

Atypische Neuroleptika: immer teurer, immer besser?

Atypische Neuroleptika stellen eine Revolution im psychiatrischen Behandlungsarsenal dar, heißt es. Sie seien besser verträglich. Doch was sind atypische Neuroleptika überhaupt? Worin liegt der Unterschied zu den herkömmlichen Psychopharmaka? Wer profitiert von den atypischen Neuroleptika? Und am wichtigsten: Was sollen Betroffene in Not nun tun?

Moderne, sogenannte atypische Neuroleptika gelten vielen als großer Fortschritt des psychiatrischen Behandlungsarsenals. Die Herstellerfirma des *atypischen* Neuroleptikums Seroquel, AstraZeneca, wirbt:

„Die atypischen Antipsychotika sind die Mittel der ‚neuen Generation‘. Es sind moderne Medikamente, die gegenüber den herkömmlichen Mitteln ungleich besser verträglich sind.“ (AstraZeneca 2007)

Andere sprechen geradezu von einer Revolution: EPS (extrapyramidal-motorische Störungen), das heißt Muskel- und Bewegungsstörungen, die für herkömmliche Neuroleptika typisch sind, würden in wesentlich geringerem Ausmaß oder gar nicht mehr auftreten, dafür würden sogenannte Negativsymptome besser auf *atypische* Neuroleptika ansprechen. Gemeint sind „Schizophrenie“-Symptome, die mit verminderter sozialer Funktionsfähigkeit einhergehen, zum Beispiel emotionale Abgestumpftheit, Apathie, Aufmerksamkeitsdefizite oder sozialer Rückzug. Man kennt diese Symptome auch als typische Auswirkungen herkömmlicher, sogenannter typischer Neuroleptika.

Welche atypischen Neuroleptika gibt es?

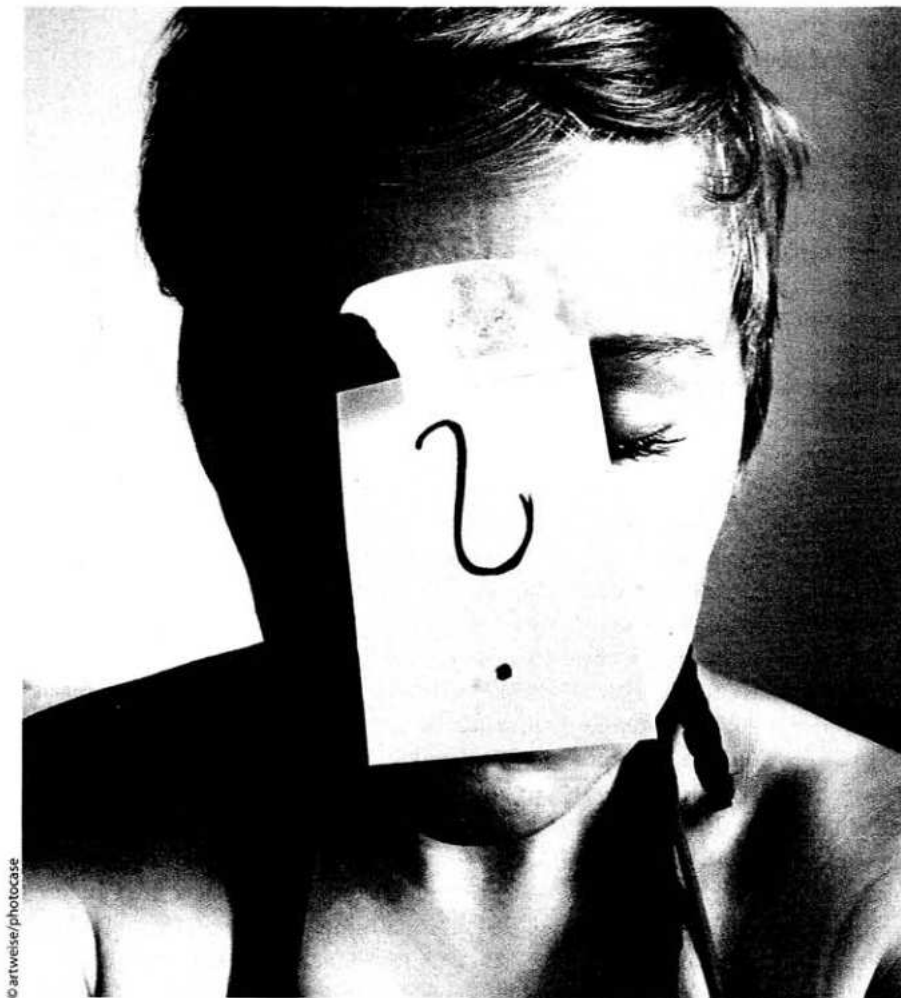
Schon 1952, im Jahr der Einführung des Neuroleptika-Prototyps (Muttersubstanz) Chlorpromazin, wurde Clozapin synthetisiert. Clozapin (im Handel u. a. als Leronex) gilt als Prototyp *atypischer* Neuroleptika. Auch die ebenfalls als atypisch geltenden Benzamide wurden in den 1950er-Jahren entwickelt. Je nach Wirkungsschwerpunkt werden sie in der Gastroenterologie, der Gynäkologie, der Psychiatrie und Neurologie eingesetzt.

Amisulprid (Solian) wird seit 1968 verwendet, Sulpirid (Dogmatil) seit 1968, Tiaprid (Tiaprid) seit 1968, Remoxiprid (Roxiam) seit 1984, Perospiron (Cremin) seit 1990, Aripiprazol (Abilify) seit 1994. Als weitere *atypische* Neuroleptika kamen nach und nach Risperidon (Risperdal), Serolect (Sertindol), Quetiapin (Seroquel), Zotepin (Nipolept), Paliperidon (Invega), Ziprasidon (Zeldox), Olanzapin (Zyprexa) und Asenapin (Saphris) auf den Markt.

Die Rede von *atypischen* Neuroleptika macht bei näherem Hinsehen keinen Sinn, da es sich um alles andere als um eine einheitliche chemische Strukturgruppe handelt. Neuroleptika, die *den Atypischen* zugeordnet werden, gehören den unterschiedlichsten chemischen Strukturgruppen an. Daniel E. Casey, ein Psychiater aus Portland, Oregon, spricht die Vielzahl der Probleme an, die Klassifizierung von „atypischen Neuroleptika“ mit sich bringt. So hält er es für unmöglich, typische Neuroleptika von *atypischen* abzugrenzen:

„Sollte das biochemische, pharmakologische und Verhaltensprofil ins Auge gefasst werden? Sollte eine spezifische Wirkung auf klinische Syndrome Bedingung sein? Sollte das Vorhanden- oder Nichtvorhandensein bestimmter Nebenwirkungen notwendig sein? Sollten die Parameter von ‚atypisch‘ absolut sein oder entlang eines Kontinuums auftreten? [...] Kann man es der Marketingabteilung der einzelnen Pharmafirma überlassen, selbst zu definieren, was bei einer bestimmten Substanz das Atypische ausmacht? [...] Sollten Eigenschaften der Substanzen die qualitativen Kriterien (alle oder keine) oder die quantitativen (entlang eines Kontinuums) Kriterien erfüllen, damit sie als atypisch definiert werden können? [...] Sollte ein Me-

Es macht keinen Sinn, typische Neuroleptika von sogenannten atypischen abzugrenzen.



Atypische Neuroleptika:
Viele Fragen sind noch
unbeantwortet.

dikament bei einem spezifischen Prozentsatz von Patienten [mit ,behandlungsresistenter Schizophrenie'] bis zu einem gewissen Maß Verbesserungen herbeiführen, um als atypisch zu gelten? Wenn ein Medikament behandlungsresistente Schizophrenie verbessert, gleichzeitig aber typische EPS bewirkt, würde es dann atypisch sein? Wenn ein Medikament bei einer erheblichen Minderheit eine Alles-oder-nichts-Wirkung auf psychotische Symptome hätte, allerdings auch EPS, würde es atypisch sein?“ (Casey 1992, S. 242/247)

Einzig die Frage nach der Rolle der Marketing-Abteilungen von Pharmafirmen kann als beantwortet gelten.

Unterschiede zwischen alten und neuen Neuroleptika

Die „therapeutische“ Wirkung herkömmlicher Neuroleptika wurde bisher u. a. in Tierversuchen nachgewiesen, indem man Ratten unter Einfluss von Neuroleptika auf primitive Holzbalken setzte. Blieben sie apathisch auf dem Balken sitzen, galt dies Psychiatern als Zeichen einer vermutlich guten therapeutischen Neuroleptikawirkung bei Menschen mit der Diagnose „Psychose“.

Worin sich die Wirkung der *atypischen* Neuroleptika von derjenigen herkömmlicher Neuroleptika eigentlich unterscheidet, zeigen Bart Ellenbroek und Kollegen in ihrem Aufsatz „Der Pfootest: ein Verhaltensparadigma zum Unterscheiden von herkömmlichen und atypischen neuroleptischen Medikamenten“:

Während Ratten unter dem Einfluss herkömmlicher Neuroleptika wie Haloperidol oder Chlorpromazin ihre Vorder- und Hinterpfoten

ten nur sehr langsam aus Löchern zurückzogen, in die man die Pfoten zu Versuchszwecken hineinsteckt hatte, sei unter Clozapin und unter Thioridazin (im Handel u. a. als Melleril) – einer den herkömmlichen Neuroleptika zugeordneten, allerdings niederpotenten Substanz – nur die Rückziehzeit der Hinterpfoten verlängert. Die Forscher berichten stolz:

„[...] der Pfootest vermag den Unterschied aufzuzeigen zwischen klassischen Neuroleptika wie Haloperidol und Chlorpromazin sowie atypischen Neuroleptika wie Clozapin und Thioridazin (Zurückziehzeit der Vorderpfoten) – ein Unterschied, der sich mit ihrer bekannten unterschiedlichen Empfindlichkeit deckt, ‚extrapyramidale Nebenwirkungen‘ zu produzieren.“ (Ellenbroek et al. 1987, S. 347)

Medikamente mit Mischwirkungen

2003 kam Walter Müller in seinem Artikel über Wirkungsmechanismen älterer und neuerer Neuroleptika zum Schluss, bei den Neuroleptika habe sich die Entwicklung moderner Substanzen mit nur noch einem für die primäre klinische Wirkung verantwortlichen Wirkungsmechanismus ins Gegenteil verkehrt, man habe jetzt Substanzen mit einer „dirty“, das heißt unreinen, Mischwirkung entwickelt und sei daher

„[...] im Prinzip wieder einen Schritt zurückgegangen und hat in der letzten Zeit wieder Substanzen entwickelt, die neben dem primär für die Wirkung relevanten Mechanismus noch zusätzliche Mechanismen beeinflussen. Im Gegensatz zu den Altsubstanzen hat man aber hier versucht, gezielt nur noch solche Mechanismen in die Molekülstruktur einzubauen, die bestimmte Nebenwirkungsqualitäten (besonders EPS) abdämpfen. Damit sind die Substanzen aus der neuesten Generation der Neuroleptika im pharmakologischen Sinne ‚dirty drugs‘, also Substanzen mit mehr als einem Wirkungsmechanismus.“ (Müller 2003, S. 54)

Neu war diese Einsicht allerdings nicht. Schon 15 Jahre zuvor hatte Hans-Joachim Haase den selben Tatbestand publiziert, nämlich

„[...] dass Clozapin zunächst, wie auch die anderen Neuroleptika, extrapyramidale feinmotorische Symptome auslöst, wobei mit steigender Dosierung die zunehmend stärkeren anticholinergen sowie muskarinartigen [der Wirkung des Pilzgiftes Muskaridin gleichkommenden und ebenfalls anticholinergen] Wirkungen dazu führen, dass es nur in Einzelfällen zu grobmotorischem Parkinsonismus kommt. Gleichzeitig bleibt aber der eigentliche Effekt der neuroleptischen Wirkung weitgehend aus, so dass paranoid-halluzinatorische Psychosen mit Clozapin zwar affektiv durchaus positiv beeinflusst, insbesondere auch entängstigt werden, dass jedoch zur Behandlung dieser Symptomatik im allgemeinen Neuroleptika hinzugegeben werden, mit denen dann die neuroleptische Schwelle eindeutig überschritten werden muss. Clozapin verhält sich also ähnlich wie andere Neuroleptika, denen man eine zunehmend hohe Dosis eines Antiparkinsonmittels hinzugibt.“ (Haase 1988, S. 143)

Was sind die Vorteile der atypischen Neuroleptika? Für wen?

„Effizientere Kontrolle“

Bernd Gallhofer charakterisiert die Vorteile der neuen Neuroleptika gegenüber den älteren, die vor kurzem noch für die angebliche Lebensqualität behandelter „Schizophrener“ gesorgt haben sollen. Er spricht die unerwünschten Wirkungen herkömmlicher Neuroleptika an und hebt gleichzeitig die jetzt bessere Kontrolle akuter, ihn ängstigender, unbequemer Sinnes- und Lebensweisen der Patienten durch das angepriesene Neuroleptikum hervor:

„Die Kehrseite der effizienten Kontrolle solch bedrohlicher akuter Zustände waren in vielen Fällen der Verlust vitaler Funktionen, intellektueller und sozialer Rückzug und Eintreten nach außen (und innen) bizarr erscheinender motorischer Nebenwirkungen sowohl in der Kurzzeit- als auch in der Langzeitperiode der Erkrankung. Daraus resultierten sehr häufig Depressionen, Hostilität [Feindseligkeit] gegenüber den Behandlern [...]. Dieser Teufelskreis hat zu zahlreichen Reaktionen auf allen Seiten der in den Krankheitsprozess Involvierten geführt: Die Betroffenen schlossen sich immer wieder antipsychiatrischen Bewegungen an und hofften darauf, aus alternativen psychosozialen Konzepten ohne den Einsatz von Neuroleptika zu einem lebenswerten Leben zurückkehren zu können.“ (Gallhofer 2004, S. 3)

„Das günstige Nebenwirkungsprofil von Ziprasidon hat auch Konsequenzen für den Gesamtbehandlungsplan und nicht zuletzt für die Lebensqualität der Patienten.“ (zit. n. Pfizer Neuroscience 2003)

Nicht weniger Nebenwirkungen, sondern andere ...?

Gerhard Ebner, Mitglied des Advisory Board bei Janssen-Cilag zur Einführung des Risperdal Consta und gleichzeitig Präsident der Schweizerischen Vereinigung Psychiatrischer Chefärzte, spricht den wesentlichsten Unterschied zwischen typischen und atypischen Neuroleptika an: die verbesserte Compliance, das heißt, die Bereitschaft der Patienten zur Unterordnung unter das psychiatrische Behandlungsregime:

„Es handelt sich nicht um weniger Nebenwirkungen, sondern um andere, die aber ebenfalls sehr einschneidend sein können, auch wenn sie von den Patienten nicht unmittelbar wahrgenommen werden, weswegen die Patienten leichter zur Einnahme dieser Antipsychotika motiviert werden können, da die quälenden Frühdyskinesien/extrapyramidalen Nebenwirkungen nicht oder nicht so stark auftreten.“ (Ebner 2003, S. 30)

Ökonomische Interessen der Herstellerfirmen

Optimierung von Absatzchancen sind angesichts der hohen Summen, die die Entwicklung neuer Medikamente mit sich bringen, in einem Marktsystem selbstverständlich. Die Pharmafirmen gehen da die verschiedensten Wege: Sei es die „Unterstützung“ von Angehörigenverbänden, damit diese Druck auf Regierungen machen können, die mehr Gelder für genetische Forschung und biologische Psychiatrie bereitstellen sollen (Lehmann 1996). Sei es, dass manche Hersteller Tatsachen verdrehen, Wissenschaftler bestechen, Zeitungsartikel kaufen und unliebsame Ergebnisse von Experimenten verschweigen, wie Peter Sawicki als Leiter des Kölner Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen äußerte. Dies alles sollte allgemein bekannt sein – auch wenn diese theoretische Erkenntnis recht folgenlos scheint, was Publikationen mit dem Anspruch auf Wissenschaftlichkeit betrifft (► Kasten).

Angesichts der Milliardenbeträge, die im Spiel sind, sollten sich einzelne Psychiatriebetroffene vor der Anmaßung hüten, Pharmafirmen und

Werbung oder Information?

Wie die Pharmaindustrie die Medien beeinflusst, zeigen drei typische Beispiele:

1. Der Fall von Elizabeth Liss aus Philadelphia, die nach vierzehnmönatiger Verabreichung des *atypischen* Risperidon an tardiver Dyskinesie erkrankt war, ist bekannt. Der behandelnde Psychiater wurde am 6. Mai 2000 zur Zahlung von \$ 6,7 Mill. Schmerzensgeld verurteilt (Breggin, 2000). Nichtsdestotrotz berichtete die Medizjournalistin Beate Lakotta im Spiegel zwei Jahre später, dass noch keine Fälle von Arztregress bei *atypischen* Neuroleptika bekannt geworden seien (Lakotta 2002). Frau Lakotta ist Preisträgerin des *Lilly Schizophrenia Reintegration Awards*, gestiftet vom Pharmahersteller Lilly Pharma Holding GmbH, dem Hersteller des weit verbreiteten Neuroleptikums Zyprexa.

2. „Zurück ins Leben“ lautete der Titel des Berichts von Michael Simm über den 6. Weltkongress für Biologische Psychiatrie (in der Wissenschaftsbeilage der *Berliner Zeitung* vom 9. Juli 1997). Er schreibt begeistert über die neuesten, durch aktuelle Patente besonders teuren Pharmaprodukte wie Olanzapin und Risperidon:

„Die Kosten für Krankenpflege, Klinikbetten und Verdienstausschlag übertreffen Studien aus Großbritannien zufolge bei weitem die Ausgaben für Medikamente und würden drastisch sinken, wenn alle Patienten die jeweils wirksamsten und nebenwirkungsärmsten Arzneien bekämen.“

Die Headline korrespondiert mit dem Werbe-Slogan für Risperdal (► Abb. unten).

Auf der Website dieses honorigen Journalisten, der u. a. auch für das *Deutsche Ärzteblatt* schreibt, findet sich sein Credo, das scheinbar selbstkritisch die Annahme finanziell wirksamer Vergünstigungen durch die Pharmaindustrie einräumt, jedoch frei ist von jedem Gedanken an die entstehende materielle und ideologische Abhängigkeit in der Berichterstattung:

„Wie die meisten Medizjournalisten profitiere auch ich von der pharmazeutischen Industrie, denn ich besuche auch Pressekonferenzen und Kongresse, bei denen Reisekosten und Unterkunft von den einladenden Unterneh-

men bezahlt werden. Zudem verdiene ich Geld nicht nur durch den Verkauf von Abdruckrechten an Zeitungen und Zeitschriften, sondern ich erstelle auch gelegentlich Broschüren für Pharmaunternehmen und ich arbeite hin und wieder als Medienberater. Meine Unabhängigkeit versuche ich zu bewahren, indem ich diese Tätigkeiten strikt trenne.“ (Simm 2010)

3. Wie Pharmafirmen mit Verlagen kooperieren, die als wissenschaftlich gelten und somit ebenfalls exzellente Werbeträger sind, geht aus einer Beilage zu *Psychiatrische Praxis* hervor, erschienen 1998 im Stuttgarter Thieme Verlag. Hier kann man von Patienten lesen, die das *atypische* Serdolect erhalten und „die sedierende Wirkung schätzen und nicht missen möchten“ (Falkai 1998, S. 3), so der Psychiater Peter Falkai von der Universitätsklinik Göttingen. Die Beilage, in der Serdolect als „effektiv“ und „nebenwirkungsarm“ angepriesen wird, wurde finanziert von der Promonta Lundbeck Arzneimittel GmbH & Co., der deutschen Herstellerfirma von Serdolect. Falkai durfte auch ein Buch mitverfassen, das unter dem Titel „Paliperidon ER (INVEGA®) – Der nächste Schritt zur optimalen Schizophrenie“ ein *atypisches* Neuroleptikum der Janssen-Cilag AG anpries, wiederum im Thieme-Verlag (Falkai et al. 2007). Offiziell erschien das Buch in einer Auflage von 300 Stück, in Wirklichkeit ließ Janssen-Cilag AG zusätzliche 10 000 Exemplare drucken, vermutlich um mit diesem Werbeträger medizinische Fachbibliotheken, Medizjournalisten und Ärzte zu beglücken.



Zurück ins Leben

Neue Medikamente helfen gegen die extrem belastenden Symptome der Schizophrenie

Von Michael Simm

Erste Hinweise auf diese Tatsache lieferten Drogen wie Amphetamin und Apathie führt oder zu peinlichen Reaktionen.

den typischen Neuroleptika in Kombination mit Clozapin, das in Europa 1972 zugelassen wurde, in ein bis zwei Prozent d

1. „Zurück ins Leben“ – Werbeanzeige von Janssen-Cilag AG
 2. „Zurück ins Leben“ – Headline eines Artikels für die *Berliner Zeitung*

Psychiater würden ihr Wohlergehen in den Vordergrund ihrer Überlegungen stellen.

Umsatzsteigerung durch neue Neuroleptika

Der Anteil der Medikamentenkosten am Gesamtetat von Behandlungskosten steigt ständig. Eine Beispielrechnung zeigt die Kostenunterschiede zwischen alten und neuen, noch mit Patentrechten versehenen Neuroleptika. Im August 2009 kosteten in Deutschland 20 Tabletten Seroquel à 300 mg (2× täglich) €111,27; auf einen Monat gerechnet wären das etwas über €300,-. Zum gleichen Zeitpunkt kosteten 20 Tabletten Haldol à 10 mg (ca. 2× täglich) €18,14, auf den Monat gerechnet wären das ca. €54,-, also ungefähr ein Sechstel.

Marketingbemühungen wollen bezahlt und Aktionärserwartungen bedient sein, auch wenn dies die Gesundheitsetats ausplündert und Arbeitsplätze im psychosozialen Bereich kostet. Gut für die Pharmaindustrie, wenn es Medizinjournalisten gibt, die die Explosion der Kosten für Psychopharmaka als kostengünstig erklären.

Hauptrisiken atypischer Neuroleptika

Wie wichtig eine sachliche Information für Betroffene wäre, um eine Nutzen-Risiko-Entscheidung zu treffen, zeigen die bekannt gewordenen Hauptrisiken atypischer Neuroleptika. Remoxiprid (Roxiam) war 1991 als gut verträgliches Medikament ohne Nebenwirkungen angekündigt worden. Drei Jahre später wurde es wegen einer Reihe von lebensgefährlichen Fällen aplastischer Anämie wieder vom Markt genommen.

Auch der Vertrieb von Sertindol (Serdolect), das lange als nebenwirkungsarm galt, kam ins Stocken. Am 2. Dezember 1998 meldete die *Schweizer Ärzte Zeitung*: „Vertrieb von Serdolect(R) gestoppt – Anlass sind schwere kardiale [das Herz betreffende] Nebenwirkungen und Todesfälle“. Diese Todesfälle sind natürlich längst begraben – im Gegensatz zu Serdolect.

Sämtliche oben genannten atypischen Neuroleptika sind auf dem Pharmamarkt nach wie vor noch erhältlich. Dies betrifft auch die suspendierten; einzelnen Patienten, die auf Standardneuroleptika allergisch reagieren, dürfen sie noch verabreicht werden. Als weitere besondere Risiken dieser Substanzen sind zu nennen: das neuroleptikabedingte Defizit-Syndrom, Fettleibigkeit, Hypercholesterinämie (erhöhter Cholesteringehalt im Blut), Diabetes, erhöhte Apoptose (Sichabstoßen von Zellen aus dem Gewebe, d. h. Zelltod) (z. B. Bonelli et al. 2005) und erhöhte Sterblichkeit vor allem bei

Verabreichung von Neuroleptika in Kombination mit anderen Medikamenten (Henderson et al. 2005; Joukamaa et al. 2006). Aber auch atypische Rezeptorenveränderungen, die zu tardiven Psychosen führen können, sollten ins Kalkül gezogen werden. Tardive Psychosen sind psychische Störungen, die im Lauf der Verabreichung von Neuroleptika, beim Absetzen oder danach auftreten können – behandlungsbedingt.

Doch was machen die Betroffenen?

Leicht lenkt die Diskussion über Vor- und Nachteile verschiedener Neuroleptika den Blick ab von den wirklichen Bedürfnissen Psychiatriebetroffener. Denn es gibt funktionierende Alternativen zur Psychiatrie, sowohl auf individueller wie auch auf struktureller Ebene (z. B. Soteria, Windhorse, offener Dialog, Krisenhotel, Weglaufhaus), vorausgesetzt, sie sind finanziell einigermaßen abgesichert. Es gibt humanistische Möglichkeiten, Menschen in psychischen Nöten sozialer Natur zu helfen, man muss sie nicht mit Chemie vollstopfen (Lehmann, Stastny 2007).

Da sich die Psychiatrie zurzeit als naturwissenschaftlich orientierte Disziplin darstellt mit der Tendenz zu zunehmend mehr biologischen Behandlungsmethoden und Zwang (Lehmann 2010), wäre es leicht vermessen anzunehmen, dass es in absehbarer Zeit zu Reformen kommt, die an den Interessen der Betroffenen orientiert sind. So bleibt denen, die mit psychischen Krisen nicht zurechtkommen, angesichts der Risikobehaftetheit herkömmlicher und neuerer synthetischer psychiatrischer Psychopharmaka nur die Wahl zwischen Pest und Cholera. Der Münchner Arzt und Psychotherapeut Josef Zehentbauer schreibt:

„Neue und alte Neuroleptika greifen gleichermaßen in das diffuse molekulare System des Gehirns ein und verändern die Persönlichkeit [...] Wenn jemand an para-realen Wahrnehmungen oder an unbestimmten Ängsten leidet, dann kann Hilfe notwendig sein, vielleicht auch medikamentöse Unterstützung. Doch Neuroleptika vermehren oftmals das Leid, anstatt es zu lindern.“ (Zehentbauer 2010, S. 419 f.)

Die Entscheidung ist schwer

Für die Betroffenen ist es ausgesprochen schwierig, sich angemessen zu entscheiden. Sie werden in aller Regel nicht über die tatsächlich vorhandenen, möglichen und nicht auszuschließenden Risiken aufgeklärt. Ihnen werden riskante Substanzen angeboten, an deren Zulassungsverfahren für den Pharmamarkt profitorientierte Firmen beteiligt sind, finanziell von ihnen abhängige oder gesponserte Mediziner sowie staatliche Gesundheitsbürokratien, aber keine Betroffenenvertreter. Kommt es zu Schäden, tragen die Geschädigten bei Schmerzensgeld- und Schadenersatzklagen die Beweislast allein. Aufgrund inter- und intraindividuelle Wirkungsunterschiede lässt sich nicht voraussagen, wie eine bestimmte Dosis eines Präparats wirken wird, geschweige denn eine Kombination unterschiedlicher, in ihrer Wirkungsüberlagerung und in ihren Wechselwirkungen unberechenbarer Psychopharmaka. Alle psychiatrischen Psychopharmaka haben das Potenzial, abhängig zu machen, wobei die Verordner mit Ausnahme der Benzodiazepine die potenziell abhän-

gig machende Wirkung der Substanzen abstreifen. Stationäre Einrichtungen zur klinischen Unterstützung bei Absetzproblemen von psychiatrischen Psychopharmaka sind Fehlanzeige. Und kein Neuroleptikum, weder ein altes noch ein neues, kann psychische Probleme sozialer Natur lösen – im Gegenteil, in aller Regel erschweren sie die Lösung dieser Probleme. Nach Absetzen der Substanzen, wenn es überhaupt dazu kommt, sind die Bedingungen zumeist schlechter, um die ursächlichen, den Einsatz der psychiatrischen Psychopharmaka herbeigeführten Probleme zu bewältigen.

Aber die Einnahme kann das kleinere Übel sein Nichtsdestotrotz sind die Entscheidungen der Betroffenen zur Einnahme von psychiatrischen Psychopharmaka zu respektieren: insbesondere wenn es ihnen gelingt, ausweglos – und ansonsten die Auslieferung in die gewaltbereite institutionelle Psychiatrie nach sich ziehende – Konfliktsituationen mit möglichst kurzfristiger, möglichst niedrigdosierter, möglichst wenig toxischer und demzufolge möglichst geringer Risikobelastung durch reflektierte und selbstbestimmte Psychopharmaka-Einnahme zu überstehen.

Besonderes Mitgefühl steht denjenigen Psychiatriebetroffenen zu, die durch psychopharmakabedingte Nervenschädigungen gezwungen sind, dauerhaft psychiatrische Psychopharmaka einzunehmen, um irgendwie überlebensfähig zu sein (Lehmann 1999). Gerade diese Betroffenengruppe macht deutlich, dass die Ersteinnahme psychiatrischer Psychopharmaka nach Möglichkeit zu vermeiden ist (Lehmann 1990).

Das Dilemma, in dem sich Menschen in schweren psychischen Krisen häufig befinden, kann langfristig nur gemildert werden, wenn den Konsumentinnen und Konsumenten psychiatrischer Psychopharmaka sowie denjenigen Menschen, denen diese Substanzen gewaltsam verabreicht werden, diagnoseunabhängige Menschenrechte, ein Recht auf psychopharmakafreie Hilfe, ein (alternatives) Angebot angemessener, nichtpsychiatrischer Hilfe und – sollte es doch zur folgenreichen Verabreichung von Psychopharmaka kommen – ein einfacher Zugang zu finanzieller Entschädigung gewährt wird.

Peter Lehmann

Dr. h.c., Dipl.-Sozialpädagoge, Autor und Verleger in Berlin. Bis September 2010 langjähriges Vorstandsmitglied im Europäischen Netzwerk von Psychiatriebetroffenen. Kontakt: www.peter-lehmann.de

Literatur

- AstraZeneca (2007):** Die Behandlung schizophrener Psychosen – Leitfaden für Angehörige. Informationsbroschüre.
- Bonelli, R. M. et al. (2005):** The influence of psychotropic drugs on cerebral cell death: female neurovulnerability to antipsychotics. *International Clinical Psychopharmacology*, Bd. 20, S. 145–149.
- Breggin, P. (2000):** \$ 6.7 million awarded in Risperdal tardive dyskinesia case; im Internet unter www.peter-lehmann-publishing.com/articles/others/breggin_risperdal.htm.
- Casey, D. E. (1992):** What makes a neuroleptic atypical? In: H. Y. Meltzer (Hg.): *Novel antipsychotic drugs*. New York: Raven Press, S. 241–251.
- Ebner, G. (2003):** *Aktuelles aus der Psychopharmakologie*. Das Wichtigste vom ECNP-Kongress. Psychiatrie (Schweiz), Online-Ausgabe Nr. 1, S. 29–32.
- Ellenbroek, B. A. et al. (1987):** The paw test: a behavioural paradigm for differentiating between classical and atypical neuroleptic drugs. *Psychopharmacology*, Bd. 93, S. 343–348.
- Falkai, P. (1998):** Schizophrene Psychosen: Deutliche Therapievorteile der atypischen Neuroleptika. Beilage zu: *Psychiatrische Praxis*, 25. Jg., H. 5, S. 4.
- Falkai, P.; Haen, E.; Hargarter, L. (2007):** Paliperidon ER (INVEGA®) – Der nächste Schritt zur optimalen Schizophrenie. Stuttgart/New York: Thieme Verlag.
- Gallhofer, B. (2004):** Herausforderung Schizophrenie – Betroffene als Therapiepartner für optimale Schizophrenietherapie. In ders. (Hg.): *Schizophrenie – zwei Seiten einer Krankheit*. Stuttgart/New York: Thieme Verlag, S. 1–6.
- Haase, H.-J. (1988):** Neuroleptika: Fakten und Erlebnisse. In O. K. Linde (Hg.): *Pharmakopsychiatrie im Wandel der Zeit*. Klingenmünster: Tilia Verlag Mensch und Medizin, S. 137–154.
- Henderson, D. C. et al. (2005):** Clozapine; diabetes mellitus, hyperlipidemia and cardiovascular risks and mortality: results of a 10-year naturalistic study. *Journal of Clinical Psychiatry*, Bd. 66, H. 9, S. 1116–1121.
- Joukamaa, M. et al. (2006):** Schizophrenia, neuroleptic medication and mortality. *British Journal of Psychiatry*, Bd. 188, H. 2, S. 122–127.
- Lakotta, B. (2002):** Abschied vom Kettenhemd. *Der Spiegel*, 56. Jg., H. 52, S. 132–133.
- Lehmann, P. (1996):** Ein Quatrolog der besonderen Art – Psychiatriebetroffene, Eltern, Psychiater und Industrie im Gespräch. *Psychosoziale Umschau*, 11. Jg., H. 2, S. V; im Internet unter: www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/reform/quatro.htm.
- Lehmann, P. (1997):** Einnahme psychiatrischer Psychopharmaka: Pro und Contra. Rundbrief des Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener, Nr. 2, S. 10–11; im Internet unter: www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/gesund/pro_contra.htm.
- Lehmann, P. (1990):** Langzeitpatienten und Neuroleptikaschäden im Blickfeld ihrer Produzenten. In: T. Bock; S. Mitzlaff (Hg.): *Von Langzeitpatienten für Akutpsychiatrie lernen – „Die Entdeckung der Langsamkeit“*. Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 109–118; im Internet unter: www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/gesund/pdf/langzeit.pdf.
- Lehmann, P. (2010):** Reformen oder Alternativen? Eine bessere Psychiatrie oder besser Alternativen? *Pro Mente Sana Aktuell*, H. 1 („Psychiatrie der Zukunft“), S. 2022.
- Lehmann, P.; Stastny, P. (Hg.) (2007):** *Statt Psychiatrie 2*. Berlin/Eugene/Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag.
- Müller, W. E. (2003):** Wirkungsmechanismen älterer und neuerer Neuroleptika. In: F. König; W. P. Kaschka (Hg.): *Interaktionen und Wirkmechanismen ausgewählter Psychopharmaka*. Stuttgart/New York: Thieme Verlag, 2., überarb. und erweit. Aufl., S. 37–54.
- Pfizer Neuroscience: Ziprasidon – Moderne Behandlungswege schizophrener Erkrankungen.** Infos für Ärzte vom 27.1.2003; im Internet unter: www.journalmed.de/newsview.php?id=996 (zuletzt abgerufen am 22.7.2010).
- Simm, M. (1997):** Zurück ins Leben – Neue Medikamente helfen gegen die extrem belastenden Symptome der Schizophrenie. *Berliner Zeitung* vom 9. Juli, Beilage Wissenschaft, S. V.
- Simm, M.: Spielregeln / F & A.** Im Internet unter: www.simmformation.de/html/spielregeln.html (zuletzt abgerufen am 26.8.2010).
- World Health Organization / European Commission (1999):** *Balancing mental health promotion and mental health care: a joint World Health Organization / European Commission meeting*. Broschüre MNH/NAM/99.2. Brüssel; im Internet unter: www.enusp.org/consensus.htm (zuletzt abgerufen am 27. 8. 2010).
- Zehentbauer, J. (2010):** *Chemie für die Seele – Psychopharmaka und alternative Heilmethoden*. 11., teilw. aktual. Aufl. Berlin/Eugene/Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag.

Übersetzungen aus dem Englischen und kursive Erklärungen in Klammern stammen vom Autor. © 2010 by Peter Lehmann