

Fehlende Leitlinien, mangelnde Aufklärung und unterlassene Hilfe beim Reduzieren und Absetzen von Antidepressiva und Neuroleptika – eine unzureichende Umsetzung von Menschenrechten

VON PETER LEHMANN, STEFAN WEINMANN, ANNA EMMANOUELIDOU UND STEFAN VETTER

Im Rahmen der gemeinsamen Jahrestagung 2024 von DGSP und SOPSY in Freiburg im Breisgau organisierten Peter Lehmann und Stefan Weinmann ein Symposium, für dessen inhaltliche Ausrichtung sie verantwortlich zeichneten: »Fehlende Leitlinien, mangelnde Aufklärung und unterlassene Hilfe beim Reduzieren und Absetzen von Antidepressiva und Neuroleptika – eine unzureichende Umsetzung von Menschenrechten«. Die Podiumsteilnehmenden fassen ihre Beiträge für die »Soziale Psychiatrie« zusammen.*

Einleitung

Seit 1990 sind in Deutschland die außerhalb von Kliniken auf Kosten der Gesetzlichen Krankenversicherung verordneten Tagesdosen von Antidepressiva um 800 Prozent und von Neuroleptika um 200 Prozent stetig angestiegen. Dabei sind diese Substanzen weit weniger wirksam, als früher angenommen wurde. Zudem haben sie erhebliche unerwünschte Wirkungen. Angesichts des Missverhältnisses zwischen Verordnung und Wirksamkeit wurden die »Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression« (2022) und die »S3-Leitlinie Schizophrenie« (2019) der DGPPN untersucht und die dortigen Empfehlungen zum Reduzieren und Absetzen von Psychopharmaka mit denjenigen der Leitlinien vom National Institute for Health and Care Excellence (NICE) aus Großbritannien verglichen. Zudem wurden Pilotprojekte in Griechenland und der Schweiz dargestellt und diskutiert, in denen Menschen ihre Psychopharmaka therapeutisch begleitet reduzieren und absetzen können, und menschenrechtliche Aspekte des Rechts aufs Absetzen herausgearbeitet.

Es wird deutlich, dass neben fehlenden Leitlinien, Handreichungen und Ausbildungen zum fachgerechten Reduzieren und Absetzen von Psychopharmaka auch Wissen zur Unterscheidung zwischen Absetz- bzw. Entzugsproblemen und einem echten Wiederauftreten von typischen Symptomen und damit zu psychopharmakaassoziierten Krisenfällen fehlt. Zusammen mit kaum vorhandener multiprofessioneller Vernetzung, zu wenig aufsuchenden und im häuslichen Umfeld unterstützenden Hometreatment-Teams, fehlender Anerkennung als einer Form



Anna Emmanouelidou, Stefan Vetter, Peter Lehmann und Stefan Weinmann (v.l.n.r.)

von Medikamentenabhängigkeit und fehlender Abrechenbarkeit ärztlicher Leistungen zum fachgerechten Reduzieren von Psychopharmaka kann seitens des Fachgebietes von unterlassener Hilfeleistung ausgegangen werden. Damit wird eine Einbuße an Lebensqualität bei Betroffenen und ihren Angehörigen hingenommen, verbunden mit erheblichen volkswirtschaftlichen Schäden durch Überverordnung und zu lange Verabreichung von Psychopharmaka, was zu unselbstständigem Leben, verhinderter Teilnahme am Leben, Arbeitslosigkeit und Frühberentung führen kann. Dies muss dem Nutzen dieser Medikamente gegenübergestellt werden.

Reduzieren und Absetzen von Psychopharmaka: Anspruch und Wirklichkeit am Beispiel medizinischer Leitlinien

Das Thema Reduzieren und Absetzen von Psychopharmaka, welches den Präferenzen vieler Menschen in psychiatrischer

Behandlung entspricht und immer wieder gewünscht wird, erfährt insbesondere in deutschen Leitlinien der Fachgesellschaft eine stiefmütterliche Behandlung. Um hier einen Überblick zu bekommen und die Empfehlungen zur Psychopharmaka-Reduktion in deutschen psychiatrischen evidenzbasierten Leitlinien mit denjenigen anderer internationaler Leitlinien zu vergleichen, wurden die entsprechenden Texte, Statements und Empfehlungen der britischen Schizophrenie- und Depressions-Leitlinien des National Center for Clinical Health and Excellence (NICE) denjenigen der Schizophrenie-Leitlinie und der Nationalen Versorgungsleitlinie Depression gegenübergestellt.

In der Schizophrenie-Leitlinie der DGPPN aus dem Jahr 2019 wird gefordert, die minimal wirksame Dosis an Neuroleptika zu verschreiben, die aber in den Dosisbereichen nicht Null sei. Es existiert ein Abschnitt zur Dosisreduktion und der Verweis auf die Studie von Wunderink aus den Niederlanden, die Hinweise



Stefan Weinmann

ergab, dass erstmals erkrankte Patienten, bei denen der Versuch einer schrittweisen Dosisreduktion unternommen wurde, im Langzeitverlauf öfter eine soziale Recovery erreichen als Patienten, bei denen ein solcher Versuch nicht unternommen wurde. Aufgrund der »methodischen Schwächen« dieser Studie (deren Ergebnisse nun allerdings nach Verfassen der Leitlinie in einer größeren Studie repliziert wurden), wurde empfohlen, die kontinuierliche Gabe von Psychopharmaka zu bevorzugen und insbesondere zur »Förderung von Adhärenz« Reduktionsversuche auf Wunsch des Patienten zuzulassen. Die Dosisreduktions-schritte sollten in sechs- bis zwölfwöchigen Abständen erfolgen. Das Fazit lautet, besser nicht zu reduzieren; wenn es der Patient aber nun einmal möchte, dann begleitet und in kleinen Schritten.

In der Nationalen Versorgungsleitlinie Depression ist ein kritisches Bewusstsein der begrenzten Evidenz für Antidepressiva vorhanden. Es gibt ein eigenes Kapitel zum Reduzieren und Absetzen, aber kein eigenes zu unerwünschten Wirkungen beim Absetzen. Es wird darauf hingewiesen, dass der Patient über mögliche Absetsymptome aufgeklärt werden muss. Eine separate Patientenbroschüre wurde entwickelt, was nach Meinung der Schulpsychiatrie beim Reduzieren und Absetzen beachtet werden sollte. Erfahrungen und Erkenntnisse von absetzerfahrenen Betroffenen wurden nicht aufgegriffen.

Die britische NICE-Leitlinie zu Schizophrenie hat ein eigenes Kapitel für Menschen, die sich entscheiden, keine Neuroleptika einzunehmen; hier werden Alternativen, vor allem Psychotherapie empfohlen. Auch die britische Leitlinie zu Depressionen ist offen für Reduktionsstra-

tegen und hat klare Empfehlungen bei Absetzproblemen. Sie räumt ein, dass diese auch schwer sein können.

Da in den deutschen Leitlinien ausführliche Texte und Bewertungen von unerwünschten Wirkungen, zur Häufigkeit und zum Umgang mit Entzugs- und Reboundproblematik, ebenso wie Empfehlungen zur Reduktion und zum Absetzen von Antidepressiva und Neuroleptika (Antipsychotika) und zu Behandlungsalternativen fehlen, werden die Betroffenen damit einem erhöhten und vermeidbaren Gefahrenrisiko durch unbegleitete, eigenständige, unreflektierte und oft abrupte Absetzversuche ausgesetzt.

Stefan Weinmann

Reboundeffekte erkennen und Patientinnen und Patienten beim Ausschleichen von Psychopharmaka ambulant unterstützen

Viele Menschen, die dauerhaft (hochdosiert) Psychopharmaka einnehmen, erleben einen Residualzustand. Dieser Zustand kann durch einen behutsamen Reduktionsprozess, der bestenfalls im häuslichen Umfeld stattfindet, aufgelöst werden. Da sich die ambulante psychiatrische Pflege dort bewegt, ist sie dazu prädestiniert, eine führende Rolle bei der Begleitung eines allfälligen Reduktionsprozesses nach dem Klinikaustritt zu übernehmen. Aufgrund der Beratungskompetenz bezüglich der Psychopharmaka könnte sie die individuellen Reduktionspläne erstellen. Traut sich die Pflege diese Aufgabe zu?

Die Vorstellung, dass die Einnahme von Psychopharmaka bis zum Tod notwendig ist, ist nach wie vor weit verbreitet. Ambulante Pflegekräfte, die die Reduktionen unterstützen wollen, müssen viel Überzeugungsarbeit bei den Skeptikern leisten, oft ohne Erfolg. Zudem können sie der groben Fahrlässigkeit und der Überschreitung ihrer Kompetenzen beschuldigt werden. Hier kann eine selbstbewusste Entscheidung der Reduzierungswilligen, den Reduktionsprozess auch ohne grünes Licht eigenverantwortlich zu starten, Klarheit schaffen.

Die Motivation der Reduzierungswilligen, Reduktionen gegenüber den Behand-



Stefan Vetter

lern transparent anzusprechen, hängt oft von deren Reaktion ab. Wenn ihnen hauptsächlich Misstrauen und Unverständnis entgegengebracht wird, werden sie mit hoher Wahrscheinlichkeit die Reduzierungsschritte im Geheimen vollziehen.

Bei jedem Reduzierungsschritt kann es zu Reboundeffekten kommen. Diese können den ursprünglichen Symptomen ähneln, weshalb sie häufig als Rückfall interpretiert und infolgedessen wieder Psychopharmaka verordnet werden. Die Reduzierenden zu unterstützen, Reboundphänomene anzunehmen, auszuhalten und zu überwinden, darf somit als eine neue Herausforderung betrachtet werden.

Jeder erfolgreiche Reduzierungsschritt ist ein Grund zum Feiern, denn er ist in der Regel eine Quelle für neue Energie und Schwung. Dies kann für den Prozess des Wandels genutzt werden. Eine Haltung, die durch Selbstbewusstsein und Gelassenheit gekennzeichnet ist, ist ebenso hilfreich wie das Wissen, dass Reboundeffekte in aller Regel mit geeigneten Maßnahmen bewältigt werden können (Vetter 2024).

Wenn die reduzierenden Personen ihre Medikamente stark reduziert oder komplett ausgeschlichen haben, ist oft ein großer Aufwand erforderlich, um im Gleichgewicht zu bleiben. Die Überwindung von Reboundeffekten kann jedoch die Wahrnehmung der eigenen Fähigkeiten und Grenzen enorm vertiefen, sodass das Gleichgewicht gefunden und gehalten werden kann. Schließlich darf der Reduktionsprozess mit all seinen Facetten auch als ein freudiges Projekt betrachtet werden, sowohl für die Projektleiter (die Reduzierenden) als auch für deren Begleiter.

Stefan Vetter



Anna Emmanouelidou

Modell einer Begleitung bei absetzbedingten psychotischen Krisen

Wir sind das Observatorium für Menschenrechte in der Psychiatrie, ein gemeinnütziger Verein, der seit 2002 in Thessaloniki aktiv ist. Mitglieder des Vereins sind kritische Profis, Angehörige und sensibilisierte Bürger:innen. Wir unterstützen Menschen unter anderem bei absetzbedingten psychischen Krisen (Emmanouelidou 2024). Seit 2018 bilden wir Interessierte zu Krisenbegleiterinnen und -begleitern aus.

Gemäß unserer Erfahrung klingt eine Krise in aller Regel nach ca. 14 Tagen ab. Wir verstehen eine psychotische Krise als einen Prozess der Selbstentwicklung der betroffenen Person, der in Sicherheit und ohne formelle oder informelle psychiatrische Gewalt ablaufen soll. Von der Dauer abgesehen, ist die Unterstützung bei psychotischen Krisen im Grunde dieselbe wie bei Entzugspsychosen oder Reboundsymptomen.

Unser Unterstützungsmodell lässt sich in Form von vier Kreisen darstellen: Den äußeren Kreis bildet der Verein, den zweiten Kreis von außen die Gruppe der ausgebildeten Krisenbegleiter:innen. Derzeit sind es 15 Personen – zu 40 Prozent solche, die psychiatrische Behandlung am eigenen Leib erfahren haben. Zum dritten Kreis von außen (Kreis B) zählen zwei bis vier Personen, die rund um die Uhr über eine Anruf- und Messenger-App mit den Krisenbegleiterinnen und -begleitern – dem inneren, vierten Kreis A – in Kontakt stehen und für organisatorische Aufgaben, Reflexion des Geschehens und praktische, auch emotionale Unterstützung der Krisenbegleiter:innen des Kreises A

verantwortlich sind. Diese wiederum arbeiten vor Ort zu zweit in Schichten von sechs bis acht Stunden hauptsächlich in den Wohnungen der Betroffenen.

Am Anfang der Krisenbegleitung steht immer der Auftrag der betroffenen Person und/oder ihrer Familie. Sofern die Betroffenen dies wünschen, pflegen die Krisenbegleiter:innen ein enges Verhältnis zur Familie. Sie hören der betroffenen Person zu, reden mit ihr, laufen mit ihr durch die Stadt, auch nachts, hören mit ihr Musik und essen mit ihr, versuchen Realitätsinseln zu finden und Dolmetscher für die Familie zu sein. Kurzum, sie sind dabei ... Psychopharmaka werden nicht verabreicht oder vorgeschlagen, höchstens kurzfristig Benzodiazepine, wenn die Schlaflosigkeit oder die Anspannung zu weit geht, nur wenn der Betroffene es akzeptiert und ein mit unserem Unterstützungsansatz sympathisierender Arzt es verordnet. Bei Bedarf findet die Krisenbegleitung rund um die Uhr statt.

Seit 2020 haben wir mehr als 40 Menschen und ihre Familien begleitet. Zwei Psychiatreeinweisungen konnten wir nicht verhindern, zweimal entschied die betroffene Person, die vorrätigen Neuroleptika in niedriger Dosierung einzunehmen, insgesamt drei Betroffene griffen auf Benzodiazepine zurück.

Alle Krisenbegleiter:innen leisten ihre Unterstützung neben ihrer regulären Arbeit. Dabei zeichnet sich ab, dass wir das Konzept nicht lange durchhalten können, die Krisenbegleitung kostet enorm Energie. Aber wir beweisen, dass das Konzept funktioniert und bei vernünftiger Finanzierung ausgeweitet werden könnte.

Anna Emmanouelidou

Menschenrechtliche Aspekte beim selbstbestimmten Absetzen von Antidepressiva und Neuroleptika

Dem Absetzen von Antidepressiva (AD) und Neuroleptika (NL) geht deren Verabreichung und dieser die Aufklärung voran. Aufgeklärt, wie rechtlich vorgeschrieben, wird jedoch in aller Regel weder zu Beginn der Verabreichung noch in deren Verlauf, noch beim Übergang zur Langzeitbehandlung. Dies ergeben aktuelle Eingeständnisse von Schulpsychiatern: Sie befürchten,



Peter Lehmann

dass die Betroffenen bei einer umfassenden Aufklärung über Risiken und unerwünschte Wirkungen die Behandlung ablehnen.

Ein spezielles Kapitel ist die unterlassene Information über das Risiko der körperlichen Abhängigkeit. Seit Einführung der AD und NL in das Behandlungsarsenal gibt es unmissverständliche Publikationen von Psychiatern wie Roland Kuhn, Raymond Battegay oder Rudolf Degkwitz, wonach nach fortgesetzter AD- oder NL-Verabreichung mit zum Teil erheblichen Entzugserscheinungen zu rechnen ist – analog denen bei Alkaloiden, Barbituraten und Drogen (Lehmann 2024).

Durch die Neudeinition von Medikamentenabhängigkeit in den 1980er-Jahren, wo man im Interesse der Pharmaindustrie Suchtverlangen zum unerlässlichen Bestandteil der Abhängigkeit erklärte, streitet die Schulpsychiatrie das Risiko körperlicher Abhängigkeit bei AD und NL auch aus rein formellen Gründen ab. Als Konsequenz gibt es keine Diagnose der Abhängigkeit von AD und NL, keinen Einsatz der Checkliste DESS (Discontinuation Emergent Signs and Symptoms) oder des DID-W1 (Diagnostic Clinical Interview for Drug Withdrawal 1) zur Abgrenzung von Entzugserscheinungen oder Reboundeffekten vom sogenannten echten Rückfall, keine Abrechnungsziffern, keine kompetente Unterstützung beim Absetzen, keine Reha-Angebote, kaum eine Chance für Schadenersatzklagen, kein Verständnis für chronische oder zeitversetzt auftretende Entzugserscheinungen und vor allem keinerlei Warnung vor dem Abhängigkeitsrisiko zu Beginn der Verabreichung. Ohne realitätsgerechte Vorinformation stellt der Eingriff in die



Die Herausgeber versammeln neueste wissenschaftliche Erkenntnisse und bewährte Praxiserfahrungen, schwerpunktmaßig aus dem deutschsprachigen Raum. Sie stellen Absetzgründe und -strategien – auch für das schwierige Absetzen von Kombinationen – vor und vergessen dabei weder das institutionelle Setting noch die Betroffenen- und Familienselbsthilfe. Mit den vorgestellten Praxiskonzepten wird allen Beteiligten das notwendige Wissen vermittelt, um individuell angepasst absetzen zu können.

Beiträge von praxiserfahrenen Pflegern, ÄrztInnen, PsychologInnen, Betroffenen, Angehörigen und weiteren engagierten Sachkundigen (u. a. Martin Zinkler, Uwe Gonther, Stefan Weinmann, Jann E. Schlimme, Robert Whitaker). Geleitwort von Dr. Kirsten Kappert-Gonther, MdB.

Kartoniert, 264 Seiten, 38,- €
Antipsychiatrieverlag (ISBN 978-3-925931-99-4)
Psychiatrie Verlag (ISBN 978-3-96605-212-2)
www.antipsychiatrieverlag.de/2023

Bestellung an:
Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag
Eosanderstraße 15
10587 Berlin
Tel. 030 / 85 96 37 06
info@antipsychiatrieverlag.de



körperliche Unversehrtheit eine strafbare Körperverletzung dar.

Hinzu kommt die groteske Herstellerinformation an Behandelnde, wonach das Absetzen keinerlei Problem sei. Beispielsweise bei Clozapin empfehlen Hersteller – unabhängig von der Verabreichungsdauer – »die schrittweise Reduktion der Dosis über einen Zeitraum von 1 bis 2 Wochen«. Diesen Verstoß gegen § 84 des Arzneimittelrechts kann man als Anleitung zur Entzugspsychose werten (s. <https://peter-lehmann.de/docu/freiburg-2024.pdf>).

Längst haben diese Menschenrechtsverletzungen – eine ganze »Elefantenherde im Raum« – ihren Widerhall in der UN-Behindertenkonvention, in Empfehlungen der WHO und des UN-Hochkommissariats für Menschenrechte gefunden. Sie fordern Unterstützungsangebote für Absetzwillinge und eine Audio- oder Videoaufzeichnung der Aufklärung und verurteilen die Verabreichung von Psychopharmaka ohne informierte Zustimmung oder nach Täuschung durch Falschinformation als Missbrauch, gar Folter gleichkommend (Lehmann 2023).

Insofern ist es wünschenswert, dass Organisationen wie die DGSP oder SOPSY (Schweiz), die sich nicht auf eine selektive Interessenvertretung von Behandelnden beschränken, die Vorschläge der WHO und der UN aufgreifen und sich öffentlich und fachöffentlich für verbesserte Aufklärungskonditionen, wegen des besonderen öffentlichen Interesses für ein Tätigwerden der Strafverfolgungsbehörden von Amts wegen und für den Aufbau struktureller Unterstützungsformen beim selbstbestimmten Absetzen von Psychopharmaka einsetzen.

Peter Lehmann

Fazit

Psychopharmakafreie Behandlungsangebote und Unterstützungsprogramme für das Reduzieren und Absetzen von Psychopharmaka in der Regelversorgung müssen aufgebaut und allen Betroffenen zugänglich gemacht werden – wie dies auch die Arbeitsgruppe »Willkürliche Unterbringung« des UN-Menschenrechtsrats, die UN-Behindertenrechtskonvention, die Weltgesundheitsorganisation

und der Hohe Kommissar der Vereinten Nationen für Menschenrechte fordern. ■

Autorin & Autoren

Dr. phil. Anna Emmanouelidou, MSc., Klinische Dipl.-Psych., Ausbilderin für systemische Psychotherapie, Gründungsmitglied des Observatoriums für Menschenrechte im Bereich der psychischen Gesundheit in Thessaloniki. Kontakt: annaemmanouelidou@yahoo.gr

Dr. phil. h.c. Peter Lehmann, Dipl.-Päd., Autor, Verleger & Fortbildner, Inhaber des Antipsychiatrieverlags, Mitglied im FA Psychopharmaka der DGSP. Mehr unter: www.peter-lehmann.de

Stefan Vetter, Pflegefachmann HF in der Schweiz. Unterstützt »Langzeitpatientinnen und -patienten«, die sich entschieden haben, ihre Psychopharmaka auszuschleichen. Sein Einsatz ist aufsuchend und beginnt direkt nach dem Klinikaustritt. Kontakt: stefan.vetter@stgag.ch

Priv.-Doz. Dr. med. Dr. PH Stefan Weinmann, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Volkswirt und Gesundheitswissenschaftler. Arbeitet am universitären Zentrum für Integrative Psychiatrie in Lübeck und ist an der Universität Basel habilitiert. Kontakt: Stefan.Weinmann@uksh.de

Literatur

Emmanouelidou A. (2024) Kooperative Unterstützung beim Absetzen von Psychopharmaka. In: Lehmann & Newnes (Hrsg.): Psychopharmaka reduzieren und absetzen. Berlin & Lancaster: Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag/Köln: Psychiatrie Verlag, S. 221–232

Lehmann, P. (22.11.2023) WHO & UN – Stärkung von Menschenrechten in der Psychiatrie. Online-Ressource: <https://antipsychiatrieverlag.de/un-who.htm> (letzter Zugriff: 31.01.2025)

Lehmann, P. (2024) Gibt es eine Abhängigkeit von Antidepressiva und Neuroleptika? In: Lehmann, P.; Newnes, C. (Hrsg.) Psychopharmaka reduzieren und absetzen. Berlin & Lancaster: Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag/Köln: Psychiatrie Verlag, S. 80–102

Lehmann, P.; Newnes, C. (Hrsg.) (2024) Psychopharmaka reduzieren und absetzen – Praxiskonzepte für Fachkräfte, Betroffene, Angehörige. Berlin & Lancaster: Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag/Köln: Psychiatrie Verlag

Vetter, S. (2024) Umgang mit Reboundeffekten beim Absetzen von Psychopharmaka. In: Lehmann, P.; Newnes, C. (Hrsg.) Psychopharmaka reduzieren und absetzen. Berlin & Lancaster: Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag/Köln: Psychiatrie Verlag, S. 179–187

* Für die Einleitung und das Fazit sind Peter Lehmann und Stefan Weinmann verantwortlich, für die namentlich kenntlich gemachten Beiträge die Autorin und die Autoren.

soziale psychiatrie 188



**FREMDE NACHBARSCHAFTEN
VERBINDENDE BEGEGNUNGEN IN DER SOZIALPSYCHIATRIE**

Jahrestagung 2024 von SOPSY und DGSP