung aufgrund unzureichender Aufklärung auch dann rechtswidrig, wenn die Behandlung an sich als sachgerecht gilt (BGH, 2007). Auch die Verabreichung von Psychopharmaka und Elektroschocks ist ein Eingriff in die körperliche Unversehrtheit. Seine Strafbarkeit entfällt einzig in lebensbedrohlichen Notfällen oder nach vorheriger informierter Zustimmung der betroffenen Personen. Rechtswirksam zustimmen können diese aber nur, wenn sie über Risiken und Schäden der psychiatrischen Anwendungen sowie Alternativen in einer verständlichen Form und umfassend durch einen Arzt oder eine Ärztin aufgeklärt sind.

Gerhard Gründer, Psychiater und Leiter der Abteilung für Molekulares Neuroimaging am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim, erläuterte selbstkritisch die Gründe für die vorherrschende psychiatrische Haltung:

> »Wie oft habe ich selbst als junger Arzt, und auch als ich schon viele Jahre als Fach- und Oberarzt tätig war, argumentiert, dass meine Patienten ja ihre Medikamente nicht mehr nehmen würden, wenn ich sie über alle Nebenwirkungen, Komplikationen und Spätfolgen aufklären würde.« (2022, S. 4)

Nicht nur in Deutschland werden Personen, die man für psychisch krank hält, nicht korrekt aufgeklärt. Die mit Unterstützung der Europäischen Kommission durchgeführte Studie »Diskriminierung und Schikane von Menschen mit psychosozialen Beeinträchtigungen im Gesundheitsbereich« (Kempker, 2004) kam zu dem Ergebnis:

> »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.« (Aktionsprogramm, 2005)

Immer wieder zeigt sich, dass psychiatrisch Behandelnde nicht umfassend über Risiken ihrer Anwendungen und über Alternativen informieren, oft nicht einmal im Ansatz. Ein vermutlich typisches Beispiel ist die fehlende Aufklärung über die Bedeutung eines erhöhten Prolaktinspiegels, der mit Sexualstörungen und gut- sowie bösartigen Geschwulstbildungen in der Hirnanhangdrüse und den Brustdrüsen einhergehen kann (Lehmann, 2015c). Aufgeklärt wird auch nicht über das Suizidrisiko aufgrund der substanzbedingten suizidfördernden Wirkung insbesondere von Neuroleptika (Lehmann, 2010). Dabei hatte schon vor fast einem halben Jahrhundert der US-amerikanische Psychiater Frank J. Ayd 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.« (Ayd, 1975, S. 497)

Eine ähnliche Nichtinformation besteht hinsichtlich der Medikamentenabhängigkeit bei Neuroleptika und Antidepressiva. Degkwitz hatte eindeutig informiert:

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

Mit Psycholeptika sind Antidepressiva und Antipsychotika gemeint. Zur Wirkstoffgruppe von Alkaloiden gehört zum Beispiel Morphium. Zu den Symptomen des Morphium-Entzugssyndroms zählen Zittern, Durchfälle, Erbrechen, Übelkeit, Unruhe, Angst, Schlaflosigkeit, Delire, Dämmer- oder Verstimmungszustände, vor allem aber auch lebensbedrohliche Kreislaufstörungen (Schockzustände). Schlafmittel gelten ebenfalls als abhängigmachend, und es ist bekannt, dass auch ihr Entzug mit großen Problemen bis hin zu lebensgefährlichen Krampfanfällen verbunden sein kann.

Fehlende Informationen über Abhängigkeits- und Absetzprobleme

Oft werden Psychopharmaka, insbesondere Neuroleptika und Antidepressiva, den betroffenen Personen als alternativlos aufgedrängt, aufgenötigt oder gar gewaltsam verabreicht. Und wenn sie sich

entschließen, ihre Psychopharmaka abzusetzen, müssen sie – wollen sie das Absetzen nicht alleine in Angriff nehmen – jemanden finden, der ihren Wunsch abzusetzen respektiert und sie unterstützt, beispielsweise durch korrekte Informationen über Entzugsprobleme und Wege zu deren Verminderung und Bewältigung, durch die Verschreibung von Ausschleichstreifen oder individueller Rezepturen. Vorausgesetzt, sie finden überhaupt eine kundige Ärztin oder einen kundigen Arzt. Wegen des offensichtlichen Problems, dass betroffene Personen keine Hilfe bekommen, wenn sie den Entschluss treffen, die verordneten Psychopharmaka absetzen zu wollen, forderte die Working Group on Arbitrary Detention *(Arbeitsgruppe Willkürliche Unterbringung)* des Menschenrechtsrats der Vereinten Nationen in ihrer Richtlinie 20 unter anderem Hilfsprogramme, damit denjenigen, die sich für das Absetzen entscheiden, Unterstützung beim Absetzen ermöglicht wird (Working Group, 2015).

Der Psychiater Asmus Finzen wies nachdrücklich auf das Problem der unterlassenen Hilfeleistung beim selbstbestimmten Absetzen von Psychopharmaka hin. Ärzte würden nicht lernen, wie man sie absetzt, und ihre Patienten verstoßen, wenn diese den Wunsch abzusetzen äußern (Finzen, 2015, S. 16). Die Situation ist vergleichbar der Problematik von Atomkraftwerken, die Atommüll produzieren, ohne dass man weiß, wie man diesen wieder auf sichere Weise loswerden kann.

Abgesehen von einer Ausnahme in Rheinland-Pfalz (NetzG-RLP, 2017, 2018) stellen Mainstreampsychiaterinnen und -psychiater in Deutschland das Risiko der Medikamentenabhängigkeit völlig in Abrede. Herstellerfirmen erwähnen es bisher nur bei den Antidepressiva Tianeptin (im Handel u.a. als Stablon) und Sertralin (im Handel u.a. als Zoloft) (Lehmann, 2019b, S. 19). Ansonsten informieren sie nicht entsprechend dem Stand der Wissenschaft über Probleme und Möglichkeiten beim Reduzieren und Absetzen, was als Verstoß gegen § 84 des Arzneimittelgesetzes (Langfeldt, 2018, 2020) aufgrund von Instruktionsfehlern geahndet werden sollte.

Rundum erklären Mainstreampsychiaterinnen und -psychiater, Antidepressiva und Neuroleptika würden keine körperliche Abhängigkeit herbeiführen. Hans-Jürgen Möller, ehemaliger Vorsitzender der Sektion Pharmakopsychiatrie der World Psychiatric Association und Direktor der Psychiatrischen Universitätsklinik München, gehört zu dieser Gruppe. Er erhielt von folgenden Firmen Forschungsgelder, ist Mitglied deren Beratungsgremien oder erhielt Honorare für Vorträge: AstraZeneca, Bristol-Myers Squibb, Eisai, Eli Lilly, GlaxoSmithKline, Janssen Cilag, Lundbeck, Merck, Novartis, Organon, Pfizer, Sanofi-Aventis, Sepracor, Servier and Wyeth.« (Möller, 2009, S. 514). Zu Neuroleptika gab der in massivem Interessenkonflikt stehende Psychiater vor:

> »Im Vergleich zu den Benzodiazepinen haben die Neuroleptika den großen Vorteil, dass sie nicht zur Abhängigkeit führen. Genau das Problem, das die zu breite Anwendung der Benzodiazepine so fragwürdig macht, tritt also gar nicht auf.« (Möller, 1986, S. 386)

Probleme hätten die betroffenen Personen nur, wenn sie gegen ärztlichen Rat und zu schnell ihre Psychopharmaka absetzen, so die stereotype (Des-)Information der Pharmafirmen und der Mainstreampsychiatrie. Da kein Suchtverhalten nach Neuroleptika und Antidepressiva bestehe, gebe es auch nicht das Risiko einer Medikamentenabhängigkeit, also auch keine Entzugsprobleme (Lehmann, 2022b, S. 84-98). Sie verschweigen, dass alle psychiatrischen Psychopharmaka abhängig machen und Entzugssymptome verursachen können, wie dies Fiommetta Cosci vom Department of Health Sciences an der Universität Florenz und Guy Chouinard vom Clinical Pharmacology and Toxicology Program an der McGill University in Montreal in ihren Studien und Übersichtsarbeiten der letzten Jahre publizierten (Cosci & Chouinard, 2020).

Psychiaterinnen und Psychiater haben es allerdings nicht leicht, wenn sie mit akuten Problemen konfrontiert werden. Wenn Menschen in psychischen Extremzuständen in ihre Kliniken kommen oder eingewiesen oder zuhause aufgesucht werden und sie ihnen Neuroleptika oder andere Psychopharmaka verabreichen wollen, benötigen sie deren informierte Zustimmung. Unter anderem sind es der Zeitdruck und die unverstandenen oder schwer verständlichen medizinischen Zusammenhänge, die immer wieder diese umfassende Aufklärung verhindern. Hinzu kommt die Erwartung, dass die betroffenen Personen angebotene Psychopharmaka nicht einnehmen wollen, wie dies Hanfried Helmchen, 1979/80 Präsident der DGPN, lange vor dem bereits erwähnten Gerhard Gründer erkennen ließ. 1981 publizierte er Vorschläge, beispielsweise bei der Verordnung von Neuroleptika über das Risiko einer tardiven Dyskinesie – einer gefürchteten chronischen, nicht behandelbaren und mit der Verkürzung der Lebenserwartung einhergeneden Muskelstörung – erst drei Monate nach Beginn der Verabreichung zu informieren oder nach einem Jahr oder zum Zeitpunkt ihres Auftretens:

> »Vermutlich wäre die Ablehnungsrate sehr hoch, wenn alle akut schizophrenen Patienten über dieses Nebenwirkungsrisiko vor Beginn einer notwendigen neuroleptischen Behandlung informiert würden.« (Helmchen, 1981, S. 83)

Für die betroffenen Personen ist eine Akutsituation erst recht schwierig. Sie befinden sich meist in einer belasteten und oft demoralisierten Gefühlslage. Ausgerechnet jetzt sollen sie einer umfangreichen Aufklärung über die Risiken und unerwünschten Wirkungen vorgeschlagener Psychopharmaka sowie über Alternativen folgen und sich ein fundiertes Urteil bilden. Kommt eine Zwangseinweisung hinzu, gegen die sie sich naturgemäß wehren, sollen sie auch in dieser Situation einer Aufklärung aufnahmebereit folgen, um dann wohlabgewogen zu entscheiden, ob sie diese Psychopharmaka oder Elektroschocks erhalten wollen oder nicht. Oftmals geschieht dies unter der Ankündigung oder im Wissen, dass die psychiatrische Behandlung im Falle einer Ablehnung gegen ihren Willen vollzogen werden soll. Um derartige Konfliktsituationen zu entschärfen und das Selbstbestimmungsrecht der betroffenen Personen zu stärken, wie es auch die UN-Behindertenrechtskovention fordert, haben die Beteiligten der oben genannten Ausnahme in Rheinland-Pfalz – psychiatrisch Tätige sowie Menschen, die insbesondere den Neuroleptika und Antidepressiva eher kritisch gegenüberstehen – gemeinsam industrieunabhängige Aufklärungsbögen zu diesen beiden Stoffklassen erarbeitet, ein weltweit bisher einmaliges Projekt. In den Aufklärungsbögen wird über Wirkungsweisen, unerwünschte Wirkungen, Entzugsprobleme und -möglichkeiten sowie Alternativen in verständlicher Sprache Auskunft gegeben und die Rechtslage offengelegt:

> »Psychopharmaka gelten in der Regel als nur eines von mehreren Behandlungsangeboten. Entsprechend der Gesetzeslage und den Behandlungsleitlinien sind es die Patientinnen und Patienten, die entscheiden, welche Angebote sie annehmen.« (NetzG-RLP, 2017, S. 13)

Zwangsunterbringung

Ein mit psychosozialen Notfallsituationen verbundenes juristisches Problem ist eine drohenende Zwangsunterbringung. Wie Degkwitz in seiner Studie der faktischen Gründe für die Einlieferung in psychiatrische Kliniken zeigte, können schon kleine Auffälligkeiten, an denen Instanzen der Obrigkeit Anstoß nehmen, zur Zwangsunterbringung durch die Polizei, Psychiaterinnen und Psychiater führen. Entscheidend für Zwangsunterbringungen seien jedoch nicht die vorliegenden Gegebenheiten, sondern

deren Bewertung (Degkwitz, 1986). Im selben Jahr publizierte der Bremer Psychiater und Soziologe Georg Bruns eine Studie über den Zusammenhang von Zwangseinweisungsraten (ZE-raten) und dem Ausbau der Gemeindepsychiatrie anhand der drei Musterregionen Stadt Bremen, Land Hamburg und Landkreis Osterholz-Scharmbeck. Dabei wies er folgenden alarmierenden Zusammenhang nach:

> »Das unterschiedliche Niveau und der Anstieg der ZE-raten in den drei Regionen korrelieren (bedingen sich wechselseitig, P.L.) gleichsinnig mit der ambulanten psychiatrischen Versorgungsdichte.« (Bruns, 1986, S. 121)

Als Ergebnis beider Studien zeigt sich, dass das Problem der Zwangsunterbringung mit der Nähe zu psychiatrischen Einrichtungen und der zunehmenden Wahrscheinlichkeit wächst, dass die eigene Lebens- und Sinnesweise psychiatrisch bewertet und diagnostiziert wird. Wer sich vor dem Risiko einer Zwangsunterbringung fürchtet, sollte wissen, welche gefährlichen Orte er bzw. sie meiden sollte.

Fazit

Wie wir sehen, gibt es grundlegende medizinische und juristische Probleme psychiatrischer Akutbehandlung. Dabei haben die dargestellten Probleme keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Menschen mit psychiatrischen Diagnosen werden diskriminiert und ihre Menschenrechte werden verletzt, seit es die Psychiatrie gibt. Gelegentliche Reformen haben das Machtgefälle, das die Anwendung von formellem und informellem Zwang möglich macht, nicht abgeschafft (Lehmann, 2019c). Dass sich politische Entscheidungsträgerinnen und -träger ernsthaft verpflichtet sehen, daran etwas zu ändern, ist nur mit höchstem Optimismus erkennbar. Und dies, obwohl die UN-Behindertenrechtskonvention und inzwischen sogar die WHO mit eindeutigen Worten schwere Menschenrechtsverletzungen und Zwangspraktiken in der Psychiatrie anprangern (WHO, 2021b) und fordern, jegliche Form von Zwang abzuschaffen:

> »Stellvertretende Entscheidungsprozesse, Zwangspraktiken und Unterbringung müssen durch Unterstützung bei der Ausübung der Rechtsfähigkeit, einem unabhängigen Leben in der Gemeinschaft und andere Menschenrechte ersetzt werden.« (WHO, 2021b, S. 185)

Menschen, die damit rechnen, erneut oder erstmals einer psychiatrischen Akutbehandlung unterzogen zu werden, bleibt geraten, sich *rechtzeitig* zu schützen, am besten mit einer Psychosozialen Patientenverfügung. Sie sollten schon jetzt entscheiden, wie im Akutfall gemäß eigenem Willen und eigener Präferenz verfahren werden soll und welche Anwendungen sie untersagen. Dies kann nicht oft genug wiederholt und betont werden, da es viele erfahrungsgemäß immer wieder hinausschieben, ihre Optionen schriftlich zu dokumentieren. Wer mehr Angst hat vor einer psychischen Krise als vor einer psychiatrischen Akutbehandlung, kann versuchen, mit der zuständigen psychiatrischen Klinik eine Behandlungsvereinbarung abzuschließen und zu signalisieren, in welcher Reihenfolge er oder sie im Konfliktfall zwangsbehandelt, isoliert oder fixiert werden möchte (Lehmann, 2019d, S. 107).

Psychiatrisch Behandelnden ist angeraten, sich im Falle einer anstehenden Akutbehandlung an den Hippokratischen Eid zu erinnern (nil noscere – nicht schaden) und ihr Handeln am Willen und an den Präferenzen der betroffenen Personen zu orientieren. Diese werden ihnen mit Sicherheit dafür dankbar sein.

Hinweis

Die Übersetzungen aus dem Englischen und die Erklärungen in kursiven Klammern in Zitaten stammen von Peter Lehmann. Alle Internetzugriffe erfolgten am 5. September 2021.

Über den Autor

Dr. phil. h.c. Peter LEHMANN, Verleger, Autor, Dipl.-Pädagoge, bis 2010 langjähriges Vorstandsmitglied des Europäischen Netzwerks von Psychiatriebetroffenen, Berlin. Mehr siehe www.peter-lehmann.de

Quellen

Aderhold, Volkmar (2017): »Minimaldosierung und Monitoring bei Neuroleptika«, in: Peter Lehmann / Volkmar Aderhold / Marc Rufer / Josef Zehentbauer: »Neue Antidepressiva, atypische Neuroleptika – Risiken, Placebo-Effekte, Niedrigdosierung und Alternativen. Mit einem Exkurs zur Wiederkehr des Elektroschocks«, Berlin / Shrewsbury: Peter Lehmann Publishing, S. 198-222 (E-Book 2026)

Aderhold, Volkmar / Stastny, Peter / Lehmann, Peter (2007): »Soteria – Eine alternative psychosoziale Reformbewegung«, in: Peter Lehmann / Peter Stastny (Hg.): »Statt Psychiatrie 2«, Berlin / Eugene / Shrewsbury: Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag, S. 150-165 (E-Book 2026)

Aktionsprogramm gegen »Diskriminierung und Schikane von Menschen mit psychosozialen Beeinträchtigungen im Gesundheitsbereich« (2015): »Hier wird nicht diskriminiert und schikaniert«, Poster; Online-Ressource www.peter-lehmann.de/images/dokument/schikane-poster-erkenntnisse.jpg

Ayd, Frank J. (1975): »The depot fluphenazines«, in: American Journal of Psychiatry, Vol. 132, S. 491-500

Berg, Christiane (2005): »Dosisanpassung vor Therapiebeginn«, in: Pharmazeutische Zeitung, 150. Jg., Nr. 51; Online-Publikation www.pharmazeutische-zeitung.de/ausgabe-512005/dosisanpassung-vor-therapiebeginn/

BGH – Bundesgerichtshof (17.4.2007): VI ZR 108/06 (OLG Braunschweig), in: Neue Juristische Wochenschrift, 60. Jg., S. 2771-2772; Online-Ressource http://openjur.de/u/77778.html

Brandt, Lasse / Bschor, Tom / Henssler, Jonathan u.a. (29.9.2020): »Antipsychotic withdrawal symptoms: a systematic review and meta-analysis«, in: Frontiers in Psychiatry, Vol. 11, Artikel 569912, Online-Ressource www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyt.2020.569912/full

Brieger, Peter / Menzel, Susanne (2020): »Psychiatrie ohne Ordnungsfunktion? – Kontra«, in: Psychiatrische Praxis, 47. Jg., S. 297-298

Broussolle, Paul / Rosier, Y. (1960): »Neue Übersicht über neurologische Zeichen, die durch Phenothiazin-Abkömmlinge ausgelöst werden«, in: Revue Lyonnaise de Médecine, September, Sondernummer, S. 140-143

Bruns, Georg (1986): »Zwangseinweisung und ambulante Dienste«, in: Nervenarzt, 57. Jg., S. 119-122

Cosci, Fiammetta / Chouinard, Guy (7.4.2020): »Acute and persistent withdrawal syndromes following discontinuation of psychotropic medications«, in: Psychotherapy and Psychosomatics, Vol. 89, S. 283-306; Online-Ressource www.karger.com/Article/Fulltext/506868

Cosgrove, Lisa / Krimsky, Sheldon / Vijayaraghavan, Manisha u.a. (2006): »Financial ties between DSM-IV panel members and the pharmaceutical industry«, in: Psychotherapy and Psychosomatics, Vol. 75, S. 154-160

Degkwitz, Rudolf (1967): »Leitfaden der Psychopharmakologie«, Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Degkwitz, Rudolf (1971): »Zur Bilanz der modernen Psychopharmakologie«, in: Helmut E. Ehrhardt (Hg.): »Perspektiven der heutigen Psychiatrie«, Frankfurt a.M.: Verlag Gerhards & Co., S. 364-371

Degkwitz, Rudolf (1986): »Anlässe für die Aufnahme psychisch Kranker in geschlossenen Abteilungen«, in: Nervenarzt, 57. Jg., S. 415-418

DGPPN – Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (23.9.2014): »Achtung der Selbstbestimmung und Anwendung von Zwang bei der Behandlung von psychisch erkrankten Menschen – Eine ethische Stellungnahme der DGPPN«, Online-Ressource www.dgppn.de/presse/stellungnahmen/stellungnahmen-2014/ethik.html

DocCheck Flexikon (29.3.2015): »Akuttherapie«, Online-Ressource http://flexikon.doccheck.com/de/Akuttherapie

Dumont, Jeanne / Jones, Kristine (2007): »Die Krisenherberge. Ergebnisse einer betroffenendefinierten Alternative zur stationären Psychiatrie«, in: Peter Lehmann & Peter Stastny (Hg.): »Statt Psychiatrie 2«, Berlin / Eugene / Shrewsbury: Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag, S. 186-194 (E-Book 2026)

Finzen, Asmus / Lehmann, Peter / Osterfeld, Margret u.a. (2015): »Psychopharmaka absetzen: Warum, wann und wie«, in: Soziale Psychiatrie, 39. Jg., Nr. 2, S. 16-19; Online-Ressource www.peter-lehmann.de/artikel/gesundheit/pdf/absetzen-bremen.pdf

Frances, Allen (2014): »Normal – Gegen die Inflation psychiatrischer Diagnosen«, Köln: DuMont Buchverlag

Gründer, Gerhard (2022): »Psychopharmaka absetzen? Warum, wann und wie?«, München: Verlag Urban & Fischer in Elsevier

Haase, Hans-Joachim (1976): »Pharmakotherapie bei Schizophrenien«, in: ders. (Hg.): »Die Behandlung der Psychosen des schizophrenen und manisch-depressiven Formenkreises (Die Behandlung der sogenannten endogenen Psychosen). 2. Psychiatrie-Symposion in Landeck am 30. Mai 1975«, Stuttgart / New York: Schattauer Verlag, S. 93-120

Haase, Hans-Joachim (1988): »Neuroleptika: Fakten und Erlebnisse«, in: Otfried K. Linde (Hg.): »Pharmakopsychiatrie im Wandel der Zeit«, Klingenmünster: Tilia Verlag · Mensch und Medizin, S. 137-154

Helmchen, Hanfried (1981): »Aufklärung und Einwilligung bei psychisch Kranken«, in: Manfred Bergener (Hg.): »Psychiatrie und Rechtsstaat«, Neuwied / Darmstadt: Luchterhand Verlag, S. 79-96

Helmchen, Hanfried / Künkel, Helmut (1961): »Pneumenzephalographische und elektroenzephalographische Untersuchungen bei Phenothiazin-Behandelten. 1.«, in: Medicina experimentalis, Band 5, S. 406-411

Kempker, Kerstin (2004): »Diskriminierung von Psychiatriebetroffenen im Gesundheitswesen. Eine europäische Studie«, in: Mitgliederrundbrief des Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener e.V. (BRD), Nr. 3, S. 20-22; Online-Ressource www.peter-lehmann.de/artikel/recht/harassment.htm

»Klausurtagung ›Leitlinien neuroleptischer Therapie‹« (1999), Beilage zu: Nervenarzt, 61. Jg., Nr. 5

Kranz, Heinrich (1964): Schlusswort, in: Heinrich Kranz / Kurt Heinrich (Hg.): »Begleitwirkungen und Mißerfolge der psychiatrischen Pharmakotherapie«, Stuttgart: Thieme Verlag, S. 201-202

Kruse, Gunther (1980): »Situation und Aufgaben sozialpsychiatrischer Beratungsstellen am Beispiel der Beratungsstelle Linden (Hannover)«, in: Jahrbuch für kritische Medizin (Argument Sonderband 53), S. 188-203

Kulhanek, Franz / Linde, Otfried K. / Meisenberg, Gerhard u.a. (1980): »Zur Interaktion von Kaffee- und Teeinfusen mit Neuroleptika«, in: Deutsche Apotheker Zeitung, 120. Jg., S. 1771-1777

Langfeldt, Marina (2018): »Schadensersatzansprüche gegenüber pharmazeutischen Unternehmen aus der Gefährdungshaftung gemäß § 84 des Arzneimittelgesetzes im Zusammenhang mit dem Absetzen von Antidepressiva und Neuroleptika«, in: Berliner Organisation Psychiatrie-Erfahrener und Psychiatrie-Betroffener (BOP&P) e.V. (Hg.): »Dritte Expertenrunde: Psychexit – Auf dem Weg zum Kompass ›Kompetente Hilfe beim Absetzen von Antidepressiva und Neuroleptika‹. Dokumentation«, Berlin: BOP&P, S. 6-13; Online-Ressource www.peter-lehmann.de/artikel/gesundheit/pdf/langfeldt-ansprueche.pdf

Langfeldt, Marina (2020): »Gefährdungshaftung gemäß § 84 AMG aufgrund von Fachinformationen für Antidepressiva oder Neuroleptika ohne Angaben zum Absetzen«, in: R&P – Recht und Psychiatrie, 38. Jg., S. 13-18

Lehmann, Peter (1999): »Psychiatric emergency-treatment: help against one's will or action of professional violence?«, in: Michel De Clercq, Antonio Andreoli, Suzanne Lamarre u.a. (Hg.): »Emergency psychiatry in a changing world«, Proceedings of the 5th World Congress of the International Association for Emergency Psychiatry (Excerpta Medica International Congress Series No. 1179), Amsterdam / Lausanne / New York usw.: Elsevier, S. 95-104; Online-Ressource www.peter-lehmann.de/articles/lehmann/emergency.htm

Lehmann, Peter (2010): »Ein Suizidregister unter Mitwirkung von Psychiatriebetroffenen?«, in: Rundbrief des Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener e.V. (BRD), Nr. 3, S. 7-9; Online-Ressource www.peter-lehmann.de/artikel/bpe-rundbrief/2010.3.7-9.pdf

Lehmann, Peter (18.12.2015a): »PsychPaV – Psychosoziale Patientenverfügung. Eine Vorausverfügung gemäß StGB § 223 und BGB § 1901a«, Online-Ressource www.peter-lehmann.de/info/pt/psychpav.htm

Lehmann, Peter (2015b): »Psychiatrische Zwangsbehandlung, Menschenrechte und UN-Behindertenrechtskonvention«, in: R&P – Recht und Psychiatrie, 33. Jg., S. 20-33; Online-Ressource www.peter-lehmann.de/artikel/recht/pdf/lehmann-psychkg.pdf

Lehmann, Peter (2015c): »Neuroleptika und Sexualität – Verträgt sich das?«, in: Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Rheinland-Pfalz e.V. (Hg.): »Dokumentation der 19. Fachtagung des Landesverbands Psychiatrie-Erfahrener (LVPE) Rheinland-Pfalz e.V.«, Trier: LVPE, S. 15-34; Online-Ressource www.peter-lehmann.de/artikel/gesundheit/pdf/sexualhormone-und-nl.pdf

Lehmann, Peter (2019a): »Elektroschocks in Deutschland, Österreich und der Schweiz im Jahre 2019«, in: Ketzerbriefe – Flaschenpost für unangepaßte Gedanken, Heft 215, S. 37-57; Online-Ressource www.peter-lehmann.de/artikel/gesundheit/pdf/elektroschock-ketzerbriefe.pdf

Lehmann, Peter (2019b): Vorwort, in: Peter Lehmann (Hg.): »Psychopharmaka absetzen – Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Phasenprophylaktika, Ritalin und

Tranquilizern«, 5., aktualisierte und erweiterte Auflage, Berlin / Shrewsbury: Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag, S. 14-23; Online-Ressource www.peter-lehmann.de/buecher/absetzen/vorworte.htm#5 (E-Book 2026)

Lehmann, Peter (2019c): »Diskriminierung von Menschen mit psychiatrischen Diagnosen gestern, heute und morgen«, in: Theresia Degener / Marc von Miquel (Hg.): »Aufbrüche und Barrieren – Behindertenpolitik und Behindertenrecht in Deutschland und Europa seit den 1970er-Jahren«, Bielefeld: Transcript Verlag, S. 243-273; Online-Ressource www.peter-lehmann.de/artikel/recht/pdf/lehmann-diskriminierung.pdf

Lehmann, Peter (2019d): »Unterstützte Entscheidungsfindung und Aufklärung über Psychopharmaka und Elektroschocks«, in: Martin Zinkler / Candelaria Mahlke / Rolf Marschner (Hg.): »Selbstbestimmung und Solidarität. Unterstützte Entscheidungsfindung in der psychiatrischen Praxis«, Köln: Psychiatrieverlag, S. 99-111; Online-Ressource www.peter-lehmann.de/artikel/recht/pdf/lehmann_unterstuetzte.pdf

Lehmann, Peter (2020): »Zur Wiederkehr des Elektroschocks – Therapie oder Schädigung?«, Saarburg: Selbsthilfe SeelenWorte-RLP; Online-Ressource www.peter-lehmann.de/eschock.pdf

Lehmann, Peter (2022a): »Schöne neue Psychiatrie«, Band 2: »Wie Psychopharmaka den Körper verändern«, E-Book, Berlin / Lancaster: Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag

Lehmann, Peter (2022b): »For or against dependence on antidepressants and neuroleptics: who benefits?«, in: Peter Lehmann / Craig Newnes (Hg.): »Withdrawal from prescribed psychotropic drugs«, E-Book, Berlin / Lancaster: Peter Lehmann Publishing, S. 75-119

Möller, Hans-Jürgen (1986): »Neuroleptika als Tranquilizer: Indikationen und Gefahren«, in: Medizinische Klinik, 81. Jg., S. 385-388

Möller, Hans-Jürgen (2009): »Unipolare depressive Erkrankungen«, in: Nervenarzt, 80. Jg., S. 513-514

NetzG-RLP – Landesnetzwerk Selbsthilfe seelische Gesundheit Rheinland-Pfalz e.V. (Hg.) (2017): »Aufklärungsbögen Antipsychotika«, erstellt in Zusammenarbeit mit der Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach, der Rheinhessen-Fachklinik Alzey, dem Pfalzklinikum Klingenmünster, Volkmar Aderhold und Peter Lehmann, 2. Auflage, Trier: NetzG-RLP; Online-Ressource www.peter-lehmann.de/artikel/gesundheit/pdf/aufklaerung-nl.pdf

NetzG-RLP – Landesnetzwerk Selbsthilfe seelische Gesundheit Rheinland-Pfalz e.V. (Hg.) (2018): »Aufklärungsbögen Antidepressiva«, erstellt in Zusammenarbeit mit der Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach, der Rheinhessen-Fachklinik Alzey, dem Pfalzklinikum Klingenmünster, dem Krankenhaus zum Guten Hirten Ludwigshafen, Markus Kaufmann, Peter Lehmann und Anne Pesch, Trier: NetzG-RLP; Online-Ressource www.peter-lehmann.de/artikel/gesundheit/pdf/aufklaerung-ad.pdf

Newnes, Craig (2022): »Doubtful prophylactic effects of antidepressants«, in: Peter Lehmann / Craig Newnes (Hg.): »Withdrawal from prescribed psychotropic drugs«, E-Book, Berlin / Lancaster: Peter Lehmann Publishing

Parks, Joe: Foreword, in: Joe Parks / Dale Svendsen / Patricia Singer u.a. (Hg.) (Oktober 2006): »Morbidity and mortality in people with serious mental illness«, thirteenth in a Series of Technical Reports, Alexandria (Virginia, USA): National Association of State Mental Health Program Directors

(NASMHPD), Medical Directors Council, S. 4, Online-Ressource https://mopeerspecialist.com/wp-content/uploads/2018/03/HD_Mortality_and_Morbidity_Final_Report_81808.pdf

https://Parks, Joe / Svendsen, Dale / Singer, Patricia u.a. (Hg.) (Oktober 2006): »Morbidity and mortality in people with serious mental illness«, thirteenth in a Series of Technical Reports, Alexandria (Virginia, USA): National Association of State Mental Health Program Directors (NASMHPD), Medical Directors Council, Online-Ressource https://mopeerspecialist.com/wp-content/uploads/2018/03/HD_Mortality_and_Morbidity_Final_Report_81808.pdf

Peeck, Gisela / von Seckendorff, Christoph / Heinecke, Pierre (1995): »Ergebnis der Umfrage unter den Mitgliedern des Bundesverbandes Psychiatrie-Erfahrener zur Qualität der psychiatrischen Versorgung«, in: Sozialpsychiatrische Informationen, 25. Jg., Nr. 4, S. 30-34; Online-Ressource www.peter-lehmann.de/artikel/reform/umfrage.htm

Private Akutklinik an der Ostsee für Psychiatrie und Psychotherapie in der MEDIAN Klinik Heiligendamm (undatiert): »Behandlungsmethoden in unserer Klinik an der Ostsee«, Online-Ressource www.median-kliniken.de/de/median-klinik-heiligendamm/behandlungsgebiete/privatklinik-fuer-psychiatrie/

Sackeim, Harold A. (2017): »Modern electroconvulsive therapy: vastly improved yet greatly underused«, in: JAMA Psychiatry, Vol. 74, S. 779-780; Online-Ressource http://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2633172

Seeler, Wolfgang (1983): Diskussionsbemerkung, in: Hanns Hippius / Helmfried Klein (Hg.): »Therapie mit Neuroleptika«, Erlangen: Perimed Verlag, S. 140

Seikkula, Jaakko / Alakare, Birgitta (2007): »Offene Dialoge«, in: Peter Lehmann / Peter Stastny (Hg.): »Statt Psychiatrie 2«, Berlin / Eugene / Shrewsbury: Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag, S. 234-249 (E-Book 2026)

Simpson, George M. / Kunz-Bartholini, Esther (1968): »Relationship of individual tolerance, behavior and phenothiazine produced extrapyramidal system disturbance«, in: Diseases of the Nervous System, Vol. 29, S. 269-274

Somatics LLC (2021): »Thymatron® System IV. User Manual«, UM-TS4, Rev. 22, Venice, FL: Somatics LLC, Online-Ressource www.thymatron.com/downloads/System_IV_Instruction_Manual_Rev22.pdf

Stoffels, Hans (1988): »Der Hausbesuch – Eine Untersuchung zur aufsuchenden Betreuung psychisch Kranker im Rahmen von zwei mobilen Ambulanz-Diensten«, in: Psychiatrische Praxis, 15. Jg., S. 90-95

Tiihonen, Jari / Lönnqvist, Jouko / Wahlbeck, Kristian u.a. (2009): »11-year follow-up of mortality in patients with schizophrenia: a population-based cohort study (FIN11 study)«, in: Lancet, Vol. 374, S. 620-627

Tölle, Rainer (1983): »Über den therapeutischen Umgang mit Neuroleptika«, in: Hanns Hippius / Helmfried E. Klein (Hg.): »Therapie mit Neuroleptika«, Erlangen: Perimed Verlag, S. 54-66

United Nations (6.-23.6.2017): »Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health«, Bericht A/HRC/35/21 an den Human Rights Council, 35. Sitzung, TOP 3; Internet-Download über http://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G17/076/04/pdf/G1707604.pdf?OpenElement

Vitos (undatiert [a]): »Über die Vitos APAH Frankfurt. Behandlung und Therapie«, Online-Ressource www.vitos.de/gesellschaften/vitos-hochtaunus/einrichtungen/vitos-ambulante-psychiatrische-akutbehandlung-zu-hause-apah/behandlung-und-therapie

Vitos (undatiert [b]): »Neuroleptika«, Online-Ressource www.vitos.de/unsere-fachbereiche/erwachsenenpsychiatrie/behandlungsmethoden/detailseite-kpp-behandlungsmethoden?tx_news_pi1[action]=detail&tx_news_pi1[controller]=News&tx_news_pi1[news]=3421&cHash=2c14f730273141c0e7b07511cecf408b

Vitos (undatiert [c]): »Elektrokrampftherapie«, Online-Ressource www.vitos.de/ueber-uns/was-wir-tun/behandlungsmethoden/detailseite-behandlungsmethoden-konzernweit?tx_news_pi1[action]=detail&tx_news_pi1[controller]=News&tx_news_pi1[news]=3550&cHash=d445beb4770eacedde77deb5cb99a70c

Wallace, Gordon D. / Fodor, Andrew R. / Barton, Leland H. (1960): »Restraint of chimpanzees with perphenazine«, in: Journal of the American Veterinary Medical Association, Vol. 136, S. 222-224

Weiss, Bernard / Santelli, Shirley / Lusink, George (1977): »Movement disorders induced in monkeys by chronic haloperidol treatment«, in: Psychopharmacology, Vol. 53, S. 289-293

Werner, Wolfgang (21.12.1992): Diskussionsbeitrag in der Fernsehsendung »Zwischen Verfügungsgewalt und Verantwortung – Wie menschenwürdig ist die deutsche Psychiatrie?«, Redaktion »Streit im Schloss«, Saarländischer Rundfunk

WHO – World Health Organization (2021a). »Guidance on community mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches«, Genf: WHO; Online-Ressource www.who.int/publications/i/item/9789240025707

WHO – World Health Organization (10.6.2021b): »New WHO guidance seeks to put an end to human rights violations in mental health care«, Pressemitteilung, Online-Ressource www.who.int/news/item/10-06-2021-new-who-guidance-seeks-to-put-an-end-to-human-rights-violations-in-mental-health-care

Working Group on Arbitrary Detention (6.7.2015): Report to the United Nations, General Assembly, Thirtieth session, Agenda item 3 (Promotion and protection of all human rights, civil, political, economic, social and cultural rights, including the right to development), Dokument A/HRC/30/37, Online-Ressource http://undocs.org/A/HRC/30/37

Zinkler, Martin (11.12.2020): »Wir unterstützen unsere Patienten beim Reduzieren oder Absetzen von Neuroleptika«, Vortrag bei der Psychexit5-Online-Konferenz »Niederschwellige ambulante, teilstationäre und stationäre Hilfen für Menschen, die beim Absetzen ihrer Psychopharmaka in eine Krise geraten«, organisiert von der Psychexit-Arbeitsgruppe in Partnerschaft mit dem Landesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen Berlin e.V., Online-Ressource http://vimeo.com/501439241

Zinkler, Martin (2021a): »Modellvorhaben nach § 64b SGB V in der Corona-Pandemie: Versorgung, Struktur und Zwangsmaßnahmen«, in: R&P – Recht und Psychiatrie, 39. Jg., S. 75-79

Zinkler, Martin (5. November 2021b): »Flexible Unterstützung & Behandlung im Modellvorhaben nach § 64b SGB V«, Vortrag bei der Zoom-Expertentagung »Psychexit 6: Vom Modell(projekt) zur Regelversorgung: Der Gesundungsprozess des Absetzens von Psychopharmaka braucht eine reguläre solidarische Krankenkassenfinanzierung«, organisiert in Kooperation mit dem Landesverband der

Angehörigen psychisch erkrankter Menschen Berlin e.V., Online-Ressource, Download über www.peter-lehmann.de/info/psychexit.htm#expe

Zinkler, Martin / von Peter, Sebastian (2019): »Ohne Zwang – ein Konzept für eine ausschließlich unterstützende Psychiatrie«, in: R&P – Recht und Psychiatrie, 37. Jg., S. 203-209; Online-Ressource http://psychiatrie-verlag.de/product/zinkler-m-von-peter-s-ohne-zwang-ein-konzept-fuer-eine-ausschliesslich-unterstuetzende-psychiatrie-einzelartikel-aus-rp-4-2019/