

in: Aktion psychisch Kranke / Peter Weiß / Andreas Heinz (Hg.):
»Verantwortung übernehmen – verlässliche Hilfe bei psychischen
Erkrankungen. Tagungsdokumentation 7. und 8. November 2016 in
Kassel«, Tagungsband 43, ISBN 978-3-88414-678-1,
Köln: Psychiatrie Verlag 2017

III Verantwortung der Betroffenen-Selbsthilfe

Selbstbestimmung und Verantwortung in der Krise

Peter Lehmann

Menschen in psychisch Krisen sozialer Natur sowie Menschen in überwiegend organisch bedingten psychischen Notsituationen landen viel zu häufig in der stationären Psychiatrie. Was können sie tun, um in solchen Situationen ihr Selbstbestimmungsrecht zu bewahren? Die Vielfalt der Probleme, Wertvorstellungen, Interessen, Lebensumstände und Herangehensweisen der Betroffenen mit ihren höchstens auf den ersten Blick vergleichbaren Problemen kann auf die Eingangsfrage keine einfache Antwort erwarten lassen. Individuell abgestimmte und verantwortungsvoll formulierte Voraussetzungen sind das zeitgemäße Mittel der Wahl, damit auch während Krisensituationen das Selbstbestimmungsrecht beachtet wird.

Ärztliche Pflicht zur Notfallbehandlung

In Krisensituationen kann medizinische Hilfeleistung lebensrettend sein; bei Menschen in lebensbedrohlichen Zuständen, die ihren Willen in dieser Not-situation nicht äußern können, ist medizinische Hilfeleistung rechtlich vorgeschrieben. Das im medizinischen wie im psychosozialen Bereich geltende Recht verlangt vom psychiatrischen Personal, Schaden von der gefährdeten Person abzuwenden. Hierbei müssen alle Rechtsprinzipien – auch das der Verhältnismäßigkeit – gewahrt und die Behandlungsmaßnahmen auf die konkrete Person und ihre gesundheitliche Situation bezogen sein, und sie dürfen keine erheblichen Gefährdungspotenziale beinhalten.

Hierzulande wird die Rechtslage maßgeblich durch das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) und Strafgesetzbuch (StGB) geregelt. So erlaubt § 630 d Absatz 1 BGB (Einwilligung) in Notsituationen eine unaufschiebbare Behandlung, sofern sie am Interesse und den mutmaßlichen Optionen der Betroffenen ausgerichtet ist. Psychiater handeln dann auf der Grundlage des § 677 BGB (Pflichten des Geschäftsführers). Diese Geschäftsführung ohne Auftrag verfügt ebenfalls, dass die Notfallbehandlung am Interesse und den mutmaßlichen Optionen der Betroffenen orientiert sein muss. Während § 323 c StGB (Unterlassene Hilfeleistung) jedermann zur Hilfe verpflichtet, wenn ein Mensch in Not ist, unterliegen Ärztinnen und Ärzte,

die eine Behandlung übernommen haben, einer besonderen Pflicht zur Hilfeleistung: der »Garantenpflicht«. Damit ist ihre Beistandspflicht (§ 13 Absatz 1 StGB – Begehen durch Unterlassen) gemeint. In ihrer Pflichtenposition haben sie dafür einzustehen, dass bestehende Rechtsgüter, zum Beispiel Leben und Gesundheit ihrer Patientinnen und Patienten, vor Schäden geschützt werden.

Betreuungsrecht (§ 1906 Absatz 3 BGB – Genehmigung des Betreuungsgerichts bei der Unterbringung), länderspezifische Unterbringungs- und Psychisch-Kranken-Gesetze und gesetzliche Bestimmungen zum Maßregelvollzug erlauben psychiatrisch Tätigen (nach Zustimmung von Betreuern und Gerichten) unter einseitig und willkürlich zu definierenden Voraussetzungen, Menschen mit ernststen psychiatrischen Diagnosen gewaltsam Psychopharmaka zu verabreichen. Anders als bei der Notfallbehandlung gemäß BGB müssen sich psychiatrisch Tätige, die Psychopharmaka gemäß Betreuungsrecht ohne informierte Zustimmung verabreichen, für ihr Tun juristisch nicht rechtfertigen. Vor dem Recht werden Menschen mit psychiatrischen Diagnosen anders behandelt als Menschen mit nichtpsychiatrischen medizinischen Diagnosen, sie sind ungleich vor dem Recht.

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

Selbstbestimmung und Fremdbestimmung

Um eine psychiatrische Behandlung auch gegen den wirklichen oder mutmaßlichen Willen des Betroffenen durchzusetzen und vor strafrechtlicher Verfolgung wegen Körperverletzung befreit zu sein, spricht man psychiatrischen Patientinnen und Patienten gerne die Fähigkeit zur Selbstbestimmung ab (siehe LEHMANN, 2015[a]). Dies könne nach Meinung der Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) typischerweise gerechtfertigt sein bei:

- »(I) Selbstgefährdung: Unterbringung auf einer psychiatrischen Akutstation zur Verhinderung einer drohenden Selbsttötung bei akuter Suizidalität; medikamentöse Behandlung eines schizophreneren Wahns mit selbsterstörerischen Inhalten (z. B. der Überzeugung, fliegen zu können); intravenöse Flüssigkeitszufuhr bei verwirrten und exsikkierten (*ausgetrockneten*) Demenz-

kranken, 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.« (2014)

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.« (ebd.)

In anderen Worten: Verstehen die Betroffenen Risiken und proklamierte 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 Krankheits-einsicht; 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 (siehe LEHMANN, 2014[a]) – unterzogen zu werden.

Psychiatrischen Klinikpatientinnen und -patienten seien grundsätzlich unfähig zur Selbstbestimmung, das ist die professionelle Prämisse. In *Psychiatrische Pflege heute*, dem Verbandsorgan der Deutschen Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege, meinte 2015 die ehemalige Staatsanwältin Nicole Kreutz:

»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.« (S. 303 f.)

Das Stereotyp des psychisch Kranken

Unverändert und eher bestärkt durch sogenannten Antistigmatisierungsbemühungen transportiert der Begriff der psychischen Krankheit die Stereotypen der Verantwortungslosigkeit, Gemeingefährlichkeit und Behandlungsbedürftigkeit (CUMMINGS und CUMMINGS 1957). Auch der Berliner Rechtsanwalt Eckart WÄHNER verortet die Einschränkung von Grundrechten im Krankheitsbegriff:

»Der Begriff ›Geisteskrankheiten‹ selbst ist ein Etikett gegenüber unerwünschtem, störendem, gefürchtetem oder unerlaubtem Handeln, wodurch die damit einhergehenden Eingriffsbefugnisse die Rechtspositionen des Einzelnen wegen des angenommenen Verlusts der Selbstkontrolle gravierend beschneiden.« (2017, S. 34)

Als Konsequenz aus der Ungleichheit vor dem Recht sollten Psychatriebetroffene oder potenziell Betroffene, die in psychosozialen Krisensituationen ihre Selbstbestimmung fördern oder zumindest teilweise durchzusetzen wollen, in verantwortlicher Weise Vorsorge für den Krisenfall treffen. Gegen subjektiv geprägte psychiatrische Diagnosen und Prognosen lässt sich im Krisenfall sachlich nicht argumentieren.

Auch eine Selbst- oder Fremdgefährdung von Menschen, die als psychisch gestört gelten, lässt sich objektiv nicht beurteilen, es gibt keine messbaren Kriterien. Subjektiv geprägte Urteile sind im psychiatrischen Bereich ein unlösbares Problem. Juristisch gelten Diagnosen als bloße Werturteile (BGH 1989). Sie mögen auf einer medizinischen Begutachtung beruhen,

öffnen jedoch als bloße Meinungsäußerungen willkürlichen Schlussfolgerungen Tür und Tor. Dies wirkt sich zum Nachteil der Betroffenen aus, gerade wenn es um die Einschränkung fundamentaler Grundrechte gehen soll. Wie Psychiater ihre eigene Diagnostik einschätzen, offenbarte Wolfgang Werner, seinerzeit Saarländischer Landespsychiaterarzt und Leiter der psychiatrischen Klinik Merzig, als er 1991 in einer Fernsehdiskussion mit Dorothea Buck, dem Rechtsanwalt Hubertus Rolshoven und dem Autor dieses Artikels 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.«

Mangels ausreichend belegter Prognosekriterien kommt es bei der Feststellung von Gefährdungswahrscheinlichkeit zwangsläufig zu erheblichen Fehleinschätzungen. Es geht nicht mehr um die spezifische Situation einzelner Patientinnen und Patienten. Die Wahrscheinlichkeitsaussage zu ihrer Gefährdung wird lediglich mit einer Gruppe sich ähnlich verhaltender Menschen verglichen (siehe KALECK et al. 2008, S. 10).

Um sich über die Behandlungsunwilligkeit hinwegsetzen zu können, wird Zwangsbehandlung zusätzlich mit dem unbestimmten Kriterium der Urteils- bzw. Einwilligungsunfähigkeit verquickt. Diese gilt jedoch als diffuser, sich wandelnden subjektiven Definitionen zugänglicher Rechtsbegriff, einen Standard gibt es auch für ihn nicht. Betroffene sind chancenlos, wenn ihr Einverständnis mit der Verabreichung psychiatrischer Anwendungen gefragt ist. 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 – in exakt derselben Situation – dagegen in aller Regel als Krankheitssymptom und Beweis der Selbstbestimmungsunfähigkeit. Diese Zirkelschlusslogik konnte oder wollte die akademische Psychiatrie in vier Jahrzehnten nicht überwinden.

Traumata und Abwägung von Menschenrechten

Menschenrechtseinschränkungen und traumatisierende Wirkungen durch gewaltsame Verabreichung von Psychopharmaka und Elektroschocks werden von den Behandlern zwar durchaus gelegentlich eingeräumt, sollen aber trotzdem »im eigenen Interesse« in Kauf genommen werden.

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 nicht das Geringste zu tun hat.

Die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) fordert Gleichheit vor dem Recht auch für Menschen mit psychiatrischen Diagnosen. Doch sie wird in Deutschland immer noch in der Weise interpretiert, dass sie Zwangsbehandlung als besondere Maßnahme rechtfertige, um eine Gleichheit vor dem Recht beschleunigt herbeizuführen. Rolf Marschner, Münchner Anwalt für Sozialrecht mit dem Schwerpunkt Behindertenrecht, interpretierte die UN-BRK in der Weise, dass sie Zwangsbehandlung zur Wiederherstellung der seelischen Unversehrtheit zulasse:

»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.« (2013, S. 223/222)

Den Widerspruch, seelische Unversehrtheit ausgerechnet mit einer traumatisierenden, oft zu bleibenden seelischen Verletzungen und chronischen Erkrankungen führenden gewaltsamen Verabreichung psychiatrischer Psychopharmaka wiederherstellen zu wollen, berücksichtigt eine solche Argumentation allerdings nicht. Generell ignoriert man die psychischen Folgen traumatisierender Erfahrung durch das Erleben psychiatrischer Gewalt. Dies gilt ebenso für traumatisierende Missbrauchserfahrungen (speziell bei Frauen), die sich auch Jahre später in psychosozialen Krisensituationen Ausdruck verschaffen können. Statt Verständnis erwartet die Opfer die gewaltsame Verabreichung von Psychopharmaka. Bedauert wird offiziell einzig das Misstrauen, das die Betroffenen verständlicherweise gegenüber den professionellen Herbeiführern ihrer Traumata 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.« (2014)

Besser wäre zu sagen gewesen: Die Folge ist nicht selten ein Patient, der dauerhaft traumatisiert bleibt, keinerlei therapeutische Hilfen erfährt bei der Verarbeitung der behandlungsbedingten Traumata und dem kein Anspruch auf Rehabilitationsmaßnahmen und Entschädigung gewährt wird; deshalb sollten wir Zwangsbehandlungen nur durchführen bei Patienten, die diese Maßnahmen in Behandlungsvereinbarungen im Wissen um die Konsequenzen für sich eingefordert haben.

Krisenbewältigung ohne Psychiatisierung oder mit Beschwerdestellen

Berichte über Wege, Krisen ohne Psychiatisierung und dem mit ihr verbundenen Risiko des eingeschränkten Selbstbestimmungsrechts 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 (siehe LEHMANN und STASTNY 2007/2014). Um Krisen ohne Psychiatisierung durchzustehen, sind günstige äußere Bedingungen ebenso hilfreich wie verantwortungsvolles Handeln der Beteiligten.

Selbsthilfegruppen mit undogmatischer Ausrichtung und respektvollem Umgang miteinander können in Krisensituationen Unterstützung leisten. Sie haben allerdings auch ihre Grenzen, wenn zu viele Hilfesuchende zu wenig stabilen Gruppenmitgliedern gegenüberstehen. Vorsicht ist zudem geboten, wenn sich Teilnehmer einer sogenannten Psychoedukation unterziehen ließen: Dann wurden ihnen in aller Regel eingetrichtert, dass psychosoziale Krisen biologische Ursachen haben und einzig mit Psychopharmaka neutralisiert werden können und müssen (siehe LEHMANN 2013). Diese Form von Krisenbewältigung empfehlen sie in der Folge gerne anderen als alternativloses Patentrezept.

Nichtsdestotrotz ist individuelle und organisierte Selbsthilfe eine wesentliche Komponente der Krisenbewältigung. Sind keine Selbsthilfemöglich-

keiten vorhanden, bietet sich an, Unterstützung bei humanistisch orientierten Psychotherapeuten zu suchen.

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, Windhorst, Soteria, Weglaufhaus etc. informieren und prüfen, ob im Fall des Falles eine Kostenübernahme seitens der Krankenkasse oder des Sozialamts möglich ist. Staaten wie Deutschland, die die UN-Behindertenkonvention ratifiziert haben, sind gehalten, angemessene Vorkehrungen zur Verhinderung von rechtlicher Schlechterstellung zu treffen und die Auswirkungen einer aus einer Krise resultierenden Einschränkung von Freiheitsrechten zu mindern (MARSCHNER 2013, S. 212f.). Valentin Aichele, Leiter der Monitoring-Stelle, die die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention in Deutschland überwacht, führte 2012 anlässlich einer öffentlichen Anhörung im Rechtsausschuss des deutschen Bundestags aus:

»Versäumt es der Staat, heute alles in seiner Macht Stehende zu tun, um in den nächsten Jahren die Mittel und Praktiken der Psychiatrie dergestalt zu entwickeln, dass akute Krisen anders als mit Zwangsmitteln beziehungsweise mit den mildesten Mitteln beantwortet werden, kann er sich nicht mehr auf Zwang als ›ultima ratio‹ berufen. Tun sie das nicht, verstoßen sie gegen die UN-Behindertenkonvention.« (Deutsches Institut für Menschenrechte 2012, S. 5)

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. So müssen derzeit ausgerechnet auch 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, wie nicht nur das Beispiel Gustl Mollath drastisch zeigte. Kritische Mitglieder staatlicher Besuchskommissionen, insbesondere solche, die psychiatrische Klinikbehandlung schon am eigenen Leib erfahren haben, berichten immer wieder von vergleichbaren Erfahrungen.

Außenstehende können eine unabhängige Beschwerdestelle einschalten, sofern es eine solche gibt. Allerdings sind deren Interventionsmöglichkeiten

äußerst bescheiden. Was wirklich nötig wäre, geht aus den Empfehlungen hervor, die im Rahmen des »Aktionsprogramms der Gemeinschaft zur Bekämpfung von Diskriminierung 2001 – 2006« entwickelt wurden. Beteiligt an dem Programm, das von der Europäischen Kommission unterstützt wurde, waren Mental Health Europe, die belgische Forschungseinrichtung LUCAS, Pro Mente Salzburg, MIND (England und Wales), der niederländische Clientenbond, die spanische FEAFES (Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental; 2015 umbenannt in Confederación Salud España), der deutsche Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener (BPE) und das Europäische Netzwerk von Psychiatriebetroffenen. Gemeinsam forderten sie als Maßnahmen gegen die in allen Ländern vorhandene strukturelle Diskriminierung von Menschen mit psychiatrischen Diagnosen im medizinischen Bereich:

»Es sollten Gleichstellungsgesetze verabschiedet und Mittel bereitgestellt werden, um diese Gesetze in die Praxis umzusetzen. Ein Hauptanliegen ist es, Gesetze zu verabschieden, die aktiv die Respektierung der Menschenrechte garantieren. Diese Gesetze sollten ausgerichtet sein auf den Schutz der Menschenwürde, das Recht auf körperliche Unversehrtheit, das Recht auf Selbstbestimmung, das Recht auf Privatsphäre und das Recht auf Achtung.«

Dies kann zum Beispiel über die gesetzliche Absicherung von Voraussetzungen oder die Einführung eines Suizidregisters (unter besonderer Berücksichtigung von beteiligten Psychopharmaka, Elektroschocks, von vorgegangener Fixierung und anderen Formen von Zwang, Schikane und Diskriminierung) geschehen.

Es sollten Beschwerdestellen eingerichtet werden, die mit der Autorität und den strukturell abgesicherten Möglichkeiten ausgestattet sind, Institutionen und Entscheidungsträger zu beeinflussen und gegebenenfalls zu sanktionieren.« (»Diskriminierung« 2005)

Problemen beim Absetzen von Psychopharmaka vorausschauend ins Auge schauen

Personen, die in psychosozialen Krisen psychiatrisiert wurden, werden in aller Regel mit einem Mix an Psychopharmaka entlassen. Aufgrund des psychiatrischen Dogmas, psychische Probleme seien ganz oder teilweise genetisch bedingt, versteht es sich von selbst, dass im sogenannten Arztbrief eine zeitliche Begrenzung der angeordneten Verabreichung von Psychophar-

maka sowie Hinweise auf mögliche Entzugserscheinungen fehlen. Sofern die Betroffenen Antidepressiva, Stimmungsstabilisatoren und Neuroleptika in Selbstbestimmung absetzen wollen, müssen sie auf eigene Faust mögliche Entzugsprobleme und Wege zu deren Minimierung erkunden 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. Angesichts von Verschreibungskaskaden sowohl medizinischer-somatischer als auch psychiatrischer Pharmaka insbesondere bei älteren Menschen und den vielfältigen unerwünschten Wirkungen (zum Beispiel Kreislaufstörungen) und Interaktionen kam die deutsche Internistin Jutta WITZKE-GROSS 2010 zum Schluss:

»Absetzen von Medikamenten kann die beste klinische Entscheidung sein und in einem signifikanten klinischen Nutzen einschließlich einer Reduktion der Fallneigung resultieren. (...) Es ist auch immer daran zu denken, dass eine Möglichkeit, Medikamente abzusetzen, die ist, mit dem Medikament erst gar nicht anzufangen.« (S. 29/32)

Abhängigkeits- und Entzugsprobleme beim Absetzen von Psychopharmaka sollten alle potenziell Betroffenen frühzeitig überlegen lassen, ob es nicht auch für sie besser wäre, mit Psychopharmaka erst gar nicht anzufangen.

Negieren körperlicher Abhängigkeit von Psychopharmaka

In der Regel wird ihnen jedoch die Tatsache, dass Neuroleptika und Antidepressiva zu einer körperlichen Abhängigkeit führen, mit dem Argument vorenthalten, Abhängigkeit könne es nur geben, wenn gleichzeitig ein Suchtverhalten vorliege. Laut der internationalen Diagnosenfibel »ICD-10« (*International Classification of Diseases*) von 1992 müssen mindestens drei der folgenden sechs Kriterien während eines Monats oder mehrmals innerhalb eines Jahres zutreffen, um von Abhängigkeit sprechen zu können: (1) ein starker Wunsch, die Substanz einzunehmen; (2) Schwierigkeiten, den Konsum zu kontrollieren; (3) anhaltender Substanzgebrauch trotz schädlicher Folgen; (4) dem Substanzgebrauch wird Vorrang vor anderen Aktivitäten und Verpflichtungen gegeben; (5) Toleranzbildung; (6) körperliches Entzugssyndrom (DILLING et al. 1992). Durch das willkürliche Hinzufügen von Kriterien, die auf suchtbildende Stoffe zutreffen (im »ICD-9« genügte Toleranzbildung oder das Vorliegen eines Entzugssyndroms als Nachweis

von Abhängigkeit), meinen Befürworter von Psychopharmaka, deren abhängigkeitsförderndes Potenzial als Phantasieprodukt abtun zu können. Derzeit stehen die sechs Kriterien nach wie vor im aktualisierten »ICD-10«, eingeleitet durch die Bekräftigung,

»... ein entscheidendes Charakteristikum der Abhängigkeit ist der oft starke, gelegentlich übermächtige Wunsch, psychotrope Substanzen oder Medikamente (ärztlich verordnet oder nicht), Alkohol oder Tabak zu konsumieren.«

(DILLING et al. 2014, S. 114)

Der »ICD-10« erläutert zwar die Merkmale von Entzugssyndromen unterschiedlicher Substanzen (insbesondere psychische Störungen wie Angst, Depression und Schlafstörungen), die sich durch die erneute Zufuhr der abgesetzten Substanz wieder bessern (ebd., S. 117), allerdings sind laut »Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation«, der die diagnostischen Kriterien für einzelne psychische Störungen und Störungsgruppen kommentiert, weder Neuroleptika noch Antidepressiva bei den Substanzen gelistet, die Entzugs- und somit auch Abhängigkeitssyndrome verursachen können; erwähnt sind lediglich Alkohol, Opioide, Cannabis, Sedativa und Hypnotika (wozu Benzodiazepine zählen), Kokain, Stimulanzien, Nikotin und Lösungsmittel (DILLING und FREYBERGER 2014, S. 79–84).

Bei der Diskussionen um abhängig machende Potenziale von Psychopharmaka spielt die Definition von Abhängigkeit eine wichtige Rolle. Orientiert an der Definition der WHO (Weltgesundheitsorganisation) hatten noch 1985 der Arzt Wolfgang POSER, die Psychiaterin Sigrid POSER und der Diplom-Sozialwirt Dietrich ROSCHER in ihrem »Ratgeber für Medikamentenabhängige und ihre Angehörigen« vor der willkürlichen Hinzufügung des Kriteriums »Sucht« als wesentlich für den Begriff »Abhängigkeit« geschrieben:

»Medikamenten-Abhängigkeit *liegt vor*, wenn zur genügenden Symptom-Suppression und zur Kontrolle des Befindens eine kontinuierliche Medikation oder sogar steigende Medikamenten-Dosen erforderlich werden und/oder eine »Medikamenten-Pause« zum verstärkten Auftreten der ursprünglichen und weiterer Beschwerden führt. Zeichen chronischer Intoxikation machen sich bemerkbar.« (S. 34 – Hervorhebung im Original)

Rudolf DEGKWITZ, ehemaliger Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde, warnte schon vor über einem halben Jahrhundert gemeinsam mit seinem Kollegen Otto LUXENBURGER vor massiven Entzugsproblemen:

»Man weiß jetzt ferner, dass es bei einem Teil der chronisch Behandelten wegen der unerträglichen Entziehungserscheinungen schwierig, wenn nicht

unmöglich wird, die Neuroleptica wieder abzusetzen. Wie groß dieser Teil der chronisch behandelten Fälle ist, ist ebenfalls nicht bekannt.« (S. 174f.)
Zwei Jahre später schrieb DEGKWITZ:

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

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

1966 betonte Raymond BATTEGAY von der Universitätsklinik Basel die Notwendigkeit, den Abhängigkeitsbegriff um einen neuen Typ zu erweitern, und damit dem Problem der Abhängigkeit von Neuroleptica und Antidepressiva gerecht zu werden. Im Vergleich mit den Entzugerscheinungen von Tranquilizern würden neuroleptische Substanzen bzw. deren Entzug zwar kein unstillbares Verlangen (»craving«) auslösen, dennoch würden die Entzugerscheinungen auf eine körperliche Abhängigkeit hinweisen, so dass von einem »Neuroleptica/Antidepressiva-Typ der Drogenabhängigkeit« gesprochen werden könnte:

»Entziehungssymptome bzw. eine körperliche Abhängigkeit ergaben sich insbesondere bei kombinierten Neuroleptica/Antiparkinsonmittelbehandlungen. (...) Nach den Erfahrungen von Kramer et al., die ähnliche Entziehungssymptome beim Absetzen von über zwei Monate lang und hochdosiert appliziertem Imipramin beobachteten, würden dieselben Kriterien auch für die antidepressiven Substanzen gelten, so dass von einem Neuroleptica/Antidepressiva-Typ der Drogenabhängigkeit gesprochen werden könnte.« (S. 555)

Die Folgen des Negierens körperlicher Abhängigkeit von Psychopharmaka

Ärzte lassen ihre Patientinnen und Patienten gerne im Stich, wenn diese ihre Psychopharmaka gegen ärztlichen Rat absetzen wollen. Der Psychiater Asmus FINZEN ist einer der ersten seiner Berufsgruppe, der diese Haltung als Kunstfehler benennt:

»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 langfristig eingenommen hat, absetzen oder reduzieren will, hat der behandelnde Arzt ihm gefälligst zu helfen – auch wenn er anderer Meinung ist.« (2015)

Es ist zu hoffen, dass sich irgendwann Richter finden, die Ärzte wegen des Verstoßes gegen die Garantenpflicht und wegen des von Finzen beschriebenen Kunstfehlers verurteilen, wenn sie ihre absetzwilligen Patientinnen und Patienten aus der Praxis verweisen, ohne ihnen beim stufenweisen Absetzen beizustehen. In der Ferne zeichnen sich erste Lichtstreifen am Horizont ab, die darauf hinweisen, dass die Problematik der seit Jahrzehnten unterlassenen Hilfeleistung beim Absetzen psychiatrischer Psychopharmaka ansatzweise erkannt wird (siehe HEINZ und LEHMANN 2017). Doch bis es ein verlässliches Angebot der Unterstützung gibt für Menschen, die aus eigenem Entschluss und evtl. trotz verstockter Haltung ihres Arztes die Psychopharmaka absetzen wollen, kann in Anbetracht der Langsamkeit, mit der sich Psychiater einer Einsicht in die Problematik stellen, noch Jahrzehnte dauern. Insofern sind für Psychiatriebetroffene bzw. potenziell Betroffene Vorsorgemaßnahmen angesagt, damit in psychosozialen Krisensituationen ihre Selbstbestimmung gefördert, erhalten oder zumindest teilweise durchgesetzt wird. Das deutsche Rechtssystem bietet hierfür inzwischen einzigartige Voraussetzungen.

Vorausverfügungen als Schritt zur Gleichheit vor dem Recht

Mit vernünftigen Vorausverfügungen kann das Spektrum unlösbar scheidender Konfliktsituationen wesentlich verringert werden. In Deutschland kann eine Behandlung ohne informierte Zustimmung rechtswirksam abgelehnt oder eingefordert werden. MARSCHNER erklärte:

»Eine rechtswirksame Patientenverfügung nach § 1901 a Absatz 1 BGB ist auch während einer Unterbringung nach dem BGB oder den Psychisch-Kranken- bzw. Unterbringungsgesetzen beachtlich und verhindert damit gegebenenfalls jede Zwangsbehandlung.« (2013, S. 208)

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 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 Gesundheitsorge 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. § 1901 a Abs. 1 und 2 BGB), eine Patientenverfügung oder früher geäußerte Behandlungswünsche für die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation maßgeblich sein.« (BVerfG, Rn. 82/86)

In ihrer »ethischen Stellungnahme« von 2014 hatte sich auch die DGPPN dazu durchgerungen, die Wirksamkeit von Vorausverfügungen 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.«

Falls 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 zuzustimmen.

Vermutet werden muss jedoch, dass Psychiater eher darauf spekulieren, dass ihre Patienten Behandlungsvereinbarungen unterzeichnen – vorausseilende Zustimmungen zu einer späteren Zwangsbehandlung. *Rechtlich gelten vorausseilende Zustimmungen zu späteren Zwangsmaßnahmen zwar als ausgesprochen problematisch. Stellt sich in einem Konfliktfall jedoch die Frage nach dem tatsächlichen Willen des Patienten, kann eine Gewalt akzeptierende Aussage in einer Behandlungsvereinbarung als prinzipielles Einverständnis mit der Deutungshoheit des Psychiaters ausgelegt werden, die eigene Rechtsposition ist dann erheblich geschwächt.* In der Behandlungsvereinbarung, die beispielsweise die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Mainz anbietet, dürfen die Patienten in spe Prioritäten benennen für mögliche Zwangsmaßnahmen wie Ausgangsbeschränkung, Zwangsbehandlung, Isolierung (»Zimmergebot«) und Fixierung (siehe Abbildung) – für den Fall, dass Zwang als alternativlos betrachtet wird (Klinik 2014, S. 5). Mit Unterzeichnung einer solchen Vereinbarung unterwerfen sie sich dem Anspruch der Psychiater, die Unumgänglichkeit und Alternativlosigkeit ihrer Maßnahmen im Konfliktfall einseitig zu definieren und gegebenenfalls Psychopharmaka gewaltsam zu verabreichen.

Falls Zwangsmaßnahmen unumgänglich sind, ist folgende Reihenfolge anzustreben (Prioritäten durch Ziffern kennzeichnen):

- 1 Ausgangsbeschränkung
- 2 Zimmergebot
- 3 Fixierung
- 4 Zwangsmedikation
- 5

Abb.1: Aus der Behandlungsvereinbarung der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Mainz

Der Charakter der vorauseilenden Zustimmung zu möglicherweise später anstehenden Maßnahmen wird auch deutlich anhand der DGPPN-Stellungnahme (»Forschung intensivieren, Selbstbestimmung achten«) vom Juni 2016 zur geplanten Novelle des Arzneimittelgesetzes. Dort fordert die Interessenvertretung der Psychiater offen mehr Forschung an Einwilligungsunfähigen und plädiert dafür, dass potenzielle Patientinnen und Patienten schon heute ihre Bereitschaft erklären, ihren Körper zukünftig im Fall der »Nichteinwilligungsfähigkeit« (beispielsweise bei 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.«

Mit Vorausverfügungen konstruktive Lösungswege aufzeichnen

In Vorausverfügungen sollte es nicht einzig darum gehen, sich gegen die »Tyrannei der Außenwelt« (BIERI 2013, S. 9) zu wehren. Wichtig ist auch die Vorschau, wie psychosoziale Notlagen im Einklang mit der eigenen Weltanschauung bewältigt werden sollen, wie der einzelne Mensch Autor und Subjekt des eigenen Lebens bleibt. Als seriöse und zugleich einfache Hilfe zur Vorsorge, samt Entscheidungshilfen, empfiehlt sich die Vorsorgemappe »Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung« (FIETZEK und VON ZWEYDORF 2016), kombiniert mit der Psychosozialen Patientenverfügung – PsychPaV (siehe LEHMANN 2015[b]).

Rechtzeitig und mit vertrauenswürdigen nahestehenden Personen sollte sich jeder und jede einzelne Psychiatriebetroffene Gedanken über mögliche Krisensituationen und deren Bewältigung machen und diese in geeigneter Form zu Papier bringen (siehe ZIEGLER 2007 und 2014). Diese Notwendigkeit besteht auch für Menschen, die damit rechnen, einmal im Alten- und Pflegeheim zu landen, wo sie möglicherweise einer massiven Ruhigstellung mit Psychopharmaka ausgesetzt werden.

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. Zudem kann mit der Auflistung bestehender Risiken (siehe LEHMANN 2017[a, b], LEHMANN et al. 2017) der Vernunftgehalt einer gegebenenfalls sich kritisch zu Psychopharmaka äußernden Vorausverfügung demonstriert werden.

Vorausverfügungen sind zwecks Wahrung des Selbstbestimmungsrechts Behandlungsvereinbarungen deutlich vorzuziehen. Mit ersteren können auch die Interessen derer geschützt werden, die für sich im Krisenfall eine Zwangsbehandlung wünschen. Übrig bleibt der Personenkreis ohne getroffene Vorsorge, ihm wird die Möglichkeit genommen, durch eine – über eine Notfallbehandlung hinausgehende – Zwangsbehandlung vor einem Schadensrisiko bewahrt zu werden. Er ist aber im Krisenfall geschützt vor der Verletzung seiner elementaren Menschenrechte und kann das Recht auf »Freiheit zur Krankheit« (Selbstbestimmungsrecht) genauso in Anspruch nehmen wie ein somatisch Kranker.

Welche Möglichkeiten im Prinzip jetzt schon in psychiatrischen Kliniken mit gutwilliger Stationsleitung bestehen, wurde am Medikamentenaufklärungsprojekt des Landesverbands Psychiatrie-Erfahrener Rheinland-Pfalz deutlich. Beteiligt sind unter anderem der Psychiater Volkmar Aderhold und dessen Kollegen und Kolleginnen der Rheinhessen-Fachklinik Alzey, der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie Klingenmünster und der Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach (siehe LEHMANN 2016[b]). Im Aufklärungsbogen beispielsweise zu Neuroleptika (Antipsychotika) heißt es (Stand: Februar 2017):

»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.«

Man kann sich in persönlichen Vorausverfügungen durchaus auf solche Positiverfahrungen beziehen.

Psychiatisierung ohne Vorausverfügung

Kommt es zur einvernehmlichen Verabreichung von Psychopharmaka, sollte man die frühen Warnzeichen für chronische oder eventuell tödlich verlaufende psychopharmakabedingte Erkrankungen kennen (siehe LEHMANN 2014[b]), um im Bedarfsfall rasch handeln zu können. Bei erzwungener Verabreichung sollten Angehörige oder Freunde auf das Entstehen chronischer oder eventuell tödlich verlaufender psychopharmakabedingter Erkrankungen hinweisen, dokumentieren und diese Dokumentation psychiatrischem Personal unter Zeugen überreichen mit dem freundlichen Hinweis, der Psychiater möge »die Medikation anpassen«. Damit vermitteln sie ihm in subtiler Weise, dass in die psychiatrische Akten Beweise eingebracht werden, die ein juristisches Verfahren wegen bedingt vorsätzlicher Körperverletzung untermauern können. Auch wird verdeutlicht dass er besser von seinem Tun ablassen möge.

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. Glücklicherweise ist, wer eine Vertrauensperson hat, die im Konfliktfall die eigenen Wertvorstellungen interpretieren und kommunizieren kann, oder gar eine Einrichtung in der Nähe kennt, die verbindlich erklärt, bei ernststen psychosozialen Krisen die persönlich formulierten Hilfen zu leisten.

Die Verantwortung im Krisenfall, beim gedanklichen Vorwegnehmen von Maßnahmen, wie die Krise nach eigenen Wertvorstellungen und Möglichkeiten zu bewältigen ist, oder bei der nachträglichen Verarbeitung liegt nicht alleine bei den psychiatrischen Patientinnen und Patienten, sondern auch bei all den Professionellen, die mit organisatorischen, finanziellen und

juristischen Möglichkeiten ausgestattet sind. Verantwortung tragen auch Regierung, Verwaltung und Verbände mit ihrem Anspruch, die Interessen psychiatrischer Patientinnen und Patienten mit zu vertreten. Staatliche Organe könnten Krankenkassen nicht nur dazu bewegen, die Versicherten zur Abgabe von Erklärungen zu späteren Organspenden zu bewegen – wie bereits geschehen –, sondern auch zum Verfassen von Vorausverfügungen für den Fall einer zukünftigen Altersverwirrtheit oder Psychiatrisierung. Psychiatrisch Tätige, die nicht warten wollen, bis die Organe der Obrigkeit aktiv werden, können jetzt schon mit gutem Beispiel vorausgehen und die Trägheit ihrer Patientinnen und Patienten überwinden, indem sie mit gutem Beispiel vorausgehen und gemeinsam mit ihnen Vorausverfügungen niederschreiben.

An die AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V., die sich als Lobby für Menschen mit psychischen Erkrankungen versteht, die ihre Anliegen schlecht selbst vertreten können, wurden schon bei ihrer Jahrestagung 2015 Fragen gestellt, wann sie aktiv wird angesichts

- fehlender Kontrolluntersuchungen und ausbleibender Aufklärung über Risiken, Frühwarnzeichen, sich abzeichnender behandlungsbedingter Schädigungen sowie Behandlungsalternativen,
- fehlender Hilfen beim Absetzen von Psychopharmaka,
- fehlender therapeutischer Hilfen beim Verarbeiten iatrogenen Traumata,
- fehlender humanistischer Angebote (LEHMANN 2016[c]).

Angesichts der in Europa um durchschnittlich 22 Jahre verminderten Lebenserwartung von Menschen mit ersten psychiatrischen Diagnosen im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung wäre es Zeit für Antworten.

Zu Risiken und Nebenwirkungen von Selbsthilfe

Auch wenn individuelle und organisierte Selbsthilfe eine wesentliche Komponente bei der Bewältigung psychosozialer Krisen darstellt, sollen ihre Schattenseiten hier nicht unterschlagen werden. Immer wieder kommt es in Selbsthilfegruppen zu psychischen Verletzungen. Psychiatriebetroffene sind dann besonders verletztlich, wenn sie sich nach katastrophalen Erfahrungen mit der Psychiatrie unter ihresgleichen sicher wähnen und vertrauensvoll offenbaren. Psychiatriebetroffene sind nicht automatisch mehr aneinander interessiert und fähiger, sich solidarisch, mitfühlend und kritikfähig mit anderen auseinanderzusetzen und Rücksicht auf deren Verletzbarkeit zu nehmen. Wieso sollten psychiatrische Schubladendiagnosen wie »Psychose«

oder »Schizophrenie« dazu führen, dass die derart Diagnostizierten mehr gemeinsam haben als eben jene Diagnose? 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 (siehe LEHMANN 2016[d]) förmlich in Enttäuschungen hineintreiben muss?

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

»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.« (2013, S. 161)

Abhängigkeit von Psychopharmaka sollte nicht durch eine neue Abhängigkeit abgelöst werden. Vorsicht ist immer angebracht, wenn Patentrezepte angeboten werden. Dies betrifft die antipsychiatrische »Bewegung« allgemein und auch 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. 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.« (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 § 1901 a 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 (siehe MARSCHNER 2000, S. 161). Die genannte »PatVerfü« bietet statt dessen Raum für zehn Personen, denen als Vorsorgebevollmächtigten für die Aufgabenbereiche Aufenthaltsbestimmung, Gesundheitsfürsorge und Vermögenssorge Blankovollmachten erteilt wird; 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 (PLAV 2014) zu verschaffen, sich eine unabhängige eigene Meinung zu bilden und entsprechend vorzusorgen. »PatVerfü« und Behandlungsvereinbarung waren hier nur zwei Beispiele für Fallstricke, in denen man sich besser nicht verfangen sollte.

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 (siehe AG »Selbst-CheckerInnen« 2010; KRÜCKE 2007 und 2014). 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 (BELLION 2013). Voraussetzung ist, sich selbst als verantwortliches Subjekt seines Lebens, seiner Vergangenheit und seiner Zukunft wahrzunehmen. Dann ist es möglich, dass in psychosozialen Krisensituationen das Selbstbestimmungsrecht zumindest weitgehend gewahrt bleibt.

Fazit

Bis es dazu kommt, dass Psychiater das Verfassen autonomer Vorausverfügungen anregen oder humanistische Hilfen als angemessene Vorkehrungen zur Verhinderung von rechtlicher Schlechterstellung als Standardleistungen anbieten, können noch viele Jahre vergehen. Aus der allgemeinen rechtlichen Schlechterstellung Psychiatriebetroffener und den gesundheitlichen

Gefahren, die von Psychopharmaka und Elektroschocks ausgehen und die mitverantwortlich für ihre um durchschnittlich zwei bis drei Jahrzehnte verringerte Lebenserwartung sind, ergibt sich die Notwendigkeit, sich per Vorausverfügung zu schützen. Nur so wird man im Krisenfall nicht zum wehrlosen Objekt von Willkürmaßnahmen. Da Vorausverfügungen rechtswirksam sind, ist es wichtig, für die Bewältigung einer möglichen Krisensituation den eigenen Willen sorgfältig, verantwortungsvoll und auf die individuellen Bedürfnisse abgestimmt zu formulieren.

Anmerkungen

Die in Zitaten kursiv gesetzten Erläuterungen in Klammern stammen vom Autor. Sämtliche Internetzugriffe erfolgten am 27. Oktober 2016.

Quellen

- AG »Selbst-CheckerInnen« im Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener (2014): »Selbst-Checken: Geht es wieder rund?«, in: KNUF, A./GARTELMANN, A. (Hg.)(2014): »Bevor die Stimmen wiederkommen – Vorsorge und Selbsthilfe bei psychotischen Krisen«, Köln: BALANCE buch + medien verlag, 9., korrigierte Auflage, S. 168–177
- BATTEGAY, R. (1966): »Entziehungserscheinungen nach abruptem Absetzen von Neuroleptica als Kriterien zu ihrer Differenzierung«, in: Der Nervenarzt, 37. Jg., S. 552–556
- BELLION, R. (2013): »Nach dem Absetzen fangen die Schwierigkeiten erst an«, in: Peter LEHMANN (Hg.): »Psychopharmaka absetzen – Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Phasenprophylaktika, Ritalin und Tranquilizern«, Berlin / Eugene / Shrewsbury: Antipsychiatryverlag, 4., aktualisierte und erweiterte Auflage, S. 291–303 (E-Book 2013)
- BGH (Bundesgerichtshof): Urteil vom 11.4.1989, Az.: VI ZR 293/88 (»Ärztliche Diagnose«); im Internet unter www.jurion.de/Urteile/BGH/1989-04-11/VI-ZR-293_88
- BIERI, P. (2013): »Wir wollen wir leben«, München: Deutscher Taschenbuch Verlag
- Bundesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie-Erfahrener et al. (Hg.): »Patientenverfügung (gemäß § 1901a BGB)«, Internetveröffentlichung www.patverfue.de/media/Pat-Verfue_neu.pdf vom 3. Oktober 2014
- BVerfG (Bundesverfassungsgericht): Beschluss des Ersten Senats vom 26. Juli 2016 – 1 BvL 8/15; im Internet unter www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2016/07/lS20160726_1bvl000815.html
- CUMMING, J./CUMMING, E. (1957): »Closed ranks. An experiment in mental health education«, Cambridge: Harvard University Press
- DEGKWITZ, R. (1967): »Leitfaden der Psychopharmakologie«, Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

- DEGKWITZ, R./LUXENBURGER, O.(1965): »Das terminale extrapyramidale Insuffizienz- bzw. Defektsyndrom infolge chronischer Anwendung von Neuroleptics«, in: Der Nervenarzt, 36. Jg., S. 173–175
- Deutsches Institut für Menschenrechte: »Stellungnahme der Monitoring-Stelle zur UN-Behindertenrechtskonvention«, Internetveröffentlichung www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/_migrated/tx_commerce/Stellungnahme_der_Monitoring_Stelle_zur_UNBRK_anlaesslich_der_Oeffentlichen_Anhoerung_am_10_12_2012_im_Rahmen_der_105_Sitzung_des_Rechtsausschusses.pdf vom 10. Dezember 2012
- DGPPN (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«, Internetveröffentlichung www.dgppn.de/en/presse/pressemitteilungen/detailansicht/article/307/achtung-der.html 23. vom September 2014
- DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V.): »Stellungnahme zur 4. AMG-Novelle«, Internetveröffentlichung www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/stellungnahmen/2016/2016-06-29_DGPPN_STN_4_AMG_Novelle_FIN.pdf vom 29. Juni 2016
- DILLING, H./FREYBERGER, H.J. (Hg.) (2014): »Taschenführer zur ICD-10 Klassifikation psychischer Störungen«, 7., überarbeitete Auflage unter Berücksichtigung der Änderungen entsprechend ICD-10-GM 2014, Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG
- DILLING, H./MOMBOUR, W./SCHMIDT, M.H. (Hg.) (1992): »Internationale Klassifikation psychischer Störungen – ICD-10. Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien«, Bern / Göttingen / Toronto / Seattle: Hans Huber Verlag
- DILLING, H./MOMBOUR, W./SCHMIDT, M.H. (Hg.) (2014): »Internationale Klassifikation psychischer Störungen – ICD-10. Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien«, 9. Auflage unter Berücksichtigung der Änderungen entsprechend ICD-10-GM 2014, Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG
- »Diskriminierung und Schikane von Menschen mit psychosozialen Beeinträchtigungen im Gesundheitsbereich: eine europäische Studie«, durchgeführt im Rahmen des »Aktionsprogramms der Gemeinschaft zur Bekämpfung von Diskriminierung 2001-2006«, 2005; im Internet unter www.peter-lehmann-publishing.com/articles/enusp/empfehlungen.pdf
- FIETZEK, L./VON ZWEYDORF, T. (2016): »Für den Fall, dass... – Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung«, Berlin: Edition Vorsorge / Lothar Fietzek Verlag, 15. Auflage
- FINZEN, A. (2015): »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., Nr. 2, S. 16-19; im Internet unter www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/gesundheit/pdf/absetzen-bremen.pdf

- KALECK, W./HILBRANS, S./SCHARMER, S. (2008): »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; im Internet unter www.die-bpe.de/stellungnahme/stellungnahme.pdf
- Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Johannes Gutenberg-Universität Mainz: Behandlungsvereinbarung, Mainz: Mai 2014; im Internet unter www.unimedizin-mainz.de/fileadmin/kliniken/ps/Dokumente/Veranstaltungen/Mainzer_Behandlungsvereinbarung_Druckformular.pdf
- KREUTZ, N. (2015): »Schmaler Grat«, in: Psych. Pflege Heute, 21. Jg., S. 303–305
- KRÜCKE, M. (2007): »Vorausverfügungen – Ein Schritt zur Selbsthilfe«, in: Peter Lehmann / Peter Stastny (Hg.): »Statt Psychiatrie 2«, Berlin / Eugene / Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag, S. 99–106 (E-Book 2014)
- LEHMANN, P. (2013): »Wie aktuell ist eigentlich noch Franco Basaglia? Psychiater, Psychotherapeuten und die reduzierte Lebenserwartung psychiatrischer Patienten«, in: Psychotherapie-Wissenschaft, 3. Jg., Nr. 2, S. 79–89; im Internet unter www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/reform/pdf/basaglia-aktuell.pdf
- LEHMANN, P.: »Elektroschock«, in: Wolfram PFREUNDSCHUH (Hg.): »Kulturkritisches Lexikon«, Internetveröffentlichung http://kulturkritik.net/begriffe/begr_txt.php?lex=elektroschock vom 6. März 2014[a]
- LEHMANN, P.: »Frühe Warnzeichen für chronische oder tödlich verlaufende neuroleptikabedingte Erkrankungen«, in: Rundbrief des Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener e. V., 2014[b], Nr. 1, S. 16–19; im Internet unter www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/gesundheit/pdf/lehmann-warnzeichen.pdf
- LEHMANN, P.: »Psychiatrische Zwangsbehandlung, Menschenrechte und UN-Behindertenrechtskonvention«, in: Recht und Psychiatrie, 33. Jg. (2015[a]), S. 20–33
- LEHMANN, P.: »PsychPaV – Psychosoziale Patientenverfügung. Eine Vorausverfügung gemäß StGB § 223 und BGB § 1901a«, Internetveröffentlichung www.antipsychiatrieverlag.de/info/pt/psychpav.htm vom 18. Dezember 2015[b]
- LEHMANN, P.: »Antidepressiva absetzen – Massive Entzugsprobleme, keine professionellen Hilfen«, in: Rundbrief des Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener, 2016[a], Nr. 1, S. 8–11; im Internet unter www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/gesundheit/pdf/lehmann_antidepressiva-absetzen.pdf
- LEHMANN; P.: »Grüßwort 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[b]«, in: Leuchtfener – Journal des Landesverbandes Psychiatrie-Erfahrene Rheinland-Pfalz (in Vorbereitung); im Internet unter www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/reform/pdf/lehmann_grusswort-andernach-2016.pdf
- LEHMANN, P.: »Psychiatrie-Enquete, psychiatrische Menschenrechtsverletzungen und humanistische Antipsychiatrie – Wann wird die Aktion psychisch Kranke aktiv?«, in: AKTION PSYCHISCH KRANKE / Peter WEISS / Andreas HEINZ (Hg.): »Selbsthil-

- fe – Selbstbestimmung – Partizipation. Tagungsdokumentation 03. und 04. November 2015 in Berlin«, Köln: Psychiatrie Verlag 2016[c], S. 46–72; im Internet unter www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/recht/pdf/lehmann-enquete-apk.pdf
- LEHMANN, P.: »Ketzerische Gedanken zur Selbsthilfebewegung anlässlich des Todes von Klaus Laupichler«, in: Hilde SCHÄDLE-DEININGER/Reinhard PEUKERT/Franz-Josef WAGNER (Hg.): »Triologisches Miteinander – Chance voneinander zu lernen«, Köln: Psychiatrie Verlag in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für soziale Psychiatrie e. V. 2016[d], S. 130–136; im Internet unter www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/selbsthilfe/pdf/lehmann_ketzerische-gedanken.pdf
- LEHMANN, P.: »Schöne neue Psychiatrie«, Band 1: »Wie Chemie und Strom auf Geist und Psyche wirken«, 2., bearbeitete Auflage, Berlin / Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag 2017[a]
- LEHMANN, P.: »Schöne neue Psychiatrie«, Band 2: »Wie Psychopharmaka den Körper verändern«, 2., bearbeitete Auflage, Berlin / Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag 2017[b]
- LEHMANN, P./ADERHOLD, V./RUFER, M./ZEHENTBAUER, J. (2017): »Neue Antidepressiva, atypische Neuroleptika - Risiken, placebo-Wirkungen, Niedrigdosierung und alternativen. Mit einem Exkurs zur wiederkehr des Elektroschocks«, Berlin/Shrewsbury: Peter Lehmann Publishing
- LEHMANN, P./HEINZ, A. (2017): »International Withdrawal Symposium«, Symposium mit Redebeiträgen von Volkmar Aderhold, Tom Bschor, Laura Delano und Peter C. Gøtzsche beim WPA XVII. World Congress of Psychiatry (»Psychiatry of the 21st Century: Context, Controversies and Commitment«), Berlin, 8.–12. Oktober 2017
- LEHMANN, P./STASTNY, P. (2014): »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 2014)
- MARSCHNER, R. (2000): »Verbindlichkeit und notwendiger Inhalt von Vorsorgevollmachten und Patientenverfügungen in der Psychiatrie«, in: Recht und Psychiatrie, 18. Jg., S. 161–164
- MARSCHNER, R. (2013): »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, S. 203–230
- PLAV (Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag) (2014): »Vorausverfügungen«, Internetveröffentlichung www.antipsychiatrieverlag.de/info/voraus.htm vom 3. Oktober 2014
- POSER, W./ROSCHER, D./POSER, S. (1985): »Ratgeber für Medikamentenabhängige und ihre Angehörigen«, Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag, 6. Auflage
- WÄHNER, E. (2016): »Die gesetzestechnische Regelung von Zwangsunterbringung, Zwangsbehandlung und Zwangsbetreuung«, in: Bruno HEMKENDREIS / Peter LEHMANN / Eckart WÄHNER / Franz-Josef WAGNER: »Zwang und Gewalt in der Psychiatrie reduzieren, vermeiden, verhindern, ahnden«, in: Psychiatrische Pflege,

1. Jg., Nr. 6, S. 31-35; ungekürzte Fassung im Internet unter www.peter-lehmann.de/document/psychpflege2016.pdf
- WEBB, D. (2013): »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. 151–161 (E-Book 2013)
- WERNER, W. (1991): Diskussionsbeitrag, in: »Zwischen Verfügungsgewalt und Verantwortung – Wie menschenwürdig ist die deutsche Psychiatrie?«, Redaktion »Streit im Schloss«, Südwestfunk 3, Fernsehsendung vom 21. Dezember 1991
- WITZKE-GROSS, J. (2010): »Absetzen von Medikamenten bei älteren Patienten – aber wie?«, in: KV (Kassenärztliche Vereinigung Berlin) / KVH aktuell (Informationsdienst der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen) – Pharmakotherapie: Rationale Pharmakotherapie in der Praxis, 15. Jg., Nr. 4, S. 29–32
- ZIEGLER, L. (2014): »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 (E-Book 2014)