

Endlich absetzen!



Bemerkungen zum Buch
„Psychopharmaka reduzieren und absetzen“

Foto: XXXXXXXXXXXXX

Peter Lehmann

Im deutschsprachigen Raum nehmen Millionen von Menschen Psychopharmaka. Einer ihrer größten Wünsche findet durch ein neues Buch seinen Weg in die Praxis: Psychopharmaka reduzieren und absetzen zu können. Der Mit-herausgeber des Bandes berichtet über die neue Publikation.*

Das Wissen darüber, wie ärztlich verschriebene Psychopharmaka risikomindernd reduziert und abgesetzt und wie Absetz- und Entzugsprozesse unterstützt werden können, wird von der Ärzteschaft nur unzureichend oder überhaupt nicht gefördert. In ihrer Ausbildung spielt dieses Thema bisher kaum eine Rolle. Hinzu kommen die an Ärzte gerichteten Herstellerinformationen, in denen Entzugsprobleme bestritten werden und meist eine extrem kurze Zeit zum Absetzen vorgeschlagen wird, sollte überhaupt daran gedacht werden. Es heißt dann, man solle stufenweise in ein, zwei Wochen absetzen. Dies ist gerade nach längerer Einnahmezeit beispielsweise von Clozapin irrwitzig schnell, völlig verantwortungslos. Ärztinnen und Ärzte, die sich an solche Vorgaben hal-

ten, können einen riesigen Schaden anrichten. Auch die Behandlungsleitlinien leiten komplett fehl. Zudem geht es beim Absetzen häufig um Kombinationen. Bis zum Erscheinen des Artikels *Absetzen von Psychopharmaka-Kombinationen* von Jann Schlimme und Peter Lehmann hierzu im gerade in erstmaliger Kooperation von Psychiatrieverlag und Antipsychiatrieverlag erschienenen Buch „Psychopharmaka reduzieren und absetzen“ (Lehmann & Newnes 2023) gab es weltweit keine belastbare Informationen darüber, wie man diese absetzen kann.

Entzug und Rückfall

Entzugsprobleme werden immer wieder mit sogenannten echten Rückfällen verwechselt. Die Präparate werden daraufhin erneut verschrieben, anstatt andere Wege auszuprobieren. Polypharmazie und „Kaskaden-Iatrogenese“, von der der italienische Psychiater Giovanni Fava (Fava 2023, S. 37) spricht, bedeuten eine Zunahme unerwünschter Psychopharmakawirkungen und damit eine gesteigerte gesundheitliche Gefährdung der Betroffenen. Für diese ist das Reduzieren und Absetzen

in Eigeninitiative angesichts der gegebenenfalls komplexen Probleme äußerst schwierig (Lehmann 2019), für viele nahezu unmöglich. Hinzu kommen die sich mit der Zeit einstellende körperliche Abhängigkeit mit damit einhergehenden Entzugsproblemen, die Falschinformationen über Absetzrisiken sowie die angstmachende Prophezeiung eines angeblich gesetzmäßig eintretenden Rückfalls, wenn man gegen ärztlichen Rat absetzt.

„Viele Betroffene finden kein Verständnis bei ihren behandelnden Ärztinnen und Ärzten (und keine oder wenig Unterstützung im sozialen Umfeld). Sie müssen allein zurechtkommen, was besondere Fertigkeiten und Kenntnisse erfordert und deshalb häufig misslingt.“

Diagnose „Medikamentenabhängigkeit“

Zunächst ist eine Diagnose der Medikamentenabhängigkeit notwendig, um Entzugsprobleme zu identifizieren und beim Namen zu nennen. Mit einer Differenzialdiagnose könnten dann Entzugsprobleme vom sogenannten echten Rückfall abgegrenzt und Betroffene besser vor einer Dauerabgabe geschützt werden. Dies würde sowohl den Betroffenen den Erhalt notwendiger Unterstützungsmaßnahmen ermöglichen als auch Kliniken und professionell Tätigen eine angemessene Bezahlung. Die Diagnose der Antidepressiva- und Neuroleptika-Abhängigkeit sucht man im „ICD-11“ (WHO 2021) allerdings vergeblich in der Liste von Medikamenten mit Abhängigkeitspotenzial. Antidepressiva

und Neuroleptika lösen „nur“ eine körperliche Abhängigkeit aus, jedoch kein Suchtverhalten. Da die internationale Psychiatergemeinschaft im Sinne der Pharmaindustrie letzteres zur unerlässlichen Bedingung einer Medikamentenabhängigkeit erklärte, um die umsatzreduzierende Feststellung der körperlichen Abhängigkeit wegzureden, wird der Zugang zu Therapien sowie die Übernahme von Therapiekosten durch die Krankenkassen blockiert.

Industrieunabhängige Forschung

Obwohl mittlerweile deutliche Hinweise auf Entzugsprobleme bei Antidepressiva und Neuroleptika vorliegen (s. Lehmann: *Gibt es eine Abhängigkeit von Antidepressiva und Neuroleptika?*), erfolgt nach wie vor keine systematische Forschung, um das Entstehen dieser Art von Medikamentenabhängigkeit besser zu verstehen und zu verhindern. Bisherige Studien sind nicht darauf ausgerichtet, Entzugsprobleme zu untersuchen (EMA 2020, S. 3). Was Neuroleptika betrifft, so gab es laut Lasse Brandt von der Berliner Charité und Kollegen (Brandt et al. 2020) seit Einführung der Neuroleptika Anfang der 1950er-Jahre bis Oktober 2019 weltweit gerade einmal fünf formal-wissenschaftlichen Ansprüchen gerecht werdende Absetzstudien mit einer Gesamtzahl von 261 Personen. Aktuelle Studien sind so strukturiert, dass Absetzversuche von vornherein zum Scheitern verurteilt sind, da übermäßig schnell abgesetzt wird und die Studienteilnehmer nicht über Entzugsrisiken, die Notwendigkeit einer angepassten Absetzgeschwindigkeit und risikoarme Absetzmethoden aufgeklärt werden (Lehmann 2016).

Ein besonders dringliches Anliegen betrifft persistierende Entzugserscheinungen, die sich Jahre hinziehen können und den davon Betroffenen und ihren Familienangehörigen das Leben zur Hölle machen. Noch bestreiten Hersteller und in ihrem Interesse agierende Psychiater die Existenz solcher Probleme. Die Betroffenen werden im Stich gelassen.

Prädiktoren

Immer wieder werden bei Antidepressiva die Beschwerdefreiheit (Bundesärztekammer et al. 2022, S. 231) und bei Neuroleptika eine ausreichende Stabilität (DGPPN 2019, S. 65) als Prädiktoren genannt, die auf ein erfolgreiches Absetzen schließen ließen. Übersehen wird dabei jedoch, dass gerade die oft persönlichkeitsverändernde

de und apathisierende Wirkung von Psychopharmaka diese Stabilität verhindert und damit jeglichen Anstoß aufseiten der verordnenden Instanzen blockiert, mit dem Reduzieren und Absetzen zu beginnen.

Neben den Frühwarnzeichen sich bildender chronischer und eventuell tödlich verlaufender psychopharmakabedingter Gesundheitsschäden (Lehmann 2017, S. 92–125) gibt es allerdings durchaus Prädiktoren für ein erfolgreiches Absetzen von Psychopharmaka, wie Björn Schlier von der Universität Hamburg und seine Co-Autorinnen und sein Co-Autor feststellen. In „Psychopharmaka reduzieren und absetzen“ liefern sie eine Übersicht über die Faktoren für einen signifikanten positiven oder negativen Absetzerfolg und heben hervor, dass man dessen Ergebnis mit geeigneter Selbstfürsorge und passendem Absetzvorgehen maßgeblich beeinflussen kann.

Abhängigkeitsprobleme und Absetztechniken

Spezielle Absetztechniken sind nötig, wenn Psychopharmaka längerfristig, also länger als ein paar Wochen oder Monate, verabreicht wurden und mit Absetz- und Entzugsproblemen zu rechnen ist. Viele Betroffene finden kein Verständnis bei ihren behandelnden Ärztinnen und Ärzten (und keine oder wenig Unterstützung im sozialen Umfeld). Sie müssen allein zurechtkommen, was besondere Fertigkeiten und Kenntnisse erfordert und deshalb häufig misslingt. Diese Umstände werden dann auch noch als Bestätigung einer (behaupteten) notwendigen Dauereinnahme von Psychopharmaka herangezogen.

Die Umstellung auf leicht verringer- oder verdünnbare Tropfen liefert ärztlich Tätigen und Betroffenen eine Möglichkeit, Entzugsprobleme zu minimieren, insbesondere wenn es darum geht, gegen Ende des Absetzprozesses zu immer kleineren Dosierungen zu kommen. Möglich sind auch ärztliche Rezepturen, mit deren Verordnung Apotheken angewiesen werden, Kapseln oder Tabletten in nahezu jeder Dosierung eines Psychopharmakons herzustellen. Manche Ärzte kennen solche für den Einzelfall zugeschnittene Rezepturen nicht, ebenso wenig Ausschleichstreifen, die eine weitere Möglichkeit zum kleinschrittigen Absetzen liefern. Betroffene, die selbstständig vorgehen wollen, brauchen für diese drei Vorgehensweisen allerdings ärztliche Verordnungen. Wie diese ausse-

hen können, beschreiben Jann Schlimme und Michael Schwartz in ihrem Artikel *Individualität beachten – Die Reduktion von Psychopharmaka erfordert individuelle Verordnungen*.

Juristische Schritte

Der Psychiater Asmus Finzen (2015) bezeichnet die Verweigerung der Unterstützung beim selbstbestimmten Absetzen als Kunstfehler. Allerdings gibt es keinerlei berufs-, zivil- oder strafrechtliche Konsequenzen für einen Arzt, der seine Hilfe verweigert. Zu bestimmten Leistungen können Ärztinnen und Ärzte nicht gezwungen werden, und bestraft werden können sie nur, wenn die Kausalität ihres Handelns für einen Schaden nachweisbar ist. Ein sogenannter Kunstfehler allein reicht aber erfahrungsgemäß nicht. Nötig sind deshalb auch Nachweise, dass ein Behandler gegen die „Regeln der ärztlichen Kunst“ (Leitlinien und Behandlungsstandards) verstoßen hat, wobei die besondere Problematik darin besteht, dass die bestehenden Leitlinien der Bundesärztekammer und der DGPPN völlig ungenügend, Behandlungsstandards nicht existent und neutrale Gutachter extrem schwer zu finden sind.

Modellprojekte und Beratungsstellen

Mit dem vom Psychiater Martin Zinkler initiierten Modellvorhaben in Heidenheim gemäß § 64b SGB V und der Absetzunterstützung in der Bremer Ameos Klinik gibt es zwei sogenannte Leuchtturmprojekte. Beide Herangehensweisen sind stark von

der Haltung der dafür verantwortlichen Leitungsperson abhängig, und ohne eine solche, die Anforderungen der UN-Behindertenrechtskonvention ernst nehmende, entstehen offenbar weder neue strukturierten klinischen Vorgehensweisen noch spezielle Unterstützungsprogramme.

Nahezu unbekannt in Deutschland ist, dass die „Arbeitsgruppe Willkürliche Unterbringung“ des Menschenrechtsrats der Vereinten Nationen 2015 Unterstützungsprogramme für Menschen forderte, die ärztlich verschriebene Psychopharmaka absetzen wollen:

„Solche Unterstützungsprogramme sollten sich nicht auf die Bereitstellung psychosozialer Dienste oder Behandlungen konzentrieren, sondern kostenlose oder erschwingliche gemeindenaher Dienste einschließen, ebenso Alternativen, die frei von medizinischen Diagnosen und Eingriffen sind. Der Zugang zu Medikamenten und die Unterstützung beim Absetzen von Medikamenten sollte denjenigen zur Verfügung gestellt werden, die sich dafür entscheiden.“ (Working Group on Arbitrary Detention 2015, S. 25 – Hervorhebung P.L.)

Im gleichen Jahr wurde diese Forderung im selben Wortlaut in die Richtlinie 14 („Freiheit und Sicherheit der Person“) der UN-Behindertenrechtskonvention aufgenommen (CRPD 2015). Psychiatriepolitisch Aktive hierzulande interessiert dies offensichtlich nur wenig.

Dringend nötig wären auch nationale und lokale Beratungsstellen, die mit kompetenten Teams ausgestattet sind. An diesen herrscht jedoch ein absoluter Mangel,

wie auch an Selbsthilfegruppen oder multiprofessionellen Organisationen unter wirksamer Beteiligung von Erfahrungsexpertinnen und -experten. Ein Blick ins Ausland zeigt, wie ganzheitlich orientierte Gruppen erfolgreich Absetzprozesse unterstützen können, beispielsweise die kanadische *Gestion autonome des médicaments de l'âme* (Selbstverwaltung von Medikamenten für die Seele), die Céline Cyr in ihrem Artikel *Absetzen von Psychopharmaka mit Peer-Unterstützung* beschreibt. Ein anderes internationales Leuchtturmprojekt ist das von ehrenamtlich tätigen Professionellen und Betroffenen getragene Observatorium für Menschenrechte im Bereich der psychischen Gesundheit in Thessaloniki. Anna Emmanouelidou, ehemaliges Vorstandsmitglied vom DGSP Landesverband Rheinland-Pfalz, berichtet darüber im Buch.

Öffentlichkeitsarbeit

In der (Fach-)Öffentlichkeit ist das Ausmaß der Abhängigkeitsproblematik, was Antidepressiva betrifft, noch kaum angekommen. Bei Neuroleptika – von wenigen Ausnahmen wie dem kanadischen Pharmakologen Guy Chouinard abgesehen – noch gar nicht. Noch immer existiert der Mythos der Rückfallverhütung durch psychopharmakologische Dauerabgabe. Die Gefahr der dadurch bewirkten Verstärkung der psychischen Probleme bis hin zu deren Chronifizierung war bisher jedoch kein Thema.

Jetzt, wo die im Laufe der Zeit eintretende Toleranzbildung, Behandlungsresistenz

und körperliche Abhängigkeit sowie die behandlungsbedingt verkürzte Lebenserwartung der Betroffenen immer deutlicher werden, trauen sich mehr psychiatrisch Tätige, die Schäden ebenfalls beim Namen zu nennen. Dies zeigte sich beispielsweise 2014 beim DGSP-Symposium „Psychopharmaka absetzen: Warum, wann und wie“ sowie dem 2022 erschienenen Buch „Psychopharmaka absetzen? Warum, wann und wie?“ von Gerhard Gründer, dem Leiter der Task Force Psychopharmakologie der DGPPN.

Der Expertenmonolog ist brüchig und widersprüchlicher geworden. Dies offenbaren die Beiträge namhafter (und zum Teil noch wenig bekannter) psychiatrisch Tätiger in „Psychopharmaka reduzieren und absetzen“, wie etwa *Absetzgründe – Warum es das Recht auf Reduktion und Absetzen von Psychopharmaka geben muss* von Stefan Weinmann, *Institutionelle Unterstützung in Krisen während des Absetzens von Psychopharmaka* von Martin Zinkler, *Psychopharmaka-Reduktion in der psychiatrischen Klinik* von Uwe Gonther, *Reduzieren und Absetzen von Psychopharmaka in einer psychiatrischen Institutsambulanz* von Nora von Gaertner und Kata Terstyánszky sowie *Umgang mit Rebound-Effekten beim Absetzen von Psychopharmaka* von Stefan Vetter. Mit den vorgestellten Praxiskonzepten wird allen Beteiligten das notwendige Wissen vermittelt, um Psychopharmaka individuell angepasst absetzen zu können.

Weitere Schritte

Wichtig wären Statistiken von Fallzahlen, um den Handlungsbedarf zu ermitteln. Aber wo sind die GesundheitsökonomInnen, die den volkswirtschaftlichen Milliardenschaden errechnen und publik machen, entstanden durch Fehlinformationen über Abhängigkeits- und Entzugsprobleme, durch inkompetente oder unterlassene Hilfe beim Absetzen und durch körperliche Abhängigkeit samt Folgeschäden – auch wegen unterlassener Absetzversuche? Wer berechnet den materiellen und immateriellen Schaden, der mit einer reduzierten Lebenserwartung einhergeht? Was ist mit der massiven Einbuße der Lebensqualität der Betroffenen und ihrer Familien? Wie hoch sind die Kosten der Langzeitverabreichung selbst, der Therapie behandlungsbedingter Schäden, der Betreuung der Geschädigten in Behindertenwerkstätten und betreutem Wohnen, der Unterbrin-

gung in Altenheimen, der Arbeitsunfähigkeit und Arbeitslosigkeit, der Frühberentung – sprich: der ausbleibenden Gengung! Wo all diese Gelder dringend benötigt werden, braucht man den Tätigen im Gesundheits- und Pflegebereich nicht zu erklären.

Und wenn der Arzt nicht unterstützen will?

Ein humanistisch orientiertes Hilfesystem zu entwickeln, in dem die Verschreibung von Psychopharmaka eine Ausnahme darstellt, ist in einem gewinnorientierten Wirtschafts- und Gesundheitssystem eine Wunschvorstellung. Sofern die Betroffenen keine professionelle Unterstützung bekommen, bleibt ihnen oftmals nur der Weg in die Selbsthilfe – die (von Psychiatern abwertend bezeichnete) „Laien-Absetzgemeinschaft“ und deren Onlineforen, wie sie Stella Schnee, Gründerin des Onlineforums www.psyab.net, in ihrem Beitrag *Online-Plattformen als Hilfe zur Selbsthilfe beim Entzug von Psychopharmaka* beschrieben hat.

Mit „Psychopharmaka reduzieren und absetzen – Praxiskonzepte für Fachkräfte, Betroffene, Angehörige“ wird es nun hoffentlich die überfällige Zeitenwende im psychosozialen Bereich geben. ■



Zum Weiterlesen:
P. Lehmann/
C. Newnes (Hg.)
Psychopharmaka
reduzieren und absetzen.
Praxiskonzepte für
Fachkräfte, Betroffene,
Angehörige
Psychiatrie Verlag/
Antipsychiatrieverlag,
2023, 288 S., 38 Euro

* Alle kursiv gesetzten Artikel stammen aus Lehmann & Newnes 2023. Im Text wurde gelegentlich die männliche Form gewählt, dennoch beziehen sich die Angaben auf Angehörige aller Geschlechter. Aus Platzgründen stehen die Quellenangaben im Internet unter www.peter-lehmann.de/docu/mabu.htm

Peter Lehmann

ist Dipl.-Pädagoge, arbeitet als Autor, Verleger (Antipsychiatrieverlag) und Fortbildner in Berlin. Mitglied im Fachausschuss Psychopharmaka der DGSP.
Mehr unter www.peter-lehmann.de