

Peter Lehmann (Hg.)

# Psychopharmaka absetzen

Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika,  
Antidepressiva, Phasenprophylaktika,  
Ritalin und Tranquilizern

Vorworte von Pirkko Lahti und Loren R. Mosher



**Peter Lehmann (Hg.)**

# **Psychopharmaka absetzen**

Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika,  
Antidepressiva, Phasenprophylaktika, Ritalin und  
Tranquilizern

Aktualisierte Neuausgabe

Vorworte von Pirkko Lahti und Loren R. Mosher (†)

Mit Beiträgen von Karl Bach Jensen, Regina Bellion, Olga Besati, Wilma Boevink, Michael Chmela, Oryx Cohen, Susanne Cortez, Bert Gölden, Gábor Gombos (†), Katalin Gombos (†), Iris Heffmann, Maths Jespersen, Klaus John, Bob Johnson, Manuela Kälin, Kerstin Kempker, Leo P. Koehne, Peter Lehmann, Ulrich Lindner, Jim Maddock, Mary Maddock, Constanze Meyer, Fiona Milne, Christoph Müller, Harald Müller (†), Mary Nettle, Una M. Parker, Pino Pini, Nada Rath, Hannelore Reetz, Roland A. Richter, Marc Rufer, Hilde Schädle-Deininger, Lynne Setter, Martin Urban, Wolfgang Voelzke, David Webb, Josef Zehentbauer und Katherine Zurcher

Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag

## **Impressum**

»Psychopharmaka absetzen« erschien 1998 original als gedrucktes Buch. Erhältlich sind derzeit gedruckte Ausgaben in deutscher, englischer, französischer und griechischer Sprache. Als E-Book liegt es in englischer und spanischer Sprache vor. Informationen zu allen Ausgaben des Buches – auch in französischer und griechischer Sprache – stehen im Internet unter [www.peter-lehmann-publishing.com/comingoff](http://www.peter-lehmann-publishing.com/comingoff).

Der Verleger/Herausgeber und die Autorinnen und Autoren sind nicht verantwortlich für die Gültig- und Korrektheit von Adressen sowie externen Websites, die in diesem Buch genannt werden. Sie können auch keine Garantie dafür übernehmen, dass deren Inhalte korrekt sind und bleiben.

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Gebrauchs- und Handelsnamen in diesem Buch berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- oder Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen.

Die kursiv gesetzten Erläuterungen in Klammern sowie die Fußnoten (sofern nicht besonders kenntlich gemacht) stammen vom Herausgeber.

Umschlaggestaltung: Paula Kempker

© 2022 Peter Lehmann. Alle Rechte vorbehalten. Die Rechte für die einzelnen namentlich gezeichneten Originalbeiträge liegen bei den Autorinnen und Autoren. Kein Teil dieser Publikation darf ohne schriftliche Zustimmung der Rechteinhaberinnen und -inhaber in irgendeiner Form oder mit irgendwelchen Mitteln,

elektronisch oder mechanisch, vervielfältigt oder übertragen werden.

Berlin & Lancaster: Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag  
2022

[www.peter-lehmann-publishing.com](http://www.peter-lehmann-publishing.com)  
[www.antipsychiatrieverlag.de](http://www.antipsychiatrieverlag.de)

Bibliographische Information der Deutschen Bibliothek  
Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in  
der Deutschen Nationalbibliographie; detaillierte  
bibliographische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-98756-258-7 (eBook) · ISBN 978-3-925931-27-7  
(Printausgabe)

# Inhalt

[Innentitel & Impressum](#)

[Rechtlicher Hinweis](#)

[Vorworte](#)

[Einführung](#)

## **[Der Entschluss zum Absetzen](#)**

[Langsames Erwachen zu zweit \(Mary & Jim Maddock\)](#)

[Rückfall ins Leben \(Peter Lehmann\)](#)

## **[Absetzen ohne Entzugsprobleme](#)**

[Ein psychiatrisches Familienerbe ausgeschlagen \(Gábor Gombos\)](#)

[Zwischen Lobotomie und Antidepressiva \(Maths Jespersen\)](#)

## **[Stufenweises Absetzen](#)**

[Die zweite Angst \(Katherine Zurcher\)](#)

[Entkommen \(Michael Chmela\)](#)

[Mit Geduld \(Bert Gölden\)](#)

[Ungeheuer aus der Vergangenheit \(Wilma Boevink\)](#)

[Und zuletzt atypisch vorsichtig \(Susanne Cortez\)](#)

## **[Absetzen mit Problemen](#)**

[Crashkurs in Psychiatrie \(Oryx Cohen\)](#)

[Sucht oder Suche \(Hannelore Reetz\)](#)

## **[Gegengewichte](#)**

[Ich laufe um mein Leben. Wie ich die Heilung meiner Depressionen erreichte \(Ulrich Lindner\)](#)

[Vom Elektroschock zur Stimme der Seele \(Katalin Gombos\)](#)

[Reden, weinen, lachen \(Una M. Parker\)](#)

[Kloster statt Klinik \(Nada Rath\)](#)

[Widrigkeiten \(Olga Besati\)](#)

## **[Absetzen mit professioneller Hilfe](#)**

[»Bitte tun Sie sich nichts an« \(David Webb\)](#)

Hausbesuch vom Homöopathen (Manuela Kälin)

Mein Fels in der Brandung (Fiona Milne)

### **Lieber manchmal Psychopharmaka als immer**

Die Kontrolle zurück (Mary Nettle)

Rückkehr zu mir selbst (Lynne Setter)

Gemeinsam mit meiner Psychiaterin (Wolfgang Voelzke)

### **Professionell unterstützen**

Wer hat Angst vor dem Absetzen? Ärztliche Beratung und psychotherapeutische Gespräche beim Absetzen von Dämpfungs- und Beruhigungsmitteln (Josef Zehentbauer)

Angst machen – Angst nehmen. Beim Absetzwunsch wird die Meinung der Ärzte zur Gefahr (Marc Rufer)

Alberto, intellektuell behindert und ohne Psychopharmaka. Die Verabreichung eines Depot-Neuroleptikums als Mediationsversuch (Pino Pini)

»Bin ich wirklich noch behindert?«

Psychotherapeutische Begleitung beim Absetzen von Psychopharmaka – eine Fallgeschichte (Martin Urban)

Absetzen mit Orthomolekularer Medizin (Roland A. Richter)

»Sich der Medikamentenabhängigkeit entziehen...« Überlegungen zum Benzodiazepin- und Schmerzmittelentzug bei Frauen (Constanze Meyer)

Absetzen und Entgiftung von Psychopharmaka aus naturheilkundlicher Sicht (Klaus John)

Pflegerische Unterstützung beim Absetzen von Psychopharmaka (Hilde Schädle-Deiningner & Christoph Müller)

Zum Absetzen von Psychostimulanzien bei Kindern (Bob Johnson)

Absetzen im Weglaufhaus (Kerstin Kempker)

Austausch im Internet beim Absetzen von Psychopharmaka (Iris Heffmann)

### **Die Zeit danach**

Nach dem Absetzen fangen die Schwierigkeiten erst an  
(Regina Bellion)

»Jetzt gebe ich Ihnen Imap, das dient auch der sozialen  
Bindung!« (Leo P. Koehne)

### **Schlussworte**

Und nun, wie weiter vorgehen? Ein Resümee (Peter  
Lehmann)

Entgiftung – im Großen wie im Kleinen. Für eine Kultur  
des Respekts (Karl Bach Jensen)

### **Anhang**

Psychopharmaka-Wirkstoffe und Handelsnamen

Autorinnen und Autoren

Register

Aus dem Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag und bei  
Peter Lehmann Publishing

# Rechtlicher Hinweis

Die humanistische Antipsychiatrie und das Wissen von den Risiken und Schäden psychiatrischer Psychopharmaka sowie Elektroschocks ist ständigen Entwicklungen unterworfen. Erfahrungen erweitern unsere Erkenntnisse, insbesondere was die Beendigung der psychopharmakologischen Behandlung anbelangt. Soweit in diesem Buch eine Dosisreduzierung erwähnt wird, dürfen die Leser zwar darauf vertrauen, dass die Autoren sowie der Herausgeber bzw. Verlag große Sorgfalt darauf verwandt haben, dass diese Angabe dem Wissensstand bei Fertigstellung des Buches entspricht.

Da eine Vielfalt individueller Faktoren (körperlicher und psychischer Zustand, soziale Lebensverhältnisse etc.) einen wesentlichen Einfluss auf den Verlauf des Absetzprozesses ausüben, dürfen die Aussagen der Autoren nicht als übertragbare Empfehlungen *für alle* Leserinnen und Leser aufgefasst werden. Diese sind angehalten, durch sorgfältige Prüfung ihrer Lebenssituation einschließlich ihres körperlichen und seelischen Zustands und gegebenenfalls nach Konsultation eines geeigneten Spezialisten bzw. einer geeigneten Spezialistin festzustellen, ob ihre Entscheidung, nach Lektüre des Buches Psychopharmaka auf eine spezielle Weise abzusetzen, in kritischer und verantwortlicher Weise erfolgt.

Eine solche Prüfung ist besonders wichtig bei selten verwendeten Präparaten oder solchen, die neu auf den Markt gebracht worden sind.



Infolge dieser Umstände übernehmen der Herausgeber bzw. der Verlag sowie die Autorinnen und Autoren weder die Verantwortung für die Folgen unerwünschter Wirkungen beim Einnehmen von Psychopharmaka noch bei deren Absetzen. Der Herausgeber appelliert an alle Betroffenen, Angehörigen, Ärzte und Therapeuten, ihm etwa auffallende Ungenauigkeiten oder Misserfolge beim durchdachten Absetzen unter genauer Schilderung der Umstände mitzuteilen.

Das Absetzen von Medikamenten, die als Antiepileptika eingesetzt werden, ist kein Thema dieses Buches. Werden Antiepileptika abgesetzt, steigt die Gefahr neuer epileptischer Anfälle.

*Peter Lehmann*

# Vorworte

Dieses weltweit erste Buch zum Thema ›Erfolgreiches Absetzen von Psychopharmaka‹, erstmals veröffentlicht 1998, richtet sich vor allem an Menschen, die aus eigener Entscheidung absetzen wollen. Es wendet sich aber auch an ihre Angehörigen und Therapeuten.

Millionen Menschen nehmen psychiatrische Psychopharmaka, zum Beispiel Haldol<sup>1</sup>, Fluctine<sup>2</sup> oder Zyprexa<sup>3</sup>. Für sie sind detaillierte Erfahrungsberichte darüber, wie man diese Substanzen abgesetzt hat, ohne wieder im Behandlungszimmer des Arztes zu landen, von existenziellem Interesse.

Viele meiner Kollegen im psychosozialen Arbeitsfeld verbringen einen großen Teil ihrer Zeit damit, Kriterien für die Verabreichung von Psychopharmaka zu entwickeln. Diagnosen wie Zwangshandlung, Depression, Hautentzündung, Hyperaktivität, Schwangerschaftserbrechen, Schlaflosigkeit, Bettnässen, Psychose, Stottern oder Reiseübelkeit können zur Anwendung von Neuroleptika führen, von Antidepressiva, Lithium<sup>4</sup>, Tranquilizern und anderen Psychopharmaka. Die Entwicklung von Indikationen ist eine verantwortungsvolle Aufgabe, reich an Konsequenzen.

Diagnosen und Indikationen führen oft zur Behandlung mit Psychopharmaka, die langwierig sein kann. Wer kann vorhersagen, ob die Psychopharmaka – wenn die Zeit kommt – problemlos abgesetzt werden können? Von Tranquilizern, besonders von Benzodiazepinen, kennen wir

die abhängig machende Wirkung bereits. Absetzen ohne therapeutische Hilfe und ohne Kenntnisse über die Risiken kann einen dramatischen Verlauf nehmen. Welche Risiken gibt es beim Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva und Lithium?

Welche Bedingungen können zu einem schnellen Rückfall nach dem Absetzen führen? Hörten wir nicht schon von psychopharmakabedingten Absetzproblemen, von Rezeptorenveränderungen, Supersensitivitäts- und Absetzpsychosen? Wer kann Rückfälle von verdeckten Entzugsproblemen unterscheiden?

Welche Bedingungen unterstützen ein erfolgreiches Absetzen – erfolgreich in dem Sinn, dass die Patienten danach nicht sofort wieder im Behandlungszimmer des Arztes sitzen, sondern frei und gesund leben, so wie wir uns das alle wünschen?

Lassen wir unsere Patienten nicht allein mit ihren Sorgen und Problemen, wenn sie sich – aus welchem Grund auch immer – selbst entscheiden, ihre Psychopharmaka absetzen zu wollen? Wo können sie Unterstützung, Verständnis und positive Vorbilder finden, wenn sie sich enttäuscht von uns abwenden (und wir uns von ihnen)?

Peter Lehmann, Vorstandsmitglied des Europäischen Netzwerks von Psychiatriebetroffenen (ENUSP) und ehemaliges Vorstandsmitglied von Mental Health Europe, der europäischen Sektion der World Federation for Mental Health (*Weltverband für psychische Gesundheit*), hat Anerkennung geerntet für die schwierige Aufgabe, als weltweit erster Experte Erfahrungen von Betroffenen und ihren Therapeuten zu sammeln, die Psychopharmaka erfolgreich abgesetzt oder ihre Klienten dabei unterstützt haben. In diesem Buch schreiben Betroffene aus Australien, Belgien, Dänemark, Deutschland, England, Jugoslawien, Neuseeland, den Niederlanden, Österreich, Schweden, der Schweiz, Ungarn und den USA über ihre Absetzerfahrungen. Darüber hinaus berichten Experten aus

der Medizin, Psychiatrie, Sozialarbeit, Psychotherapie und Naturheilkunde davon, wie sie ihren Klienten beim Absetzen helfen. Durch die Internationalität der Autoren bietet das Buch ein umfassendes Bild von Erfahrungen und Wissen.

Das Buch hat eine provokante Botschaft: Lebenserfahrungen weichen manchmal von wissenschaftlichen Übereinkünften ab. Es basiert auf persönlichen Erfahrungen von Betroffenen sowie von Professionellen, die beim Absetzen von Psychopharmaka helfen. Somit ist es ein guter Ansatzpunkt, in die Diskussion einzusteigen. Das Buch sollte in jeder Arztpraxis, jeder Therapiestation und in jeder Patientenbibliothek verfügbar sein.

Helsinki, 19. August 2002

Pirkko Lahti

Präsidentin der World Federation for Mental Health (2001-2003)

## **Fußnoten**

1 Neuroleptikum; Wirkstoff Haloperidol; im Handel als Haldol, Haloperidol

2 Antidepressivum; Wirkstoff Fluoxetin; im Handel als Felicium, Fluctine, Fluoxetin, Flux, Fluxomed, Mutan

3 Neuroleptikum; Wirkstoff Olanzapin; im Handel als Aedon, Olanpax, Olanzapin, Zypadhera, Zyprexa

4 Phasenprophylaktikum; im Handel als Hypnorex, Lithiofor, Lithium, Priadel, Quilonorm, Quilonum

*Aus dem Englischen von Pia Kempker*

»Es gibt keine größere Tyrannei als diejenige, die im Interesse des Opfers praktiziert wird.« – C. S. Lewis<sup>1</sup>

Dieses Buch ist einem Thema gewidmet, zu dem es heutzutage eine Menge abwegiger Vorstellungen gibt. Wir leben in einem Zeitalter der ›Pille für jedes Leiden‹. Speziell den Pillen, die auf unsere Psyche wirken, widmen die Menschen jedoch zu wenig Aufmerksamkeit.

Was bedeutet es, die Seele, das Selbst, den menschlichen Geist medikamentös zu behandeln? Unser Standardlexikon »Webster« definiert Psyche auf all diese drei Arten. Greifen diese Chemikalien (»Psychopharmaka«) nicht in den Kern der menschlichen Natur ein? Sollte man diesem Prozess nicht viel Vorsicht und Umsicht schenken? Wenn einmal begonnen, sollte er nicht kontinuierlich überwacht werden? Wenn doch alle drei – Seele, Selbst, menschlicher Geist – das Wesen des Menschen ausmachen, sollten dann nicht die Betroffenen aufgrund ihrer eigenen subjektiven Erfahrung mit den Psychopharmaka entscheiden, ob sie diese nehmen wollen? Die Antwort ist natürlich ein lautes und deutliches Ja.

Lassen Sie uns realistisch werden. Da es nur wenige objektive Indikatoren für die Wirkung dieser Medikamente gibt, sind die Berichte der Patienten entscheidend. Beschäftigen sich die psychopharmakaverschreibenden Ärzte und Psychiater sorgfältig mit der persönlichen Erfahrung der Patienten mit einzelnen Medikamenten? Die Antwort auf diese Frage ist natürlich unterschiedlich, aber wenn man eine andere Sprache spricht, einer Minderheit angehört, arm ist, als ›sehr krank‹ angesehen wird oder in der Psychiatrie zwangsuntergebracht ist, nimmt die Wahrscheinlichkeit, wirklich angehört zu werden, dramatisch ab – dabei ist sie für alle schon nicht sehr hoch.

Daher ist der Kern dieses Buches sehr wichtig: die Geschichten von Personen, denen nicht zugehört wurde, als ihre Seele, ihr Selbst und ihr menschlicher Geist durch die

- oft zwangsweise verabreichten - Psychopharmaka Qualen erlitten. Da gibt es die Geschichten von mutigen Entscheidungen, die im Widerspruch zur Meinung von einflussreichen Experten (und manchmal gegen Familie und Freunden) getroffen wurden - und vom Leiden, das manchmal folgte. Nach dem Absetzen der Medikamente begann das Gehirn, wieder den ursprünglichen Zustand herzustellen. Die meisten wurden nie davor gewarnt, dass die Medikamente möglicherweise hirnerkrankend wirken (oder noch schlimmer, Hirnbereiche abtöten), so dass Entzugerscheinungen fast zwangsläufig auftreten. Ebenso wenig wussten sie, dass diese langwierig sein und als ›Rückfall‹ interpretiert werden können. Es gibt Horrorgeschichten davon, was passieren kann (aber nicht muss), wenn man versucht, das Gehirn zum normalen Funktionieren zurückkehren zu lassen, nachdem es voll unter dem Einfluss ›therapeutischer‹ Chemikalien gestanden hatte. In der Regel war dieses Leiden leider notwendig, um die Seele, das Selbst und den menschlichen Geist - den Kern der menschlichen Natur - wieder herzustellen.

Da die Medikamente gedankenlos, in paternalistischer Manier und oft unnötig gegeben wurden, um eine nicht identifizierbare ›Krankheit‹ zu heilen, ist das Buch auch eine Anklage gegen Ärzte. Den Hippokratischen Eid - in erster Linie keinen Schaden zufügen - missachtete man regelmäßig in der Eile, ›etwas zu tun‹. Wie ist es möglich zu klären, ob es Seelenmord geben kann, wenn man die Erfahrungsberichte von Patienten mit Medikamenten nicht kennt, die direkt auf das Wesentliche ihres Menschseins abzielen? Auch wenn sie sich anders geben: Ärzte sind nur Doktoren der Medizin, keine Medizingötter. Im Gegensatz zu richtigen Göttern müssen sich Ärzte für ihre Taten zur Rechenschaft ziehen lassen.

Dieses Buch ist ein Muss für alle, die mit dem Gedanken spielen, diese legalen persönlichkeitsverändernden

Medikamente zu nehmen oder nicht mehr zu nehmen, und vielleicht noch eher für diejenigen, die sie verschreiben können.

26. August 2002

Dr. med. Loren R. Mosher (1933-2004)

Direktor, Soteria Associates

Klinischer Professor für Psychiatrie

University of California, San Diego

## **Fußnote**

<sup>1</sup> Clive Staples Lewis (1898-1963) war Professor für englische Literaturwissenschaft in Oxford und einer der bedeutendsten christlichen Autoren des 20. Jahrhunderts.

*Aus dem Amerikanischen von Pia Kempker*

»AutorInnen gesucht zum Thema ›Psychopharmaka absetzen‹«. So lautete mein Aufruf, den ich 1995 weltweit in einschlägigen Kreisen verbreitete. Ich schrieb:

»›Psychopharmaka absetzen. Erfahrungsberichte mit Tranquilizern, Antidepressiva, Neuroleptika, Carbamazepin<sup>1</sup> und Lithium‹. Dies ist der Titel eines Buches, das 1997/98 erscheinen soll. Für die Mehrzahl derjenigen, denen eines oder mehrere der genannten Psychopharmaka verabreicht bzw. verschrieben werden, sind positive Beispiele dafür, dass man diese Substanzen absetzen kann, ohne gleich wieder im Behandlungszimmer des Arztes oder in der Anstalt zu landen, von existenziellem Interesse. Deshalb suche ich Autorinnen und Autoren, die über ihre eigenen Erfahrungen auf dem Weg zum Absetzen berichten und die jetzt frei von psychiatrischen Psychopharmaka leben. Ich suche

aber auch Berichte von Menschen, die anderen professionell oder aus persönlichen Erwägungen mit Erfolg beim Absetzen helfen.«

Ich bekam eine Reihe von Zuschriften Betroffener, die einen Beitrag liefern wollten. Auch einige Professionelle antworteten; sie sind hier im Buch vertreten. Eine Berliner Psychiaterin zog ihren angebotenen Beitrag über das in ihrer Praxis mögliche stufenweise Absetzen, verbunden mit psychotherapeutischen Gesprächsgruppen, vermutlich aus (nicht unberechtigter) Angst zurück, absetzwillige Psychopharmakakonsumenten könnten ihre Praxis überfluten. Da von Angehörigen keine Reaktion kam, schickte ich meinen Aufruf an den deutschen Bundesverband der Angehörigen ›psychisch Kranker‹. Reaktion: Schweigen. Ist der Grund darin zu suchen, dass die organisierten Angehörigen seit Jahren von der Pharmaindustrie mit Gratisvorträgen und Gratisinformationen bedacht werden?

Es wäre allerdings fatal, die Problematik der Dauereinnahme von Psychopharmaka und mögliche Schwierigkeiten beim Absetzen auf gefühlskalte oder unwissende Angehörige, verantwortungslose Ärzte und gewinnorientierte Pharmaunternehmen zu reduzieren. Zwei Autoren, die sich auf meinen Aufruf gemeldet hatten und von ihren Absetzerfahrungen berichten wollten, zogen ihr Angebot zurück: Sie hatten einen ›Rückfall‹. Eine Frau berichtete, der Zeitpunkt, den sie zum Absetzen gewählt hatte, sei unglücklich gewählt gewesen: die Trennung von ihrem Freund. Eine weitere teilte ohne Angabe näherer Umstände mit, sie sei wegen einer erneuten Psychose wieder in die Klinik gekommen: Hatte sie das erlebt, was Fachleute eine ›Absetzpsychose‹ nennen, oder war sie einfach wieder von ihren alten, unverarbeiteten Problemen überschwemmt worden?

Wohlweislich hatte ich mich gehütet, andere zum Absetzen aufzufordern. Ich sprach ausdrücklich diejenigen



an, die vor meinem Aufruf bereits abgesetzt hatten. Dennoch stelle ich mir die Frage, ob ich nicht allein durch die publizistische Beschäftigung mit dem Thema ›Absetzen‹ andere fahrlässig dazu verleite, ihre Psychopharmaka unbedacht wegzulassen.

Seit es psychiatrische Psychopharmaka gibt, setzen sehr viele Behandelte von sich aus diese Mittel ab. Man kann spekulieren, in welcher Häufigkeit es einzig aus diesem Grund zu einem ›Rückfall‹ und damit eventuell zu einer erneuten Verabreichung kommt. Sicher scheint mir die Tatsache, dass eine Vielzahl der Absetzversuche erfolgreicher verlaufen würde, wenn bei den Betroffenen und ihren Nächsten ausreichendes Wissen über möglicherweise auftretende Probleme vorhanden wäre sowie eine Vorstellung darüber, was man aktiv beitragen kann, damit der prophezeite Rückfall ausbleibt. Auch professionell Tätige – von einer Handvoll Ausnahmen abgesehen – machen sich wenig Gedanken, wie sie ihre Klienten unterstützen können, wenn sich diese nun einmal fürs Absetzen entscheiden. Ihnen den Rücken zu kehren und sie mit ihren Problemen allein zu lassen, beweist wenig Verantwortungsbewusstsein.

Die vielen unterschiedlichen Wege, Psychopharmaka abzusetzen, lassen sich in einem Buch keineswegs umfassend darstellen. Wichtig war mir als Herausgeber, dass ›meine‹ Autoren – von den beteiligten Profis abgesehen – ihre Wünsche, Ängste und persönlichen Vorgehensweisen so offen wie möglich darstellen. Nur eines sollten sie nicht: anderen Ratschläge geben, was sie tun sollten, Patentrezepte verteilen. Jede Leserin, jeder Leser muss gemäß den vorhandenen Problemen und Möglichkeiten, den persönlichen Schwächen und Stärken, den individuellen Beschränkungen und Wünschen die eigenen Mittel und Wege finden. Die Berichte derer, die das Absetzen psychiatrischer Psychopharmaka bewältigt haben, sollen zeigen, dass es möglich ist, unbeschadet am

Ziel seiner Wünsche anzukommen und ein Leben frei oder zumindest relativ frei von psychopharmakologischer Beeinträchtigung zu führen.

11. September 1998  
Peter Lehmann

### *Zur 3. Auflage*

Auch in dieser Ausgabe sind wieder neue Autoren dazugekommen: Oryx Cohen, Bob Johnson, Fiona Milne und Pino Pini. Damit soll die Aktualität gesichert bleiben, der Themenkreis und die Internationalität der Autorenschaft ausgeweitet und es sollen neuere Psychopharmaka integriert werden. Entsprechend musste ich einige ältere Artikel streichen.

Um Missverständnisse auszuschließen, kann ich nicht oft genug betonen: Im vorliegenden Buch nehmen die Absetzversuche positive Verläufe – kein Wunder, ich hatte ausdrücklich nach erfolgreichen Erfahrungen gefragt. Dass das Absetzen auch misslingen oder nicht wie gewünscht zum dauerhaften psychopharmakafreien Leben führen kann, ist eine Binsenweisheit. Da erfolgreiches Absetzen in psychiatrischer und pharmafirmengesponserter Literatur in aller Regel tabuisiert wird, scheint es allerdings mehr als berechtigt, der bisher ausgeblendeten Realität ein Forum zu geben – als Gegengewicht zur Masse ideologischer und einseitiger Informationen.

Selbstbestimmtes Absetzen wird nicht nur tabuisiert, es wird auch als Risikofaktor in die Nähe einer psychiatrischen Störung gerückt. Dies geht beispielsweise aus der weltweit verbreiteten psychiatrischen Diagnosenfibel DSM hervor. Unter der Nummer V15.81 (Z91.1) – »Nichtbefolgen von Behandlungsanweisungen« – hält sie Psychiatern den medizinischen Schlüssel bereit, mit welchem bei Absetzwilligen der Entschluss zum Absetzen aktenmäßig zu erfassen ist für den Fall, dass sie sich

anmaßen, ihre persönlichen Interessen und Werturteile über die der verabreichenden Psychiater zu stellen:

»Die Gründe für das Nichtbefolgen können sein: Beschwerden aufgrund der Behandlung (z. B. Medikamentennebenwirkungen); Kosten der Behandlung; Entscheidungen bzgl. der Vor- und Nachteile der vorgeschlagenen Behandlung aufgrund persönlicher Werturteile oder religiöser oder kultureller Anschauungen; problematische Persönlichkeitszüge oder Bewältigungsstile...« (Sass u.a., 2003, S. 808)

31. Januar 2008

Peter Lehmann

#### *Zur 4. Auflage und zur Ausgabe als E-Book*

In der Einführung zur aktuellen Auflage sind mögliche Entzugsprobleme jetzt ausführlich dargestellt, und im zusammenfassenden Kapitel am Schluss des Buches gehe ich auf spezielle Aspekte beim Absetzen psychiatrischer Psychopharmaka ein, unter anderem die Frage, wie man Kombinationen am besten absetzt.

Immer wieder werde ich nach Psychiatern gefragt, die beim Absetzen helfen. Bedarf auf der einen Seite trifft nach wie vor auf verweigerte Hilfeleistung auf der anderen. Möglicherweise spielen auch wirtschaftliche Aspekte eine Rolle: Weil es im Gegensatz zur Diagnose ›Benzodiazepinabhängigkeit‹ noch keine Diagnose ›Neuroleptikaabhängigkeit‹ oder ›Antidepressivaabhängigkeit‹ gibt, können Ärzte ihren Zeitaufwand gegenüber Krankenkassen nicht so einfach abrechnen. Man kann darüber wütend sein – doch was brächte es, sich in die Hände absetzunerfahrener und -unwilliger Ärzte zu begeben? Wer würde sein Auto zur Reparatur in eine Werkstatt bringen, aus der noch nie ein Auto im fahrtüchtigen Zustand wieder herausgefahren ist?

Viele Betroffene sind überzeugt, zum Absetzen bräuchten sie unbedingt die Zustimmung eines Arztes. Doch ob man Psychopharmaka mit oder gegen ärztlichen Rat absetzt, spielt im Prinzip keine Rolle. Wer es gegen ärztlichen Rat tut, hat die gleichen Erfolgschancen wie diejenigen, deren Arzt oder Ärztin ihre Entscheidung unterstützt. Dies ist das ermutigende Ergebnis bei zwei Drittel aller Befragungen im Rahmen des ›Coping with Coming Off‹-Projekts in England und Wales, bei dem Erfahrungen mit dem Absetzen von Psychopharmaka eruiert wurden. Finanziert vom britischen Gesundheitsministerium hatte 2003 und 2004 ein Team psychiatriebetroffener Forscher 250 Interviews im Auftrag der Sozialpsychiatriestiftung MIND durchgeführt. Als hilfreich galten der Beistand von Beratern oder einer Selbsthilfegruppe, ergänzende Psychotherapie, gegenseitige Unterstützung, Informationen aus dem Internet oder aus Büchern, Aktivitäten wie Entspannung, Meditation oder Bewegung. Es stellte sich heraus, dass Ärzte nicht voraussagen konnten, welche Patienten erfolgreich Psychopharmaka absetzen würden. Sie wurden als die am wenigsten hilfreiche Gruppe beim Absetzen genannt (Read, 2005; Wallcraft, 2007). Als Konsequenz dieser Studie änderte MIND seinen Standardratschlag. War vorher – wenn überhaupt – geraten worden, Psychopharmaka nur mit ärztlichem Einverständnis abzusetzen, wies man auf die Indoktrination von Ärzten durch die Pharmaindustrie hin (Darton, 2005, S. 5) und legte nahe, sich ausgewogen zu informieren (Read, 2005). Der Beitrag von Susan Kingsley-Smith soll auf der Suche nach eigenen Wegen helfen.

Wie eine Studie des National Institute of Mental Health in den USA 2006 zeigte, beenden drei Viertel aller Behandelten früher oder später die Einnahme von Neuroleptika aller Art – weil diese keine Besserung bringen oder weil die unerwünschten Wirkungen unerträglich sind (McEvoy u.a., 2006; Stroup u.a., 2006). Diese Praxis stimmt

mit dem theoretischen, wenn auch folgenlosen Wissen von Ärzten überein, die längst erkannt haben, dass es oft höchste Zeit zum Absetzen der verordneten Psychopharmaka ist. Als die Crème de la Crème der deutschen Mainstream-Psychiatrie 1979 das 75-jährige Jubiläum des Baus der Psychiatrischen Universitätsklinik München feierte, gestand Fritz Freyhan ein:

»In den fünfziger Jahren musste sich der psychopharmakaerfahrene Psychiater nach Leibeskräften einsetzen, um seine Kollegen von den Vorteilen der Arzneimittelbehandlung zu überzeugen. In den letzten Jahren ist aber der Punkt erreicht worden, wo der arzneimittelkundige Psychiater dem leidenden Patienten drastische Erleichterung geben kann, indem er das Absetzen aller antitherapeutischen Arzneimittelbehandlungen verordnet.« (1983, S. 71)

Insbesondere angesichts der Verschreibungskaskaden sowohl von medizinischen Medikamenten als auch psychiatrischen Psychopharmaka bei älteren Menschen und den vielfältigen unerwünschten Wirkungen (zum Beispiel Kreislaufstörungen) und Interaktionen kam die deutsche Internistin Jutta Witzke-Gross 2010 zum Schluss:

»Absetzen von Medikamenten kann die beste klinische Entscheidung sein und in einem signifikanten klinischen Nutzen einschließlich einer Reduktion der Fallneigung resultieren. (...) Es ist auch immer daran zu denken, dass eine Möglichkeit, Medikamente abzusetzen, die ist, mit dem Medikament erst gar nicht anzufangen.« (S. 29/32)

29. August 2013  
Peter Lehmann

*Zur 4., aktualisierten E-Book-Auflage*

Herstellerfirmen und die Verabreicher von Antidepressiva und Neuroleptika vermeiden weiterhin in aller Regel, von körperlicher Abhängigkeit zu sprechen, die ihre Psychopharmaka hervorrufen können. Herstellerfirmen tun dies bisher einzig bei den Antidepressiva Tianeptin<sup>2</sup> und Sertralin<sup>3</sup>. Psychiaterverbände weigern sich, die Diagnose der körperlichen Neuroleptika- oder Antidepressiva-Abhängigkeit in ihre Diagnosensammlung aufzunehmen.

Ohne eine solche Diagnose aber fehlt die Warnung an die Betroffenen vor zu schnellem Absetzen und die Information über mögliche Entzugssymptome und deren Vermeidung oder Linderung. Die Betroffenen haben kaum eine Chance auf Ansprüche auf eine (teil-) stationäre Unterstützung beim Absetzen, auf Entschädigung und auf Maßnahmen zur Rehabilitation. Ohne eine solche Diagnose wännen Ärzte, nicht zur Aufklärung über dieses Risiko verpflichtet zu sein. Außerdem können sie Maßnahmen zur Linderung und Überwindung der Abhängigkeit gegenüber Krankenkassen schlecht oder gar nicht abrechnen.

Allerdings beginnen einzelne Neuroleptika-Herstellerfirmen, sich durch die Warnung vor Entzugssyndromen, die zum Teil lebensbedrohlich sind, gegen mögliche Regressansprüche zu schützen und Prozessrisiken auf die Ärztinnen und Ärzte abzuwälzen. So teilt zum Beispiel die Schweizer Lundbeck AG, Zulassungsinhaberin von Clopixol<sup>4</sup>, 2014 in ihrer *Fachinformation* Ärzten mit, ein plötzliches Absetzen dieser Substanz könne schwerwiegende Entzugssymptome zur Folge haben; Neugeborene, deren Mütter während der Schwangerschaft diese Substanz erhielten, sollten angesichts einer mit dem Absetzen verbundenen Lebensgefahr gegebenenfalls intensivmedizinisch überwacht und längerfristig hospitalisiert werden.

Die Ergebnisse der zuvor erwähnten britischen Studie von MIND aus den Jahren 2003-2004 wurden inzwischen

durch eine vergleichbare Studie in den USA bestätigt. Auch hier wurden psychiatrisch Tätige als mehrheitlich wenig hilfreiche Berufsgruppe beim Absetzen von Psychopharmaka identifiziert (Ostrow u.a., 2017). Es ist überfällig, dass psychiatrisch Tätige Kompetenzen erwerben, damit sie auf Wunsch ihrer Patientinnen und Patienten das Absetzen unterstützen können. Es sollte eine Selbstverständlichkeit sein, dass Ärzte ihre Patientinnen und Patienten nicht vor die Tür setzen, wenn diese Psychopharmaka absetzen wollen und um Hilfe bitten. Doch erfahrungsgemäß tritt genau diese Situation häufig ein. Der Psychiater Asmus Finzen, ehemals Leitender Krankenhausarzt in Wunstorf (1975-1987) und Basel (bis 2003), fand hierzu deutliche Worte:

»Viele drohen damit, ihre Patienten zu verstoßen – und manche tun das auch. Das aber ist mit den Prinzipien und der Ethik ihres Berufes nicht vereinbar. Es kann sogar ein Kunstfehler sein: Wenn ein Patient Medikamente, die er langfristig eingenommen hat, absetzen oder reduzieren will, hat der behandelnde Arzt ihm gefälligst zu helfen – auch wenn er anderer Meinung ist.« (2015, S. 16)

Wie aus den *Fachinformationen* von Herstellerfirmen an Ärzte hervorgeht, gibt es eine Vielzahl psychopharmakabedingter Anlässe, bei denen unverzüglich zu reduzieren oder komplett abzusetzen ist. Hierzu zählen Depressionen oder Suizidalität (falls neu), Anzeichen von Leberfunktionsstörungen oder tardiven Dyskinesien (mit der Zeit chronisch werdenden Muskelstörungen), erhöhter Augeninnendruck, Herzrhythmusstörungen u.v.m. (Lehmann, 2017, S. 29-85). Gleichzeitig geben Herstellerfirmen oft in verantwortungsloser Weise extrem kurze Zeiten für das Absetzen vor (Langfeldt, 2018), so dass massive Entzugsprobleme und die Neuverordnung und Aufdosierung von Psychopharmaka programmiert sind.

Als Reaktion auf fehlende Hilfen und fehlendes Wissen zur Entzugsproblematik gründeten Vertreterinnen und Vertreter der niederländischen Verbände der Pharmazeuten, der Hausärzte und der Psychiater sowie ein gemischter Verband von Psychiatriebetroffenen und Angehörigen die Discontinuation of Antidepressants Taskforce (Arbeitsgruppe zum Absetzen von Antidepressiva). Diese dokumentiert Möglichkeiten zum kleinschrittigen Reduzieren insbesondere am Ende des Absetzprozesses sowie Entzugsprobleme und Wege zu deren Linderung. Außerdem identifiziert sie die Anzeichen für ein erfolgreiches Absetzen (KNMP u.a., 2018; Ruhe u.a., 2019). In Großbritannien ist der Council for Evidence-based Psychiatry (CEP – Rat für evidenzbasierte Psychiatrie) führend aktiv. Diese Gruppe von Psychiatern, Wissenschaftlern und anderen Interessierten arbeitet mit öffentlichen Einrichtungen und Organisationen für Entzugshilfen zusammen. Unter anderem empfiehlt sie dem Parlament, die Entwicklung landesweiter Dienste zu veranlassen, die absetzwillige Betroffene unterstützen müssen (CEP, 2019).

In Deutschland wurden inzwischen erste schulmedizinisch orientierte Psychiater initiativ. Schon bevor sich Patientinnen und Patienten für ein Antidepressivum entscheiden, sollen sie über das Risiko von Abhängigkeit und nach dem Absetzen auftretenden Reboundeffekten aufgeklärt werden, so Tom Bschor (2018, S. 121f.), Chefarzt der Psychiatrischen Abteilung der Schlosspark-Klinik in Berlin-Charlottenburg. Psychiater einiger Kliniken in Rheinland-Pfalz warnen in Aufklärungsbroschüren deutlich vor dem Risiko körperlicher Abhängigkeit bei Antidepressiva (NetzG-RLP, 2018, S. 12). Die psychotherapeutische Schwerpunktstation für Psychosen im Landeskrankenhaus Andernach (30 Plätze) bietet für Betroffene des Versorgungsbereiches seit 2018 sogar die stationäre Aufnahme zum kontrollierten



Absetzen von Neuroleptika an. Und auch die Soteria-Station an der Psychiatrischen Universitätsklinik der Charité am St.-Hedwig-Krankenhaus in Berlin mit ihren zwölf Plätzen für Betroffene des Bezirks Berlin-Mitte macht dieses Angebot. Neuerdings gibt es vereinzelt Psychiater, die in ihren Klinikambulanzen das Absetzen von Neuroleptika begleiten.

Berliner Psychiatrie-Betroffene und weitere engagierte Personen wollten die für viele Menschen unerträgliche Situation nicht weiter tatenlos hinnehmen und beriefen 2016 mit Unterstützung des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes Berlin eine bis 2019 jährlich tagende fächerübergreifende Expertenrunde (»Psychexit«) ein (siehe [www.antipsychiatrieverlag.de/info/absetzinfos/buecher.htm#booklets](http://www.antipsychiatrieverlag.de/info/absetzinfos/buecher.htm#booklets)). Ziel war die Entwicklung eines Curriculums und einer Website (<https://absetzen.info>) zum kompetenten Begleiten beim Reduzieren bzw. Absetzen von Antidepressiva und Neuroleptika entwickeln. Dabei wurde deutlich, wie sehr es an kompetenter Hilfe für Patientinnen und Patienten fehlt, die ihre Psychopharmaka absetzen wollen und Rezepte für Ausschleichstreifen, Rezepturen für die Anfertigung individuell zugeschnittener Dosierungen oder eine Anleitung zum Absetzen von Kombinationen benötigen oder die sich generell überfordert fühlen.

Die Möglichkeit wie auch Notwendigkeit kleinschrittigen Ausschleichens gerade am Ende des Absetzprozesses nach längerer Einnahmezeit schildert Susanne Cortez in dem neu ins Buch aufgenommenen Artikel »Und zuletzt atypisch vorsichtig« am Beispiel des *atypischen* Neuroleptikums Quetiapin<sup>5</sup>. Neu ist auch der Artikel »Absetzen von Psychopharmaka – Erfahrungsaustausch im Internet« von Iris Heffmann. Er ersetzt den Beitrag von Susan Kingsley-Smith und zeigt, wo Betroffene im deutschsprachigen Raum Erfahrungen konstruktiv austauschen können, wenn sie von ihren Ärzten mit ihren Entzugsproblemen nicht

verstanden oder im Stich gelassen werden. Die neuesten Informationen über Ausschleichstreifen, Rezepturen für die Anfertigung individuell zugeschnittener Dosierungen und weitere Möglichkeiten zum kleinschrittigen Reduzieren sowie Vorschläge zum Absetzen von Kombinationen sind in das Schlusskapitel »Und nun, wie weiter vorgehen? Ein Resümee« eingeflossen.

Nicht oft genug kann darauf hingewiesen werden, dass – wie schon zuvor gesagt – die Absetzversuche im vorliegenden Buch allesamt positiv verliefen. Als Gegengewicht zur Masse einseitiger Informationen seitens der Pharmaindustrie und der Mainstream-Psychiatrie hatte ich ausdrücklich nach erfolgreichen Erfahrungen gefragt. Dass das Absetzen auch misslingen oder nicht wie gewünscht zu einem dauerhaft psychopharmakafreien Leben führen kann, sollte allgemein bekannt sein. Manche Betroffene machen die Erfahrung, dass sie – aus welchen Gründen auch immer – innerhalb ihrer Lebensverhältnisse ohne Psychopharmaka nicht zurechtkommen, ungeachtet aller Risiken, die mit der Langzeitverabreichung einhergehen. Ihnen und ihren Ärztinnen und Ärzten seien der Artikel »Minimaldosierung und Monitoring bei Neuroleptika« des Psychiaters Volkmar Aderhold (2017) sowie die Angaben der Discontinuation of Antidepressants Taskforce (KNMP u.a., 2018, S. 2) zur Minimaldosierung von neuen Antidepressiva ans Herz gelegt.

9. März 2020

Peter Lehmann

### *Zur 5. E-Book-Auflage*

Neu in der 5. E-Book-Auflage ist der Artikel »Pflegerische Unterstützung beim Absetzen von Psychopharmaka« von Hilde Schädle-Deininger & Christoph Müller. Er ersetzt den Artikel »Biodynamische Körper- und Auarbeit mit Bach-Blüten, Steinen und Farben« von Elke Laskowski.

24. September 2021  
Peter Lehmann

*Zur 6., aktualisierten E-Book-Auflage*

Psychiater halten es für einen großen Fortschritt, wenn ihre Patientinnen und Patienten bei der Frage, ob ihre Psychopharmaka abgesetzt werden sollen, mitentscheiden dürfen. Geteilte oder gemeinsame Entscheidungsfindung ist sicher besser als die bisherige Situation, wenn Psychiater über die Köpfe der Betroffenen hinweg entscheiden. Viele Psychiater schicken ihre Patientinnen und Patienten aus der Praxis, wenn sich diese für das Absetzen entschieden haben und um Beistand bitten. Die einen Psychiater halten ein solches Vorgehen für therapeutisch und ethisch korrekt, die anderen für unethisch und einen Kunstfehler, so beispielsweise Asmus Finzen (siehe oben).

Behandlungsleitlinien von Psychiaterverbänden legen es Psychiatern inzwischen nahe, ihre Patientinnen und Patienten beim Absetzen zu unterstützen, sofern sie, die Psychiater, dies für richtig halten. Für die Masse der Betroffenen, die unverschuldet in eine körperliche Abhängigkeit von Psychopharmaka geraten sind, die vor Behandlungsbeginn nicht über dieses Risiko aufgeklärt wurden und die keine unterstützungswillige und kompetente Ärzte finden, Psychiater inklusive, bleibt ihre verhängnisvolle doppelte Abhängigkeit von Psychiatern und von Psychopharmaka weiter bestehen. Mit ihrer willkürlichen Entscheidung, wegen fehlender psychologischer Sucht nach Antidepressiva oder Neuroleptika nicht von körperlicher Abhängigkeit zu sprechen (Lehmann, 2022a, S. 91f.), setzen die verordnenden Ärzte ihre Patientinnen und Patienten immensen Gefahren aus, wenn diese nun auf Dauer die oft gesundheitsschädlichen Psychopharmaka weiter einnehmen sollen oder aber auf eigene Faust den

insbesondere nach längerer Einnahmezeit schwierigen Weg des Entzugs ohne Informationen über mögliche Entzugsprobleme und risikomindernde Maßnahmen und ohne Verschreibungen verringerter Dosierungseinheiten alleine gehen müssen.

2015 forderte die *Arbeitsgruppe Willkürliche Unterbringung* des Menschenrechtsrats der Vereinten Nationen Hilfeprogramme, die (der Gruppe der Menschen mit Behinderungen zugeordneten) Psychiatriebetroffenen, die psychiatrische Einrichtungen verlassen wollen, Zugang zu Wohnraum, zu Unterhaltungsmitteln und anderen Formen der wirtschaftlichen und sozialen Unterstützung gewähren. Damit soll das Recht auf ein unabhängiges Leben und die Integration in die Gesellschaft gefördert werden:

»Solche Hilfeprogramme sollten sich nicht auf die Bereitstellung psychosozialer Dienste oder Behandlungen konzentrieren, sondern kostenlose oder erschwingliche gemeindenahe Dienste einschließen, ebenso Alternativen, die frei von medizinischen Diagnosen und Eingriffen sind. Der Zugang zu Medikamenten und die *Unterstützung beim Absetzen von Medikamenten* sollte denjenigen zur Verfügung gestellt werden, die sich dafür entscheiden.

Menschen mit Behinderungen erhalten im Falle einer willkürlichen oder rechtswidrigen Freiheitsentziehung eine Entschädigung sowie andere Formen der Wiedergutmachung. Bei dieser *Entschädigung ist auch der Schaden zu berücksichtigen, der durch mangelnde Verfügbarkeit, die Verweigerung angemessener Vorkehrungen oder fehlende medizinische Versorgung und Rehabilitation* bei Personen mit einer Behinderung entstanden ist, denen die Freiheit entzogen wurde.« (Working Group, 2015, S. 25 – Hervorhebung P.L.)

Sieben Jahre sind seither vergangen. Bei einer Nachfrage 2021 zeigte sich, dass die oben erwähnten Angebote stationärer Hilfen beim Absetzen im Landeskrankenhaus Andernach und in der Berliner Soteria-Station nicht oder nicht mehr bestehen oder sich nicht für einen längerfristigen Entzug eignen (Lehmann, 2022b). Nur ausnahmsweise finden sich hier und da lokale Angebote der Hilfe, jeweils abhängig von einzelnen psychosozial Engagierten. Es gibt jedoch weder die geforderten Hilfeprogramme für absetzwilige Menschen noch Entschädigungen für das ihnen zugefügte Leid.

Im deutschsprachigen Raum existiert seitens Parteien und Organisationen, die sich die Vertretung von Patienteninteressen und die Durchsetzung gleicher Rechte für Menschen mit Behinderungen auf die Fahnen geschrieben haben, von Psychexit abgesehen noch nicht einmal die Forderung nach solchen Hilfeprogrammen und Entschädigungen. In aller Regel müssen Betroffene deshalb beim ärztlicherseits nicht unterstützten Absetzwunsch notfalls eigene Wege finden, um die ursprünglich verordneten Psychopharmaka risikoarm wieder abzusetzen. Ändern könnte sich an dieser Situation dann etwas, wenn eine – eventuell durch eine Rechtsschutzversicherung abgesicherte – Musterklage auf Schadenersatz wegen der Verweigerung von Hilfen und Rehabilitationsangeboten erfolgreich wäre.

Etwas günstiger wurden inzwischen die Aussichten auf eine erfolgreiche Schadenersatzklage wegen der Verursachung einer Medikamentenabhängigkeit. In seinem Urteil C-621/15 vom 21. Juni 2017 legte der Europäische Gerichtshof die 1985 beschlossene Richtlinie 87/374/EWG der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft (Poos, 1985) in einer betroffenenfreundlichen Weise aus. In der Richtlinie ist im Interesse der Pharmaindustrie verfügt, dass es die Geschädigten sind, die die Beweise des *ursächlichen* Zusammenhangs zwischen einem Produktfehler und einem

eingetretenen Schaden erbringen müssen. Mit dem Urteil C-621/15, das einen Schaden nach einer Impfung mit einem Produkt der Fa. Sanofi Pasteur betraf, könnte nun – zumindest theoretisch – im Falle einer (krankhaften) Medikamentenabhängigkeit ein Schadensersatzanspruch durchgesetzt werden, wenn ein Gericht

»... in Ausübung seiner Befugnis zur Beweiswürdigung annehmen kann, dass trotz der Feststellung, dass ein Zusammenhang zwischen der Verabreichung des betreffenden Impfstoffs (oder evtl. des betreffenden Psychopharmakons – P.L.) und dem Auftreten der Krankheit, an der der Geschädigte leidet, in der medizinischen Forschung weder nachgewiesen noch widerlegt ist, bestimmte vom Kläger geltend gemachte Tatsachen ernsthafte, klare und übereinstimmende Indizien darstellen, die den Schluss auf das Vorliegen eines Fehlers des Impfstoffs (oder evtl. des betreffenden Psychopharmakons – P.L.) sowie auf einen ursächlichen Zusammenhang zwischen diesem Fehler und der Krankheit zulassen.« (EuGH, 2017, S. 6)

Um es in einfacheren Worten zu sagen: Die Chancen auf Schadensersatz steigen, wenn der Schaden »mit einem hohen Grad der Wahrscheinlichkeit« (Redaktion beck-aktuell, 2017) auf einen Fehler des betreffenden Produkts zurückgeführt werden kann.

Auch sogenannte Instruktionsfehler können Anlass zu Klagen geben: Abhängigkeitsrisiken, die Herstellerfirmen in ihren Fachinformationen nicht dem Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechend benennen, sowie extrem kurze (oder gar völlig fehlende) Zeitvorgaben für ein risikoarmes Absetzen (Langfeldt, 2020). Beides kann als Verstoß gegen § 84 des (deutschen) Arzneimittelgesetzes (AMG) ausgelegt werden. Dort heißt es in Absatz 1 (2):