



Dokumentation

Dritte Expertenrunde:

Psychexit - Auf dem Weg zum Kompass

„Kompetente Hilfe beim Absetzen von Antidepressiva und Neuroleptika“

13. April 2018 | 10 - 17.30 Uhr

In den Räumen des Pinellodrom,
Berlin-Schöneberg



© Reinhard Wojke

Tagung und Druck gefördert durch:





Inhaltsverzeichnis

	Seite
Programm	3
Nachruf auf Helga Wullweber	4
Schadensersatzansprüche gegenüber pharmazeutischen Unternehmen aus der Gefährdungshaftung gemäß § 84 des Arzneimittelgesetzes im Zusammenhang mit dem Absetzen von Antidepressiva und Neuroleptika	6
Dr. jur. Marina Langfeldt, Karlsruhe	
Zur Toleranzentwicklung bei langfristiger Psychopharmaka-Einnahme aus klinischer Sicht	14
Prof. Dr. Uwe Gonther	
Patienten Aufklärung Medikamente	16
Ameos	
Zur Technik der Medikamentenreduktion	20
Jann E. Schlimme, Uwe Gonther	
Pflegerische Begleitung beim Reduzieren und Absetzen von Psychopharmaka	23
Hilde Schädle-Deininger	
Solidaritätsaufruf	
Beteiligte an der Planung der Expertenrunde	32

Impressum

Herausgegeben von der Berliner Organisation Psychiatrie-Erfahrener und Psychiatrie-Betroffener (BOP&P) e.V.
1. Auflage 2018

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 und Uwe Brohl-Zubert, für die finanzielle Unterstützung und dem Team vom Pinellodrom für die Räumlichkeiten und das Catering.



Programm

9.30 Uhr Empfang
10.00 Uhr Begrüßung und Eröffnung
10.30-11.30 Uhr Impulsreferat 1 und Diskussion | Dr. jur. Marina Langfeldt: „Schadensersatzansprüche gegenüber pharmazeutischen Unternehmen aus der Gefährdungshaftungshaftung gemäß § 84 des Arzneimittelgesetzes im Zusammenhang mit dem Absetzen von Psychopharmaka“
11.30-12.30 Uhr Impulsreferat 2 und Diskussion | Prof. Dr. med. Uwe Gonther: „Toleranzbildung und Behandlungsresistenz bei Antidepressiva und Neuroleptika“
12.30-13.30 Uhr Mittagspause
13.30-14.30 Uhr Impulsreferat 3 und Diskussion | Dr. med. Sonja Büla: „Absetzen von langjährig verabreichten Kombinationen von psychiatrischen Psychopharmaka, insbesondere Antidepressiva und Neuroleptika“
14.30-15.00 Uhr Kaffeepause
15.00-16.00 Uhr Impulsreferat 4 und Diskussion | Hilde Schädle-Deininger: „Pflegerische Begleitung beim Reduzieren und Absetzen von Psychopharmaka“
16.00-17.00 Uhr Homepage: www.absetzen.info

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:** Sonja Büla, Uwe Gonther, Frank Puchert, Jann Schlimme, Henrik Walter.
- **Betreuer, Diensteanbieter, Pfleger, Psychotherapeuten & Sozialarbeiter:** Judith Becker, Christian Burr, Anna Emmanouelidou, Thomas Floeth, Hilde Schädle-Deininger, Gaby Sohl, Björn Trenker, Martin Urban, Susi-Ulrike Winkler.
- **Juristen:** Marina Langfeldt.
- **Experten aus Erfahrung:** Regina Bellion, Ludger Bruckmann, Martina Gauder, Iris Heffmann, Peter Lehmann, Andreas Liebke, Stephanie Scholz, Reinhard Wojke.
- **Angehörige:** Renate Seroka, Gudrun Weißenborn.



Peter Lehmann

Nachruf auf Helga Wullweber

Mit Bestürzung und Trauer haben wir vom Tod von Helga Wullweber erfahren. Helga Wullweber, in Berlin-Pankow geboren, war Rechtsanwältin. Sie starb mit 73 Jahren in ihrer Heimatstadt.

Im September 2016 hatten wir sie zu unserer »Psychexit – Expertenrunde zur kompetenten (Selbst-) Hilfe beim Absetzen von Antidepressiva und Neuroleptika« eingeladen. Sie sollte zu juristischen Fragen beim Absetzen von Psychopharmaka sprechen. Lange hoffte sie, zu unserem Treffen kommen und einen Vortrag halten zu können. Unregelmäßig wiederkehrende extreme Schmerzen, die sie auf eine Strahlenbehandlung vor 18 Jahren zurückführte, zwangen Helga Wullweber schließlich zur Absage.

Neben ihrem Engagement für die Gleichheit Psychiatriebetroffener vor dem Recht war Helga Wullweber noch in anderen Bereichen aktiv, die ebenfalls durch Menschenrechtsverletzungen, durch Machtmisbrauch, durch Gewalt und Diskriminierung bestimmt sind.

So war sie Vorstandsmitglied der International Association of Lawyers against Nuclear Arms (*Internationale Vereinigung von Rechtsanwältinnen und -anwälten gegen Nuklearwaffen*), publizierte zum Thema Vergewaltigungen als Kriegswaffe und setzte sich für die Gleichstellung von Frauen am Arbeitsplatz und für ein Quotierungsgesetz ein. Bei Wikipedia und auf der Website des Republikanischen Anwältinnen- und Anwältevereins (RAV), in dessen Bundesvorstand sie war, kann man ihre verschiedenen Aktivitäten nachlesen.

Vom RAV war sie mir 1979 empfohlen worden, als ich eine Klage gegen die psychiatrische Universitätsanstalt Westberlin auf das Recht auf Einsicht in meine eigenen psychiatrischen Akten führte. Helga Wullweber vertrat mich bis zum Bundesgerichtshof (BGH). Dabei wirkte sie auch in der Fernsehdokumentation »Vor Gericht« des NDR mit, der über den Rechtsstreit berichtete. Auf meiner Website www.antipsychiatrieverlag.de/info/akteneinsicht.htm finden sich viele Dokumente zu dieser Auseinandersetzung, in der sie mich vertrat. Obwohl die Klage lange her ist, habe ich Helga Wullweber als warmherzige und zugewandte Frau und engagierte und kompetente Anwältin in allerbester Erinnerung.

Sie war Gründungsmitglied der Redaktion von *Recht & Psychiatrie*. In dieser Zeitschrift verfasste sie 1983 unter dem Titel »BGH-Urteil verletzt Verfassung« den allerersten Artikel (1. Jg., S. 5-9). Er bezog sich auf unsere Akteneinsichtsklage. Zwei Jahre später publizierte sie dort den Artikel »The ›psychiatric will‹ oder ›Das psychiatrische Testament‹« (3. Jg., S. 15-18). Sie machte sich schon frühzeitig für die Patientenverfügung stark, damals hieß sie noch »Psychiatrisches Testament«.



Helga Wullweber
6.10.1943 – 28.9.2017



Helga Wullweber und Peter Lehmann am 6.7.1982 vor dem BGH in Karlsruhe



Helga Wullweber zog dann nach Hamburg und engagierte sich in der Fraktion der Grünen / GAL (Grün-Alternative Liste) im Landesparlament, der Hamburger Bürgerschaft. 1988 arbeitete sie am Entwurf für ein alternatives Unterbringungsgesetz mit. In seinen Behandlungsparagraphen integrierte sie die sogenannte starke Version des Psychiatrischen Testaments: Danach soll eine Behandlung ohne Einwilligung nur nach vorheriger Willenserklärung möglich sein, analog der Situation in der Körpermedizin. Wie klar sie schon vor 30 Jahren für die Gleichheit Psychiatriebetroffener vor dem Recht eintrat, zeigt die nach wie vor hohe Aktualität des damals formulierten Behandlungsparagraphen (nachzulesen im Internet unter www.peter-lehmann-publishing.com/info/jelpke.htm).

Leider wurde der Entwurf vom Hamburger Parlament nicht angenommen. Dabei wäre ein Gesetz mit einer solchen Bestimmung heute nötiger denn je, denn Mainstream-Psychiater verabreichen ihre Psychopharmaka unter Einsatz von Zwang und Gewalt weiterhin unter Berufung auf eine willkürlich gemutmaßte Einwilligung der Betroffenen.

Nach ihrer Rückkehr nach Berlin, wo sie als Rechtsanwältin weiterarbeitete, hatte ich nur sporadischen Kontakt zu ihr. Um sie vor Überlastung zu schonen, empfahl ich sie nur ganz wenigen Betroffenen, die einen Rechtsbeistand suchten. Einer von diesen war Reinhard Wojke, Mitglied unserer Planungsgruppe. Er war vor ungefähr sechs Jahren kurz vor Weihnachten zwangsweise in die Psychiatrie verbracht worden, wo gegen ihn eine »Behandlungsflegschaft« eingerichtet wurde, damit die Psychiater ungehindert ihre Psychopharmaka verabreichen konnten. Trotz Weihnachtsstress zögerte Helga Wullweber nicht, ihn umgehend aufzusuchen und dafür zu sorgen, dass die faktische Entmündigung, die das Menschenrecht auf körperliche Unversehrtheit verneint, schnellstmöglich wieder aufgehoben wurde. Meinen letzten Kontakt zu Helga Wullweber hatte ich Mitte September 2016, als ich sie in ihrer Kanzlei und Wohnung aufsuchte und wissen wollte, ob sie ihren geplanten Vortrag bei unserer eingangs erwähnten Expertenrunde halten würde. Leider musste sie absagen.

Martin Zinkler, humanistisch orientierter Psychiater und Chefarzt an der Klinik für Psychiatrie in Heidenheim, schrieb für *Recht & Psychiatrie* anfangs dieses Jahres einen berührenden Nachruf. Den 2017 tödlich verunglückten Thomas Saschenbrecker einschließend, endete er:

»Es gibt nur wenige Rechtsanwälte in Deutschland, die sich für die Rechte von Psychiatriepatienten einsetzen. Mit Helga Wullweber und Thomas Saschenbrecker verlieren wir in diesem Jahr gleich zwei der eloquentesten und fortschrittlichsten.«

Und mit Helga Wullweber verlieren wir eine weitsichtige, kompetente, engagierte und überaus liebenswerte Anwältin.

Peter Lehmann

und die Planungsgruppe der »Psychexit – Expertenrunde zur kompetenten (Selbst-) Hilfe beim Absetzen von Antidepressiva und Neuroleptika«



Schadensersatzansprüche gegenüber pharmazeutischen Unternehmen aus der Gefährdungshaftung gemäß § 84 des Arzneimittelgesetzes im Zusammenhang mit dem Absetzen von Antidepressiva und Neuroleptika

Handout

Dr. jur. Marina Langfeldt, Karlsruhe

2017 ist ein Buch von Peter Lehmann, Volkmar Aderhold, Marc Rufer und Josef Zehentbauer erschienen mit dem Titel »Neue Antidepressiva, atypische Neuroleptika – Risiken, Placebo-Effekte, Niedrigdosierung und Alternativen. Mit einem Exkurs zur Wiederkehr des Elektroschocks«. Der heutige Vortrag geht zurück den Aufsatz von Peter Lehmann in dem genannten Buch über »Risiken und Schäden neuer Antidepressiva und *atypischer* Neuroleptika« und die dort genannten Substanzen, d.h. die neuen Antidepressiva und Neuroleptika sowie die beiden Referenzpräparate Imipramin und Haloperidol.

Peter Lehmann hat in seinem Aufsatz die Fachinformationen für diese Medikamente aus Deutschland, Österreich und der Schweiz ausgewertet und in alphabetischer Reihenfolge zusammengestellt. Dieses Handout enthält zunächst eine Synopse der Passagen in den Fachinformationen, die sich auf das Absetzen dieser Medikamente und dessen mögliche Folgen beziehen, sortiert nach dem sehr unterschiedlichen Umfang dieser Informationen¹.

Die Uneinheitlichkeit der Fachinformationen führt zu der Frage, ob die Praxis der pharmazeutischen Unternehmen, Ärzte hinsichtlich des Absetzens dieser Medikamente mit vagen und sehr unterschiedlichen Informationen zu versorgen, rechtliche Konsequenzen haben könnte. In Betracht kommt hier eine Gefährdungshaftung aus § 84 des Arzneimittelgesetzes (AMG) für Schadensersatzansprüche gegenüber pharmazeutischen Unternehmen für die Fälle, in denen ein Schaden infolge einer nicht den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft entsprechenden Fachinformation eingetreten ist.

In der Synopse werden die juristischen Begriffe „Nebenwirkungen“ und „schädliche Wirkungen“ verwendet, da diese Terminologie dem im Anschluss daran im Auszug wiedergegeben Text des Arzneimittelgesetzes (AMG) entspricht. Damit soll nicht verkannt werden, dass in der Medizin stattdessen der Begriff „unerwünschte Wirkungen“ gebräuchlich ist.

I. Synopse der Hinweise auf die Nebenwirkungen und schädlichen Wirkungen sowie die Art des Absetzens

Medikament	Hinweise auf Nebenwirkungen / schädliche Wirkungen des Absetzens	Hinweise auf die Art des Absetzens
1. Keine Entzugsprobleme, abruptes Absetzen möglich		
Agomelatin (Thymanax, Valdoxan)	Laut Herstellerfirma kann Agomelatin abrupt abgesetzt werden, Entzugsprobleme würden nicht auftreten.	
2. Keine Hinweise auf Nebenwirkungen / schädliche Wirkungen, abruptes Absetzen möglich		
Vortioxetin (Brintellix)	Keine Hinweise	Falls Vortioxetin abgesetzt werden soll oder will, könne laut Herstellern die Einnahme abrupt beendet werden.



3. Keine Hinweise auf Nebenwirkungen / schädliche Wirkungen des Absetzens und die Art des Absetzens		
Asenapin (Sycrest)	Keine	Keine
Loxapin (Adasuve)	Keine	Keine
Lurasidon (Latuda)	Keine	Keine
Sulpirid (Dogmatil, Meresa, Meresasul, Sulpivert, Vertigo- Meresa, Vertigo- neogama)	Keine	Keine
Ziprasidon (Zeldox)	Keine	Keine
4. Ein oder mehrere Hinweise auf Folgen des Absetzens, keine Hinweise zum Absetzen		
Aripiprazol (Abilify, Alcartis, Arileto, AripiHexal, Aripipan, Arpoya)	Hersteller fordern Ärzte auf, Aripiprazol abzusetzen, wenn einmaliges neuroleptisches Syndrom (<i>Symptomenkomplex aus Fieber, Muskelsteifheit und Bewusstseinstrübung</i> ²) oder Zeichen einer tardiven Dyskinesie (<i>Symptomenkomplex aus chronischen Muskelstörungen</i>) auftreten. Diese Störung könnte allerdings auch erst nach Absetzen des Neuroleptikums sichtbar werden.	Keine
Paliperidon (Invega, Trevicta, Xeplion)	Hersteller fordern Ärzte auf, das Absetzen von Paliperidon in Betracht zu ziehen, wenn Anzeichen einer tardiven Dyskinesie auftreten oder es Paliperidon-bedingt zur Zu- oder Abnahme weißer Blutkörperchen kommt. Bei Anzeichen eines malignen neuroleptischen Syndroms müsse Paliperidon abgesetzt werden, wobei bei dem Depot-Präparat Trevicta die lange Wirkdauer zu berücksichtigen sei. Paliperidon wurde nach einer einzelnen Trevicta-Dosis bis zu 18 Monaten im Blut nachgewiesen.	Keine
Reboxetin (Edronax, Solvex)	Die Herstellerfirma Pfizer informiert, nach Markteinführung von Reboxetin sei es zu Spontanberichten über Absetsymptome einschließlich Kopfschmerzen, Benommenheit, Nervosität und Übelkeit gekommen. Jedoch habe sich in diesen Berichten »kein einheitliches Bild der Ereignisse« bei Beendigung der Behandlung mit Reboxetin ergeben (Pfizer Pharma PFE, 2016, S. 3), offenbar Grund genug, auf eine Empfehlung zum schrittweisen Absetzen von Reboxetin zu verzichten.	Keine



Dapoxetin (Priligy)	»Ein abruptes Absetzen chronisch verabreichter SSRI, die zur Behandlung chronischer depressiver Erkrankungen angewendet wurden, kann zu einem Entzugssyndrom mit Symptomen wie Dysphorie (<i>Übellaunigkeit</i>), Reizbarkeit, Agitation, Schwindel, sensorischen Störungen (z. B. Parästhesien wie etwa elektrisierende Empfindungen), Angstzuständen, Verwirrtheit, Kopfschmerzen, Lethargie, emotionaler Labilität, Insomnie (<i>Einschlaf- und Durchschlafstörungen</i>) und Hypomanie (<i>leichte Form der Manie</i>) führen.« (A. Menarini AG, 2013)	Keine
Imipramin (Tofranil)	Falls Imipramin abgesetzt werden soll oder will, empfehlen Hersteller, die Substanz nicht abrupt wegzulassen. Nähere Informationen, wie Imipramin abzusetzen ist, gibt der Hersteller nicht. Bei der Verringerung der Dosis oder beim abrupten Absetzen sei mit diversen Entzugsproblemen zu rechnen, beispielsweise Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen, Nervosität, Angstgefühlen, Schweißausbrüchen, Übelkeit, Erbrechen, Bauchschmerzen und Durchfall.	Keine
5. Hinweise auf Folgen des Absetzens bei allmählichem, schrittweisen oder ausschleichendem Absetzen		
Haloperidol (Haldol)	Keine	Allmählich, keine näheren Informationen
Risperidon (Aleptan, Risperdal, Risperinorm)	Keine	Ausschleichend, keine näheren Informationen
Sertindol (Serdolect)	Um das Risiko von Absetz-Symptomen wie Schlaflosigkeit, Übelkeit, Erbrechen, Schwitzen, Akathisie (<i>zwanghafter Bewegungsdrang</i>), Dystonien gering zu halten	Schrittweise, keine näheren Informationen
Milnacipran (Ixel, Milnaneurax)	Abrupte Beendigung könnte in schwachen und von selbst wieder verschwindenden Entzugserscheinungen (Schwindel, Agitation, Angstgefühle, Kopfschmerzen und Übelkeit) resultieren können, manchmal gar stärker und länger anhaltend.	Ausschleichend, insbesondere bei Langzeit-Verabreichung, keine näheren Informationen
Mirtazapin (Mirtabene, Mirtagamma, Mirtaron, Mirtazap, Mirtazelon, Mirtel, Remergil, Remeron)	Das Antidepressivum führt nicht zur Abhängigkeit, die meisten Absetsymptome sind selbstlimitierend und man muss beachten, dass diese Symptome auch »im Zusammenhang mit der Grunderkrankung« stehen könnten.	Schrittweise, keine näheren Informationen
Bupropion (Carmubine, Elontril, Wellbutrin, Zyban)	Wegen nicht auszuschließender Rebound- und Absetsymptome	Ausschleichend, keine näheren Informationen



Olanzapin (Aedon, Olanpax, Olazax, Zalasta, Zypadhera, Zyprexa)	Nur selten sind bei plötzlichem Absetzen akute Symptome wie Schwitzen, Schlaflosigkeit, Zittern, Angstzustände, Übelkeit oder Erbrechen berichtet worden.	Schrittweise, keine näheren Informationen
Amisulprid (Amisulpride, Solian)	»Absetsymptome wie Übelkeit, Erbrechen und Schlaflosigkeit wurden nach abruptem Absetzen hoher therapeutischer Dosen von Antipsychotika beschrieben. (...) Ebenso wurde bei Amisulprid über das Auftreten von unwillkürlichen Bewegungsstörungen (wie z. B. Akathisie, Dystonie (<i>krankhaft gestörte Muskelspannung</i>) und Dyskinesie (<i>Störung physiologischer Bewegungsabläufe</i>) berichtet. Daher wird ein schrittweises Absetzen von Amisulprid empfohlen.« #(ratiopharm GmbH, 2013, S. 2)	Schrittweise, keine näheren Informationen
6. Hinweise auf Folgen des Absetzens bei Absetzen über mindestens 1 Woche bis mehrere Monate		
Tianeptin (Stablon, Tianeurax)	Keine Hinweise	Schrittweise über einen Zeitraum von mindestens 1-2 Wochen
Quetiapin (Quetheorie, Quetialan, Quentiax, Sequase, Seroquel)	Keine Hinweise	Ausschleichen über einen Zeitraum von mindestens 1-2 Wochen
Sertralin (Adjuvin, Seralin, Sertragen, Tresleen, Zoloft)	Wegen möglicher Absetsymptome wie Schlafstörungen, Parästhesien, Angst- und Verwirrtheit oder Übelkeit	Schrittweise über einen Zeitraum von mindestens 1-2 Wochen
Escitalopram (Cipralex, Pramulex, Serosyn)	Verschiedene Absetsymptome: »Die am häufigsten berichteten Reaktionen sind Schwindelgefühl, sensorische Störungen (einschließlich Parästhesien und Stromschlag-ähnlicher Empfindungen), Schlafstörungen (einschließlich Schlaflosigkeit und intensiver Träume), Agitiertheit oder Angst, Übelkeit und / oder Erbrechen, Tremor (<i>Muskelzittern</i>), Verwirrtheit, Schwitzen, Kopfschmerz, Diarrhoe (<i>Durchfall</i>), Palpitationen (<i>Herztolpern</i>), emotionale Instabilität, Reizbarkeit und Sehstörungen.« (Sandoz Pharmaceuticals AG, 2014a) Im Allgemeinen seien diese »Ereignisse« leicht bis mittelschwer und vorübergehend, manchmal könnten sie aber stark und länger auftreten.	Schrittweise über einen Zeitraum von mindestens 1-2 Wochen



Citalopram (Cipramil, Citalon, Citalostad, Claropram, Pram, Seropram)	Wegen Absetzreaktionen, wie die Herstellerinformation in der Schweiz belegt: »Das Risiko von Absetzreaktionen kann von mehreren Faktoren abhängen, einschließlich Dauer der Behandlung, Dosis und Geschwindigkeit der Dosisreduktion. Schwindelgefühl, Empfindungsstörungen (einschließlich Parästhesien), Schlafstörungen (einschließlich Schlaflosigkeit und intensiver Träume), Erregtheit oder Angst, Übelkeit und / oder Erbrechen, Zittern, Verwirrtheit, Schwitzen, Kopfschmerzen, Durchfall, Herzklagen, emotionale Instabilität, Reizbarkeit und Sehstörungen sind die am häufigsten berichteten Reaktionen. Im Allgemeinen sind diese Symptome leicht bis mäßig schwer, bei einigen Patienten können sie jedoch schwerwiegend sein. Sie treten normalerweise innerhalb der ersten Tage nach Absetzen der Behandlung auf, aber in sehr seltenen Fällen wurde von solchen Symptomen bei Patienten nach unbeabsichtigtem Auslassen einer Dosis berichtet. Im Allgemeinen bilden sich diese Symptome von selbst zurück und klingen innerhalb von 2 Wochen ab. <u>Bei einigen Personen können sie länger anhalten (2-3 Monate oder länger).</u> « (Sandoz Pharmaceuticals AG, 2015a)	Stufenweise über eine Zeitspanne von 1-2 Wochen
Fluvoxamin (Fevarin Floxyfral)	Um die SRI-typischen Absetsymptome zu verhindern oder vermindern. Fluvoxamin-Hersteller erwähnen Sensibilitätsstörungen einschließlich Parästhesien, visuelle Störungen und Stromschlaggefühl, Schlaflosigkeit, Ruhelosigkeit, Reizbarkeit, Verwirrtheit, emotionale Instabilität, Kopfschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Herzklagen, Muskelzittern und Angstzustände.	Schrittweises Verringern der Dosis über einen Zeitraum von mindestens 1 – 2 Wochen
Clozapin (Clopin, Lanolept, Leponex)	Keine speziellen Hinweise für Patienten	In Schritten von 12.5 mg über mindestens einen Zeitraum von 1-2, besser 2 Wochen. - Für den Fall, dass Clozapin sofort abgesetzt werden müsse, fordern Hersteller Ärzte auf, ihre Patienten unter anderem hinsichtlich der Symptome eines cholinergen Rebounds wie zum Beispiel vermehrtes Schwitzen, Kopfschmerzen, Übelkeit, Erbrechen und Durchfall zu überwachen.
Duloxetin (Ariclaim, Cymbalta, Duloxalta, DuloxeHexal, Dutilox, Xeristar, Yentreve)	Um das Risiko von Absetsymptomen zu verringern: »Nach Beenden der Einnahme von Duloxetin wurde über Absetsymptome berichtet. Zu den häufigen Symptomen, besonders nach abruptem Absetzen, zählen Schwindel, Hyperhidrose (starke Schweißbildung), Übelkeit, Erbrechen, Diarrhoe (Durchfall), Schlafstörungen (einschließlich Schlaflosigkeit, Albträume und intensive Träume), Müdigkeit, Schläfrigkeit, Kopfschmerzen, Myalgie (Muskelschmerz), sensorische Störungen (einschließlich Parästhesien oder Elektroschock-ähnliche Empfindungen), Reizbarkeit und Angst.« (Sandoz Pharmaceuticals AG, 2015b)	Schrittweise über mehrere Wochen



Paroxetin (Deroxat, Dropax, Ennos, Parocetan, Paronex, Paroxat, Seroxat, Stiliden)	Wegen teilweise häufiger, schwerer und länger anhaltender und gewöhnlich innerhalb weniger Tage nach Absetzen auftretender Absetzsymptome: Angstzustände, Reizbarkeit, Ruhelosigkeit, Verwirrtheit, emotionale Instabilität, Sehstörungen, Sinnesstörungen (einschließlich Parästhesien), Elektroschockempfindungen, Kopfschmerzen, Schlafstörungen (einschließlich intensiver Träume, Tinnitus, Herzklopfen, Übelkeit, Durchfall, Schwindel, Schwitzen, Muskelzittern und andere Muskelstörungen. Da die Symptome zeitnah mit dem Absetzen auftreten würden, könnte man sie von anderen Krankheitssymptomen unterscheiden.	Schrittweises Vorgehen mit kleinen Dosisreduktionen
Venlafaxin (Efectin, Efexor, Trevilor, Velostad, Venla, Venlafab, Venlagamma, Venlax)	Häufige Absetzreaktionen	Schrittweises Verringern über einen Zeitraum von 7-14 Tagen. Treten nach Dosisverringerung oder Absetzen stark beeinträchtigende Absetzerscheinungen auf, erneute Einnahme des Antidepressivums, um dann in kleineren Schritten zu reduzieren.
Fluoxetin (Felicum, Fluctine, Fluoxibene, Flux, FluxoMed, Mutan, Positivum)	Entzugssymptome in großer Häufigkeit, wobei die Mehrzahl dieser Reaktionen (Schwindel, Schlafstörungen, Parästhesien, Kopfschmerzen, Angst und Übelkeit) leicht sind und sich von selbst zurückbilden	Stufenweise eventuell über Monate

II.

Auszug aus dem AMG

Die maßgebenden Bestimmungen des AMG lauten wie folgt:

§ 11a Fachinformation

(1) Der pharmazeutische Unternehmer ist verpflichtet, Ärzten, Zahnärzten, Tierärzten, Apothekern und, soweit es sich nicht um verschreibungspflichtige Arzneimittel handelt, anderen Personen, die die Heilkunde oder Zahnheilkunde berufsmäßig ausüben, für Fertigarzneimittel, die der Zulassungspflicht unterliegen oder von der Zulassung freigestellt sind, Arzneimittel im Sinne des § 2 Abs. 1 oder Abs. 2 Nr. 1 und für den Verkehr außerhalb der Apotheken nicht freigegeben sind, auf Anforderung eine Gebrauchsinformation für Fachkreise (Fachinformation) zur Verfügung zu stellen. Diese muss die Überschrift »Fachinformation« tragen und folgende Angaben in gut lesbarer Schrift in Übereinstimmung mit der im Rahmen der Zulassung genehmigten Zusammenfassung der Merkmale des Arzneimittels und in der nachstehenden Reihenfolge enthalten:

1. die Bezeichnung des Arzneimittels, gefolgt von der Stärke und der Darreichungsform.....
2.c) Gegenanzeigen,
- d) besondere Warn- und Vorsichtshinweise für die Anwendung und bei immunologischen Arzneimitteln alle besonderen Vorsichtsmaßnahmen, die von Personen, die mit immunologischen Arzneimitteln in Berührung kommen und von Personen, die diese Arzneimittel Patienten verabreichen, zu treffen sind, sowie von dem Patienten zu treffenden Vorsichtsmaßnahmen, soweit dies durch Auflagen der zuständigen Bundesoberbehörde nach § 28 Abs. 2 Nr. 1 Buchstabe a angeordnet oder auf Grund von § 7 des Anti-Doping-Gesetzes oder durch Rechtsverordnung vorgeschrieben ist,



- h) Nebenwirkungen bei bestimmungsgemäßem Gebrauch;
- i) Überdosierung: Symptome, Notfallmaßnahmen, Gegenmittel;..
- 7. Inhaber der Zulassung;
- 8. Zulassungsnummer;
- 9. Datum der Erteilung der Zulassung oder der Verlängerung der Zulassung;
- 10. Datum der Überarbeitung der Fachinformation.

Bei allen Arzneimitteln, die zur Anwendung bei Menschen bestimmt sind, ist ein Standardtext aufzunehmen, durch den die Angehörigen von Gesundheitsberufen ausdrücklich aufgefordert werden, jeden Verdachtsfall einer Nebenwirkung an die zuständige Bundesoberbehörde zu melden, wobei die Meldung in jeder Form, insbesondere auch elektronisch, erfolgen kann. Für Arzneimittel, die zur Anwendung bei Menschen bestimmt sind und sich auf der Liste gemäß Artikel 23 der Verordnung (EG) Nr. 726/2004 befinden, muss ferner folgende Erklärung aufgenommen werden: »Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung.« Dieser Erklärung muss ein schwarzes Symbol vorangehen und ein geeigneter standardisierter erläuternder Text nach Artikel 23 Absatz 4 der Verordnung (EG) Nr. 726/2004 folgen. Weitere Angaben, die nicht durch eine Verordnung der Europäischen Gemeinschaft oder der Europäischen Union vorgeschrieben oder bereits nach dieser Verordnung zulässig sind, sind zulässig, wenn sie mit der Anwendung des Arzneimittels im Zusammenhang stehen und den Angaben nach Satz 2 nicht widersprechen; sie müssen von den Angaben nach Satz 2 deutlich abgesetzt und abgegrenzt sein. Satz 1 gilt nicht für Arzneimittel, die nach § 21 Abs. 2 einer Zulassung nicht bedürfen oder nach einer homöopathischen Verfahrenstechnik hergestellt sind. Der Inhaber der Zulassung ist verpflichtet, die Fachinformation auf dem aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstand zu halten, zu dem auch die Schlussfolgerungen aus Bewertungen und die Empfehlungen gehören, die auf dem nach Artikel 26 der Verordnung (EG) Nr. 726/2004 eingerichteten europäischen Internetportal für Arzneimittel veröffentlicht werden. Die nach den Sätzen 3 und 5 erforderlichen Standardtexte werden von der zuständigen Bundesoberbehörde im Bundesanzeiger bekannt gemacht.

(2) Der pharmazeutische Unternehmer ist verpflichtet, die Änderungen der Fachinformation, die für die Therapie relevant sind, den Fachkreisen in geeigneter Form zugänglich zu machen. Die zuständige Bundesoberbehörde kann, soweit erforderlich, durch Auflage bestimmen, in welcher Form die Änderungen allen oder bestimmten Fachkreisen zugänglich zu machen sind.

(3) Ein Muster der Fachinformation und geänderter Fassungen ist der zuständigen Bundesoberbehörde unverzüglich zu übersenden, soweit nicht das Arzneimittel von der Zulassung freigestellt ist.

(4) Die Verpflichtung nach Absatz 1 Satz 1 kann bei Arzneimitteln, die ausschließlich von Angehörigen der Heilberufe verabreicht werden, auch durch Aufnahme der Angaben nach Absatz 1 Satz 2 in der Packungsbeilage erfüllt werden. Die Packungsbeilage muss mit der Überschrift »Gebrauchsinformation und Fachinformation« versehen werden.

§ 84 Gefährdungshaftung

1) Wird infolge der Anwendung eines zum Gebrauch bei Menschen bestimmten Arzneimittels, das im Geltungsbereich dieses Gesetzes an den Verbraucher abgegeben wurde und der Pflicht zur Zulassung unterliegt oder durch Rechtsverordnung von der Zulassung befreit worden ist, ein Mensch getötet oder der Körper oder die Gesundheit eines Menschen nicht unerheblich verletzt, so ist der pharmazeutische Unternehmer, der das Arzneimittel im Geltungsbereich dieses Gesetzes in den Verkehr gebracht hat, verpflichtet, dem Verletzten den daraus entstandenen Schaden zu ersetzen. Die Ersatzpflicht besteht nur, wenn

1. das Arzneimittel bei bestimmungsgemäßem Gebrauch schädliche Wirkungen hat, die über ein nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft vertretbares Maß hinausgehen, oder

2. der Schaden infolge einer nicht den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft entsprechenden Kennzeichnung, Fachinformation oder Gebrauchsinformation eingetreten ist.

(2) Ist das angewendete Arzneimittel nach den Gegebenheiten des Einzelfalls geeignet, den Schaden zu verursachen, so wird vermutet, dass der Schaden durch dieses Arzneimittel verursacht ist. Die Eignung im Einzelfall beurteilt sich nach der Zusammensetzung und der Dosierung des angewendeten Arzneimittels, nach der Art und Dauer seiner bestimmungsgemäßen Anwendung, nach dem zeitlichen Zusammenhang mit dem Schadenseintritt, nach dem Schadensbild und dem gesundheitlichen Zustand des Geschädigten im Zeitpunkt der Anwendung sowie allen sonstigen Gegebenheiten, die im Einzelfall für oder gegen die Schadensverursachung sprechen. Die Vermutung gilt nicht, wenn ein anderer Umstand nach den Gegebenheiten des Einzelfalls geeignet ist, den Schaden zu verursachen. Ein anderer Umstand liegt nicht in der Anwendung



weiterer Arzneimittel, die nach den Gegebenheiten des Einzelfalls geeignet sind, den Schaden zu verursachen, es sei denn, dass wegen der Anwendung dieser Arzneimittel Ansprüche nach dieser Vorschrift aus anderen Gründen als der fehlenden Ursächlichkeit für den Schaden nicht gegeben sind.

(3) Die Ersatzpflicht des pharmazeutischen Unternehmers nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 1 ist ausgeschlossen, wenn nach den Umständen davon auszugehen ist, dass die schädlichen Wirkungen des Arzneimittels ihre Ursache nicht im Bereich der Entwicklung und Herstellung haben.

§ 84a Auskunftsanspruch

(1) Liegen Tatsachen vor, die die Annahme begründen, dass ein Arzneimittel den Schaden verursacht hat, so kann der Geschädigte von dem pharmazeutischen Unternehmer Auskunft verlangen, es sei denn, dies ist zur Feststellung, ob ein Anspruch auf Schadensersatz nach § 84 besteht, nicht erforderlich. Der Anspruch richtet sich auf dem pharmazeutischen Unternehmer bekannte Wirkungen, Nebenwirkungen und Wechselwirkungen sowie ihm bekannt gewordene Verdachtsfälle von Nebenwirkungen und Wechselwirkungen und sämtliche weiteren Erkenntnisse, die für die Bewertung der Vertretbarkeit schädlicher Wirkungen von Bedeutung sein können. Die §§ 259 bis 261 des Bürgerlichen Gesetzbuchs sind entsprechend anzuwenden. Ein Auskunftsanspruch besteht insoweit nicht, als die Angaben auf Grund gesetzlicher Vorschriften geheim zu halten sind oder die Geheimhaltung einem überwiegenden Interesse des pharmazeutischen Unternehmers oder eines Dritten entspricht.

(2) Ein Auskunftsanspruch besteht unter den Voraussetzungen des Absatzes 1 auch gegenüber den Behörden, die für die Zulassung und Überwachung von Arzneimitteln zuständig sind. Die Behörde ist zur Erteilung der Auskunft nicht verpflichtet, soweit Angaben auf Grund gesetzlicher Vorschriften geheim zu halten sind oder die Geheimhaltung einem überwiegenden Interesse des pharmazeutischen Unternehmers oder eines Dritten entspricht. Ansprüche nach dem Informationsfreiheitsgesetz bleiben unberührt.



© Reinhard Wojke

Marina Langfeldt mit der Moderatorin Gaby Sohl in der Diskussion mit den Teilnehmer*innen

Fußnoten

¹ Die vollständigen Quellenangaben können in dem oben genannten Buch nachgelesen werden. Erwähnt werden in der Synopse auch die in der Schweiz, in Österreich und Deutschland gebräuchlichen Markennamen (Stand: Juli 2017). Sofern die Psychopharmaka auch als Generika auf dem Markt sind, wurde aus Platzgründen darauf verzichtet, die mit den Wirkstoffen identischen Markennamen wiederzugeben.

² Die in den Zitaten kursiv gesetzten Erläuterungen in Klammern der medizinischen Fachausdrücke stammen sämtlich von Peter Lehmann.



Zur Toleranzentwicklung bei langfristiger Psychopharmaka-Einnahme aus klinischer Sicht

Prof. Dr. Uwe Gonther

Die aktuelle Debatte um Neuroleptika- und Antidepressiva-Verordnungen bei psychischen Störungen ist einerseits geprägt durch eine Zunahme von kritischen Stimmen sowohl aus wissenschaftlicher Perspektive als auch aus Betroffenseite. Besonders zu erwähnen sind hier Peter Gøtzsche und Laura Delano mit ihren Veröffentlichungen und ihrem Auftritt beim Weltkongress für Psychiatrie in Berlin im vergangenen Oktober. Andererseits gibt es zum Teil vehemente Kritik an der Kritik.

Auch in der Öffentlichkeit werden insbesondere Antidepressiva neuerdings sehr kritisch beleuchtet, nachdem sie zuvor über viele Jahre mit unrealistischen Heilserwartungen auch in populärwissenschaftlichen Journals und Fernsehsendungen beworben wurden. Beispiele für die neue kritische Haltung sind die Titelstory der New York Times vom 07.04.2018 „Many people taking antidepressants discover they cannot quit“ oder das Buch von Johann Hari „Lost Connections“, erschienen Anfang 2018, oder der Artikel des französischen Psychoanalytikers Gérard Pommier in Le Monde diplomatique vom 13.04.2018: „Für alles eine Pille. Der Fluch der Psychopharmaka“. Auf der anderen Seite bemerken wir gerade in Zusammenhängen, wo ein kritischer Umgang mit Neuroleptika und Antidepressiva aktiv thematisiert wird, dass Nutzerinnen und Nutzer dadurch verunsichert werden und unter eine Art Absetzdruck geraten sowie die Tendenz bei Verschreibenden, dass diese stark verunsichert reagieren und sich angegriffen fühlen, was nicht hilfreich ist für eine Weiterentwicklung zum Wohle der Betroffenen.

In Bremen haben wir die Erfahrung gemacht, dass Netzwerkarbeit mit Betroffenen, Mitarbeitenden aus psycho-sozialen Diensten und ärztlichen und psychologischen Psychotherapeut*innen zu einer vermehrten fachlichen und öffentlichen Diskussion beiträgt. Auch gab es mit der Unterstützung von EX-IN-ausgebildeten Genesungsbegleiter*innen Reduktions- und Absetzgruppen in einer Tagesstätte. Es wurde deutlich, dass der Weg heraus aus einer langfristigen Medikation mit Neuroleptika und Antidepressiva gut geplant sein will und in den meisten Fällen nur in kleinen Schritten passieren kann. Eine Darstellung der Zusammenhänge findet sich im bald erscheinenden Buch von Thelke Scholz, Renate Seroka und Jann Schlimme (Titel: Medikamentenreduktion und Genesung von Psychosen, Erscheinungsdatum: September 2018 im Psychiatrie Verlag). In dem Buch findet sich auch ein Beitrag von mir zur klinischen Unterstützung bei Reduktions- und Absetzprozessen, den ich hier für die



© Reinhard Wojke

Tagung bereits zusammengefasst zur Diskussion stelle. Die Studienlage wird immer wieder Gegenstand von eifrigeren Diskussionen und Debatten sein. Aus meiner Sicht ist es klinisch klar erwiesen, dass es Menschen gibt, bei denen Antidepressiva und Neuroleptika nicht so wirken, wie alle Beteiligten es sich wünschen würden. Neben den bekannten Nebenwirkungen im motorischen und metabolischen Bereich gibt es zahlreiche Gefährdungen und Komplikationen insbesondere durch Medikamentenkombinationen, zu denen die Datenlage ohnehin schwach ist.

Wir kommen in der Psychiatrie an dem Grundproblem nicht vorbei, dass es beim Wechsel vom psychopathologisch bestimmten Diagnostizieren zum somatisch ausgerichteten Medizieren einen Kategorienprung gibt, denn die Pathophysiologie der großen Krankheitsbilder in der Psychiatrie wie Depression, Schizophrenie, Borderline, Posttraumatische Belastungsstörung und andere mehr ist nicht geklärt. Die Wirkweise der eingesetzten Substanzen passt zu den seit Jahrzehnten tradierten Hypothesen und natürlich gibt es Fälle, in denen wunschgemäß eine Verbesserung der Situa-



tion unter Einnahme der entsprechenden Substanzen für die Betroffenen eintritt. Eine passgenaue Heilung durch Medikation bei den schweren und chronischen psychischen Störungen gibt es jedoch nicht. Dies führt dazu, dass die zur Medikation Anlass gebenden psychischen Symptome und die dahinterliegenden lebensgeschichtlichen Probleme oftmals offen oder verdeckt fortbestehen. Wenn nicht an einer konkreten Bewältigung zum Beispiel durch Psychotherapie aber auch durch Sport, kreative Verfahren, Arbeit und vor allem soziale Unterstützung gearbeitet wird, treten zu den weiterbestehenden ursächlichen Problemen die nicht selten erst langfristig sichtbar werdenden somatischen Probleme durch die Medikation hinzu. Als weiteres Problemfeld eröffnet sich dann bei Versuchen des Reduzierens oder gar Absetzens der langfristig eingenommenen Medikamente eine entsprechende Absetz- und Rebound-Symptomatik. Nicht selten führt deshalb ein Reduktions- oder gar rabiater Absetzversuch zu einer mehrfach bedingten Verschlechterung der vorherigen Situation unter Medikation. Dennoch gibt es gesundheitliche Situationen, die zum Reduzieren und Absetzen zwingen und es gibt motivierte Betroffene, die nach anderen Wegen der Bewältigung suchen und diesen Wunsch klar äußern und dabei Unterstützung brauchen.

Insofern ist die Auseinandersetzung eines klinisch tätigen Psychiaters mit der Frage der Nichtwirksamkeit, der Gewöhnung und der Reduktion beziehungsweise dem Absetzen von Medikamenten keine ideologische Grundsatzfrage, sondern ein pragmatisches Alltagsproblem. Wenn es eine gemeinsame Grundhaltung der Heilberufe zur Behandlung von Krankheiten gibt, dann besteht sie ja wohl darin, durch die Behandlung den Betroffenen keinen Schaden zuzufügen. Darüber hinaus suchen wir nach Wegen, ihnen Linderung oder gar Heilung zu ermöglichen. Da von vielen wirksamen Medikamenten auch Risiken und Nebenwirkungen zu befürchten sind, sollte der zu erwartende Nutzen besonders gut belegt sein. Im Zusammenhang mit psychischen Krankheiten geht es immer auch um Kommunikation, sowohl mit den Betroffenen als auch ihren Bezugspersonen. Insofern reden wir, wenn wir über Medikamente in der Psychiatrie, auch über Gewöhnung daran, reden, nie nur über Medikamente, sondern über Kommunikationsweisen in sozialen Systemen. Davon geprägt sind Reduktions- und Absetzvorgänge individuell extrem unterschiedlich.

Was sie miteinander verbindet, ist aus klinischer Erfahrung, dass Menschen eine Motivation entwickeln müssen, um eine langjährig bestehende Medikation reduzieren oder gar absetzen zu können. Sie müssen sich mit der Situation kritisch auseinandersetzen können, was oftmals durch die dauerhafte Einnahme von Neuroleptika und Antidepressiva ebenso wie durch die Einnahme von Tranquillizern und Rauschdrogen biologisch erschwert wird. Dennoch stellen sich viele Betroffene die Frage, ob sie tatsächlich ihr Leben lang Medikamente einnehmen müssen und sie stellen uns die Frage, mit welchen Symptomen sie bei Reduktions- und Absetzversuchen zu rechnen haben. Nach meiner Erfahrung führt eine kritische Auseinandersetzung, die bereits bei der Aufklärung über die Medikation vor Ersteinnahme beginnt, in der Realität sogar zu einer verbesserten Compliance beziehungsweise Adherence, das heißt dass die Betroffenen sich an der Gestaltung der Behandlung, auch der medikamentösen Therapie, selbst bewusst beteiligen können und dies auch wollen. Zur Aufklärung über die Medikamente im Sinne des Patientenrechtegesetzes von 2013 gehört nicht nur die ausführliche und schriftlich dokumentierte und vom Patienten gegengezeichnete Aufklärung über die zu erwartenden Risiken und Störwirkungen, kurz-, mittel- und langfristig, sondern auch die Thematierung der Indikation überhaupt, denn – siehe oben – die Pathophysiologie vieler Krankheiten, die wir in der Psychiatrie mit Medikamenten behandeln, ist schlicht nicht geklärt. Diejenigen, die hier empört entgegnen, dass dies alles eine Überforderung sei, erinnere ich daran, dass niemand uns dazu zwingt, solche Aufklärungsprozesse in wenigen Minuten zu vollführen. Bei fast allen langfristigen Medikationen geht es ja eben nicht um unmittelbare Notfallsituationen – für diese gibt es eigene Rechtskonstrukte –, sondern um ein gemeinsames Entwickeln eines auf Einsicht beruhenden, langfristigen Behandlungsplans, in dem die Medikation eine Rolle spielen kann, aber nicht dauerhaft spielen muss. In der Praxis haben wir für unsere Klinik ein entsprechendes Aufklärungsblatt entworfen. Dies wird schon bald überarbeitet und erfreulicherweise haben sich niedergelassene Fachkolleg*innen gemeldet, die an der Überarbeitung teilnehmen wollen. Denn es zeigt sich, dass ein Austausch zwischen ambulant und stationär Tätigen, insbesondere in der ärztlichen Berufsgruppe, aber auch darüber hinaus, die Erfolgsaussichten solcher Prozesse enorm verbessert.



Medikamente für die Psyche

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie sind nun als Patientin/Patient bei uns aufgenommen worden. Wir werden Sie nach den Regeln der ärztlichen Kunst so behandeln, dass es Ihnen möglichst durch die Therapie besser geht oder mindestens nicht schlechter als ohne. Jedenfalls soll Ihnen durch die Behandlung kein Schaden zugefügt werden. Die gesamten therapeutischen Angebote stehen unter diesem Motto. Es geht um einen ganzheitlichen Ansatz. Dazu gehören das therapeutische Milieu, die Pflege, der Sozialdienst, die Kunst- und Ergotherapie, die Bewegungstherapie sowie die ärztliche und psychologische Behandlung. Verbunden wird das alles mit Gesprächen.

Die medikamentöse Behandlung ist ein Teil unseres Konzeptes. In diesem Bereich ist Aufklärung besonders wichtig. Wir möchten, dass Sie selbst zu Spezialistinnen und Spezialisten für Ihre Psyche werden, auch im Hinblick auf die Einschätzung der Vor- und Nachteile von Medikamenten, die schließlich nur Sie selbst empfinden können. Wir empfehlen Ihnen die entsprechenden Fachinformationen pro verordnetem Medikament zu lesen und bei Rücksprachebedarf unsere ärztlichen Kolleginnen und Kollegen zu befragen. Sie können diese Blätter im Dienstzimmer erhalten. Auch im Internet lassen sich heutzutage qualitativ hochwertige Informationen beziehen. Als Beispiel sei hier das Antidepressiva-Forum Deutschland (ADFD) genannt, welches sich um industrieunabhängige Informationen bezüglich aller in der Psychiatrie eingesetzten Medikamente bemüht. Heutzutage tauschen sich Betroffene über die Wirkungen von Medikamenten aus und das ist gut so.

Sie werden bei uns in Einzel- und Gruppengesprächen über Medikamente informiert, können nachfragen und anderen Ihre Erfahrungen mitteilen. In den Visiten erfolgt eine individuelle Besprechung. Es gibt auch einige allgemeingültige Grundzüge, über die wir Sie mit diesem Blatt in Kenntnis setzen wollen. Bei Nachfragen wenden Sie sich an die Behandelnden auf Ihrer Station.

1. Psychopharmaka können keine psychischen Probleme lösen.
2. Sie wirken auf den Stoffwechsel des Gehirns und können zeitweilig Erleichterung bringen.
3. Die so gewonnenen Freiräume sollten therapeutisch genutzt werden.
4. Die niedrigstmögliche Dosis wird gesucht, um Begleitschäden zu vermeiden.
5. Monotherapie, das heißt Behandlung mit nur einem Medikament für die Psyche, ist das Ziel.
6. Das Reduzieren und Absetzen nach verabredeten Regeln gehört zur verantwortungsvollen Therapiegestaltung ebenso wie das Ansetzen.
7. Die Aufklärung über Wirkungen, Störwirkungen und Risiken gehört zur Behandlung fortlaufend und wird durch beiderseitige Unterschrift dokumentiert.



Allgemeine Aufklärung:

Alle Psychopharmaka wirken auf den Stoffwechsel des Gehirns. Sie wirken allerdings auch auf viele andere Organe, wodurch sich die begleitenden Wirkungen dort erklären, zum Beispiel auf das Herz, den Darm, die Blase, die Sexualorgane, die Schweißdrüsen und viele andere Systeme mehr. So kommt es mit großen individuellen Unterschieden zu vielfältigen körperlichen Veränderungen bei der Einnahme dieser Substanzen. Die Gruppen der Medikamente sind chemisch betrachtet uneinheitlich, die Zulassungen durch die Behörden erfolgten nach klinischen Testungen in Bezug auf bestimmte psychische Diagnosegruppen. Zugelassen sind Medikamente gegen Depressionen, Manien, bipolare Störungen, Ängste, Zwänge, Aufmerksamkeitsdefizitstörungen und Schizophrenien. Nebenbei: Gegen Traumafolgestörungen und Persönlichkeitsstörungen sind keine Medikamente zugelassen.

Spezielle Wirkungen und Störwirkungen, was ist zu erwarten?

1) Benzodiazepine

Dies sind Beruhigungsmittel wie zum Beispiel Valium (Diazepam) und Tavor (Lorazepam). Sie sind zugelassen zur Behandlung von Angst, Unruhe, Schlafstörungen und Verspannungen. Die Risiken sind allgemein bekannt: Gewöhnung, Abhängigkeit, Suchtentwicklung, auf mittlere Sicht schon über wenige Wochen. Akut: Müdigkeit, Kontrollverlust (Gefahren im Straßenverkehr), Atemdepression, Schwindel, Sturzgefahr, Muskelschwäche. Aber auch paradoxe Reaktionen mit Erregungszuständen sind nicht selten.

2) Antidepressiva

Unter diesem Namen sind sehr unterschiedliche Substanzen im Handel, die sich orientierend in zwei große Gruppen trennen lassen. Auf der einen Seite die sedierenden Medikamente, die den Schlaf fördern, und auf der anderen Seite die Medikamente, die den Antrieb steigern sollen durch eine Vermehrung von bestimmten Neurotransmittern im Nervensystem.

- a) Die sedierenden Antidepressiva wie Amitriptylin und Mirtazapin sorgen für eine Besserung durch Beruhigung und Förderung des Schlafs. Als Risiken und Probleme stellen sich hier häufig eine zu große Müdigkeit sowie Mundtrockenheit, Herzrhythmusstörungen, Gewichtszunahme und Antriebslosigkeit ein.
- b) Die antriebssteigernden Antidepressiva wie SSRI und Venlafaxin sollen zu mehr Aktivität und weniger Ängsten verhelfen. Ihre Wirkweise ist gekennzeichnet durch die Gefahr der vermehrten Unruhe und persönlichkeitsfremde Gedanken und Impulse, besonders bei jungen Menschen. Letzteres führt unter Umständen zu selbstschädigenden Verhaltensweisen und Suizidversuchen ebenso wie zu fremdaggressiven Verhaltensweisen. Auch



psychoseähnliche Zustände sind beschrieben. Zudem werden bei bis zu 50 % der Behandelten Sexualfunktionsstörungen bemerkt. Ein weiteres Problem bei diesen Medikamenten ist die körperliche Gewöhnung, welche deutlich wird durch Absetzphänomene, die sehr unangenehm werden können schon nach einigen Monaten auch niedriger Dosierung.

3) Neuroleptika

Dies sind Medikamente, die zugelassen sind zur Behandlung von schizophrenen Psychosen und Manien. Wirkweise: Praktisch alle Neuroleptika blockieren Rezeptoren des Botenstoffes Dopamin. Dieser Botenstoff ist in ganz unterschiedlichen Bereichen des Gehirns für ganz unterschiedliche Leistungen zuständig. Insofern werden durch seine Blockade immer mehrere wichtige Funktionen reduziert. Im subjektiven Erleben wird dadurch eine Distanzierung von quälenden Wahrnehmungen wie z. B. Halluzinationen oder Verfolgungswahn erreicht. Unter der Vorstellung, damit überschießende Gedanken und Gefühlsaktivität drosseln zu können, werden gesunde Gedanken und Gefühle mit reduziert ebenso wie die Koordination von Bewegungsabläufen. Insofern treten als Störwirkungen häufig motorische Veränderungen auf ebenso wie ein Gefühl von Gefühllosigkeit und Denkstörungen. Gleichzeitig werden hormonelle Balancen verändert und bei einigen Menschen tritt ein Übergewicht des Hormons Prolaktin auf, welches zu Brustwachstum und Milcheinschuss bei Frauen, aber auch bei Männern führen kann.

4) Phasenprophylaktika

Die Phasenprophylaktika sind Mittel zur Behandlung von manisch-depressiven Erkrankungen, Wechseln von extremen Stimmungszuständen oder wiederholten Auftreten schwerer Depressionen. Hier ist vor allem das Lithium zu nennen. Lithium wirkt durch eine Stabilisierung der Membranen der Nervenzellen, die dadurch weniger erregbar sind. So kann es zu einer Besserung von Stimmungsschwankungen kommen und auch Aggressionen und selbstschädigendes Verhalten wird möglicherweise dadurch reduziert. Probleme: Die Substanz wirkt in zu hoher Dosierung rasch giftig auf verschiedene Organsysteme. Häufig treten Unruhe, Schwäche, Zittern, Haarausfall und Durchfall auf. Bei längerer Einnahme kann es zu irreversiblen Schädigungen der Nierenfunktion kommen.

Für alle Substanzen gilt, dass es natürlich auf diese Medikamente Unverträglichkeitsreaktionen und Allergien gibt. Ferner sind Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten wie zum Beispiel auch hormonellen Kontrazeptiva zu beachten. Auch in Verbindung mit Tabakkonsum und Alkohol oder anderen Drogen kann es zu unerwünschten Erscheinungen kommen. Da alle diese Medikamente auch vom Körper verstoffwechselt werden müssen und dies hauptsächlich in der Leber geschieht, sind sie einzeln und in Kombination potentiell schädlich für die Leber. Manche dieser Substanzen sind zudem gefährlich für die Bildung der Blutkörperchen und für die Zusammensetzung der Salze im Blut (Elektrolyte).



Mit dieser Übersicht möchten wir Sie nicht erschrecken, sondern allgemein informieren über den Sinn und die Risiken der Medikamentenbehandlung in der Psychiatrie. Von den skizzierten Zusammenhängen gibt es im Einzelfall diverse Abweichungsmöglichkeiten. Wir sind bemüht, mit Ihnen eine Ihnen selbst verständliche, durchschaubare und Ihnen helfende Umgehensweise mit der Medikation zu finden. Wir bitten Sie, uns durch Ihre Unterschrift unter diesem Blatt zu bestätigen, dass Sie die Informationen gelesen haben und Ihre darüber hinausgehenden individuellen Fragen zu Ihrer Medikation mit unseren ärztlichen Mitarbeitenden besprechen.

Bemerkungen:

.....
.....
.....

Bremen, den

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Gonther".

.....
Prof. Dr. U. Gonther, Ärztlicher Direktor

.....
Patient/in

.....
Stationsarzt/-ärztein

.....
Oberarzt/-ärztein



Zur Technik der Medikamentenreduktion (Jann E. Schlimme, Uwe Gonther)

1. Allgemeines

Die Medikamentenreduktion von Neuroleptika und/oder Antidepressiva stellt eine gemeinsame Suchbewegung aller Beteiligten dar (die betreffende Person PLUS privates UND professionelles soziales Netz). Zentrale Grundhaltung im Reduktionsprozess ist das Vermeiden von nachteiligen oder gar schädigenden zu hohen Dosierungen (u.a. Nebenwirkungen wie kognitive Einschränkungen, Antriebsstörungen, somatische Nebenwirkungen). Die Reduktion kann hiermit eine tiefergreifender Genesung ermöglichen, fordert aber auch Disziplin und Geduld. Sie ist ein oft jahrelanger Prozess, der oft auch Krisen und Rückschläge in Kauf nehmen muss. Es erfordert also eine vorbereitende Krisenplanung, damit diese Krisen gut begleitet und bewältigt werden können. Generell gilt, dass eine sorgfältige Information über die Herausforderungen und Risiken des Reduktionsprozesses zu erfolgen hat (vgl. Gonther 2018).

- medikamentenspezifische Entzugs-/Absetz- und Rebound-Symptome
- Erwachende Gefühle, Wünsche und Bedürfnisse (Verlust der künstlichen, medikamenteninduzierten emotionalen Distanz)
- Veränderungen der interpersonalen Motive und Verhaltens

Die drei Herausforderungen bei der Medikamentenreduktion (mod. n. Schlimme, Scholz und Seroka 2018)

Wir empfehlen eine vorsichtige Methode des Reduzierens in Übereinstimmung mit den Erfahrungen vieler Personen, denen es auf diese Weise gelungen ist, die Dosis der ZNS-wirksamen Substanzen erheblich zu verringern oder diese sogar auszuschleichen. Es gibt auch Beispiele von sehr viel schnelleren Reduktions - und Absetzprozessen, die ebenfalls erfolgreich sein können. Dabei ist das Risiko beim schnellen Reduzieren anscheinend deutlich größer, dass es zu Absetzphänomenen, Rebound-Erscheinungen und Rückfällen in die vorherige Problematik kommt. Die individuell sehr unterschiedlichen Symptome lassen sich nicht immer eindeutig den genannten Hintergründen zuordnen. Auch können neue psychische Belastungen hinzu kommen.

Um den Weg des Reduzierens und Absetzens bewusst gehen zu können, brauchen die Betroffenen ein starkes Motiv. Ein solches starkes Motiv kann beispielsweise ein Kinderwunsch, der Wunsch nach Gewichtsreduktion oder darstellen. Die Suche nach der persönlichen Motivation ist bereits Teil der pflegerischen und/ oder therapeutischen Begleitung.

2. Voraussetzungen der Medikamentenreduktion

Medikamentenreduktionen sollten in möglichst stabilen Phasen der psychischen Störungen erfolgen. Nur in Ausnahmefällen

(z.B. bei einem zentralen Serotonin-Syndrom, schweren EPMS oder einem malignen neuroleptischen Syndrom) kann es sinnvoll oder sogar geboten sein, die Medikation auch im Krisenfall zu reduzieren.

Antidepressiva sind zwar – im Unterschied zu Neuroleptika – zur Rezidivprophylaxe nicht primär geeignet, dennoch ist es sowohl bei Antidepressiva als auch Neuroleptika bisher im individuellen Fall nicht möglich, vorherzusagen, bis zu welcher Dosis eine begleitete Medikamentenreduktion erfolgen kann (vgl. Gupta & Cahill 2016). Im individuellen Fall kann eine Reduktion für den Betreffenden zu belastend sein – auch wenn sie in kleinsten Schritten erfolgt. Außerdem bestehen individuell sehr unterschiedliche (genetisch bzw. psychosozial bedingte) Anfälligkeit für erneute Psychosen oder Depressionen. Beispielsweise profitieren manche psychoseerfahrene Personen auch langfristig von einer individuellen Niedrigstdosis (Tijonen et al. 2017), wohingegen nur sehr selten depressionserfahrene Personen von einer langfristigen Nutzung von Antidepressiva profitieren (El-Mallakh et al. 2011).

- Lebensziele jenseits des Reduktionswunsches von Psychopharmaka
- Unterstützendes privates soziales Netz
- Etabliertes professionelles soziales Netz (Selbsthilfe und Erfahrungsexperten, Psychotherapie, musicale und körperzentrierte Therapieformen) da eine zunehmende Erinnerung an belastenden, schmerhaften oder traumatischen Erfahrungen durch die Reduktion erwartet werden kann
- Netzwerkgespräche mit allen wichtigen Akteuren des sozialen Netzes
- gute Vorbereitung vor dem Reduktionsprozess und den einzelnen Reduktionsschritten (u.a. Krisenplan)
- Abschalt- und Bewältigungstechniken (möglichst im „Normalen“ angesiedelte Varianten aus den Bereichen Bewegung und musicale Betätigung, eventuell aus dem therapeutischen Rahmen übernommen)
- Behandlungsvereinbarung mit der zuständigen Klinik
- Vorausverfügung

Günstige Prädiktoren für eine erfolgreiche Medikamentenreduktion bis zu einer individuellen Niedrigstdosis (mod. n. Aderhold 2015; Gupta & Cahill 2016)

3. Das konkrete Vorgehen der Medikamentenreduktion

Bisher existieren keine randomisierten Studien zu unterschiedlichen Formen der Reduktion (z.B. hinsichtlich adjuvanter Medikationen, psychotherapeutischer und psychosozialer Behandlung/Begleitung). Verschiedene Studien sind dazu in Planung. Uneinheitliche Hinweise hinsichtlich der Geschwindigkeit der Reduktion ergeben sich indirekt aus anderen Studien (z.B. Tiihonen et al. 2017; Wunderink et al. 2013).



Das aktuelle Wissen zum Vorgehen bei Medikamentenreduktionen kommt vor allem aus der Gruppe der Betroffenen (Hall 2012, Lehmann et al 2013; Müller & Miltenberg 2016) bzw. dem Austausch von Betroffenen und professionellen Praktikern auf Internetplattformen (www.beyondmeds.com, www.madinamerica.com, www.survivingantidepressants.com, www.adfd.org), Internetbefragungen (u.a. Lincoln in process) und publizierten Erfahrungen von professionellen Praktikern (Breggin 2013; Schlimme 2016; Schlimme, Scholz & Seroka 2018). Wie bereits dargestellt, ist die Entwicklung alternativer Umgangsformen mit den Beschwerden und Herausforderungen sinnvoll. Hierzu kann eine Vielzahl von eher alltäglichen Maßnahmen (z.B. Bewegung, Sport, Yoga, Meditation, Musizieren, expressives Schreiben), strukturierter Selbsthilfemaßnahmen (z.B. in Gruppen) und verschiedenen Therapieformen (Psychotherapie, Körperpsychotherapie, Ergotherapie, Kunsttherapie, Musiktherapie) hilfreich sein.

Das konkrete Vorgehen der Dosisreduktion ist zwar individuell, kann aber mit Hilfe der nachfolgenden Leitideen relativ sicher erfolgen.

- Bei jedem Reduktionsschritt sollten Entzugserscheinungen in den ersten 2-4 Wochen erwartet werden.
- Reduktionsschritte sollten zwischen 5-10% der aktuellen Dosis betragen, wobei eine Anpassung der reduzierten Milligramm-Menge nach einigen Reduktionsschritten, bei Neuroleptika aber zumindest ab Dosierungen von 1-2 mg Haloperidol-Äquivalent, erfolgen sollte.
- Reduktionsabstände sollten zwischen 6-12 Wochen betragen, wobei für die Auswahl des nächsten Reduktionszeitpunkts die Erfahrungen des letzten Reduktionsschritts und die Gesamtbehandlungsdauer einbezogen werden sollte (Faustformel: Je langsamer, desto erfolgreicher)
- Es sollte ein Zeitraum von vier „stabilen“ Wochen vor dem nächsten Reduktionsschritt bestehen (d.h. es besteht [wieder] eine verlässliche Alltagsroutine).
- Schlaf ab 23.00 Uhr (kurzfristige Medikation mit Benzodiazepinen kann v. a. bei reduktionsbedingten Schlafstörungen hilfreich sein).
- Bei einer aufkommenden Krise (mit Gefahr einer erneuten Psychose/Depression) sollte frühzeitig auf die zuvor genutzte Dosis zurückgekehrt werden, ggf. auch 10% über der vorigen Dosis, sowie weitere Maßnahmen zur Krisenbewältigung genutzt werden.
- Längere (mehrmonatige bis jahrelange) Pausen des Reduzierens sollten erfolgen, wenn belastende, schmerzhafte oder traumatische Erinnerungen zu belastend werden, Sehnsuchtsspannungen zu stark werden oder salutogenetische Routinen nicht mehr verlässlich aufrechterhalten werden können.

Grundideen der Reduktionsschritte (mod. n. Schlimme, Scholz & Seroka 2018)

PRAKTIKERHINWEIS:

Individuelle Dosisanfertigungen sind in Deutschland für die meisten Medikamente durch die Apotheken auf Kosten der GKV möglich. Dies ist hilfreich, wenn keine ausreichend kleinen Dosierungen über Tabletten oder Tropfen möglich sind. Dabei gilt der folgende Rezepttext:

Rezeptur: 30 Kps Olanzapin à 6,5 mg, 1 x tgl.

Die Kapselmenge kann in 30er Schritten auch in größeren Mengen verordnet werden.

Der Wirkstoff ist austauschbar, wobei Retardformulierungen nicht in kleineren Dosen angefertigt werden können.

Die Wirkstoffmenge ist frei wählbar, wobei üblicherweise auf eine Stelle nach dem Komma im Milligramm-Bereich gearbeitet werden kann.

4. Nach der Medikamentenreduktion

Die Genesung ist NICHT mit dem Erreichen der individuellen Niedrigstdosis oder dem Ausschleichen/Absetzen des Medikaments abgeschlossen. Oftmals beginnt sie dann erst oder setzt sich jedenfalls in unverändertem Umfang fort.

Der Reduktionsprozess erfordert ebenso wie der Genesungsprozess eine große Ausdauer, viel Disziplin und das sorgsame Entwickeln einer unterstützenden Alltagsroutine mit Phasen sinnvoller Betätigung, sozialen Austauschs und Ruheoasen/Rückzugsräumen. Diese im Verlauf der Reduktion entwickelte und verfeinerte, genesungsförderliche Routine gilt es auch nach dem Absetzen bzw. dem Erreichen der individuellen Niedrigstdosis – letzteres gilt insbesondere bei Neuroleptika – zu bewahren.

MERKE:

Der Reduktionsprozess ist immer Bestandteil, niemals das Ende, oft aber die Voraussetzung des (weiteren) Genesungsprozesses.



Literatur:

- Aderhold, V (2014) Neuroleptika minimal – warum und wie
(www.dgsp-ev.de/fileadmin/dgsp/pdfs/Wissenschaftliche_Artikel/Aderhold_Neuroleptika_minimal_12-2014.-Januar.pdf)
- Breggin, P R (2013). Psychiatric drug withdrawal. A guide for prescribers, therapists, patients, and their families. New York: Springer.
- El-Mallakh, R S; Yonglin, G; Roberts, R J (2011). Tardive dysphoria: The role of long term antidepressant use in inducing chronic depression. *Medical Hypotheses* 76: 769–773
- Gonther, U (2018). Ausflug zur Station. In: Schlimme, J E; Scholz, T; Seroka, R (2018) Medikamentenreduktion und Genesung von Psychosen. Köln: Psychiatrie-Verlag.
- Gupta, S; Cahill, J D (2016). A Prescription for “Deprescribing” in Psychiatry. *Psychiatric services* 67 (8): 904–907.
- Hall, W (2012). Harm Reduction Guide to Coming Off Psychiatric Drugs. 2nd Edition. The Icarus Project and Freedom Center.
- Lehmann, P (2013, Hg.). Psychopharmaka absetzen. Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Phasenprophylaktika, Ritalin und Tranquillizern. Berlin: Antipsychiatrieverlag.
- Lincoln, T (in process). Absetzen von Psychopharmaka. <https://ww3.unipark.de/uc/psychopharmaka/>
- Müller, M; Miltenberg, M (2016). Antidepressiva absetzen. CreateSpace Independent Publishing Platform.
- Schlimme, JE (2016). Begleitetes Absetzen von Neuroleptika aus der Sicht des ambulant tätigen Facharztes. *Soziale Psychiatrie* 40 (2): 31-34.
- Schlimme, J E; Scholz, T; Seroka, R (2018) Medikamentenreduktion und Genesung von Psychosen. Köln: Psychiatrie-Verlag.
- Tiihonen, J; Mittendorfer-Rutz, E; Majak, M; Mehtälä, J; Hoti, F; Jedenius, E; Enkusson, D; Leval, A; Sermon, J; Tanskanen, A; Taipale, H (2017). Real-World Effectiveness of Antipsychotic Treatments in a Nationwide Cohort of 29 823 Patients With Schizophrenia. *JAMA Psychiatry* 74(7): 686–693.
- Wunderink, L; Nieboer, R M; Wiersma, D; Sytema, S; Nienhuis, F J (2013). Recovery in remitted first-episode psychosis at 7 years of follow-up of an early dose reduction/discontinuation or maintenance treatment strategy: long-term follow-up of a 2-year randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* 70(9): 913–920.

Berlin & Bremen, 2. Juli 2018



Expertenrunde
Kompetente Hilfe beim Absetzen von Antidepressiva und Neuroleptika

„Pflegerische Begleitung beim Reduzieren und Absetzen von Psychopharmaka“

13. April 2018 Berlin

Von Hilde Schädle-Deininger, Offenbach

Ein paar Aspekte zum psychiatrisch-pflegerischen Kontext

Ethisches Handeln in der Pflege orientiert sich u. a. daran, dass pflegerisches Tun dem Betroffenen nutzt und die Selbstbestimmung und Würde des Einzelnen respektiert.

Zu den Kernaufgaben der Pflege gehören neben anderen

... dass sich die Psychiatrische Pflege um die Folgeerscheinungen einer Erkrankung, Krise oder Störung kümmert

... das zeigt sich dann im „Da-sein“; „Dabei-sein“ und im „Aushalten“ gemeinsam mit dem Gegenüber, aber auch im gemeinsamen Suchen nach Erleichterung und Ablenkung

Unter den Gesichtspunkten von Hilfe, Fürsorge und Ethik im Zusammenhang von Medikamenten bedeutet dies beispielsweise

... dass die pflegerische Aufgabe auch darin besteht, Betroffene dabei zu begleiten, ihren Weg und ihre Einstellung zu Psychopharmaka zu finden und abzuwagen

... dass die Auseinandersetzung mit dem Einzelnen über und mit seinen Medikamenten und seiner Zwiespältigkeit im Alltag Raum einnimmt

... dass von professionell Pflegenden die Gabe von Medikamenten auch abgelehnt werden muss, wenn dies mit dem eigenen Wissensstand nicht übereinstimmt und die Verantwortung nicht übernommen werden kann

... dass wenn Medikamente, ohne den Patienten richtig aufzuklären angeordnet werden, pflegerischen Mitarbeitenden die Aufgabe zukommt, mit dem Betroffenen dies gemeinsam einzufordern

... dass professionell Pflegende vom Grundsatz her so handeln, dass im Vordergrund psycho- und soziotherapeutische sowie begleitende Verfahren stehen und Psychopharmaka-Behandlung eher als stützend je nach Befinden betrachtet wird

... dass professionell Pflegende sich ihrer Durchführung sverantwortung bei der Medikamentengabe bewusst und auf dem neusten Erkenntnisstand sind und ihr Tun kritisch hinterfragen

... dass pflegerische Alternativen, auch bei Nebenwirkungen,

ganz selbstverständlich angeboten werden wie beispielsweise Aromapflege, Basale- und Atem-Stimulation, Kinästhetik, Wickel und Auflagen, Tees, Einreibungen, Bäder, Klang-, Hand- und Fußmassagen u.v.m.

*Für alle komplementären Pflege-Methoden werden entsprechende Fortbildungen benötigt!
Sie bedürfen einer kontinuierlichen Aktualisierung*

Anwendung komplementärer Pflegemethoden

Wichtig ist darauf hinzuweisen, dass es sich um begleitende Arbeitsweisen und Wege handelt, die sicher Schnittstellen zu anderen Berufsgruppen aufweisen, jedoch beispielsweise die gezielte Behandlung durch Massagen o. ä. nicht ersetzen wollen oder können.

- Durch Berührung, Zuwendung und die entsprechenden Hilfsmittel werden körperliche und seelische Funktionen beeinflusst und Selbstheilungskräfte aktiviert
- Durch unterschiedliche Formen der Berührung und dem individuellen Erfassen, was dem/der Einzelnen gut tut, wendet sich der/die Pflegende dem/der Betroffenen intensiv zu, Aufmerksamkeit, Beziehung und eine umfassende Sichtweise kommen zum Tragen.
- Für alle Anwendungen gilt, dass sich die Pflegekraft auf den/die einzelne(n) Patienten/-in einstellt, sich ihm/ihr und seinen/ihren Bedürfnissen anpasst, sich genügend Zeit lässt, eine ruhige und entspannte Atmosphäre schafft und dem/der Patienten/-in das Vorgehen erklärt

Beispiele für komplementäre Pflegemethoden (oft auch kreativ oder alternativ genannt)

Bäder und Waschungen

Bäder und Waschungen dienen grundsätzlich allen Menschen zur Steigerung des allgemeinen Wohlbefindens, sind jedoch bei Menschen mit psychischen Störungen oder seelischen Einschränkungen haben, besonders gut geeignet um Alltagsbeschwerden zu lindern und zu entspannen. Dazu gibt es eine Vielzahl an Möglichkeiten, beispielsweise

- Bäder und Waschungen mit beruhigenden Zusätzen,



- Bäder und Waschungen mit anregenden Zusätzen,
- Bäder und Waschungen zur Stärkung des Immunsystems

Waschungen

Die nachfolgenden Beispiele sind aus „pflegen. psychosozial, Heft 3/2010

mit dem Schwerpunkt „Neuroleptika“

Beilage: „Kreativ-alternative Pflegemethoden – Anregungen und Hinweise für die Praxis“ (Hilde Schädle-Deininger und Philomina Seidenstricker)

Anwendung:

Wassertemperatur ca. 10° unter der Körpertemperatur

Es wird zur Körpermitte hin gewaschen, gegen die Wuchsrichtung der Körperbehaarung.

Die Wirkung verstärkt sich, wenn bei der Waschung Druck ausgeübt wird.

mögliche Zusätze:

- Kamille und Lavendelextrakt
- einen Tropfen Zitronenöl in Kondensmilch oder Sahne träufeln und in das Wasser geben.

Die Dauer sowie die danach erforderliche Ruhezeit dem Befinden des Patienten anpassen.

Hinweis:

Nicht anwenden bei unruhigen und desorientierten Patienten.

Aromapflege

- Die pflegerelevante Verwendung und der damit verbundene, erwartete Effekt von Aromapflegeprodukten orientiert sich an den individuellen Bedürfnissen und Duftvorlieben der zu betreuenden Menschen.
- Die zielgerichtete Anwendung erfolgt einerseits über den Geruchssinn (Raumbeduftung, Duftfleckerl, ...) und andererseits über die intakte Haut (Waschungen, Hautpflege, Streichungen und Einreibungen sowie Wickel und Kompressen)

Aromapflege hat eine präventive und entängstigende Wirkung

Menschen erfahren durch gesteigertes Wohlbefinden eine Linderung und Verbesserung der bestehenden Beschwerden, zugleich werden die gesunden Anteile von Körper, Geist und Seele unterstützt und gestärkt

Beruhigende Waschung

(im Rahmen einer Ganzkörperwaschung)

Anzuwenden bei:

Unruhe, Nervosität, Schlaflosigkeit, Schmerzzuständen, Manager-syndrom

Wirkung:

entspannt und wirkt beruhigend

Voraussetzung:

- ausreichend Zeit einplanen
- ruhige und entspannte Atmosphäre
- Patienten den Vorgang erklären

Belebende Waschung

(im Rahmen einer Ganzkörperwaschung)

Anzuwenden bei:

depressiven Zuständen, bewusstlosen, somnolenten Patienten

Wirkung:

belebt, stimuliert, die Haut wird intensiv wahrgenommen

Voraussetzung:

- ausreichend Zeit einplanen
- ruhige und entspannte Atmosphäre
- dem Patienten den Vorgang erklären

Anwendungen der Aromatherapie I

Anzuwenden bei:

Schlafstörungen

Wirkung:

beruhigt vor dem Schlafengehen, unterstützt einen ruhigen Schlaf. Es ist wichtig, abends zur Ruhe zu kommen und sich der eigenen Schlaf-rituale bewusst zu sein.

Anwendungen:

Duftlampe

ca. 100 ml Wasser in die Schale der Duftlampe geben, 5–6 Tropfen ätherisches Öl einträufeln, beispielsweise Rosenholz, Lavendel oder Bergamotte. Lampe in den Raum stellen.





Gute-Nacht-Tee

Baldrian-, Melisse-, Hopfen- oder Johanniskraut-Mischungen wirken schlafanstoßend und können nach Gebrauchsanweisungen aus der Apotheke (je nach Zusammensetzung) problemlos angewandt werden.

Schlafanregendes Bad

Voll- oder Teilbäder (Fußbad) mit Lavendel, Hopfen oder Melisse.

Vollbad: 5–10 Tropfen des ätherischen Öls in eine kleine Tasse Kondensmilch oder Sahne rühren, ins Badewasser geben (Temperatur 37°–38°).

Das Bad sollte ca. 15–20 Minuten dauern.

Fußbäder: 2–4 Tropfen Öl und einen kleinen Schuss Kondensmilch.

Schlafsäckchen

Je nach Größe entsprechende Kräutermischung in ein Stoffsäckchen geben und beim Schlafengehen neben sich auf das Kopfkissen legen. Gleiche Teile Salbei, Pfefferminze, Thymian, Lavendel, Zitronenmelisse (z. B. je ein Esslöffel).

Ölkompessen

2 Tropfen ätherische Öle – z. B. Lavendel oder Rosenholz – in 20 ml reines Pflanzenöl verrühren und auf kleine Stoffflappen geben (damit tränken). Mit Hilfe einer Wärmflasche erwärmen. Dann auf die Brust legen, mit einem warmen Lappen abdecken und die Wärmflasche auflegen.
Ca. eine halbe Stunde anwenden.

Pflanzliche Schlafhilfen ersetzen keine Schlafmittel, sie wirken in erster Linie entspannend und Schlaf anstoßend. Sie sind eine Ergänzung, Unterstützung oder auch ein erster Versuch, um Schlafstörungen zu begegnen.

Anwendungen der Aromatherapie III

Anzuwenden bei:

Stress und Nervosität

Wirkung:

beruhigt und entspannt



Anwendungen:

Einreibungen

- Angstlösend für den Tag: 1 Tropfen Bergamotte, 1 Tropfen Litsea, 2 Tropfen Rosenholz, 1 Tropfen Cajeput in 30 ml Basisöl (fette Öle, z. B. Jojoba- oder Mandelöl) geben.

Für Rücken, Brust, Hände und Füße.

Technik: ► Fuß- und Handmassage

Duftlampe

ca. 100 ml Wasser in die Schale der Duftlampe geben. 4 Tropfen Bergamotte, 2 Tropfen Cajeput einträufeln.

Basale Stimulation

... ist eine pflegerische Möglichkeit Menschen mit Aktivitäts- und Wahrnehmungsstörungen Angebote für Ihre persönliche Wahrnehmungs- und Entwicklungsfähigkeit zu machen. Hauptschwerpunkte sind die Bedeutung von Wahrnehmung, Bewegung und Kommunikation

In der bewussteren Körperwahrnehmung werden die elementaren Sinne angesprochen. Das gibt Sicherheit und Halt. Es hilft dem Menschen sich im Raum zu orientieren.

Wirkung: Durch die visuelle Umgestaltung der Umgebung bekommt der Mensch positive Anreize, kann einen Sinnzusammenhang herstellen, durch auditive Reize werden Erinnerungen mobilisiert, der Kontaktaufbau ermöglicht, der Hörsinn wird stimuliert. Durch Vibrationen wird das eigene Körpererfühl gefördert. Knochen und Gelenke wahrgenommen, Verspannungen/Verkrampfungen werden gelöst, Entspannung tritt ein. Über die Berührung kann nonverbal kommuniziert werden

Anwendungen der Aromatherapie II

Anzuwenden bei:

Angst/Angstsymptomen



Wirkung:

beruhigt und entspannt

Anwendungen:

Einreibungen

- Angstlösend für den Tag: 1 Tropfen Litsea, 3 Tropfen Lavendel, 2 Tropfen Rosenholz in 30 ml Basisöl (fette Öle, z. B. Jojoba- oder Mandelöl) geben.
 - Angstlösend für die Nacht: 3 Tropfen Lavendel, 1 Tropfen Rosenholz, 1 Tropfen Orangenöl in 30 ml Basisöl geben.
- Für Rücken, Brust, Hände und Füße.

Beruhigendes Bad

3 Tropfen Rose, 2 Tropfen Muskatellersalbei sowie 3 Tropfen Geranium auf drei Esslöffel Johanniskrautöl.

Duftlampe

ca. 100 ml Wasser in die Schale der Duftlampe geben. 3 Tropfen Lavendel, 2 Tropfen Melisse und 2 Tropfen Neroli einträufeln.



Basale Stimulation: ASE

Atemstimulierende Einreibung (ASE)*

Anzuwenden bei:

Unruhe, Einschlafstörungen, depressiven Zuständen, Atemproblemen

Wirkung:

Atmung wird gleichmäßiger, ruhiger und tiefer. Körperwahrnehmung und Konzentrationsfähigkeit wird unterstützt.

Voraussetzungen:

- ruhige Atmosphäre, ausreichend Zeit
- Bereitschaft der Pflegeperson, sich in Ruhe auf die Einreibung einzulassen
- Patient kann sitzen, auf dem Bauch oder in Seitenlage liegen
- warme Hände

* In Anlehnung an Bienstein / Fröhlich (2003):
Basale Stimulation in der Pflege. Seelze: Kallmeyer

Einreibung:

Dauer: ca. 5 – 10 Minuten

Auftrag: Lotion (möglichst unparfümierte W/O-Lotion) in der Hand aufwärmen und auf den Rücken auftragen: Von den Schultern abwärts in Richtung Steiß streichen; auch die seitlichen Bereiche des Brustkorbs berücksichtigen. Den Kontakt nicht mehr unterbrechen, immer eine Hand am Körper lassen.

Tempo der Einreibung sollte ruhig und gleichmäßig sein und sich nach der Atmung des Einreibenden richten (optimal im Einklang mit dem Patienten). Das Verhältnis von Aus- zu Einatmung beträgt 2 : 1. Die Ausatmung geschieht während des Drucks rechts und links der Wirbelsäule, die Einatmung beim Schließen des Kreises.

Einreibung: Hände bewegen sich kreisend auf dem Rücken Richtung Steiß.

- ① Hände streichen parallel zur Wirbelsäule herunter; Druck durch den angelegten Daumen und Zeigefinger (Finger bleiben immer geschlossen aneinander); erste Hälfte der Ausatmung
- ② Hand wird zur Außenseite des Brustkorbs geführt; Druck verlagert sich auf die äußere Handkante; zweite Hälfte der Ausatmung
- ③ Hände drehen sich Richtung Wirbelsäule und schließen den Kreis; gleichmäßiger Druck durch die ganze Hand; Einatmung. Die Rippen sollen sich dadurch wie bei einer normalen Einatembewegung nach oben und vorne heben.

Nach dem ersten Kreis folgt der zweite eine Stufe tiefer. Sind die Hände am unteren Teil des Brustkorbs angekommen, werden sie nacheinander nach oben gebracht. Ein neuer Zyklus beginnt.

Ende der Einreibung durch Ausstreichen des Rückens.

Beispiele für komplementäre Pflegemethoden (oft auch kreative oder alternativ genannt)

Wickel und Auflagen

- Ein Wickel kann sowohl Kälte als auch Wärme abgeben. Er kann feucht/heiß sein oder als Öl- oder Salbenkomresse aufgelegt werden. Wickel wirken wohltuend bei einer Vielzahl von Beschwerden.
- Sie unterstützen auf sanfte Art die Selbstheilungskräfte und stärken das Immunsystem

Wärme- und Kälttereize werden gezielt eingesetzt, schenken Wohlbefinden und verschaffen Linderung auch bei chronischen Erkrankungen

Klangschalenmassage

- Die Schwingungen der Klangschalen übertragen sich auf den Körper. Diese werden als „Sanfte Massage“ empfunden.
- Eine positive Wirkung wird erzielt bei körperlichen und seelischen Verspannungen, Stress, Schmerzen, u.v.m.

Wirkung: fördert die Entspannung und aktiviert die Selbstheilungskräfte, bewirkt Veränderungen auf körperlicher, seelischer und geistiger Ebene

Arbeit mit Klangschalen

- ermöglichen Tiefenentspannung und Wohlbefinden
- fördern Regeneration und Vitalität
- können Verspannungen und Blockaden nachhaltig lösen
- vermitteln ein Gefühl von Sicherheit und Geborgenheit
- berühren auf einer tiefen emotionalen Ebene
- lassen Raum für das Entstehen von inneren Bildern
- regen Kreativität und Schaffenskraft und Fantasie an
- wirken entspannend und Stress reduzierend
- fördern die Konzentration und erleichtern das Lernen
- fördern die Selbst- und Körperwahrnehmung
- stärken das Urvertrauen und das Vertrauen in sich selbst
- wirken harmonisierend, erdend und schützend
- aktivieren die Selbstheilungskräfte
- stabilisieren die Gesundheit
- schenken Lebensfreude





Kinästhetik

- Kinästhetik ist das Studium der Bewegung und der Wahrnehmung, die wiederum aus der Bewegung entsteht und somit die Lehre von der Bewegungsempfindung
- Das bedeutet die Fähigkeit, Bewegungen der Körperteile unbewusst zu kontrollieren und zu steuern, Bewegung fördert Gesundheitsprozesse und unterstützt die täglichen Aktivitäten

Ziel ist es durch die geschärzte Wahrnehmung von Bewegungen zu vermitteln, dass das Leben ein ständiger Veränderungs- und Anpassungsprozess ist; dass die Art und Weise der Bewegungen unsere Aktivitäten beeinflusst; dass vitale unbewusste Prozesse wie Atmung und Verdauung an Bewegungen gebunden und von ihnen reguliert werden

Um den Rahmen nicht zu sprengen werden Aspekte und Methoden vernachlässigt wie

Akupunktur, Körperwahrnehmung, Bewegung, therapeutische Berührungen, Entspannungsverfahren und Übungen, Therapeutisches Bogenschießen, aber auch Ernährung und ausreichendes Trinken usw.

Auch andere Aspekte kommen in dem begrenzten Rahmen zu kurz, die im Zusammenhang mit den komplementären Pflegemethoden wichtig sind wie z. B.

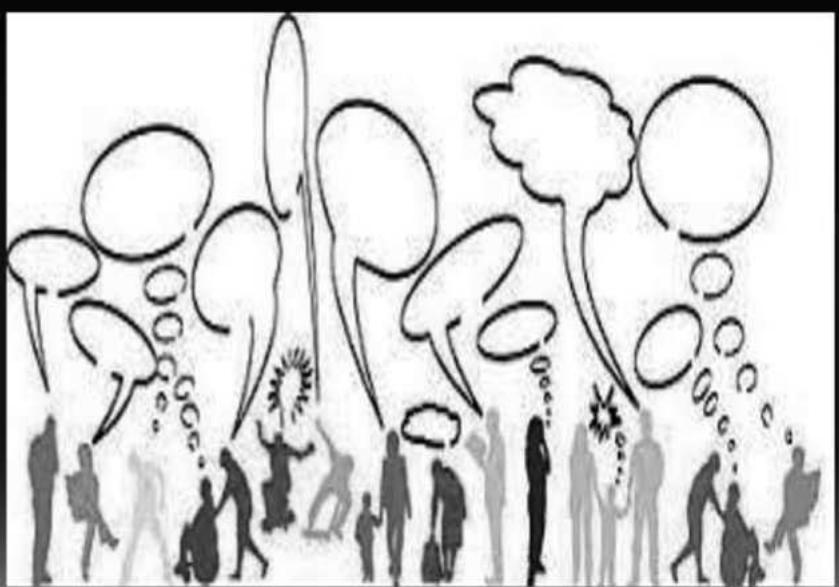
- Beziehungsgestaltung
- Milieu als Wirkfaktor in seinen zentralen Elementen wie Partizipation, offene Kommunikation, Information, gemeinsames Tun usw.
z. B. beim Gemeinsamen Tun – singen in Morgen- oder Abendrunden oder in einer ambulanten Gruppe





**Danke für Ihr Interesse
und Zuhören!!**

Fragen???



Hilde Schäidle-Deininger Offenbach



Hilde Schädle-Deininger

Ergänzungen zur Powerpoint-Präsentation aufgrund der anschließenden Diskussion

In Großbritannien gehört „complementary nursing care“ weit mehr zum alltäglichen Standard professionelle Pflege als in Deutschland.

Sogenannte alternative Pflegemethoden eher ein Trend oder eine Modeerscheinung? Aus meiner Sicht eher eine Wiederentdeckung oder Rückbesinnung auf lang erprobtes altes Wissen, auch der Kräuterheilkunde und Klostergärten. Viele alltägliche Beschwerden oder Verstärkung von bestimmten Einschränkungen, auch bei chronischen Leiden mit körperlichen und seelischen Beeinträchtigungen wurden und werden mit diesen Methoden, wenn individuelle angewandt, auf sanfte Art und Weise unterstützt, um die Lebensqualität spürbar zu verbessern.

Komplementäre, also begleitende, ergänzende Pflegemethoden leiten sich ab von einem ganzheitlichen oder umfassenden Menschenbild und ermöglichen einen individuellen Zugang, der mit dem einzelnen Menschen kreativ gestaltet werden kann. In diesem pflegerischen Kontext kommt den psychischen, physischen sozialen, emotionalen Faktoren und Zusammenhänge eine besondere Bedeutung zu, um Selbstheilungskräfte, Selbstpflege und Stabilität zu fördern und Selbstwirksamkeit zu unterstützen.

In der Anwendung von komplementären Pflegemethoden ist große Sorgfalt und fachliches Wissen von zentraler Bedeutung. Das heißt aktuelle Forschungsergebnisse und Erkenntnisse sowie entsprechende Leitlinien im beruflich-pflegerischen Handeln sind Grundlage der Anwendung. Voraussetzung ist also eine entsprechend anerkannte Fort- oder Weiterbildung.

In der anthroposophischen Pflege¹ sind Anwendungen jeglicher Art ein selbstverständliches pflegerisches Handwerkszeug. Die anthroposophische Pflege ist eine Erweiterung der auf Erfahrung, Tradition und Wissenschaft begründeten professionellen Pflege der Gegenwart und versucht zu einer Integration komplementärer Pflegemethoden in allen Bereichen beizutragen.

Die Frage, die in der Diskussion aufgeworfen wurde, dass Formen der komplementären Pflegemethoden allenfalls in der stationären psychiatrischen Versorgung anzutreffen sind, kann nur weitgehend bestätigt werden. Es dürfte jedoch bei entsprechend engagierten und fortgebildeten pflegerischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern kein Problem sein, dies auch im komplementären Bereich anzubieten.

In der ambulanten Versorgung wäre zu überdenken inwieweit die derzeitigen Strukturen durch Einzelabrechnungen dem nicht entgegenwirken. Gerade durch die derzeitigen „Medikamenten-Diskussionen“ wäre jedoch ein Angebot in den Psychiatrischen Institutsambulanzen am ehesten zu verwirklichen.

Diese Ausführungen und die Powerpoint-Präsentation sind nicht vollständige und berücksichtigen nicht alle Aspekte psychiatrisch-pflegerischen professionellen Handelns. Sie sollen vielmehr Anstoß zu weiteren Überlegungen geben und dazu anregen, gemeinsam weiter zu diskutieren.

Der Plan ist in naher Zukunft ein Büchlein über komplementäre Pflegemethoden im psychosozialen Kontext zusammenzustellen und zu veröffentlichen.

¹ Heine, Rolf (Hrsg.): Anthroposophische Pflegepraxis – Grundlagen und Anregungen für alltägliches handeln (2015), dritte überarbeitete Auflage, salumed Verlag Berlin



SOLIDARITÄTSAUFRUF

Das Observatorium für Menschenrechte in der Psychiatrie braucht Ihre Hilfe, um in seinen Aktionen effektiver zu werden!

Das Observatorium betätigt sich seit 2006 Jahren in Thessaloniki, Griechenland, und bietet an:

- Selbsthilfegruppen für Stimmenhörer und Menschen mit sogenannten paranoiden Ideen als auch für Menschen mit Psychose- und tiefen Trauererfahrungen sowie ihre Angehörigen.
- Unterstützung für Menschen zum Schutz ihrer Menschenrechte, juristische Beratung für Psychiatriebetroffene und praktische Unterstützung für Angehörige und sonstige Nahestehende, die schwere Krisen und psychiatrische Einweisungen miterleben müssen.
- Ausbildung für psychiatrisch Tätige zu Alternativen zu Zwang und Gewalt in der Psychiatrie und Auswegen aus den Sackgassen der traditionellen Psychiatrie.

Das Observatorium hat keine Finanzquellen. All seine Aktionen waren vom Anfang an kostenfrei, und sind es immer noch. Die Aktionen werden ausschließlich durch die Ressourcen seiner Mitglieder ermöglicht.

Weitere Informationen

Das Observatorium für Menschenrechte in der Psychiatrie ist eine gemischte Initiative aus Psychiatrie-Erfahrenen und Psychiatriebetroffenen, Angehörigen, kritischen psychiatrisch Tätigen und anderen interessierten Bürgern. Es wurde 2006 in Thessaloniki gegründet. Seitdem initiiert es im Rahmen der internationalen Selbsthilfebewegung alternative praxisbezogene Maßnahmen in Richtung nicht-psychiatrischer Selbstorganisation Psychiatriebetroffener.

2017 mietete das Observatorium einen Raum innerhalb des Stadtzentrums von Thessaloniki an. Innerhalb weniger Monaten konnte es alle schon seit langem bestehenden Selbsthilfegruppen des Observatoriums unter ein Dach bringen. Weiterhin integriert werden konnten neue und kreative Empowerment-Gruppen, verschiedene Film- und Diskussionsveranstaltungen, eine dynamische Theatergruppe, Ausstellungen mit Gemälden unserer Mitglieder, Veranstaltungen mit Märchenerzählungen, Musik- und Poesieabende und vieles mehr – immer mit Schwerpunkt auf die öffentliche Information zu Menschenrechten in der Psychiatrie und praxisbezogene Alternativen.

Heute zielen wir darauf, ein Fond zur Finanzierung juristischer Hilfen für Menschen zu schaffen, die gegen psychiatrische Menschenrechtsverletzungen vorgehen wollen. Obwohl unsere Juristinnen und Juristen eine Erste-Hilfe-Beratung kostenfrei anbieten, bleibt den Betroffenen der juristische Weg hin zur Durchsetzung ihrer Gleichheit vor dem Recht im Einzelfall aus finanziellen Gründen weiterhin verschlossen. Eine Gerichtsverhandlung in Griechenland beansprucht derzeit ca. 500-700 €, weitere gerichtliche Schritte übersteigen diesen Betrag um ein Vielfaches. In Griechenland beträgt im Moment eine Erwerbsunfähigkeitsrente bzw. das entsprechende Arbeitslosengeld ca. 350 € pro Monat. Dabei sind hier die Lebenshaltungskosten höher als in Deutschland. Psychiatriebetroffene sind überwiegend Rentner, Frührentner oder arbeitslos. Verständlicherweise bleiben Anklagen gegen Menschenrechtsverletzungen in der Psychiatrie oder Entschädigungsansprüche der Betroffenen und ihrer Familien illusorisch. So bleibt der Weg frei zur Fortsetzung von gesetzeswidrigen und gewaltbesetzten psychiatrischen Maßnahmen.

Psychiatriebetroffene sind weiter denn je von einer Gleichheit vor dem Recht entfernt, wie sie beispielsweise die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung einfordert. Auch Menschen mit psychiatrischen Diagnosen zählen zu dieser Gruppe. **Obwohl die griechische Regierung die UN-Konvention unterzeichnete, unternimmt sie nichts, um die Rechtsstellung der Betroffenen zu verbessern.**

Ein Fond zur finanziellen Unterstützung betroffener Personen, die ihre Rechte einklagen wollen, könnten wir trotz aller Bemühungen hierzulande nicht zustande bringen. Die finanzielle Situation der Bevölkerung gegenüber früher hat sich massiv verschlechtert, was u.E. das Haupthindernis dafür ist.



Ein Präzedenzfall

Seit über einem Jahr fordert die Familie eines 25jährigen Mannes, der unter der Verabreichung von Leponex gestorben ist, Schmerzensgeld sowie ein strafrechtliches Verfahren gegen die behandelnden Ärzte. In einer inoffiziellen Untersuchung stellte das Observatorium einige Kunstfehler seitens der Ärzte der öffentlichen Psychiatrie in Thessaloniki fest. Die Familie will den Fall vor das Gericht bringen. Damit könnten auch andere Menschen vor Behandlungsschäden geschützt und das Thema der verantwortungslosen Überdosierungen öffentlich gemacht werden. In den Worten der Mutter: "... damit sein Opfer nicht um sonst war...". *Wegen des dramatischen Charakters dieses tödlichen Vorfalls halten wir es für wichtig, die betroffene Familie in ihrer Musterklage zu unterstützen.* Dies setzt eine detaillierte juristische und medizinische Untersuchung von Fachleuten voraus, die bezahlt werden müssen. Darüber hinaus fallen noch weitere Gerichtskosten an. Eine potenzielle finanzielle Entschädigung soll nach dem Willen der betroffenen Mutter dem Observatorium zweckgebunden zum Aufbau eines Weglaufhauses in Thessaloniki gespendet werden.

Auf diesem Weg brauchen wir Sie an unserer Seite! Wir bitten alle um Unterstützung, die diese Visionen des Observatoriums teilen:

- 1) Psychosoziale Angebote frei von Gewalt und Zwang sowie Stärkung des Selbsthilfebereichs
- 2) Vorantreiben des Konzepts von Recovery: dass man sich nach schwersten Lebens- und psychischen Krisen und nach Absetzen schädlicher psychiatrischer Psychopharmaka wieder erholen und ein erfülltes Leben führen bzw. fortführen kann
- 3) Stärkung der Stimmen der Selbsthilfebewegung von Psychiatriebetroffenen
- 4) Gleichheit Psychiatriebetroffener vor dem Recht einschließlich Gleichheit von Psychiatern vor dem Strafrecht.

Wir bitten um Spenden für unseren Fond zur Finanzierung juristischer Hilfen für Menschen, die gegen psychiatrische Menschenrechtsverletzungen vorgehen wollen. Jeder Euro zählt. Wir würden uns über einmalige Spenden ebenso freuen wie über regelmäßige kleine Spendenbeiträge. (Solche Spenden trugen in den 1990-er Jahren entscheidend zum Aufbau des Weglaufhauses in Berlin bei.) **Werden Sie Patin oder Pate unseres Observatoriums.** Wenn Sie uns unterstützen wollen, werden wir Sie regelmäßig per E-Mail über den Stand der Dinge informieren. Für weitere Fragen und ggf. ein persönliches Kennenlernen vor Ort stehen wir mit unserem Verein und seinen Aktionen gerne und mit solidarischer Freude jederzeit zur Verfügung.

... Damit wir unsere Ideen zu Alternativen zur Mainstream-Psychiatrie, für eine angemessene Unterstützung von Menschen in psychischen Krisen und für die Durchsetzung von Menschenrechten von Personen mit psychiatrischen Diagnosen verwirklichen können. Wir halten an der Hoffnung und der Solidarität fest. Wir möchten Sie als Unterstützerinnen und Unterstützer an unserer Seite haben.

Im Namen des Observatorium für Menschenrechte in der Psychiatrie

Anna Emmanouelidou & Peter Lehmann

28. Juni 2018

Postadresse: Paratiritirio gia ta Dikaiomata sto Choro tis Psychikis Ygeias
TYPOY 5, GR-54629 Thessaloniki

E-Mail: paratiritiriopsy@yahoo.com, annaemmanouelidou@yahoo.gr

Webseite: <https://mentalhealthhellenicobservatory.wordpress.com>

Spendenkonto, IBAN: GR95 0172 2220 0052 2209 1277 230

SWIFT-BIC: PIRB GRAA XXX

Kontoeigentümer: Paratiritirio gia ta Dikaiomata sto Choro tis Psychikis Ygeias

Spenderzweck: Observatorium – Juristische Hilfe

Beteiligte an der Planung der Expertenrunde

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

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



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 Tranquillizern“ (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

© Reinhard Wojke



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



© 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/gefaehrde-kinder-wenn-eltern-psychisch-krank-sind-a-579695.html>



© Reinhard Wojke

Stephanie Scholz, Expert*in aus Erfahrung

Eva Buchholz, Expert*in aus Erfahrung

Iris Heffmann, (Pseudonym), Team-Mitglied Online-Forum ADFD (www.adfd.org), Berlin