

DOKUMENTATION

PSYCHEXIT – Auf dem Weg zum Curriculum

„Kompetente Hilfe beim Absetzen von Antidepressiva und Neuroleptika“

Expertenrunde

30. September 2016 | 10 – 17 Uhr

In den Räumen des Paritätischen Wohlfahrtsverbands –
Landesverband Berlin e.V.



© Reinhard Wojke

Tagung und Druck gefördert durch:



Inhaltsverzeichnis

	Seite
Ablaufplan & Teilnehmer	3
Zum Hintergrund & Absetzprobleme	4
Impulsreferat Volkmar Aderhold	5
Impulsreferat Maia Steinert	11
Impulsreferat Peter Lehmann	15
<i>Workshops: Fragestellungen und Protokolle</i>	
Workshop 1: Welche Möglichkeiten zur Linderung von Entzugssymptomen gibt es?	25
Workshop 2: Unterstützung beim Absetzen: ja. Aber wie?	26
Workshop 3: Was tun als Absetz-Williger, wenn der Arzt* das Absetzen nicht unterstützt?	28
Workshop 4: Juristische Aspekte (Absicherung!) beim Absetzen	29
Weitere Ergebnisse der Expertenrunde	30
Beteiligte an der Planung der Expertenrunde & nächster Termin	32

Impressum

Herausgegeben von der Berliner Organisation Psychiatrie-Erfahrener und Psychiatrie-Betroffener (BOP&P) e.V.

2., korrigierte Auflage, Frühjahr 2017

BOP&P e.V. | Belziger Str. 1 | 10823 Berlin

Unser besonderer Dank gebührt dem Paritätischen Wohlfahrtsverband – Landesverband Berlin e.V., insbesondere Herrn Christian Reumschüssel-Wienert, für die Nutzung ihrer Räumlichkeiten sowie für die finanzielle Unterstützung.

Ablaufplan

- 9.30 Uhr: Empfang
- 10:00 – 11:10 Uhr: Impulsreferat Volkmar Aderhold: Psychopharmaka (insbesondere Neuroleptika) absetzen: Wann - wie - wann nicht - was dann | Nachfolgend Diskussion
- 11:15 – 12:15 Uhr: Impulsreferat Maia Steinert: Rechtliche Rahmenbedingungen des Absetzens von Psychopharmaka | Nachfolgend Diskussion
- 12:15 – 13:30 Uhr: Mittagspause
- 13:30 – 14:00 Uhr: Impulsreferat Peter Lehmann: Offene Fragen Psychiatriebetroffener beim Absetzen von Psychopharmaka | Nachfolgend Diskussion
- 14:00 – 16:30 Uhr: Vier Workshops
- 16:30 – 17:00 Uhr: Zusammentragen der Workshop-Ergebnisse, Resümee und Ende

Nach einer Einführung mit drei Impulsreferaten und nachfolgender Diskussionen soll in thematisch zentrierten parallelen Arbeitsgruppen ein möglichst breites (Erfahrungs-)Wissen erarbeitet und für die Ausarbeitung eines Curriculums festgehalten werden. Die Konfliktfelder und möglichen Lösungsstrategien sind vielfältig und komplex – deshalb freuen wir uns auf die intensive und konstruktive Diskussion mit erfahrenen Fachleuten aus allen Richtungen. Die Ergebnisse werden hinterher allen Beteiligten zur Verfügung gestellt.

Teilnehmer

- Mediziner & Heilpraktiker: Volkmar Aderhold, Peter Ansari, Sonja Bülau, Luciana Degano Kieser, Asmus Finzen, Uwe Gonther, Andreas Heinz, Klaus John, Margret Osterfeld, Frank Puchert, Jann Schlimme, Martin Voss
- Betreuer, Diensteanbieter, Pfleger, Psychotherapeuten & Sozialarbeiter: Anna Emmanouelidou, Thomas Floeth, Christian Reumschüssel-Wienert, Elisabeth Rosenmayr, Hilde Schädle-Deininger, Martin Urban
- Juristen: Maia Steinert
- Experten aus Erfahrung: Regina Bellion, Ludger Bruckmann, Iris Heffmann, Peter Lehmann, Vicky Pullen, Petra Thaler, Franz-Josef Wagner, Reinhard Wojke
- Angehörige: Renate Seroka, Gudrun Weißenborn
- Moderation: Gaby Sohl, taz.die tageszeitung
- Protokollantinnen: Martina Gauder, Maria González Leal

Zum Hintergrund

Konsumenten psychiatrischer Psychopharmaka werden oft im Stich gelassen, wenn sie sich entschließen, ihre Medikamente absetzen zu wollen. Wir wollen dem Wegschauen ein Ende bereiten.

Einige Beteiligte im psychosozialen Bereich haben mehr oder weniger isoliert voneinander als Vorreiter begonnen, Hilfen beim Absetzen von Psychopharmaka anzubieten. Die Zeit ist gekommen, dieses Wissen zusammenzufassen: In der Expertenrunde identifizieren wir Lücken und Fehlentwicklungen und bringen sie auf eine neue Ebene, die in einem Curriculum münden soll.

Alle am Absetzprozess Beteiligten sollen schließlich auf Grundlage gesicherten Wissens und in Kenntnis bestehender Unwägbarkeiten in die Lage gesetzt werden, absetzwilligen psychiatrischen Patientinnen und Patienten kompetent zu helfen.

Absetzprobleme

Die gesundheitlichen Risiken von Psychopharmaka nehmen im Verlauf der Einnahme stetig zu. Vor allem Neuroleptika halten diverse Risiken bereit, genannt seien das metabolische Syndrom und tardive Dyskinesien. Als besonders schwierig abzusetzen erwiesen sich Antidepressiva.

Die Hälfte aller Psychiatriepatienten entscheidet sich, die ärztlich verordneten Psychopharmaka von sich aus abzusetzen. Rezeptorenveränderungen, Entzugs-, Rebound- und Supersensitivitätssymptome bei allen Arten von Psychopharmaka machen das Absetzen oft zum Problem. Es bedarf einer Strategie der allmählichen Dosisreduktion, bis schließlich nach Wochen bis Monaten ganz abgesetzt ist. Den Plan dazu sollte der Patient gemeinsam



Gaby Sohl, Prof. Asmus Finzen © Reinhard Wojke

mit seinem behandelnden Arzt oder mit anderen qualifizierten Unterstützern ausarbeiten können. Für den Fall, dass ein komplettes Absetzen nicht möglich sein sollte, sollte es darum gehen, die weitere Psychopharmaka-Einnahme auf die niedrigst mögliche Dosis zu reduzieren.

Aber auch für die Mehrzahl psychiatrisch Tätiger stellen Absetzwünsche und -probleme Herausforderungen dar. In ihrer Ausbildung lernen Ärzte zwar, wie psychiatrische Medikamente zu verordnen sind – nicht aber, wie sie ohne gesundheitliche Gefahren wieder abzusetzen sind. Jedoch: Patientinnen und Patienten an diesem Punkt im Stich zu lassen, ist mit den Prinzipien und der Ethik psychosozialer Berufe nicht vereinbar. Es ist ein Kunstfehler, so Asmus Finzen.

Impulsreferat Volkmar Aderhold:

Psychopharmaka absetzen (insbesondere Neuroleptika)

Wann?

Wie?

Wann nicht?

Was dann?

Wann trotzdem?

Volkmar Aderhold
Hamburg
Institut für Sozialpsychiatrie
an der Universität Greifswald

Schlussfolgerung

NL-spezifische Wirkung demnach bei ca. 40 % im ersten Jahr.

Im Verlauf abnehmende Wirkung der NL, jedoch Zunahme der körperlichen Abhängigkeit (Toleranzentwicklung, Entzugsphänomene)

Rückfälle

1. psychotische Episode/Ersterkrankte:

- 20% nie mehr eine Episode
- 40 % keinen Rückfall im ersten Jahr nach Absetzen auch ohne aktive Behandlung (Alvarez-J et al 2011)
- 35 % einwickeln sich (weitgehend) ohne NL über 2-3 Jahre zunehmend besser als unter NL. Dann weitgehend Stabilität. (Harrow et al 2012)
Potential für mehr als 35%.
- 20% Non-Responder

Komplexe

psychosozial/psychotherapeutische Begleitung + NL bei Bed.

Bei 1.u. 2. Episode: keine NL über 4 Wochen:

- ⊙ Soteria (Bola et al 2009)
- 40% nie NL über 2 Jahre
- ⊙ Need adapted treatment/offener Dialog (Lehtinen API; Seikkula OD)
- 40 % (bis zu 70%) keine NL über 2, 5, 20 Jahre

Rückfälle

Mehrfache Episoden/länger Erkrankte

- 36% keinen Rückfall im ersten Jahr unter Placebo (schnelles Absetzen) (Leucht et al 2012)
- 27% unter NL einen Rückfall im ersten Jahr (Leucht et al 2012)
- 80% Rückfälle in 5 Jahren ohne aktive Behandlung
- 20% Non-Responder auf NL

Komplexe

psychosozial/psychotherapeutische Begleitung + NL bei Bed.

Nach 1. Episode:

- ⊙ Begleitetes Absetzen amb. mobile Teams (Wunderink et al 2013)
- 21 % erfolgreich abgesetzt
- 21 % sehr geringe Dosis auch nach 7 J (< 1mg HaIÄ)
- Recovery nach 3 J mit zunächst oft mehreren Rückfällen

Komplexe psychosozial/psychotherapeutische Begleitung + NL bei Bed.

Enthospitalisierung in die Gemeinde:

- © Vermont Studie („chronischsten“ jemals untersuchten 269 Pat)
- 50% keine NL, weitere 25% nur zeitweise NL (Harding et al 1987)

Konzept:

- „Kollaboration“ zwischen Profis und Betroffenen - Erwartung von „Recovery“
- Persönliche Ziele
- Eigene Stärken zuerst
- Alltagsnähe Alltagsaktivitäten
- Integration in Arbeit
- Kontakte zu Peers
- Kontakt mit Herkunftsfamilien
- Training Sozialer Kompetenz und Problemlösung
- Gruppen

7

„Non-Compliance“

- 50% der Patienten setzen die Medikamente im ersten Jahr ab.
- 75% in den ersten 1,5 Jahren.
- Unerwünschte Wirkungen, mangelnde Hauptwirkung und die Hoffnung jetzt wieder gesund zu sein, sind häufige Gründe.

10

Ergebnisse Vermont-Studie nach 15-20 J

- 68% keine oder geringe Symptome
- 64% keine oder eine Hospitalisierungen bis 20 J nach Studienende
- 81% Selbstversorger
- 40% in bezahlter Arbeit
- 46 % vollständig außerhalb der Psychiatrie
- 68 % enge oder nähere Freundschaften

8

Begleitete Absetzversuche

- Absetzversuche mit Begleitung sind deutlich **risikoärmer** als ohne. Sie führen in Studien nicht zu bleibenden weiteren Einschränkungen. (Wunderink et al 2007)
- Kurzfristige psychotische Rückfälle erleichtern auch das Finden der **niedrigst möglichen Dosis**.
- Schon Dosisreduktionen um 1,2 mg Hal-Ä führen so zu deutlich **besserem funktionellen Recovery** (OR 3,5). (Wunderink et al 2013)
- Nur **langdauernde Rückfälle über Monate** führen zu nachweisbaren Hirnveränderungen und möglicherweise anhaltenden Funktionsverlusten. (Andreasen et al 2013)

11

	Krankheitsausbruch	Verlaufsform	Ausgang	Leusanne-Studie (%) N = 228	Burghölzi-Studie (%) N = 208	Vermont-Langzeit-Verlaufsstudie (%) N = 82
1.	akut	episodisch	Heilung/ leicht	25,4	30-40 25-35	7
2.	chronisch	einfach	mäßig/ schwer	24,1	10-20	4
3.	akut	episodisch	mäßig/ schwer	11,9	5	6
4.	chronisch	einfach	Heilung/ leicht	18,1	5-10	12
5.	chronisch	episodisch	Heilung/ leicht	9,6	—	30
6.	akut	einfach	mäßig/ schwer	8,3	5-15	3
7.	chronisch	episodisch	mäßig/ schwer	5,3	—	2,7
8.	akut	einfach	Heilung/ leicht	5,3	5	5

Abb. 8. Schematische Darstellung von Verlaufstypen schizophrener Psychosen in 3 Studien (nach Postner, 2006).

12

Blick in die Zukunft

Es geht demnach um die Entwicklung einer kooperativen Praxis der Reduktion und des Absetzens, damit Betroffene und Angehörige damit nicht allein gelassen werden und sich hohen Risiken aussetzen.

Wir brauchen ambulante multiprofessionelle Teams einschl. Erfahrungsexperten mit dieser Kompetenz.

Frage von Peter an mich

- *Wann ist es angezeigt, dass der Arzt das Absetzen einleitet?*

15

Fragen vorab

- Wie lange wurden NL bisher genommen?
- Gab es bereits Absetzversuche?
- Was kann man daraus lernen?
- Gibt es besondere Gründe, gesundheitliche Risiken, die das Absetzen unter Zeitdruck setzen?
- Auf wie viel Zeit richtet sich die/der Betroffene ein?
- Gibt es ein unterstützendes soziales Umfeld?
- Wie verliefen psychotische Krisen bisher?
- Wann war die letzte psychotische Krise?
- Gibt es aktuell psychotische Phänomene?

16

Positive Prädiktoren des Absetzens

- **Keine sicheren Prädiktoren** (Johnstone 1994)
- **Ob ein vollständiges Absetzen möglich ist, lässt sich individuell nicht voraussagen.**
- gutes psychosoziales Funktionsniveau vor Psychosen (Johnstone 1990 und viele andere Studien)
- 6 Monate ohne Symptomatik (Falloon 2006)
- 2 Jahre ohne Rezidiv (Lerner 1995)
- Niedrige Ausgangsdosierung (van Kammen, Gitlin)
- kurze Episoden und Hospitalisierungen (Marder)
- späteres Manifestationsalter (Gilbert)
- keine psychiatrische Behandlung der Eltern (Lehtinen)

Fragen vorab

- Wie stressbelastet ist die aktuelle Lebenssituation?
- Wie ist der Schlaf?
- Wie ist der Tag-Nacht Rhythmus?
- Sind bestimmte „Kontraindikationen“ erfüllt?

17

Positive Prädiktoren Absetzen

- **Unterstützung durch Familie und andere** (Norman, Marder)
- **Weitere Lebensziele über das Absetzen hinaus** (Hall)
- Deutliche Auslöser bei Episoden zuvor (Marder)
- Internale Attribuierung/Selbstwirksamkeit (Harrow et al 2007)
- Effektive Bewältigungstechniken (Falloon 2006)
- Fähigkeit zum Selbstmanagement in Krisen
- Wirksame Psychotherapie (Einzel, Familie) (Gottdiener, Seikkula)
- keine belastenden Lebensereignisse
- stressarmes soziale Umfeld (Hogarty)

Fragen von Peter an mich

- *In welchen Situationen muss der Arzt das Absetzen für einen späteren Zeitpunkt vorschlagen oder dem Patienten davon überzeugen es jetzt nicht zu versuchen?*

Versuch einer Antwort

- Aktuelle Belastungen im Leben.
- Keine Unterstützung bis hin zu Ängsten im soz. Umfeld
- Psychotische Phänomene, die zuviel Angst machen.
- Alkohol und Cannabis-Konsum
- „Kontraindikationen“

Kontraindikationen des Absetzens

- Risikoverhalten in akuter Psychose
- Plötzlich auftretende akute Psychose
- Zunehmendes Residuum nach Rezidiv
- Schwer behandelbare Rezidive in der Vorgeschichte
- „High Expressed Emotions“ in der Familie
- Stressreiches soziales Umfeld
- Geringe soziale Unterstützung

Vorbereitung

- Bewegung und andere Entspannungstechniken
- Bei Stimmenphänomenen Umgang mit Stimmen erlernen
- Individuell bedeutsame Unterstützungsformen
- z.B. Traditionelle Chinesische Kräutermedizin
- Netzwerkgespräch aller Beteiligten nach Wahl des Klienten
- Individueller Krisenplan: Frühsymptome – Was tun?
- Netzwerkgespräch für gemeinsamen Krisenplan [Google: „Krisenplan im Netzwerkgespräch“]
- Ambulante Psychotherapie mit Kooperation?
- Traumaspezifische Therapie – EMDR bei Psychose + PTSD?
- Kooperierende Tagesklinik bei Bedarf?
- Gibt es einen geeigneten Ort für Krisen?

22

Fragen von Peter an mich

- Welche Maßnahmen sind angezeigt, die Zeit bis dahin zu überbrücken?

Versuch einer Antwort

- Netzwerkgespräch mit allen Beteiligten
- Bessere Bewältigungsstrategien (z.B. Stimmen) entwickeln.
- Mehr Kontakte aufbauen und Selbsthilfegruppe.
- Amb. Psychotherapie
- Abstinenz von Suchtmitteln für das Ziel der Medikamentenfreiheit.

Reduktionsprozess

- Man kann sich das Absetzen nicht **fest** vornehmen. Man weiß nie, ob es am Ende gelingt.
- Reduktion um 10% alle 6 Wochen. Bei Bedarf langsamer.
- Entzugszeitraum ≈ Einnahmezeitraum
- Auch verzögerte Einnahme um 2-3 Tage ist zusätzl möglich.
- Eigenes Verlaufsprotokoll
- Möglichst kein Alkohol, Kaffee
- Gute Ernährung und Kräutertee/Wasser
- Evtl. Omega-3-Fettsäuren (700 mg EPA + 480 DHE) und Folsäure (2 mg), Vit C (500 mg) und Vit E (400 IU) über 3-4 Monate kann hilfreich sein. (Arroll et al 2014)

Frage von Peter an mich

- Wie kann der Arzt das Absetzen therapeutisch unterstützen?

21

Reduktionsprozess

- Schlaf ab 23.00 Uhr (6-8 h Nachtschlaf stabilisieren sehr)
- Emotionale Reaktionen erwarten und abreagieren
- Engmaschige Kontakte: 1-2 mal wöchentlich bei Instabilität
- Entzugssymptome kommen schnell
- Evtl. Rückkehr zur letzten Dosis (kurz auch mehr)
- Weitere Reduktion erst nach Stabilität für ca. 4 Wochen
- Erneute Reduktionsversuche sind sinnvoll – länger warten

Syndrome bei Reduktion von NL

- **Motorische Syndrome**
Dyskinesien, Dystonien, Akathisie; Unruhe
- **Vegetative Rebound-Phänomene**
Schlaflosigkeit, Agitiertheit, Konzentrationsprobleme
Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Schwitzen,
Schwindel, Tachykardie, Kollaps,
Schmerzüberempfindlichkeit, Kopfschmerz
Können ohne Remedikation bis zu 6 Monate
anhalten.
- **Emotionale Labilität – Instabilität**
Ängste, Ruhelosigkeit, Depressivität, Reizbarkeit,
Aggressivität

Kontinuum der Medikationsstrategien

- (1) ohne Medikation
- (2) Frühmedikation **Benzo** nur in Krisen
- (3) Frühmedikation **NL** nur in Krisen
- (4) Sehr niedrige Dosis **NL** (10 %) + **Benzo** bei Krisen
- (5) Sehr niedrige Dosis **NL** (10 %) + **NL** bei Krisen
- (6) Reduzierte Erhaltungsdosis
- (7) höhere Erhaltungsdosis

Syndrome durch Absetzen von NL

- **Rebound Psychosen**
Beginn innerhalb von Tagen
signifikante Besserung nach 2-3 Wochen oder
Rückbildung unter NL
Publiziert für: Clozapin, Quetiapin, Olanzapin,
Phenothiazine
- **Absetzpsychosen**
Stabilisierung durch Remedikation in 3 Tg – 3 Wo
- **Erneute Psychose, nicht als Absetzeffekt**

Frage von Peter an mich

- *Wie unterstützt der Arzt, wenn der Patient gegen ärztlichen Rat sofort - gegebenenfalls schrittweise - komplett abzusetzen beginnt?*

Versuch einer Antwort:

- Ich würde versuchen, den Wunsch zu verstehen und ihn in einer sicheren Umgebung zu unterstützen.
- Eine Klinik oder Tagesklinik könnte ein solcher Ort sein.
- Wenn der Patient alleine absetzt, wird es für die Krankenkasse sowieso teuer.
- Ohne Unterstützung ist das Risiko sicher höher.

NL minimal vs. Absetzen NL

- Bei den letzten Schritten sehr kleine Reduktionsschritte wählen.
- Flüssige Darreichungsformen sind günstig.
- Ermutigende und sichernde Kontakte mit Nahestehenden
- Was auch immer dem Körper und der Seele gut tut
- Sich Zeit geben, auch Monate ... das erhöht die Chance
- In 50-60% der Fälle ist die minimale Dosis das Ziel.
- Insbesondere bei Clozapin eher minimale Dosis finden (?)



Information zum Buch
www.antipsychiatrieverlag.de/verlag/titel1/absetzen.htm



Bestelladresse
dgsp@netcologne.de

Zu Antidepressiva

Google: „New Guide to Stopping Antidepressants“ (J. Healy)

„Kein einziger der **208 Probanden** hatte ausserhalb der Klinik irgendeine Dauermedikation. Alle Probanden, die langdauernd geheilt blieben, blieben es ohne Dauermedikation. Während der zusammengezählten 3600 Jahre, die die Probanden in den ersten zwei bis drei Jahrzehnten nach ihrer Erkrankung **ausserhalb von Spitälern** verbrachten, waren sie **meist ohne jede Medikation**, nur einzelne hatten vorübergehend Medikamente. In den letzten Jahren ist hin und wieder die Vermutung geäussert worden, Dauermedikation sei nach Klinikentlassung bei jedem Schizophrenen zur Prophylaxe von Rückfällen angezeigt. Die Erfahrungen an den Probanden geben solchen Vermutungen nicht recht.“

31

Manfred Bleuler:

Die schizophrenen Geistesstörungen im Lichte langjähriger Kranken- und Familiengeschichten.

Stuttgart 1972

32

Vielen Dank
für Ihre
Aufmerksamkeit



Dr. Volkmar Aderhold während seines Vortrags © Reinhard Wojke

Impulsreferat Maia Steinert:

Rechtliche Rahmenbedingungen des Absetzens von Psychopharmaka

Ob das Absetzen von Medikamenten medizinisch geboten ist, hängt von der Definition des medizinischen Standards ab.

Nach der Rechtsprechung des BGH ist es entscheidend, ob das ärztliche Handeln objektiv dem medizinischen Standard des entsprechenden Fachgebietes entspricht. Standard besteht aus

dem jeweiligen Stand der naturwissenschaftlichen Erkenntnis

und

der ärztlichen Erfahrung, der sich in der praktischen Erprobung bewährt hat und dessen Einsatz zur Erreichung des ärztlichen Behandlungsziels erforderlich ist, Hart MedR 1998, 8; BGH NJW 1999, 1778.

Richtlinien der Bundesärztekammer und Leitlinien können den Erkenntnisstand der medizinischen Wissenschaft grundsätzlich nur deklaratorisch wiedergeben, OLG Hamm NJW 200, 1801; VersR 2002, 857; 2004, 517. Die vom Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen erstellten Richtlinien geben allerdings den ärztlichen Standard wieder und dürfen nicht unterschritten werden. Diese Richtlinien gelten als ärztlicher Standard und haben normkonkretisierende Funktion, da sie für die Leistungserbringer verbindlich sind, KG NJW 2004, 691.



Maia Steinert referiert über juristische Aspekte © Reinhard Wojke

Vorliegend geht es um den Bereich der Neurologie und/ oder Psychiatrie. Es existieren diverse Leitlinien der AWMF aus dem Jahre 2005, die heute überholt und daher nicht mehr maßgeblich sind. Es existieren aber anderweitige Fachartikel, die dem Stand der AWMF - Leitlinien z.B. bei Depression und Schizophrenie eindeutig der medikamentösen Therapie als Standard-Behandlung ansehen. Erst wenn diese nicht anschlügt, dann sollte bei „Behandlungsresistenz“ / „Therapieresistenz“ die kognitive Verhaltenstherapie angewendet werden.

Der medizinische Standard bei der Verabreichung von Antidepressiva bzw.

Neuroleptika ist sehr schwammig, sodass die Subsumtion eines Sachverhaltes/ einer Krankheit unter den medizinischen Standard sehr schwer wenn nicht gar unmöglich ist.

Die Leitlinien sehen vor:

Medikamente 6 bis 8 Wochen als Akut-Therapie

1 Jahr als Langzeittherapie

Keine Höchstdosierungen wegen EPS-Gefahr, dennoch wird dies temporär nicht als Behandlungsfehler deklariert.

Konventionelle Antidepressiva 300 bis 1000 mg.

Es wird nur bei Benzodiazepane ein Abhängigkeitspotential gesehen.

Doch nicht nur bei psychischen Erkrankungen auch bei Entzug werden Neuroleptika eingesetzt.

D.h., wenn man sich in einem Rechtsstreit gegen die Verabreichung von Neuroleptika wendet, dann reicht es beispielsweise nicht aus, beweisen zu können, dass eine Schizophrenie nicht vorlag, zum Beispiel keine Stimmen gehört werden, weil keine Stimmen hören heißt nicht, keine Schizophrenie zu haben und keine Schizophrenie zu haben, heißt nicht, ein Neuroleptika nicht verabreichen zu dürfen.

Eine Behandlung mit Antidepressiva/ Neuroleptika ist kaum als fehlerhaft oder gar grob fehlerhaft einzustufen. Es gibt ganz wenige Fälle, bei denen z.B. ein posttraumatisches Belastungssyndrom fehlerhaft als Schizophrenie eingestuft wurde und Neuroleptika regelrecht kontraindiziert waren.

Es ist daher auch schwer, eine juristische Kausalkette zwischen Beschwerden und Verabreichung von Neuroleptika zu bilden, denn die Nebenwirkungen werden in das Verhältnis zu den Folgen der Grunderkrankung gesetzt und der Leidensdruck als Berechtigung zur Verabreichung gesehen, der auch durch den anderslautenden geäußerten Willen mit der mangelnden Krankheitseinsicht ausgehebelt wird.

Der vom Patienten geäußerte Wille hat infolge der psychischen Erkrankung kaum bis keine Relevanz.

In der Regel bedeutet auch für Ärzte, so wird dies kommuniziert, die Verweigerung, Medikamente zu nehmen, ein Signal, dass sich ein akuter Krankheitsschub abzeichnet. Teilweise wird den Patienten auch damit gedroht und Angst gemacht, dass, wenn sie ein Medikament absetzen, das Damoklesschwert der geschlossenen Abteilung und der amtsgerichtlichen Unterbringungsbeschlüsse droht.

Angehörige und Betreuer, die sich für das Absetzen oder Nichteinnehmen von Psychopharmaka einsetzen, werden oft durch entsprechende Gerichtsbeschlüsse, die allein auf ärztlichen Kurzattesten beruhen, ausgeschaltet. Der Patient erlebt also den Arzt als stark und mächtig und Personen, die auf seiner Seite sind, als schwach. Gerade Jugendliche tendieren dann dazu, eine devote Haltung einzunehmen und alles zu tun, was der Arzt sagt.

Sie akzeptieren auch Überdosen. Sie halten sich selbst für so krank, dass sie die „bittere Pille“ schlucken müssen..

Die Behandlung psychisch Kranker ist also geprägt durch eine hohe Machtstellung des Arztes, dessen Handeln kaum justiziabel ist.

Daher halte ich es für viel wichtiger, im Vorfeld Vorkehrungen zu treffen.

Den Arzt seines Vertrauens zu wählen

Eine Patientenverfügung zu installieren

Ein Betreuungstestament aufzusetzen

Und dort die Klinik zu benennen, die man im Falle eines akuten Schubes aufsuchen möchte und ein Helfer Team um sich herum zu installieren, so dass der gerichtliche Weg gar nicht erst von den Ärzten eingeschlagen werden kann.

Anders als teilweise in der Literatur zu lesen ist, bin ich der Meinung, dass man keinen Arzt zu einer Therapie zwingen kann, zu der er nicht steht. Man kann dies vergleichen mit der Rechtsprechung zur Abtreibung. Ärzte dürfen abtreiben unter bestimmten Voraussetzungen, wenn dies aber gegen ihren Glauben oder gegen ihren Willen ist, kann man sie nicht zwingen. Man muss dann einen anderen Arzt aufsuchen.

Daher sieht sich ein Arzt auch keiner Sanktionen ausgesetzt, der eventuell trotz Vorliegen von Symptomen der Nebenwirkung, die auf die Ausbildung von Langzeitschäden hinweisen, keine Maßnahmen zum Absetzen einleitet. Denn eine Abwägung der Folgeschäden der Chronifizierung einer Erkrankung zu den Langzeitschäden eines Medikamentes wird immer zu Gunsten des Medikamentes vorgenommen.

Es wird argumentiert, dass wenn das Medikament nicht abgesetzt wird, man die Krankheit in den Griff bekommt und den Leidensdruck senkt und die Lebensqualität erhöht. Würde man die Medikamente absetzen, wäre die Folge weitaus schlimmer. Die Nebenwirkungen der Neuroleptika werden in jedem Fall als geringer eingestuft als die Krankheit selbst, die man damit bezwingen kann.

Aus diesem Grunde ist auch die Aufklärung eines Arztes über die Einnahme von Neuroleptika sehr gering. Auch insoweit wird davon ausgegangen, dass die Nebenwirkungen von Neuroleptika in jedem Falle den Folgen des Ausbruches und der Gefahr der Chronifizierung einer psychischen Erkrankung untergeordnet sind. Es wird immer mit der Chronifizierung einer psychischen Erkrankung argumentiert, die man angeblich mit Neuroleptika in den Griff bekommen kann.

Hier wäre es sicher interessant, medizinische Studien vorzulegen, ob diese medizinisch konstruierte Kausalkette wirklich stimmt.

Schadet ein Schub ohne Neuroleptika wirklich dem Patienten und führt zu Langzeitschäden?

Vielmehr geht es wohl vorrangig darum, die Unruhe, die Angstzustände, die Depression so weit zu drosseln, dass man integriert oder zumindest unauffällig leben kann.

Zittern, Konzentrationsschwäche, Gefühllosigkeit der Hautnerven und des Gemüts, abgestumpft sein, teilweise auch Blutbildveränderungen, Sehstörungen und Übergewicht werden in Kauf genommen, wenn derjenige dadurch „gesellschaftsfähig“ wird. Die Krankheit in den Griff zu bekommen heißt, die Person gesellschaftsfähig zu machen. Man glaubt, dass der Leidensdruck des Patienten dem entspreche. Das Einverständnis eines Patienten in die lebenslange Einnahme von Neuroleptika liegt für meine Begriffe nicht im eigenen Leid wegen der Erkrankung. Vielmehr wird eine andere Hilfe, Behandlungsalternativen gar nicht angeboten und hat der Patient einfach Angst vor der Reaktion der Umwelt auf seine Erkrankung.

Diese Angst lässt ihn, da offensichtlich alternativlos, zu Neuroleptika greifen.

Da sowieso die Ärzte davon ausgehen, dass man Neuroleptika ein Leben lang nehmen muss, ist die Frage der Abhängigkeit, ob nun psychisch und körperlich definiert, völlig nachrangig und irrelevant. Dies wird auch in Entscheidungen oder im Gutachten nie thematisiert.

Die Wesensveränderung, die Persönlichkeitsveränderung, der Persönlichkeitsverlust – all das wird nicht thematisiert, weil den kranken Patienten unterstellt wird, dass sie erst einmal ruhig werden wollen und alles andere nachrangig ist.

Dabei wird „vergessen“, dass man möglicherweise auch durch andere Maßnahmen zur Ruhe kommen kann.

Sowohl ein Patient als auch ein Arzt dürfen eine Therapie abbrechen. Kein Arzt wird gezwungen, eine Behandlung durchzuführen. Ärztliche Leistung ist keine Auftragsleistung. Man muss dann einen Arzt suchen, der auf seiner Seite ist und dies sollte man im Vorfeld schon machen für den Fall eines Schubes. Das ist für meine Begriffe das Wesentliche.

Absetzen ohne ärztliche Hilfe ist nur dann zulässig, wenn der Patient selbst das Zepter in der Hand hält und der Verantwortliche und Entscheidungsträger ist.

Wird das Absetzen unterstützt, müssen flankierende Maßnahmen ergriffen werden, d.h. einen geschützten Raum für den Patienten zur Verfügung gestellt werden. Nichts wäre schlimmer, als dass durch das plötzliche oder langsame Absetzen von Psychopharmaka die Person zu Schaden kommt.

Dies wäre justiziabel.

Was die Position der Helfer anbelangt, d.h. nicht medizinische Helfer, so können diese natürlich nicht die Dosis bestimmen, sondern haben auch wiederum die Aufgabe, einen Arzt des Vertrauens hinzuzuziehen. Die langsam reduzierende Dosis muss medizinisch akzeptiert werden oder vom Patienten in Eigenregie durchgeführt werden. Teilweise muss das Blutbild untersucht werden. Deshalb würde ich in der Regel davon abraten, ein Ausschleichen ohne medizinische Rückendeckung vorzunehmen. Das Ausschleichen gilt nämlich als medizinische Behandlung, die nur den Ärzten vorbehalten ist.

Möge die Übung gelingen!

Impulsreferat Peter Lehmann:

(Einige) Offene Fragen Psychiatriebetroffener zum Absetzen von Psychopharmaka

A) Zur körperlichen Abhängigkeit von Antidepressiva und Neuroleptika

Neuroleptika und Antidepressiva können massive Entzugsprobleme bereiten. Seit einem halben Jahrhundert ist diese Problematik bekannt.

1966 Jahr fragte der in New York City niedergelassene Psychiater Chaim Shatan anhand der Diskussion eines Fallbeispiels mit Imipramin im *Canadian Psychiatric Association Journal*, ob die Definition der Weltgesundheitsorganisation für Drogenabhängigkeit aus dem Jahre 1950 auch für Antidepressiva anzuwenden sei, schließlich lägen Toleranzentwicklung, psychische und körperliche Abhängigkeit sowie charakteristische Entzugssymptome vor. Es sei bemerkenswert, so Shatan, dass die Entzugsreaktionen in Abfolge und Symptomatik nahezu ununterscheidbar seien von denen, die mittlerer Opiatabhängigkeit folgen.

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

Rudolf Degkwitz, 1971-1972 Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde, schrieb 1967:

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

Zur Wirkstoffgruppe von Alkaloiden gehört zum Beispiel Morphinium. Zu den Symptomen des Morphinium-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, und es ist bekannt, dass auch ihr Entzug mit großen Problemen bis hin zu lebensgefährlichen Krampfanfällen verbunden sein kann.

Frank Tornatore von der University of Southern School of Pharmacy, Los Angeles, und Kollegen warnten 1991:

»Unter der Langzeittherapie mit Neuroleptika wurden Verschlechterungen psychotischer Verläufe mit Aktualisierung der Wahnsymptomatik und verstärkten Halluzinationen beobachtet. Die betroffenen Patienten sprachen typischerweise auf niedrige oder mittlere Dosen von Neuroleptika zunächst gut an; Rezidive (*Rückfälle*) machten jeweils Dosissteigerungen erforderlich, bis die Symptomatik schließlich nur noch durch Gabe von Höchstdosen beherrschbar war. Es würde sich also um eine Toleranzentwicklung gegenüber der antipsychotischen Wirkung handeln.« (S. 53)

2015 können wir im »DSM-5« von einem »Absetz-Syndrom bei Antidepressiva« lesen. Tritt dieses auf, sieht die herausgebende American Psychiatric Association nur eine Möglichkeit, das Problem zu lösen: die Wiedereinnahme von Antidepressiva. Schon nach vier Wochen

Einnahmedauer müsse bei allen Arten von Antidepressiva mit spezifischen Absetzproblemen gerechnet werden:

»Das Absetz-Syndrom bei Antidepressiva beschreibt eine Gruppe von Krankheitsbildern, Symptomen, die nach der abrupten Unterbrechung (oder nach deutlicher Dosisreduktion) einer antidepressiven Medikation, die mindestens einen Monat lang durchgeführt worden war, auftreten. Die Symptome beginnen in der Regel innerhalb von 2 bis 4 Tagen und umfassen typischerweise spezifische sensorische, somatische und kognitiv-emotionale klinische Manifestationen (*Errscheinungsformen*).

Häufig berichtete sensorische und somatische Symptome sind Lichtblitze, »elektrische Schläge«, Übelkeit und eine Überreagibilität auf Geräusche oder Lichter. Unspezifische Angst und Furcht werden ebenfalls häufig angegeben. Die Symptome werden durch Wiederaufnahme der medikamentösen Therapie mit demselben Antidepressivum oder bei Aufnahme einer medikamentösen Therapie mit einem Antidepressivum mit einem ähnlichen Wirkmechanismus abgemildert. Beispielsweise können Symptome, die nach dem Absetzen eines Serotonin-Norepinephrenin-Wiederaufnahmehemmers aufgetreten sind, durch die Therapie mit einem trizyklischen Antidepressivum abgemildert werden. Um als Absetz-Syndrom bei Antidepressiva zu gelten, dürfen die Symptome nicht vor Dosisreduktion des Antidepressivums vorhanden gewesen sein und nicht besser durch eine andere psychische Störung erklärt werden (z. B. eine manische oder eine hypomanische Episode, Substanzintoxikation, Substanzentzug, Störung mit somatischen Symptomen).« (American Psychiatric Association, 2015, S. 982f.)

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).

In der Abhängigkeitsdefinition galt Sucht damals noch nicht als Bestandteil von Abhängigkeit – entsprechend der damaligen Definition der WHO:

»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.« (Poser et al., 1985, S. 34)

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), und dem Negieren der Toleranzbildung meinen Befürworter von Antidepressiva, deren abhängigkeitsförderndes Potenzial als nicht existent abtun zu können. (Wie sich seit Mitte der 1980er Jahre, nachdem sich das abhängigkeitsfördernde Potenzial der Benzodiazepine nicht mehr vertuschen ließ, die Abhängigkeitsdefinitionen im »ICD« und dem vom weltweit einflussreichen amerikanischen Psychiaterverband dominierten »DSM« [*Diagnosical and Statistical Manual of Mental Disorders*] veränderten, damit insbesondere

Antidepressiva nicht mehr als abhängigkeitsfördernd gelten sollen, verdeutlichten Margrethe Nielsen, Ebba Holme Hansen und Peter Gøtzsche vom Nordic Cochrane Centre sowie der Pharmakologischen Fakultät der Universität Kopenhagen 2012 in ihrem Übersichtsartikel in der Zeitschrift *Addiction*.) 2014 stehen die sechs Kriterien im aktualisierten »ICD-10« nach wie vor, 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)

Viele Psychiatriebetroffene fühlen sich von Professionellen über Jahrzehnte schlichtweg im Stich gelassen. Um so begrüßenswerter ist, dass jetzt ein Umdenken beginnt und zumindest eine Minderheit psychosozial Tätiger Verantwortung übernimmt. Nichtsdestotrotz ist allen möglichen Publikationen zu lesen, nur Benzodiazepine würden eine körperliche Abhängigkeit bewirken können, nicht aber Antidepressiva und Neuroleptika, schließlich würden diese Substanzen nicht süchtig machen. Dies gilt insbesondere für das Gebiet der Psychoedukation. Publikationen der Arbeitsgruppe »Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen« werden von Janssen-Cilag GmbH, Bayer Vital GmbH, Lilly Deutschland GmbH, Astra Zeneca GmbH und Sanofi-Synthelabo GmbH gesponsert (Bäumel & Pitschel-Walz, 2003). Entsprechend finden sich in solchen Publikationen ausschließlich Aussagen, die das Abhängigkeitspotenzial von Neuroleptika (»Antipsychotika«) in Abrede stellen. Beispiel ist die Publikation »PEGASUS – Psychoedukative Gruppenarbeit mit schizophrenen und schizoaffektiv erkrankten Menschen« im Psychiatrie-Verlag mit ihrer Aussage:

»Die Gefahr der Entwicklung einer körperlichen oder psychischen Abhängigkeit besteht bei Antipsychotika generell nicht.« (Wienberg et al., 2013, S. 175)

Was die Bewältigung der Probleme beim Absetzen von Antidepressiva und Neuroleptika betrifft, stehen wir noch ziemlich am Anfang. Es gibt eine Vielzahl offener Fragen. Ein großes Problem besteht darin, dass körperliche Abhängigkeit von Antidepressiva und Neuroleptika im DSM und ICD nicht klassifiziert ist. Die Folgen sind: Keine Klassifikation, keine Diagnose, keine Informationen, keine Warnhinweise, keine Abrechnungsziffer, keine stationäre Unterstützung, kein Anspruch auf Rehabilitationsmaßnahmen oder gar Kompensation, wenn ein Schaden eingetreten ist.

Offene Fragen:

Brauchen wir die Klassifikation »Körperliche Abhängigkeit von Antidepressiva und Neuroleptika«, und wenn ja, wie kommen wir dahin?

Was macht es psychiatrisch Tätigen so schwer, das A-Wort (Abhängigkeit) auszusprechen
Wieso folgen so viele bereitwillig der verschleiernenden Koppelung von Abhängigkeit an Sucht?

B) Zu den juristischen Konsequenzen

Asmus Finzen bezeichnete es als Kunstfehler, wenn Ärzte ihre Patientinnen und Patienten im Stich lassen, falls diese ihre Antidepressiva oder Neuroleptika mit therapeutischer Hilfe absetzen wollen:

»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, S. 16)

In ihrer Pflichtenposition haben Ärztinnen und Ärzte dafür einzustehen, dass bestehende Rechtsgüter, zum Beispiel Leben und Gesundheit ihrer Patientinnen und Patienten, vor Schäden geschützt werden. Die Beistandspflicht (Garantenpflicht) ist in Deutschland 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. Diese Rechtsauffassung könnte gegen Ärzte verwendet werden oder andere Tätige im psychosozialen Bereich, die in fehlgeschlagene Absetzversuche verwickelt waren, in deren Folge Personen- oder Sachschäden entstanden.

Eine Beispiel hierfür stellt das *Observatorium für Menschenrechte in der Psychiatrie* in Thessaloniki dar, bei deren Gründung kritische psychosozial Tätige, Angehörige und Psychiatriebetroffene beteiligt waren. Die Gruppe propagiert nicht nur Psychosoziale Voraussetzungen, sondern bietet auch Unterstützung beim Absetzen von Psychopharmaka an. Eines ihrer Mitglieder sah sich – vorübergehend – strafrechtlicher Verfolgung ausgesetzt, nachdem ein Mann, dessen Absetzen sie begleitet hatte, gewalttätig gegen Familienangehörige geworden war.

Doch auch Ärzte könnten zivil- oder strafrechtlich zur Verantwortung gezogen werden, wenn sie im Angesicht sich herausbildender Warnzeichen für chronische oder gar lebensbedrohliche psychopharmakabedingte Erkrankungen (Lehmann, 2014) unverändert weiterbehandeln und sich möglicherweise eventualvorsätzlicher (bedingt vorsätzlicher) Körperverletzung mit möglicher Todesfolge schuldig machen, in anderen Worten: wenn sie als Konsequenz ihres Handelns den Schaden ernsthaft für möglich halten (wovon bei ihrer medizinischen Ausbildung ausgegangen werden muss), ihn zugleich als nicht ganz fernliegend erkennen und ihn billigend in Kauf nehmen, d.h. sich damit abfinden und an ihrer Psychopharmaka-Verabreichung festhalten.

Jenseits von Notfallsituationen wie beispielsweise neuroleptikabedingte Agranulozytosen, die sofortiges Absetzen erfordern, gilt in der Rechtsprechung noch die Doktrin der Mainstreampsychiatrie, wonach die verordnete Einnahme von Psychopharmaka als vernünftig und der selbstbestimmte Entschluss zum Absetzen als unvernünftig gilt. Dieses Vorurteil unter-

minierte die Rechtsposition von Menschen mit psychiatrischen Diagnosen massiv. Ihr Entschluss zum Absetzen kann als Krankheitssymptom denunziert werden, Zwangsunterbringung, Zwangsbehandlung und Pflegschaften können die Folgen sein, sofern sich die Betroffenen nicht durch eine Vorausverfügung geschützt haben und diese vor Gericht Bestand hat. Dies wird aus einem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 14. Juli 2015 ersichtlich, das eine zuvor vom Landgericht Leipzig akzeptierte Einwilligung eines Betreuers zu einer Zwangsbehandlung zurückgewiesen hatte:

»Seine Ausführungen zum Vorliegen eines die Zwangsmedikation ausschließenden freien Willens der Beschwerdeführerin im Beschluss selbst (es habe nicht feststellen können, dass es sich bei dem Entschluss der Beschwerdeführerin zur Absetzung der Medikamente um eine aus freiem Willen getroffene Entscheidung gehandelt habe; diese Entscheidung sei bereits Ausdruck des erneuten Ausbruchs ihrer seit Jahrzehnten andauernden psychischen Erkrankung) sind demgegenüber nicht geeignet, nachvollziehbar zu begründen, dass sich die Beschwerdeführerin nicht – wie vom Amtsgericht festgestellt – in einem Zustand der Einsichtsfähigkeit wegen der Nebenwirkungen bewusst gegen die weitere Einnahme von Psychopharmaka entschieden hat. Vielmehr lassen sie vermuten, dass das Landgericht daraus, dass die Entscheidung der Beschwerdeführerin zur Absetzung der Medikamente von durchschnittlichen Präferenzen abweicht und aus der Außenansicht unvernünftig erscheinen dürfte, auf die (eingriffslegitimierende) Unfähigkeit der Beschwerdeführerin zu freier Selbstbestimmung geschlossen hat. Damit verkennt es, dass das Recht auf körperliche Unversehrtheit als Freiheitsgrundrecht das Recht einschließt, von der Freiheit einen Gebrauch zu machen, der – jedenfalls in den Augen Dritter – den wohlverstandenen Interessen des Grundrechtsträgers zuwiderläuft. Die grundrechtlich geschützte Freiheit schließt gerade auch die ›Freiheit zur Krankheit‹ und damit das Recht ein, auf Heilung zielende Eingriffe abzulehnen, selbst wenn diese nach dem Stand des medizinischen Wissens dringend angezeigt sind (vgl. BVerfGE 128, 282 <304 m.w.N.>).« (BVerfG 2015, Rn. 30)

Offene Fragen:

Wie lassen sich die Interessen von Patientinnen und Patienten schützen und Ärztinnen und Ärzte zivil- und strafrechtlich belangen, wenn diese

- ihren absetzwillingen Patientinnen und Patienten die Unterstützung beim Absetzen ihrer Psychopharmaka verweigern?
- in Kenntnis der Entzugsprobleme nicht bei Beginn der Psychopharmaka-Verabreichung über eine mögliche Abhängigkeit und über mögliche massive Entzugsprobleme informiert haben?
- in Kenntnis möglicher schädlicher Langzeitfolgen keinen Absetzversuch unternommen haben?

Wie können sich Gruppen und Personen vor juristischen Konsequenzen schützen, wenn sie ohne ärztliche Zustimmung oder gegen ärztlichen Rat Unterstützung beim Absetzen von Psychopharmaka anbieten bzw. Patientinnen und Patienten auf deren Wunsch hin beim Absetzen unterstützen und Absetzprozesse ungünstig verlaufen?

Wie kommen wir dazu, dass Gerichte beim strittigen Absetzwunsch nicht nur von (möglicherweise vernunftwidrigen) »Freiheit zur Krankheit« sprechen, sondern auch von der (vernunftgemäßen) »Freiheit zur Gesundheit«?

C) Zu Sofortmaßnahmen und -hilfen

Der Bedarf an kompetenter Unterstützung beim Absetzen von Antidepressiva und Neuroleptika ist immens, das Angebot an kompetenter Unterstützung im Selbsthilfereich dagegen minimal. Dass die Unterstützung beim Absetzen von Psychopharmaka durch einen kompetenten Arzt oder eine kompetente Ärztin hilfreich ist, steht außer Frage. Bei neueren Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SRI) wird diesen inzwischen geraten, sich an Experten zu wenden, sollten Entzugssymptome nicht nachlassen. Das »British National Formulary« warnt beispielsweise vor SRI-Entzugssymptomen:

»Um diese Wirkungen zu vermeiden, sollte die Dosis über mindestens vier Wochen ausgeschlichen werden. Bei einigen Patienten kann es nötig sein, über einen längeren Zeitraum hinweg abzusetzen; ziehen Sie in Erwägung, einen Spezialisten zu Rate zu ziehen, wenn die Symptome anhalten.« (2012, S. 250)

Wie und wo man – egal ob als Arzt oder Patient – solche Spezialisten findet, ist unbekannt; dies gilt auch hierzulande.

Angesichts der Tatsache, dass Behandlungsleitlinien, die Absetzversuche von Antidepressiva und Neuroleptika befürworten, massive finanzielle Folgen hätten für die Pharmaindustrie, ist von deren Seite und den mit ihr liierten Medizinern mit Gegenmaßnahmen zu rechnen. Hierzu könnten Studien zählen, die so angelegt sind, dass das Scheitern von Versuchen, Neuroleptika bei Diagnosen und Indikationen wie »Schizophrenie« oder »Psychose« oder Antidepressiva bei Diagnosen wie »Depression« programmiert ist; man hätte dann evidenzbasierte Studien, die beweisen, dass Absetzversuche unvernünftig und Kunstfehler sind.

Beispiel für eine solche Herangehensweise ist die interdisziplinäre »Antidepressiva Absetzstudie Zürich« (AIDAZ). Sie wird durchgeführt von der Translational Neuromodeling Unit (TNU) der Universität Zürich und der Eidgenössischen Technischen Hochschule Zürich in Kooperation mit der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich. Leiter der TNU ist der Neuroinformatiker Klaas Enno Stephan, der als Koryphäe im Zusammentrommeln von Drittmitteln gilt. Ziel der Studie ist die Erarbeitung eines mathematischen Modells, womit erklärt werden kann, wie das Gehirn Informationen verarbeitet (»Neuromodeling« – siehe Abbildung), beispielsweise wie es auf Antidepressiva anspricht.

»»Neuromodeling« bedeutet, mathematische Modelle zu entwickeln, welche individuelle Mechanismen menschlichen Verhaltens oder neuronaler Aktivität beschreiben. Solche Modelle können sowohl Prozesse der Physiologie als auch der abstrakten Informationsverarbeitung quantifizieren, welche menschlicher Kognition, wie Lernen oder Entscheiden, zu Grunde liegen.« (Translational Neuromodeling Unit, o.J.)

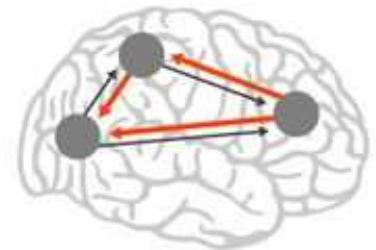


Abb.: Neuromodeling

Die AIDAZ-Forschungsgruppe besteht aus Medizinern, Psychologen, Biologen, Informatikern, Mathematikern und Physikern. Die Probanden sprechen mit Psychiatern, füllen Fragebögen aus, geben Blutproben ab und legen sich in die Röhre eines Kernspintomographen, um ihre Hirnaktivität messen zu lassen. Mit einer mathematischen Formel wollen die Forscher voraussagen, wer von welchem Psychopharmakon profitiert und bei wem es wieder abgesetzt werden kann. Der Studienleiter Quentin Huys antwortete auf die Frage, in welcher Form und in welchem Umfang die teilnehmenden Absetzwilligen über Abhängigkeitsprobleme von Antidepressiva, über Entzugsprobleme und Möglichkeiten zu ihrem Vermindern

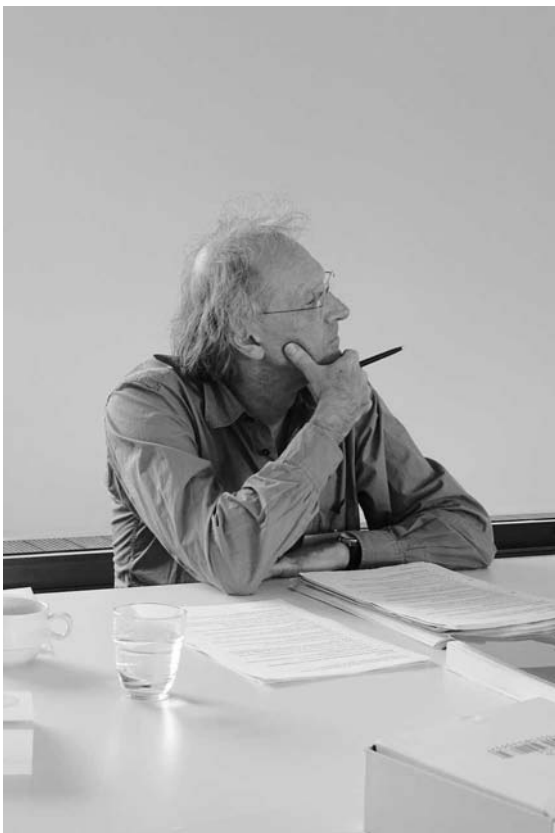
informiert würden, es handele sich um eine rein begleitende Beobachtungsstudie und keine klinische Interventionsstudie. Man dürfe daher in keiner Weise die Behandlung beeinflussen, sondern nur Patienten begleiten, die die Entscheidung abzusetzen unabhängig von der Studienteilnahme mit ihrem Behandler getroffen hätten. Die Verantwortung für die detaillierte Aufklärung über alle Aspekte der Behandlung, inklusive der Information bezüglich Risiken des Absetzens, liege beim Behandler. Lediglich auftretende Absetzsymptome würden mit standardisierten Instrumenten erfasst. Laut Internetinformation finden zwei Tage vor dem Absetzen und ca. eine Woche danach jeweils eine zweistündige Magnetresonanztomographie am Universitätsspital Zürich und eine dreistündige Verhaltensuntersuchung an der TNU statt (ebd.). Dass das Niveau der ärztlichen Aufklärung erfasst wird, ist unwahrscheinlich. Alles deutet darauf hin, dass die Studie mit schnellem Absetzprozess und wenig oder keinen Informationen über körperliche Abhängigkeitsbildung und entzugssymptomlindernde Maßnahmen »evidenzbasiert« das Scheitern von Absetzversuchen nachweisen bzw. vorhersagen wird.

Offene Fragen:

Wie können wir der Mainstreampsychiatrie eigene, nutzerorientierte oder -kontrollierte Studien mit einem humanistischen Menschenbild und Problemverständnis entgegensetzen oder solche initiieren?

Wie erstellen wir verantwortungsvolles Schulungsmaterial für Selbsthilfegruppen, psychiatrisch Tätige, Psychatriebetroffene und Angehörige?

Wer könnte Anstrengungen in diese Richtung finanzieren?



Peter Lehmann diskutiert mit den Experten offene Fragen © Reinhard Wojke

Wie lassen sich kompetente und nutzerorientierte Ärzte, Therapeuten und Heilpraktiker finden, die unvoreingenommen beim Absetzen von Psychopharmaka helfen?

Wie lassen sich kompetente Pharmakologen und Pharmazeuten finden, die das Dogma des nicht-existenten Potenzials von Antidepressiva und Neuroleptika, eine körperliche Abhängigkeit bewirken zu können, nicht teilen, die Betroffene beim Absetzen unterstützen – insbesondere wenn behandelnde Ärzte keine technische Hilfe beim Verringern von Dosierungen leisten wollen –, und die praxisorientierte und detaillierte Auskunft darüber geben,

- wie Kombinationen abzusetzen sind
- welche Rolle diverse Verabreichungsformen beim schrittweisen Absetzen spielen
- wie Dosierungen auch außerhalb vorgegebener Produkteinheiten verringert werden können
- welche Psychopharmaka eine magensaftresistente Zufuhr benötigen und wie diese gewährleistet werden kann

- wie Dosierungen durch zeitliche Streckung verringert werden können und bei welchen Psychopharmaka diese Möglichkeit ausscheiden?

Ist es möglich und juristisch machbar, eine interne oder öffentliche Datei zu den genannten Personenkreisen zu entwickeln? Wer macht das wie?

Wo findet man stationäre Möglichkeiten der Unterstützung beim Absetzen? Wie sähen solche Möglichkeiten aus, wenn Betroffene über lange Zeiträume die Möglichkeit haben sollten, niedrighschwellig und bei Bedarf kurzfristig aufgenommen zu werden, ohne jedoch der Gefahr ausgesetzt zu werden, dass der Absetzversuch durch kontraproduktive Maßnahmen und Haltungen torpediert wird?

Worauf müssen engagierte Psychiatriebetroffene achten, damit sie in der zukünftigen Diskussion wesentlich beteiligt bleiben und die Diskussion nicht auf Niedrigdosierung, d.h. eine Dosisfrage reduziert wird?

Lassen sich durch eine Vernetzung mit ähnlich gerichteten Bemühungen der Entwicklung kompetenter Absetzhilfen (Bern, Schweden, USA, Großbritannien) Synergieeffekte erzielen?

Mit welchen Maßnahmen ist von der Gegenseite zu rechnen – beispielsweise Ausweitung der Psychoedukation, der gemeindepsychiatrischen Überwachungsmaßnahmen der Compliance sowie vermehrten Vormundschaften («Betreuungen»), Entwicklung von Psychopharmaka mit noch länger wirksamen Depots wie z.B. Trevicta (Paliperidonpalmitat)? Und sollten unsere Bemühungen um kompetente Unterstützung beim Absetzen von Antidepressiva und Neuroleptika fruchtbar sein, wie kann der derzeit schon massiv geförderte verstärkte Einsatz von Elektroschocks und die Entwicklung genmanipulativer Maßnahmen (Rupp et al., 2016) gestoppt werden?

Welche Fragen sollten anders gestellt werden? Welche Fragen sind unsinnig oder überflüssig? Welche weiteren offenen Fragen gibt es?

Anmerkung

Die Übersetzungen aus dem Englischen und die in Klammern kursiv gesetzten Erläuterungen in Zitaten stammen von P.L.

Abbildungsnachweis

Die Abbildung ist der Website »Antidepressiva Absetzstudie Zürich – Wann können Antidepressiva sicher abgesetzt werden?« der Translational Neuromodeling Unit Zürich entnommen.

Quellen

- American Psychiatric Association: »Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5«, hg. von Peter Falkai und Hans-Ulrich Wittchen, Göttingen / Bern / Wien / Paris / Oxford / Prag usw.: Hogrefe Verlag 2015
- Bäuml, Josef / Pitschel-Walz, Gabi: »Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen: Konsensuspapier der Arbeitsgruppe ›Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen«, Stuttgart: Schattauer Verlag 2003
- Battegay, Raymond: »Entziehungserscheinungen nach abruptem Absetzen von Neuroleptica als Kriterien zu ihrer Differenzierung«, in: Der Nervenarzt, 37. Jg. (1966), S. 552-556

- »British National Formulary«, 63. Auflage, Basingstoke: Pharmaceutical Press 2012
- BVerfG: Beschluss der 2. Kammer des Zweiten Senats vom 14. Juli 2015 – 2 BvR 1549/14; im Internet unter www.bverfg.de/e/rk20150714_2bvr154914.html
- Degkwitz, Rudolf: »Leitfaden der Psychopharmakologie«, Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 1967
- Dilling, Horst / Mombour, Werner / Schmidt, Martin H. (Hg.): »Internationale Klassifikation psychischer Störungen – ICD-10. Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien«, Bern / Göttingen / Toronto / Seattle: Hans Huber Verlag 1992
- Dilling, Horst / Freyberger, Harald J. (Hg.): »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 2014
- Finzen, Asmus: »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; im Internet unter www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/gesundheit/pdf/absetzen-bremen.pdf
- Fuchs, Mirjam: »Mit Mathematik gegen Depression«, in: Tages-Anzeiger (Zürich), Online-Ausgabe vom 20.12.2015; im Internet unter www.tagesanzeiger.ch/wissen/medizin-und-psychologie/Mit-Mathematik-gegen-Depression/story/15736387
- Lehmann, Peter: »Frühe Warnzeichen für chronische oder tödlich verlaufende neuroleptikabedingte Erkrankungen«, in: Rundbrief des Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener e.V. (BRD), 2014, Nr. 1, S. 16-19; im Internet unter www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/bpe-rundbrief/2014.1.16-19.pdf
- Nielsen, Margrethe / Hansen, Ebba Holme / Gøtzsche, Peter C.: »What is the difference between dependence and withdrawal reactions? A comparison of benzodiazepines and selective serotonin re-uptake inhibitors«, in: Addiction, Vol. 107 (2012), S. 900-908; im Internet enthalten in <http://nordic.cochrane.org/sites/nordic.cochrane.org/files/uploads/theses/Nielsen%20PhD.pdf>
- Poser, Wolfgang / Roscher, Dietrich / Poser, Sigrid: »Ratgeber für Medikamentenabhängige und ihre Angehörigen«, 6. Auflage, Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag 1985
- Rupp, Alexandra / Papiol, Sergi / Falkai, Peter / Rossner, Moritz J.: »Anwendungen pluripotenter Stammzellen in der psychiatrischen Forschung«, in: Die Psychiatrie – Grundlagen und Perspektiven, Vol. 13 (2016), S. 205-212; Abstract im Internet unter www.schattauer.de/de/magazine/uebersicht/zeitschriften-a-z/die-psychiatrie/inhalt/archiv/issue/2418/issue/special/manuscript/26767/show.html
- Shatan, Chaim F.: »Withdrawal symptoms after abrupt termination of imipramine«, in: Canadian Psychiatric Association Journal, Vol. 11 (1966), Supplement, S. 150-158
- Tornatore, Frank L. / Sramek, John J. / Okeya, Bette L. / Pi, Edmond H.: »Unerwünschte Wirkungen von Psychopharmaka«, Stuttgart / New York: Thieme Verlag 1991

- Translational Neuromodeling Unit: »Antidepressiva Absetzstudie Zürich – Wann können Antidepressiva sicher abgesetzt werden?«, Zürich, o.J., Internetveröffentlichung
<https://tnu-studien.ethz.ch/de/aktuelle-studien/aidaz.html>
- Wienberg, Günther / Walther, Christoph / Berg, Michaela: »PEGASUS – Psychoedukative Gruppenarbeit mit schizophren und schizoaffektiv erkrankten Menschen«, 6., vollständig überarbeitete und erweiterte Neuausgabe, Köln: Psychiatrie Verlag 2013



Über 30 Experten und Expertinnen nahmen aktiv an dem Austausch teil © Reinhard Wojke

Workshop 1: Welche Möglichkeiten zur Linderung von Entzugssymptomen gibt es?

Protokollant: Peter Lehmann

Teilnehmerzahl: ca. 10

Fragen:

Welche entzugslindernden Substanzen eignen sich?

Wie sinnvoll und erfolgsträchtig sind Vorausverfügungen, um bei möglicherweise auftretenden Entzugsproblemen und Rückfällen die Selbstbestimmung (teilweise) durchzusetzen?

Wie sind beim Absetzen auftretende Schlafprobleme in den Griff zu bekommen?

Mit welchen Unterstützungsmöglichkeiten, aber auch Risiken, ist im Selbsthilfebereich von Betroffenen und Angehörigen zu rechnen?

Wie können physiologische und psychologische Absetzprobleme in den Griff bekommen werden

Welche Entzugssymptome können insbesondere beim Übergang von Minidosierungen auf Null auftreten?

Ist bei unüberwindbaren Absetzproblemen eine sog. Niedrigstdosierung sinnvoll und unter welchen Restrisiken?

Welche homöopathisch-naturheilpraktischen Verfahren eignen sich zur Linderung von Entzugssymptomen und zur Stabilisierung im besonders vulnerablen Zeitraum direkt nach dem Absetzen?

Welche Möglichkeiten zum Entgiften und zum „Notfallapotheken“-Einsatz homöopathischer oder naturheilpraktischer Methoden gibt es?

Diskutiert wurde:

Leider ist der Bericht rudimentär. Grund: Ich versagte bei der Aufgabe, das Aufnahmegerät einzuschalten. Deshalb nur stichpunktartig Themen, die gemäß meiner spärlichen Notizen angesprochen wurden (ohne jeglichen Anspruch auf Vollständigkeit):

- die Problematik des Einsatzes von Benzodiazepinen zur Linderung vegetativer, motorischer, psychischer und zentralnervöser Problemen beim Absetzen von Neuroleptika und Antidepressiva
- die zeitliche Nähe zum Absetzen als Hinweis auf Entzugsprobleme und meist verzögerte Symptome als Hinweis auf die Wiederkehr der ursprünglichen Probleme, sofern es dazu kommt / Probleme beim zeitversetzten Auftreten von

- Entzugsproblemen insbesondere bei Antidepressiva
- Teemischungen und homöopathische Mittel zur Linderung von Entzugsproblemen
- Yoga zur Entspannung
- die Bedeutung von Freunden und einem Netzwerk beim Absetzen
- die Schwierigkeit der Begleitung bei spirituellen Krisen
- die Vergleichbarkeit von Absetz-Selbsthilfegruppen mit Anonymen Alkoholikern
- Bachblüten-Rescuetropfen zur Linderung von Entzugsproblemen
- Stellt das Wegschicken von absetzwilligen Patienten den Straftatbestand der unterlassenen Hilfeleistung dar?

Workshop 2: Unterstützung beim Absetzen: ja. Aber wie?

→ Ängste, Ansprechpartner, Schwächen von v.a. psychotherapeutischen Verfahren...

Protokollantin: Maria González Leal

Teilnehmerzahl: ca. 15

Fragen:

Wie kann ein Mediziner Hilfe beim Absetzen gewährleisten, solange – außer der Diagnose Benzodiazepinabhängigkeit – keine entsprechenden Diagnosen und damit keine Abrechnungsziffern vorliegen?

Welche stationären Hilfemöglichkeiten gibt es?

Welche Risikofaktoren bedingen eine stationäre Unterstützung beim Absetzen?

Ist eine sporadische, bedürfnisangepasste stationäre Unterstützung beim Absetzen möglich?

Bei welchen unerwünschten Psychopharmakawirkungen sollte umgehend abgesetzt werden?

Wie können Psychotherapeuten, Sozialpädagogen, Sozialarbeiter und Psychiatriepflegekräfte zur Leistung kompetenter Hilfe ausgebildet werden?

Gibt es psychotherapeutische Verfahren, die sich speziell für die Begleitung beim Absetzen eignen?

Wie lassen sich kompetente und nutzerorientierte Psychologen finden?

Welche Möglichkeiten und Probleme haben Anbieter von gemeindenahen Diensten und psychiatrischen Stationen, institutionell und finanziell abgesichert Hilfe beim Absetzen von Psychopharmaka anzubieten?

Diskutiert wurde:

- Vorbehalte gegen Psychiater/Experten
- Möchten Mediziner absetzen? Wie können Ärzte begleiten?
- Wie können Ärzte bei der Entscheidung unterstützen? Bei Überzeugung des Patienten, die Medikamente abzusetzen
- Der, der den Schaden ausrichtet, soll ihn beheben
- für Mediziner muss das Absetzen abrechenbar sein
- Man braucht Diagnosen zur Abrechnung für die Krankenkassen (Stichworte: Diagnose/Sucht)
- Angst und Misstrauen zwischen Arzt und Patienten soll abgebaut werden
- Expertenwissen: Arzt ↔ Patient
- feste Anlaufstellen, vor allem bei Krisen
- Aufgabe von Machtpositionen bei Ärzten versus Gesundheit der Patienten → Ziel: Reduzierung der Medikamente
- Forderung Netzwerk: Kliniken, Ambulanzen, niedergelassene Ärzte → Psychosozialer Kontext (Wille der Betroffenen)
- Forum gründen, Beispiel: Tagesstätten
- reguläre ambulante Versorgung
- Forderung nach gleichberechtigter Aufteilung der Verantwortung
- Forderung nach mehr Zeit für die Behandlung: Ausprobieren von verschiedenen Behandlungsmethoden
- Soziales Umfeld?? → Lösung
- Notfallsprechstunden Therapeut kurzfristig ansprechen können
- Bedarf an langfristiger Therapie: ganzheitliche Therapie außer Medikamente
- Absetzen im Alltag und Notfallpunkt
- ganzheitliche Konzepte (Dialog): Ärzte, psychosoziale Dienste, Angehörige einbinden
- verbesserte Kommunikation zwischen Ärzten und Patienten
- Netzwerkgespräche
- Gestaltung eines Krisenortes (sozialer Ort) → Rahmenbedingungen schaffen
- Baukasten von Möglichkeiten, um schneller reagieren zu können
- Körperorientierte Verfahren



*Es herrschten rege Gespräche
© Reinhard Wojke*

Workshop 3: Was tun als Absetz-Williger, wenn der Arzt* das Absetzen nicht unterstützt?

Protokollantin: Martina Gauder

Teilnehmerzahl: 7

Fragen:

Wo können sich Betroffene, ihre Angehörigen und Freunde ausgewogen informieren über Möglichkeiten, Unterstützung und Probleme beim Absetzen?

Was können sie tun, wenn Ärzte das selbstbestimmte Absetzen nicht unterstützen oder wenn es diesen an ausreichenden Kenntnissen über Möglichkeiten und Probleme beim Absetzen mangelt?

Wie lässt sich der Absetzprozess planen, welche Probleme sollten dabei bedacht werden?

Wie lassen sich kompetente und nutzerorientierte Ärzte finden?

Diskutiert wurde:

- auf eigene Verantwortung absetzen
- es gibt Zwischenschritte dazu:
 - gut überlegen
 - Peer-Group befragen / Selbsthilfegruppen, Familie, Freunde kontaktieren mit Bitte um Reflektion und Unterstützung
 - selbst Verantwortung dafür übernehmen
 - Protokoll, wie es einem geht, führen
 - eventuell einen Schritt zurückgehen, wenn es Komplikationen gibt
 - Vertrauensperson mitnehmen zu Arztgesprächen (Zeuge)
 - auf Arztbesuch vorbereiten, einlesen in Alternativen
 - 5-10% absetzen alle 6 Wochen
 - Ärzte haben Werbeverbot, aber online gibt es Ärztebewertungen
 - Liste von Ärzten, die absetzwillig sind, führen (kann BO&P dies übernehmen?)
 - Arzt berät
 - Medikamente absetzen ist auch Frage des Verhandeln
- Arzt macht sich eigentlich strafbar, indem er den Patienten ablehnt (unterlassene Hilfeleistung)
- Verbandsklagerecht
- Patienten haben oft nicht genügend Geld, den Arzt zu verklagen
- Welche Vertrauensperson nimmt man zum Arzt mit?
- Wenn der Arzt etwas notieren und unterschreiben muss, dann wird es justiziabel („...und wenn Sie mir nicht helfen wollen, dann mache ich es alleine“)

- z.B. durch Vorausverfügung Wille zum Absetzen festlegen → Auftrag an Arzt gegeben / ins Gespräch kommen / Arzt kann sagen: „Auf Wunsch des Patienten gehandelt“
- Ärztekammer & kassenärztliche Vereinigung über die Absetz-Ablehnung des Arztes informieren
- ohne Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient kann nichts laufen
- Das Risiko von a) Neuroleptika und b) Absetzen muss Patient selbst abwägen und entscheiden

Workshop 4: Juristische Aspekte (Absicherung!) beim Absetzen

ENTFALLEN

Fragen:

Welchen Risiken sehen sich Ärzte ausgesetzt, die – evtl. trotz Hinweise auf Ausbildung von Langzeitschäden – keine Maßnahmen zum Absetzen einleiten?

Können Ärzte juristisch belangt werden, die zu Beginn der Behandlung, in deren Verlauf oder beim Übergang zur Langzeitbehandlung nicht auf Abhängigkeitsrisiken hinweisen?

Was, wenn sie Patienten nicht weiterbehandeln wollen, wenn diese eine Unterstützung beim schrittweisen Entzug einfordern?

Welchen Risiken setzen sich psychiatrisch Tätige aus, die ohne oder gegen ärztliche Anweisung Patienten beim Absetzen unterstützen?



In den Workshops am Nachmittag diskutierten die Teilnehmer in kleineren Runden die zentralen Fragen, die der Expertenrunde vorlagen © Reinhard Wojke

Weitere Ergebnisse der Expertenrunde

Über die Ergebnisse der Workshops hinaus, ergaben sich nach Stattfinden der Expertenrunde PSYCHEXIT folgende Resultate:

A) Jahrestagung Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) e.V. 2016

- 07.10.2016
- Charité Campus Virchow-Klinikum, Berlin
- Motto: »Sozialpsychiatrie 40.0 – nach der Reform ist vor der Reform«

Auf der DGSP-Jahrestagung haben wir einen Workshop geleitet, wo wir u.a. über die Expertenrunde berichtet haben und weiter zum Thema diskutiert haben:

Finzen, Asmus / Lehmann, Peter: Psychopharmaka reduzieren – minimieren – komplett absetzen

Mit den weiteren Teilnehmern **Uwe Gonther, Iris Heffmann** und **Jann Schlimme**

Bericht in: Peter Lehmann, Asmus Finzen, Uwe Gonther, Iris Heffmann und Jann Schlimme: »Psychopharmaka reduzieren – minimieren – komplett absetzen«, in: Soziale Psychiatrie (Köln), 41. Jg. (2017): www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/gesundheit/pdf/lehmann-finzen-absetzen-sp2017.pdf

B) Jahrestagung Aktion Psychisch Kranke (APK) e.V. 2016

- 08.11.2016
- Kassel
- Motto: »Verantwortung übernehmen – verlässliche Hilfe bei psychischen Erkrankungen«

Teilnahme bei der Jahrestagung der Aktion Psychisch Kranke e.V., Kongress Palais Kassel Stadthalle, 8. November 2016 mit einem von fünf Parallelsymposien:

Konsensuelle Behandlung mit Psychopharmaka

Moderation: Detlev Gagel

- **Uwe Gonther:** Absetzen von Psychopharmaka
- **Tom Bschor:** Qualitätsgesicherte Pharmakotherapie

C) Antrag S3-Leitlinie: „Indikationen und Formen des professionell begleiteten Absetzens“

Die DGSP hat am 8.11.2016 den „Antrag zur S3 Leitlinie Schizophrenie - Bearbeitung der Thematik 'Indikationen und Formen des professionell begleiteten Absetzens'“ gestellt. Formuliert haben den Antrag **Volkmar Aderhold** und **Andreas Heinz**, beides Teilnehmer an der Expertenrunde.

D) World Psychiatric Association 2017

- 8-12 Oktober 2017
- Berlin
- Links: www.wpaberlin2017.com und www.peter-lehmann.de/termine.htm#andernach

International Symposium: Withdrawal from Psychotropics

Chairs: Peter Lehmann / Andreas Heinz

Speakers

Peter C. Gøtzsche, Prof. Dr. Med. Sci., Copenhagen, Denmark: International Institute for Psychiatric Drug Withdrawal

Tom Bschor, Prof. Dr. med., Berlin, Germany: Do antidepressants cause dependence? A comparison to benzodiazepines with special regard to withdrawal reactions

Volkmar Aderhold, M.D., Hamburg, Germany: The withdrawal of neuroleptics – When to do so? How? When not to do so? What then?

Laura Delano, B.A., Medford, MA, USA: Start Low, Go Slow. Bridging the divide between the lack of clinical research on safe psychiatric drug withdrawal protocols and the growing evidence base of successful tapering methodologies by users of psychiatric drugs

*Teilnehmer aus der
Expertenrunde, wie hier Peter
Lehmann vorn im Bild, trugen
die Ergebnisse anschließend
in andere Kreise weiter*
© Reinhard Wojke



Beteiligte an der Planung der Expertenrunde

BOP&P e.V., als Zusammenschluss von Psychiatrie-Erfahrenen auf Bezirks- und Landesebene hat der Verein unter anderem den Zweck, die Interessen von Psychiatrie-PatientInnen und ehemaligen PatientInnen zu vertreten mit dem Ziel, nicht-psychiatrische Hilfsangebote entstehen zu lassen. Wo dies nicht möglich ist, ist das Ziel eine andere, gewaltfreie Psychiatrie. Mehr unter www.bopp-ev.de

Vorstandsmitglied **Martina Gauder** übernahm die Koordination der Expertenrunde



© Reinhard Wojke

Peter Lehmann, Dipl.-Sozialpädagoge. Autor und Verleger in Berlin. Bis 2010 langjähriges Vorstandsmitglied des Europäischen Netzwerks von Psychiatriebetroffenen. Seit November 2013 Schirmherr der Berliner Organisation Psychiatrie-Erfahrener und Psychiatrie-Betroffener e.V. (BOP&P). Buchveröffentlichungen u.a.: "Psychopharmaka absetzen – Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Phasenprophylaktika, Ritalin und Tranquilizern" (Hg.). Mehr unter Peter-Lehmann.de

Andreas Liebke, Vorstandsmitglied und Kassenwart von BOP&P e.V.



© Reinhard Wojke

Gaby Sohl, Referentin für internationale Angelegenheiten der taz, die Tageszeitung und freie Autorin, lebt in Berlin. Studium der Philosophie und Sozialarbeit. Mehrere Jahre lang Krisenberaterin für selbstmordgefährdete Menschen. Autorin von „Professionelle Logik, Psychopharmaka und das hoh(1)e Lied der Sachzwänge“. Mehr unter http://www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/alte/sohl_alte.htm



© Martina Gauder

Reinhard Wojke, Vater von zwei Söhnen. Seit 1992 Erwerbsunfähigkeitsrentner. Aktiv in der Selbsthilfe, seit 2004 Redakteur des Rundbriefs des Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener e.V. (BPE) und Vorstandsmitglied der Berliner Organisation Psychiatrie-Erfahrener und Psychiatrie-Betroffener e.V. (BOP&P). Mitglied im Landesbehindertenbeirat und -psychiatriebeirat Berlin sowie im Beirat der Krisenpension Berlin. Mehr unter <http://www.spiegel.de/panorama/gesellschaft/gefaehrdete-kinder-wenn-eltern-psychisch-krank-sind-a-579695.html>

Nächster Termin: So geht es weiter

Die nächste Expertenrunde ist für Freitag, den 28. April 2017 im St. Hedwig-Krankenhaus / Charité in Berlin geplant.