



## Dokumentation

### Zweite Expertenrunde:

## **Psychexit - Auf dem Weg zum Kompass „Kompetente Hilfe beim Absetzen von Antidepressiva und Neuroleptika“**

28. April 2017 | 10 - 17.30 Uhr

In den Räumen des St. Hedwig-Krankenhaus,  
Berlin - Mitte



© Reinhard Wojke

Tagung und Druck gefördert durch:





## **Inhaltsverzeichnis**

	Seite
<b>Programm</b>	3
<b>Absetzen von Psychopharmaka-Kombinationen</b> Referent: Dr. Dr. Jann E. Schlimme	4
<b>Pharmakodynamische Aspekte beim Absetzen von Antidepressiva und Neuroleptika</b> Referent: Prof. Dr. Dr. Andreas Heinz	14
<b>Mittagspause</b>	17
<b>Selbstbestimmungsrecht beim Absetzen von Antidepressiva und Neuroleptika</b> Referent: Dr. jur. Heinz Kammeier	18
<b>Kompetentes und erfolgreiches Absetzen von Psychopharmaka in der Selbsthilfe</b> Referentin: Regina Bellion	23
<b>Protokoll</b>	27
<b>Beteiligte an der Planung der Expertenrunde</b>	32

## **Impressum**

Herausgegeben von der Berliner Organisation Psychiatrie-Erfahrener und Psychiatrie-Betroffener (BOP&P) e.V.  
1. Auflage 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 finanzielle Unterstützung und dem St. Hedwig-Krankenhaus, Berlin — Mitte, für die Räumlichkeiten und das Catering, insbesondere Prof. Andreas Heinz und Dr. Martin Voss.



© Reinhard Wojke

## **Programm**

Moderation: Gaby Sohl

9.30 Uhr Empfang

10.00 Uhr Begrüßung und Eröffnung

10.15 - 11.30 Uhr **Absetzen von Psychopharmaka-Kombinationen**

Referent: Dr. Dr. Jann E. Schlimme, Facharzt für Psychiatrie & Psychotherapie,  
Gastwissenschaftler Charité, Berlin

11.30 - 13.00 Uhr **Pharmakodynamische Aspekte beim Absetzen von Antidepressiva und Neuroleptika**

Referent: Prof. Dr. Dr. Andreas Heinz, Psychiater & Philosoph, Charité Berlin

13.00 - 14.00 Uhr **Mittagspause**

14.00 - 15.30 Uhr **Selbstbestimmungsrecht beim Absetzen von Antidepressiva und Neuroleptika**

Referent: Dr. jur. Heinz Kammeier, Lehrbeauftragter für Recht im Gesundheitswesen,  
Universität Witten/Herdecke

15.30 - 17.00 Uhr **Kompetentes und erfolgreiches Absetzen von Psychopharmaka in der Selbsthilfe**

Referentin: Regina Bellion, Expertin aus Erfahrung, Wilhelmshaven

17.00 - 17.30 Uhr Abschlussgespräch

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. Hierfür haben wir nach den 15-minütigen Impulsreferaten insbesondere das Diskussionsformat des Open Space vorgesehen, um in ungezwungener Atmosphäre, „ressortübergreifend“ und lösungsorientiert weiter die vier Schwerpunkte zu kommunizieren. Hierfür sind jeweils ca. 30 Minuten vorgesehen, anschließend werden die Ergebnisse besprochen und zusammengetragen.

## **Teilnehmer\*innen:**

- **Mediziner & Heilpraktiker:** Andreas Heinz, Frank Puchert, Jann Schlimme, Martin Voss.
- **Betreuer: Diensteanbieter. Pfleger. Psychotherapeuten & Sozialarbeiter:** Alfred Adelsmair, Christian Burr, Thomas Floeth, Christian Reumschüssel-Wienert, Elisabeth Rosenmayr, Hilde Schädle-Deininger, Gaby Sohl, Martin Urban, Susi-Ulrike Winkler.
- **Juristen:** Heinz Kammeier.
- **Experten aus Erfahrung:** Regina Bellion, Ludger Bruckmann, Joshua Dreyfus, Iris Heffmann, Brigitte Heinisch, Peter Lehmann, Andreas Liebke, Vicky Pullen, Frank Rettweiler, Stephanie Scholz, Petra Thaler, Reinhard Wojke, Andrea Zwicknagl.
- **Angehörige:** Renate Seroka, Gudrun Weißenborn.



## Absetzen von Psychopharmaka-Kombinationen

Priv.-Doz. Dr. med. Dr. phil. Jann E. Schlimme M.A.



© Reinhard Wojke

Typische einfache Kombinationen Neuroleptikum + Antidepressivum (typischerweise SSRI)

Risperdal consta 50 mg i.m. alle 14 Tage

Citalopram 20 1-0-0

Clozapin 200-0-550

Sertralin 200 1-0-0

Aripiprazol 30 1-0-0

Ciatyl Z 25 1-1-1

Aripiprazol 30 mg 1-0-0

Amisulprid 300 1-0-0

Amitriptylin 75 mg 0-0-1

Mirtazapin 0-0-60

Duloxetin 60 1-0-1

Quetiapin ret. 50 zur Nacht



Kompliziertere Kombinationen: Neuroleptikum + Antidepressivum + Antiepileptikum/Lithium

Valproat 600-0-0-1500

Quetiapin ret. 0-0-800

Trimipramin 0-0-0-100

Quilonum (Lithium) 450 1-0-0

Quetiapin 200 0-0-1

Doxepin 2x50 zur Nacht

Risperidon (als Depot) 50 mg alle 14 Tage

Olanzapin 20 mg

Mood-stabilizer CBZ

Lamotrigin mg 50-0-75

Quetiapin 150 mg zur Nacht

Venlafaxin ret 150-0-0

Wieso sind Reduktionen bei Kombinationen schwieriger?

Rezeptorchemie (Andreas Heinz)

Entzugssymptome





TABELLE 1

Typische Absetzsyndrome bei Neuroleptika-Entzug (nach TRANTER & HEALY 1998)

Sehr häufig	Weniger häufig
Schwitzen	Dystone Symptome (intensive und unwillkürliche Muskelanspannungen)
Hitze-, Kälteschauer	Tardive Dyskinesien (anhaltende, repetitive und unwillkürliche Bewegungen, z. B. im Bereich der Mundpartie, der Finger und Hände)
Schwindel, Kollapsneigung	Akathisie (motorische Unruhe, z. B. der Beine beim Sitzen oder Stehen)
Tachykardie	Kopfschmerzen
Übelkeit, Erbrechen	Konzentrationsstörungen
Schlaflosigkeit	Delir / Psychose
Unruhe, Aufgewühltheit	
Dünnhäutigkeit	

Table 1. Signs and symptoms of withdrawal from SSRI

System Involved	Symptoms
General	Flu-like symptoms, fatigue, weakness, tiredness, headache, tachycardia, dyspnea
Balance	Gait instability, ataxia, dizziness, light-headedness, vertigo
Sensory	Paresthesias, electric-shock sensations, myalgias, neuralgias, tinnitus, altered taste, pruritus
Visual	Visual changes, blurred vision
Neuromotor	Tremor, myoclonus, ataxia, muscle rigidity, jerkiness, muscle aches, facial numbness
Vasomotor	Sweating, flushing, chills
Sleep	Insomnia, vivid dreams, nightmares, hypersomnia, lethargy
Gastrointestinal	Nausea, vomiting, diarrhea, anorexia, abdominal pain
Affective	Anxiety, agitation, tension, panic, depression, intensification of suicidal ideation, irritability, impulsiveness, aggression, anger, bouts of crying, mood swings, derealization and depersonalization
Psychotic	Visual and auditory hallucinations
Cognitive	Confusion, decreased concentration, amnesia
Sexual	Genital hypersensitivity, premature ejaculation



TABELLE 1

Typische Absetzsyndrome bei Neuroleptika-Entzug (nach TRANTER &amp; HEALY 1998)

Sehr häufig	Weniger häufig
Schwitzen	Dystone Symptome (intensive und unwillkürliche Muskelanspannungen)
Hitze-, Kälteschauer	Tardive Dyskinesien (anhaltende, repetitive und unwillkürliche Bewegungen, z. B. im Bereich der Mundpartie, der Finger und Hände)
Schwindel, Kollapsneigung	Akathisie (motorische Unruhe, z. B. der Beine beim Sitzen oder Stehen)
Tachykardie	Kopfschmerzen
Übelkeit, Erbrechen	Konzentrationsstörungen
Schlaflosigkeit	Delir / Psychose
Unruhe, Aufgewühltheit	
Dünnhäutigkeit	

Table 1. Signs and symptoms of withdrawal from SSRI

System Involved	Symptoms
General	Flu-like symptoms, fatigue, weakness, tiredness, headache, tachycardia, dyspnea
Balance	Gait instability, ataxia, dizziness, light-headedness, vertigo
Sensory	Paresthesias, electric-shock sensations, myalgias, neuralgias, tinnitus, altered taste, pruritus
Visual	Visual changes, blurred vision
Neuromotor	Tremor, myoclonus, ataxia, muscle rigidity, jerkiness, muscle aches, facial numbness
Vasomotor	Sweating, flushing, chills
Sleep	Insomnia, vivid dreams, nightmares, hypersomnia, lethargy
Gastrointestinal	Nausea, vomiting, diarrhea, anorexia, abdominal pain
Affective	Anxiety, agitation, tension, panic, depression, intensification of suicidal ideation, irritability, impulsiveness, aggression, anger, bouts of crying, mood swings, derealization and depersonalization
Psychotic	Visual and auditory hallucinations
Cognitive	Confusion, decreased concentration, amnesia
Sexual	Genital hypersensitivity, premature ejaculation



TABELLE 1

Typische Absetzsyndrome bei Neuroleptika-Entzug (nach TRANTER & HEALY 1998)

Sehr häufig	Weniger häufig
Schwitzen	Dystone Symptome (intensive und unwillkürliche Muskelanspannungen)
Hitze-, Kälteschauer	Tardive Dyskinesien (anhaltende, repetitive und unwillkürliche Bewegungen, z. B. im Bereich der Mundpartie, der Finger und Hände)
Schwindel, Kollapsneigung	Akathisie (motorische Unruhe, z. B. der Beine beim Sitzen oder Stehen)
Tachykardie	Kopfschmerzen
Übelkeit, Erbrechen	Konzentrationsstörungen
Schlaflosigkeit	Delir / Psychose
Unruhe, Aufgewühltheit	
Dünnhäutigkeit	

Table 1. Signs and symptoms of withdrawal from SSRI

System involved	Symptoms
General	Flu-like symptoms, fatigue, weakness, tiredness, headache, tachycardia, dyspnea
Balance	Gait instability, ataxia, dizziness, light-headedness, vertigo
Sensory	Paresthesias, electric-shock sensations, myalgias, neuralgias, tinnitus, altered taste, pruritus
Visual	Visual changes, blurred vision
Neuromotor	Tremor, myoclonus, ataxia, muscle rigidity, jerkiness, muscle aches, facial numbness
Vasomotor	Sweating, flushing, chills
Sleep	Insomnia, vivid dreams, nightmares, hypersomnia, lethargy
Gastrointestinal	Nausea, vomiting, diarrhea, anorexia, abdominal pain
Affective	Anxiety, agitation, tension, panic, depression, intensification of suicidal ideation, irritability, impulsiveness, aggression, anger, bouts of crying, mood swings, derealization and depersonalization
Psychotic	Visual and auditory hallucinations
Cognitive	Confusion, decreased concentration, amnesia
Sexual	Genital hypersensitivity, premature ejaculation





TABELLE 1

Typische Absetzsyndrome bei Neuroleptika-Entzug (nach TRANTER &amp; HEALY 1998)

Sehr häufig	Weniger häufig
Schwitzen	Dystone Symptome (intensive und unwillkürliche Muskelanspannungen)
Hitze-, Kälteschauer	Tardive Dyskinesien (anhaltende, repetitive und unwillkürliche Bewegungen, z. B. im Bereich der Mundpartie, der Finger und Hände)
Schwindel, Kollapsneigung	Akathisie (motorische Unruhe, z. B. der Beine beim Sitzen oder Stehen)
Tachykardie	Kopfschmerzen
Übelkeit, Erbrechen	Konzentrationsstörungen
Schlaflosigkeit	Delir / Psychose
Unruhe, Aufgewühltheit	
Dünnhäutigkeit	

Table 1. Signs and symptoms of withdrawal from SSRI

System involved	Symptoms
General	Flu-like symptoms, fatigue, weakness, tiredness, headache, tachycardia, dyspnea
Balance	Gait instability, ataxia, dizziness, light-headedness, vertigo
Sensory	Paresthesias, electric-shock sensations, myalgias, neuralgias, tinnitus, altered taste, pruritus
Visual	Visual changes, blurred vision
Neuromotor	Tremor, myoclonus, ataxia, muscle rigidity, jerkiness, muscle aches, facial numbness
Vasomotor	<del>Sweating, flushing, chills</del>
Sleep	<del>Insomnia, vivid dreams, nightmares, hypersomnia, lethargy</del>
Gastrointestinal	<del>Nausea, vomiting, diarrhea, anorexia, abdominal pain</del>
Affective	Anxiety, agitation, tension, panic, depression, intensification of suicidal ideation, irritability, impulsiveness, aggression, anger, bouts of crying, mood swings, derealization and depersonalization
Psychotic	<del>Visual and auditory hallucinations</del>
Cognitive	<del>Confusion, decreased concentration, amnesia</del>
Sexual	Genital hypersensitivity, premature ejaculation



Wissenschaftliches Wissen fehlt (Studienlage)

Wissen aufgrund von Erfahrung gegeben, Regelwissen möglich

Unverzichtbar!

Die üblichen Grundvoraussetzungen und **Leitideen** für Reduktionsprozesse

**Welche Kriterien könnte ich nutzen, um den anderen zu beraten bzw. um mich zu entscheiden?**

- Welches ist die sog. „Grundmedikation“ (z.B. Antidepressivum bei depressiven Störungen, mood-stabilizier bei rez. depressiven/bipolaren Störungen, Neuroleptikum bei „schizophren“-psychotischen Störungen)

Tendenz: „**Grundmedikation**“ **zuletzt** (so auch BREGGIN u. Rothschild für psychotische Depressionen)

- Dauer der Einnahme?

Tendenz: **zuletzt begonnenes Medikament zuerst** (so auch BREGGIN)

- Positive Effekte auf Symptomatik?

Tendenz: **das selektivere / wirksamere Medikament einer Wirkgruppe zuletzt**

- Aktivierende versus sedierende Wirkung?

Tendenz: **sedierendes Medikament zuletzt** (so auch BREGGIN)

Tendenz: **2-Zügel-Reduktion** (so auch BREGGIN)

- Bestehen eindeutige unerwünschte Anwendungswirkungen? (z.B. Überhang, kognitive Einschränkung, Gewichtszunahme, Prolaktinerhöhung, motorische UAW, QTc-Zeit-Verlängerung)

Zuordnung zu einem Medikament möglich?

Tendenz: **UAW-verursachendes Medikament zuerst**

- Bestehen langfristige Schädigungsmöglichkeiten? (z.B. switching in Manie, kumulative NL-Dosis, Nierenschädigung bei Lithium)

Tendenz: **schädigendes Medikament zuerst** (so auch BREGGIN)

- Werden verschiedene Medikamente einer Wirkgruppe genutzt?

Tendenz: **Vollständige Reduktion eines Medikaments einer Wirkgruppe** (so auch BREGGIN)



**Beispiel: Typische einfache Kombinationen Neuroleptikum + Antidepressivum (typischerweise SSRI)**

Risperdal consta 50 mg i.m. alle 14 Tage ("Grundmedikation", kognitive Einschränkungen, motorische UAW, emotionale Distanz)

Citalopram 20 1-0-0

Konsequenz:

1. Oralisierung der Risperidon-Medikation
2. Primär Minimierung der Morgendosis vom Risperidon in 10%-Schrittchen
3. Absetzen des Citalopram

In diesem Fall:

4,5 mg oral, morgens 2 mg, Abends 2,5 mg, nach Reduktion auf 1 mg morgens Reduktion des Citalopram mit 10, 5-Schritten, dann Absetzen des Citalopram,

Reduktion des Risperidon auf derzeit 1-0-1,5 mg

Problem: Reduktion Citalopram von 5 auf 0 mg, darunter erhebliche Unruhe und vorübergehende Aufdosierung der Risperidon-Medikation auf 1,25 mg morgens

**Beispiel: Typische einfache Kombinationen Neuroleptikum + Antidepressivum (typischerweise SSRI)**

Mirtazapin 0-0-60 („Grundmedikation“, Gewichtszunahme, zuletzt angesetzt, schlafanstoßend, Überhang)

Duloxetine 60 1-0-1 („Grundmedikation“, Unruhe, selektiver)

Quetiapin ret. 50 zur Nacht (zuletzt angesetzt, schlafanstoßend, Überhang)

Konsequenz aus den Tendenzen:

1. Reduktion des Mirtazapins bis zum Absetzen
2. Reduktion des Duloxetine bis zu fehlender Unruhe
3. Absetzen des Quetiapin

In diesem Fall:

Absetzen des Quetiapins sofort durch Pat, Reduktion des Mirtazapins in 15 bzw. 7,5 mg Schritten,

Reduktion des Duloxetine auf derzeit 30 mg morgens (Rezepturen notwendig)

Problem: Sehr rasche Reduktion des Mirtazapins durch Pat initial (Halbierung, da Quetiapin-Reduktion unkompliziert ging), dadurch beginnendes Entzugssyndrom, längere Wartezeit erforderlich, bis erneuter Reduktionsversuch möglich



**Beispiel: Kompliziertere Kombinationen: Neuroleptikum + Antidepressivum + Antiepileptikum/Lithium**

Valproat 600-0-0-1500 (zuletzt begonnen im KH)

Quetiapin ret. 0-0-800 („Grundmedikation“ 300 mg vor KH-Aufenthalt, massiver Überhang, kognitive Einschränkungen, mimisch unbewegt, Gewichtszunahme)

Trimipramin 0-0-0-100 (zuletzt erhöht von 50 mg auf 100 mg im KH, massiver Überhang, kognitive Einschränkungen, Gewichtszunahme)

Konsequenz aus den Tendenzen:

1. Valproat reduzieren, so dass die Tagesdosis zuerst verschwindet;
2. Umverteilung retardiert auf unretardiert des Quetiapin,
3. dreizügelige Reduktion von Quetiapin, Valproat und Trimipramin bis zur „Grundmedikation“, dann neu entscheiden

(in diesem Fall, rasche Reduktion Valproat, 50mg-Schritte Quetiapin bis zur Grundmedikation, Trimipramin bis 50 mg in 25 mg-Schritten, dann 10 bzw. später 5 bzw. 1 mg-Schritte - Reduktionsspannen jeweils 4-6 Wochen)

Problem I: Reduktion des Trimipramins von 40 auf 30 mg mit Suizidideen, Raufgehen auf 40 mg, dann auf 35 mg,

Problem II: Reduktionsspannen ca. 4-6 Wochen nach Reduktion des Trimipramins auf 25 mg und Quetiapins auf 400 mg wegen „Porosität“ nicht erträglich, vorübergehend Erhöhung des Quetiapin bis 475 mg notwendig, dann zunächst vollständiges Ausschleichen des Trimipramins,

Problem III: Reduktion des Quetiapins ab 400 mg dann in 25 mg-Schritten, alle 4-5 Wochen

**Beispiel: Kompliziertere Kombinationen: Neuroleptikum + Antidepressivum + Antiepileptikum/Lithium**

Risperidon (als Depot) 50 mg alle 14 Tage („Grundmedikation“, kognitive Einschränkungen, mimisch unbewegt, Gewichtszunahme, selektiver)

Olanzapin 20 mg („Grundmedikation“, kognitive Einschränkungen, mimisch unbewegt, Gewichtszunahme, Diabetes)

Mood-stabilizer CBZ

Konsequenz aus den Tendenzen:

1. CBZ reduzieren;
2. Reduktion des Olanzapins bis zum Ausschleichen;
3. Oralisierung des Risperidons, dann Reduktion bis zur minimal möglichen Dosis

(in diesem Fall, rasche Reduktion CBZ, 2,5 mg-Schritte in der Reduktion des Olanzapins, kleinere Schritte zuletzt bis 2,5 mg Abends, die wegen Einschlafhilfe nicht aufgegeben werden wollen, Oralisierung des Risperidons auf 5 mg, dann Reduktion alle 12 Wochen, initial 0,5 mg Schritte bis 3 mg)

Problem I: Reduktion des Olanzapins verursachte Unruhe und leichte Antriebssteigerungen (Reduktion mit Zwischenschritten/Rezepturen notwendig), keine vollständige Reduktion gewünscht.





**Beispiel: Kompliziertere Kombinationen: Neuroleptikum + Antidepressivum + Antiepileptikum/Lithium**

Lamotrigin mg 50-0-75 („Grundmedikation“, zuletzt angesetzt)

Quetiapin ret 150 mg zur Nacht (schlafanstoßend, Überhang)

Venlafaxin ret 150-0-0 (gute Wirkung in der akuten depressiven Episode, im Rückblick: gefühlsdistanzierend; Gefahr: switching in manische Episode)

Konsequenz aus den Tendenzen:

1. Quetiapin umverteilen (100 mg retardiert, 50 mg unretardiert) und reduzieren
2. Venlafaxin reduzieren und ausschleichen
3. Quetiapin ausschleichen

Lamotrigin besteht, gel. Einsatz von Melperon

Problem I: Quetiapin-Reduktion ab 125 mg mit Schlafproblemen trotz Überhang, 75 mg unretardiert zur Schlafinduktion notwendig, weitere Reduktion dann unter Einsatz von Melperon (zuletzt tageweise, alternierend)

**Welche Kriterien könnte ich nutzen, um den anderen zu beraten bzw. um mich zu entscheiden?**

Tendenz: „**Grundmedikation**“ **zuletzt** (ggf. sogar Erhöhung eines als „Grundmedikation“ auserkorenen Medikaments in Kauf nehmen, um ein anderes Medikament zunächst reduzieren zu können)

Tendenz: **zuletzt begonnenes Medikament zuerst** (zuletzt begonnenes Medikament ist wirksam und nebenwirkungsärmer)

Tendenz: **das selektivere / wirksamere Medikament einer Wirkgruppe zuletzt** (unselektives Medikament wird als wirksam erlebt, z.B. aufgrund schlafanstoßender Wirkung /Abschalten am Abend)

Tendenz: **sedierendes Medikament zuletzt** (dennoch 2-Zügel-Prinzip beachten)

Tendenz: **2-Zügel-Reduktion von aktivierendem und sedierendem Medikament, v.a. wenn AD und NL** (vollständiges Ausschleichen ab einer gewissen Dosis dennoch möglich)

Tendenz: **UAW-verursachendes Medikament zuerst** (ggf. UAW tolerieren oder mit anderem Medikament couplieren, um die Reduktion eines problematischeren Medikaments vornehmen zu können)

Tendenz: **schädigendes Medikament zuerst** (Unklarheit, welches Medikament besonders schädigend ist)

Tendenz: **Vollständige Reduktion eines Medikaments einer Wirkgruppe** (erwünschte Wirkungen beachten, z.B. Sedierung)





## Machen Psychopharmaka abhängig?

Andreas Heinz, Martin Voss

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité Campus Mitte und  
Psychiatrische Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig Krankenhaus Berlin

Der Begriff der Abhängigkeitserkrankungen wird derzeit gleichbedeutend mit dem Begriff der Suchterkrankungen gebraucht. Unter Suchterkrankungen versteht man Krankheitsbilder, die erstens einen nachweisbaren Schaden durch den Drogenkonsum oder die exzessiv betriebene Tätigkeit (im Augenblick nur Glücksspielsucht als Verhaltenssucht) bewirken. Zweitens kommt es zu einer Toleranzentwicklung, d.h. zu einer Gewöhnung an die Droge oder die Tätigkeit. Dies ist im Gehirn nachvollziehbar, meistens werden die Drogenwirkungen durch gegenregulatorische, diesen Wirkungen entgegengesetzte Veränderungen reduziert. Wirkt also bspw. die Einnahme eines Beruhigungsmittels sedierend, indem Benzodiazepine wie Diazepam an bestimmte Andockstellen (Rezeptoren) binden, die hemmend wirken (sogen. GABA-Rezeptoren), werden diese Rezeptoren in der Regel herunterreguliert (Abbildung 1). Damit kommt es aber zu einem neuen Gleichgewicht zwischen der Drogeneinnahme und dem an die Drogeneinnahme angepassten Gehirn, sodass es beim plötzlichen Absetzen der Medikamente zu einer Entzugssymptomatik kommen kann. Diese ist das dritte und wesentliche Kennzeichen einer Suchterkrankung.

oder Medikamentenwirkung entgegengesetzt ist und das Gleichgewicht zwischen hemmenden Botenstoffwirkungen und ihren Andockstellen (Rezeptoren) aufrechterhält.

**Untere Reihe:** Wenn die Droge oder das Medikament plötzlich abgesetzt wird, dann fehlt die hemmende Wirkung des Alkohols oder der Benzodiazepine, weil die Rezeptoren sich nur verzögert erholen (wieder heraufregulieren), es fehlt also „Hemmung“ im Gehirn und es kann zu Entzugserscheinungen kommen (Schwitzen oder Zittern etc.)

Solche Gewöhnungseffekte gibt es auch an Psychopharmaka, bspw. an Neuroleptika: diese blockieren Dopamin-D2-Rezeptoren, im Gegenzug gibt es eine Hochregulierung der Dopamin-D2-Rezeptoren, offenbar sowohl was ihre Zahl wie ihre Empfindlichkeit (Sensitivität) angeht (Seeman et al., 2006; Samaha et al., 2008; Abbildung 2). Solche Absetzsymptome gibt es allerdings auch bei allen anderen wirksamen Medikamenten, bspw. können Mittel gegen Bluthochdruck zu gegenregulatorischen Veränderungen führen, die beim Absetzen der Medikamente ein erhöhtes Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen auslösen (Reidenberg, 2011).



Abbildung 1:

**Obere Reihe:** Die grünen Ovale stellen Nervenzellen dar; Alkohol wirkt wie Benzodiazepine (z.B. Valium) sedierend (beruhigend), weil es wie der körpereigene Botenstoff GABA die nachfolgende (hier die rechte) Nervenzelle hemmt. Der Körper reagiert darauf, indem die GABA-Rezeptoren, d.h. die Andockstellen für GABA, herunterreguliert werden, es kommt also zu einer Gegenregulation, die der Drogen-

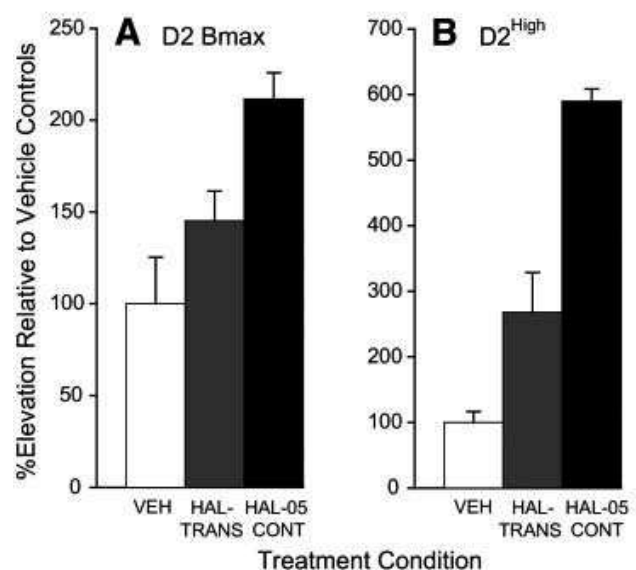


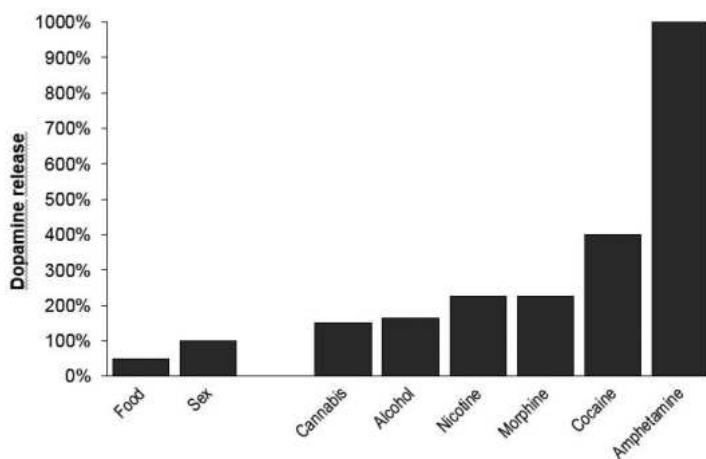
Abbildung 2:

Bei Gabe von Neuroleptika, die Andockstellen für Dopamin blockieren (sogenannte Dopamin D2 Rezeptoren), werden diese in ihrer Dichte (oben links) wie in ihrer Empfindlichkeit



heraufreguliert, und zwar bei Gabe eines Depots (Hal-05 cont = kontinuierlich) stärker als bei intermittierender Gabe (Hal trans = transient); Veh = Vehikel, also Gabe von Wasser als Kontrollkondition (aus Samaha et al., 2008).

Von einer Suchterkrankung wird nur gesprochen, wenn zusätzlich zur Toleranzentwicklung und Entzugssymptomatik ein starkes Verlangen nach der Substanz auftritt und eine Kontrollminderung im Umgang damit, d.h. wenn Personen wiederholt versuchen, den Drogenkonsum oder das Glücksspielen einzuschränken, dies aber nicht schaffen. Für dieses starke Verlangen und die Kontrollminderung wird angenommen, dass sie aufgrund der belohnenden Wirkungen der Drogen oder des exzessiven Glücksspiels auftreten und mit der verstärkten Freisetzung von Botenstoffen wie Dopamin verbunden sind (Abbildung 3). Von daher ist verständlich, dass solche Symptome bei Gabe von Neuroleptika, die Dopamin-Rezeptoren blocken und damit der Dopaminwirkung entgegengesetzt sind, nicht auftreten. Neuroleptika werden dementsprechend oft eher als aversiv, psychisch beeinträchtigend bzgl. des Wohlbefindens und bei hoher Dosierung auch als psychomotorisch verlangsamend erlebt.



### Abbildung 3:

Alle Drogen mit Abhängigkeitspotential setzen Dopamin frei, und zwar deutlich mehr als die bei „natürlichen Verstärkern“ wie der Nahrungsaufnahme (food) oder sexueller Aktivität der Fall ist. Je stärker und schneller die Dopaminfreisetzung im sogenannten Belohnungs-System (dem ventralen Striatum) einsetzt, desto stärker macht eine Substanz abhängig. Denn die Dopaminfreisetzung verstärkt das Verhalten, das dazu geführt hat, also den Drogenkonsum und das Verlangen danach. So erklären sich das Verlangen nach einer Droge oder einem Medikament wie dem Amphetamin und die Kontrollminderung im Umgang damit. Neuroleptika

blockieren Dopamin, lösen also kein Verlangen und keine Kontrollminderung im Umgang mit Neuroleptika aus, sondern bewirken bei höherer Dosierung eher das Gegenteil, also Apathie (Motivationsstörungen). Auch Antidepressiva setzen akut kein Dopamin im Belohnungs-System frei (Heinz und Batra, 2003).

Antidepressiva steigern die Stimmung und beeinflussen auf unterschiedliche Art und Weise auch die Dopaminfreisetzung, der relativ lange Zeitraum zwischen Einnahme der Medikamente und Einsetzen der antidepressiven Wirkung (i.d.R. ca. 2 Wochen) führt aber nicht dazu, dass diese Substanzen von Seiten der Betroffenen ähnlich wie Drogen selbstständig mehrfach am Tag mit immer höheren Dosierungen eingenommen werden. Der für Suchterkrankungen wichtige Teil der Kontrollminderung und des starken Verlangens nach der Substanz/Droge tritt also in aller Regel nicht ein. Dem gegenüber kommt es bekanntermaßen zu deutlichen Absetzsymptomen, bspw. bei langsamem Ausschleichen von Sertralin bei ca. einem Drittel der Betroffenen zu mittleren bis schweren Entzugssymptomen, bei 24% zu milden Entzugssymptomen und bei weiteren 24% zu sehr geringen Entzugssymptomen. Auch beim Absetzen von Escitalopram berichten bis zu 10% der Betroffenen von Schlafstörungen, Nervosität, Angst, Irritabilität und verschlechterter Stimmung, wobei ein Teil, aber eben nicht alle dieser Symptome auch durch das Wiederauftreten der Depression erklärt werden können. Müdigkeit und Schwindel wurden bspw. auch beim plötzlichen Absetzen vs. Weitergeben von Fluoxetin beobachtet, beide Symptome sind keine klassischen Symptome einer Depression und von daher deutlich auf das Absetzen zurückzuführen (Fava et al., 2015). Solche Absetzsymptome werden bei Antidepressiva möglicherweise dadurch verstärkt, dass die Blockade der Serotonin-Transporter keine Gegenregulation (d.h. keine Erhöhung der Serotonin-Transporter) sondern eher eine weitere Verringerung bedingt, sodass man hier beim Absetzen besonders vorsichtig sein sollte, d.h. die Medikation langsam in nur kleinen Dosisschritten reduzieren sollte.

Aus dem Genannten ergibt sich auch, dass bereits bei der Eindosierung von Medikamenten auf das mögliche Absetzen geachtet werden muss. Beispielsweise genügt bei einer nicht vorbehandelten Person i.d.R. eine Dosis von 3mg Haloperidol, um in einen wirksamen Bereich zu kommen (Heinz et al., 1996).

Damit kann auch die eingangs gestellte Frage nochmal eingegangen werden, inwieweit Psychopharmaka abhängig machen. Versteht man unter Abhängigkeit das Entwickeln von Gewöhnungseffekten (Toleranzentwicklung) und Absetzphänomene bzw. Entzugserscheinungen, ist die



Frage zu bejahen. Das gilt allerdings für alle wirksamen Medikamente, eben auch für Bluthochdruckmittel etc.

Heutzutage werden unter Abhängigkeitserkrankungen aber im Wesentlichen Suchterkrankungen verstanden. Der Begriff der „Abhängigkeitserkrankung“ ist gegenüber dem der „Suchterkrankung“ zu bevorzugen, da unter „Suchterkrankungen“ häufig zu sehr und für die Betroffenen stigmatisierend die vermeintliche „Gier“ nach der Droge bzw. das starke Verlangen und eine angebliche Kontrollunfähigkeit der Betroffenen thematisiert wurde, wobei es bei Letzterem um eine Kontrollminderung und nicht etwa um „haltlose“ oder andere, negativ

bewertete Charakterzüge geht. Um genau von solchen stigmatisierenden und abwertenden Bildern wegzukommen hat man insbesondere in der internationalen, aber auch in der deutschen Suchtdiskussion von „Abhängigkeitserkrankungen“ und nicht von Suchterkrankungen gesprochen (im Engl. „dependence“ statt „addiction“), dieser Trend ist leider derzeit rückläufig. Wenn man also von der abhängig machenden Wirkung von Psychopharmaka spricht, sollte man dies nicht mit klassischen Suchterkrankungen verwechseln. Es handelt sich um die körpereigenen Anpassungsvorgänge an jegliche Form von Medikation.



Von links:  
Prof. Dr. Dr. Andreas Heinz,  
Dr. Martin Voss  
© Reinhard Wojke

#### Literatur:

Fava GA, Gatti A, Belaise C, Guidi J, Offidani E. Withdrawal Symptoms after Selective Serotonin Reuptake Inhibitor Discontinuation: A Systematic Review. *Psychother Psychosom.* 2015 84:72-81

Heinz A, Batra A. *Neurobiologie der Alkohol- und Nikotinabhängigkeit.* Kohlhammer, Stuttgart. 2003

Heinz A, Knable MB, Weinberger DR., Dopamine D2 receptor imaging and neuroleptic drug response. *J Clin Psychiatry.* 1996 57 Suppl 11:84-8.

Samaha AN, Reckless GE, Seeman P, Diwan M, Nobrega JN, Kapur S. Less is more: antipsychotic drug effects are greater with transient rather than continuous delivery. *Biol Psychiatry.* 2008 64:145-52

Seeman P, Schwarz J, Chen JF, Szechtman H, Perreault M, McKnight GS, Roder JC, Quirion R, Boksa P, Srivastava LK, Yanai K, Weinshenker D, Sumiyoshi T. Psychosis Pathways Converge via D2High Dopamine Receptors. *Synapse.* 2006 60:319-46

Reidenberg, drug discontinuation effects are part of the pharmacology of a drug. *J Pharmacol Exp Ther.* 2011 39: 324-328





© Reinhard Wojke

## Mittagspause



© Reinhard Wojke



Dr. jur. Heinz Kammeier

Rilkeweg 11  
48165 Münster  
02501 - 58 88 88  
0171 - 744 59 35  
kammeier-muenster@t-online.de

Bearbeitungsstand: 2. Mai 2017

## **Entwurf**

Gestaltung der Rechtsbeziehung zwischen einer psychisch beeinträchtigten oder erkrankten Person und ihrem Behandelnden  
oder

Das Behandlungsrecht in der Psychiatrie

Gliederung und Leitsätze:

### **1: Einleitung: von Körperverletzung zu Selbstbestimmung und Menschenrechten**

Die Würde, die jedem Menschen eigen ist, und die universale Geltung der Menschen-rechte gestatten jedem Menschen, unabhängig von seiner körperlichen, intellektuellen oder seelischen Gestalt oder Verfasstheit, allein und selbst für sich zu bestimmen, wie er mit sich umgehen will und wie andere mit ihm umgehen dürfen.

Er hat das Recht, sich selbst gesundheitlich zu schädigen, und ist nicht verpflichtet, sich gesund zu halten.

Die Freiheit der Selbstbestimmung kommt erst dort an eine Grenze, wo die Rechte eines anderen berührt werden.

Dem Gesetzgeber ist es nicht grundsätzlich verwehrt, unter Fürsorgegesichtspunkten Maßnahmen zum Selbstschutz gesetzlich vorzusehen. Daraus ist aber kein über dem Recht stehender allgemeiner Auftrag „der Psychiatrie“ abzuleiten, aus eigenem Selbstverständnis heraus helfend eingreifen zu dürfen oder sogar zu müssen.

### **2: Psychiatrie ist anders als die somatische Medizin**

Der Umgang mit psychischen Beeinträchtigungen, Störungen und Erkrankungen ist ein um viele Dimensionen erweiterter und qualitativ anderer als die Behandlung von (bloß) somatischen Erkrankungen.

Bei zahlreichen betroffenen Personen geht es im psycho-sozialen Behandlungskontext weniger um Heilung oder Besserung, als eher darum, mit der eigenen, das Wohlbefinden mehr oder weniger stark einschränkenden Lebenssituation individuell und sozial zu Recht zu kommen.

### **3: Die psycho-soziale Behandlung auf der Grundlage eines Vertrags**

(§§ 611, 630a ff. BGB: Dienstvertrag, Behandlungsvertrag)

#### *3.1: Allgemeines zum Status von Erkranktem und Behandelndem*

##### *3.1.1: Der Auftraggeber bzw. die Nutzer-Seite*

Die psychisch beeinträchtigte oder erkrankte Person bestimmt – außer in Notfällen oder bei einer (drohenden) Verletzung von Rechten Dritter – selbst auf der Grundlage ihrer autonomen Bedürfnisse, Wünsche und Präferenzen, ob sie überhaupt, und wenn ja, welche Dienstleistungen sie zur Abhilfe oder zum gelingenden Umgang mit ihrer Beeinträchtigung in Auftrag geben und in welcher Weise sie diese gestaltet haben, in Anspruch nehmen oder sich ihrer bedienen will.

Sie ist im psycho-sozialen Behandlungskontext nicht „Kunde“, sondern Auftraggeber des Dienstleisters.

##### *3.1.2: Der Beauftragte bzw. die Behandelnden-Seite*

Im Bereich der psycho-sozialen Behandlung geht es weniger darum, von Seiten der Behandelnden eine standardisierte Angebotspalette (wie die Konserven im Supermarktregal) zur Verfügung zu stellen, sondern um ein Nachfrage-orientiertes Eingehen auf die individuellen Bedürfnisse, Wünsche und Präferenzen der gesundheitlich und sozial beeinträchtigten oder erkrankten Person.





Ausschließlich die nachgefragte, gemeinsam abgesprochene und dann in Auftrag gegebene („bestellte“) Dienstleistung wird zum Gegenstand und zur vertraglichen Leistungspflicht des Behandelnden.

### 3.2: Grundzüge des Behandlungsvertrags gemäß §§ 630a ff. BGB – de lege lata

Das sog. Patientenrechtegesetz (§§ 630a ff. BGB) hat einen neuen Vertragstyp geschaffen, der auch für das Verhältnis zwischen einer um körperliche oder psycho-soziale Hilfe nachsuchenden oder erkrankten Person und einem Dienstleister gilt, der solche Hilfe anbietet und sie ggf. – bei Einigung auf einen „Behandlungs“-Vertrag – zu leisten hat.

Das Patientenrechtegesetz ist aber durch seine außerordentlich starke und historisch bedingte Orientierung an der somatischen Medizin hinter den Erfordernissen und den Regelungsnotwendigkeiten des Verhältnisses zwischen einer psychisch beeinträchtigten oder erkrankten Person und den multifaktoriellen Hilfsmöglichkeiten der heute möglichen psycho-sozialen Versorgung zurück geblieben.

Deshalb sind die tradierten Vorstellungsgehalte und die Rechtsbegriffe von *Aufklärung* und *Einwilligung* diesen im Laufe der letzten Jahre veränderten Erfordernissen durchgängig anzupassen und auszulegen.

### 3.3: Informationspflicht, § 630c BGB

Die Informationspflicht (§ 630c BGB) ist eine wechselseitige und umfassende vor-vertragliche oder Neben-Pflicht beider Parteien vor der Einigung über einen Behandlungsvertrag (Beauftragung zur helfenden Dienstleistung und Übernahme bzw. Durchführung der Leistungszusage).

Sie dient dem ärztlichen Behandelnden zur Stellung von Diagnose und Indikation und der psychisch beeinträchtigten oder erkrankten Person als Auftraggeber einer ärztlichen oder anderen Dienstleistung zur Auswahl und Konkretisierung ihres „Behandlungs“-Auftrags und als Hinweis auf weitergehende Maßnahmen.

### 3.4: Aufklärung: Diagnose und Indikation, § 630e BGB

Aufklärung (insbesondere über Diagnose und Indikation) hat keine Darstellung von ärztlichem „Herrschaftswissen“ mit offensichtlichem Durchsetzungswillen zu sein. Aufklärung erschöpft sich im psycho-sozialen Behandlungskontext auch nicht in einseitiger noch so ausführlicher Information.

Die Aufklärung ist vielmehr ein Beitrag in einem hermeneutisch-dialektischen Prozess der Herausarbeitung des wahren Willens einer psychisch beeinträchtigten oder erkrankten Person. Sie hat ihr die Voraussetzungen für eine subjektiv geprägte Entscheidungsgrundlage zur Wahrnehmung ihres Selbstbestimmungsrechts in ihrem persönlichen Lebenskonzept zu vermitteln.

### 3.5: Einwilligung, § 630d BGB

#### 3.5.1: geltendes Recht

Nach geltendem Recht ist die Einwilligung die notwendige Erklärung einer Partei beim Abschluss eines Behandlungsvertrags.

Sie stellt einen (gewissen) Verzicht auf den Schutz eines Rechtsgutes dar und legitimiert die andere Seite, den Behandelnden, zum Eingriff in die körperliche Unversehrtheit.

#### 3.5.2: Kritik am rechtlichen Erfordernis der Einwilligung im Rahmen psycho-sozialer Behandlung

Von der Entwicklung des Selbstbestimmungsrechts und der Geltung der Menschenrechte (UN-BRK) her betrachtet, ist die Rechtsfigur der Einwilligung im herkömmlichen Verständnis heute nicht mehr geeignet, dem Selbstbestimmungsrecht der psychisch beeinträchtigten oder erkrankten Person adäquaten Ausdruck zu verschaffen.

Es geht bei einer Behandlung im psycho-sozialen Kontext nicht um die Gestattung einer Körperverletzung, sondern um die Förderung der Selbstbestimmung dahingehend,



was die beeinträchtigte oder erkrankte Person ihrem Körper bzw. ihrer Psyche zukommen lassen bzw. wie sie mit ihrem Körper, ihrer Psyche und ihren sozialen Bezügen umgehen will.

### *3.5.3: Einwilligung im psycho-sozialen Behandlungskontext*

In einer zeitgemäßen Psychiatrie verbieten sich Gestaltungen von Einwilligung bzw. Compliance, die (immer noch) den Charakter eines Unterwerfungsrituals tragen.

Einwilligungsfähigkeit ist im psycho-sozialen Behandlungskontext nicht von der Kompetenz der psychisch beeinträchtigten oder erkrankten Person abhängig, sondern von der gemeinsam im Dialog mit ihr zu erreichenden Absprache über die Wahrnehmung dessen, was sie wirklich will.

Einwilligung bzw. Compliance ist damit das Ergebnis einer *partizipativen Entscheidungsfindung* zwischen einer psychisch beeinträchtigten oder erkrankten Person und dem Behandelnden.

### *3.6: Aufklärung und Einwilligung als Dialog und rechtliche Einheit*

Im psycho-sozialen Behandlungskontext stehen sich Aufklärung und Einwilligung nicht als zwei rechtlich selbständige, nacheinander zu vollziehende Handlungs- bzw. Vertragselemente ergänzend gegenüber.

Aufklärung und Einwilligung gewinnen im Rahmen des Behandlungsvertrags nach §§ 630d, 630e BGB rechtliche Gestalt und entfalten Rechtswirkung, wenn die psychisch beeinträchtigte oder erkrankte Person und der Behandelnde in einem hermeneutisch geführten Dialog zu einer gemeinsamen Absprache und Einigung hinsichtlich des weiteren Vorgehens gefunden haben.

In diesen Dialog können gegebenenfalls andere Personen zur Unterstützung der selbstbestimmten Entscheidungsfindung mit einbezogen wer-

den und auf diese Weise dazu beitragen, eine ersetzende Entscheidung zu vermeiden.

### *3.7: Veränderung der Einwilligung: Modifikation und Widerruf*

Der von der behandelten Person – als der einen Seite in einem Behandlungsvertrag – ausdrücklich erklärte, durch schlüssiges Verhalten zum Ausdruck gebrachte oder konkludent geäußerte Wille nach Veränderung des im Rahmen der partizipativen Entscheidungsfindung mit dem Behandelnden gemeinsam Abgesprochenen ist nach geltendem Recht als Widerruf der Einwilligung bzw. als Kündigung des Behandlungsvertrags mit dem Wunsch nach Modifikation der Behandlung, z.B. in Gestalt einer Änderung der verordneten Medikation, (Änderungskündigung) aufzufassen.

Beide Parteien des (bisherigen) Behandlungsvertrags müssen sich dazu erklären, ob sie den Vertrag als beendet betrachten, oder ob sie eine Modifikation in gemeinsamer Absprache (in erneuter partizipativer Entscheidungsfindung) herbeiführen wollen.

Im Rahmen der Dispositionsfreiheit ist es rechtlich zulässig, einen von den anerkannten fachlichen Standards abweichenden Standard zu vereinbaren. Die Handlungsfreiheit des Arztes endet an den vom Berufsrecht und von § 228 StGB („Verstoß der Einwilligung gegen die guten Sitten“) gezogenen Grenzen.

### *3.8: Ersatz der Einwilligung bei absoluter Nicht-Einwilligungsfähigkeit*

Das deutsche Recht geht von der Einwilligungsfähigkeit des volljährigen Menschen aus. Das heißt, dass vorhandene Einschränkungen oder das gänzliche Fehlen von Einwilligungsfähigkeit positiv festgestellt und begründet werden müssen.

Im Kontext psycho-sozialer Behandlung kann dieser Nachweis erst dann als erbracht gelten, wenn unter Beachtung der weiten Begriffshorizonte von „Kommunikation“ und „Sprache“ im Sinne von Art. 2 Abs. 1, 2 UN-BRK keine Äu-



ßerung eines natürlichen Willens als Wahrnehmung von Selbstbestimmung mehr erkennbar ist.

Erst bei Vorliegen dieser Voraussetzung kann einer *ersetzenden Entscheidung* als mutmaßlicher Wille rechtliche Relevanz zugesprochen werden, wenn diese unter Aufnahme und Widergabe konkreter Anhaltspunkte von früher geäußerten Behandlungswünschen (z.B. in einer Patientenverfügung), Bedürfnissen und Präferenzen, unter Berücksichtigung ethischer und religiöser Überzeugungen sowie persönlicher Wertvorstellungen und frei von wertenden Einflüssen des Entscheiders zustande gekommen ist.

### 3.9: *Beurteilung der Qualität der Behandlung / des Umgang mit psychisch beeinträchtigten oder erkrankten Personen*

... XXX

## 4: Haftungsfragen

Strafrecht:

§ 323c StGB (unterlassene Hilfeleistung) begründet keine Sonder- oder erweiterten Berufspflichten für Ärzte.

Solange ein Suizidversuch in der Rechtsprechung des BGH als Unglücksfall gilt, der eine Hilfespflicht auslöst, führt dies zu einem Wertungswiderspruch mit dem Selbstbestimmungsrecht des Betroffenen, insbesondere zu § 1901a BGB und § 217 StGB. Liegt eine auf diese Situation bezogene eindeutige und damit rechtlich verbindliche Patientenverfügung vor, die eine Hilfeleistung untersagt, ist diese auch unter dem Blickwinkel des Strafrechts zu beachten.

§ 13 StGB (Garantenstellung) Sowohl die Einnahme als auch das eigenmächtige Absetzen von ärztlicherseits verordneten Medikamenten kann unter Gesichtspunkten des Strafrechts eine „eigenverantwortliche Selbstgefährdung“ sein. Wer sie veranlasst, ermöglicht oder fördert kann aber nicht wegen eines Körperverletzungs- oder Tötungsdelikts verurteilt werden, denn dies Geschehen ist kein tatbestandsmäßiger und damit kein strafbarer Vorgang.

Das Entstehen oder Bestehen einer Garantenstellung

hängt von den konkreten Umständen des Einzelfalls ab. Entwickelt sich das allein auf Selbstgefährdung angelegte Geschehen aber erwartungswidrig in Richtung auf den Verlust des Rechtsguts, dann umfasst die ursprüngliche Entscheidung des Rechtsgutsinhabers hinsichtlich der Gefährdung seines Rechtsguts nicht zugleich den Verzicht auf Erhalt des nunmehr in einen Zustand konkreter Gefahr geratenen Rechtsguts, mit anderen Worten, ein anwesender Arzt kann in einer sich verändernden Situation in die Garantenstellung eintreten („hineinrutschen“), die dann seine Hilfespflicht als Inhaber der Tatherrschaft auslöst.

Zivilrecht:

... XXX

[Hier muss der Grundsatz zum Tragen kommen, dass mit der rechtlichen „Aufwertung“ der Selbstbestimmung und deren Wahrnehmung auch ein größerer Anteil des (Haftungs-)risikos auf die Seite des Behandelten übergeht. Haftung wird sich fast ausschließlich auf vertragliche Haftung beschränken, eine deliktische dürfte unbedeutend werden.]

## 5: Die Behandlung von unter Betreuung stehenden psychisch beeinträchtigten oder erkrankten Personen (§§ 1896 ff., 1906, 1906a BGB: Betreuungsrecht)

Die Bestellung einer gesetzlichen Vertretung nach § 1896 ff. BGB sagt zunächst nichts darüber aus, inwieweit die betroffene Person ihr Selbstbestimmungsrecht in Behandlungsangelegenheiten selbst wahrnehmen und ausüben kann.

Das oben zum vertraglichen Behandlungsrecht Gesagte, ist, insbesondere unter Anerkennung der Verpflichtungen der UN-BRK, – de lege ferenda – auf das Recht einer volljährigen unter gesetzlicher Vertretung stehenden Person zu übertragen. Dies betrifft vor allem die Topoi: Aufklärung, Feststellung von Einwilligungs-un-fähigkeit und rechtliche Stärkung der unterstützenden anstelle von ersetzender Entscheidung.

Vom Gesetzgeber gestattete Maßnahmen der Fürsorge zum Selbstschutz bzw. zum Wohl des Betroffenen (z.B. eine zwangsweise medikamentöse Behandlung oder Freiheitseingriffe) haben sich an den oben unter 3.8. genannten Hinweisen zur Beachtung der Selbstbestimmung und zur ersetzenden Entscheidung auszurichten.



© Reinhard Wojke

## **6: Die Behandlung von zur Gefahrenabwehr untergebrachten Personen nach Landesrecht (PsychKG, MRVollzG)**

Der Hauptzweck der Unterbringung nach einem PsychKG besteht in der Abwehr einer Selbst- oder einer Fremdgefährdung.

Bei einer strafrechtlichen Unterbringung nach § 63 StGB gilt es der Abwehr weiterer erheblicher rechtswidriger Taten, mit anderen Worten: der Verhinderung einer erneuten Realisierung von strafrechtlich relevanter Gefährlichkeit.

Die Ursache für Gefährdung wie für Gefährlichkeit muss bei einer freiheitsentziehenden Unterbringung aus einem kausalen Zusammenhang mit einer psychischen Krankheit hergeleitet werden können. – Die tradierten Definitionen der bisher einschlägigen „psychischen Krankheit“ bedürfen unter verfassungsrechtlichen Gesichtspunkten und unter Berücksichtigung der UN-BRK der Aktualisierung.

Der staatliche Schutzauftrag vor von Menschen ausgehenden Gefährdungen durch ihre freiheitsentziehende oder beschränkende Sicherung ist zu trennen, mindestens

aber zu unterscheiden, vom Behandlungsrecht dieser Personen. Auch der Person, die sich in einem hoheitlichen Gewaltverhältnis befindet, steht nach Entscheidungen des BVerfG wie der UN-BRK das volle Recht auf Wahrnehmung ihrer Selbstbestimmung in Behandlungsangelegenheit zu. Hier kann Landesrecht nicht vom Bundesrecht abweichen.

Um die Sicherung nicht zum Selbstzweck werden zu lassen, ist der Sozialstaat verpflichtet, den zu sichernden Personen Angebote zur Minderung ihrer Gefährdungs- bzw. Gefährlichkeitsursachen zur Verfügung zu stellen, die individuell auf sie ausgerichtet und zugeschnitten sind.

Die freiheitsentziehende Unterbringung schafft faktisch eine Macht-Asymmetrie zwischen der Unterbringungsinstitution sowie dem dort tätigen hoheitlich handelnden Personal und der untergebrachten Person. Diese Macht-Asymmetrie kann das Selbstbestimmungsrecht der untergebrachten Person beeinträchtigen oder gefährden. Es setzt aber das Recht auf Selbstbestimmung nicht außer Kraft. Deshalb bedarf dieses Recht in den asymmetrischen Machtverhältnissen besonderer Aufmerksamkeit und gegebenenfalls einer besonderen Förderung und Stärkung.





## Vortrag Regina Bellion – 2. Expertenrunde „PsychExit“

am 28.04.2017

Vor mehr als 25 Jahren haben wir uns bei Bedarf die Psychopharmaka noch hin und her gereicht. Und ich konnte beobachten, wie sich die Muskeln lockerten, die Gesichtszüge entspannten, wie der Patient binnen weniger Minuten nicht mehr belastet war, sondern munter aus seinem Lieblingsbuch vorlas.

Ich dagegen blieb nach Einnahme seltsam distanziert.

Meine finsternen Gedanken waren weggerückt, aber keineswegs fort. Und ich wusste, dass das Lächeln, das ich plötzlich im Gesicht hatte, nicht mein eigenes war, sondern ein Mel-leril-Lächeln. Was meinen Freunden eine Hilfe war, war für mich bloß ein Zaubertrick, der leicht zu durchschauen war.

### - Psychopharmaka absetzen -

Plötzliches Erbrechen, plötzlicher Schwindel, plötzliches Umfallen, Kopfscherzen, Durchfall, ein Gefühl von Stromschlägen im Nacken - Diese Symptome beim Absetzen von Venlafaxin habe ich miterlebt oder sie wurden mir hinterher am Telefon geschildert.

Die Aussagen gipfelten in dem Satz - „Egal wie schlecht es mir gehen mag, Antidepressiva nehme ich nie wieder.“

Eine gute Freundin hatte ohne Wissen des Arztes die Arzneimittel, die ihre „bipolare Störung“ halbwegs in der Waage halten sollten, abrupt weggelassen. Sie konnte all diese Absetzsymptome bestätigen und fügte gleich weitere hinzu - Starkes Schwitzen, das Gefühl, es würde Strom durch ihren Körper gejagt. Nach gut 2 Monaten war sie durch damit. Radfahren, Bewegung und der Wille das durchzustehen, halfen ihr dabei.

All das teilte ich einem guten Freund mit, dessen Antidepressiva einen guten Teil seines Küchenschrankes einnehmen. Er sollte wissen, wie ungefähr sich das Absetzen später gestalten könnte. So regelmäßig wie er mich vor 25 Jahren besucht und meine finsternen Zeiten miterlebt hatte, so regelmäßig stand ich nun vor seiner Tür, holte ihn aus seinem Bau, damit er sich bewegte und bei kurzen Spaziergängen Wind und Sonne abbekam.

Beim nächsten Arzttermin wollte er etwas zum Thema Absetzen erfahren. Er wurde auf später vertröstet. Da ließ mein guter Freund die Tablette, die ihm am hinderlichsten schien weg, und hatte anderntags genau die irrationalen Gewissensbisse, das Gefühl kontrolliert zu werden, die

depressive Stimmung wieder, deretwegen er sich vor 2 Jahren in die Facharztpraxis begeben hatte. Entsetzt nahm er wieder die verordnete Dosis. Inzwischen hat er eigenmächtig die Dosis leicht verringert und fühlt sich besser dabei.

So konnte er wieder handeln. Er holte sich Rat beim Sozialpsychiatrischen Dienst, als es darum ging Fragen des Arbeitgebers zu beantworten. Er war nicht mehr so müde wie vorher. Hatte als mehr von den Terminen beim Arzt und der Therapeutin. Arzt, Therapeutin und Sozial-psychiatrischen Dienst habe er sich in sein Boot geholt, teilte er zufrieden mit. Das er die Seroquel-Dosis verringert hatte, wurde inzwischen vom Arzt akzeptiert.

Dass ihn seine Müdigkeit nicht mehr im Griff hat, ist für alle Freunde ein Gewinn. Man kann wieder mit ihm rechnen, man muss ihn nicht mehr zu kleinen Spaziergängen bitten und überreden. Er ist nicht mehr so kurzatmig, er kommt, hat Pläne, macht Vorschläge, pflanzt Hortensien, liefert Brennholz und ist beinahe wie früher. Etwas langsamer vielleicht und übergewichtig.

Unsere Selbsthilfe auf Gegenseitigkeit besteht und bestand hauptsächlich aus Teebesuchen, Spaziergängen und Rückenmassagen. Tatsächlich aber brachen Kontakte zu Bekannten, Freunden Kollegen weg, es blieben fast nur wir Psychos übrig, die eine verlässliche Brücke in die Welt waren, die Wert auf lange Gespräche legten, die selbstverständlich regelmäßig kamen, auch wenn dem Patienten am Tisch die Augen zu fielen. Kannten wir doch alle aus eigenem Erleben, war nicht weiter der Rede wert. Das der Patient seine Lebensmittel selbst besorgte und seine Post öffnete werteten wir schon als Zeichen von Gesundheit.

Und wie war das damals bei mir vor 25 Jahren?

An Absetzschwierigkeiten kann ich mich nicht erinnern, ich hatte andere Schwierigkeiten.

Aber Anne mit der ich damals etwa zeitgleich die Neuroleptika nicht etwa abgesetzt, sondern einfach weggelassen hatte, konnte sich gut erinnern und schrieb mir dazu einen langen Brief:

Schwierigkeiten mit Absetzen? Aber es war doch nicht das erste mal, dass wir die Medikamente nicht mehr nahmen! Statt unserer Medikamente, so schrieb sie, hatten wir einen Cocktail aus gesunden bunten Stress, Bildern, Liedern, Landschaften und interessanten Kontakten. Dazu noch singen, Gi-





tarre spielen, kochen, auch für Andere, die das nicht schafften, körperliche Anstrengung und das Wissen, dass es kaum noch schlimmer kommen könne. Eine weitere Psychose hätten wir wohl schlimmstenfalls auch noch verkraftet, meinte sie. Unsere Gelassenheit war nämlich aus übler Erfahrung gewachsen. Und weiter: Wir hatten uns und andere erfreuliche Kontakte, wir achteten aufeinander. Wir konnten den Tag und die Momente genießen, weil wir uns nicht mehr benebelt fühlten. Die Starre und Leere war nicht mehr. Wir konnten unseren Körper spüren, wie waren wir glücklich! Natürlich hatten wir Glück dabei, aber wer hätte es noch auf diese Weise schaffen können? Mir fällt im Moment keiner ein, so schrieb sie.

Es war viel Glück und der richtige Moment und auch das Erkennen und Wollen und speziell bei mir noch die Wut auf den Betreuer und dass ich froh war, mich aus dem betreuten Wohnen heraus gekämpft zu haben. Und dass ich dann mein Studium machte, natürlich.

Da hat sie wohl Recht. Alles was mir heute sicher und beinahe selbstverständlich vorkommt, hatten wir damals für uns erfunden, erobert. Unser neues Leben war selbst gemacht. Dass das alles bisher gutging, betrachte ich als großes Geschenk.

Wir teilten uns damals eine 2-Zimmer Wohnung, waren viel unterwegs, hatten viel Besuch, hatten eine Musikgruppe und erfanden, eher nebenbei, einen Maßnahmenkatalog, der uns half, nicht unbedingt symptomfrei, aber medikamentenfrei zu leben:

- wir achteten darauf nachts zu schlafen und früh aufzustehen
- und hatten wenigstens eine warme Mahlzeit am Tag
- es gab regelmäßige Rituale: gemeinsame Mahlzeiten, Abendspaziergang, Melissebäder, Massagen und, um besser durch die dunkle Jahreszeit zu kommen, Tee aus selbstgepflügtem Johanneskraut
- gemeinsam überlegten wir, welche frühen Signale unseren Psychosen vorangegangen waren und wie wir im Wiederholungsfall damit umgehen wollten
- wir hatten ein selbstgewähltes Arbeitspensum: Anne als Studentin und Nachbarschaftshelferin. Ich weniger, ich schrieb nur mit, was ich in der Psychoszene erlebte und textete Lieder für die Musikgruppe.
- wir legten Wert auf ausführlichen Austausch mit anderen, um rechtzeitig zu merken, ob wir an Beziehungsideen stricken, die vielleicht in einer Psychose münden.

- hilfreich war noch, dass wir uns keine Mühe gaben, nach außen einigermaßen normal zu wirken. Wir kümmerten und um uns selbst, unsere Angelegenheiten und nicht um etwaige Erwartungen anderer
- wir hatten erlebt, wie taub es sich anfühlt, den eigenen Körper nicht, oder verkehrt zu spüren. Also probierten wir Verschiedenes aus, um in Kontakt mit unserem Körper zu sein. Letztlich ging Anne zum Tai-Chi, ich tanzte zuhause
- Wir mieden Stress und Extremsituationen oder gingen gut gewappnet in solche Situationen hinein – das nahmen wir uns jedenfalls vor. Und erlebten dann, dass Todesfälle uns aus der Bahn warfen, aber nicht in Psychosenähe brachten.
- wir hatten wohl beide nicht die Möglichkeit gehabt, bei Zeiten ein grundlegendes Gefühl von zufriedenstellender Identität und ein entsprechendes Selbstbewusstsein zu entwickeln. Deshalb wollten wir auf uns selbst Zeit und Sorgfalt verwenden – und nicht irgendwelche Erfolge erarbeiten, die allgemein etwas gelten. Auf derlei Selbsttäuschungsmanöver wollten wir nicht mehr reinfallen.

Die Zeit nach Klinik und Medikamenten war also nicht geprägt von Schwierigkeiten beim Absetzen.

Ich vermute heute sind das andere Neuroleptika und Antidepressiva, als vor 20 oder 25 Jahren. Kann man das Absetzen heute überhaupt mit dem Absetzen früher vergleichen?

Wie lief das Absetzen bei mir damals?

Es war nicht einfach in der Psychiatrie, bei kurzen Visiten den Arzt davon zu überzeugen, dass er meine Medikamentendosis verringern kann. Nur das war das Ziel, andere Probleme hatte ich dort nicht. Jedenfalls keine Probleme über die ich mit jemandem, der sowieso kaum Zeit hatte, sprechen würde.

Mein Problem war: Wie spiele ich überzeugend eine Person, die entlassungsreif erscheint – freundlich, zufrieden, ausgeglichen, ruhig, verständig, entgegenkommend. Ich hatte nämlich gelesen, die bessere Prognose haben Patienten, die sich krankheitseinsichtig zeigen.

Sicher, ich hätte gern gewusst, ob es sich um eine Krankheit, oder um eine Lebenskrise handelt, also ob ich in einem Krankenhaus überhaupt richtig bin. Ich hätte noch mehr Fragen gehabt. Stattdessen überlegte ich, wie ich einen halbwegs gesunden Eindruck mache, wenn ich mich nur wie ein verlangsamer Roboter bewegen kann, wenn sprechen mich an-



strengt, wenn ich am liebsten nur bewegungslos dagesessen hätte, ohne eine Regung.

Meine psychotischen Filme waren noch greifbar, auch nach dem sie durch Medikamente gekappt waren. Ich wusste, dass sie von Bedeutung für mich sind, wie meine Nachträume, dass sie mir Wichtiges vor Augen führen und vielleicht einen hilfreichen Fingerzeig für mich bereit halten. Damit hätte ich mich gern befasst, wenigstens Stichworte dazu notiert, um irgendwann später darüber nachzudenken. Aber der Arzt sagte, psychotische Erlebnisse seien „sinnlos“, die Beschäftigung damit auch.

Ziemlich verzweifelt hüpfte ich auf Socken, schlug die Handballen gegeneinander, spannte Muskeln an, bewegte mich, jeden Tag etwas mehr und etwas schneller. Das war sehr anstrengend und hat wohl wenig genützt. Aber irgendwann kam es mir vor, als könne ich – natürlich nur ganz kurz – einigermaßen normal über den Flur laufen. Ich konnte meine Bewegungen für kurze Zeitspannen kontrollieren, das war schon was.

Als die richterlich angeordnete Zeit in der Geschlossenen zu Ende ging, hörte ich, dass ich nächste Woche in eine Wohngruppe auf dem Klinikgelände wechseln soll. Aber nach einem schwierigen Gespräch mit dem Arzt durfte ich nach Hause.

Ich hatte mich krankheitseinsichtig gezeigt und behauptet, die Portion Haldol, Truxal, Melleril, Tavor tue mir gut. Der Arzt riet mir eindringlich, weiterhin die Medikamente einzunehmen, ich sei nämlich mein Leben lang gefährdet, und ja keine andere Therapieform auszuprobieren.

Zuhause ließ ich bald die Medikamente weg, konnte mich dann auch bewegen. Ich hatte nämlich zu tun. Die Fensterscheiben, die ich am Einlieferungstag zerschlagen hatte, mussten ersetzt werden. Die Wohnung musste sauber gemacht werden. Ich musste Holz für den Ofen hacken, denn in den Winterwochen war meine Hütte ausgekühlt. Außerdem wollte ich mir einen Therapeuten suchen, mit dem ich klären könnte, warum ich es gewöhnt war, ohne erkennbaren Grund alle paar Monate meinen Tod zu planen. Hatte ich nur keine Zeit für Absetzsymptome? Ich wusste nichts von Absetzschwierigkeiten und hatte keine.

Längst habe ich mich damit abgefunden, dass ich meinen Wahrnehmungen nicht trauen kann. Früher hat mich das irritiert, ich habe mich dafür geschämt und diesen Sachverhalt verheimlicht. Ich hätte nicht mit Sicherheit sagen können, wie viele Personen mit mir im Raum sind – meist sahen sie auch noch gleich aus – und ob da vorn die Wand, oder was ganz anderes ist. Also hielt ich mich unauffällig und reagierte auf

ein Vorkommnis erst, wenn die Anderen das auch taten. Ich wusste nicht was wirklich ist, oder ob nur ich das erlebe. Heute frage ich Andere, wie sie Dies oder Das erlebt haben, was sie beobachtet oder gehört haben. Manchmal werden mir meine Beobachtungen bestätigt, manchmal schildern die Beteiligten die selbe Begebenheit ganz unterschiedlich. Darauf kann ich mich also auch nicht verlassen.

Um das Dilemma zu illustrieren: Ich war Anfang 20, als eines Nachts neben meinem Bett ein Mann stand, den ich noch nie gesehen hatte. Ganz ruhig wartete ich ab, dass die Erscheinung sich in Luft auflösen würde, was leider nicht geschah. Es erleichtert mir das Leben, dass Sinnestäuschungen inzwischen nicht mehr an der Tagesordnung sind. Sie sind weniger geworden, so weit sich das überhaupt überprüfen lässt. Aber manchmal stellt sich immer noch hinterher heraus, dass ich etwas anderes gesehen habe als andere oder dass ich etwas gehört habe, was außer mir niemand gehört hat.

Früher verunsicherte mich das und ich geriet in eine Stimmung, die Ähnlichkeit hat mit der Stimmung die Arieti als „Hörbereitschaft“ beschrieben hat. In dieser Stimmung, so Arieti, kann man leicht optische und akustische Halluzinationen haben und es liege beim Patienten, ob er sich auf die Stimmung und die damit verbundenen Halluzinationen einlässt. (Silvano Arieti, „Schizophrenie“, Piper Verlag München, 1985, S. 126 ff.)

Ich muss also mitkriegen, wie meine Stimmung ist und ob meine Wahrnehmungen mich in Schizo-Bereiche bringen wollen. Darüber muss ich wachen, wenn ich Herrin im eigenen Haus sein will. Arietis Hinweis wurde zum Drehpunkt in meinem Leben.

Seit her ist es wichtig für mich, meine Stimmungen zu beobachten. Ich lege mir Rechenschaft ab über meinen Zustand. Ich treffe Vorsorge, zum Beispiel meide ich Situationen, die mir nicht gut tun. Aber erstmal musste ich kapieren, was mir nicht gut tut. Vor diesem Drehpunkt wusste ich nur, was ich sollte, musste, was von mir erwartet wurde. Jetzt weiß ich, dass es alltägliche einfache Situationen gibt, die für mich nicht einfach sind, sondern mich verrückt machend.

Es dauerte Jahre bis ich meine eigenen Maßstäbe gefunden hatte und als für mich verbindlich betrachten konnte. Und anfangs hatte ich dabei ein schlechtes Gewissen. Ich glaubte anderen erklären zu müssen, warum dies oder jenes zu viel für mich ist, warum ich zum Beispiel nicht auf den Rummelplatz oder den Supermarkt will. Heute erkläre ich nichts mehr, ich lasse einfach bleiben, was mir nicht bekommt.

Seit dem ich mich so beobachte sind die Stimmungen in denen Halluzinationen gedeihen immer weniger geworden.



Oft erlebe ich Wochen und Monate, in denen Gegenstände oder Räume nicht die Form ändern, in denen keiner zu mir spricht, von dem sich hinterher herausstellt, dass er gar nicht anwesend war. Seit etwa 25 Jahren bin ich damit befasst, für mich und meine Gesundheit, für meinen Bezug zur Realität zu sorgen.

Dabei geschah ein Wunder: Die Realität, von der ich nicht viel erwartete, wurde mit der Zeit besser. Ich konnte akzeptieren, dass ich am Leben bin. Mittlerweile freue ich mich zu leben. Ich gestalte mein Leben, bin gespannt auf Überraschungen, und bin zuversichtlich was die Zukunft betrifft. Seit Jahren geht es mir richtig gut.

Dass es auch anders hätte kommen können, weiß ich sehr wohl. Im psychotischen Zustand und ohne Medikamente hätte ich mich und andere in schreckliche Situationen bringen können. Es ist einfach Glückssache, dass ich heute nicht auf der Station für chronisch Kranke oder in der Forensik bin.

Mein Problem waren also nicht Medikamente, sondern einen Weg aus meinem Schizo-Dschungel heraus zu finden. Diesen Weg kann ich nicht empfehlen. Unterwegs war ich öfter nahe daran, mich nun doch endlich zu erhängen. Und jedes mal verwickelten mich Truggestalten in eine Auseinandersetzung,

die mich den Suizid erstmal aus den Augen verlieren ließ. Ich habe um Haaresbreite überlebt, ohne Arzt, ohne Psychopharmaka – aber mit Freunden, denen ich lieb und wichtig bin.

Wir alle haben gelernt: uns wie von außen beobachten, rechtzeitig merken wie es uns geht, auf welche Weise wir vielleicht gegensteuern können, bevor es den Abgrund hinunter geht. Wir sind nicht mehr so hilflos wie früher, als es nur darum ging, der Umgebung zu verheimlichen, in welchem Zustand wir sind und so die Klinikeinweisung zu vermeiden.

Infolge dessen sind wir, jeder einzelne von uns, Sachwalter der eigenen Psychose- bzw. Depressionsneigung. Seit Jahren hatten wir keine Zwangseinweisung mehr - wohl aber die eigene Entscheidung, dass es jetzt gut wäre, in eine Klinik zu gehen. Ganz neu ist, dass versucht wird, Psychiater, sozial-psychiatrischen Dienst und Psychotherapeut miteinander zu vernetzen und dass Medikamente nicht einfach weggelassen werden, sondern dass beim verschreibenden Arzt Hilfe beim Absetzen eingefordert wird. Das es ein ärztlicher „Kunstfehler“ sei, den Patienten beim Medikamente absetzen im Stich zu lassen, hatte ich letzten Herbst nämlich aus Berlin mitgebracht. So zeigen unsere Treffen hier bereits eine positive Wirkung.



Stephanie Scholz: Protokoll

## Expertentagung: „Kompetente Hilfe beim Absetzen von Antidepressiva und Neuroleptika“

28.04.2017 – St. Hedwig-Krankenhaus Berlin

Teilnehmerinnen und Teilnehmer: 29

Gaby Sohl begrüßt.

Christian Reumschüssel-Wienert begrüßte alle Teilnehmer und Teilnehmerinnen. Wir danken an dieser Stelle Herrn Reumschüssel-Wienert für die ideelle und finanzielle Unterstützung der zweiten Expertenrunde.

Peter Lehmann führt mit aktuellen Hinweisen ein.

Vorgestellt wird das Vorhaben einer Website, in die alle offenen Fragen, alle Erkenntnisse, alle Bewertungen und Erfahrungen mit Absetzen nach und nach aufgenommen werden sollen. Die Website soll allen interessierten Organisationen und Personen in den deutschsprachigen Ländern zur aktiven Mitgestaltung offen stehen. BOP&P hat einen Finanzierungsantrag bei Aktion Mensch gestellt. Für den Fall, dass die Finanzierung zustande kommt, soll Andreas Liebke die Website einrichten. In Skandinavien und den USA gibt es ähnliche Bestrebungen. Die Domain [www.absetzen.info](http://www.absetzen.info) wurde bereits gekauft. Peter Lehmann stellte außerdem die Broschüre „Aufklärungsbögen Antipsychotika“ aus Rheinland-Pfalz (Andernach, Alzey und Klingenmünster) vor und wies auf das dort enthaltene Angebot der Unterstützung dreier psychiatrischer Kliniken beim Absetzen hin. Im Herbst 2017 wird die Arbeit an einem „Aufklärungsbogen Antidepressiva“ begonnen.

Die einzelnen Vorträge nach Schwerpunkten:

### Schwerpunkt A – Absetzen von Psychopharmaka-Kombinationen, Jann Schlimme

Siehe den Beitrag von Jann Schlimme in dieser Dokumentation

Das Ausschleichen erstreckt sich erfahrungsgemäß über unterschiedlich lange Zeiträume. Dies ist davon abhängig, wie lange die Einnahme der Psychopharmaka erfolgt, welcher Generation von NL oder AD die Medikamente angehören. In den vorgetragenen Beispielen hatte man es mit Absetzzeiträumen von etwas über 2 Wochen, mit 1,5 Jahren bis zu 2,5 und 3 Jahren zu tun.

Die Kombination von NL und AD ist bereits chemisch betrach-

tet sinnlos, ist aber in den Leitlinien vorgesehen.

Im Absetzprozess ist es mitunter notwendig, ein Medikament vorübergehend zu erhöhen oder einen Medikamentenwechsel vorzunehmen, der negative Absetzwirkungen kompensieren kann. Bei allem spielt das Gespräch eine große Rolle, der Absetzpartner/Arzt sollte sich ausreichend Zeit pro Termin nehmen, ggf. dritte Personen für mehr differenzierten Input hinzuziehen, der genügend Anhaltspunkte für die einzelnen Handlungsschritte im Absetzprozess vermittelt.

Grundlegend für jede medikamentöse Therapie sollte von Beginn der Verschreibung an sein, das Absetzen dieser verordneten Medikamente „im Hinterkopf“ zu haben. Der Patient sollte auch über mögliche Absetzfolgen informiert werden, um auch dies in seine Einwilligung mit einbeziehen zu können. Dazu können bislang Tendenzen aus Erfahrung mit dem Absetzen herangezogen werden.

Noch ist es problematisch, Regelwissen abzuleiten und in standardisierende Leitlinien zu fassen. Zwar ist es ein sehr hoher Anspruch, dennoch bräuchte man typisierte Erfahrungen.

Wichtig ist es zudem, dass Arztbriefe bei Entlassung aus stationärem Aufenthalt detaillierte Angaben enthalten, was mit den Medikamenten kurz- und mittelfristig passieren soll, wie die Dosierung anzupassen sein soll. Oft respektieren niedergelassene Ärzte den Arztbrief als „in Stein gemeißelt“.

Der Vortrag schloss mit dem Hinweis, dass kein Absetzdogma angenommen werden sollte, es gehe eher um einen konstruktiven Umgang mit der Problematik, dass die Medikamente nicht so gut sind, wie sie sein sollten.

Ziel könnte sein, mehr Vertrauen in andere Methoden als in Medikamente zu entwickeln.

### Diskussion

In der Diskussion stellte sich die Frage, wie das psychologische Problem zu lösen ist, dass ein Patient jahrelang zur Compliance angehalten wurde und sich in einem Unterordnungsverhältnis befand, jetzt soll er aber seine Geschicke selbst und aktiv gestalten. Auch ist das Weiterbestehen sozioökonomischer Problemlagen als ursprünglicher Auslöser der Symptomatik benannt und mit dem Hinweis verbunden worden, dass diese



Christian Reumschüssel-Wienert  
(Paritätischer Wohlfahrtsverband  
Berlin e.V., Referat Psychiatrie /  
Queere Lebensweisen  
© Reinhard Wojke





Problemlagen das Absetzen erschweren können.

**Schwerpunkt B: Pharmakodynamische Aspekte beim Absetzen von Antidepressiva und Neuroleptika, Andreas Heinz**

Siehe den Beitrag von Andreas Heinz und Martin Voss zum geänderten Thema: „Machen Psychopharmaka abhängig?“

Ein Brainstorming zu den Begriffen „Abhängigkeit“ und „Sucht“ sammelte folgende „Blitzlichter“: körperlicher Gewöhnungsprozess, gieriges Verlangen, gewisse längere Dauer, Freude auf das Mittel, Verlangen, Entzugserscheinungen etc.

Definition „Sucht“ – Gewöhnung, Verlangen, Entzug, Kontrollminderung (ich will es nicht mehr, schaffe es aber nicht, es zu lassen), schädlicher Gebrauch.

Die Trennung in „körperlich“ und „psychisch“ ist nach im Vortrag vertretener Ansicht ungeeignet, ja kontraproduktiv. Denn sie führt u.a. zu einer Verweisung vom „Topf“ der GKV zur Rentenversicherung und der Betreffende ist der Wartezeit für einen Rehaplatz ausgeliefert.

„addiction“ für Sucht und „dependence“ für Abhängigkeit führt von dieser Aufspaltung weg. Insbesondere, wenn man sich begrifflich auf „dependence“ fokussiert.

Der Vortrag zeigte anhand der Wirkungen von NL auf das Dopamin, dass der Körper immer mit Gegenreaktionen ein Gleichgewicht herstellt. Die Blockadewirkung der NL auf das Dopamin führt zur Apathie. Betrachtet man die Zahlen nach der NNT (Number-needed-to-treat), so ist das Bild so:

Von 6 Leuten mit NL-Medikation ist 1 Mensch mit Symptomatik; von 3 Leuten, die NL abgesetzt haben, ist 1 Mensch mit rezidivierender Symptomatik.

Hier blieb aber offen, unter welchen Bedingungen das Absetzen durchgeführt wurde.

Drogen setzen Dopamin frei, unterschiedliche Intensität in der Ausschüttung:

100% Nahrung, Sex  
150% Cannabis, Alkohol  
300% Heroin  
1000% Kokain

Problem der NL: Rezeptorenveränderung – NL-Gabe selbst wenn die psychosoziale Ursache gar nicht mehr vorhanden ist

Im Vortrag vertretene Meinung: Mit den Dosen ist nach unten zu gehen.

- Betrachtet man die Verabreichungsformen, so kann den Entzugsproblemen am ehesten mit folgendem begegnet werden:
- langsam
- Depot/nicht Depot? beim Depot gehen die Rezeptorenblockierer besonders hoch und hemmen das Dopamin somit besonders spürbar  
Seroquel ist nur kurz am Rezeptor (aber Gewichtszunahme), Clozapin geht nie sehr hoch am Rezeptor (Gewichtszunahme)
- ggf. Einnahme nur jeden zweiten Tag, intermittierend (wurde aus der Runde nicht begrüßt, auch genannt: Wochenend-Drug-Holiday)  
AD: gehen nicht an die Rezeptoren, Neurotransmitter wird wieder aufgenommen, das blockieren die AD. Am Rezeptor geht das Serotonin hoch, wird wieder geblockt – gegenregulatorische Wirkung, Körper arbeitet in Richtung der AD weiter, es bilden sich neue Gleichgewichte aus. Auch beim langsamen Absetzen von AD entstehen Entzugsprobleme.  
AD bei leichten und mittelschweren Depressionen nur Placeboeffekt.  
Frage zu Halbwertszeiten von NL und AD (Depots, die Gewebe bilden und sich dann auflösen). Lassen sich im Blut messen, im Gehirn später. Entzugsprobleme, wenn nur kurze Halbwertszeit.

**Diskussion**

Die Anregung aus der Runde wurde aufgegriffen, eine Übersicht über das Verhältnis von Halbwertszeiten und Dosierung „in Angriff“ zu nehmen. Daraus ließe sich eine Faustregel beim Absetzen ableiten. Volkmann Aderhold habe hierzu schon etwas „gemacht“.

**Schwerpunkt C: Selbstbestimmungsrecht beim Absetzen von Antidepressiva und Neuroleptika, Heinz Kammeier**

Siehe den Beitrag von Heinz Kammeier in dieser Dokumentation

- Wirkungen und Nebenwirkungen von Medikamenten fallen unter die Selbstbestimmung
- Rechte anderer als „Schranke“ der selbstbestimmten Freiheit: z.B. PsychKG
- Nicht „die Psychiatrie“ hat den Auftrag, allenfalls der Arzt hat Auftrag vom Patienten
- 3.1.1 im Vortragstext: angelehnt an UNBRK, der vertragsrechtliche Aspekt ist maßgebend für das Arzt-Patient-Verhältnis
- Aufklärung: hier müssten die Inhalte des Vortrags von Jann Schlimme berücksichtigt werden





- Absetzen kann keinen Behandlungsfehler ausmachen, da von Aufklärung und Einwilligung gedeckt/ es wurde aus der Runde angemerkt, dass es fraglich sei, ob Absetzen überhaupt Behandlung sei

## **Diskussion**

Fragen aus der Runde:

- Maßregelvollzug: hat Richter Anordnungsrecht, was Medikation angeht?  
NEIN, nur ein Genehmigungsrecht auf der Grundlage der ärztlichen Verordnung, Richter kann allenfalls die Neu-bescheidung des Behandlungsplans vom Krankenhaus verlangen. In der Praxis sind Änderungen sehr schwierig. ABER der Rechtsweg zur Änderung des Behandlungsplans ist eröffnet.
- Problematisch an der Selbstbestimmung ist, wenn der Arzt seine Expertise überhöht und so die Augenhöhe nicht mehr gesucht oder eingehalten wird.
- Problematisiert wurde die gesetzlich vorgeschriebene Kausalität zwischen Gefährdung und psychischer Krankheit bei der Unterbringung. Wenn die Kausalität mangels schlüssiger, plausibler Dokumentation nicht nachvollziehbar ist: Schmerzensgeld möglich. Die Gefährlichkeit stellt der Richter, die Krankheit der Arzt fest.
- Der Begriff der Einwilligung muss entsprechend der UN-BRK weiter entwickelt werden.
- Wenn der Arzt weiß, dass er Nebenwirkungen verschwiegen hat, handelt es sich um einen Aufklärungsverstoß = Zivilrecht => Schmerzensgeld. Der Betroffene hat hier die Nachweispflicht, Auskunftsanspruch aus Patientenakte? Es müsste eine Beweislastumkehr zugunsten des Patienten geben
- Hersteller der Medikamente weisen darauf hin, dass schnelles Absetzen Probleme hervorruft. Wenn der Patient nun schnell absetzen will und der Arzt dies „fördert“ macht er sich nicht der Beihilfe an einer Körperverletzung/Tötung strafbar, da die Beihilfe ein Teilnahmedelikt ist und man braucht eine strafbare Tat, an der der Arzt überhaupt teilnehmen könnte. Die fehlt aber, da Selbstschädigung keine Tat ist und deshalb nicht strafbar ist. Der Arzt kann den Behandlungsvertrag jederzeit kündigen.
- Das Recht auf Selbstgefährdung wurde vom Bundesverfassungsgericht 1982 mit dem Recht auf Krankheit anerkannt. Dem Gesetzgeber obliegt es aber, Maßnahmen zum Selbstschutz vorzuschreiben (z.B. Motorradhelm, Sicherheitsgurt etc.)
- „fehlende Krankheitseinsicht“ ist kein rechtliches Interventionsargument

## **Schwerpunkt D: Kompetentes und erfolgreiches Absetzen von Psychopharmaka in der Selbsthilfe, Regina Bellion**

Siehe den Beitrag von Regina Bellion in dieser Dokumentation

„Nach dem Absetzen fängt alles erst an“

Sinn der Depression, Psychose erkennen und Leben nach diesem Sinn ausrichten.

Worauf richte ich meinen Fokus aus: auf die Medikamente oder auf eine aktive Lebensführung?

Lernen, auf sich zu blicken, sich wahrzunehmen.

Aus der Runde kam der Wunsch, dass auch Begleitende ihre Geschichte einbringen sollten.

Räume schaffen, in denen man das tun kann, was einem gut tut.

Problematisch ist das Kenntnisdefizit bzgl. Genesungsprozess bei den Professionellen, was auch wissenschaftlich belegt ist.

## **TERMINE, ORTE, INFOs**

### **nächstes Treffen im Pinellodrom, Berlin im Frühjahr 2018**

- internationales Institut für Psychopharmaka in Göteborg/Schweden erstellt Website; Tagung fand statt mit Leuten aus 9 Ländern, „geschlossenes Teilnehmerfeld“
- „Die Klink“ am 21.09.2017 in Herford, FA Psychopharmaka DGSP
- 2. Mai 2017 Film
- „Gift“ rbb Sendesaal, Filmdoku von Radio Eins
- 20. September 2017 (Mittwoch): 23. Fachtagung („Das Zeitalter der Aufklärung — Innovative Informationen zu Neuroleptika“) des Landesverbands Psychiatrie-Erfahrener Rheinland-Pfalz in Kooperation mit dem Landeskrankenhaus Andernach. Unter anderem mit den Vorträgen „Aufklärungsbögen Neuroleptika“ von Andreas Konrad und Peter Lehmann, „Selbsthilfemöglichkeiten bei Depressionen und Psychosen“ von Wilma Boevink, „Erfahrungen beim Absetzen“ von Regina Bellion und „Neuroleptika absetzen“ von Volkmart Aderhold, „Rechtliche Aspekte – Neuroleptika absetzen“ von Heinz Kammeier. Tagungs-ort: Landeskrankenhaus AÖR, Vulkanstr. 58, 56626 Andernach. Anmeldung bitte bis 10.9.2017 unter z.buzasi@web.de oder Tel. 0651 / 69 97 81 66. Teilnahmegebühr: € 20.- / Menschen mit Krisenerfahrung: gratis. Weitere Informationen siehe <http://www.peter-lehmann.de/termine/2017-09-20.pdf>
- 5. Mai 2017 DGSP, Erfurt Neudietendorf
- Bemühungen, Menschen beim Absetzen kompetent zu unterstützen, wird Gegenreaktionen auslösen. Derzeit laufen



in München und Zürich zweifelhafte Studien, bei denen Informatiker, Biologen und Psychiater Logarithmen entwickeln wollen, um zu berechnen, wer welche Psychopharmaka wie lange verabreicht bekommen soll

- Positiv: Arbeiten an einer Onlinestudie zu Achtsamkeitsübungen, aufwändige Fragebögen
- Möglicherweise öffentliche Veranstaltung im politischen Raum (Gesellschaft muss Umgang mit psychischen Krisen verändern, NL und AD sollen nicht mehr gesundheitspolitisch erwünscht sein, um die Menschen an einen gesellschaftlichen Mainstream anzupassen; politische Ziele => Wachstum und Beschäftigung; Validität von Pharmastudien)
- Medien: teilweise ignorant, ängstlich, arrogant, uninformatiert, von Pharmaindustrie korruptiert

#### **NOTIZEN AUS DER RUNDE zur weiteren Bearbeitung:**

- Kausaler Zusammenhang zwischen Gefährlichkeit und psychischer „Krankheit“; das ist eigentlich nicht möglich?
- Konsequenzen bei Verschweigen, Lügen, Vertragsverletzung? Bei Vertragspartnern.
- „Die Psychiatrie“ hat keinen Auftrag. Juristisch? Gesellschaftlich?
- Wissenschaftliche Wissenslücken sollten durch Kooperation mit Universitätskliniken durch Vergabe von Doktor- und Habilitationsarbeiten gefüllt werden.
- Wie kann das ganzheitliche Herangehen wie Recovery mit multiprofessioneller Begleitung beim Absetzen im Gesundheitssystem gefördert werden? IV?
- Anti-Stigma-Politik wichtig, damit Rezidive auch von Familie, Freunden, Arbeit mitgetragen werden. Nur wenn Scheitern gesellschaftlich erlaubt, hat Absetzen einen geschützten Raum.
- Website: Infos für Betroffene, Praktische Tipps zu Reduktionsprozess, Herstellung kleiner Dosisschritte, Infos zum Absetzprozess, Aufklärung unabhängig von „Rückfall“/Wiederkehr der Störung, Absetzsymptomatiken
- Notwendigkeit der umfassenden Aufklärung
- Bedeutung der Gespräche-Wahrnehmung-Aufmerksamkeit
- Alternativen, was kann die Person selbst tun (körpereigene Endorphine)
- Bedeutung der sozialen Begleitung
- „Nicht nur Ärzte!!!“ – Professionelle müssen pharmakologisch gut ausgebildet sein, um Gespräche über Medikamente abwägend zu führen!! Von daher muss der Aufklärungsbogen unter die Leute sowie die Anhaltspunkte von Jann Schlimme
- Spannungsbogen zwischen Selbstbestimmung, unterlassener Hilfeleistung, ethischen Aspekten als ein Mosaik
- Begleitende Hilfen beim Absetzen mehr verbreiten, Hilfestellungen
- Was ist der konkrete Auftrag oder Nicht-Auftrag der Psychiatrie?
- Mehr Dialog, mehr gleichgewichtig Menschen mit Erfahrung, mit Angehörigenerfahrung, mit fachlicher Erfahrung
- Es ist deutlich zu machen, dass es um offene Probleme beim Absetzen von Psychopharmaka geht und nicht darum, alle Themen und Unzulänglichkeiten der Psychiatrie hier gleichzeitig zu lösen
- Wechselwirkungen von Psychopharmaka beim Absetzen; was haben Laien bei welchen Kombinationen von Psychopharmaka zu beachten? Wie vermeidet man wenigstens die häufigsten Fehler? Dazu habe ich nichts gehört.
- Wie schaut es mit Endorphinen, körpereigenen Drogen aus?
- Aufklärungsbögen für NL und AD
- psychologische Phänomene beachten beim Absetzprozess! entsprechende Hilfen anbieten! Ich könnte bei Bedarf evtl. einen Beitrag dazu liefern: Martin Urban
- Zur Frage „Wie, was berate ich beim Absetzen von NL?“ – unbedingt Komplementärmedizin hinzuziehen / Vor und nach einer Behandlung mit Psychopharmaka besteht ein energetisches Ungleichgewicht, welches körperliche und seelische Krisen auslöst. Durch das Abtesten und Untersuchen aller körperlichen Ebenen ist es sinnvoll, die defizitären Bereiche zu behandeln und wieder „aufzufüllen“, um wieder ein Gleichgewicht herzustellen: Susi Winkler
- Psychopharmaka? Außergewöhnliche Ereignisse nicht zu schnell psychotisieren; Hildegard von Bingen oder Elisabeth von Thüringen wie viele andere Heilige mit spirituellen Wahrnehmungen hätten heutzutage Schwierigkeiten, ohne diese vorschnellen Medikamentierungen verstanden zu werden: Susi Winkler
- Kliniken müssen ein Reduzieren zumindest „erlauben“, „achten Sie auf Ihren Schlaf und vermeiden Sie Stress“ – ja aber wie, konkreter werden
- letzter Schritt wird unterschätzt
- Wir tun uns alle schwer damit, beim Thema zu bleiben
- Es sollte Psychopharmaka auch in Kleinstdosen geben, um eine Reduzierung in sinnvollen Schritten zu ermöglichen
- Wir müssen über die mögliche Wirkung von Medikamenten hinaus auch die psychosozialen Aspekte mit einbeziehen/ehrlicher Umgang der Ärzt\*innen mit eigenem Wissen/Nicht-Wissen
- „Rudelwissen“ nutzen, Erfahrungen zusammentragen
- Wie kann eine konstruktive Zusammenarbeit von Klient\*innen, Ärzt\*innen und psychosozialen Einrichtungen entstehen und gefördert werden?
- Gute Aufklärung und verständliche Vermittlung und Begründung von ärztlichen Verordnungen und Patient\*innen notwendig
- Psychopharmaka-Reduktion darf kein Tabu-Thema sein, Patient\*innen sind die Expert\*innen ihrer Symptome
- Warum werden Psychopharmaka als Heilbehandlung ver-



ordnet, obwohl der Wirkungsmechanismus nicht vollständig geklärt ist – Aufklärung Patienten Heilversuch; Absetzen = Drogenentzug; Psychopharmaka sollten ins BTMG; Verordnung von Psychopharmaka nur durch Psychiater mit Zusatzqualifikation „Absetzen“

- Erfahrungen mit Reduzieren/Absetzen/Sammeln von Nutzern, Profis, Angehörigen, ggf. entlang eines engen Fragenkatalogs; Ziel: Anregungen, Systematisieren, Typen bilden; Anregung für eine weitere Tagung „Erfahrungen mit Absetzen“ (1 Profis - Ärzte, Psychiater/Psychologen, Bezugsbegleiter SGB XII; 2 Erfahrene; 3 Angehörige)
  - Wenn nicht Medikamente, was als Alternative? Erfahrungsfokussierte Beratung bei Menschen, die Stimmen hören, „gesunde“ Lebensführung usw.
  - rechtliche Aspekte in der Schweiz und in Österreich
  - rechtliche Konsequenzen für Ärzte, die nicht beim Reduzieren und Absetzen unterstützen
  - Die Rolle der „nichtmedizinischen“ Berufe bei der Unterstützung beim Reduzieren und Absetzen
  - Angehörigenperspektive im Absetzprozess
  - Wie funktioniert eigentlich der Genesungsprozess von Psychosen?
  - Kleinere Arbeitsgruppen zu verlinkten Themen sinnvoll
  - Wie kann man die Verschreibung von NL erschweren? BTM-Rezept, evtl. eine adäquate Regelung finden
  - Gibt es besonders schwierige Medikamente, die man evtl. besser erst wechselt, bevor man reduziert?
  - Sind „alte“ NL evtl. einfacher abzusetzen?
  - Prof. Heinz hat Drittel-Drittel-Drittel Formel bzgl. Genesung, Nutzen durch NL, Haldol angesprochen, Prof. Götzsche schreibt, dass NL nur kurz einzunehmen, längere Einnahme ist schädlich; absetzen ist mühsam etc.
- Viele NL machen depressiv und z.B. tardive Dyskinesien, die viele Menschen nicht mehr weg bekommen und die sehr quälend und stigmatisierend sind. Viele Menschen, die NL einnehmen, können nur noch im Bett liegen und TV gucken
- Es gibt den Grundsatz „Primum nihil nocere“. Was also gibt irgendwem das Recht, v.a. unter Zwang, solche Substanzen zu verabreichen?
- Bitte das nächste Mal wieder mit Tischen. Ich fände es gut, am 13.10. nach WPA zu treffen und Peter Götzsche zur Teilnahme zu bewegen. Dann könnten einige Fahrtkosten einsparen
  - Wie sind Ärzt\*innen motivierbar, ihr Tun, ihre Verschrei-

- bungspraxis kritisch zu reflektieren? und zu kommunizieren?
- Berücksichtigung der psychischen/psychologischen Auswirkungen der Medikamentengabe und -einnahme für das Absetzen
- Der Wert der eigenen Erfahrung, Erzählung des eigenen Lebens „storytelling“, könnte/sollte (von Profis etc.) geschätzt und gefördert werden
- Gesundheitspolitische Implikationen und Notwendigkeiten eines kritischen Umgangs mit Medikamenten(einsatz)
- Trifft die Tatsache, dass mögliche Schäden durch eigenverantwortliche Selbstgefährdung beim Absetzen kein tatbestandsmäßiger und damit kein strafbarer Vorgang ist, wie Herr Kammeier ausführte, auch auf haftungsrechtliche Fragen zu?
- Welche politischen, zivil- und strafrechtlichen Möglichkeiten gibt es, Hersteller zur Verantwortung zu ziehen bei Abhängigkeitsentwicklungen und sonstigen gesundheitlichen Schäden, da sie keine oder mangelhafte Produktinformationen geben hinsichtlich Entzugs- bzw. Absetzproblemen? (beispielsweise ein „langames Absetzen über 2 Wochen“ als Regel oder überhaupt empfehlen?)
- Welche Möglichkeiten gibt es, Psychopharmaka-verordnende Ärzte zu belangen, wenn sie die Minimalempfehlungen der Hersteller nicht umsetzen, bei bestimmten Symptomen die Psychopharmaka zu reduzieren bzw. sofort abzusetzen: nämlich bei Anzeichen einer tardiven Dyskinesie, gestörten Leberfunktionswerten, Suizidalität, Herzstörungen, Serotonin-Syndrom, allergische Reaktionen, hypomanischen Phasen, malignem neuroleptischen Syndrom, Agranulozytose, Hyponatriämie, schweren neurologischen Störungen und herannahenden zerebrovaskulären Ereignissen (z.B. Schlaganfall), schweren Überempfindlichkeitsreaktionen, wesentlich erhöhter Prolaktin-Konzentration, Sehstörungen, Störungen der Blasenentleerung, Appetitsteigerung mit Gewichtszunahme, Blutdruckabfall oder erhöhtem Blutdruck)?
- Pharmakodynamische Aspekte: Welche Rolle spielen diverse Verabreichungsformen beim schrittweisen Absetzen? Wie können Dosierungen auch außerhalb vorgegebener Produkteinheiten verringert werden? Welche Psychopharmaka benötigen eine magensaftresistente Zufuhr, und wie kann diese gewährleistet werden? Wie können Dosierungen durch zeitliche Streckung verringert werden, und bei welchen Psychopharmaka scheidet diese Möglichkeit aus?

## 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](http://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 (BOP&P) e.V. . Buchveröffentlichungen u.a.: „Psychopharmaka absetzen – Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Phasenprophylaktika, Ritalin und Tranquilizern“ (Hg.). »Neue Antidepressiva, atypische Neuroleptika – Risiken, Placebo-Effekte, Niedrigdosierung und Alternativen« (2017, gemeinsam mit Volkmar Aderhold, Marc Rufer & Josef Zehentbauer). Mehr unter [Peter-Lehmann.de](http://Peter-Lehmann.de)

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

© Reinhard Wojke



**Gaby Sohl**, Leserbriefredakteurin und Referentin für internationale Angelegenheiten 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(l)e Lied der Sachzwänge“.

Mehr unter:

[http://www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/alte/sohl\\_alte.htm](http://www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/alte/sohl_alte.htm)



© Reinhard Wojke

**Reinhard Wojke**, Vater von zwei Söhnen. Seit 1992 Erwerbsunfähigkeitsrentner. Aktiv in der Selbsthilfe, seit 2004 Redakteur des Rundbriefs des Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener (BPE) e.V. und Vorstandsmitglied der Berliner Organisation Psychiatrie-Erfahrener und Psychiatrie-Betroffener (BOP&P) e.V.. 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>



© Reinhard Wojke

**Nächster Termin dritte Runde:**

**Freitag, der 13.4.2018 von 10-17.30 Uhr**  
**im Pinellodrom**  
**Dominicus Straße 5-9**