Manuskript vom 15. November 2013 für den Vortrag »Möglichkeiten und Grenzen von Selbstbestimmung in der Krise« beim Selbsthilfetag der Berliner Organisation Psychiatrie-Erfahrener und Psychiatrie-Betroffener e.V. Beschwerde- und Informationsstelle Psychiatrie, Berlin-Schöneberg, 16. November 2013. Letzte Aktualisierung, Erweiterung bzw. Korrektur am 25.10.2026.

Gekürzte Publikationen in: Rundbrief des Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener e.V., 2014, Nr. 4, S. 20-27 – Online-Ressource https://www.peter-lehmann.de/artikel/bpe-rundbrief/2014.4.20-27.pdf; Psychosoziale Umschau, 29. Jg. (2014), Nr. 2, S. 45-46 – Online-Ressource https://www.peter-lehmann.de/artikel/recht/pdf/krise-psu.pdf; Unser kleines Stimmenhörerjournal (Rundbrief des Netzwerks Stimmenhören), 17. Jg. (2014), Nr. 2, S. 11-15; Peter Lehmann: »Humanistische Antipsychiatrie – Texte aus 45 Jahren«. Berlin & Lancaster: Peter Lehmann Publishing 2025, S. 118-132 – Online-Information https://www.peter-lehmann.de/buecher/45.htm

---

Peter Lehmann

Möglichkeiten und Grenzen von Selbstbestimmung in der Krise

Was kann der oder die einzelne Psychiatriebetroffene tun, um die Selbstbestimmung in psychosozialen Krisensituationen zu fördern und zumindest teilweise durchzusetzen?

Die Psychiatrie beinhaltet allgemeine ethische Probleme: ► ihre prinzipielle Überforderung durch den Anspruch, als medizinische (und naturwissenschaftliche) Disziplin psychische Krisensituationen überwiegend sozialer Natur lösen zu wollen; ► ihre bedrohliche Gewaltbereitschaft; ► die Verstellung des Blicks auf die wirklichen Probleme des einzelnen Menschen in der Gesellschaft durch die psychiatrische Diagnostik und die Fortführung der Pathologisierung störender und unbequemer Sinnes- und Handlungsweise als »psychisch krank« (also nicht zu verantworten, behandlungsbedürftig und potenziell gemeingefährlich); ► die Ausrichtung ihrer Diagnostik und Behandlung an den Interessen der Pharmaindustrie.

Menschen in überwiegend organisch bedingten psychischen Notsituationen landen ebenfalls in der Psychiatrie. Medizinische Hilfeleistung kann hierbei nicht nur lebensrettend sein; bei Menschen in lebensbedrohlichen Zuständen, die ihren Willen in dieser Notsituation nicht äußern können, ist medizinische Hilfeleistung zudem rechtlich vorgeschrieben.

Die Vielfalt der Probleme, Wertvorstellungen, Interessen, Lebensumstände und Herangehensweisen der Betroffenen kann auf die eingangs gestellte Frage keine einfache Antwort erwarten lassen.

Ärztliche Pflicht zur Notfallbehandlung

Das im medizinischen wie im psychosozialen Bereich geltende Recht verlangt vom psychiatrischen Personal, Schaden von der gefährdeten Person abzuwenden, wobei alle Rechtsprinzipien – auch das der Verhältnismäßigkeit – gewahrt, die Behandlungsmaßnahmen auf die konkrete Person und Situation bezogen sein müssen und keine erheblichen Gefährdungspotenziale beinhalten dürfen.

In Deutschland wird die Rechtslage durch das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) und Strafgesetzbuch (StGB) geregelt. So 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 ausgerichtet ist:

> »Kann eine Einwilligung für eine unaufschiebbare Maßnahme nicht rechtzeitig eingeholt werden, darf sie ohne Einwilligung durchgeführt werden, wenn sie dem mutmaßlichen Willen des Patienten entspricht.«

§ 677 BGB (Pflichten des Geschäftsführers) verfügt ebenfalls, dass die Notfallbehandlung am Interesse und den mutmaßlichen Optionen der Betroffenen orientiert sein muss:

> »Wer ein Geschäft für einen anderen besorgt, ohne von ihm beauftragt oder ihm gegenüber sonst dazu berechtigt zu sein, hat das Geschäft so zu führen, wie das Interesse des Geschäftsherrn mit Rücksicht auf dessen wirklichen oder mutmaßlichen Willen es erfordert.«

§ 323c StGB (Unterlassene Hilfeleistung) verpflichtet jedermann zur Hilfe, wenn ein Mensch in Not ist:

> »Wer bei Unglücksfällen oder gemeiner Gefahr oder Not nicht Hilfe leistet, obwohl dies erforderlich und ihm den Umständen nach zuzumuten, insbesondere ohne erhebliche eigene Gefahr und ohne Verletzung anderer wichtiger Pflichten möglich ist, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft.«

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:

> »Wer es unterlässt, einen Erfolg abzuwenden, der zum Tatbestand eines Strafgesetzes gehört, ist nach diesem Gesetz nur dann strafbar, wenn er rechtlich dafür einzustehen hat, dass der Erfolg nicht eintritt, und wenn das Unterlassen der Verwirklichung des gesetzlichen Tatbestandes durch ein Tun entspricht.«

Damit ist gemeint: Wer ein Delikt nicht verhindert, macht sich strafbar, wenn er es hätte verhindern müssen und wenn durch sein Unterlassen die Tat möglich wurde.[1]

Der Psychiater, so stellt es die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN) in ihrer nachfolgend in Auszügen dargestellten »ethischen Stellungnahme« von 2014 dar, befinde sich

> »... in einem Spannungsverhältnis zwischen dem Respekt vor dem Patientenwillen einerseits, dem gesundheitlichen Wohl des Kranken und der Verpflichtung zur Fürsorge gegenüber selbstbestimmungs*un*fähigen, hilflosen und hilfebedürftigen Menschen andererseits sowie den Interessen von Angehörigen, Institutionen und Gesellschaft.«[2]

Der Begriff der Urteils- bzw. Einwilligungsunfähigkeit machte allzu deutlich, dass Psychiater einzig eine Zustimmung zu vorgeschlagenen Behandlungsmaßnahmen zu akzeptieren gewillt sind, jedoch keine Ablehnung. Als Reaktion auf die zurückliegende Kritik an dieser Haltung verwendet die DGPPN neuerdings den Begriff der Selbstbestimmungsfähigkeit,

---

[1] Nähere Informationen zu Rechten und Pflichten von Ärzten in Notfallsituationen siehe Peter Lehmann: »Psychiatrische Zwangsbehandlung, Menschenrechte und UN-Behindertenrechtskonvention«, Recht & Psychiatrie, 33. Jg. (2015), Nr. 1, S. 20-33; Online-Ressource https://www.peter-lehmann.de/artikel/recht/pdf/lehmann-psychkg.pdf

[2] Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V.: »Achtung der Selbstbestimmung und Anwendung von Zwang bei der Behandlung von psychisch erkrankten Menschen – Eine ethische Stellungnahme der DGPPN«, Online-Publikation https://www.dgppn.de/aktuelles/stellungnahmen-und-positionen/ethik.html vom 23. September 2014

»... da dieser nicht nur die Fähigkeit zur Einwilligung (›consent‹), sondern auch zur Ablehnung (›dissent‹) berücksichtigt.«

Der Respekt vor der Selbstbestimmung eines Menschen komme auch darin zum Ausdruck, so die DGPPN in ihrer »ethischen Stellungnahme« von 2014,

»... dass man ihn vor ungewollten Folgen durch nicht-selbstbestimmte Entscheidungen schützt. Dieser Aspekt ist in der Psychiatrie von besonderer Bedeutung, weil akute oder chronische psychische Erkrankungen sowie angeborene oder erworbene kognitive Beeinträchtigungen die Fähigkeit eines Menschen zur Selbstbestimmung einschränken oder aufheben können. Beispielsweise können halluzinierte Befehle zur Selbsttötung die Selbstbestimmungsfähigkeit ebenso aufheben wie das aufgrund einer schweren Demenz fehlende Verständnis eines Patienten für den lebensrettenden Charakter eines medizinischen Eingriffes (z. B. einer Operation).«

Bei Patientinnen und Patienten, die vorübergehend die Fähigkeit zur Selbstbestimmung verloren hätten, kann nach DGPPN-Meinung Zwang gerechtfertigt sein, und zwar typischerweise bei:

»(I) Selbstgefährdung: Unterbringung auf einer psychiatrischen Akutstation zur Verhinderung einer drohenden Selbsttötung bei akuter Suizidalität; medikamentöse Behandlung eines schizophrenen Wahns mit selbstzerstörerischen Inhalten (z. B. der Überzeugung, fliegen zu können); intravenöse Flüssigkeitszufuhr bei verwirrten und exsikkierten *(ausgetrockneten)* Demenzkranken, die das Trinken verweigern; Gabe lebenswichtiger Medikamente (z. B. Insulin) bei depressivem Negativismus und gleichzeitigem Diabetes mellitus; Unterbringung und medikamentöse Behandlung bei einem lebensbedrohlichen Alkoholentzugsdelir.
(II) Fremdgefährdung: Unterbringung und medikamentöse Behandlung bei Fremdaggressivität im Rahmen eines psychotischen oder drogenbedingten Erregungszustands. Hierbei wird durch adäquate antipsychotische Medikation die dem Erregungszustand zugrunde liegende psychische Erkrankung behandelt.«

Selbstbestimmungsfähigkeit bezüglich konkreten psychiatrisch-medizinischen Maßnahmen wird von der DGPPN dann attestiert, wenn die betroffene Person zum Zeitpunkt der Entscheidung folgende Kriterien erfüllt:

»Informationsverständnis: Sie muss durch verständliche und ausreichende Aufklärung ein eigenes Verständnis davon entwickeln, worüber sie zu entscheiden hat und worin die Risiken und der potenzielle Nutzen der Entscheidung bestehen.
Urteilsvermögen: Sie muss die erhaltenen Informationen mit ihrer Lebenssituation, mit ihren persönlichen Werthaltungen und Interessen in Verbindung bringen sowie diese gewichten und bewerten können. Die Folgen und Alternativen der Entscheidung müssen im Zusammenhang mit der eigenen Lebenssituation beurteilt werden können.
Einsichtsfähigkeit: Sie muss erkennen können, dass ihre physische oder psychische Gesundheit eingeschränkt ist und dass Möglichkeiten zur Behandlung oder Linderung ihrer gesundheitlichen Problematik bestehen und ihr angeboten werden (sog. Krankheits- und Behandlungseinsicht).
Ausdrucksfähigkeit der Entscheidung: Sie muss die Fähigkeit besitzen, im Lichte der bestehenden Alternativen eine Entscheidung zu treffen und diese verbal oder non-verbal zum Ausdruck zu bringen.«

Verstehen die Betroffenen Risiken und potenzielle Nutzen der anstehenden Behandlung nicht im erwarteten Sinne, beurteilen sie die Folgen ihrer Entscheidung in einem von Psychiatern nicht geteilten Zusammenhang mit der eigenen Lebenssituation, verweigern sie Krankheitseinsicht, stellen sie die

Alternativlosigkeit einer vorgeschlagenen Behandlung in Zweifel und treffen sie eine Entscheidung im Lichte von Psychiatern nicht akzeptierter Alternativen: dann müssen sie damit rechnen, als selbstbestimmungsunfähig einer gewaltsamen Verabreichung von psychiatrischen Psychopharmaka – und in letzter Zeit immer häufiger auch von Elektroschocks[3] – unterzogen zu werden.

Psychiatriebetroffene oder potenziell Betroffene, die in psychosozialen Krisensituationen ihre Selbstbestimmung fördern oder zumindest teilweise durchzusetzen wollen, sind gut beraten, sich rechtzeitig mit den Positionen derer zu beschäftigen, die später möglicherweise über ihr Wohl entscheiden wollen.

Subjektive Diagnosen und in Abrede gestellte Selbstbestimmungsfähigkeit

Eine Selbst- oder Fremdgefährdung von Menschen, die als psychisch gestört gelten, lässt sich kaum objektiv beurteilen. Subjektiv geprägte Urteile sind im psychiatrischen Bereich ein unlösbares Problem. Diagnosen gelten juristisch als medizinische Schlussfolgerungen, die auf einer subjektiven gutachterlichen Wertung basieren, somit unterliegen sie dem Recht auf freie Meinungsäußerung des Psychiaters. Eine ärztliche Diagnose, so der Bundesgerichtshof (BGH) in einem bis heute wirksamen Urteil von 1989 im Streit zwischen einem Psychiater und seiner Patientin, sei eine auf einer medizinischer Begutachtung beruhende Wertung und damit eine Meinungsäußerung und keine Tatsachenbehauptung, ein Widerruf könne deshalb nicht eingeklagt werden:

> »Ein solches Begehren könne sich nur gegen unwahre Tatsachenbehauptungen richten, während die von der Beklagten attestierte Diagnose als medizinische Schlussfolgerung eine subjektive gutachterliche Wertung darstelle und als solche einem Widerruf nicht zugänglich sei.«

Selbst wenn die Diagnose nach Meinung der herrschenden Psychiatrie falsch sei, könne ihre Zurücknahme nicht eingeklagt werden:

> »Die vom Kläger allein zum Gegenstand seiner Widerrufsklage gemachte ärztliche Diagnose der Beklagten ist mit dem Berufungsgericht als eine auf medizinischer Begutachtung beruhende Wertung anzusehen, die einem Widerruf selbst dann verschlossen ist, wenn sie sich bei sachverständiger Überprüfung als unrichtig erweist.«[4]

Wie Psychiater ihre eigene Diagnostik außergerichtlich einschätzen, offenbarte Wolfgang Werner, seinerzeit Saarländischer Landespsychiatriearzt und Leiter der Anstalt Merzig, als er 1991 in einer Fernsehdiskussion am Beispiel der Diagnose »Schizophrenie« ausführte:

> »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.«[5]

Für die Rechtsanwälte Wolfgang Kaleck (Berlin) und Kollegen fußt die Feststellung von Gefahrenwahrscheinlichkeit in der Regel nicht auf objektiv messbaren Kriterien, sondern auf einer »sachverständig« beratenen, intuitiv-subjektiven Einschätzung der Behandler oder des Gerichts. Mangels ausreichend belegter Prognosekriterien kommt es zwangsläufig zu erheblichen Fehleinschätzungen. Es geht nicht mehr um die spezifische Situation einzelner Patientinnen und Patienten; die Wahrscheinlich-

---

[3] Siehe Peter Lehmann: »Unabhängige Informationen zum Elektroschock«, Online-Übersichtsseite https://www.peter-lehmann.de/info/elektroschock.htm vom 12. April 2019

[4] Urteil VI ZR 293/88 vom 11. April 1989; im Internet unter http://www.jurion.de/Urteile/BGH/1989-04-11/VI-ZR-293_88

[5] Wolfgang Werner: Diskussionsbeitrag, in: »Zwischen Verfügungsgewalt und Verantwortung – Wie menschenwürdig ist die deutsche Psychiatrie?«, Redaktion »Streit im Schloss«, Südwestfunk 3, Fernsehsendung vom 21. Dezember 1991

keitsaussage zu ihrer Gefährdung wird lediglich mit einer Gruppe sich ähnlich verhaltender Menschen verglichen.[6] Um sich über die Behandlungsunwilligkeit hinwegsetzen zu können, werde Zwangsbehandlung mit dem zweifelhaften Kriterium der Urteils- bzw. Einwilligungsunfähigkeit verquickt. Diese gelte jedoch als unbestimmter und sich wandelnden subjektiven Definitionen zugänglicher Rechtsbegriff, für den es keinen Standard gebe.

Betroffene sind chancenlos, wenn sie um ihr Einverständnis mit der Verabreichung psychiatrischer Anwendungen gebeten werden. Mit der Frage nach dem Einverständnis wird zwar die Selbstbestimmungsfähigkeit bescheinigt (andernfalls müsste gar nicht erst gefragt werden). Ein Einverständnis mit der Verabreichung wird grundsätzlich als kompetente Entscheidung betrachtet, eine Ablehnung dagegen grundsätzlich als Krankheitssymptom und Nachweis der Selbstbestimmungsunfähigkeit, was die Verabreichung notwendig mache – ein von außen leicht zu durchschauender Zirkelschluss.

Bei der gesetzlichen Erlaubnis der psychiatrischen Zwangsbehandlung erfolgt eine willkürliche Abwägung der Menschenrechte unterschiedlicher Personen gegeneinander, wobei übergangen wird, dass ein Teil der Personen ohne belegbare Not – quasi als Kollateralschaden – einer Menschenrechtsverletzung ausgesetzt wird: alleine auf Grund der Tatsache, dass dieser Personenkreis einer Gruppe von Personen zugeordnet wird, mit der er möglicherweise nichts zu tun hat.

Stellvertretend für Mainstreamjuristen und -psychiater äußerte die ehemalige Staatsanwältin Nicole Kreutz 2015 in *Psych. Pflege Heute* unverblümt, dass psychiatrische Klinikpatientinnen und -patienten grundsätzlich unfähig zur Selbstbestimmung seien. Sie schrieb:

> »Jeder Mensch hat das Recht auf freie Entfaltung seiner Persönlichkeit. Dazu gehört auch das Recht, darüber zu bestimmen, ob man sich behandeln lassen möchte. Eine Zwangsbehandlung ist in Deutschland nicht zulässig. Das setzt aber voraus, dass der Patient ansprechbar ist und in seinem Denken reflektiert. Er muss in der Lage sein, eigenverantwortlich zu handeln und die Tragweite seines Entschlusses zu überblicken. Davon kann aber bei einem Patienten, der sich bereits in der Psychiatrie befindet, nicht ausgegangen werden.«[7]

Die Folgen traumatisierender Missbrauchserfahrungen (speziell bei Frauen), die sich als psychosoziale Krisensituationen darstellen können, ignoriert man in der Psychiatrie, ebenso die psychischen Folgen traumatisierender Erfahrung durch das Erleben psychiatrischer Gewalt. Bedauert wird einzig das Misstrauen, das die Betroffenen verständlicherweise in ihre Peiniger entwickeln. So erklärt die DGPPN scheinbar selbstkritisch:

> »Es darf (...) nicht übersehen werden, dass es Patienten gibt, die auch im Nachhinein mit einer gegen ihren nicht-selbstbestimmten Willen erfolgten Behandlung nicht einverstanden sind, weil sie diese als wenig hilfreich oder gar als traumatisierend oder erniedrigend erlebt haben. Die Folge ist nicht selten ein Vertrauensverlust in der Arzt-Patienten-Beziehung, durch den sich manche Patienten für eine gewisse Zeit oder gar dauerhaft vom psychiatrischen Hilfesystem abwenden.«[8]

---

[6] Siehe Wolfgang Kaleck / Sönke Hilbrans / Sebastian Scharmer: »Gutachterliche Stellungnahme – Ratifikation der UN Disability Convention vom 30.03.2007 und Auswirkung auf die Gesetze für so genannte psychisch Kranke am Beispiel der Zwangsunterbringung und Zwangsbehandlung nach dem PsychKG Berlin«, 2., überarbeitete Fassung, Berlin 2008, S. 10; im Internet unter http://www.die-bpe.de/stellungnahme/stellungnahme.pdf

[7] Nicole Kreutz: »Schmaler Grat«, in: Psych. Pflege Heute, 21. Jg. (2015), S. 303-305 [Zitat: S. S. 303f.]

[8] Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V.: »Achtung der Selbstbestimmung und Anwendung von Zwang bei der Behandlung von psychisch erkrankten Menschen – Eine ethische Stellungnahme der DGPPN«, Online-Ressource https://www.dgppn.de/aktuelles/stellungnahmen-und-positionen/ethik.html

UN-Behindertenrechtskonvention und Zwangsbehandlung

Um eine psychiatrische Versorgung rund um die Uhr sicherzustellen, die psychische Störungen zeitlich begrenzen könne, seien – so Rolf Marschner, Münchner Anwalt für Sozialrecht mit dem Schwerpunkt Behindertenrecht – besondere Gesetze für Psychiatriepatientinnen und -patienten unverzichtbar. Maßnahmen wie psychiatrische Unterbringung und Zwangsbehandlung könnten gemäß Artikel 5 (Gleichberechtigung und Nichtdiskriminierung) Absatz 4 der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (UN-BRK) geradezu erforderlich sein, um die tatsächliche Gleichberechtigung von Menschen mit Behinderung herbeizuführen. In jenem Artikel wird einschränkend gesagt:

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

Dabei interpretiert Rolf Marschner die UN-BRK in der Weise, dass sie Zwangsbehandlung zur Wiederherstellung der seelischen Unversehrtheit zulasse. Den Widerspruch, dass die seelische Unversehrtheit ausgerechnet mit einer traumatisierenden, oft zu bleibenden seelischen Verletzungen und chronischen Erkrankungen führenden gewaltsamen Verabreichung psychiatrischer Psychopharmaka wiederhergestellt werden soll, berücksichtigt er allerdings nicht, wenn er die UN-BRK wie folgt interpretiert:

> »Keine Diskriminierung im Sinn der UN-BRK liegt dagegen vor, wenn die Zwangsbehandlung der Abwehr von Lebensgefahr oder schweren Gesundheitsgefahren für den betroffenen Menschen selbst dient sowie dieser zur Einsicht in die Schwere seiner Krankheit und die Notwendigkeit von Behandlungsmaßnahmen oder zum Handeln gemäß solcher Einsicht krankheitsbedingt nicht fähig ist. (...) Ein Eingriff in die körperliche Unversehrtheit kann daher im Ausnahmefall auch damit begründet werden, die seelische Unversehrtheit wiederherzustellen.«[9]

Psychiatrie und Lebensgefahr

Oft genug geht lebensgefährlichen Zuständen psychiatrischer Patientinnen und Patienten eine Behandlung voraus, die nach psychiatrischem Duktus lebensrettend sei oder eine erhebliche Gesundheitsgefahr verringere. Insbesondere der in der Regel hochvulnerable Gesundheitszustand von Menschen mit psychiatrischen Diagnosen, der eine wesentliche Rolle bei ihrer im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung massiv verringerten Lebenserwartung spielt, sollte alle Alarmglocken läuten lassen, wenn die Betroffenen zusätzlich noch potenziell toxischen Psychopharmaka ausgesetzt werden sollen, ob zwangsweise oder mit Einwilligung. Eine Vielzahl psychiatrischer Behandlungen führt allerdings nicht zur Abwendung von Schäden, sondern produziert Schäden aller Art inklusive körperlicher Abhängigkeit[10]. Auch Antidepressiva und Neuroleptika können Abhängigkeit herbei-

---

vom 23. September 2014

[9] Rolf Marschner: »Menschen in Krisen: Unterbringung und Zwangsbehandlung in der Psychiatrie«, in: Valentin Aichele / Deutsches Institut für Menschenrechte (Hg.): »Das Menschenrecht auf gleiche Anerkennung vor dem Recht – Artikel 12 der UN-Behindertenrechtskonvention«, Baden-Baden: Nomos Verlag 2013, S. 223 & 222

[10] Siehe Peter Lehmann: »Schöne neue Psychiatrie«, Band 1: »Wie Chemie und Strom auf Geist und Psyche wirken« und Band 2: »Wie Psychopharmaka den Körper verändern«, bearbeitete E-Book-Ausgaben, Berlin / Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag 2018; ders.: Einführung zu: Peter Lehmann (Hg.): »Psychopharmaka absetzen – Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Phasenprophylaktika, Ritalin und Tranquilizern«, 4., aktualisierte und erweiterte Auflage, Berlin / Eugene / Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag 2013, S. 21-48 (E-Book 2026); Online-Ressource https://www.peter-lehmann.de/buecher/absetzen/einleitung.pdf

führen[11]. Die Vorzeichen behandlungsbedingter Erkrankungen sind bekannt[12], ohne dass die Betroffenen darüber aufgeklärt werden. Aufgeklärt werden sie auch nicht über erforderliche Kontrolluntersuchungen und die Bedeutung auftretender unerwünschter Symptome (beispielsweise psychopharmakabedingte Erhöhung des Prolaktinspiegels, der Sexualstörungen und Geschwulstbildungen in den Brustdrüsen verursacht[13]). Dabei schreiben die »Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie« der DGPPN eine umfassende Aufklärung vor:

> »Behandlungsziel ist der von Krankheitssymptomen weitgehend freie, zu selbstbestimmter Lebensführung fähige, therapeutische Maßnahmen in Kenntnis von Nutzen und Risiken abwägende Patient. (...) Patient, Angehöriger und Betreuer sollten nicht nur über mögliche Nebenwirkungen aufgeklärt, sondern auch hinsichtlich der auftretenden Zeichen (Symptome) hierfür informiert und bezüglich der jeweils gegebenen Therapiemöglichkeiten beraten werden. (...) Patienten, Angehörige und Betreuer sollten über die erforderlichen Kontrolluntersuchungen ausreichend informiert werden. Insbesondere sollte über das Risiko von Diabetes, Gewichtszunahme und Fettstoffwechselstörungen explizit aufgeklärt werden und die klinischen Zeichen einer Hyperglykämie *(erhöhter Blutzuckerspiegel)* wie Müdigkeit, Durst und Polyurie *(krankhaft erhöhte Urinausscheidung)* erläutert werden.«[14]

Zudem bekommen psychiatrische Patientinnen und Patienten in aller Regel keine Hilfe bei der Überwindung behandlungsbedingter Schäden. Juan Méndez, UN-Sonderberichterstatter über Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe, stuft die zwangsweise kurz- wie auch langfristige Verabreichung von Elektroschocks und persönlichkeitsverändernden Medikamenten wie zum Beispiel Neuroleptika als Folter ein und ordnet zwangsbehandelte psychiatrische Patientinnen und Patienten der Gruppe der Folteropfer zu.[15]

Lebensgefahr für die Betroffenen ist mit einer Vielzahl psychiatrischer Gegebenheiten verbunden, speziell bei psychiatriespezifischen Syndromen wie febriler Katatonie (Krankheitsbild mit motorisch-muskulärer bzw. mentaler Anspannung, Raptus (plötzlicher Erregungszustand mit Bewegungssturm), Neuroleptischem Malignen Syndrom (NMS; behandlungsbedingter lebensbedrohlicher Symptomenkomplex aus Fieber, Muskelsteifheit und Bewusstseinstrübungen) oder Suizidalität.[16] All diese

---

[11] Siehe Lehmann, Peter: »Antidepressiva absetzen – Massive Entzugsprobleme, keine professionellen Hilfen«, in: Rundbrief des Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener, 2016, Nr. 1, S. 8-11; Online-Ressource https://www.peter-lehmann.de/artikel/bpe-rundbrief/2016.1.8-11.pdf (erweiterte und fortlaufend aktualisierte Fassung siehe https://www.peter-lehmann.de/artikel/gesundheit/pdf/lehmann_antidepressiva-absetzen.pdf)

[12] Siehe Peter Lehmann: »Frühe Warnzeichen für chronische oder tödlich verlaufende neuroleptikabedingte Erkrankungen«, in: Mitgliederrundbrief des Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener e.V., 2014, Nr. 1, S. 16-19; im Internet unter https://www.peter-lehmann.de/artikel/gesundheit/pdf/lehmann-warnzeichen.pdf

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

[14] Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde e.V. (Hg.): »S3 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie«, Band 1: »Behandlungsleitlinie Schizophrenie«. Darmstadt: Steinkopff Verlag 2006, S. 189, 203 & 205

[15] Siehe Juan E. Méndez: Statement als Sonderberichterstatter über Folter des UN-Hochkommissariats für Menschenrechte, 22. Sitzung des UN-Menschenrechtsrats, Genf, 4. März 2013; Online-Ressource http://mdac.info/sites/mdac.info/files/march_4_torture.pdf

[16] Siehe Joachim Scharfetter / Richard Frey / Alexandra Strnad / Siegfried Kasper: »Katatone Störungen an einer psychiatrischen Intensivpflegestation«, in: Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie, 7. Jg. (2006), Nr. 3, S.

Symptomenkomplexe können Eingriffe von außen erfordern, denn sie können mit verminderten kognitiven Fähigkeiten bis hin zu Bewusstlosigkeit einhergehen und den Betroffenen außerstande setzen, einer notwendigen Behandlung zuzustimmen.

Manche Situationen entstehen unvorhersehbar und unabwendbar, andere behandlungsbedingt und damit bedingt vorhersehbar. Leicht ließe sich zu Beginn einer einvernehmlichen Behandlung im Rahmen der erforderlichen Aufklärung über Risiken und Alternativen eine Behandlungsvereinbarung für den Fall eines neuroleptikabedingten NMS oder anderer vegetativen Entgleisungen abschließen. Damit bliebe auch im Krisenfall das Selbstbestimmungsrecht der Patientin und des Patienten gewahrt. Nähme man Suizidalität als Gefahrenquelle ernst, würde sich die – insbesondere gewaltsame – Verabreichung von Neuroleptika mit ihrer potenziell suizidalen Eigenwirkung von selbst verbieten.[17] Febrile Katatonie ist ein weiteres gutes Beispiel, um die Problematik psychiatrischer Behandlung zu diskutieren. Während diese Symptomatik einigen Medizinern als Indikation für Elektroschocks gilt, haben andere erkannt, dass sich die Symptome mit weit weniger invasiven Methoden wie Spasmolytika (krampflösenden Mitteln wie zum Beispiel Dantrolen) oder speziellen Benzodiazepinen (wie zum Beispiel Lorazepam) risikoarm behandeln lassen – ganz abgesehen vom »katatonen Dilemma«, der möglichen Verwechslung von febriler Katatonie mit einem diagnostisch schwer unterscheidbaren NMS oder mit febriler Hyperthermie (behandlungsbedingter und ungewöhnlich lange anhaltender Fieberzustand, einhergehend mit Bewusstseinstrübung, Kreislaufkollaps und Krampfanfällen). Eine die Lebensgefahr steigernde Fehlbehandlung ist bei diesem Dilemma[18] programmiert, auch hier ist Vorsorge angebracht.

Krisenbewältigung ohne Psychiatrisierung

Berichte über Wege, Krisen ohne Psychiatrisierung durchzustehen, liegen in vielfältiger Form vor. Hierzu zählen das Verlassen gefährlicher Orte, Rückzug in die Stille und an sichere Orte, beruhigende Mittel, Massage, Kontakt zu Tieren, Dabeisein, Zugehen auf hilfsbereite Menschen, expressive künstlerische Tätigkeit, Schreiben, bewusste und balancierte Lebensführung, spezielle Ernährung, ausreichend Schlaf und vieles mehr. Als wesentliche Elemente gelten unaufdringliche Zuwendung und soziale Unterstützung.[19]

Selbsthilfegruppen mit undogmatischer Ausrichtung und respektvollem Umgang miteinander können in Krisensituationen weitreichende Unterstützung leisten. Sie haben allerdings auch ihre Grenzen, wenn beispielsweise zu viele Hilfesuchende zu wenig stabilen Gruppenmitgliedern gegenüberstehen.[20] Vorsicht ist geboten, wenn sich Teilnehmer einer sogenannten Psychoedukation unterziehen ließen: dann wurden ihnen in aller Regel eingetrichtert, dass psychosoziale Krisen biologische Ursachen

---

34-41; Online-Ressource http://www.kup.at/kup/pdf/5997.pdf

[17] Siehe Peter Lehmann: »About the intrinsic suicidal effects of neuroleptics: Towards breaking the taboo and fighting therapeutical recklessness«, in: International Journal of Psychotherapy, Vol. 16 (2012), Nr. 1, S. 30-49; Online-Ressource https://www.peter-lehmann.de/articles/lehmann/pdf/neuroleptics-suicide.pdf

[18] Siehe Peter Lehmann: »Schöne neue Psychiatrie«, Band 1: »Wie Chemie und Strom auf Geist und Psyche wirken«, E-Book-Ausgabe, Berlin / Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag 2017, S. 92-96; Online-Ressource https://www.peter-lehmann.de/artikel/gesundheit/zusatz_e-schock.htm

[19] Siehe Peter Lehmann / Peter Stastny: »Was hilft mir, wenn ich verrückt werde?«, in: Peter Lehmann / Peter Stastny (Hg.): »Statt Psychiatrie 2«, Berlin / Eugene / Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag 2007, S. 42-75 (E-Book 2026)

[20] Siehe Tina Stöckle: »Die Irren-Offensive – Erfahrungen einer Selbsthilfe-Organisation von Psychiatrieüberlebenden«, Berlin / Eugene / Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag 2005, S. 244-245; Online-Information https://www.peter-lehmann.de/buecher/stoeckle.htm (E-Book 2026)

haben und einzig mit Psychopharmaka neutralisiert werden können und müssen.[21] Diese Form von Krisenbewältigung empfehlen sie in der Folge gerne anderen als alternativloses Patentrezept.

Nichtsdestotrotz ist individuelle bzw. organisierte Selbsthilfe das A & O der Krisenbewältigung. Sind keine Selbsthilfemöglichkeiten vorhanden, bietet sich an, Unterstützung bei humanistisch orientierten Psychotherapeuten zu suchen.[22]

Manchmal sind Probleme so drängend und gewaltig, dass weder mit Selbsthilfe noch mit psychotherapeutischen Verfahren eine rasche Abhilfe möglich scheint. Personen, die den Schutz einer Einrichtung wünschen, sollten sich rechtzeitig über solche mit humanistischer Ausrichtung wie zum Beispiel Krisenpension, Windhorse, Soteria, Weglaufhaus etc. informieren und prüfen, ob im Fall des Falles eine Kostenübernahme seitens der Krankenkasse möglich ist. Aktuelle Informationen stehen im Internet auf der Website des Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener e.V. (BPE) in der Rubrik »Wohin in der Krise?«[23]

Im Fall einer Psychiatrisierung besteht nach wie vor die Gefahr, dass psychosoziale Krisensituationen psychiatrisch Tätigen zur Rechtfertigung von Zwangsmaßnahmen dienen – zum gesundheitlichen »Wohl« der Betroffenen, so die DGPPN in ihrer »ethischen Stellungnahme«:

> »In einer kleinen Gruppe von psychisch schwer erkrankten Patienten kann jedoch die Situation auftreten, dass selbstbestimmungs*un*fähige Patienten sich und Dritte in einem Ausmaß gefährden, dass zu ihrem gesundheitlichen Wohl Zwangsmaßnahmen erforderlich sind.«

Angesichts weiterhin Zwangsbehandlungen erlaubender Gesetze und Gegebenheiten wären Deeskalationsmaßnahmen dringend nötig und sollten seitens der institutionalisierten Psychiatrie ein- und durchgeführt werden. Um dies zu verwirklichen, bräuchte es allerdings politischen Druck der Aufsichtsbehörden.[24] So müssen derzeit ausgerechnet die Betroffenen psychosoziale Krisensituationen entschärfen, klaren Kopf behalten, Ruhe bewahren, gegenüber psychiatrisch Tätigen und hilflosen Angehörigen sachlich argumentieren, Angriffsflächen vermeiden, Zeit gewinnen, Freundinnen und Freunde dazurufen etc. – wahrlich kein leichtes Unterfangen.

Außenstehende können eine Beschwerdestelle einschalten, sofern vorhanden. Die Dokumentation unerwünschter Auswirkungen von Psychopharmaka und Elektroschocks und die Überreichung der Dokumentation an psychiatrisches Personal unter Zeugen mit dem freundlichen Hinweis, der Psychiater möge »die Medikation anpassen«, vermitteln in subtiler Weise, dass Beweise für eine Anzeige wegen bedingt vorsätzlicher Körperverletzung gesammelt werden. Sie legen dem Behandlungswilligen nahe, von seinem Tun abzulassen. Um den Psychiater im Schadensfall zur Rechenschaft zu ziehen, sollte man insbesondere die frühen Warnzeichen für chronische oder eventuell tödlich verlaufende

---

[21] Siehe Peter Lehmann: »Wie aktuell ist eigentlich noch Franco Basaglia? Psychiater, Psychotherapeuten und die reduzierte Lebenserwartung psychiatrischer Patienten«, in: Psychotherapie-Wissenschaft, 3. Jg. (2013), Nr. 2, S. 79-89; Online-Ressource https://www.peter-lehmann.de/artikel/reform/pdf/basaglia-aktuell.pdf

[22] Siehe Theodor Itten: »Psychotherapie statt Psychiatrie? Keine Qual der Wahl«, in: Peter Lehmann / Peter Stastny (Hg.): »Statt Psychiatrie 2«, Berlin / Eugene / Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag 2007, S. 250-262. Online-Information https://www.peter-lehmann.de/buecher/sp.htm (E-Book 2026)

[23] Siehe Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag: »Wohin in der Krise? Wohin nach der Psychiatrie?«; Online-Ressource https://www.peter-lehmann.de/info/krise_stat.htm vom 9. Januar 2004

[24] Siehe Peter Lehmann: »Verweigerte Selbstbestimmung in der Behandlung psychiatrischer Patientinnen und Patienten«, in: Aktion Psychisch Kranke / Peter Weiß / Andreas Heinz (Hg.): »Gleichberechtigt mittendrin – Partizipation und Teilhabe«, Köln: Psychiatrieverlag 2013, S. 177-205; Online-Ressource https://www.peter-lehmann.de/artikel/recht/pdf/apkbuch-zwang.pdf

psychopharmakabedingte Erkrankungen kennen und gegebenenfalls dokumentieren. Gleichheit vor dem Recht (Zivil- und Strafrecht) sollte nicht nur für Psychiatriebetroffene gelten, sondern auch für Psychiater.

Psychopharmaka und Expertenmonolog in der Gemeindepsychiatrie ohne Ende?

Personen, die in psychosozialen Krisen psychiatrisiert wurden, werden in aller Regel mit einem Mix an Psychopharmaka entlassen. Aufgrund der psychiatrischen Ideologie, psychische Probleme seien ganz oder teilweise genetisch bedingt, versteht es sich von selbst, dass im sogenannten Arztbrief eine zeitliche Begrenzung der angeordneten Verabreichung von Psychopharmaka sowie Hinweise auf mögliche Entzugserscheinungen fehlen. Sofern die Betroffenen Antidepressiva, Stimmungsstabilisatoren und Neuroleptika in Selbstbestimmung absetzen wollen, müssen sie mögliche Entzugsprobleme und Wege zu deren Minimierung kennen und sich – vergleichbar der Situation nach einem Herzinfarkt – mit den Risikofaktoren für ihre eigenen psychosozialen Krisen und für die Psychiatrisierung beschäftigen. Im Idealfall werden sie ihre Lebenssituation so ändern, dass sie im Wissen um eigene Verletzlichkeiten (und die anderer Leute) gestärkt aus der Krise hervorgehen.

Stehen nach der Entlassung aus der Psychiatrie Maßnahmen wie Einzelfallhilfe, betreutes Wohnen, therapeutische Wohngemeinschaft oder Tagesstätte an, besteht die hohe Wahrscheinlichkeit, dass die Betroffenen ihren Objektstatus behalten, dass also weiterhin über ihre Köpfe hinweg entschieden wird. Anreize, das System der Eingliederungshilfe (SGB XII) und den psychiatrischen Komplex insgesamt zu verlassen, werden von den Trägern gemeindepsychiatrischer Einrichtungen eher nicht gesetzt. Deren finanzielle Absicherung ist mit ihrer ausreichenden Auslastung verquickt. Eine empowermentfördernde Praxis gilt als mühsam, bedeutet aufgrund möglicher Veränderungen routinierter Abläufe bürokratischen Mehraufwand und birgt zudem das Risiko, mit der Obrigkeit, zu der auch an der Spitze von Entscheidungshierarchien stehende Psychiater zählen, in Konflikt zu geraten. In sogenannten Steuerungsrunden der Eingliederungshilfe, wo die Betroffenen eigene Vorstellungen von Betreuung für den Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP) einbringen könnten, stehen sie einzeln der konzentrierten Macht, Sprachgewalt und Routine des gemeindepsychiatrischen Apparats gegenüber – oft unter paralysierendem Einfluss persönlichkeitsverändernder Psychopharmaka. Meist verzichten sie auf die Teilnahme an diesen Runden (oder man entscheidet fürsorglich für sie, dass sie besser draußen bleiben), zum Beispiel wenn abzusehen ist, dass sie einer tribunalähnlichen Situation ausgesetzt werden. Sind sie anwesend, stellt man ihnen gerne Suggestivfragen, um ihre Zustimmung zu den vorgeschlagenen Hilfen für die Leistungserbringer zu erheischen. Dieselbe Ohnmacht erleben Betroffene, wenn bei den Leistungserbringern und Leistungsträgern der Eingliederungshilfe Recoveryfördernde Persönliche Budgets (SGB IX in Verbindung mit SGB XII) und Zielvereinbarungen mit Fallmanagern ausgehandelt werden sollen. Hilfreich wäre, wenn sie zu solchen Terminen von einer ausreichenden Zahl an Unterstützern begleitet würden, sie feste und leicht erreichbare Ansprechpartner hätten, ihre Eigenständigkeit in der Zielvereinbarung eine wesentliche Rolle spielte und eine unterstützende Beratung stattfände, die sich flexibel an ihren Wünschen orientiert.[25] Auch der Hinweis auf eine von kritischen Psychiatriebetroffenen angebotene Unabhängige Teilhabeberatung (EUTB) wäre hilfreich[26]. Das Ende des ›Experten‹-Monologs insbesondere beim Übergang aus der Akutpsychiatrie in das gemeindepsychiatrische System wäre jedoch so überraschend wie die sofortige Bereitschaft zu

[25] Siehe Franz-Josef Wagner: »Vorteile Persönlicher Budgets – Erfahrungsbericht«, in: Aktion Psychisch Kranke e.V., R Schmidt-Zadel & Peter Kruckenberg (Hg.): »Kooperation und Verantwortung in der Gemeindepsychiatrie«. Bonn: Psychiatrieverlag 2009, S. 358-364

[26] Informationen im Internet unter https://www.eutb-bpe.de/

einem Runden Tisch zwecks Aufarbeitung psychiatrischer Menschenrechtsverletzungen seitens der Standesorganisationen psychosozial Tätiger oder die Forderung nach einer Traumatherapie für Psychiatriegeschädigte.

Die Förderung von Eigenständigkeit ist auch nicht das erste Anliegen von Kontakt- und Begegnungsstätten: Meist bietet man angeleitete Gruppen an. Diese können zwar unterhaltsam sein und die Zeit vertreiben, die gerade unter Einfluss von Neuroleptika oft stehenzubleiben scheint. Um Töpfer- oder Makrameearbeiten jedoch nach einer psychosozialen Krise als hilfreich für den Weg in ein selbstbestimmtes Leben in der Gemeinschaft zu verstehen, müsste man schon eine gemeindepsychiatrische Zusatzausbildung gemacht haben. Ohne diese drängt sich lediglich der Eindruck auf, dass den Betroffenen auf Dauer jegliche Fähigkeit abgesprochen werden soll, ihre Angelegenheiten in die eigene Hand zu nehmen. Dabei wäre es von eminenter Bedeutung, sie nicht-diskriminierend und flexibel zu fördern, damit sie ihren eigenen Weg (zurück) ins Alltags- und Berufsleben finden.[27]

Das düsterste Kapitel nach der Entlassung ist wohl die nahezu vollständige Verweigerung von Unterstützung, wenn Psychiatriebetroffene den Entschluss treffen, die verordneten Psychopharmaka nicht weiterhin einzunehmen und um Beistand beim Absetzen bitten. Gute Arztpraxen – die es vereinzelt gibt und von deren Existenz man am ehesten in psychiatrieunabhängigen Selbsthilfegruppen erfährt – sind meist überfüllt. Absetzwillige vergeuden viel Energie, um einen Arzt zu finden, der geneigt ist, verringerte Dosierungen zu verordnen, über Entzugsprobleme zu informieren und sich gar ihre Sorgen anzuhören. Doch ob man Psychopharmaka mit oder gegen ärztlichen Rat absetzt, spielt im Prinzip keine Rolle. Wer es gegen ärztlichen Rat tut, hat die gleichen Erfolgschancen wie derjenige, dessen Arzt seine Entscheidung unterstützt. Dies ist das ermutigende Ergebnis bei zwei Drittel aller Befragungen im Rahmen des ›Coping with Coming Off‹-Projekts (Forschungsprojekt darüber, wie das Absetzen bewältigt wird) in England und Wales. Finanziert vom britischen Gesundheitsministerium hatte 2003 und 2004 ein Team psychiatriebetroffener Forscher 250 Interviews im Auftrag der Sozialpsychiatriestiftung MIND – vergleichbar der Deutschen Gesellschaft für soziale Psychiatrie e.V. – durchgeführt, um die Erfahrungen mit dem Absetzen von Psychopharmaka zu eruieren. Als hilfreich galten der Beistand von Beratern oder einer Selbsthilfegruppe, ergänzende Psychotherapie, gegenseitige Unterstützung, Informationen aus dem Internet oder aus Büchern, Aktivitäten wie Entspannung, Meditation und Bewegung. Es stellte sich heraus, dass Ärzte nicht voraussagen konnten, welche Patientinnen und Patienten erfolgreich Psychopharmaka absetzen würden. Ärzte wurden als die am wenigsten hilfreiche Instanz beim Absetzen genannt. Als Konsequenz dieser Studie änderte MIND seinen Standardratschlag. War vorher – wenn überhaupt – geraten worden, Psychopharmaka nur mit ärztlichem Einverständnis abzusetzen, wies man daraufhin auf die Indoktrination von Ärzten durch die Pharmaindustrie hin und legte nahe, sich ausgewogen zu informieren.[28]

Ärzte haben zudem das Problem, dass sie zwar lernen, bei jeder Gelegenheit Psychopharmaka zu verordnen, jedoch nicht, wie notwendigerweise entstehende Absetzprobleme zu überwinden sind. Der

---

[27] Siehe Mary Nettle: »Employment needs of people with mental health problems«, in: Newsletter of the European Network of (ex-) Users and Survivors of Psychiatry, Heft 6 (Frühjahr 1997); Online-Ressource https://www.peter-lehmann.de/articles/enusp/nettle_employmentneeds.htm; Landespsychiatriebeirat Rheinland-Pfalz: »Empfehlungen des Landespsychiatriebeirates Rheinland-Pfalz für die Arbeit der Tagesstätten für chronisch psychisch kranke Menschen in Rheinland-Pfalz«, verabschiedet in der 33. Sitzung des Landespsychiatriebeirates am 13. November 2012

[28] Siehe Peter Lehmann: Vorwort zur 4. Auflage, in: Peter Lehmann (Hg.): »Psychopharmaka absetzen – Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Phasenprophylaktika, Ritalin und Tranquilizern«, Berlin / Eugene / Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag, 4., aktualisierte und erweiterte Auflage 2013, S. 17-19 (E-Book 2026); Online-Ressource https://www.peter-lehmann.de/buecher/absetzen/vorworte.htm#4

Psychiater Asmus Finzen ist einer der ersten seiner Berufsgruppe, der zu diesem strukturellen Kunstfehler öffentlich Stellung bezieht:

> »Man mag es für merkwürdig halten, wenn ein Arzt sich über das Absetzen von Psychopharmaka auslässt. Seine Aufgabe ist es doch, Medikamente zu verordnen. Ärzte lernen das. Wie man Medikamente absetzt, lernen sie nicht. In Zeiten, in denen die Langzeitmedikation nicht nur in der Psychiatrie bei vielen Krankheiten (Blutdruck, erhöhte Blutfette, Diabetes) zur Regel geworden ist, ist das ein Mangel. (…) Viele Patienten machen die Erfahrung, dass ihre Ärzte nicht auf ihre Klagen und Wünsche hören, wenn sie meinen, man könne es doch auch einmal ohne Medikamente versuchen. Ich will an dieser Stelle nicht auf die Frage eingehen, wann und wie lange Psychopharmaka unter welchen Bedingungen notwendig sind oder nicht. Hier geht es darum, dass viele Medikamenten-Konsumenten aus guten oder weniger guten Gründen die Nase voll haben und die weitere Medikamenteneinnahme einstellen. Behandelnde Ärzte reagieren darauf immer noch allzu häufig verstockt. Viele drohen damit, ihre Patienten zu verstoßen – und manche tun das auch. Das aber ist mit den Prinzipien und der Ethik ihres Berufes nicht vereinbar. Es kann sogar ein Kunstfehler sein: Wenn ein Patient Medikamente, die er langzeitig eingenommen hat, absetzen oder reduzieren will, hat der behandelnde Arzt ihm gefälligst zu helfen – auch wenn er anderer Meinung ist.«[29]

Es ist zu hoffen, dass sich irgendwann Richter finden, die Ärzte wegen des Verstoßes gegen die eingangs genannte Garantenpflicht und wegen des von Asmus Finzen beschriebenen Kunstfehlers verurteilen, wenn sie ihre absetzwilligen Patientinnen und Patienten aus ihrer Praxis verweisen, ohne ihnen beim stufenweisen Absetzen beizustehen.

Vorausverfügungen als Schritt zur Gleichheit vor dem Recht

Mit vernünftigen Vorausverfügungen kann das Spektrum unlösbar scheinender Konfliktsituationen wesentlich verringert werden. In Deutschland kann mit diesem Mittel eine Behandlung rechtswirksam abgelehnt oder erlaubt werden.[30] Rolf Marschner erklärt:

> »Eine rechtswirksame Patientenverfügung nach § 1901a Absatz 1 BGB ist auch während einer Unterbringung nach dem BGB oder den Psychisch-Kranken- bzw. Unterbringungsgesetzen beachtlich und verhindert damit gegebenenfalls jede Zwangsbehandlung.«[31]

Dies bestätigte das Bundesverfassungsgericht in einem Urteil vom Juli 2016. Im Fall einer Psychiatriebetroffenen, der ihr rechtlicher Betreuer gewaltsam Psychopharmaka verabreichen lassen wollte, betonte das Gericht die »Freiheit zur Krankheit«, da es im konkreten Konfliktfall

> »… nicht um die Sicherstellung medizinischen Schutzes nach Maßstäben objektiver Vernünftigkeit geht; vielmehr ist der freie Wille der Betreuten zu respektieren. Dies gilt auch, soweit der

---

[29] Asmus Finzen: »Wie man Medikamente absetzt, lernen Ärzte nicht«, in: Asmus Finzen / Peter Lehmann / Margret Osterfeld / Hilde Schädle-Deininger / Anna Emmanouelidou / Theodor Itten: »Psychopharmaka absetzen: Warum, wann und wie«, in: Soziale Psychiatrie, 39. Jg. (2015), Nr. 2, S. 16-19; Online-Ressource https://www.peter-lehmann.de/artikel/gesundheit/pdf/absetzen-bremen.pdf

[30] Siehe Peter Lehmann: »Möglichkeiten und Grenzen von Selbstbestimmung in der Krise – Was Psychiatriebetroffene tun können, um in psychosozialen Krisensituationen ihr Selbstbestimmungsrecht zu bewahren«, in: Psychosoziale Umschau, 29. Jg. (2014), Nr. 2, S. 45-46; Online-Ressource https://www.peter-lehmann.de/artikel/recht/pdf/krise-psu.pdf

[31] Rolf Marschner: »Menschen in Krisen: Unterbringung und Zwangsbehandlung in der Psychiatrie«, in: Valentin Aichele / Deutsches Institut für Menschenrechte (Hg.): »Das Menschenrecht auf gleiche Anerkennung vor dem Recht – Artikel 12 der UN-Behindertenrechtskonvention«, Baden-Baden: Nomos Verlag 2013, S. 208

> freie Wille anhand von Indizien – insbesondere unter Rückgriff auf frühere Äußerungen oder etwa aufgrund der Qualität des geäußerten natürlichen Willens – ermittelbar ist. Nur wo dies nicht möglich ist, kann als letztes Mittel ein krankheitsbedingt entgegenstehender natürlicher Wille überwunden werden. (…)
> Der vom Grundgesetz geforderte Respekt vor der autonomen Selbstbestimmung der Einzelnen verlangt vom Gesetzgeber auch bei Menschen, die im Hinblick auf ihre Gesundheitssorge unter Betreuung stehen, durch entsprechende Regelungen sicherzustellen, dass vor konkreten Untersuchungen des Gesundheitszustands, vor Heilbehandlungen oder ärztlichen Eingriffen stets aktuell festgestellt wird, ob nicht eine hinreichende Einsichts- und Handlungsfähigkeit der Betroffenen im Hinblick auf diese Maßnahmen besteht, so dass sie hierfür einen freien und damit maßgeblichen Willen bilden können. Dabei können, wie es das Gesetz auch jetzt schon vorsieht (vgl. § 1901a Abs. 1 und 2 BGB), eine Patientenverfügung oder früher geäußerte Behandlungswünsche für die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation maßgeblich sein.«[32]

In ihrer »ethischen Stellungnahme« hat sich auch die DGPPN dazu durchgerungen, die Wirksamkeit von Vorausverfügungen öffentlich einzugestehen:

> »Patientenverfügungen haben auch bei psychischen Erkrankungen rechtsverbindlichen Charakter, sofern die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind (u. a. schriftliche Form, gegebene Selbstbestimmungsfähigkeit zum Zeitpunkt der Abfassung). Ihre Rechtsverbindlichkeit schützt Patienten davor, dass ihre Behandlungswünsche übergangen werden, verdeutlicht aber auch die hohe Verantwortung, die Patienten für die eigene Gesundheit und den eigenen Behandlungsverlauf haben.«

Wenn die DGPPN aussagen will, dass die Betroffenen mit ihrem Selbstbestimmungsrecht auch die Aufgabe haben, insbesondere bei erwarteten oder befürchteten Krisensituationen im Voraus selbstdefinierte Lösungswege aufzuzeigen, ist dem ausnahmsweise zuzustimmen. Vermutet werden muss jedoch, dass Psychiater eher darauf spekulieren, dass ihre Patienten Behandlungsvereinbarungen unterzeichnen – vorauseilende Zustimmungen zu einer späteren Zwangsbehandlung. Dies wird auch deutlich anhand der Stellungnahme (»Forschung intensivieren, Selbstbestimmung achten«) der DGPPN vom Juni 2016 zur geplanten Novelle des Arzneimittelgesetzes, in der sie dafür plädiert, dass potenzielle Patientinnen und Patienten schon heute ihre Bereitschaft erklären, sich später, im Zustand der sogenannten Nichteinwilligungsfähigkeit (beispielsweise einer Demenz) für Forschungen mit Psychopharmaka zur Verfügung zu stellen:

> »Die betroffene Person kann also im noch einwilligungsfähigen Zustand eine Vorausverfügung in Form einer Patientenverfügung treffen, in der sie die Bereitschaft für die Teilnahme an gruppennütziger Forschung erklärt.«[33]

In Vorausverfügungen sollte es nicht einzig darum gehen, sich gegen die »Tyrannei der Außenwelt« zu wehren, sondern auch darum, wie psychosoziale Notlagen im Einklang mit der eigenen Weltanschauung bewältigt werden sollen, wie der einzelne Mensch Autor und Subjekt des eigenen Lebens

---

[32] Bundesverfassungsgericht: Beschluss des Ersten Senats vom 26. Juli 2016 – 1 BvL 8/15, Rn. 82 & 86; Online-Ressource http://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2016/07/ls20160726_1bvl000815.html

[33] Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V.: »Stellungnahme zur 4. AMG-Novelle« vom 29. Juni 2016; Online-Ressource http://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/stellungnahmen/2016/2016-06-29__DGPPN_STN_4__AMG_Novelle_FIN.pdf

bleibt.[34] Als seriöse und zugleich einfache Hilfe zur Vorsorge, samt Entscheidungshilfen empfiehlt sich die Vorsorgemappe »Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung« des Lothar Fietzek Verlags[35], kombiniert mit der kostenfreien Psychosozialen Patientenverfügung (PsychPaV)[36] für den psychiatrisch-psychosozialen Bereich. Selbstverständlich kann die PsychPaV auch alleine verwendet werden.

Rechtzeitig sollte sich jeder und jede einzelne Psychiatriebetroffene Gedanken über mögliche Krisensituationen und deren Bewältigung machen und diese in geeigneter Form zu Papier bringen.[37] Diese Notwendigkeit besteht auch für Menschen, die damit rechnen, einmal im Alten- und Pflegeheim zu landen, wo sie möglicherweise folterartiger Behandlung und insbesondere einer massiven Ruhigstellung mit Psychopharmaka ausgesetzt werden.[38]

Mit Vorausverfügungen soll nicht nur die »Freiheit zur Krankheit« durchgesetzt werden, sondern auch die »Freiheit zur Gesundheit«. Deshalb ist es nützlich, eine Dokumentation gesundheitlicher Vorschädigung und familiärer Belastung durch körperliche Erkrankungen beizufügen.

Durch Vorausverfügungen sind auch die Interessen derer geschützt, die für sich im Krisenfall eine Zwangsbehandlung wünschen. Übrig bleibt der Personenkreis ohne getroffene Vorsorge, dem die Möglichkeit genommen wird, durch eine – über eine Notfallbehandlung hinausgehende – Zwangsbehandlung vor einem Gesundheitsschaden bewahrt zu werden. Aber er ist im Krisenfall geschützt vor der Verletzung seiner elementaren Menschenrechte und kann dasselbe Recht auf »Freiheit zur Krankheit« (Selbstbestimmungsrecht) in Anspruch nehmen wie ein somatisch Kranker. Wie alle anderen Mediziner auch sollten sich Psychiater ohne Sondergesetze bewegen können, die ihnen weitergehende Entscheidungsbefugnisse erlauben, als sie ihren Kollegen zugestanden werden.

Eine Psychiatrie mit ethischen Grundlagen würde entsprechend den Anforderungen der UN-BRK gewaltfreie und akzeptierbare Formen von Krisenintervention (Krisenherberge, Offener Dialog, Soteria etc.) fördern und dazu aufrufen, für den Fall des Falles Vorausverfügungen zu erstellen, damit auch in schwierigen Zeiten die Entscheidung über höchstpersönliche Belange in der eigenen Hand bleibt. Mit Vorausverfügungen sind hier autonome Willenserklärungen gemeint und keine Behandlungsvereinbarungen, die auf vorauseilender Zustimmung zur Zwangsbehandlung beruhen. Schließlich ist das Recht auf körperliche Unversehrtheit keine Verhandlungsmasse, sondern unteilbares Menschenrecht.

Welche Möglichkeiten im Prinzip jetzt schon in psychiatrischen Kliniken mit gutwilliger Stationsleitung bestehen und auf die man in sich Vorausverfügungen beziehen kann, wurde deutlich am Medikamentenaufklärungsprojekt des Landesverbands Psychiatrie-Erfahrener Rheinland-Pfalz. Beteiligt sind unter anderem der Psychiater Volkmar Aderhold und dessen Kollegen und Kolleginnen der Rheinhessen-Fachklinik Alzey, der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

---

[34] Siehe Peter Bieri: »Wir wollen wir leben«, München: Deutscher Taschenbuch Verlag 2013, S. 9

[35] Lothar Fietzek / Therese von Zweydorf: »Für den Fall, dass... – Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung«, Berlin: Edition Vorsorge / Lothar Fietzek Verlag, 16. Auflage 2017

[36] Siehe Peter Lehmann: »PsychPaV – Psychosoziale Patientenverfügung. Eine Vorausverfügung gemäß StGB § 223 und BGB § 1901a«, Online-Ressource https://www.peter-lehmann.de/info/pt/psychpav.htm vom 18. Dezember 2015

[37] Siehe Laura Ziegler: »Vorausverfügungen für den Fall der Psychiatrisierung – ›Die Rechte eines Flohs‹«, in: Peter Lehmann / Peter Stastny (Hg.): »Statt Psychiatrie 2«, Berlin / Eugene / Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag 2007, S. 331-343. Online-Information https://www.peter-lehmann.de/buecher/sp.htm (E-Book 2026)

[38] Siehe Claus Fussek / Gottlob Schober: »Es ist genug! Auch alte Menschen haben Rechte«, München: Droemer Knaur Verlag 2013

Klingenmünster und der Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach.[39] Im Aufklärungsbogen beispielsweise zu Neuroleptika (Stand: September 2016) heißt es:

> »Wenn Sie den Schutz und die Unterstützung einer Klinik wollen, jedoch keine Antipsychotika, dann stehen Ihnen u. a. folgende Möglichkeiten zur Wahl:
> ■ Empathische geduldige Begleitung durch das Personal, Schutz vor zu vielen Reizen
> ■ Gespräche mit Mitpatientinnen und -patienten sowie mit Genesungsbegleiterinnen
> ■ Psychosoziale Hilfen und Sozialberatung (z. B. bei Problemen im Bereich Arbeit, Wohnen, Finanzen)
> ■ Psychotherapie (kognitive Verhaltenstherapie, systemische Verfahren, tiefenpsychologische Verfahren)
> ■ Psychoseseminare
> ■ Naturheilkundliche oder homöopathische Mittel (z. B. Baldrian, Passionsblume), Aromatherapie, Akupunktur
> ■ Sport, Physiotherapie und Entspannungsverfahren (Joggen, Gymnastik, Schwimmen, Tischtennis, Yoga, Meditation, autogenes Training etc.)
> ■ Kreative Therapien und Ergotherapie (Tanz-, Musik-, Kunst- oder Ergotherapie)
> ■ spezielle Ernährungsmaßnahmen (z. B. Nahrungsergänzungsmittel)
> ■ Kommunikation mit wohlwollenden Vertrauenspersonen fördern, ggf. auch durch soziale Medien (z. B. Skype oder E-Mails)
> Entscheiden Sie sich für die Klinik und die Behandlungsmaßnahme, die Ihren Interessen am ehesten entspricht.
> Psychopharmaka gelten in der Regel als nur eines von mehreren Behandlungsangeboten. Entsprechend der Gesetzeslage und den Behandlungsleitlinien sind es die Patientinnen und die Patienten, die entscheiden, welche Angebote sie annehmen. (....)
> Antipsychotika machen nicht süchtig (wie etwa Alkohol oder viele Drogen), es kommt jedoch zu körperlichen Gewöhnungseffekten, die insbesondere bei plötzlichem Absetzen zu Unwohlsein, Unruhe, Schlafstörungen, Ängsten usw. führen können. Daher raten wir dazu, das Reduzieren oder Absetzen von Antipsychotika nur vorsichtig und ggf. schrittweise durchzuführen und mit erfahrenen Begleitern zu besprechen. Sollten Sie sich dazu entschließen, sind wir gerne bereit, Sie dabei zu begleiten.«

Dass sich angesichts der realen Gegebenheiten in psychiatrischen Einrichtungen und der Unvorhersehbarkeit der Zukunft mit Vorausverfügungen nicht jegliche Krisensituation ohne einschränkende Maßnahmen umfassend regeln lässt, versteht sich von selbst. Glücklich ist, wer eine Vertrauensperson hat, die im Konfliktfall die eigenen Wertvorstellungen interpretieren kann, oder gar eine Einrichtung in der Nähe, die verbindlich erklärt, bei ernsten psychosozialen Krisen die selbst formulierten erwünschten Hilfen zu leisten.

Zu Risiken und Nebenwirkungen von Selbsthilfe

[39] Siehe Peter Lehmann: »Grußwort zur 22. Fachtagung (›Patientenrechte in der Psychiatrie – Theorie und Wirklichkeit‹) des Landesverbandes Psychiatrie-Erfahrener Rheinland-Pfalz e.V. in Kooperation mit der Rhein-Mosel-Fachklinik, Andernach, 7. September 2016«, in: Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Rheinland-Pfalz e.V. (Hg.): »Patientenrechte in der Psychiatrie – Theorie und Wirklichkeit. Dokumentation der 22. Fachtagung des Landesverbandes Psychiatrie-Erfahrener Rheinland-Pfalz e.V.«, Trier: Selbstverlag 2016, S. 20-21. Online-Ressource https://www.peter-lehmann.de/artikel/reform/pdf/lehmann_grusswort-andernach-2016.pdf

Auch wenn individuelle und organisierte Selbsthilfe – wie bereits erwähnt – das A & O der Bewältigung psychosozialer Krisen ist, sollten ihre Schattenseiten nicht unterschlagen werden. Immer wieder kommt es in Selbsthilfegruppen zu psychischen Verletzungen. Psychiatriebetroffene sind dann besonders verletzlich, wenn sie sich nach katastrophalen Erfahrungen mit der Psychiatrie unter ihresgleichen sicher wähnen und sich vertrauensvoll öffnen. Doch wieso sollten alle Psychiatriebetroffenen aneinander interessiert und fähig sein, sich solidarisch, mitfühlend und kritikfähig mit anderen auseinanderzusetzen? Wieso sollten psychiatrische Schubladendiagnosen wie »Psychose« oder »Schizophrenie« dazu führen, dass die derart Diagnostizierten mehr gemeinsam haben als eben jene Diagnose? Wieso sollte sich ein Psychiatriebetroffener, der eine Behandlung gegen seinen Willen als hilfreich empfunden hat, solidarisieren mit der Forderung eines Psychiatriegeschädigten nach vorbehaltlosem Verbot jeglicher psychiatrischen Zwangsbehandlung? Sitzen die Betroffenen durch eine angenommene Gleichheit oder Vergleichbarkeit ihrer Psychiatrie- oder Psychose-Erfahrung nicht einer Illusion auf, die sie beim ersten Erleben unterschiedlicher Wahrnehmung oder Bewertung von Situationen in heillose Streitereien und Enttäuschungen förmlich hineintreiben muss?[40]

In seinem Beitrag in dem Buch »Psychopharmaka absetzen – Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Phasenprophylaktika, Ritalin und Tranquilizern« gestattet David Webb aus Melbourne, ehemaliges Vorstandsmitglied des Weltnetzwerks von Psychiatriebetroffenen, einen kritischen Blick auf die dunkle Seite so mancher Selbsthilfegruppe. Er schreibt:

> »Eine der nervigsten Sachen während meines Kampfes waren all die Leute, die glauben, dass das, was ihnen geholfen hat, mir auch helfen könnte. Der Weg zur Freiheit ist einzigartig und höchst persönlich.«[41]

Abhängigkeit von Psychopharmaka sollte nicht von einer neuen Abhängigkeit abgelöst werden. Vorsicht ist immer angebracht, wenn Patentrezepte angeboten werden. Dies betrifft die antipsychiatrische ›Bewegung‹ allgemein und Standardvorausverfügungen insbesondere, wenn den persönlichen Erfahrungen und Krisenbewältigungsstrategien kein Raum gegeben wird. Als Beispiel soll die »Patientenverfügung (PatVerfü)« dienen, die unter anderem von der deutschen Bundesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie-Erfahrener und vom BPE-Vorstand herausgegeben wird.[42] Das Formular sieht – insbesondere für psychiatriekritisch eingestellte Personen sinnvoll – die Ablehnung einer psychiatrischen Diagnostizierung und Behandlung vor, kann die Unterzeichner jedoch in immense Schwierigkeiten bringen, wenn sie Behandlungen ohne jegliche Einschränkung ablehnen. Mit der Formulierung

> »Strikt untersage ich folgende Behandlungen:
> – Behandlungen von einem psychiatrischen Facharzt oder dem sozialpsychiatrischen Dienst.
> – Behandlung in einer psychiatrischen Station eines Krankenhauses oder einer Ambulanz oder einem sog. Krisendienst.«

---

[40] Siehe Peter Lehmann: »Ketzerische Gedanken zur Selbsthilfebewegung anlässlich des Todes von Klaus Laupichler«, in: Hilde Schädle-Deininger / Reinhard Peukert / Franz-Josef Wagner (Hg.): »Trialogisches Miteinander – Chance voneinander zu lernen. Zum Gedenken an Klaus Laupichler«, Köln: Psychiatrieverlag in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für soziale Psychiatrie e.V. 2016, S. 130-136; Online-Ressource https://www.peter-lehmann.de/artikel/selbsthilfe/pdf/lehmann_ketzerische-gedanken.pdf

[41] David Webb: »Bitte tun Sie sich nichts an«, in: Peter Lehmann (Hg.): »Psychopharmaka absetzen – Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Phasenprophylaktika, Ritalin und Tranquilizern«, Berlin / Eugene / Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag, 4., aktualisierte und erweiterte Auflage 2013, S. 161. Online-Information https://www.peter-lehmann.de/buecher/absetzen.htm (E-Book 2026)

[42] Siehe Bundesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie-Erfahrener et al. (Hg.): »Patientenverfügung (gemäß § 1901a BGB)«; Online-Ressource http://www.patverfue.de/media/PatVerfue_neu.pdf vom 3. Oktober 2014

kommen die Unterzeichner potenziell in Lebensgefahr: In einer Ambulanz oder in einem Krisendienst darf eine starke Blutung dann nicht mehr gestillt, ein Herzstillstand nicht mehr behandelt werden, wenn die Betroffenen beispielsweise im Zustand der Bewusstlosigkeit ihre Verfügung nicht mehr widerrufen können. Hellhörig sollte auch machen, wenn ein Formular keine Benennung von eigenen Erfahrungen, von möglichen Krisensituationen und von alternativen Lösungswegen in psychosozialen Krisen vorsieht – was aber auch heute noch (auf Grundlage des § 1901a BGB) als dringend erforderlich anzusehen ist, um die Selbstbestimmungsfähigkeit bei Abfassen der Patientenverfügung zu belegen und dem Einwand zu begegnen, man hätte sich keine ausreichenden Vorstellungen über die zukünftige Behandlung gemacht.[43] Dafür bietet die genannte »PatVerfü« Raum für zehn Personen, denen als Vorsorgebevollmächtigten für die Aufgabenbereiche Aufenthaltsbestimmung, Gesundheitsfürsorge und Vermögenssorge Blankovollmachten erteilt werden sollen; Warnungen vor einem möglichen folgenschweren Missbrauch dieser Vollmachten fehlen jedoch komplett. Wer sich mit den Vorgaben der »PatVerfü« zufrieden gibt, geht ein hohes Risiko ein, dass diese im Konfliktfall vom Richter ignoriert wird.

Eine kritische Haltung nach allen Seiten ist existenziell für eine selbstbestimmte Krisenverarbeitung und -vorsorge. Es ist angeraten, sich rechtzeitig einen Überblick über Stolpersteine und Vorzüge einzelner Vorausverfügungen[44] zu verschaffen, sich eine unabhängige eigene Meinung zu bilden und entsprechend vorzusorgen.

Fazit

Bis es dazu kommt, dass Psychiater das Verfassen autonomer Vorausverfügungen anregen oder humanistische Hilfen als Standardleistungen anbieten, können allerdings noch viele Jahre vergehen. Aus der allgemeinen rechtlichen Schlechterstellung Psychiatriebetroffener und den gesundheitlichen Gefahren, die von Psychopharmaka und Elektroschocks ausgehen und mitverantwortlich für ihre um durchschnittlich zwei bis drei Jahrzehnte verringerte Lebenserwartung sind, ergibt sich die absolute Notwendigkeit, sich per Vorausverfügung zu schützen, um im Krisenfall nicht zum wehrlosen Objekt psychiatrischer Willkür zu werden. Da Vorausverfügungen rechtswirksam sind, ist es wichtig, den eigenen Willen sorgfältig zu formulieren und auf die individuellen Bedürfnisse abzustimmen.

Die präventive Wirkung, sich rechtzeitig gedanklich mit Ursachen, Risiko- und Auslösefaktoren sowie Bewältigungsstrategien psychosozialer Krisensituationen auseinanderzusetzen und nach möglichen Unterstützern zu suchen, ist nicht zu unterschätzen.[45] Wer es lernt, sich nach psychosozialen Krisen mit deren Sinn und Auslösesituationen zu beschäftigen, läuft nicht mehr so schnell in die nächste psychotische, depressive oder manische Phase. Voraussetzung hierfür ist, sich selbst als verantwort-

---

[43] Siehe Rolf Marschner: »Verbindlichkeit und notwendiger Inhalt von Vorsorgevollmachten und Patientenverfügungen in der Psychiatrie«, in: Recht und Psychiatrie, 18. Jg. (2000), S. 161; und Rainer Stötter: »Crashkurs Patientenverfügung«, in: ThuLPE – Zeitung des Thüringer Landesverbands Psychiatrie-Erfahrener e.V., Ausgabe 1/2012, S. 15-19

[44] Siehe Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag: »Vorausverfügungen«; Online-Ressource https://www.peter-lehmann.de/info/voraus.htm vom 3. Oktober 2014

[45] Siehe AG »Selbst-CheckerInnen« im Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener: »Selbst-Checken: Geht es wieder rund?«, in: Andreas Knuf / Anke Gartelmann (Hg.): »Bevor die Stimmen wiederkommen – Vorsorge und Selbsthilfe bei psychotischen Krisen«, Bonn: Balance Buch und Medien Verlag, 2. Auflage 2010, S. 168-177; Miriam Krücke: »Vorausverfügungen – Ein Schritt zur Selbsthilfe«, in: Peter Lehmann / Peter Stastny (Hg.): »Statt Psychiatrie 2«, Berlin / Eugene / Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag 2007, S. 99-106. Online-Information https://www.peter-lehmann.de/buecher/sp.htm (E-Book 2026)

liches Subjekt seines Lebens, seiner Vergangenheit und seiner Zukunft wahrzunehmen. Dann ist es möglich, dass in psychosozialen Krisensituationen das Selbstbestimmungsrecht gewahrt bleibt.

Anmerkungen

Dem Text zugrunde liegt ein Manuskript zum Vortrag vom 16. November 2013 beim Selbsthilfetag der Berliner Organisation Psychiatrie-Erfahrener und Psychiatrie-Betroffener (BOP&P e.V.) in der Beschwerde- und Informationsstelle Psychiatrie, Berlin-Schöneberg. Er erschien original im Rundbrief des Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener, 2014, Nr. 4, S. 20-27, siehe https://www.peter-lehmann.de/artikel/bpe-rundbrief/2014.4.20-27.pdf. Die aktualisierte und erweiterte Fassung steht im Internet unter https://www.peter-lehmann.de/artikel/recht/pdf/lehmann-selbstbestimmung-krise.pdf.

Die in Zitaten kursiv gesetzten Erläuterungen in Klammern stammen vom Autor.

Über den Autor

Peter Lehmann. Dipl.-Pädagoge. Autor und Verleger in Berlin. 1989 Gründungsmitglied des Weglaufhauses Berlin, 1991 von ENUSP (Europäisches Netzwerk von Psychiatriebetroffenen). Bis 2010 ENUSP-Vorstandsmitglied. 2010 Verleihung der Ehrendoktorwürde von der Aristoteles-Universität Thessaloniki. 2011 Verleihung des Bundesverdienstkreuzes durch den deutschen Bundespräsidenten. Buchveröffentlichungen unter anderem: »Neue Antidepressiva, atypische Neuroleptika – Risiken, Placebo-Effekte, Niedrigdosierung und Alternativen. Mit einem Exkurs zur Wiederkehr des Elektroschocks« (gemeinsam mit Volkmar Aderhold, Marc Rufer & Josef Zehentbauer, 2017; Online-Information https://www.peter-lehmann.de/buecher/neue.htm); »Psychopharmaka absetzen – Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Phasenprophylaktika, Ritalin und Tranquilizern« (Hg. 1998; 5. Aufl. 2019, E-Book 2026; Online-Information https://www.peter-lehmann.de/buecher/absetzen.htm), »Der chemische Knebel – Warum Psychiater Neuroleptika verabreichen« (1986; 6. Aufl. 2010; E-Book 2026; Online-Information https://www.peter-lehmann.de/buecher/knebel.htm), »Schöne neue Psychiatrie« (1996; E-Book-Ausgabe 2026; Online-Information https://www.peter-lehmann.de/buecher/snp.htm), »Statt Psychiatrie 2« (Hg. 2007 mit Peter Stastny, E-Book 2026; Online-Information https://www.peter-lehmann.de/buecher/sp.htm). Mehr siehe https://www.peter-lehmann.de

© 2013-2026 by Peter Lehmann, Berlin. Alle Rechte vorbehalten.