

Stellungnahme der LPEN e.V. zum Entwurf des nds. MVollzG

Inhalt:

- Einleitung
- Rechtsgutachten
- Verfahrensrechtlicher Teil
- Behandlung
- Ausblick
- Literaturverzeichnis

Einleitung

Die Psychiatrie-Erfahrenen-Bewegung hat die Leitsatzentscheidungen des Bundesverfassungsgerichtes zur Zwangsbehandlung aus dem Jahre 2011 sowie nachfolgend des BGH einhellig begrüßt, stellen diese doch einen Meilenstein bei der Erlangung der Grundrechte so genannter psychisch Kranker und des Zurückdrängens der paternalistischen Psychiatrie dar.

Jahrzehntelang mussten sich Betroffene aufgrund verfassungswidriger Regelungen so genannten Heilbehandlungen unterziehen und Zwangsmaßnahmen über sich ergehen lassen.

Zusammen mit der rechtlichen Anerkennung von Patienten-Verfügungen sowie der UN-Behindertenrechtskonvention (*UNBRK*) und der Europäischen Menschenrechtskonvention (*EMRK*) ist die juristische Stellung der Psychiatrie-Erfahrenen soweit aufgewertet, dass diese die Möglichkeit haben, sich gegen einen der wohl schwerwiegendsten Grundrechtseingriffe zu schützen.

Erreicht wurde die Geltendmachung der Verfassungsrechte von einzelnen Betroffenen selbst, die in großer persönlicher Bedrängnis durch einen hellsichtigen Rechtsanwalt tatkräftigen Beistand fanden.

Dagegen waren Gesetzgeber wie Justiz bisher nicht in der Lage oder Willens, die eklatanten Verletzungen der Grundrechte von Menschen zu erkennen, die eigentlich aufgrund ihrer Krisensituation des besonderen Schutzes und der Fürsorge des Staates bedurft hätten.

Zwar ist hier nicht Platz für weit reichende Analysen, aber man sollte doch darauf hinweisen, dass ein Therapiemodell, das bei vielen Patienten nur mit Zureden, Druck und auch massiver Gewalt durchzusetzen ist, gravierende Mängel hat (Pharmakotherapie). Entsprechend ist ein Versorgungssystem, in dem diese Therapie die zentrale Rolle spielen soll, einem demokratischen Gemeinwesen unwürdig. Die ungesunden Mechanismen des deutschen Gesundheitswesens sind allgemein bekannt, aber schwer zurückzudrängen; So stellt auch dieses wegweisende Urteil nur einen Schritt in die richtige Richtung dar.

Das BVerfG fasst die Stellungnahme des BPE e.V. zur Anhörung bei der Leitsatzentscheidung wie folgt zusammen:

„Der Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V. hält eine zwangsweise Behandlung gegen den erklärten Willen des Betroffenen für grundsätzlich verfassungs- und menschenrechtswidrig. Im Speziellen sei die Behandlung mit nicht näher konkretisierten Neuroleptika im vorliegenden – exemplarischen - Fall grundgesetzwidrig und finde keine Grundlage in § 6 MVollzG Rh.-Pf.

Maßnahmen, die mit einem wesentlichen gesundheitlichen Risiko oder einer Gefahr für das Leben des untergebrachten Patienten verbunden seien, dürften nach § 6 MVollzG Rh.-Pf. ausschließlich mit dessen Einwilligung vorgenommen werden. Auch atypische Neuroleptika zeichneten sich durch vielfältige und teilweise häufige Nebenwirkungen aus. Da demnach mit der Verabreichung von Neuroleptika ein wesentliches gesundheitliches Risiko für den Beschwerdeführer einhergehe, finde die Zwangsbehandlung schon keine einfachgesetzliche Grundlage in § 6 MVollzG Rh.-Pf. Selbst wenn man mit den Fachgerichten die Voraussetzungen des § 6 Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 1 MVollzG Rh.-Pf. nicht als erfüllt ansehen wolle, greife die Zwangsbehandlung hier verfassungswidrig in das Grundrecht aus Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG ein. Es handele sich um eine rein vorsorgliche Maßnahme, die die Voraussetzungen für eine spätere Entlassungsfähigkeit des Patienten schaffen soll. Dem Untergebrachten stehe jedoch die Freiheit zur Krankheit zu. Die Abwägung mit dem Freiheitsrecht des Betroffenen führe zu keinem anderen Ergebnis. Eine Saldierung unterschiedlicher Grundrechtpositionen des Betroffenen selbst sei unzulässig; die Wertung und Hierarchisierung der betroffenen Grundrechte stehe allein ihrem Träger zu. Gegen eine Zwangsbehandlung der Anlasskrankheit spreche auch, dass es für den erfolgreichen Verlauf einer Therapie nicht zweckdienlich – da motivationsabträglich und vertrauenszerstörend – sei, Zwang einzusetzen. Ohne konkrete Aussicht auf Behandlungserfolg sei eine Zwangstherapie verfassungsrechtlich nicht zulässig.

§ 6 MVollzG Rh.-Pf. sei unvereinbar mit der UN-Behindertenrechtskonvention. Art. 12 Abs. 2 der Konvention verpflichte die Staaten, die Rechtsfähigkeit im Sinne einer rechtlichen Handlungsfähigkeit anzuerkennen. Geschützt sei dabei nicht allein die Fähigkeit, Träger von Rechten zu sein, sondern auch die Fähigkeit, diese Rechte auszuüben. Zwangsbehandlung könne auch nicht als eine Maßnahme verstanden werden, die im Sinne von Art. 12 Abs. 3 der Konvention der Person mit Behinderung die Unterstützung biete, der sie zur Ausübung ihrer rechtlichen Handlungsfähigkeit bedürfe, denn die rechtliche Handlungsfähigkeit werde ihr mit der Zwangsbehandlung gerade genommen.“ (BVerfG RNR 31-33).

Rechtsgutachten

Die LPEN e.V. hat zur Neufassung des nds. MVollzG eine gutachterliche Stellungnahme bei RA Thomas Saschenbrecker (Ettlingen) in Auftrag gegeben, die wir unserer Stellungnahme beigefügt haben.

Verfahrensrechtlicher Teil

Die Leitsatzentscheidung des Bundesverfassungsgerichtes aus dem Jahr 2011 (2 BvR 882/09) hat die Rechtsstellung der Untergebrachten als Grundrechtsträger in entscheidender Weise gestärkt.

Der Entwurf zur Novellierung des niedersächsischen MVollzG kommt diesen umfangreichen Anforderungen an ein Gesetz, das Grundrechte einschränkt, nur unzureichend nach, denn der Betroffene ist in seinen Handlungsmöglichkeiten durch die Unterbringung in vielfältiger Weise gravierend eingeschränkt (BVerfG RNr 69).

Die LPEN fordert daher die Ergänzung der Regelungen um Verfahrensvorschriften:

1. Zunächst ist eine Landesbehörde mit der Durchführung des Verfahrens der Zwangsbehandlung zu betrauen, damit die für die Sicherung der Grundrechte des Betroffenen erforderliche Unabhängigkeit gewahrt werden kann. Diese Behörde erhält Weisungsbefugnisse gegenüber der Einrichtung, in der der Betroffene untergebracht ist. Zweckmäßig kommt das Verwaltungsverfahrensgesetz in Anwendung. Es ist sicher zu stellen, dass die Behörde erreichbar ist, das bedeutet zugunsten des Betroffenen auch zur Nachtzeit und an den Wochenenden. Diese Aufgaben könnten den Sozialpsychiatrischen Diensten übertragen werden.

2. Richtervorbehalt

Wegen der besonderen Schwere des Grundrechtseingriffs verlangt das Bundesverfassungsgericht in RNr. 70, dass dem Eingriff eine von der Unterbringungseinrichtung unabhängige Prüfung vorausgeht.

In Anlehnung an die weiteren Ausführungen des BVerfG will die vorliegende Neufassung des nds. MVollzG diese Prüfung nicht betreuungsrechtlich regeln, sondern ein Ombudsgremium aus Sachverständigen installieren.

Die LPEN e.V. gibt jedoch zu bedenken, dass in diesem Fall nicht sichergestellt ist, dass ein Jurist in die Entscheidungsfindung eingebunden wird, sondern jedenfalls ein weiterer Mediziner als Sachverständiger. Als Zeugen sind schon der behandelnde Arzt und der Gutachter – ebenfalls Mediziner – involviert. Zu begrüßen ist, dass jeweils zwei Sachverständige einen Fall bearbeiten.

Teambildung ist jedoch schädlich (siehe Punkt 5).

Die Novelle weist richtig darauf hin (S. 21), dass die Rechtsordnung andernorts für weitaus weniger gravierende Eingriffe den Richtervorbehalt verlangt, begründet den

Verzicht auf richterliche Entscheidung und die abweichende Regelung in § 8b Abs. 5 aber mit entgegenstehenden Vorschriften im StVollzG.
Sollte der Einwand zutreffen, der Richtervorbehalt sei mit Regelungen im StVollzG nicht vereinbar, wären alle landesrechtlichen Regelungen davon betroffen.
Aufgrund der außergewöhnlichen Tragweite des in Rede stehenden Grundrechtseingriffs und den Einlassungen des BVerfG, sollten Bundestag und Bundesrat in der Lage sein, die entsprechenden Vorschriften anzupassen, damit die Prüfung von einem Richter vorgenommen werden kann.
Diese Änderung im Bundesrecht würde auch nur einmalige Kosten verursachen, während für die Bestellung von Sachverständigen laufende Aufwendungen anfallen.
Die Prüfung muss vor allem auch die Gutachten zur Einsichtsfähigkeit des Untergebrachten einbeziehen (siehe Punkt 3). und eine Anhörung des Untergebrachten vorsehen.

3. Einsichtsfähigkeit

Als grundlegende Voraussetzung für die Zulässigkeit der Zwangsbehandlung wird vom Bundesverfassungsgericht in der Leitsatzentscheidung benannt, dass „der Untergebrachte krankheitsbedingt zur Einsicht in die Behandlungsbedürftigkeit oder zum Handeln gemäß dieser Einsicht nicht fähig ist (2. Leitsatz).“
Die Entscheidung über diese grundlegende Voraussetzung sehen wir durch den vorliegenden Gesetzentwurf nicht geregelt. Damit dieser schwerwiegende Mangel nicht zur verfassungsrechtlichen Angreifbarkeit führt, muss die Begutachtung der Einsichts- und Einwilligungsfähigkeit des Untergebrachten in Unabhängigkeit von der Einrichtung geregelt werden.

Aus den Verfahrensvorschriften sollte hervorgehen;

- a) dass zwei geeignete Gutachter nach dem Zufallsprinzip für den jeweiligen Fall ausgewählt werden.
- b) dass die Gutachter ohne Kenntnis voneinander jeweils ein Gutachten erstellen, das ausführlich die Tatbestände, Fakten und Annahmen schildert, die zu der erfolgten Beurteilung der Einsichtsfähigkeit des Untergebrachten geführt haben.
- c) welche Rechtsbehelfe bezüglich der Gutachten für den Untergebrachten bestehen.
- d) dass die Tätigkeit der Gutachter dem Staatshaftungsrecht unterliegt.

4. Verfahrensbeteiligte

Abgesehen von psychischen Zustand und den Gegebenheiten der Unterbringung bestimmen häufig (weitere) Lebensumstände der Betroffenen – etwa die finanzielle Lage – eine rechtliche Unterlegenheit des Grundrechtsträgers, die einen Ausgleich erfordert, etwa durch Beiordnung eines Pflichtanwaltes. Dieser darf nicht der rechtliche Betreuer des Betroffenen sein. Aus denselben Gründen dürfen die Einrichtung, in der der Betroffene untergebracht ist (vertreten durch die Leitung), die behandelnden Ärzte und die Gutachter keine Verfahrensbeteiligten sein; sie sind lediglich als Zeugen zu hören.

5. Begutachtung

Regelmäßig hat gutachterliche Tätigkeit in der Rechtspraxis der Unterbringung schwerwiegende Mängel aufgewiesen:

Schon die Auswahl des Sachverständigen lässt oft erhebliche Zweifel an dessen Unabhängigkeit aufkommen, wenn dieser in der Einrichtung tätig ist oder für diese tätig war, z.B. wenn Klinikärzte wechselseitig als Gutachter ihrer Patienten auftreten. Diese als „Teambildung“ zu bezeichnende Beeinflussung der Unvoreingenommenheit im Verfahren kann nicht weiter toleriert werden, insbesondere bei der vom Bundesverfassungsgericht betonten Schwere des Grundrechtseingriffs. Die Begutachtung könnte durch den Kontakt des Gutachters mit dem behandelnden Arzt in unzulässiger Weise beeinflusst werden, so dass auch eine Verlegung des Untergebrachten zur Begutachtung sinnvoll sein kann.

Zu beobachten sind regelmäßig Vorformulierungen mit Standardzitatens aus den so genannten klinischen Erfahrungswerten; der Inhalt der Gutachten besteht aus verklausuliertem Hoheitswissen, anstatt dass konkrete Begebenheiten ausführlich geschildert werden, die den Zustand des Untergebrachten für den Richter und den Untergebrachten nachvollziehbar beschreiben.

Für die in Rede stehende Begutachtung ist sorgfältig einerseits zwischen der Unwilligkeit zur Einsicht in die Notwendigkeit der Behandlung, die aus einer anderen Bewertung der Fakten durch den einsichtsfähigen Untergebrachten resultiert, und andererseits der krankheitsbedingten Unfähigkeit des Untergebrachten zu unterscheiden, Einsicht in die Sachlage zu gewinnen oder danach zu handeln. Diese wichtige Unterscheidung misslingt einigen Sachverständigen, wenn sie in Unkenntnis alternativer Behandlungsmöglichkeiten fälschlicherweise davon ausgehen, dass die Ablehnung einer bestimmten Behandlung durch den Patienten eine generelle Behandlungsunwilligkeit darstellt

6. Aufklärung über Behandlung

Das ein Interessenkonflikt für den behandelnden Arzt besteht, wenn dieser den Untergebrachten über Behandlungen aufklärt, liegt auf der Hand: Er wird dazu neigen, die von ihm ausgewählte Behandlungsform besonders positiv darzustellen, etwa indem er die Notwendigkeit derselben überbetont. Zudem wird die Ausbildung der heutigen Psychiater von Fachleuten als einseitig medizinisch (mangelnde Ausbildung in psychologischen, sozialen und pädagogischen Bestandteilen der Krankheitsbilder) beschrieben, so dass davon ausgegangen werden muss, dass schon die Diagnostik fehlerhaft und erst recht die Informationen über Behandlungsalternativen mangelhaft sein können.

Daher muss der Untergebrachte in jeder Weise unterstützt werden, sich von neutraler Seite Informationen über in Frage kommende Formen einer Behandlung / Begleitung seiner psychischen Krise zu verschaffen, z.B. bei einem Arzt seines Vertrauens; auch Fachgesellschaften oder Selbsthilfeverbände wären geeignet.

Paragraph 8a Satz 2 ist zu streichen. Diese Vorschrift ist geeignet, dass Verbot des BVerfG zu umgehen, Druck auszuüben, indem der einsichtsfähige Untergebrachte, nachdem er die Behandlung abgelehnt hat, zusätzlich tendenziös belehrt wird.

Wäre Aufklärung angestrebt, damit der Untergebrachte sich nicht vorschnell falsch entscheidet, so müsste der Gesetzgeber ebenfalls regeln, dass der Untergebrachte,

nach seiner Einwilligung in die Behandlung, auch zusätzlich informiert wird, z.B. über Spätdyskinesien.

Die Tendenz der Belehrung gibt der Gesetzgeber in der Begründung zu der Vorschrift dem Arzt vor. Dieser hat einseitig auf die Risiken der Nichtbehandlung der Erkrankung hinzuweisen, sowie einseitig auf negative rechtliche Folgen.

Auch hier erhellt der Vergleich mit dem behandlungswilligen Untergebrachten den Versuch, Druck auf den Behandlungsunwilligen auszuüben; dies widerspricht in eklatanter Weise der Prämisse des BVerfG: Freiheit zur Krankheit, sprich Freiheit der Person gemäß Art. 2 Abs. 2 Satz 2 GG.

7. Gefahrenabwehr

Paragraph 8c ist zu streichen.

Hier versucht der Gesetzgeber eine Konstellation zu regeln, die in der Praxis nicht auftreten wird. Gerade im Maßregelvollzug sind vielfältige mildere Mittel in Anwendung, eine gegenwärtige erhebliche Gefahr für Dritte abzuwenden.

Absurd wird die Vorschrift, wenn man sich überlegt, dass man für eine Zwangsmedikation Vorkehrungen treffen muss, z.B. den Untergebrachten überwältigen und festhalten, um die Injektion setzen zu können. Damit ist die Gefahr schon nicht mehr gegeben, man kann den Untergebrachten in den Toberaum führen oder fixieren. Eine Intoxikation ist nicht nötig. Ähnlich haben wir schon in der Stellungnahme zum Ausführungsgesetz des ThUG § 6 argumentiert.

Die in der Vorschrift eingeräumte Möglichkeit zur Ausweitung der Behandlung auf zwei Wochen ist nach oben gesagtem nicht mit einer gegenwärtigen Gefahr zu begründen. An dieser Stelle möchte man lieber nicht weiter argumentieren...

Insoweit ist der Grundsatz aus RNr.46, der die Behandlung zur Gefahrenabwehr untersagt, auf die Gefahrenabwehr im Maßregelvollzug selbst übertragbar. Zur Abwehr einer gegenwärtigen erheblichen Gefahr für den Untergebrachten selbst konkurriert § 8c mit dem rechtfertigenden Notstand § 34 StGB und der unterlassenen Hilfeleistung § 323c StGB - siehe auch Marschner / Volckart. Zu denken ist an lebensbedrohliche katatonen Zustände oder Infarkte erregter psychisch Kranker, die aber keine Besonderheit des Maßregelvollzugs darstellen und deshalb nicht erneut zu regeln sind.

8. Kosten der Änderungen

An dieser Stelle ist besonders zu betonen, dass mit dem vorliegenden Gesetzesentwurf in schwerwiegender Art in die Grundrechte der körperlichen Unversehrtheit, der Freiheit der Person (Festhalten zur Durchsetzung von Behandlungsmaßnahmen) und des Selbstbestimmungsrechtes eingegriffen wird bei Personen, die aufgrund einer seelischen Krise in besonderer Weise des Schutzes und der Fürsorge des Staates bedürfen.

Die (veranschlagten) Kosten, die durch Änderungen entstünden, die hier vom LPEN vorgeschlagen werden, sind im Vergleich zu obigem unerheblich und vom Staat zu tragen.

Den Untergebrachten als Verursacher des Verfahrens / der Aufwendungen an den Kosten zu beteiligen, verbietet sich, da dieser als Einsichtsunfähiger nicht verantwortlich gemacht werden kann.

Im Falle der Einsichtsfähigkeit des Untergebrachten wäre das Verfahren zu Unrecht in Gang gesetzt worden.
Allenfalls wären dann die Anreger in Regress zu nehmen.

Behandlung

In unserer Stellungnahme zur Neuregelung des NPsychKG im Jahre 2009 haben wir uns zur Frage des engen bzw. weiten Behandlungsbegriffes wie folgt geäußert:

Eine Vielzahl von Studien, Analysen und Neuerungen auf therapeutischem Gebiet stellt die zu beobachtende Verengung bei der Behandlung psychischer Störungen auf somatische Ansätze massiv in Frage. Insbesondere die zentrale Stellung der Psychopharmakotherapie wird durch Langzeitstudien und Untersuchungen der evidenzbasierten Medizin erschüttert, so dass diese nach über 50 Jahren des Einsatzes in der Psychiatrie als gescheitert betrachtet werden muss. Wir verweisen z.B. auf das „Memorandum der DGSP zur Anwendung von Antipsychotika“ (DGSP 2009) und die zusammenfassende Darstellung von Stefan Weinmann, „Erfolgsmythos Psychopharmaka“ (Weinmann 2008). Diese schädliche Entwicklung ist besonders unverständlich, da seit Jahrzehnten erfolgreichere, d.h. auch unschädliche Therapien selbst der psychotischen Krisen praktiziert werden: Windhorse-Projekt (Podvoll 2004), Soteria, „Need-Adapted-Treatment“ (Aderholt 2003), Recovery-Projekt (Amering 2007), Krisenpensionen, um nur einige zu nennen. In Deutschland bestehen in diesem Bereich durch Versagen auch auf der gesetzgeberischen Ebene kaum Angebote, obwohl etwa in Skandinavien und England dergleichen Therapien schon die Regelversorgung abdecken.

Vor diesem Hintergrund kann von anerkannten Regeln der ärztlichen Kunst (§ 21 NPsychKG) nicht die Rede sein; üblicherweise erhält der Untergebrachte in Niedersachsen einseitig ein veraltetes, gefährliches Behandlungskonzept angeboten, nachhaltige Alternativbehandlungen (s.o.) werden ihm vorenthalten.

Stefan Weinmann hat in seiner umfangreichen Abhandlung über Psychopharmaka einen Katalog von elf Forderungen aufgestellt, aus dem wir die erste zitieren wollen:

„Den psychiatrisch Erkrankten werden Optionen angeboten.

Jedem Menschen mit Verhaltens- und Erlebnisweisen, die den Symptomen schwerer psychischer Störungen wie Schizophrenie, bipolar-affektive Störungen oder schwere Depressionen entsprechen, sollte die Option offen stehen, langfristig eine Behandlung ohne oder in individuell angepasster, behutsamer Dosis von Antipsychotika und anderen Psychopharmaka zu erhalten. Dies stellt für alle Betroffenen ein wesentliches Recht und eine Wahlmöglichkeit dar, die nicht mehr mit dem Argument fehlender Krankheitseinsicht oder lebenslangem Bedarf an Erhaltungsmedikation kategorisch ausgeschlossen werden darf. Die Aufklärung über Nutzen und Risiken von Therapien sollte auch die Möglichkeit nichtmedikamentöser Behandlung beinhalten. Eine medikamentöse Behandlung darf jedoch, auch wenn sie teuer ist, ebenso wenig aus ideologischen wie aus Kostengründen verweigert werden. Bei schwer beeinträchtigten Menschen mit psychischen Problemen und zeitweise eingeschränkter Selbstbestimmungsfähigkeit kann nicht automatisch davon ausgegangen werden, dass eine Langzeitmedikation in ihrem Sinne ist. Ebenso wenig aber kann davon ausgegangen werden, dass Medikamente immer schädlich sind. Derartige Verallgemeinerungen haben vielen Betroffenen in der Vergangenheit geschadet. Das

unkritische und rasche Absetzen von Medikamenten ist oft keine sinnvolle Option, denn sie bringt schwere Risiken mit sich. Behutsame Absetzstrategien sollten jedoch, wenn dies der Betroffene wünscht, als möglicher Bestandteil der Behandlung akzeptiert sein – und auch in Leitlinien Einzug halten.“

(Stefan Weinmann „Erfolgsmythos Psychopharmaka“ Seite 223+224)

Ausblick

Langfristig tritt der LPEN e.V. nicht nur für das Verbot von Zwangsbehandlung in der Psychiatrie ein, sondern hält es auch für geboten, dass beim Umgang mit seelischen Krisen weitgehend auf Pharmakotherapie verzichtet wird.

Wegweisend sind hier die angelsächsischen und die skandinavischen Länder: Dort sind psychosoziale Modelle der Begleitung entwickelt worden. Auch in Deutschland wird inzwischen versucht, Elemente dieser Therapieformen zu übernehmen, obwohl dies von Gesundheitswesen und Politik nicht gefördert wird – ein eklatantes Versäumnis.

Die von Emil Kraepelin, Sigmund Freud u.a. begründete Eingliederung der Psychiatrie in die weitgehend somatisch dominierte Medizin hat sich als Irrweg herausgestellt.

Die Liste der gescheiterten körperlichen Therapien der vermeintlichen Hirnkrankheiten, z.B. der Psychose (im weitesten Sinne) ist lang, z.B. Insulinkoma, Wickelbäder, Hirnchirurgie ...

Nach fast 60 Jahren kann man die Pharmakotherapie einreihen, so dass die DGSP mit ihrem Memorandum zu Neuroleptika (siehe Literaturliste) und eine Vielzahl weiterer Fachleute wie S. Weinmann sich in dieser Richtung zu Wort melden.

Auch dem niedersächsischen Sozialministerium hätte es freigestanden, gänzlich auf die Ermächtigung zur Zwangsbehandlung zu verzichten:

Das Bundesverfassungsgericht hat in seinen Leitsätzen aus dem Jahre 2011 nur die Möglichkeit, keine Pflicht für den Gesetzgeber formuliert, eine der gravierendsten Grundrechtseingriffe fortzuschreiben.

Literaturverzeichnis

Aderhold, Volkmar; Alanen, Yrjö O.; Hess; Hohn (2003): „Psychotherapie der Psychosen – Integrative Behandlungsansätze aus Skandinavien“; Psychosozial-Verlag, Gießen

Amering, Michaela u. Schmolke, Margit (2007): „Recovery – Das Ende der Unheilbarkeit“; Psychiatrie-Verlag, Bonn

Baur, Fritz R. (2009): „Verfassungsrechtliche Grenzen von Privatisierungen in der Psychiatrie“; Recht und Psychiatrie R&P (2009)27: S.99 ff.

Cording, Clemens und Weig, Wolfgang (2002): „Zwischen Zwang und Fürsorge – Die Psychiatriegesetze der deutschen Länder“; Deutscher Wissenschafts-Verlag DWV, Baden-Baden

Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (2009): „Memorandum der DGSP zur Anwendung von Antipsychotika“; DGSP, Zeltingerstr.9, 51069 Köln

Lehmann, Peter (1996): „Schöne neue Psychiatrie“ Bd. 1 u. 2; Antipsychiatrieverlag, Berlin

Marschner / Volckart (2001): „Freiheitsentziehung und Unterbringung“, 4. Auflage, Beck

Niedersächsischer Landtag: Drucksache 13/3769

Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit (2009): Entwurf eines Änderungsgesetzes zum NPsychKG und zum MVollzG

Niedersächsisches Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke, NPsychKG

Podvoll, Edward M. (2004): „Aus entrückten Welten – Psychosen verstehen und behandeln“; Ariston Hugendubel, Kreuzlingen

Weinmann, Peter (2008): „Erfolgsmythos Psychopharmaka – Warum wir Medikamente in der Psychiatrie neu bewerten müssen“; Psychiatrie-Verlag, Bonn