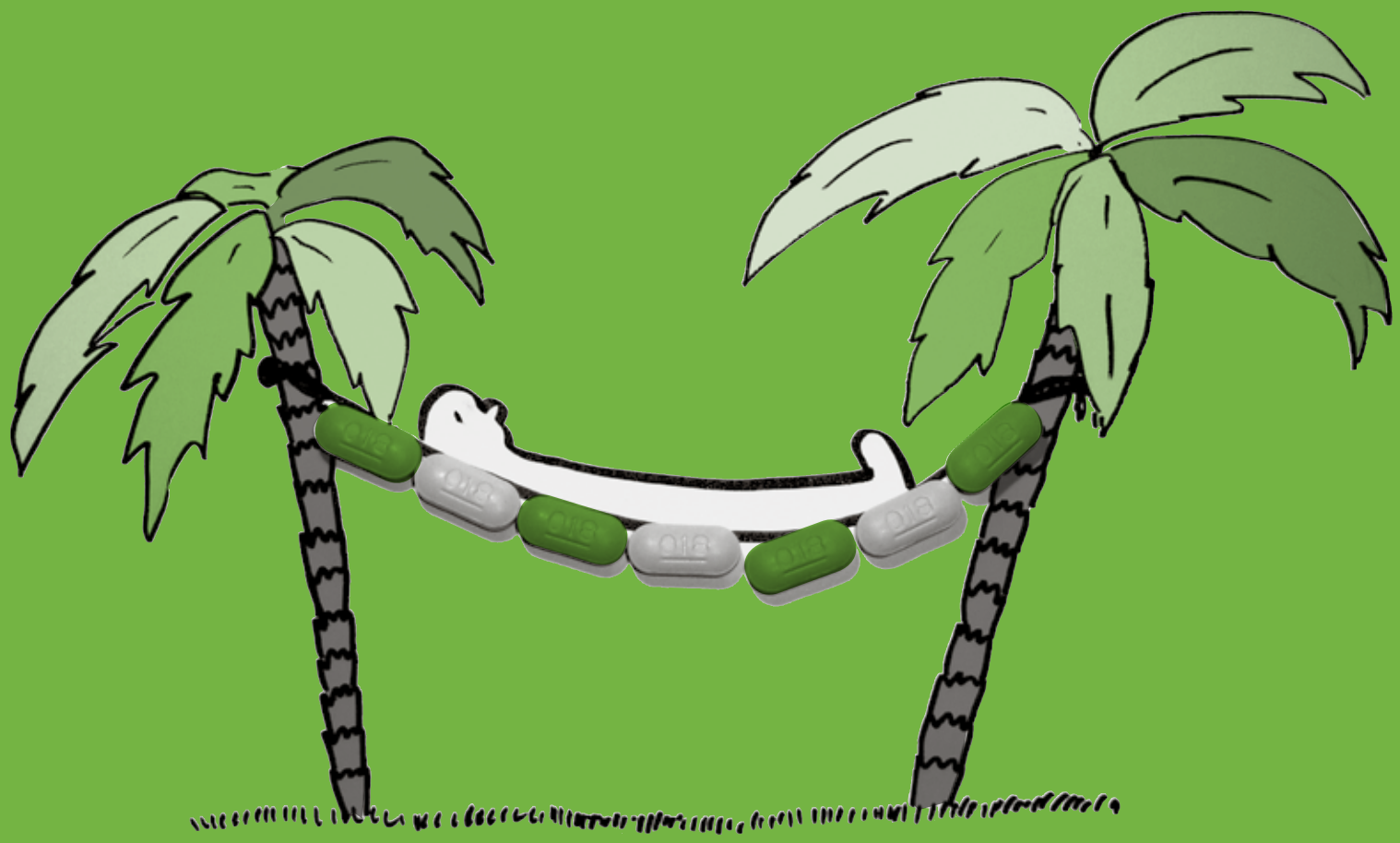
INFORMATIONEN AUS DER PSYCHIATRIESZENE SCHWEIZ 2011

PRO MENTE SANA AKTUELL 1



PILLEN UND PARTIZIPATION

pro mente sana

PRO MENTE SANA INFORMIERT

IVG-REVISION 6A – ENTSCHEID DES NATIONALRATES: VERLIEREN TAUSENDE IHRE RENTE?

Der Nationalrat hat Ende 2010 die IVG-Revision 6a verabschiedet. Er hat dabei in den Schlussbestimmungen eine neue Formulierung gutgeheissen, die unter Umständen für tausende von IV-Rentnerinnen und -Rentnern, deren Diagnosen organisch nicht erklärbar sind, weit reichende Folgen haben wird.

Zwar hat Bundesrat Didier Burkhalter in der Debatte im Nationalrat mehrere Male explizit betont, dass die Renten von Personen mit schweren psychischen Störungen wie Depression, Schizophrenie, Psychosen oder bipolaren Störungen im Rahmen der IVG-Revision 6a nicht betroffen seien und somit nicht einer Überprüfung unterzogen werden. Der Bundesrat hat somit den Befürchtungen der Stiftung Pro Mente Sana widersprochen, die im Vorfeld der Debatte in einem Brief an alle Nationalrätinnen und Nationalräte darauf hingewiesen hat, dass gemäss der durch die Stiftung in Auftrag gegebenen Gutachten sämtliche psychischen Störungen unter die in den Schlussbestimmungen neu eingebrachte Formulierung fallen könnten. Dennoch bleibt es weiterhin unklar, welche Krankheitsbilder mit psychischen Störungen nun aufgrund der neuen Schlussbestimmungen der IVG-Revision 6a einer Überprüfung unterzogen werden.

Die IVG-Revision 6a lässt die Zukunft von tausenden von IV-Rentnerinnen und Rentnern im Ungewissen. Es ist völlig offen, wer den 17 000 Personen eine Arbeitsstelle bieten kann, die gemäss IVG-Revision 6a bis zum Jahr 2018 aus der Rente entlassen und in den ersten Arbeitsmarkt reintegriert werden sollen. Die von der Kommission

EIN FALL AUS DER RECHTSBERATUNG: ERGÄNZUNGSLEISTUNG – ANRECHNUNG EINES HYPOTHETISCHEN EINKOMMENS (FORTSETZUNG)

In „Pro Mente Sana aktuell“ Nr. 3/2008 habe ich Ihnen von Herrn B. berichtet, dessen monatliche Ergänzungsleistung (EL) um Fr. 900.– mit dem folgenden Argument gekürzt worden war: Weil er nur zu 55 Prozent invalid sei, könne er mit seiner Rest-Arbeitsfähigkeit einen monatlichen Lohn von Fr. 900.– erzielen. Herr B. hatte damals schon seit Jahren keine Arbeit mehr gefunden. Mit neuen erfolglosen Bewerbungen bewies er ein weiteres Mal, dass er keine Arbeit finden kann. Die Kürzung der EL wurde zurückgenommen. Für die Antwort auf die Frage, wann ein solche Kürzung rechtens ist und wann nicht, verweise ich Sie auf die erwähnte Ausgabe (S. 2) oder auf unsere Website (www.promentesana.ch > Beratung > rechtliche Fragen > Ergänzungsleistungen > Rechtswidrige Anrechnung eines hypothetischen Einkommens.

Der rechtliche Erfolg von Herrn B. anfangs 2008 blieb nicht lange bestehen. Zwei Jahre später (im Januar 2010) kündigte ihm die Ausgleichskasse erneut eine Kürzung der EL ab August 2010 an, jetzt im Umfang von Fr. 985.–. Herr B. wehrte sich vergeblich telefonisch und per Einsprache mit dem Argument, dass sich ja seit 2008 bei ihm nichts verbessert habe, weder die Gesundheit noch das Angebot an Stellen auf dem Arbeitsmarkt. Im August erfolgte die reale Kürzung. Den Einsprachen dagegen wurde die aufschiebende Wirkung entzogen. Das ist heute Praxis bei der EL. Auch wenn man sich juristisch gegen die Kürzung wehrt, wird die Kürzung schon während des hängigen Verfahrens vollzogen. Herr B. musste deshalb im August beim Sozialamt Sozialhilfe beantragen. Diese wurde ihm – nachdem er sich zweimal schriftlich wehrte – im Umfange von Fr. 390.– gewährt. Gleichzeitig wurde ihm auferlegt, pro Monat acht Stellenbewerbungen und mindestens vier Bewerbungen für eine billigere Wohnung vorzulegen, sowie an mindestens zwei Tagen pro Woche an einem Taglohnprojekt teilzunehmen, sonst werde ihm die Sozialhilfe um bis zu Fr. 144.– gekürzt.

Das ist die heutige Realität für psychisch beeinträchtigte Menschen, die eine Teilrente beziehen. Wer hat die Kraft, die zum Teil sinnlosen Auflagen zu erfüllen oder sich dagegen zu wehren? Wer nicht das Glück hat, jemanden in seinem Umfeld zu haben, der ihn aufwändig unterstützt, ist meist verloren.

Herr B. hatte Glück. Ihm standen ein Anwalt und ein Pfleger zur Seite. Von Februar bis November unternahm er noch einmal die Sisyphus-Arbeit, sich nach zwölf Jahren Abwesenheit vom Arbeitsmarkt um Stellen zu bewerben. Woche um Woche. Oft war gar keine 50-Prozent-Stelle für einen Mann ohne Berufsausbildung ausgeschrieben. Er bewarb sich blind bei verschiedenen Firmen und sandte die Bewerbungen und Absagen an die Ausgleichskasse. Es kam so, wie es vorauszusehen war: Neun Monate lang schrieb er Bewerbungen, ohne es auch nur bis zu einem Vorstellungsgespräch zu bringen. Das Gleiche hatte er ja schon vor drei Jahren bewiesen.

Im November 2010 entschied die Ausgleichskasse endlich, dass Herrn B. rückwirkend ab August 2010 doch kein hypothetisches Einkommen angerechnet und wieder die volle EL ausbezahlt werde. Wird sich in zwei Jahren das Gleiche wiederholen? Eine Garantie dagegen gibt es nicht.

Christoph Lüthy, Pro Mente Sana

geforderte Quotenregelung wurde auf Antrag der bürgerlichen Minderheit verworfen. Im Zentrum dieses Entscheids standen nicht die Menschen mit einer Behinderung, sondern lediglich der Kostenfaktor mit dem Ziel, die IV um 500 Mio. Franken zu entlasten. Auch in Sachen Assistenzbeitrag bleiben Menschen mit einer psychischen Störung weiterhin diskriminiert.
Die IVG-Revision 6a kommt nun zur Differenzbereinigung in den Ständerat, der darüber voraussichtlich in der Frühjahrssession beraten wird.
Die Stiftung Pro Mente Sana schliesst sich der Forderung des Dachverbandes der Behindertenorganisationen (DOK) an und fordert den Ständerat auf, die Schlussbestimmungen in der Differenzbereinigung zu streichen.

ZUR ERINNERUNG: MEDIENPREIS VON PRO MENTE SANA

Noch bis am 30. Juni 2011 können Beiträge für den Medienpreis 2011 eingereicht werden.
Die publizierten Beiträge müssen sich schwerpunktmässig mit schweren psychischen Erkrankungen, insbesondere mit Schizophrenie, Psychosen, schweren Depressionen, bipolaren Störungen und Persönlichkeitsstörungen befassen. Die Preissumme beträgt 5000 Franken. Die Preisverleihung findet am Dienstag, 27. September 2011 in Zürich statt.
Schweizerische Stiftung Pro Mente Sana, Medienpreis
Hardturmstrasse 261, 8031 Zürich
Telefon 044 563 86 00
kontakt@promentesana.ch

PERSONELLE VERÄNDERUNGEN AUF DER GESCHÄFTSSTELLE

Marina Zinsli besetzt seit 1. Januar 2011 die neu geschaffene Stelle Projektentwicklung. Sie bleibt gleichzeitig Mitarbeiterin des psychosozialen Teams. Bereits seit November 2010 ist Lisa Brennwald als Betriebsassistentin neu im Team.
Auf Ende 2010 hat Nicole-Cécile Weber das psychosoziale Team verlassen, um sich wieder voll auf ihre therapeutische Arbeit zu konzentrieren. Ab April kann unsere Administration nicht mehr auf die tatkräftige Unterstützung von Jsabel Egli zählen.

„SEELISCHE KRISE – WAS TUN?" NEU IST DAS INFORMATIONSBLATT IN ENGLISCH ERHÄLTLICH

Im Sommer 2010 ist das Informationsblatt „Seelische Krise – Was tun?" in den Sprachen Albanisch, Portugiesisch, Türkisch, Serbisch/Kroatisch/Bosnisch, Spanisch, Italienisch und Französisch erschienen. Pro Mente Sana hat in Zusammenarbeit mit dem Schweizerischen Roten Kreuz/migesplus eine migrationsgerechte Broschüre erstellt, die auf den bereits bestehenden Broschüren „Seelische Krise – was tun?", „Psychotherapie, Psychopharmaka – die passende Behandlung finden, Rat & Information" sowie „Selbstbestimmt leben mit einer psychischen Erkrankung" beruht. Nun hat Pro Mente Sana das kostenlose Informationsblatt im Auftrag und mit finanzieller Unterstützung des Kantons Zug in Englisch publiziert.
Bestellungen:
Schweizerische Stiftung
Pro Mente Sana
Hardturmstrasse 261, 8031 Zürich
Telefon 044 563 86 00
kontakt@promentesana.ch
www.promentesana.ch/publikationen

VORANKÜNDIGUNG JAHRESTAGUNG 2011

Die jährliche Tagung von Pro Mente Sana findet am Dienstag, 15. November 2011, 9.30 – 17.00 Uhr im Kongresszentrum Biel statt.
Die Tagung steht unter dem Motto „Arbeit & psychische Gesundheit".
Das detaillierte Programm ist ab Juli unter www.promentesana.ch/veranstaltungen aufgeschaltet. Ab diesem Zeitpunkt wird auch die Online-Anmeldung möglich sein.

Das I S F A

Institut für Sozialpsychiatrische Fort- und Ausbildung (e.V.)

Seit 25 Jahren bieten wir Seminare, Workshops und Inhouseseminare für in der Sozialpsychiatrie tätige Mitarbeiter/innen an.

Besuchen Sie uns: **www.isfa-online.de**

Klaus Vogelsänger

- Workshops
- Kommunikationstraining
- Coaching u. Teamberatung
- Theater- u. Szenenarbeit

Beratungs- und Bildungsangebote für Selbsthilfeorganisationen, Selbsthilfegruppen und Fachkräfte im Selbsthilfebereich

www.vogelsaenger.org

LIEBE LESERINNEN UND LESER

Medikamente polarisieren. Von Heilsbringer bis Teufelszeugs wird ihnen mancherlei angedichtet – Positives wie Negatives. Sie sind Gegenstand heftiger Konflikte zwischen Betroffenen und Angehörigen und stellen so manche therapeutische Beziehung vor eine Belastungsprobe. Menschen reagieren nicht nur unterschiedlich auf die Medikamente, sie haben auch individuelle Vorstellungen darüber, was ihnen aus psychischer Krise und Krankheit heraus hilft. Aus der heutigen psychiatrischen Versorgung sind Medikamente nicht mehr wegzudenken und sinnvoll eingesetzt haben sie auch ihre Berechtigung. Herauszufinden, wie genau dieses „sinnvoll" im Einzelfall aussieht, ist für die meisten Betroffenen, Fachleute und Angehörigen jedoch ein schwieriges Thema und es braucht Zeit, damit klarzukommen.

■ ■ ■

Wir wollen in dieser Ausgabe deshalb eine Landkarte ausbreiten und uns einige Gipfel und Schluchten im Umgang mit Medikamenten aus der Nähe anschauen. Einen Überblick über die wichtigsten Psychopharmaka bietet uns ein Rundflug mit René Bridler auf Seite 6.

■ ■ ■

Die Jahrestagung 2009 von Pro Mente Sana dauerte zwar nur einen halben Tag, enthielt aber eine geballte Ladung an Informationen – quasi hochdosiert und damit gerade das Gegenteil von dem, was der Hauptreferent für die Einnahme von Neuroleptika empfahl. Von Volkmar Aderhold können Sie auf Seite 9 noch einmal einige konkrete Empfehlungen für den Umgang mit Neuroleptika nachlesen. In den vergangenen Monaten erschien auch in Tageszeitungen ab und an ein Artikel, in welchem berichtet wurde, dass einige Antidepressiva längst nicht so wirksam sind, wie bisher angenommen. Über den „Mythos Antidepressiva" lesen Sie ab Seite 14.

■ ■ ■

Von zwei Betroffenen (Seiten 12 und 18) erfahren wir, wie sie es mit den Medikamenten halten. Für die eine Frau sind Medikamente ganz klar Teil ihres Gesundungsweges, denn diese tragen zu ihrer Stabilität bei. Die andere Person spürte vor allem die unangenehmen Wirkungen der Medikamente und weigerte sich fortan, Psychopharmaka zu schlucken.

■ ■ ■

Mit dem Patienten oder der Patientin die Behandlung zu verhandeln ist nicht immer einfach für die zuständigen ÄrztInnen und Pflegefachpersonen. Zentral dabei ist, eine vertrauensvolle Beziehung aufzubauen. Zwei Pflegefachmänner erzählen, wie sie dies im Berufsalltag umzusetzen versuchen (Seite 16).

IMPRESSUM

Herausgeberin:
Schweizerische Stiftung Pro Mente Sana
Hardturmstr. 261, Postfach, 8031 Zürich
Tel. 044 563 86 00, Fax 044 563 86 17
E-Mail: kontakt@promentesana.ch
PC 80-19178-4

Telefonische Beratung:
0848 800 858 (Normaltarif)
Mo, Di, Do 9–12 Uhr, Do 14–17 Uhr

Erscheinungsweise: vierteljährlich
Erscheinungsdatum dieser Ausgabe:
18. März 2011

Redaktion: Anna Beyme
Fachredaktion:
Gaby Rudolf und Marina Zinsli

Titelbild und Illustrationen:
Gaby Rudolf

Gestaltung: Raoul Schweizer, Zürich
Satz, Druck und Versand:
printagentur by Brüggli, 8590 Romanshorn

Bezugspreise:
Einzelnummer Fr. 12.–
Jahresabonnement Fr. 40.–
GönnerInnenbeitrag inkl. Abonnement
Fr. 60.–

Die Zeitschrift ist ein Informationsorgan von Pro Mente Sana. Gleichzeitig versteht sie sich als Forum, in dem GastautorInnen ihre Meinung zu einem Schwerpunktthema unabhängig von der Meinung der Redaktion äussern.

Redaktionsschluss für Veranstaltungshinweise:
3/11: 2. Juni 2011
4/11: 1. September 2011

Medikamente sind keine Zuckerbonbons, die man nach Lust und Laune einwerfen kann. Wer Medikamente absetzen oder die Dosis reduzieren will, tut gut daran, zu wissen was ihm hilft, sich psychisch zu stabilisieren, bevor er die Dosis reduziert. Weitere hilfreiche Empfehlungen finden Sie im Artikel auf Seite 20. Nicht nur PsychiaterInnen verschreiben Psychopharmaka. Einen grossen Teil der Medikamente geben Hausärzte ab. Wenn Betroffene sich nicht an einen Facharzt wenden wollen, suchen sie als Vertrauensperson lieber ihren Hausarzt oder ihre Hausärztin auf. Deren Sicht schildert uns Heinrich Kläui auf Seite 25.

■ ■ ■

Ein Teil der Skepsis gegenüber Medikamenten kommt daher, dass die wenigsten von uns darin geübt sind, die Aussagekraft von Studien zu beurteilen. Überhöhte Erwartungen an neue Medikamente werden von negativen Schlagzeilen in der Tagespresse abgelöst. Anregungen zu einem nüchternen und dennoch offenen Umgang mit Studien und Medikamenten finden Sie auf Seite 22. Die Behandlung mit Psychopharmaka kann auch juristische Fragen aufwerfen – u. a. dann, wenn ein Patient oder eine Patientin als urteilsunfähig gilt. Informationen über juristische Aspekte der Medikation finden Sie auf Seite 27. Seite 29 schliesslich bietet Hinweise auf weiterführende Literatur und Internetseiten.

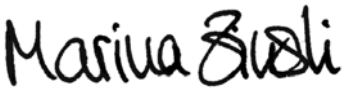
■ ■ ■

Einen selbstbestimmten Umgang mit Medikamenten zu finden – Pillen und Partizipation – das ist die Herausforderung für alle Betroffenen. Es ist aber auch ein wichtiges Ziel, welches Behandelnde anstreben sollten. Wir hoffen, Ihnen mit dieser Ausgabe hilfreiche Informationen bieten zu können, damit dieses Ziel für Sie näher rückt.

Herzlich,

Gaby Rudolf

Marina Zinsli



Wichtiger Hinweis
Bei allen Angaben über Indikationen, Kontraindikationen, erwünschte und unerwünschte Wirkungen, Dosierungsanweisungen und Applikationsformen haben AutorInnen und Redaktion sich um äusserste Sorgfalt bemüht. Herausgeber und AutorInnen können aber für diese Angaben keine Gewähr übernehmen: Sie müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall auf ihre Richtigkeit überprüft werden. Bitte lesen Sie dazu den Beipackzettel und fragen Sie Ihre Ärztin oder Ihren Arzt.

INHALT

2 Pro Mente Sana informiert

4 Editorial

6 Psychopharmaka sinnvoll eingesetzt

9 Neuroleptika zwischen Nutzen und Schaden: Ein Plädoyer für die Niedrigdosierung

12 „Ich bin jeden Tag dankbar, dass ich das richtige Medikament gefunden habe“

14 Antidepressiva: Mythen und Fakten

16 In Beziehung treten, gut informieren, Wahlmöglichkeiten anbieten

18 „Ich habe meine Medikamente abgesetzt – und dies mit Erfolg!“

20 Was gilt es zu beachten, wenn man Psychopharmaka absetzen will?

22 Gut gemogelt ist der halbe Umsatz

25 Psychisch Kranke in der hausärztlichen Praxis: Ist der Hausarzt ein Pillendoktor?

27 Aufklärung, Urteilsfähigkeit und Selbstbestimmung: Was sagt das Gesetz?

29 Anlaufstellen und Informationen

30 Akut

32 Sprachrohr

34 Bücher und Medien

36 Psychiatrieszene

38 Selbsthilfe

39 La page romande

PSYCHOPHARMAKA SINNVOLL EINGESETZT

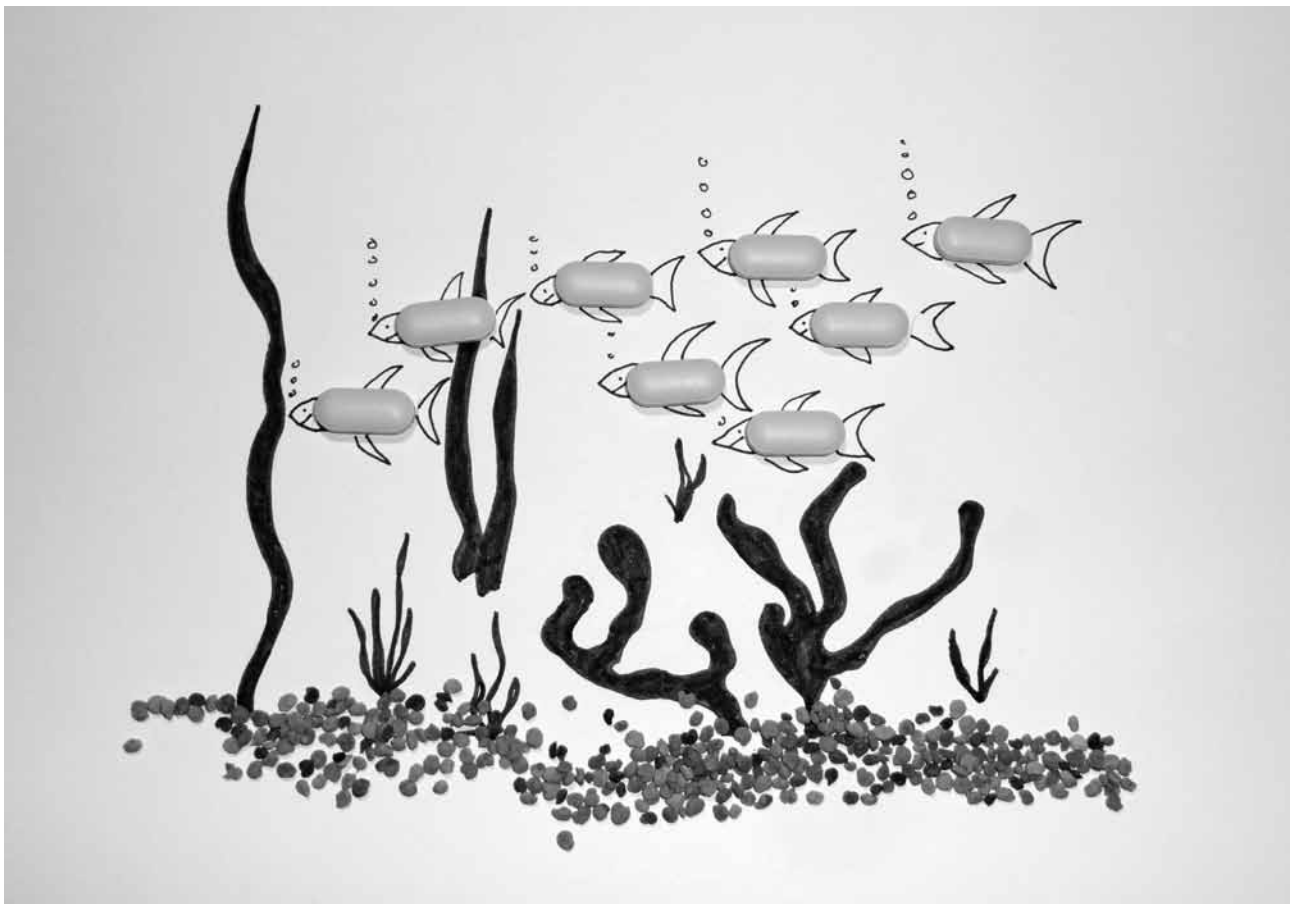
Damit eine Behandlung mit Psychopharmaka sinnvoll und wirksam ist, muss sie als Teil einer umfassenden Behandlungsstrategie verstanden werden. Das Ansprechen auf die Substanzen ist sehr individuell und muss im Einzelfall sorgfältig ermittelt werden.

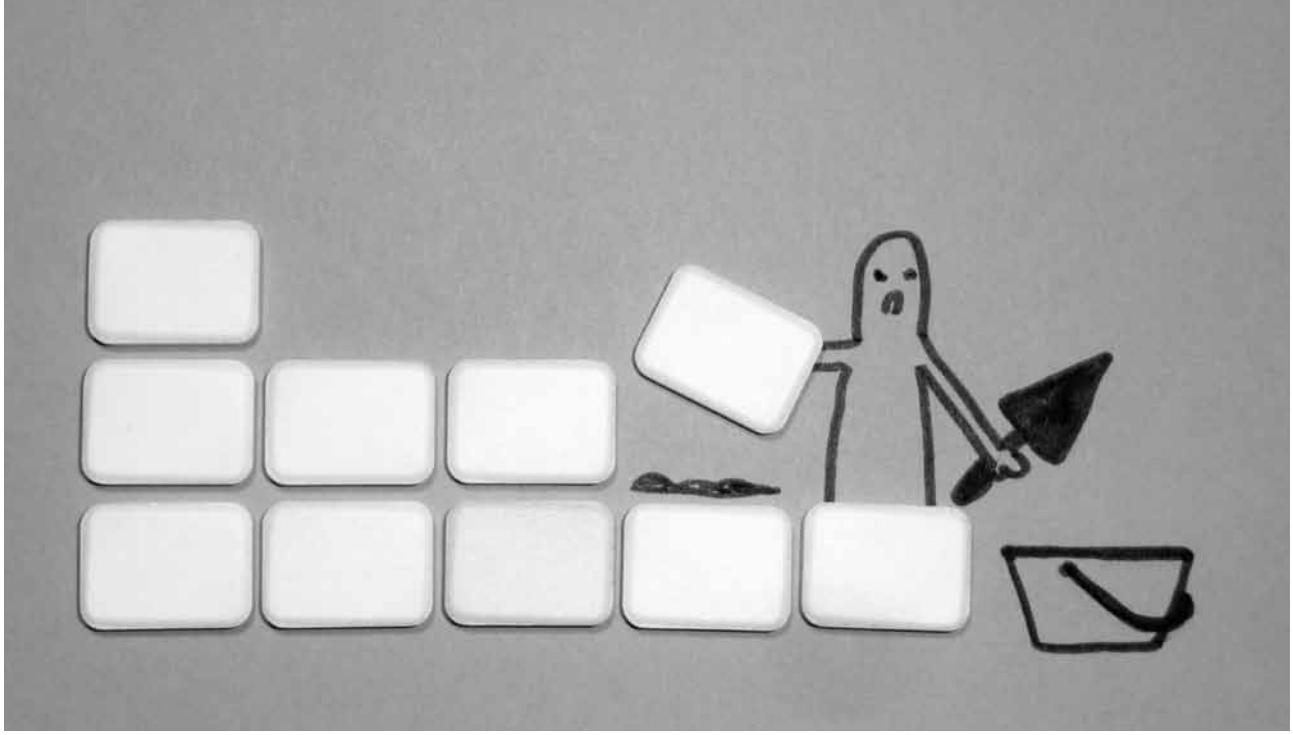
Von René Bridler

Psychopharmaka sind Arzneimittel, welche durch ihre Wirkung im Gehirn seelische Befindlichkeiten beeinflussen. Für etliche seelisch erkrankte Menschen bilden sie – zumindest phasenweise – einen unverzichtbaren Bestandteil ihrer psychiatrischen Behandlung. Die Einnahme von Psychopharmaka variiert stark von Person zu Person. Einzelne Menschen erfahren dank der kontinuierlichen Einnahme eine anhaltende Stabilität, während andere die Medikamente nur punktuell einsetzen, um eine Krise besser zu meistern; wiederum andere profitieren am meisten von einer Kombination dieser beiden Optionen oder finden für sich Bewältigungsstrategien ganz ohne Medikamente. Der Einsatz von Psychopharmaka stösst in der breiten Bevölkerung nach wie vor auf Skepsis, so dass Betroffene einer doppelten Stigmatisierung unterworfen sind – als psychisch kranke Menschen und als Personen, die „Probleme mit Chemie angehen, statt sie wirklich zu lösen".
Der nachfolgende Text beleuchtet einige grundlegende Aspekte bei der Behandlung mit häufig verwendeten Psychopharmaka, verzichtet aufgrund des knappen Platzes aber auf differenzierte Empfehlungen. Die Einzelsituation kann von generellen Leitlinien stark abweichen, und Empfehlungen sollten nicht als starre Regeln interpretiert werden.

ANTIDEPRESSIVA

Die Verschreibung von Antidepressiva hat in den letzten zwei Jahrzehnten stark zugenommen, die Substanzgruppe gehört heute zu den weltweit am meisten verschriebenen Arzneimitteln. Im Gegensatz zu den Antidepressiva der ersten Generation wirken neuere Substanzen selektiv auf einzelne der Botenstoffsysteme im Gehirn, was der Gruppe jeweils den entsprechenden Namen einträgt, zum Beispiel selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI). Am Wirkprinzip der Antidepressiva hat sich seit ihrer Entdeckung in den 50er-Jahren nichts geändert. Die neuen Substanzen sind insgesamt auch nicht wirksamer als ihre Vorgänger, aber – im Falle von Überdosierungen – sehr viel sicherer geworden.





Einzig das in der Schweiz soeben eingeführte, mit dem Schlafhormon Melatonin verwandte Agomelatin besitzt ein teilweise anderes Wirkprinzip; sein Stellenwert in der Depressionsbehandlung lässt sich aber noch nicht beurteilen.

Seit ihrer Einführung im Laufe der 80er-Jahre sind die neueren Präparate zur Behandlung von Depressionen und weiteren Erkrankungen registriert worden. Hierzu gehören Zwangs- und Angststörungen, posttraumatische Belastungsstörungen und die Bulimie. Allerdings ist in der Depressionsbehandlung die Anfangseuphorie, welche auch durch ein aggressives Marketing erzeugt worden war, einer gewissen Ernüchterung gewichen. Dazu beigetragen haben hochkarätig publizierte Untersuchungen, welche in ihre Analysen auch unveröffentlichte Studien mit negativem Resultat mit einbezogen. Hierbei büssten die Antidepressiva im Vergleich mit Plazebo einiges an vermeintlicher Überlegenheit ein. Als Faustregel gilt: Je schwerer die Depression, desto eher ist der Einsatz von Antidepressiva angezeigt – und umgekehrt. Allerdings sollte bei leichten Depressionen ihr Einsatz – zum Beispiel bei quälenden Schlafstörungen – nicht kategorisch ausgeschlossen werden.

Bei Behandlungsbeginn empfiehlt sich eine langsame Dosissteigerung, um ein Ansprechen auf tiefe Dosierungen nicht zu verpassen und das Ausmass vorübergehender unerwünschter Wirkungen zu verringern. Die wirksame Dosis sollte nach Abklingen der Beschwerden während rund sechs Monaten weiter eingenommen werden, um die Stabilität zu erhalten. Betroffene, die bereits mehrmals depressiv waren und auf Antidepressiva ansprachen, können von einer langfristigen Einnahme profitieren. Obwohl Antidepressiva keine Abhängigkeit im eigentlichen Sinn erzeugen (vgl. hierzu den Abschnitt über Benzodiazepine), kann ein abrupter Einnahmestopp zu Unruhe, Schlafstörungen und Angstzuständen führen. Deshalb sollten sie schrittweise reduziert werden – insbesondere jene Substanzen, die im Körper rasch verstoffwechselt werden. Obwohl moderne Antidepressiva eine mit einer Depression einhergehende Suizidgefährdung generell verringern, können sie sehr selten Suizidgedanken oder -impulse neu auslösen; besonders gefährdet sind junge Personen bis zum Alter von 25 Jahren. Deshalb sollten Antidepressiva in dieser Altersgruppe gar nicht oder sehr zurückhaltend und unter engmaschiger Kontrolle eingesetzt werden. Grundsätzlich müssen alle Betroffenen, welche neu ein Antidepressivum erhalten, über diese seltene unerwünschte Wirkung aufgeklärt werden und die Möglichkeit erhalten, sich umgehend melden zu können. Bei Personen mit einer manisch-depressiven Erkrankung (bipolare Störung) können Antidepressiva die Beschwerden und den Krankheitsverlauf ungünstig beeinflussen und sind daher nicht die Mittel erster Wahl.

ANTIPSYCHOTIKA (NEUROLEPTIKA)

Ähnlich wie bei den Antidepressiva lassen sich auch bei den Antipsychotika, welche zur Behandlung schizophrener und vermehrt auch manisch-depressiver Erkrankungen zugelassen sind, zwei Substanzgenerationen unterscheiden. Die Präparate der ersten Generation – sog. klassische, typische Antipsychotika – wie beispielsweise Haloperidol verursachten ausgeprägte unerwünschte Effekte wie Steifheit und Zittern und führten pro Jahr bei rund fünf Prozent der Betroffenen zu mitunter irreversiblen Bewegungsstörungen. Das in den 70er-Jahren als erster Vertreter der zweiten Generation eingeführte Clozapin ist zwar frei von diesen unerwünschten Wirkungen und zudem hoch wirksam, kann aber selten zu einem lebensgefährlichen Absinken der weissen Blutzellen führen, so dass es nur in speziellen Situationen und unter regelmässigen Kontrollen des Blutbildes eingesetzt werden darf (Therapieresistenz; Suizidalität; Parkinson-Krankheit). Inzwischen sind neuere Präparate – sog. atypische Antipsychotika – zugelassen, welche die Bildung der weissen Blutzellen nicht unterdrücken. Allerdings können die meisten dieser Substanzen zu einem teilweise massiven Anstieg des Körpergewichtes, der Blutfette und des Blutzuckers führen, wodurch das Risiko für Herzkreislauf- und weitere Folgeerkrankungen zunimmt.

Alle Antipsychotika dämpfen psychotische Beschwerden und Symptome durch eine Blockade der Bindungsstellen für Dopamin (Botenstoff im Gehirn). Die neueren Präparate wirken zudem auch auf das Serotonin-System, weshalb ihnen stimmungsstabilisierende und angstlösende Eigenschaften zugeschrieben werden (s. unter Stimmungsstabilisatoren). Problematisch ist der Einsatz von sog. atypischen Antipsychotika bei Verhaltensstörungen demenzkranker Menschen: Obwohl einzelne Präparate dafür zugelassen sind, können sie zu einer erhöhten Sterblichkeit führen, so dass grosse Zurückhaltung am Platz ist. Kritisch zu hinterfragen ist schliesslich der zunehmende Gebrauch der neueren Antipsychotika ausserhalb der registrierten Indikationen, beispielsweise bei Persönlichkeits- oder Schlafstörungen, wodurch unzählige Personen auch den potenziell schädigenden Langzeiteffekten ausgesetzt werden.
Obwohl die neueren Substanzen kollektiv als sog. Atypika bezeichnet werden, stellen sie keine homogene Gruppe dar. Aktuelle Untersuchungen zeigen bezüglich der Wirksamkeit zwischen einzelnen Präparaten gewisse Unterschiede; diese lassen sich allerdings nicht in die alltägliche Praxis übersetzen, da der Genesungsprozess im Lebensalltag von zahlreichen Faktoren beeinflusst wird. Die Auswahl des „richtigen Medikamentes“ erfolgt daher weitgehend aufgrund individueller Gesichtspunkte wie beispielsweise Vorgeschichte, persönliche Präferenz, soziale Einbettung und Begleiterkrankungen.

STIMMUNGSSTABILISATOREN

Als Stimmungsstabilisatoren wird eine heterogene Gruppe von Psychopharmaka zur Behandlung manisch-depressiver Erkrankungen (bipolaren Störungen) bezeichnet. Am bekanntesten ist das Lithium. Im Weiteren gehören Medikamente, die ursprünglich für die Epilepsiebehandlung entwickelt wurden – Antiepileptika – dazu, und seit Kurzem auch sog. atypische Antipsychotika (s. oben). Theoretisch eignet sich ein Stimmungsstabilisator sowohl zur Behandlung der akuten Manie und Depression als auch zur Verhinderung oder Abschwächung von weiteren Krankheitsepisoden. Da jedoch keines der zugelassenen Medikamente diese Anforderungen in optimaler Weise erfüllt und die registrierten Indikationen zwischen den einzelnen Substanzen erheblich variieren, muss das passende Präparat individuell gesucht werden. Lithium gilt bis heute als „Goldstandard“, muss in seiner Anwendung aber sehr sorgfältig gesteuert und mittels Blutspiegelkontrollen in eine eng definierte Wirkstoffkonzentration gebracht werden. Lithium weist einen besonderen Vorteil auf für Betroffene, bei denen sich im Rahmen ihrer Erkrankung regelmässig Suizidabsichten einstellen. Im Weiteren eignet es sich als Zugabe zur Therapie von Depressionen, bei welchen zuvor Antidepressiva nur eine ungenügende Wirkung gezeigt hatten.
In den letzten Jahren erhielten auch die meisten sog. atypischen Antipsychotika die Zulassung zur Behandlung der akuten Manie oder Depression. Es dürfen aber nur zwei Substanzen auch längerfristig zur Verhinderung einer erneuten Manie eingesetzt werden unter der Voraussetzung, dass mit ihnen ein manisches Zustandsbild bereits einmal erfolgreich behandelt werden konnte. Inwieweit sich die Antipsychotika in der Behandlung der manisch-depressiven Erkrankung gegenüber den etablierten Substanzen behaupten werden, ist derzeit noch offen.

BENZODIAZEPINE

Als Benzodiazepine wird eine Gruppe von Psychopharmaka zusammengefasst, die je nach Stärke und Zeit bis zur Verstoffwechselung zur Angstlösung und Beruhigung, zur Entspannung oder zur Behandlung von Ein- und Durchschlafstörungen eingesetzt werden. Im Gegensatz zu den anderen besprochenen Arzneimitteln können Benzodiazepine eine Abhängigkeit erzeugen – charakterisiert durch Wirkungsverlust, Dosissteigerung, starkem Verlangen und Entzugssymptomen bei abruptem Stopp. Daher beschränkt sich ihr Einsatz in der Regel auf einen kurzen Zeitraum. Allerdings gibt es auch Menschen, die von einer Langzeitbehandlung gut profitieren und bei denen es auch nach vielen Jahren nicht zu einer Dosissteigerung kommt. Benzodiazepine sind speziell geeignet zur raschen Unterbrechung schwerer Angst- und Erregungszustände (sofern nicht ein unmittelbar vorausgehender Alkohol- oder Drogenkonsum dafür verantwortlich ist), zur Lösung einer akuten seelisch bedingten Muskelversteifung (sog. akute lebensbedrohliche Katatonie), zur Behandlung von Alkoholentzugsbeschwerden und zur kurzfristigen Therapie bei akuter Suizidalität. Vorsicht geboten ist bei Menschen mit einer Störung der Impulskontrolle, da Benzodiazepine die Schwelle für destruktives Verhalten und Aggressivität paradoxerweise auch senken und dadurch zu einer Enthemmung und Impulssteigerung führen können.

INDIVIDUELLE BEHANDLUNG, UMFASSENDE BEHANDLUNGSSTRATEGIE

Wie eingangs erwähnt, bestehen beim Einsatz von Psychopharmaka grosse Unterschiede zwischen den einzelnen Betroffenen. Die Verschreibung und Einnahme von Psychopharmaka sollte zudem stets Teil einer umfassenden Behandlungsstrategie sein, welche den bisherigen Genesungsverlauf ebenso mit berücksichtigt wie die Wünsche der betroffenen Person und die begründeten Empfehlungen der behandelnden Ärztin bzw. des behandelnden Arztes.

René Bridler, Dr. med., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie M.H.A., ist Ärztlicher Direktor des Sanatoriums Kilchberg (ZH). Ein Nachdiplomstudium zum Master of Health Administration (M.H.A.) absolvierte er von 2007 bis 2009 an der Universität Bern.

NEUROLEPTIKA ZWISCHEN NUTZEN UND SCHADEN: EIN PLÄDOYER FÜR DIE NIEDRIGDOSIERUNG

Neue Forschungsergebnisse legen nahe, dass das Nutzen-/Risikoprofil von Neuroleptika (NL) ungünstiger ist als bisher angenommen wurde, so dass deren gegenwärtige Anwendungspraxis hinterfragt werden muss. Die verbreitet hohen Dosierungen lassen sich unter wissenschaftlichem Gesichtspunkt nicht länger rechtfertigen. Jede Behandlung mit Neuroleptika sollte in ein psychotherapeutisches Therapiekonzept eingebettet sein.

Von Volkmar Aderhold

Neuere Bildgebungsstudien zeigen, dass psychotisches Erleben bei so genannt schizophrenen und anderen Psychosen mit einer erhöhten präsynaptischen Dopaminausschüttung in den Basalganglien einhergeht. Diese endet mit dem Abklingen der akuten Psychose. Das gemeinsame Wirkprinzip aller Neuroleptika ist die postsynaptische Blockade am Dopamin-Rezeptor D2. Sie wirken also nur indirekt. Eine D2-Rezeptor-Blockade durch Neuroleptika in einem „therapeutischen Fenster" von 50 bis 80 Prozent dieser Rezeptoren ist ausreichend für die Remission.

Neuroleptika haben diverse Nebenwirkungen. Die wichtigen sind motorische Effekte wie Frühdyskinesien, Akathisie, Parkinsonsyndrom, affektive wie neuroleptikabedingte Negativ-Symptome, Depressivität und Sedierung, kognitive Einschränkungen sowie plötzlicher Herztod, metabolisches Syndrom, malignes neuroleptisches Syndrom, Prolaktinerhöhung mit sexuellen Störungen, Menstruationsstörungen, Gynäkomastie, Galakthorrhoe, Osteoporose sowie anticholinerge Symptome bis hin zum Delir und Speichelfluss. Diese treten abhängig von der Substanz und meist auch von der Dosis des Neuroleptikums auf.

NIEDRIGDOSIERUNG

Zur Minimierung dieser Nebenwirkungen sollte die neuroleptische Akutdosis so niedrig wie möglich sein. Dann können auch spätere prophylaktische Dosierungen meist niedriger sein. Die Wirkung der Neuroleptika ist abhängig von Dosis, Dauer der Einnahme und therapeutischem Kontext. Um die geringst mögliche Dosis zu erzielen, muss man mit einer Dosis an der Untergrenze des Dosisbereichs beginnen und nur dann weiter aufdosieren, wenn sich innerhalb von mehreren Wochen (!) keine Symptomrückbildung einstellt. Die Zieldosis kann individuell nicht vorausgesagt werden. Die interindividuellen Unterschiede sind gross (300 Prozent und mehr). Unter Neuroleptika vergehen bis zum Eintreten einer Remission oft zwei bis fünf Monate, in ca. 15 Prozent der Fälle sogar sechs bis zwölf Monate. In mehr als der Häfte der Fälle entstehen längerfristig nur Teilremissionen. Bei 15 bis 20 Prozent der PatientInnen sind Neuroleptika fast oder vollständig unwirksam (Non-Responder).

Die individuelle optimale Dosis zum Erreichen des therapeutischen Fensters liegt in der Regel zwischen 2 und 6 mg Haloperidol pro Tag bzw. äquivalenten Dosen anderer Neuroleptika (siehe Tabelle 1).

TABELLE 1: ÄQUIVALENZTABELLE

Wirkstoff	Produkt	1 mg Haloperidol entspricht	2 mg Haloperidol entsprechen
Atypika			
Aripiprazol	Abilify®	3.4 mg	6.8 mg
Clozapin	Leponex®	57.8 mg	115.6 mg
Olanzapin	Zyprexa®	2.5 mg	5.1 mg
Quetiapin	Seroquel®	76.0 mg	152.0 mg
Risperidon	Risperidon®	0.7 mg	1.4 mg
Ziprasidon	in der Schweiz nicht eingeführt	26.5 mg	53.0 mg
Typika			
Chlorpromazin	Chlorazin®	54.0 mg	108.0 mg
Fluphenazin	Dapotum®	1.0 mg	1.9 mg
Haloperidol	Haldol®	1.0 mg	2.0 mg
Perphenazin	Trilafon®	3.7 mg	7.4 mg
Thioridazin	Melleril®	47.0 mg	94.1 mg
Trifluoperazin	in der Schweiz nicht eingeführt	2.7 mg	5.5 mg
Fluphenazin-decanoat	Dapotum Depot®	4.2 mg	8.4 mg
Haloperidol-decanoat	Haldol Depot®	18.9 mg	37.8 mg

Aus: Andreasen NC, Pressler M, Nopoulos P, Miller D, Ho BC. (2010): Antipsychotic dose equivalents and dose-years: a standardized method for comparing exposure to different drugs. Biol Psychiatry. 67(3):255-62.

Bei erstmals mit Neuroleptika behandelten Patienten liegen die durchschnittlichen Dosierungen von z. B. Haloperidol mit 1 bis 3 mg nochmals um die Hälfte niedriger. Ein Review der placebokontrollierten Dosisfindungstudien bei mehrfach Erkrankten ermittelte für einzelne Atypika diese Dosisbereiche mit fast (95 Prozent) maximalem Effekt (siehe Tabelle 2).
Die Höhe der neuroleptischen Medikation ist auch abhängig von der Qualität der psychosozialen–psychotherapeutischen Behandlung und dem therapeutischen Milieu. So konnte Luc Ciompi in seiner Soteria-Vergleichsstudie zeigen, dass in einem reizgeschützten psychosebegleitenden Milieu mit acht PatientInnen die Neuroleptikadosierungen auf ein Drittel der sonst üblichen Dosis gesenkt werden können.
Neuroleptika – sofern sie wirksam sind – bewirken eine Distanzierung vom Wahnerleben sowie dessen Entaktualisierung, jedoch in der Regel keine Korrektur der Wahninhalte. Das zeigt sich u. a. daran, dass bei Rezidiven oft die gleichen Wahninhalte wieder erlebt werden. Meist erst durch psychotherapeutische Arbeit kann es Betroffenen gelingen, eine echte Korrektur des Wahns zu vollziehen und die Wahnerfahrung in einen Sinnzusammenhang und in die Biographie zu integrieren. Neuroleptika können psychosoziale und psychotherapeutische Hilfen nicht ersetzen, sondern allenfalls unterstützen – falls sie überhaupt benötigt werden.

REZEPTORVERÄNDERUNGEN DURCH NEUROLEPTIKA

Unter Neuroleptika kommt es ungünstigerweise zu einer:
- kontraproduktiven Vermehrung von D2-Rezeptoren um durchschnittlich 34 Prozent, bei einem Teil der PatientInnen sogar um 100 Prozent,
- zusätzlichen Sensibilisierung der Dopamin-Rezeptoren, die damit für Dopamin noch sensibler werden,
- erhöhten Dopamin-Synthese durch die Blockade präsynaptischer D2-Autorezeptoren.

Diese drei Rezeptorveränderungen führen zu:
- Dosissteigerungen im Verlauf,
- partiellem Wirkverlust der Neuroleptika, d. h. vermehrtem Auftreten von psychotischen Restsymptomen im Behandlungsverlauf,
- kurzfristigen Rebound-Phänomenen und
- einer dreifach erhöhten Rückfallrate nach plötzlichem Absetzen,
- vermehrten Positiv-Symptomen bei Rückfällen.

WIRKSAMKEITSUNTERSCHIEDE ZWISCHEN TYPISCHEN UND ATYPISCHEN NEUROLEPTIKA

Es lassen sich drei Gruppen von geringfügig unterschiedlich wirksamen Atypika unterscheiden (absteigende Wirksamkeit): (1) Clozapin und Olanzapin, (2) Risperidon, Amisulprid, (Sertindol), (3) Aripiprazol, Ziprasidon, Quetiapin. Die Unterschiede sind jedoch klinisch ausgesprochen gering. Nur Clozapin und Olanzapin haben gemäss der Studienlage eine etwas grössere Wirksamkeit als die klassischen typischen Neuroleptika, oft jedoch um den Preis erheblicher metabolischer Nebenwirkungen. Die Wahl eines Neuroleptikums sollte also fast ausschliesslich aufgrund seiner Nebenwirkungen erfolgen, die jedoch nicht (sicher) vorausgesagt werden können.

TABELLE 2

Neuroleptikum	Effektive Dosis nahe am maximalen Effekt
Olanzapin	> 16 mg/Tag
Clozapin	> 400 mg/Tag (meist Non-Responder)
Risperidon	4 mg
Risperidon Depot	50 mg/Monat (!)
Amisulprid	200 mg/Tag
Sertindol	12–20 mg/Tag
Aripiprazol	10 mg/Tag
Quetiapin	150–600 mg/Tag
Ziprasidon	120–160 mg/Tag

Aus: Davis JM, Chen N (2004): Dose response and dose equivalence of antipsychotics. J Clin Psychopharmacol. 24(2):192-208.

SELEKTIVE BEHANDLUNG OHNE NEUROLEPTIKA

Grundsätzlich lassen sich sogar ca. 40 Prozent der ersterkrankten Menschen mit psychotischen Störungen des Schizophrenie-Spektrums und anderer nicht-affektiver Psychosen ganz ohne Neuroleptika behandeln.
Ersatzweise können vorübergehend Benzodiazepine gegeben werden. Dies gelingt entweder (a) in der „bedürfnisangepassten Behandlung“ im Rahmen einer intensiven Begleitung durch ein ambulantes Team in enger Zusammenarbeit mit der Familie und weiteren Bezugspersonen. Ergänzend kommt bei Bedarf Einzelpsychotherapie hinzu. Oder (b) mittels eines reizgeschützten, sichernden und begleitenden Milieus wie in einer Soteria mit sieben bis acht PatientInnen. Manchmal aber auch (c) in einer personell gut ausgestatteten Akutstation mit möglichst nicht mehr als 16 Betten und so genannten Soteria-Elementen.

DER HÄUFIGE KLINISCHE ALLTAG

Im klinischen Alltag werden PatientInnen wegen bleibender Positiv-Symptome (z. B. Wahn, Halluzinationen) häufig mit exzessiven Dosierungen und/oder einer Kombination aus mehreren Neuroleptika (Polypharmazie) behandelt, in den meisten Fällen jedoch ohne dass die Positiv-Symptome dadurch tatsächlich stärker oder anhaltender vermindert würden. Eine wissenschaftliche

Evidenz für den Einsatz von zwei oder mehr Neuroleptika (ausser spezieller Kombinationen mit Clozapin) gibt es nicht. Insbesondere ist eine frühe Kombination vollkommen unsinnig. Eine Kombination von Neuroleptika erhöht das Risiko für Diabetes, Bewegungsstörungen, QTc-Verlängerung im EKG, sexuelle Funktionsstörungen und verstärkte (!) Positiv-Symptome. In zwei von vier prospektiven Verlaufsstudien wurde unter Polypharmazie zudem eine erhöhte Mortalität ermittelt.

WEITERE FORDERUNGEN FÜR EINEN ANGEMESSENEN UMGANG MIT NL

1. Kontrolle somatischer Nebenwirkungen
Folgende sind besonders zu beachten: Gewichtszunahme und Übergewicht, Diabetes, Hyperlipidämie, QT-Intervall-Verlängerung im EKG, Prolaktinerhöhung und sexuelle Nebenwirkungen, extrapyramidale Störungen, Akathisie, tardive Dyskinesien, Katarakt, Myokarditis. Im Allgemeinen soll das LDL-Cholesterin unter 130 mg/dL, bei besonderen Risiken wie Diabetes und peripheren arteriellen Gefässerkrankungen jedoch sogar unter 100 mg/dL liegen. Die Kontrolle müssen daher regelmässig erfolgen, was oft nicht geschieht, obwohl die Leitlinien der Fachgesellschaften dies vorgeben. Eine Tabelle mit allen empfohlenen Kontrollen ist im Originalartikel enthalten. Bezugsquellen finden sie am Schluss des Textes.

2. Minimierung von Kombinationstherapien
Es gibt keine wissenschaftliche Evidenz, um in den meisten Fällen eine Kombinationsbehandlung zu rechtfertigen. Einzelstudien zeigen, dass eine langsame Reduktion der Dosis in ca. 80 Prozent der Fälle gelingt und auch mit einer Verringerung (!) fortbestehender Positiv-Symptome einhergehen kann.

3. Hochdosierungen mit strengster Indikation
Es gibt für sie (kaum) ein therapeutisches Rational, es sei denn, es liegt die schnell metabolisierende Genvariante des CYP 450 Enzyms vor. Durch eine Bestimmung der CYP 450 Polymorphismen lässt sich diese individuelle Metabolisierungs-Geschwindigkeit feststellen.

4. Therapeutisch begleitete Reduktions- und evtl. Absetzversuche
Sie sind nur unter therapeutischer Begleitung anzuraten. Ein unterstützendes soziales Netzwerk ist dabei sehr hilfreich. Vorher sollten sich die Betroffenen gut informieren. Vor Beginn sollte ein Netzwerkgespräch mit allen wichtigen therapeutischen und persönlichen Bezugspersonen stattfinden und ein Krisenplan erstellt werden. Die individuellen Ängste, Gefahren und Möglichkeiten sollten mit diesen Bezugspersonen auf ihren realistischen Gehalt hin überprüft werden.
Eine Dosisreduktion muss langsam, z. B. um 10 Prozent alle vier bis sechs Wochen erfolgen. Bei fortgeschrittener Reduktion sind sogar oft noch kleinere Dosisstufen sinnvoll. Je länger die Medikation eingenommen wurde, desto langsamer muss vorgegangen werden. Bei Medikation über mehr als fünf Jahre sollte die Reduktion über zwei Jahre erfolgen. Der Beginn sollte unter Bedingungen psychischer und sozialer Stabilität erfolgen. Gesunde Ernährung, Obst, viel Wasser, körperliche Bewegung, Ruhezeiten und viel Schlaf ab 23 Uhr (evtl. unterstützend Baldrian) sind wesentlich. Auf den Konsum von Alkohol, Drogen und eventuell auch Kaffee soll verzichtet werden. Stärkere emotionale Reaktionen sind zu erwarten und erfordern Unterstützung, eventuell auch kreativen Ausdruck oder körperliche Abreaktion durch Sport.
Mögliche psychische oder körperliche Entzugssymptome stellen sich schnell ein und verändern sich. Sind sie zu ausgeprägt, ist die Reduktion zu gross. Dann ist Rückkehr auf die letzte Dosis richtig, gegebenenfalls kann diese für einige Tage sogar leicht erhöht werden. Bis zu einem erneuten – und dann vorsichtigeren – Reduktionsversuch sollte zwei bis vier Wochen abgewartet werden. Auf jedem neuen Dosisniveau muss vor einer weiteren Reduktion eine psychische Stabilisierung erfolgt sein. Kurzfristige psychotische Symptome müssen nicht notwendig eine Dosiserhöhung zur Folge haben. Es könnte auch auf anderem Wege eine Stabilität erreicht werden. Begleitende psychosoziale Behandlungsformen sind dabei Entspannungstechniken, die Grundsätze des Recovery, Coping-Techniken bei Stimmenhören, Einzeltherapie, Familientherapie sowie Traditionelle Chinesische Kräuter-Medizin. Ob ein vollständiges Absetzen gelingen wird, kann nicht vorausgesagt werden. Bei Betroffenen mit vollständiger Remission oder Rückfällen alle zwei bis vier Jahre ist die Wahrscheinlichkeit hoch und der Verlauf gleich gut.

IM VORDERGRUND STEHT DIE PSYCHOSOZIALE BEHANDLUNG

Das Fundament einer guten Psychosenbehandlung ist ein komplexes und fokussiertes psychosoziales Behandlungsmodell. Neuroleptika müssen im Rahmen eines solchen Modells nur noch selektiv und üblicherweise in niedrigen Dosierungen gegeben werden. Sie ergänzen die psychosoziale Behandlung nur dann, wenn diese allein nicht ausreicht.

Dieser Text ist die stark gekürzte Fassung eines Artikels, in welchem der Autor auch auf die Primärliteratur verweist, die seinen Aussagen zugrunde liegt. Im Internet ist er zu finden unter: www.psychiatrie.de/dgsp/Neuroleptika-Debatte/article/Neuroleptika_zwischen_Nutzen_und_Schaden.html. Er kann auch bei Pro Mente Sana bezogen werden: kontakt@promentesana.ch

Volkmar Aderhold, Dr. med. und Facharzt für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychotherapeutische Medizin, arbeitet seit 1982 in der Psychiatrie. Zurzeit ist er am Institut für Sozialpsychiatrie an der Universität Greifswald tätig. Freiberuflich bietet er Qualifizierungsmassnahmen und Beratung bei der Strukturentwicklung psychiatrischer Versorgung an.

„ICH BIN JEDEN TAG DANKBAR, DASS ICH DAS RICHTIGE MEDIKAMENT GEFUNDEN HABE“

Filomena Russo war an einer Depression erkrankt und wollte sich das Leben nehmen. Als ihr Psychiater ihr die Behandlung mit einem Antidepressivum vorschlug, hatte sie grosse Bedenken. Dennoch entschied sie sich für einen Versuch. Bis sie das Medikament fand, das für sie verträglich ist und ihr bis heute hilft, musste sie einen weiten Weg zurücklegen und viele Hindernisse überwinden.

Pro Mente Sana: Wie begann Ihre Krankheit und welche Symptome verursachte sie?
Filomena Russo: Ich musste plötzlich alle möglichen Dinge kaufen, wie Kleider oder Schuhe, bis ich fast kein Geld mehr für alltägliche Einkäufe wie Esswaren hatte. Es war eine Kaufsucht, denn ich konnte nicht damit aufhören. Später kam dann der soziale Rückzug hinzu. Ich ging mit Mühe und Not zur Arbeit. Es kam zu einem Wechsel zwischen Rückzug und hyperaktiven Phasen. In den aktiven Zeiten ging ich viel tanzen, manchmal bis vier Uhr morgens, und um sechs Uhr ging ich dann wieder arbeiten. In dieser Zeit habe ich auch viele „falsche“ Leute kennen gelernt. Es ging meist von einem Extrem ins andere, von einer Liebesbeziehung in die andere. Ich litt wegen diesen Liebesbeziehungen. Ich wollte dann immer mehr Dinge unternehmen, trat Vereinen bei, wurde Lehrmeisterin und meldete mich als Berufsprüfungsexpertin an. Ab Mai 2005 kam dann der plötzliche Stillstand. Ich brauchte Ruhe und wollte nur noch schlafen. Ich ging nicht mehr einkaufen, wollte nichts mehr essen und fühlte mich alleine gelassen. Diesen Zustand konnte ich nicht mehr aushalten und bereitete deshalb meinen Suizid vor. Ich hatte Abschiedsbriefe geschrieben und Schlaftabletten gekauft, alles war bereit, und in diesem Moment stand eine gute Freundin vor der Türe. Dann musste ich nur noch weinen. Sie begleitete mich zu meinem Hausarzt, welcher mich direkt an einen Psychiater überwies.

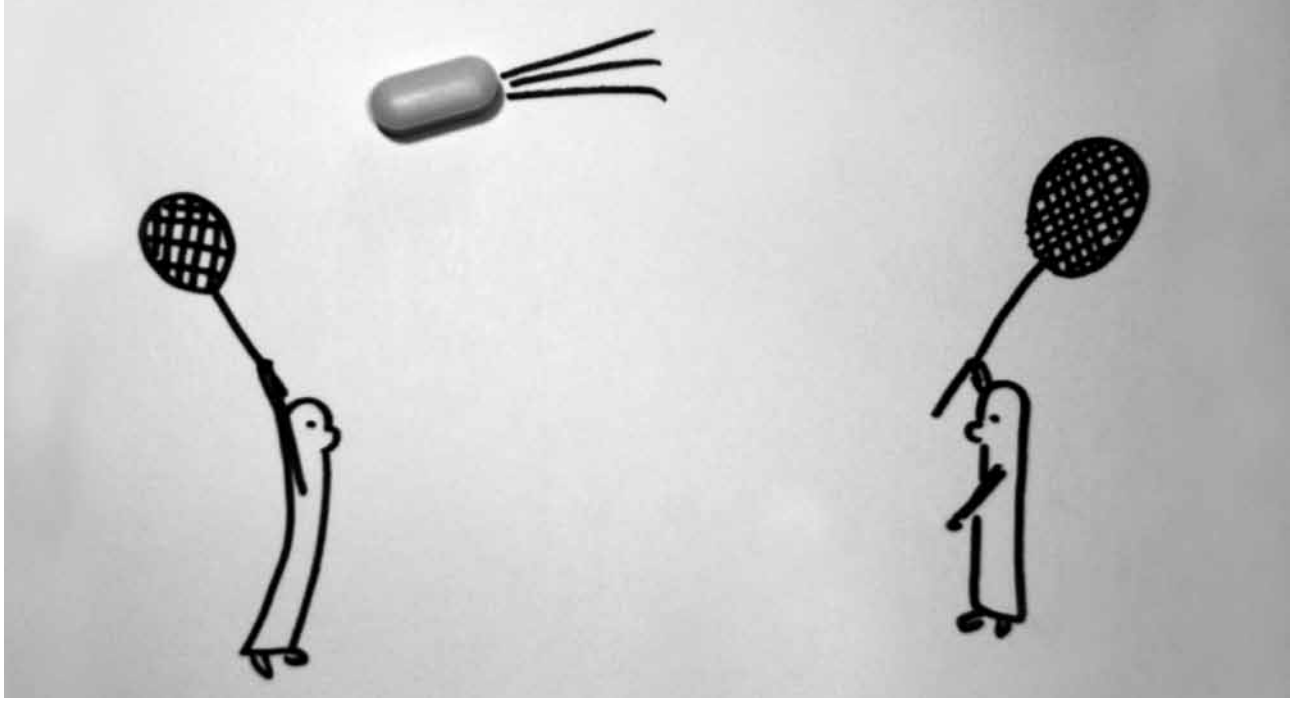
PMS: Was sagte der Psychiater zu Ihrer Situation und Ihrem Befinden?
FR: Der Arzt erklärte mir, dass ich an einer Depression leide. Er beschrieb mir damals sehr einfühlsam, wie ich aus dieser Depression wieder herauskommen könne und er empfahl mir, Medikamente einzunehmen und in eine Klinik einzutreten.

PMS: Welche Gefühle löste die Vorstellung bei Ihnen aus, Psychopharmaka einzunehmen und in eine Klinik einzutreten?
FR: Ich hatte grosse Angst davor, ein Antidepressivum einzunehmen. In erster Linie war ich verunsichert, weil ich nicht wusste, ob ich davon süchtig werden und dann nicht mehr ohne diese Medikamente leben könnte. Auch der Eintritt in eine Klinik machte mir Angst. Ich fürchtete mich davor, von den Menschen in meinem Umfeld ausgelacht zu werden und ich machte mir Sorgen, was wohl meine Kinder und meine Verwandten dazu sagen würden.

PMS: Konnten Sie die Hindernisse, Medikamente einzunehmen, überwinden?
FR: Der Psychiater schlug mir an jenem Nachmittag vor, eine Beruhigungstablette zu nehmen und mir dann mit der nötigen Ruhe zu überlegen, ob ich es vielleicht doch mit einem Medikament versuchen will. Er bat mich, die Beruhigungstablette zu nehmen und in drei Stunden wieder zu kommen. Ich musste ihm versprechen, mir in diesen drei Stunden nichts anzutun. Ich redete dann in der Zwischenzeit mit meinen Kindern darüber. Mein Sohn meinte: „Mama, wenn dir die Medikamente helfen, dass es dir besser geht, dann bitte versuche es“. Nach diesen drei Stunden ging ich wieder zu meinem Psychiater und erklärte mich dazu bereit, es mit den Medikamenten zu versuchen. Er klärte mich gut über die möglichen Nebenwirkungen auf. Ich konnte ihm vertrauen, weil er sehr einfühlsam auf meine Bedenken einging und mir alles erklärte.

PMS: Was hat sich bei Ihnen durch die Einnahme der Antidepressiva verändert?
FR: Das erste Medikament verursachte mir unangenehme Nebenwirkungen wie Schlaflosigkeit und Übelkeit. Ich besprach dies mit dem Arzt, worauf wir die Dosis veränderten und ich ein natürliches Heilmittel zum Schlafen bekam. Die Nebenwirkungen wurden jedoch stärker. Ich nahm die Welt völlig anders wahr und fühlte mich den ganzen Tag „wie besoffen“. Zu guter Letzt fanden wir aber zusammen das richtige Medikament. Das neue Antidepressivum verursachte keine Nebenwirkungen und meine Stimmung verbesserte sich. Ich war erleichtert, dass die Einnahme eines solchen Medikaments auch angenehm – also ohne Nebenwirkungen – sein kann und eine Reduktion der äusserst unangenehmen Symptome bewirkt.

PMS: Gab es weitere Schwierigkeiten im Umgang mit den Medikamenten?
FR: Mein Arzt hatte mir zusätzlich einen stationären Aufenthalt empfohlen und so trat ich zwei Wochen nach meinem Suizidplan in die Klinik ein. Zum Zeitpunkt des Eintritts hörte ich Stimmen, neben den „typischen“ Symptomen der Depression. Aus diesem Grund diagnostizierte mir der Oberarzt eine leichte Schizophrenie und wechselte das Medikament. Die neue Diagnose schockierte mich! Zudem war die Einnahme des neuen Medikaments mit sehr unangenehmen Nebenwirkungen verbunden. Ich sprach sofort mit meiner Bezugsper-



son, die dann mein Anliegen im Rapport einbrachte. So bekam ich noch ein anderes Psychopharmakon. Ich fühlte mich wie im Delirium und nahm überdies stark an Gewicht zu. Es wurden dann drei Monate lang verschiedene Medikamente ausprobiert, weil der Oberarzt meinte, es müsste ein anderes Präparat sein als dasjenige, welches ich beim Klinikeintritt eingenommen hatte. Endlich hatte ich dann die Gelegenheit, mit dem Chefarzt zu sprechen. Ich fragte ihn, weshalb ich nicht das Medikament einnehmen könne, das ich vor Klinikeintritt mit dem ambulanten Psychiater gefunden hatte. Dieses Antidepressivum hatte die Symptome gelindert und keine Nebenwirkungen ausgelöst. Zum Glück willigte er ein und es ging mir schnell viel besser. Ich hatte das richtige Medikament und konnte sechs Monate auf die Therapiestation. Neun Monate später verliess ich die Klinik medikamentös gut eingestellt und vom Gefühl her gesund.

PMS: Wie findet man das Medikament, das für einen richtig ist?
FR: Das richtige Medikament findet man in Absprache und durch die offene Kommunikation mit dem Psychiater. Wenn die Wirkung des Medikaments nicht stimmt, muss der Arzt oder die Ärztin dies wissen. Zentral ist also die Zusammenarbeit.

PMS: Gibt es Ihrer Meinung nach Vorurteile gegenüber Psychopharmaka?
FR: Ja, nämlich das Vorurteil, dass alle Psychopharmaka süchtig machen. Das stimmt nicht. Mit dem richtigen Medikament kann man aus der Krankheit herauskommen und die Tabletten – wenn man dazu bereit ist – langsam wieder absetzen.

PMS: Gab es Momente, in denen Sie dankbar waren, Antidepressiva einnehmen zu können?
FR: Ich bin jeden Tag dafür dankbar, dass ich das richtige Medikament nehmen kann. Es geht jeden Tag etwas besser, den Alltag zu bewältigen. Ich bin dankbar für die Antidepressiva, weil sie mir ein normales Leben ermöglichen. Kürzlich konnten wir, mein Arzt und ich, die Dosis reduzieren und meine Lebensqualität ist nochmals angestiegen. Ich kann jetzt beispielsweise wieder Auto fahren.

PMS: Was für Angebote unterstützen Sie neben den Medikamenten?
FR: Neben der medikamentösen Therapie mache ich auch eine Gesprächstherapie, die mir sehr hilft. Der Austausch mit anderen Betroffenen im Rahmen der Gruppentherapie oder der Selbsthilfe hat mir auch geholfen. Dort können Themen besprochen werden, die keiner so gut verstehen kann wie jemand, der weiss wovon man spricht, so zum Beispiel der Rückgang der Lust, welcher oft die Partnerschaft belastet.

PMS: Was würden Sie anderen Betroffenen raten, die sich in einer solchen Situation befinden?
FR: Wenn der Psychiater oder die Psychiaterin ein Medikament empfiehlt und einem alles gut erklärt, dann sollte man ihm oder ihr vertrauen. Es ist wichtig, Wirkung und Nebenwirkungen mit der ärztlichen Fachperson besprechen zu können. Genauso wichtig ist es, dass auch die Ängste offen ausgesprochen werden können und ernst genommen werden. Allenfalls muss man die Freiheit nutzen, den Arzt oder die Ärztin zu wechseln. Es ist aber auch notwendig, sich selbst und dem Arzt oder der Ärztin die Zeit zu geben, das richtige Medikament zu finden. Auch wenn der Weg anstrengend ist, es lohnt sich!

PMS: Herzlichen Dank für das offene und ermutigende Gespräch.

Das Interview führte Marina Zinsli, Pro Mente Sana.

Filomena Russo ist Mutter von zwei erwachsenen Kindern, Grossmutter eines Enkelkinds, Coiffeuse und absolviert zurzeit die Peerausbildung bei Pro Mente Sana.

ANTIDEPRESSIVA: MYTHEN UND FAKTEN

Zur Anwendung und Wirkung von Antidepressiva kursieren zahlreiche Mythen, die von zahlreichen Studien klar widerlegt wurden. Neusten Erkenntnissen zufolge können bei der Behandlung von Depressionen mit Antidepressiva nur 25 Prozent der Wirkung auf die Medikamente zurückgeführt werden.

Von Dirk Schmoll und Tom Bschor

MYTHOS 1: DEN ANTIDEPRESSIVA LIEGEN GRUNDSÄTZLICH VERSCHIEDENE WIRKMECHANISMEN ZUGRUNDE.

Es gibt fast 30 Substanzen, die der Gruppe der Antidepressiva zugeordnet werden und in Deutschland und in der Schweiz zur Depressionsbehandlung zugelassen sind. Diese werden nach ihrer chemischen Struktur bzw. ihren neurochemischen Eigenschaften in verschiedene Gruppen eingeteilt (tri- und tetrazyklische Antidepressiva, SSRI, MAO-Hemmer, SNRI u. a.). Diese Einteilung suggeriert, dass diesen Substanzen grundsätzlich unterschiedliche Wirkmechanismen zugrunde lägen und damit bei fehlender Wirkung eine Auswahl gänzlich anderer Substanzen in Betracht kommt.

Doch von ganz wenigen Ausnahmen abgesehen, zielen alle Antidepressiva auf eine Erhöhung der Serotonin- und/oder Noradrenalin-Konzentration an den Verbindungsstellen der Nervenzellen ab. Lediglich der Mechanismus, der zur Erhöhung dieser Botenstoffe führt, ist unterschiedlich. Man kann also durchaus zu Recht die Ansicht vertreten, dass die verfügbaren Antidepressiva weitgehende Ähnlichkeiten aufweisen. Gänzlich andere Wirkmechanismen konnten sich bislang nicht durchsetzen.

MYTHOS 2: DER WECHSEL DES ANTIDEPRESSIVUMS IST EINE SINNVOLLE STRATEGIE BEI FEHLENDER WIRKSAMKEIT.

Die vermutlich im klinischen Alltag am häufigsten angewandte Strategie nach Nicht-Ansprechen auf eine ausreichend lange und ausreichend hoch dosierte Antidepressiva-Behandlung ist der Wechsel auf ein anderes Antidepressivum. Mit Blick auf die eben genannten Ähnlichkeiten in der Wirkungsweise der verschiedenen Antidepressiva lässt sich durchaus hinterfragen, ob dies ein Verfahren ist, dessen Wirksamkeit evidenzbasiert nachgewiesen wurde.

Es existieren zahlreiche Studien, in denen Patientinnen und Patienten, die zuvor auf ein Antidepressivum nicht angesprochen hatten, ein zweites verabreicht wurde. In aller Regel kommt es hierunter zu einer Besserung der Depression. Fast alle diese Studien weisen jedoch keine Kontrollgruppe auf (in der das Antidepressivum nicht gewechselt wurde), so dass hieraus nicht geschlossen werden kann, dass die Besserung der depressiven Symptomatik mit dem Wechsel des Antidepressivums und nicht etwa bloss mit der längeren Behandlungs- oder Beobachtungsdauer zusammenhängt. Generell kann bei der Depressionsbehandlung nur in kontrollierten Studien auf die Wirksamkeit eines Therapieverfahrens geschlossen werden, da Depressionen zum einen eine relevante Spontanheilungsquote, und zum anderen eine hohe Besserung auf Placebos (d. h. Scheinmedikamente) aufweisen.

Bei einer systematischen Literatursuche fanden sich zu dieser Frage lediglich drei Studien. In keiner der Studien brachte der Wechsel des Antidepressivums einen signifikanten Vorteil gegenüber der lediglich längeren Verordnung des bislang unwirksamen Medikamentes. Da verschiedene, sehr viel besser in ihrer Wirksamkeit bewiesene Behandlungsstrategien zur Verfügung stehen (z. B. die Zusatzbehandlung mit Lithium), sollte von der einfallslosen Aneinanderreihung immer neuer Antidepressiva im Falle von Therapieresistenz abgesehen werden.

MYTHOS 3: MEHR BRINGT MEHR – ANTIDEPRESSIVA-HOCHDOSISBEHANDLUNG IST EINE SINNVOLLE STRATEGIE.

Die Annahme, mit einer höheren Dosis – z. B. im Falle eines Nicht-Ansprechens auf die Standarddosis – eine zusätzliche Wirkung erzielen zu können, ist naheliegend. Ein Blick auf die Studienlage zeigt jedoch, dass hier zwischen den verschiedenen Antidepressiva-Gruppen unterschieden werden muss. Während es für trizyklische Antidepressiva, vermutlich auch für den irreversiblen MAO-Hemmer Tranylcypromin sowie für Venlafaxin durchaus Hinweise für eine Dosis-Wirkungs-Beziehung gibt, muss dies für die SSRI verneint werden.

MYTHOS 4: ANTIDEPRESSIVA VERRINGERN DIE GEFAHR DER SELBSTTÖTUNG.

Wenn wir davon ausgehen, dass Antidepressiva effektiv Depressionen behandeln und wir zugleich wissen, dass depressive Erkrankungen den Hauptteil der psychiatrischen Diagnosen von Suizidopfern ausmachen, dann darf angenommen werden, dass eine Antidepressiva-Behandlung auch zu einer Reduktion der Suizidversuche

und Suizide führt. Überraschenderweise konnte jedoch in keiner der sechs Übersichtsarbeiten und Metaanalysen zu diesem Thema eine signifikante Reduktion von Suizidversuchen oder Suiziden unter einer Antidepressiva-Behandlung im Vergleich zu einer Placebo-Behandlung gefunden werden. In einer Studie fanden sich sogar signifikant mehr Suizidversuche unter SSRIs. Für einzelne Pharmaka, insbesondere für Lithium, liess sich hingegen eine deutliche Reduktion der Suizidalität nachweisen.

Vorausgesetzt, dass Antidepressiva überhaupt wirksam sind (s. u.), wäre eine mögliche Erklärung, dass Antidepressiva über ihre antidepressive Wirkung zwar einen Teil der Suizidversuche und Suizide verhindern können, jedoch zugleich durch die Verbesserung des Antriebs ohne gleichzeitige Stimmungsverbesserung oder die Induktion von Unruhe Suizidalität provozieren, so dass es zu keinem Nettorückgang kommt. Ob Antidepressiva – insbesondere SSRI – das Risiko eines Suizids erhöhen können, wurde in der letzten Zeit speziell in der Kinder- und Jugendpsychiatrie intensiv diskutiert.

MYTHOS 5: ANTIDEPRESSIVA SIND WIRKSAM GEGEN DEPRESSIONEN.

Die möglicherweise irritierende Bezweifelung dieser Annahme liegt bereits mindestens zehn Jahre zurück, als Kirsch und Sapirstein mit einem provozierenden Artikel die Diskussion anstiessen. Bei der Auswertung von 19 placebokontrollierten Wirksamkeitsstudien zu Antidepressiva stellten sie fest: War das Antidepressivum in einer Studie besonders wirksam, dann war es auch das Placebo. Dies bedeutet, dass die klinische Besserung einer Depression unter einem Antidepressivum in diesen Studien ganz offensichtlich ganz vorrangig von anderen als den rein pharmakologischen Faktoren abhing – zum Beispiel von der Auswahl der PatientInnen, den Umgebungsfaktoren oder der Empathie der Behandelnden. Nur 25 Prozent der Wirkung konnte als echte Pharmakonwirkung bezeichnet werden, 25 Prozent war auf den natürlichen Krankheitsverlauf zurückzuführen und 50 Prozent auf den Placeboeffekt. Neuere Studien bestätigten den signifikanten Zusammenhang von Antidepressiva- und Placebo-Wirkung, wobei die Wirksamkeit der Placebos im Laufe der Jahre und Jahrzehnte seltsamerweise stetig zunimmt. Diese Ergebnisse sollten jedoch nicht zu einem therapeutischen Nihilismus führen, denn es hat sich auch gezeigt, dass Antidepressiva bei schweren Depressionen besser wirken als bei leichten Formen.

ENTSCHEIDUNG FÜR ANTIDEPRESSIVA MIT SACHVERSTAND FÄLLEN.

Trotz der sehr vielen, überwiegend von den entwickelnden Firmen mit dem Ziel der Zulassung durchgeführten kontrollierten Studien im Bereich der Antidepressiva, bestehen erstaunliche Wissenslücken oder sogar Belege über nicht vorhandene Wirkungen bei bestimmten Anwendungsbereichen. Diese Kenntnis relativiert die Annahme, Depressionen müssten grundsätzlich mit einem Antidepressivum behandelt werden. Wenn aber die Entscheidung für eine derartige Pharmakotherapie fällt, sollte sie mit Sachverstand und Berücksichtigung evidenzbasierter Erkenntnisse durchgeführt werden.

Literatur:
Bschor, T. (Hrsg.): Behandlungsmanual therapieresistente Depression. Pharmakotherapie – somatische Therapieverfahren – Psychotherapie. Kohlhammer, Stuttgart 2008.
Bschor, T.: Antidepressiva: Mythen und Fakten. Sozialpsychiatrische Informationen 38, 2008: 24–28.
Kirsch, Sapirstein: Listening to Prozac but Hearing Placebo: A Meta-Analysis of Antidepressant Medication. Prevention & Treatment, 1998: 1, Article 0002a.

Dirk Schmoll, Dr. med., ist Leitender Oberarzt der Abteilung für Psychiatrie der Schlosspark-Klinik Berlin. Arbeitsschwerpunkte: Psychotherapie in Praxis und Lehre, Angehörigenarbeit, Depressionen, Psychosen, Gutachten.

Tom Bschor, Dr. med. und Priv.-Doz., ist Chefarzt der Abteilung für Psychiatrie der Schlosspark-Klinik Berlin, Mitglied der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ, Fachkommission zur industrieunabhängigen Beratung der Ärzte), Mitentwickler der deutschen S3 Leitlinie Unipolare Depression. Spezialgebiete u. a. therapieresistente Depression, Antidepressiva, Placebowirkung in der psychiatrischen Therapie.

IN BEZIEHUNG TRETEN, GUT INFORMIEREN, WAHLMÖGLICHKEITEN ANBIETEN

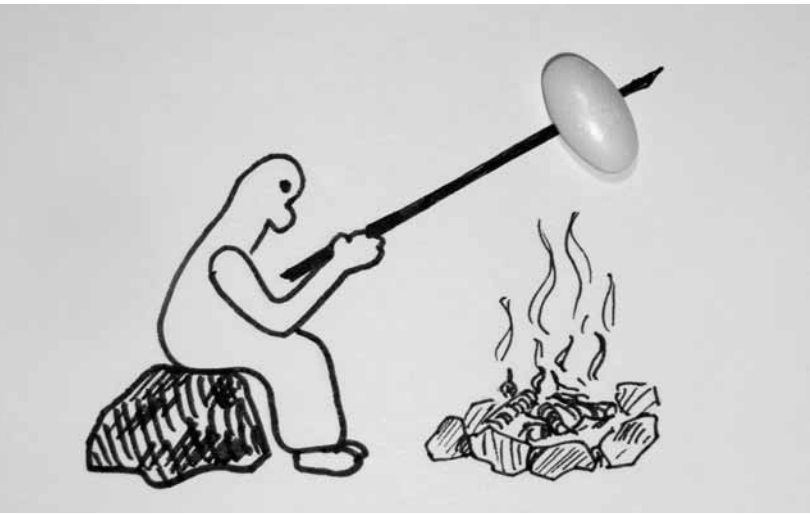
Beziehungsorientierte Arbeit, wie sie auf der Kriseninterventionsstation im Spital Niederbipp praktiziert wird, basiert unter anderem auf dem Grundsatz, dass die Behandlung verhandelbar ist. Dies gilt auch für die Behandlung mit Psychopharmaka.

Von Thomas Derungs und Yvo Hälg

Die Kriseninterventionsstation der „Spital Region Oberaargau“ (SRO) im Spital Niederbipp versteht sich als psychiatrische Akutabteilung. Wir nehmen Menschen ab dem 14. Lebensjahr bis ins hohe Alter auf. Wir behandeln und begleiten PatientInnen mit verschiedenen Störungsbildern – auch solche, die mittels einer Fürsorgerischen Freiheitsentziehung (FFE) gegen ihren Willen einer Behandlung zugeführt werden. Die Station ist offen geführt. Wir berichten hier über unsere Vorstellungen einer beziehungsorientierten Arbeit im Klinikalltag. Folgende Haltungs- und Merkpunkte sind für uns handlungsleitend und sollen unseren Ansatz nachvollziehbar machen. Sie sind gerade auch im Zusammenhang mit Fragen zum Umgang mit Medikamenten sehr wichtig.

IN BEZIEHUNG TRETEN UND BEZIEHUNG HALTEN – AUCH UND GERADE IN SEHR SCHWIERIGEN SITUATIONEN

Unsere Beziehung zu den Betroffenen beginnt bereits mit deren Zuweisung: Wir erhalten jeweils Informationen über eine uns in der Regel unbekannte Person, verbunden mit einer Diagnose. Uns interessiert in erster Linie die Situation, in der sich der oder die Betroffene befindet, und die eine Zuweisung notwendig macht. Mit der Diagnose sind oft bestimmte Meinungen, Vorurteile und Verhaltensweisen verbunden, die unsere Einstellung und unser Verhalten bereits vor dem Kennenlernen der betroffenen Menschen prägt und diese einseitig auf ihre Erkrankung reduziert.



Bei der ersten Begegnung heissen wir den Betroffenen willkommen. Wir sind bereit ihn anzunehmen und uns ihm zuzuwenden. Die Eintrittssituation ist meist mit Angst und Schmerz verbunden. Deshalb versuchen wir diese so zu gestalten, dass Angstabbau und Entspannung möglich werden, damit sich der Patient oder die Patientin gehalten und sicher fühlt. Wir versuchen herauszufinden, was ihnen in diesem Moment helfen könnte: Etwas zu trinken, Ruhe, ein Bett, zuhören, reden? Damit beginnen die Beziehungsgeschichte und die Arbeitsbeziehung mit den PatientInnen. Diese Beziehungsgeschichte wird immer wieder in Frage gestellt, auf ihre Echtheit hin geprüft und in schwierigen Situationen (z. B. bei Aggression und Gewalt) stossen wir – genauso wie die Betroffenen – immer wieder an unsere Grenzen. Dabei versuchen wir stets in Beziehung zu bleiben.

DIE BEHANDLUNG VERHANDELN

Wenn es darum geht, Bedürfnisse zu erkunden und Möglichkeiten für individuelle Lösungen auszuloten, versuchen wir dies im Wissen darum zu tun, dass die Betroffenen ExpertInnen für ihre Erkrankung sind – gleichzeitig aber auch im Wissen um unsere Grenzen und diejenigen unserer Station. Wir bleiben im Gespräch, um Kompromisse zu finden, die Betroffenen mit ihren Anliegen und Fähigkeiten wahrzunehmen, eigenverantwortliches Tun zu fördern, ihnen etwas zuzutrauen und gemeinsam die Grenzen auszuloten, die für uns und für das Leben auf der Station eingehalten werden müssen. Zur Selbstbestimmung gehört auch das Besprechen von Konsequenzen, wenn Grenzen überschritten werden.

INFORMIEREN UND WAHLMÖGLICHKEITEN ANBIETEN

Es ist das gute Recht der Betroffenen, keine Medikamente zu nehmen. Immer wieder gibt es zwischen TherapeutInnen/Pflegenden und Betroffenen ein zähes Ringen um diese Frage. Hier helfen das Zuhören, das Ernstnehmen von Ängsten, das Wertschätzen und Einbeziehen der persönlichen Erfahrungen der Betroffenen, das Suchen nach alternativen Möglichkeiten (Selbsthilfe) sowie eine gute Information. Wichtig ist auch, wenn dies erwünscht und möglich ist, die Angehörigen oder andere

nahe Bezugspersonen der PatientInnen einzubeziehen. Unserer Erfahrung nach reicht meist die Zusicherung der Wahlfreiheit und der Hinweis darauf, dass die Einnahme von Medikamenten immer wieder verhandelbar ist. Klare und transparente Abmachungen sind dabei ein hilfreiches Instrument.

AUSHALTEN UND ZUWARTEN KÖNNEN

Wir erleben oft, dass Ängste und das Gefühl, bedroht zu werden, bei unseren PatientInnen Verzweiflung auslöst oder auch, dass Wut und Aggression durch ganz real empfundene Einschränkungen und Kränkungen genährt werden. Unser Anspruch in der Beziehung zu den betroffenen Menschen ist, sie in ihrem psychischen Erleben, aber auch in ihrer realen Situation wahrzunehmen und zu verstehen. Das heisst für uns, sie auszuhalten – zum Beispiel in ihrer Angst und Wut oder in ihrer Verweigerung. Und es heisst auszuhalten, dass wir Zeit und Kraft brauchen, um miteinander in Beziehung zu kommen und zu bleiben. Das folgende Fallbeispiel soll dies verdeutlichen:

Ein junger Mann, 19-jährig, wurde uns in einer akuten Psychose zugewiesen. Auf der Station verhält er sich ängstlich, unruhig und wirkt sehr misstrauisch im Gespräch. Eine Medikation lehnt er ab. Er hat Mühe, sich an Abmachungen und Regeln zu halten. Darüber finden wiederholt Gespräche statt. Er fühlt sich beobachtet und verfolgt, was bei ihm Angst und Anspannung auslöst und er zieht sich immer wieder zurück. Bewegung (Spazieren) tut ihm gut. Auf den Spaziergängen sind auch Gespräche über seine Ängste und seine Gefühle des Verfolgt-Werdens möglich. Nach drei Wochen erklärt er sich zu einem Versuch mit einer Medikation bereit.

BEGLEITEN UND GRENZEN SETZEN

Viele unserer PatientInnen ringen immer wieder darum, sich selbst sein zu können, selber bestimmen können, eigene Pläne verfolgen können – und sie verzweifeln immer wieder an den Grenzen, die durch das Erleben, die Erkrankung und auch durch die Institution Psychiatrie gesetzt werden. Unsere Aufgabe verstehen wir darin, uns für dieses Ringen zu öffnen, die Betroffenen zu begleiten und uns dabei auch auf eine Auseinandersetzung mit ihnen einzulassen, ihnen wenn nötig zu widerstehen, sie nicht ins Leere laufen zu lassen, sie anzusprechen, sie nicht allein zu lassen – und auch sie dort zu begrenzen, wo es für sie selbst und für uns unerträglich oder gar gefährlich wird. Das tun wir nicht zuletzt aus dem Wissen und der Erfahrung heraus, dass Grenzen Sicherheit und Halt schaffen können, wie das folgende Fallbeispiel zeigt:

Ein 27-jähriger Mann, der schon mehrmals hospitalisiert wurde, ist zum dritten Mal bei uns auf der Station. Gegenüber dem Pflegepersonal ist er auch schon gewalttätig geworden. Er wird jeweils gegen Abend erregt und aggressiv und droht dann mit körperlicher Gewalt. Eine zusätzliche Steigerung der Dosis seines Medikaments verweigert er. Er kann mir im Gespräch jedoch gut erklären, wie er jeweils in diesen aggressiven Zustand gerät: Zuerst sei Angst da, dann komme die Wut über ihn, er wolle aber nicht dreinschlagen. In einem längeren Gespräch gelingt es, durch das Anknüpfen an seine Geschichte, in der Gewalt eine Rolle spielt und durch das Validieren seiner Anstrengungen, nicht dreinschlagen zu wollen, mit ihm auszuhandeln, dass er für eine Woche eine höhere Dosis einnimmt.

BEGLEITUNG ÜBER DEN STATIONÄREN KONTEXT HINAUS

Im Rahmen der aufsuchenden Pflege führen wir unsere Beziehungsarbeit fort, wenn wir von den Betroffenen einen Auftrag dazu erhalten. Aufgrund unserer personellen Ressourcen können wir dies nur jeweils ca. zehn Betroffenen anbieten. In der Regel übernehmen die Bezugspersonen auch die aufsuchende Pflege. Unsere Erfahrungen seit rund fünf Jahren haben u. a. gezeigt, dass in der – oft mehrjährigen – Zusammenarbeit ein besonderes Vertrauensverhältnis entsteht, welches sehr individuelle und situationsangepasste Formen des Umgangs mit Medikamenten und der Selbsthilfe zulässt. Hierzu ein Beispiel:

Ein junger Mann anfangs zwanzig war nach abgebrochener Lehre psychotisch erkrankt. Drei Jahre nach der Ersterkrankung wird er erneut psychotisch. Nach zähen Verhandlungen lässt er sich auf eine Depotmedikation ein, die ich ihm über vier Jahre hinweg verabreichen konnte. Die Beeinträchtigung seiner Denkfähigkeit und Sensibilität unter der Medikation war in der Begleitungsarbeit ein Dauerthema. Ich liess mich auf seinen Wunsch ein, das Medikament selber zu dosieren. In der Folge pendelte sich die injizierte Dosis bei 80 Prozent der verordneten Menge ein.

Beziehungsorientiertes Arbeiten braucht u. a. Zeit und engagierte Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, die sich einlassen wollen in einen Beziehungsprozess, der eine Weiterentwicklung aller Beteiligten ermöglicht. Die dafür notwendige Zeit muss wertgeschätzt und als Arbeitszeit zur Verfügung gestellt werden.

Thomas Derungs, Pflegefachmann, ist Gründungsmitglied der Soteria Bern, Berufsschullehrer Pflege und seit 2001 Co-Stationsleiter Kriseninterventionsstation SRO Niederbipp sowie Bereichsleiter Pflege Psychiatrie beim Psychiatrischen Dienst SRO Langenthal.

Yvo Hälg, Pflegefachmann und Berufsschullehrer Pflege, ist seit 2001 Co-Stationsleiter der Kriseninterventionsstation SRO Niederbipp und Bereichsleiter Pflege Psychiatrie beim Psychiatrischen Dienst SRO Langenthal.

„ICH HABE MEINE MEDIKAMENTE ABGESETZT – UND DIES MIT ERFOLG!“

Aufgrund meiner Diagnose und den fünf Klinikaufenthalten, die ich hinter mir habe, fand ich keinen Psychiater, keine Psychiaterin, die meinen Wunsch, ohne Medikamente zu leben, unterstützt hätten. Ich wagte es dennoch in kleinen Schritten und gewann dadurch Kraft, Selbstvertrauen, Freude und meine Gesundheit zurück.

Von Paula Strassmann

Meine Medikamente abzusetzen wurde mir bis heute nie erlaubt. Erfahrungswerte und Forschungsergebnisse der Pharmaindustrie verbieten es jedem „verantwortungsvollen“ Psychiater, eine solche Idee zu unterstützen. Trotzdem habe ich es getan, und dies mit Erfolg.
Um an mein Ziel zu gelangen, versuchte ich es zuerst mit einem Arztwechsel. Dabei musste ich merken, dass alle Psychiater nach demselben Muster funktionieren. Sie werden ja auch in den Kliniken ausgebildet und dort herrschen ganz bestimmte Vorstellungen.
Beim Suchen eines neuen Psychiaters stellte ich fest, dass ein Arztwechsel grundsätzlich nicht begrüsst wird – und erst recht nicht ohne das Einverständnis des derzeitigen Arztes. Es widerspiegelt die Macht der Psychiater, die sie auch ausspielen.
Auch viele Alternativmediziner sind der Meinung, dass sie bei einem Absetzversuch keine Verantwortung übernehmen können. Ich habe allerdings noch nie erlebt, dass jemand wirklich Verantwortung übernommen hätte, auch kein Psychiater. Mit den Nebenwirkungen muss man den Alltag selber bewältigen. Auch die Depressionen nach zu hoher Dosierung in Akutfällen muss man selber bewältigen und noch vieles mehr. Die Ärzte haben vor allem sich selber gegenüber eine Verantwortung: Sie möchten ihre Praxisbewilligung behalten.
Von einem plötzlichen Absetzen der Medikamente auf Anraten irgendwelcher Alternativmediziner ist abzuraten. Meist führt dies zu Rückfällen und verschafft den Schulmedizinern Genugtuung, wenn sie dann feststellen können, dass eben doch Medikamente nötig sind.

DIE KUNST DES ABSETZENS LIEGT IN DER LANGSAMKEIT

Glücklicherweise ist mein Homöopath auch Arzt. Ihn suchte ich auf, als ich wegen des Absetzens Mühe hatte mit dem Schlafen. Er unterstützte mich mit beratenden Gesprächen, obwohl er ursprünglich die Einnahme einer kleinen Dosis meines Medikaments befürwortet hatte. Es half mir enorm, von ihm zu wissen, dass viele Absetzsymptome normal sind und wieder verschwinden. Bei mir trat allergisches Asthma auf, ich reagierte besonders stark auf Hausstaubmilben und Katzenhaare. Dies hatte wohl mit dem Hormon Histamin zu tun, das sich unter der Einnahme von Antipsychotika anders verhält als ohne diese Medikamente.
Mit dem Schlafen klappte es nicht mehr „automatisch“: Mein Schlaf war fast ein Jahr lang stark gestört und dauerte nur noch sechs Stunden. Deshalb musste ich eine Zeit lang auf Chloraldurat zurückgreifen, ein schwaches rezeptpflichtiges Schlafmedikament.
Ein Gehörsturz gab für mich den Ausschlag für das Absetzen meines Neuroleptikums (Seroquel). Da Seroquel in vielen Fällen (und auch bei mir) nach Einnahme zu Schwindel führt und das Gleichgewichtsorgan direkt neben dem Innenohr liegt, sah ich darin einen engen Zusammenhang mit diesem Medikament. Gehörsturz ist als Nebenwirkung jedoch nicht bekannt und wurde deshalb vom Arzt nicht gemeldet. Na ja, wenn viele Ärzte dies so handhaben, wird es wohl auch nie im Kompendium stehen.
Ich wollte nicht zuletzt aber auch mein Normalempfinden zurückerlangen, um meine berufliche Weiterentwicklung meinem Wesen gemäss zu gestalten. Unter Medikamenten erträgt man um einiges mehr als ohne. Lässt man sich dann beruflich in etwas ein, das eigentlich zu belastend ist, muss man mit dem Absetzen der Medikamente auch gleich den Beruf wechseln.
Vor dem Absetzen war ich auf einem absoluten Minimum. Ich nahm noch 12,5 mg Seroquel, eine Dosis, die eigentlich gar nicht verschrieben wird. Zuvor hatte ich in Halbjahresschritten von 200 mg jeweils um die Hälfte reduziert. Von meiner familiären Situation her hätte ich überhaupt nicht absetzen dürfen. Ich war sehr belastet durch die ältere Generation, meinen pubertierenden Sohn und meinen depressiven Partner. Meinen Ohren zuliebe setzte ich trotzdem ab.

„SIE HABEN KEINE TIEFS UND KEINE HOCHS – DAS IST DOCH PRAKTISCH!“

Eine Psychiaterin versuchte mir die Medikamenteneinnahme folgendermassen schmackhaft zu machen: Sie haben keine Tiefs und keine Hochs mehr, sondern sind viel ausgeglichener und das ist doch sehr praktisch. Na ja – das ist vor allem für den Arzt sehr praktisch. Ich selber habe nebst den massiven Absetzsymptomen keine negativen Folgen erlebt. Von Tiefs blieb ich verschont, trotz vielen Schwierigkeiten in der Familie.
Ich bin sehr intuitiv und spüre viele Dinge von anderen Menschen. Ich musste wieder lernen, diese stärkeren Empfindungen richtig zu deuten und mich davon nicht

überschwemmen zu lassen. Mit der Zeit fand aber so etwas wie eine Verankerung in meinem ureigenen Wesen statt, Ausseneinflüsse irritierten mich weniger. Bei diesem Prozess fand ich ausserhalb der psychiatrischen Behandlung Hilfe. Meine Ärztin weiss bis heute nicht, dass ich die Medikamente abgesetzt habe. Trotz meines Erfolges könnte sie dies wahrscheinlich nicht verantworten.

In einem Vortrag eines Klinikarztes ging es um Angst. Dabei sprach er auch vom Übertragen dieses Gefühls. Ich denke, dies passiert auch in jeder Therapie, in welcher der Therapeut Angst hat vor einem Absetzversuch. Das Gleiche passiert mit den Angehörigen oder Freunden, die davon wissen. Ich informierte nur Leute, die keine Angst davor hatten und mir dies zutrauten.

Da ich fünf Klinikaufenthalte hinter mir hatte, war meine Psychiaterin nie für ein Absetzen. Ein solcher Verlauf wird wie der eines rückfälligen Sträflings gedeutet. Sie war der Ansicht, dass mich das Medikament schütze. Trotzdem hatte ich unter Medikamenteneinnahme zwei Psychosen.

OHNE MEDIKAMENTE GEWANN ICH KRAFT, SELBSTVERTRAUEN UND FREUDE ZURÜCK

Auch meine chronischen Kieferschmerzen, unter welchen ich 25 Jahre lang litt, wurden nie berücksichtigt. Mit Hilfe einer speziellen Physiotherapie konnte ich diese zwischen meinem 40. und meinem 43. Lebensjahr beheben. Nun war eine andere Ausgangslage dafür geschaffen, ohne Medikamente zu leben. Doch offiziell zählen nur Diagnosen und die Anzahl der Klinikaufenthalte!

Ohne Medikamente gewann ich eine Kraft zurück, an die ich mich gar nicht mehr erinnern konnte. Und was mich ganz besonders erstaunte: Ich wurde selbstsicherer, hatte wieder viel Selbstvertrauen, meine ursprüngliche positive Lebenseinstellung war wieder da und ich hatte wieder Freude an so vielen kleinen Dingen. Vorher war vieles nur noch ein Willensakt und ein Haufen von Verpflichtungen, die ich brav eine nach der anderen erledigte. Auch musste ich vieles mit Gedanken steuern, das heisst: Ich machte vieles, „weil das doch schön ist“, ohne dass ich diese Schönheit spüren konnte. Jetzt geniesse ich die schönen Momente – zum Beispiel einen schönen Sonnenuntergang – von Herzen.

Die Medikamente haben mich daran gehindert, menschliche Probleme langsam aber sicher zu lösen, da ich sie nicht wirklich als schlimm empfunden hatte und auch nicht die Kraft hatte, dagegen anzukämpfen. Unter Medikamenten bleibt man in den sozialen Gefügen hängen, die einen krank machen. Da hilft keine Therapie, nur das Absetzen. Es lässt Schwachpunkte nicht nur erkennen, sondern auch spüren. Da die dämpfende Wirkung der Medikamente wegfällt, lässt einen die neu entstehende Kraft die Probleme langsam aber sicher lösen.

Noch eine wirklich schöne Überraschung erlebte ich: Ich spiele wieder mit einer grossen Leichtigkeit Klavier, lerne sehr schnell, und natürlich geht alles schneller im Haushalt.

Ich wünsche, dass viele PatientInnen, die als chronisch krank gelten, den Weg aus der Psychiatrie finden. Oft ist das Absetzen der Medikamente der einzige Weg hinaus in die Gesundheit.

WAS GILT ES ZU BEACHTEN, WENN MAN PSYCHOPHARMAKA ABSETZEN WILL?

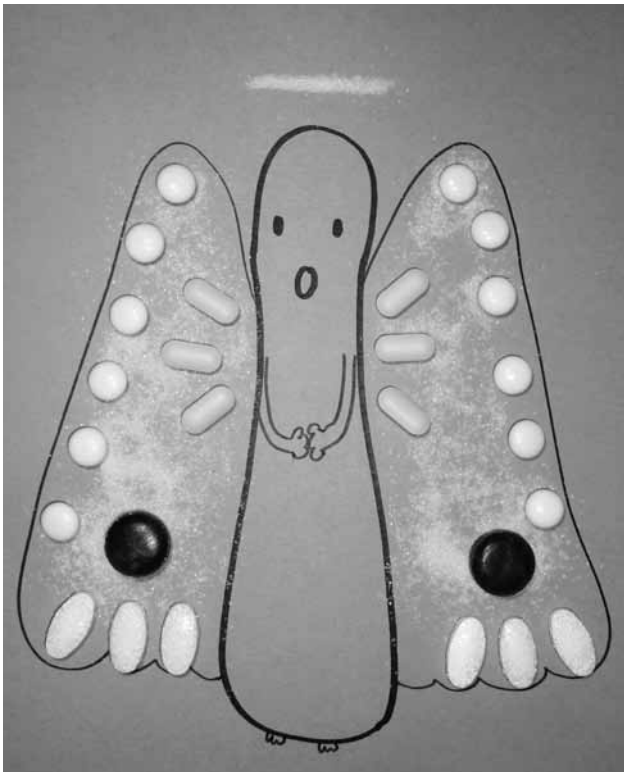
Es gibt triftige Gründe für den Wunsch, ein Leben ohne Medikamente zu führen. Vor einem Absetzversuch sollte man das Vorgehen und den Umgang mit möglichen Risiken mit dem Arzt oder der Ärztin besprechen. Wichtig ist auch, nahe Angehörige darüber zu informieren und für das Vorhaben zu gewinnen.

Von Herbert Heise

Beginnen möchte ich mit einer Patientin, deren Umgang mit Medikamenten mir sehr sinnvoll erscheint und der mir gefällt. Die heute rund 60-jährige Frau lernte ich vor dreissig Jahren kennen. Seither behandle ich sie und begleite sie durch ihr Leben. Bevor ich ihr zum ersten Mal im Krisenzentrum begegnete, hatte sie mehrere – jeweils mehrmonatige – Aufenthalte in verschiedenen Psychiatrischen Kliniken hinter sich. Alles in allem hatte sie wohl mehr als zwei Jahre in den Kliniken verbracht. Bei ihr war eine Schizophrenie diagnostiziert worden – zumeist als Hebephrenie, auch als Paranoide Schizophrenie oder Schizoaffektive Psychose. Seitdem sie bei mir in Behandlung ist, kam es zu sechs weiteren Hospitalisationen, die meist in der Tagesklinik stattfanden und kurz waren. Frau K., wie ich die Patientin nennen will, nimmt in niedriger Dosierung ein Neuroleptikum ein. Wenn Aufregungen bevorstehen, wenn sie weniger schläft oder Bilder „von früher“ auftauchen, steigert sie die Dosis vorübergehend. Wenn sie unsicher ist, ob sie „die Sache noch im Griff hat“, ruft sie mich an. Dann besprechen wir die Situation und überlegen, ob zusätzliche Massnahmen nötig sind, zum Beispiel Gespräche darüber, wie sich Frau K. besser abgrenzen kann, wie sie ihre gesunden Kräfte stärken kann, und allenfalls auch zusätzliche Medikamente.
Es gibt PatientInnen, die Medikamente ganz absetzen wollen. Die einen deshalb, weil sie ihr Leben aus eigener Kraft und ohne die Mithilfe eines Medikamentes meistern wollen. Andere wiederum deshalb, weil die Medikamente sie irgendwie verändern, Anteile der eigenen Person unterdrücken, Gefühle und Empfindungen nicht mehr so erlebt werden wie früher und sich ein unangenehmes Verfremdungsgefühl einstellt.

WAS GILT ES VOR DEM ABSETZEN ZU BEDENKEN?

Diese Gründe können zum Entschluss führen, das zukünftige Leben ohne Medikamente leben zu wollen. Aber aufgepasst, es gilt sorgfältig abzuwägen. Wir Menschen haben ganz allgemein ein Unbehagen gegenüber Medikamenten, die regelmässig eingenommen werden sollen oder gegenüber Hilfsmitteln, die man verwenden soll. Medikamente und Hilfsmittel zeigen an, dass wir es nicht mehr alleine „schaffen“. Leute mit hohem Blutdruck nehmen oftmals die verordneten Medikamente nicht ein (und leiden später oft an ernsthaften Komplikationen), ältere

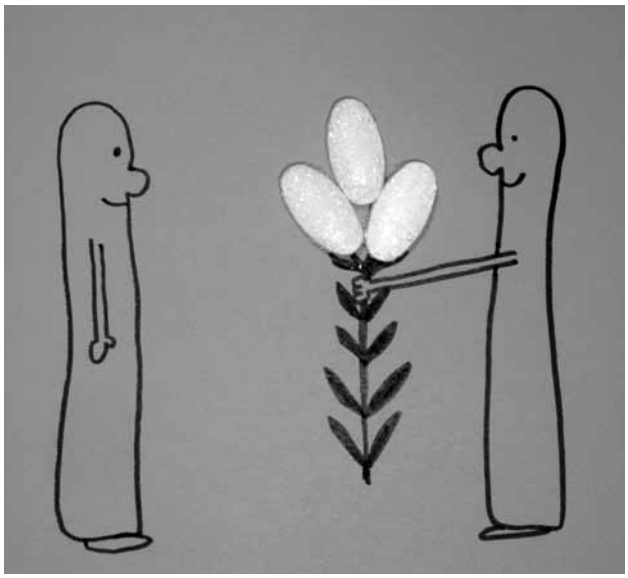


Menschen mit Gangunsicherheit wollen keinen Stock nehmen. Schwer erkrankte Personen mit Multipler Sklerose oder mit Rheumatismus schieben die Benützung eines Rollstuhles hinaus bis es – oftmals nach schweren Stürzen – wirklich nicht mehr anders geht. Es besteht also bei vielen Menschen mit Krankheiten, Störungen oder Behinderungen der Wunsch, keine Medikamente oder Hilfsmittel zu benutzen, weil man dadurch sich selbst und anderen gegenüber eingesteht, dass die eigene Gesundheit eingeschränkt ist.
Trotz dieser skeptischen Anmerkung: Es kann richtig und sinnvoll sein, Medikamente nach einiger Zeit abzusetzen und sein Leben ohne diese zu führen.
Jetzt will ich beschreiben wie man vorgehen soll, wenn man Medikamente absetzt. In der Psychiatrie werden zwei Hauptgruppen von Medikamenten verwendet. Medikamente der einen Gruppe erzeugen bei längerer Einnahme eine körperliche Gewöhnung oder sogar Abhängigkeit und Sucht. Bei der anderen Gruppe treten auch nach jahrelanger Einnahme keine Anzeichen einer Sucht auf.
Zur ersten – also Abhängigkeit erzeugenden – Gruppe gehören Medikamente zur Angstlösung, Beruhigung

und Entspannung (Tranquilizer oder Anxiolytika) sowie Schlafmittel (Hypnotika oder Sedativa). Viele dieser Medikamente haben als chemische Grundstruktur Benzodiazepin, je nach Modifikation dieser Grundstruktur entstehen verschiedene Benzodiazepine, die sich in ihrem Wirkungsprofil – vor allem in der Stärke und Dauer der Wirkung – unterscheiden. Nur wenige der Tranquilizer besitzen einen anderen Wirkstoff, bei den Hypnotika sind zwar rund zwei Drittel frei von Benzodiazepinen, aber auch die anderen Wirkstoffe erzeugen bei längerem Gebrauch Abhängigkeitsphänomene.
Man weiss schon lange, dass das Absetzen oder der Entzug von einem Beruhigungsmittel (also einem Präparat, das zumeist Benzodiazepin enthält) langsam und sorgfältig erfolgen muss, da sonst Entzugserscheinungen in Form von Delirien oder epileptischen Anfällen auftreten können.

RISIKEN DES ABSETZENS

Noch nicht so lange weiss man, dass auch das Absetzen von Medikamenten der zweiten Gruppe gewisse Risiken in sich birgt. In der zweiten Gruppe befinden sich alle Neuroleptika (die klassischen und die so genannten atypischen), die Antidepressiva (von den alten Trizyklika bis zu den SSRI und den noch moderneren Kombinationspräparaten) und die neuen Mood Stabilizer (Präparate, die aus antiepileptischen Mitteln entwickelt wurden und heute häufig verschrieben werden).
Weshalb kann es beim raschen Absetzen von diesen Medikamenten, die doch nachweislich keine Abhängigkeit erzeugen, Probleme geben? Das kann man sich so erklären: Durch diese Medikamente werden über längere Zeit die Verbindungsbahnen im Gehirn beeinflusst. Die elektrischen Impulse der Nervenbahnen werden ja in den Synapsen (den Umschaltstellen zwischen Nervenfortsätzen) mittels chemischer Botenstoffe weitergeleitet. An den Synapsen wirken Neuroleptika und Antidepressiva, indem sie die Übertragung von gewissen Reizen entweder verstärken (es werden mehr Botenstoffe produziert oder die Entfernung wird gestört) oder abschwächen (geringere Produktion des Botenstoffes und beschleunigte Inaktivierung).



Diese Prozesse sind zwar komplizierter als hier dargestellt – vor allem deshalb, weil es mehrere Botenstoffe gibt und diese in verschiedenen Hirnregionen eine unterschiedliche Bedeutung und Aufgabe haben. Das Wesentliche wird hier jedoch schon klar: Wenn man ein biologisches System über eine gewisse Zeit manipuliert, dann sorgt es nach und nach dafür, dass es trotz dieser Beeinflussung funktionieren kann. Wenn die Beeinflussung plötzlich ausfällt, kommt es zu überschiessenden Reaktionen. Diese fallen unterschiedlich aus, je nachdem, welche Überträgersubstanz durch das Medikament beeinflusst wurde. So kommt es beim Absetzen von Medikamenten, die das cholinergische System unterdrücken, also eine anticholinergische Wirkung haben (wie z. B. Leponex) zu einer verstärkten cholinergischen Reaktion mit Schwitzen, Kopfschmerzen und Magen-Darmsymptomen. Zudem können die früheren psychotischen Gedanken oder Erlebnisweisen wieder hervortreten.

WIE SETZT MAN PSYCHOPHARMAKA AM BESTEN AB?

Zunächst sollte man kritisch überlegen, welche Gründe zum Wunsch geführt haben, die Medikamente abzusetzen. Im zweiten Schritt ist es wichtig, mit dem behandelnden Arzt oder der Ärztin zu sprechen. Hat man deren Einverständnis, kann man daran gehen, einen Plan auszuarbeiten, das Tempo der Reduktion festzulegen und kritische Zeichen zu besprechen, deren Auftreten für einen Unterbruch oder gar einen Abbruch des Absetzversuchs sprechen würden. Falls der Arzt oder die Ärztin mit dem Absetzen der Medikamente nicht einverstanden ist, sollte überprüft werden, ob er oder sie aufgrund der individuellen Krankheitsgeschichte und Lebenssituation Bedenken hat oder sich an Richtlinien orientiert, die aus statistischen Untersuchungen stammen, als „state of the art“ propagiert werden und ÄrztInnen unter Druck setzen, diese Empfehlungen zu befolgen, um nicht einen „Kunstfehler“ zu begehen. Wenn dieser Eindruck entsteht, sollte noch eine zweite Meinung von einem anderen Arzt eingeholt werden. Wichtig ist ferner, nahe Angehörige (Ehepartner/Eltern) zu informieren und sie für das Vorhaben zu gewinnen. Manchmal braucht es in einer solchen Situation auch einen kleinen „Trialog“ von PatientIn, EhepartnerIn und PsychiaterIn. Eine Übereinstimmung in der Zielsetzung ist äusserst hilfreich.

Herbert Heise, Dr. med., hat sein Medizinstudium in Wien und seine Facharztausbildung in Basel absolviert. Er war viele Jahre in der Sozialpsychiatrie Bern tätig, ist Schweizer Delegierter in der WHO Europa und arbeitet seit 2009 in einer Gemeinschaftspraxis.

GUT GEMOGELT IST DER HALBE UMSATZ

An der Aussagekraft von Wirksamkeitsstudien über Medikamente – nicht zuletzt Psychopharmaka – sind in jüngster Zeit Zweifel laut geworden. Zu Recht, denn viele Pharmafirmen publizieren ausschliesslich diejenigen Studien, welche ihr Produkt in einem günstigen Licht erscheinen lassen. Alle anderen werden diskret schubladisiert.

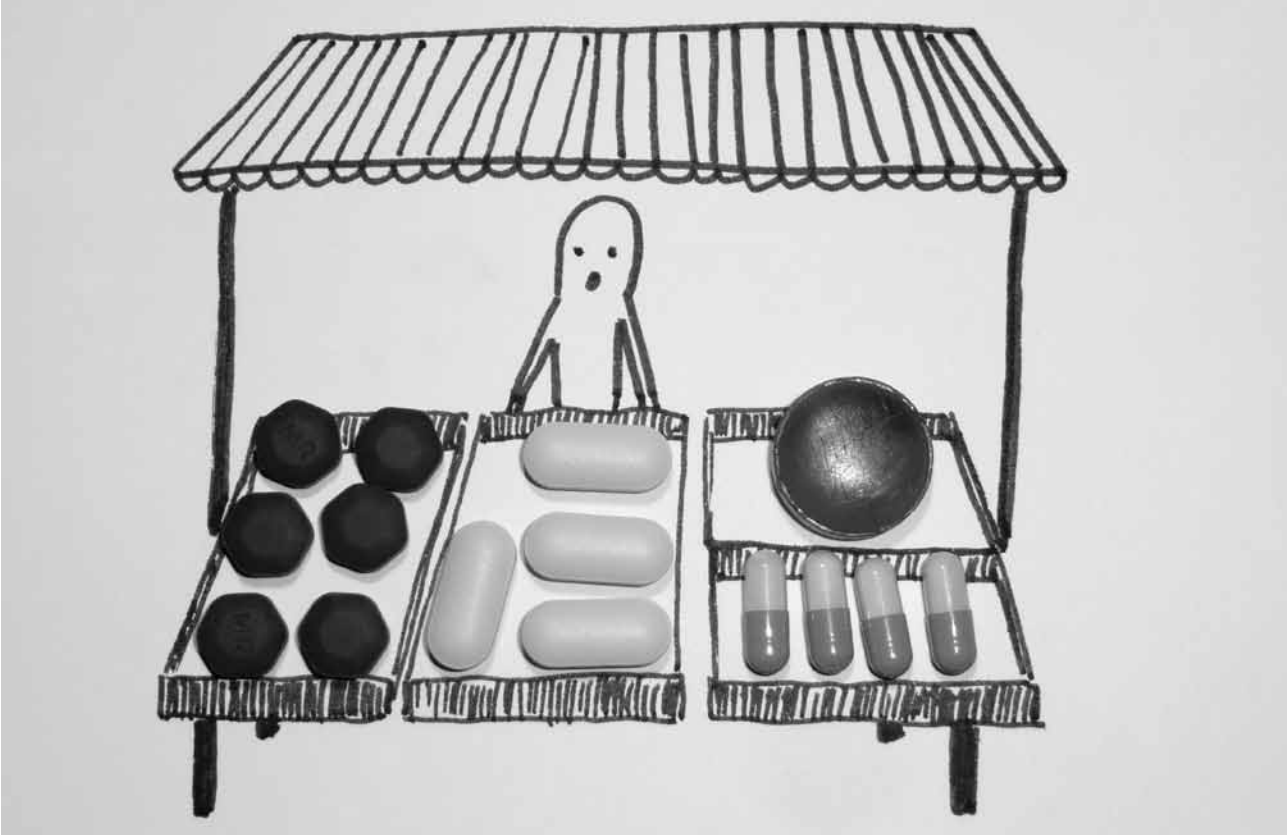
Von Gaby Rudolf

Will ich auf Französisch sagen, dass ich Gaby heisse und zu diesem Zweck den Satz zusammenbastle: „Je chaud Gaby“ (Ich – heiss – Gaby), käme es wohl niemandem in den Sinn, die französische Sprache dafür verantwortlich zu machen, dass mich kein Franzose versteht. Ich habe mich zwar französischer Wörter bedient, habe aber die Regeln der französischen Sprache kreuzfalsch angewendet. Kurz: Ich hab Blödsinn dahergeredet. So geschieht es leider auch mit der Statistik. Nicht das Werkzeug der Statistik ist unzulänglich, sondern dessen AnwenderInnen sind oftmals überfordert oder wählen ein falsches Vorgehen. Was dabei an Unsinn herauskommt, ist im besten Fall amüsant, kann aber auch lebensgefährlich werden, wenn es beispielsweise um die Wirksamkeit von Medikamenten geht.

LOB FÜR EINEN ZUFALLSTREFFER

Luigi ist 12 Jahre alt und in Sport eine Niete. Doch heute hat er im Turnunterricht beim Fussballspiel für seine Mannschaft ein Tor geschossen. Stolz erzählt er dies überall herum und weil in den nächsten zwei Wochen seine gesamte Verwandtschaft (Götti, Opa und alle Tanten inklusive) von seiner Meisterleistung erfährt, entsteht der Eindruck: „Der Luigi muss ein Fussball-Ass sein.“ Niemand fragt, wie oft Luigi erfolglos auf das Goal gezielt hatte und so erfährt keiner, dass neben dem einen erfolgreichen Schuss 17 daneben gingen. Weil Luigi noch jung ist, verzeihen wir ihm gerne, dass er sein Ansehen ein wenig aufpoliert, indem er die vielen Fehlschüsse verschweigt.

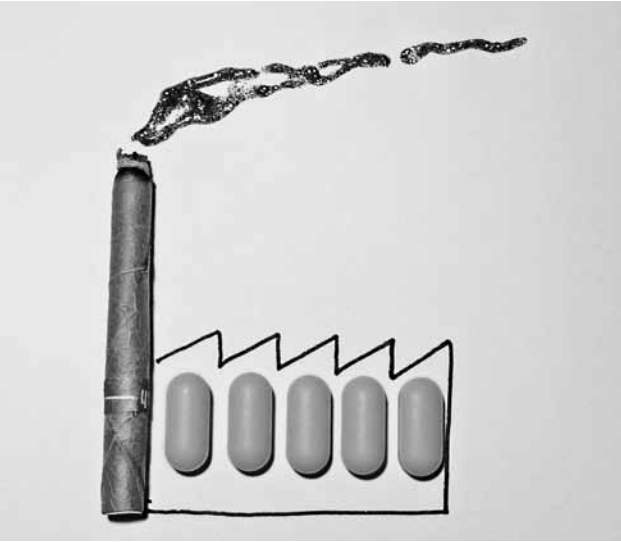
Wie sieht es aber aus, wenn Luigi eine Pharmafirma ist, jeder Schuss aufs Tor eine klinische Studie und der erfolgreiche Torschuss die einzige Studie, in welcher tatsächlich eine Wirksamkeit für das Medikament nachgewiesen werden konnte? Da hat unsere Grosszügigkeit zu Recht ein jähes Ende. Denn wenn von 18 klinischen Studien deren 17 keine Wirksamkeit für ein Medikament zeigen konnten und nur in einer einzigen ein Effekt auftrat, ist die Frage unumgänglich: „War das nicht purer Zufall?“ Mit dieser Betrachtungsweise wird sichtbar, warum es so wichtig wäre, dass Pharmafirmen sämtliche jemals durchgeführten Studien zu einem neuen Medikament publizieren müssten. Doch sind sie dazu derzeit leider



nicht verpflichtet. Welche Konsequenzen dies hat, konnten wir in jüngster Zeit sehen. Die NZZ berichtete in ihrer Ausgabe vom 20. Dezember 2010, dass für das Antidepressivum Reboxetin (Markenname Edronax) in Fachzeitschriften ausschliesslich Studien publiziert wurden, die ein positives Bild für das Medikament zeichneten. „Alles andere wurde vor Patienten, Ärzten und Behörden verborgen." Nun flogen die verheimlichten Studien auf und die Arzneimittelbehörde wird die Zulassung neu zu überprüfen haben.
Vielleicht ändert sich die Praxis dieses selektiven Publizierens in ein paar Jahren. Im Entwurf zum „Bundesgesetz über Forschung am Menschen" (es wird voraussichtlich 2011 im Parlament beraten) ist die Möglichkeit enthalten, dass der Bundesrat die Veröffentlichung sämtlicher Wirksamkeitsstudien vorsehen kann, allerdings ist deren Publikation damit noch nicht zwingend – und das Gesetz muss zuerst noch die Hürden des parlamentarischen Diskurses nehmen.
So erfahren wir vorerst und bis auf weiteres nur von den erfolgreichen Studien und wissen nicht, ob es sich bei der nachgewiesenen Wirksamkeit – wie bei Luigis Goal – lediglich um puren Zufall und Angeberei handelt.

DOPPELT IST NICHT IMMER BESSER

Szenenwechsel: Es ist früher Morgen, Tamara sitzt beim Frühstückskaffee und liest in ihrer Zeitung: „Das neue ‚Deprovital' wirkt bei doppelt so vielen Menschen wie das oft verschriebene ‚Miserikum forte'." „Das ist ja toll", denkt Tamara, denn sie leidet unter einer Depression und ihre Psychiaterin hat ihr „Miserikum forte" verschrieben. Weiter unten erfährt sie, dass in einer Studie mit 30 behandelten PatientInnen nur gerade acht auf eine Therapie mit ‚Miserikum forte' ansprachen, während bei 16 von 30 mit ‚Deprovital' behandelten PatientInnen die Depression zurückging. 16 ist wohl doppelt so viel wie acht. Doch wenn unter einer Million Behandelter vier anstatt nur zwei erfolgreich behandelt werden, ist auch das eine Verdoppelung der Anzahl erfolgreich behandelter Personen, obwohl die Erfolgsrate schon auf den ersten Blick als mickrig bezeichnet werden kann. Um den Wert dieser Aussage („doppelt so viele Erfolge") beurteilen zu können, brauchen wir demnach unbedingt die absoluten Zahlen, müssen also wissen, dass diese Verdoppelung lediglich bedeutet „vier von einer Million anstatt zwei von einer Million".
Zurück zu Tamara: „16 erfolgreich Behandelte von 30 sind aber noch immer nur die Hälfte der untersuchten PatientInnen", denkt sie und wird ein wenig skeptisch. Denn noch ist die Frage offen, ob aufgrund der genannten Studie ‚Deprovital' wirklich besser wirkt oder ob dieses Studienergebnis nicht reiner Zufall sein könnte. In den Wissenschaften hat man sich darauf geeinigt, dass ein Ergebnis dann als „signifikant" gilt, wenn die Wahrscheinlichkeit, dass es sich um einen Zufall handelt, höchstens fünf Prozent beträgt. Diese Limite ist willkürlich festgesetzt, weil sie sich für eine Vielzahl von Untersuchungen bewährt hat.



Die Wahrscheinlichkeit, ob im Falle der ‚Deprovital'-Studie das Medikament nur rein zufällig besser wirkt oder ob dessen Wirksamkeit „Tatsache" (im Fachwort: signifikant) ist, kann mit dem so genannten Vierfeldertest berechnet werden (Kasten 1). Tamara findet dabei heraus, dass in dieser Studie ‚Deprovital' signifikant besser wirkt als ‚Miserikum forte'. Soll sie nun ihre Ärztin bitten, ihr künftig ‚Deprovital' zu verschreiben?

SECHS MONATE ODER SECHS JAHRE?

Jedes Medikament muss in klinischen Studien am Menschen auf seine Wirksamkeit überprüft und auf seine Nebenwirkungen getestet werden. Solche Wirksamkeitsstudien dauern häufig zwischen vier Wochen und einem halben Jahr, in Ausnahmen auch rund ein Jahr. Das reicht aber nicht aus, um unerwünschte Wirkungen zu entdecken, die erst nach länger dauernder Einnahme von über einem Jahr auftreten. Doch gerade bei Psychopharmaka ist eine Medikationsdauer von über einem Jahr nicht unüblich. Dies bedeutet: Kommt ein neues Medikament auf den Markt, wissen wir nichts über die Auswirkungen bei dessen langfristiger Einnahme. Als Spätdyskinesien bezeichnet man Bewegungsstörungen, die erst nach einigen Jahren der Einnahme von Neuroleptika auftreten. Ob ein neu auf dem Markt erhältliches Neuroleptikum keine Spätdyskinesien erzeugt, kann erst nach mehreren Jahren mit Sicherheit gesagt werden. Bei der Einführung fehlt dieser Erfahrungswert. Das Rheumamedikament Vioxx wurde 2004 vom Markt genommen, nachdem seit 2000 erstmals Fachleute darauf hinwiesen, dass unerklärliche Todesfälle in einem direkten Zusammenhang mit der Einnahme von Vioxx stehen könnten. Diese tragische „Nebenwirkung" war in den nur wenige Monate dauernden Wirksamkeitsstudien nicht nachgewiesen worden. Es dauerte einige Jahre, bis die Todesfälle mit Vioxx in einen direkten Zusammenhang gebracht werden konnten und das Medikament vom Markt genommen wurde. Bei neuen Medikamenten wissen wir nie genügend über Auswirkungen, die erst nach zwei, drei Jahren auftreten können. Alte, bewährte Medikamente

bieten diesbezüglich mehr Sicherheit. Für das Neuroleptikum Melleril wurde in der Schweiz die Zulassung aufgehoben, weil sich nach ein paar Jahren Fälle häuften mit einer QT-Verlängerung im Elektrokardiogramm (das so genannte QT-Intervall umfasst die Zeitspanne zwischen dem Impuls, der den nächsten Herzschlag einleitet, der Erregungsausbreitung und der Erregungsrückbildung), was zu Herzrhythmusstörungen und schliesslich zum Tod führen kann.

DER WISSENSCHAFTSTEIL DER TAGESZEITUNG

Zurück zu Tamara. Sie hat sich inzwischen eine zweite Tasse Kaffe gekocht und ist nicht mehr davon überzeugt, dass sie schon jetzt auf das neue Medikament umstellen will. Sie ist verunsichert, da sie im Gesundheitsheftchen, das in der Apotheke gratis auflag, ein Interview mit einem Professor und langjährigen Chefarzt einer bekannten psychiatrischen Klinik, gelesen hatte. Dieser lobte ‚Deprovital' als besonders nebenwirkungsarmes, gut verträgliches Medikament mit einem überragenden Wirksamkeitsprofil. Es konnte doch nicht sein, dass so ein renommierter Arzt falsche Empfehlungen abgab? Schliesslich stand sein Ruf auf dem Spiel.
Leider müssen wir Tamara auch hier zur Vorsicht raten. Eine Strategie von Pharmaunternehmen ist es, in Zeitungen und Zeitschriften Artikel zu platzieren, die bei der Leserin den Eindruck eines seriös recherchierten journalistischen Artikels erwecken. Doch diese Artikel sind von Marketingspezialisten formuliert und die Zeitung erhält Geld für deren Abdruck. Die Journalistin Caroline Walter und ihr Kollege Alexander Kobylinski sind solchen Machenschaften mit verdeckten Recherchen auf die Spur gekommen und schreiben darüber in ihrem Buch „Patient im Visier". Das Buch liest sich wie ein Thriller, neben dem Steven Kings Romane wie harmlose Gutenachtgeschichten erscheinen.

WAS DENN NUN?

Tamara hockt in ihrer Küche, der Kaffee ist längst kalt geworden. Sie ist ernüchtert. Am liebsten würde sie sofort alle Medikamente absetzen und nie wieder eine Pille schlucken. Verständlich, wenn wir uns solcher Manipulationen bewusst werden. Dennoch bedeutet dies nicht, dass alle Medikamente schädlich oder auch nur wirkungslos sind. Als PatientInnen sind wir aber gefordert, mit Medikamenten angemessen umzugehen.
Dazu gehört, dass wir von jedem Medikament, das wir einnehmen, wissen, welche Wirkung wir uns davon erhoffen. Soll das Medikament uns beim Einschlafen helfen, psychotisches Erleben dämpfen oder eine Panikattacke abmildern? Spüren wir die erhoffte Wirkung nicht, ungenügend oder treten unangenehme Nebenwirkungen auf, müssen wir mit dem Arzt oder der Ärztin klären, ob eine Dosisänderung oder ein anderes Medikament angezeigt ist. Dazu ist es wichtig, uns vor dem Gespräch zu vergegenwärtigen, ob und welche Veränderungen wir an uns wahrnehmen, seit wir das Medikament einnehmen. Weitere Empfehlungen dazu gibt Patricia Deegan in ihrem Artikel „Selbstbestimmt mit Medikamenten umgehen" (www.promentesana.ch/Selbsthilfe > Werkzeuge).
Ein neuer Besen wischt zwar gut, ist er aber von mieser Qualität, hat es sich bald ausgewischt. An neue Medikamente haben wir manchmal übersteigerte Erwartungen. Besonders, wenn wir mit der bisherigen Medikation eigentlich zufrieden sind, könnte es sich lohnen, mit einer Umstellung zuzuwarten, bis Langzeiterfahrungen mit dem neuen Wirkstoff vorliegen. Die optimale Medikation zu finden kann ein langer Prozess sein, der viel Geduld und Selbstbeobachtung erfordert.
Tamara hat sich entschlossen, ihrer Ärztin zu sagen, dass sie mit der aktuellen Medikation nicht zufrieden ist, weil sie sich noch zu oft zu traurig und niedergeschlagen fühlt. „Mal schauen, ob sich daran was ändern lässt" – sagt's und macht sich auf den Weg.

Literaturhinweise auf der Serviceseite.

VIERFELDERTEST

Mit dem Vierfeldertest können Ergebnisse der Art „Ist Behandlung X besser als Behandlung Y" rasch und einfach auf Signifikanz überprüft werden. Dazu tragen wir in einer Tabelle ein, wie viele Personen mit jedem der beiden Medikamente erfolgreich bzw. nicht erfolgreich behandelt wurden.

	Erfolg	Misserfolg	Summe
Miserikum forte	8 (A)	22 (B)	30 (G)
Deprovital	16 (C)	14 (D)	30 (H)
Summe	24 (E)	36 (F)	60 (I)

Als Nächstes berechnen wir eine Prüfgrösse nach der Formel:

$$\text{Prüfgrösse} = \frac{(I-1)\times(A\times D - B\times C)^2}{E\times F\times G\times H}$$

Für die Deprovital-Studie ergibt sich:

$$\text{Prüfgrösse} = \frac{(60-1)\times(8\times 14 - 22\times 16)^2}{24\times 36\times 30\times 30} = \frac{(59)\times(112-352)^2}{777'600}$$

$$= \frac{59\times(-240)^2}{777'600} = \frac{59\times 57'600}{777'600} = \underline{\underline{4{,}37}}$$

Ist diese Prüfgrösse grösser oder gleich 3,84 ist das Ergebnis „statistisch signifikant". In unserem Beispiel beträgt die Prüfgrösse 4,37 und ist damit grösser als 3,84. Das Studienergebnis ist also signifikant.

Gaby Rudolf ist Psychologin lic. phil., arbeitet im psychosozialen Team von Pro Mente Sana sowie therapeutisch in eigener Praxis.

PSYCHISCH KRANKE IN DER HAUSÄRZTLICHEN PRAXIS: IST DER HAUSARZT EIN PILLENDOKTOR?

Hausärzte und Hausärztinnen sind für die meisten Menschen die erste Anlaufstelle bei gesundheitlichen Problemen. Auch bei psychischen Leiden suchen viele Erkrankte zuerst hausärztliche Unterstützung und Hilfe. Geben die HausärztInnen vor allem – und zu viele – „Pillen“ ab? Oder sind sie im Gegenteil zu zögerlich in der Diagnose und medikamentösen Behandlung psychischer Erkrankungen?

Von Heinrich Kläui

„Es ist eine ungemein häufige Erscheinung, dass Depressive mit einzelnen somatischen Klagen in die Sprechstunde des Allgemeinpraktikers, des Internisten und auch des Chirurgen, Gynäkologen, des Ophthalmologen, des Urologen und anderer Fachärzte kommen, spontan und einzig von körperlichen Erscheinungen sprechen und ihren depressiven Gemütszustand verschweigen.“ (M. Bleuler, 1943)

Niklas Baer fand bei seinen Untersuchungen über die Versorgung psychisch kranker Menschen, dass bei 20 Prozent aller PatientInnen in der hausärztlichen Sprechstunde eine behandlungsrelevante psychische Störung vorliegt. In Deutschland wurde eine Prävalenz für Angststörungen von 19,5 Prozent der hausärztlichen Patientinnen und neun Prozent der Patienten festgestellt. Die Häufigkeit depressiver Episoden lag bei rund zehn Prozent, also häufiger als diejenige von Alkoholerkrankungen mit sechs Prozent.
Man geht davon aus, dass 85 Prozent aller Psychopharmaka durch die HausärztInnen verschrieben werden. 80 bis 90 Prozent der Depressionen werden in der Grundversorgung behandelt. Sind die HausärztInnen verkappte PsychiaterInnen?
Den hausärztlich tätigen ÄrztInnen wird andererseits von psychiatrischer Seite immer wieder der Vorwurf gemacht, sie würden bis zu 30 Prozent der Depressionen nicht oder zu spät erkennen und bis zu 50 Prozent der Depressionen nicht oder ungenügend behandeln – also doch keine heimlichen PsychiaterInnen?

DIE SICHT DER PATIENTINNEN

Vielleicht findet sich eine Antwort, wenn man sich die Frage stellt, warum ein erkrankter Mensch zur hausärztlichen Behandlung kommt. In einer britischen Arbeit wurden interessante Resultate gefunden: Die Ursache einer Depression wird von mehr als zwei Dritteln der psychisch Erkrankten in so genannten life events gesehen, wie etwa Arbeitslosigkeit, Todesfall in der Familie oder Beziehungsabbruch. Oft gebraucht wird der Ausdruck Burnout, um einen Zustand zu bezeichnen, der durch aufopfernde, übermässige seelische und körperliche Beanspruchung zustande komme, wenn man seine eigenen Bedürfnisse nicht schütze und wahrnehme. Die meisten sehen den Grund ihrer Erkrankung also in äusseren Ereignissen, die sie „aus der Bahn geworfen“ haben.
Was wird als hilfreich angesehen? An erster Stelle der Erwartungen an eine Behandlung wird von fast allen Befragten Beratung genannt (91 Prozent), während Antidepressiva nur von 16 Prozent als angebracht betrachtet werden. Antidepressiva haben einen schlechten Ruf: 78 Prozent der Befragten nahmen an, dass Antidepressiva abhängig machen, während nur knapp die Hälfte (46 Prozent) an deren Wirksamkeit glaubte. Es erstaunt nicht, dass ein Drittel der untersuchten Gruppe das verschriebene Antidepressivum gar nicht kaufte.

DIE HAUSÄRZTLICHE SICHT

Der Hausarzt oder die Hausärztin kennen ihre psychisch erkrankten PatientInnen und deren familiäres, berufliches und materielles Umfeld oft schon seit Jahren. Viele depressive Erkrankungen entstehen auf dem Boden schwieriger Lebenssituationen. Es fällt dem Hausarzt/der Hausärztin oft nicht leicht, die Grenze zwischen depressiver Erkrankung und „normaler“ Reaktion auf schwierige Lebenssituationen zu ziehen. Ist nun jemand durch seine Lebensverhältnisse schwer belastet oder leidet er/sie an einer psychischen Erkrankung? Handelt es sich um eine nachfühlbare Trauer oder eine depressive Episode?
Manche HausärztInnen sind daher vorsichtig mit der Diagnose einer Depression. Ist eine Behandlung angebracht, so stehen psychotherapeutische Verfahren und Psychopharmaka zur Verfügung. Die Indikation zur psychotherapeutischen Behandlung wird im gemeinsamen Gespräch verhandelt. Ist die erkrankte Person bereit, eine Psychotherapie zu beginnen? Welche Psychiaterin oder welcher Psychiater „passt“ am besten zu ihr? Erlaubt die Versicherungsdeckung eine nichtärztliche Psychotherapie bei einer Psychologin oder einem Psychologen? Muss ein Therapieplatz in einer delegierten Psychotherapie gesucht werden?
Eine antidepressive Medikation kann unterstützend wirken; die Indikation zu einer Pharmakotherapie wird aber vor dem Hintergrund der psychosozialen Situation beurteilt werden müssen. So nähert sich die hausärztliche Beurteilung der Patientensicht: Beratung und Unterstützung wird zum zentralen Element hausärztlicher Tätigkeit.

Etwas anders sieht die Situation bei psychotisch erkrankten Patienten und Patientinnen aus. Hier ist oft eine medikamentöse Therapie – zumindest zu Beginn – unumgänglich. Viele Hausärztinnen und Hausärzte versuchen eine psychiatrisch-hausärztliche Doppelbetreuung psychotisch erkrankter Menschen einzurichten. Nicht immer ist dies möglich – sei es, weil der Patient/die Patientin dies nicht akzeptiert, sei es, weil kein psychiatrischer Platz zu finden ist.

DIE MEDIKAMENTE

Verschiedene Wege können zur Verordnung eines Psychopharmakons führen:
Sicher die unerfreulichste Variante ist die Verordnung aus Zeitmangel: Anstelle eines Gespräches wird ein Medikament verordnet. Es ist zu befürchten, dass durch den gegenwärtig zunehmenden Hausärztemangel diese Praxis wieder zunimmt, da den HausärztInnen schlicht die Zeit für Gespräche fehlt.
Nicht selten hingegen wird ein Medikament als vorübergehende Hilfe benutzt, damit eine Person beispielsweise wieder schlafen und sich erholen kann. Die notwendigen Gespräche, seien sie hausärztlich oder psychiatrisch geführt, werden durch das Medikament ergänzt, aber nicht ersetzt.
Es kommen manchmal Menschen in die hausärztliche Praxis, die bereits wissen, was ihnen fehlt und wie dies zu behandeln wäre: Weil der Kollegin, die unter genau den selben Beschwerden litt, das Medikament X so gut geholfen hatte, möchte sie/er höflich fragen … Oder wir HausärztInnen erfahren, dass das Medikament Y bereits eingenommen wird – aus alten Vorräten oder im Internet bestellt.

MEDIKAMENT IST NICHT GLEICH MEDIKAMENT

Viele PatientInnen haben Angst davor, Psychopharmaka einzunehmen: Sie befürchten z.B., dass diese Abhängigkeit, Kontrollverlust oder eine Wesensveränderung bewirken könnten. Diese Ängste gilt es ernst zu nehmen, da nur eine gut besprochene medikamentöse Therapie akzeptiert und befolgt werden wird.
Eine Alternative, nach der oft gefragt wird, sind pflanzliche Wirkstoffe. Am bekanntesten ist das Johanniskraut zur Behandlung depressiver Erkrankungen. Johanniskraut ist nachgewiesenermassen wirksam, es gehört allerdings nicht zu den stark wirksamen Substanzen. Es ist im Einzelfall mit dem Patienten/der Patientin zu prüfen, ob eine Phytotherapie angezeigt ist und wann zu einer klassischen Psychopharmakotherapie gewechselt werden muss.
Auch nicht-medikamentöse Massnahmen können hilfreich sein, darunter die seelsorgerische Unterstützung, komplementärmedizinische Methoden oder Lichttherapie.

ZUSAMMENARBEIT MIT PSYCHIATRISCHEN FACHKRÄFTEN

Eine medikamentöse Behandlung wird häufig in Zusammenarbeit mit einem Psychiater/einer Psychiaterin festgelegt. Leider besteht, insbesondere in ländlichen Gebieten, ein Mangel an psychiatrischen SpezialistInnen. Meist wird die medikamentöse Behandlung in Absprache zwischen PsychiaterIn und HausärztIn durchgeführt. Insbesondere bei schwierigen therapeutischen Fragestellungen (fehlendes Ansprechen auf die Erstbehandlung, Medikamenteninteraktionen, Therapien bei schwangeren Frauen oder bei Kindern) sind die HausärztInnen auf das Fachwissen der psychiatrischen KollegInnen angewiesen.
Im Idealfall würde bei jeder schwerwiegenden seelischen Erkrankung eine Zusammenarbeit zum Wohl des kranken Menschen stattfinden. Dies ist jedoch aus Mangel an psychiatrischen Therapieplätzen nicht möglich und die nichtärztliche Psychotherapie wird nur sehr eingeschränkt durch die Krankenkassen übernommen. Oft werden zusätzlich weitere Beratungsdienste, Sozialarbeitende und andere nichtmedizinische Dienste einbezogen.

WICHTIG SIND OFFENHEIT UND VERTRAUEN

Eine medikamentöse Therapie ist immer nur so viel wert, wie sie auch befolgt wird. Um die Medikamenteneinnahme zu gewährleisten, müssen die PatientInnen überzeugt sein, dass das betreffende Medikament das Richtige ist und ihnen helfen wird. Sie müssen auch die Nebenwirkungen akzeptieren können, wenn die Abwägung Wirkung/Nebenwirkung zugunsten der Wirkung ausfällt. Dazu braucht es ein ausführliches offenes ärztliches Gespräch – und es braucht das Vertrauen der kranken Menschen in ihren Arzt oder ihre Ärztin! Dank ihrer meist langjährigen Beziehung zu ihren PatientInnen und deren Familie, sind die HausärztInnen in einer bevorzugten Lage, da das Vertrauen in sie eigentlich immer gegeben ist – hüten wir diesen Schatz!

Heinrich Kläui, Dr. med. und Facharzt für Innere Medizin FMH, ist Hausarzt und ärztlicher Leiter ad interim am „Ambulatorium für Folter-und Kriegsopfer SRK“ des Schweizerischen Roten Kreuzes in Bern.

AUFKLÄRUNG, URTEILSFÄHIGKEIT UND SELBSTBESTIMMUNG: WAS SAGT DAS GESETZ?

Was braucht es, damit eine Patientin rechtswirksam in eine medizinische Behandlung einwilligen kann? Wer entscheidet, falls die betroffene Person dazu nicht mehr in der Lage ist? Wo liegen die wirtschaftlichen Grenzen der Selbstbestimmung?

Von Simone Münger

Der vorliegende Artikel richtet sich nach dem neuen Erwachsenenschutzrecht, welches am 1. Januar 2013 in Kraft treten wird.

INFORMED CONSENT

Wörtlich übersetzt bedeutet „informed consent“ die „informierte Einwilligung“ und bedeutet, dass eine Patientin nur dann rechtswirksam in einen medizinischen Eingriff einwilligen kann, wenn sie darüber informiert und aufgeklärt wurde. Laut der „Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften“ müssen folgende Voraussetzungen gegeben sein, damit von einem „informed consent“ gesprochen werden kann: Die Patientin ist in ausreichendem Masse aufgeklärt / sie ist urteilsfähig / sie ist in der Lage, die Reichweite ihrer Einwilligung zu verstehen / sie kann ihre Wahl unbeeinflusst von Zwang oder Manipulation äussern (siehe Literaturangaben).

AUFKLÄRUNG

Laut einem Bundesgerichtsurteil muss eine Ärztin „dem Patienten in klaren, verständlichen Worten und so vollständig wie möglich eine Information geben über Diagnose, Therapie, Prognose, Alternativen zur vorgeschlagenen Behandlung, Operationsrisiken, Heilungschance, gegebenenfalls über den natürlichen Verlauf der Krankheit sowie über die Kosten“. Zudem muss eine Patientin die nötigen Verhaltensanweisungen erhalten (z.B. Risiken beim Autofahren oder bei zusätzlicher Selbstmedikation etc.). Der Umfang der Aufklärungspflicht hängt von der Schwere des Eingriffs sowie von der Dringlichkeit der Behandlung ab. Je schwerer ein Eingriff ist und je grösser die Risiken sind, umso detaillierter muss die Aufklärung sein. Dasselbe gilt, je weniger dringlich ein Eingriff ist. Verzichtet ein Patient auf eine Aufklärung, muss dies in der Dokumentation vermerkt werden. Standardisierte Aufklärungsprotokolle sind erlaubt, müssen aber den Inhalt des Aufklärungsgespräches mit der Ärztin wiedergeben. Kann der Arzt beziehungsweise das Spital die genügende Risikoaufklärung nicht beweisen, haften sie für allfällige Schäden auch dann, wenn kein Behandlungsfehler vorliegt.

URTEILSFÄHIGKEIT

Art. 16 ZGB des revidierten Zivilgesetzbuches definiert „Urteilsfähigkeit“ folgendermassen: „Urteilsfähig im Sinne dieses Gesetzes ist jede Person, der nicht wegen ihres Kindesalters, infolge geistiger Behinderung, psychischer Störung, Rausch oder ähnlicher Zustände die Fähigkeit mangelt, vernunftgemäss zu handeln“.

Bei der Urteilsfähigkeit wird zwischen „Einsichts- und Willensfähigkeit“ unterschieden. Das bedeutet, dass die Person in der Lage sein muss, eine Situation „vernünftig“ bzw. „richtig“ zu erkennen und entsprechend dieser Einsicht handeln zu können. Was dabei „Vernunft“ bedeutet, richtet sich nach den Werten in einer konkreten Gesellschaft.

Urteilsfähigkeit ist ein relativer Begriff, das heisst: Ein und dieselbe Person kann zum Beispiel betreffend der Einwilligung in eine medizinische Massnahme urteilsfähig sein, betreffend finanziellen Angelegenheiten jedoch nicht. Die Urteilsfähigkeit muss also bezüglich einer konkreten Handlung vorliegen. Es ist wichtig zu wissen, dass auch handlungsunfähige Personen – also Minderjährige oder Personen, welchen die Handlungsfähigkeit aufgrund einer vormundschaftlichen Massnahme entzogen wurde – in Bezug auf die Einwilligung in eine medizinische Massnahme urteilsfähig sein können!

URTEILSUNFÄHIGKEIT

Was, wenn eine Patientin in Bezug auf eine Einwilligung in eine medizinische Handlung aber nicht urteilsfähig ist? In einer solchen Situation muss sich der behandelnde

Arzt erkundigen, ob die betroffene Person Vorkehrungen für den Fall ihrer eigenen Urteilsunfähigkeit getroffen hat. Das neue Erwachsenenschutzrecht schafft dazu verschiedene Instrumente.
Mit einer *Patientenverfügung (PV)* kann eine urteilsfähige Person in Bezug auf medizinische Behandlungen entweder darüber bestimmen, welche Behandlungen sie möchte oder nicht und welche Kriterien bei einer Behandlung berücksichtigt werden sollen – oder sie kann eine natürliche Person beauftragen, für sie die notwendigen Entscheidungen zu treffen.
Auch mit einem *Vorsorgeauftrag (VA)* kann eine handlungsfähige Person unter anderem für medizinische Massnahmen eine natürliche oder eine juristische Person bestimmen, welche im Falle ihrer Urteilsunfähigkeit für sie entscheidet.
Hat eine betroffene Person selbst keine Vorkehrungen für den Fall ihrer Urteilsunfähigkeit getroffen, schafft das neue Recht ein gesetzliches Vertretungsrecht. Folgende Personen sind nacheinander vertretungsberechtigt: der Beistand mit einem Vertretungsrecht bei medizinischen Massnahmen / die Ehegattin beziehungsweise die eingetragene Partnerin, sofern diese mit der urteilsunfähigen Person einen gemeinsamen Haushalt führt oder ihr regelmässig und persönlich Beistand leistet / die Person, die mit der urteilsunfähigen Person einen gemeinsamen Haushalt führt / die Nachkommen / die Eltern / die Geschwister. Bei den vier letzten Kategorien muss die vertretungsberechtigte Person der betroffenen Person ebenfalls „regelmässig und persönlich Beistand leisten". Ist keine Vertretung vorhanden, muss die zuständige Ärztin bei der Behandlung den mutmasslichen Willen der betroffenen Person berücksichtigen.

Das genannte Vertretungsregime gilt jedoch nicht bei einer *Fürsorgerischen Unterbringung* (= FU, zurzeit noch Fürsorgerische Freiheitsentziehung (FFE) genannt). Immerhin kann die betroffene Person in diesem Falle eine Vertrauensperson bezeichnen, welche sie während des Aufenthaltes und bis zum Abschluss aller damit zusammenhängender Verfahren unterstützen kann. Bei einer FU zwecks medizinischer Behandlung muss ein *Behandlungsplan* erstellt werden, welcher zustimmungsbedürftig ist. Ist die betroffene Person urteilsunfähig, muss aber auch hier eine vorhandene PV berücksichtigt werden. Liegen weder eine PV noch die Zustimmung der betroffenen Person vor, können unter gewissen Voraussetzungen auch gegen den Willen oder den Widerstand der betroffenen Person medizinische Massnahmen oder Massnahmen zur Einschränkung der Bewegungsfreiheit angeordnet werden.

KONFLIKTE ZWISCHEN SELBSTBESTIMMUNG UND GELDGEBER

Selbstbestimmungrechte in der medizinischen Behandlung nützen aber wenig, wenn die Kosten einer Behandlung nicht oder nur teilweise übernommen werden, beziehungsweise wenn einer betroffenen Person etwa eine Rente der Invalidenversicherung (IV) mit dem Argument verweigert wird, sie verletze mit ihrem Verhalten ihre Schadenminderungspflicht, weil sie ein Medikament „verweigere". Leider kommt es immer wieder vor, dass IV-Stellen, gestützt auf ärztliche Gutachten, bestimmte Medikamente oder Behandlungen vorschreiben und mit Leistungskürzung beziehungsweise -verweigerung drohen, falls ihrer Auflage nicht Folge geleistet wird. Das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) empfiehlt hingegen, sich in solchen Fällen direkt bei den IV-Stellen zu wehren, da der Behandlungsinhalt ausschliesslich Angelegenheit zwischen dem behandelnden Arzt und der Patientin sei – das BSV empfiehlt den regionalen ärztlichen Diensten sogar, nicht nur auf Auflagen, sondern auch auf Empfehlungen zu spezifischen Behandlungsmethoden zu verzichten.

Auch im Krankenversicherungsrecht sind der Selbstbestimmung wirtschaftliche Grenzen gesetzt. Beharrt jemand beispielsweise auf einem Originalpräparat, obwohl auf der Spezialitätenliste (= zugelassene, durch die Grundversicherung zu bezahlende Medikamente) ein Generikum aufgelistet ist (dessen Höchstpreis mindestens 20 Prozent tiefer als derjenige des Originalpräparates liegt), muss er 10 Prozent mehr Selbstbehalt bezahlen (total 20 Prozent) – es sei denn, die Ärztin habe ihm aus medizinischen Gründen ausdrücklich das Originalpräparat verschrieben.

Zusammenfassend sollten Betroffene bei einer medizinischen Behandlung darauf achten, dass sie:

- genügend über die Behandlung aufgeklärt werden,
- eventuell für den Fall der eigenen Urteilsunfähigkeit vorsorgen,
- sich bei der behandelnden Ärztin über die Kostendeckung der Behandlung genau informieren,
- sich wehren, falls ihr Selbstbestimmungrecht durch den Kostenträger unzulässigerweise eingeschränkt wird.

Literaturangaben:

- *Referendumsvorlage Schweizerisches Zivilgesetzbuch (Erwachsenenschutz, Personenrecht und Kindesrecht, Änderung vom 19. Dezember 2008, BBl 2009, 141)*
- *Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften: Rechtliche Grundlagen im medizinischen Alltag – ein Leitfaden für die Praxis. Basel 2008. S. 31 ff.*
- *Pfändler Kurt: Die Rechte der Patienten – Tipps für den richtigen Umgang mit Ärzten und Spitälern. Saldo Ratgeber. 3. Auflage, Zürich 2007. S. 54 ff.*

Simone Münger, Juristin und Sozialarbeiterin, ist juristische Mitarbeiterin bei Pro Mente Sana.

ANLAUFSTELLEN UND INFORMATIONEN

BERATUNGSTELEFON VON PRO MENTE SANA

Kostenlose telefonische Beratung zu psychosozialen Fragen, zum Umgang mit Medikamenten, zur Beziehung zwischen ÄrztIn und PatientIn sowie zu rechtlichen Fragen.
Mo, Di, Do von 9–12 Uhr, Do von 14–16 Uhr, Telefon 0848 800 858 (Normaltarif)

BERATUNG ZU EINZELNEN MEDIKAMENTEN

Die Schweizerische Medikamenten-Informationsstelle (SMI) gibt unabhängige Auskünfte zu Wirkungen, unerwünschten Nebenwirkungen und Interaktionen bzw. gegenseitiger Beeinflussung von Medikamenten. Mo bis Fr 8–12 Uhr, Telefon 0900 57 35 54 (Fr. 1.50/Min.)

BÜCHER UND RATGEBER

▪ **Nils Greve, Margret Osterfeld, Barbara Diekmann. Umgang mit Psychopharmaka. Ein Patientenratgeber. Bonn 2008: Verlag BALANCE buch + medien. Fr. 24.50**
Die Autoren geben Tipps für das Verhalten bei Schlafstörungen, die Einnahme von Bedarfsmedikation oder das Reduzieren und Absetzen von Neuroleptika u. v. m. LeserInnen werden ermutigt, ihre Wünsche und Ziele in das Gespräch mit dem Arzt einzubringen und mit ihm gemeinsam herauszufinden, welche Behandlung der beste Weg ist.

▪ **Asmus Finzen. Basiswissen: Medikamentenbehandlung bei psychischen Störungen. Einführung in die Therapie mit Psychopharmaka. Bonn 2009: Psychiatrie-Verlag. Fr. 23.50**

▪ **Peter Lehmann. Psychopharmaka absetzen: Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Phasenprophylaktika, Ritalin und Tranquilizern. Berlin 2008: Antipsychiatrieverlag. Fr. 30.50.**
Das Buch richtet sich an PatientInnen, die aus eigenem Entschluss die verordneten Psychopharmaka absetzen wollen. Gleichfalls angesprochen sind ihre Angehörigen und TherapeutInnen.

▪ **Andreas Knuf, Margret Osterfeld. Psychopharmaka. Informationen für einen selbstbestimmten Umgang. Pro Mente Sana Service. Fr. 10.–**
Ein kompakter, leicht verständlicher Ratgeber für Laien.

▪ **Caroline Walter & Alexander Kobylinski (2010). Patient im Visier. Die neue Strategie der Pharmakonzerne. Hamburg 2010: Hoffmann und Campe. Fr. 27.50**
In diesem Buch wird aufgezeigt, mit welchen verdeckten Strategien Pharmafirmen Werbeverbote für Medikamente umgehen und wie die Lobbyingarbeit der Konzerne auch Selbsthilfegruppen und namhafte Fachpersonen einbezieht.

▪ **Carola Burkhardt-Neumann. Ähnlichkeit macht stark: Homöopathie und Selbstheilung bei seelischen Krankheiten. München: Zenit Verlag. Fr. 30.50**
Die Autorin ist Fachärztin für Psychiatrie und hat eine Zusatzausbildung in Homöopathie. Das Buch ist fachlich fundiert und für Laien gut verständlich.

▪ **Carola Burkhardt-Neumann. Wegweiser Psychopharmaka. Wirkstoffe für die Seele. München 2005: Zenit Verlag. Fr. 27.90**

▪ **Hans-Peter Beck-Bornholdt & Hans-Hermann Dubben. Der Hund der Eier legt. Erkennen von Fehlinformationen durch Querdenken. rororo Sachbuch. Reinbek 2006: Rowohlt Verlag. Fr. 15.90**
Statistik ist für viele ein rotes Tuch oder ein Buch mit sieben Siegeln. Den Autoren gelingt es, auf anschauliche Weise ein Verständnis dafür zu schaffen. Das Buch eignet sich für alle, die mit Mathematik längst abgeschlossen haben.

SELBSTHILFE

KOSCH
Die Stiftung KOSCH koordiniert die regionalen Kontaktstellen für Selbsthilfegruppen in der Schweiz. Die Adressen der Kontaktstellen finden Sie auf www.kosch.ch oder Sie erhalten sie in der telefonischen Beratung von Pro Mente Sana.

INTERNET

enusp
European Network of (ex-) Users and Survivors of Psychiatry (ENUSP). Das Netzwerk beschäftigt sich mit den sozialen Belangen, dem Recht auf Wohnraum, Arbeit und Einkommen, der Forderung nach Menschenrechten unabhängig von psychiatrischen Diagnosen sowie der Qualität psychiatrischer Behandlung und Alternativen zur Psychiatrie. Das Europäische Netzwerk ist eine nichtstaatliche und gemeinnützige Organisation. Sie berät die Europäische Kommission sowie die Weltgesundheitsorganisation: www.enusp.org

Arzneimittel-Kompendium
Das Arzneimittelkompendium der Schweiz im Internet:
www.kompendium.ch

Infomed
Das in Wil domizilierte Familienunternehmen hat es sich zur Aufgabe gemacht, Fachleuten im Gesundheitsbereich sorgfältig-kritische und von Interessenseinflüssen freie Informationen zu den Arzneimitteln zur Verfügung zu stellen. Damit die Unabhängigkeit der Information auch wirklich gewährleistet ist, verzichtet der Infomed-Verlag konsequent auf Werbeeinnahmen: www.infomed.org

Selbstbestimmt mit Medikamenten umgehen
Selbsthilfewerkzeug für Betroffene, die selbstbestimmt mit Medikamenten umgehen möchten. Der Artikel von Patricia Deegan ist erhältlich unter www.promentesana.ch/selbsthilfe; „Werkzeuge“ auswählen.

BERATUNGSSTELLEN FÜR ANGEHÖRIGE VON PSYCHISCH KRANKEN MENSCHEN

Angehörige von Menschen mit einer psychischen Erkrankung sind häufig – über Monate oder Jahre hinweg – hohen emotionalen und wirtschaftlichen Belastungen ausgesetzt. Viele von ihnen leiden durch diese Stresssituation an gravierenden Symptomen der Überlastung, Übermüdung und Erschöpfung. Um während deren Betreuung nicht selber krank zu werden, brauchen Angehörige psychisch Kranker professionelle Unterstützung.

Von Susanne Wipf und Thomas Lampert

Angehörige, die einen Behandlungsprozess unterstützen, verbessern die Prognose von langzeitkranken Patientinnen und Patienten deutlich. Dies zeigen neben verschiedenen Studien auch die Erfahrungen von Betroffenen. Denn häufig sind es nicht gesundheitliche, sondern soziale Folgen, die psychisch kranke Menschen am meisten fürchten müssen. Insbesondere bei psychischen Erkrankungen spielt die Unterstützung durch Angehörige deshalb eine zentrale Rolle. In familiären Beziehungen geben Grundformen menschlichen Erlebens wie Bindung, Loyalität, Verpflichtung, Rücksicht, Freiheit, Toleranz, Geborgenheit und Aufrichtigkeit den Ausschlag. In dieser Hinsicht eröffnet der Einbezug der Angehörigen neue und entwicklungsfördernde Formen der Transaktion und verdeutlicht das Prinzip, dass Entwicklung in intimen Beziehungen die Entwicklung der betroffenen Menschen fördert.

RESSOURCEN NUTZEN, ÜBERFORDERUNG VERMEIDEN

Die Ressourcen der familiären Beziehungen scheinen durch die Auswirkungen der Krankheit oft verschüttet. In einer angehörigen- und familienorientierten Haltung geht es um die Nutzbarmachung der kognitiven und emotionalen Ressourcen dieser Beziehungssysteme. Konkret bedeutet dies das aktive Einbeziehen von Angehörigen in den Behandlungsprozess, wo immer dies möglich, verhältnismässig und sinnvoll ist.
Gleichzeitig ist zu beachten, dass die Gefahr der Überforderung von Angehörigen besonders hoch ist. Diese gilt es zu vermeiden, da sie sich auf die Prognose der PatientInnen, die familiären Beziehungen oder die Gesundheit der Angehörigen selbst negativ auswirken kann. Wenn Angehörige es verstehen, Frühwarnzeichen richtig zu deuten, können sie damit einen wesentlichen Beitrag zur besseren Krisenbewältigung leisten.
Infolge Zeitmangels wird der Bedeutung der Angehörigenarbeit in der Behandlung von psychisch Kranken immer noch zu wenig Beachtung geschenkt und so fehlt es vielerorts an entsprechenden Angeboten. Die zusätzliche Angehörigenbetreuung bedeutet besonders im Klinikalltag eine weitere Belastung für das Personal und gefährdet damit vermeintlich die Kontinuität in der Versorgung der PatientInnen. So werden Angehörige oft nur bei anamnestischen Fragestellungen und zur fallorientierten Unterstützung beigezogen. Bisweilen ist das aktive Einbeziehen wichtiger Bezugspersonen deshalb nicht möglich, weil die Patientin oder der Patient dies ablehnt. Aber auch in solchen Fällen haben Angehörige dringende Fragen zum Umgang mit den Erkrankten und ihrer eigenen Belastung. Dieses Bedürfnis und die Anforderungen eines individuellen Behandlungsplans fügen sich im Klinikalltag oft nicht zusammen, zumal die Behandlungsdauer laufend sinkt. Zudem wird die Angehörigenarbeit ohne bereichsübergreifende und nachhaltige Konzepte mit unterschiedlicher Intensität wahrgenommen. Das geht am Bedürfnis von aktiven Angehörigen vorbei, denn diese wollen eine kompetente und sinnvolle Rolle einnehmen können.

ERGÄNZUNG UND ERWEITERUNG DER ARBEIT IM BEHANDLUNGSPROZESS

Angehörigenarbeit beinhaltet auch fall- und patientenunabhängige Beratung und Informationsvermittlung. In psychiatrischen Institutionen braucht es deshalb Beratungsstellen für Angehörige, die vom Behandlungssetting unabhängig sind. Dieses Angebot bedeutet nicht eine Konkurrenz, sondern eine Ergänzung und Erweiterung der Arbeit im Behandlungsprozess. Für die Angehörigen steht letztlich das eigene Verständnis für die Situation und den Umgang mit den belastenden Themen im Vordergrund. Die Salutogenese verwendet den Begriff des Kohärenzgefühls. Dieses setzt sich aus drei Faktoren zusammen: Dem Gefühl der Verstehbarkeit, der Handhabbarkeit und der Sinnhaftigkeit des Erlebten. Wenn es gelingt, Angehörige in diesen Belangen zu unterstützen, können sie eine kompetente, ressourcenorientierte und entwicklungsfördernde Rolle einnehmen.
Qualitativ gute Angehörigenarbeit in der Psychiatrie gelingt erst dann, wenn Fachleuten bewusst ist, dass informierte und vernetzte Angehörige das ganze Familiensystem stabilisieren und somit einen wesentlichen Beitrag zur Rezidivprophylaxe leisten. So gesehen sollen Beratungsstellen für Angehörige auch in den Behandlungsprozess einwirken, indem Standards für die Angehörigenarbeit diskutiert und umgesetzt werden. Überdies sollen sie auch Unterstützung bei Fragen zu systemischen Konzepten als Grundhaltung bieten und

damit aufzeigen, dass Angehörigenarbeit nicht zwangsläufig eine Mehrbelastung bedeutet, sondern als Erweiterung neue Perspektiven öffnet, welche letztlich der Entwicklung eines ganzen Systems dienen kann.
Spezielle Aufmerksamkeit verdient die Belastung der Kinder und Jugendlichen von psychisch kranken Eltern. Diese Gruppe von Angehörigen wird nach wie vor oft vergessen und psychisch Erkrankte werden von Fachleuten nur selten nach dem Befinden ihrer Kinder befragt. Wenn sich Fachleute darüber bewusst wären, was die Krankheit der Mutter oder des Vaters für Kinder oder Jugendliche bedeutet, könnte diesen viel Leid erspart werden.
Die Qualität einer Klinik und einer ambulanten Einrichtung bemisst sich heute auch darin, wie mit Angehörigen umgegangen wird. Dass die Bedeutung ihres Einbezugs nicht nur theoretisch Anerkennung findet, sondern dass dieser tatsächlich gelebt wird, zeigen spezifische Angebote für Angehörige.

Sichtbare Zeichen für ein gutes Verhältnis einer Institution zu den Angehörigen sind zum Beispiel:

- das Einrichten eines Beratungstelefons für Angehörige als niederschwelliges Angebot zur Klärung einfacher Fragen zu Krankheitsbildern, Medikamenten, dem Umgang mit Krankheitssymptomen, Vermittlung weiterer Angebote wie Selbsthilfegruppen, Betreuungsangeboten etc.;
- die Verfügbarkeit eines Raumes für individuelle Sprechstunden für Angehörige zur vertieften Besprechung und Klärung von Fragen zu Krankheit, medikamentöser Therapie, Umgang mit der Erkrankung, Bewältigung von Krisensituationen etc.;
- das Schaffen von Kontakten und die Unterstützung interner und externer Gesprächsgruppen sowie Selbsthilfegruppen für Angehörige;
- die Organisation und Durchführung von Fachveranstaltungen zu Krankheitsbildern und weiteren wichtigen Themen für Angehörige und Fachleute;
- das Auslegen von Informationsmaterial über Angebote und Krankheitsbilder für Angehörige und Fachpersonen;
- die Vernetzung und Zusammenarbeit von Angehörigen und Fachpersonen in den internen Bereichen der jeweiligen psychiatrischen Institution;
- die Vernetzung und Zusammenarbeit mit kantonalen und nationalen Institutionen im Bereich der Angehörigenarbeit;
- die Öffentlichkeitsarbeit zur Stärkung der Rolle der Angehörigen in Politik und Gesellschaft;
- die Sicherung des Qualitätsstandards in der Angehörigenarbeit durch die Zusammenarbeit mit dem Verein Netzwerk Angehörigenarbeit Psychiatrie (NAP, www.angehoerige.ch).

Ein Beratungsangebot für Angehörige von psychisch kranken Menschen ist ein wichtiges Element der Angehörigenarbeit in einer fortschrittlichen Psychiatrie und ist ein Zeichen der Wertschätzung psychiatrischer Institutionen gegenüber diesen Menschen, die nach wie vor die Hauptversorgung von psychisch kranken Menschen leisten.

DIE FÜNF BERATUNGSSTELLEN IN DER SCHWEIZ:

Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD)
Beratungsstelle für Angehörige
Leitung: Sibylle Glauser
Murtenstrasse 46, 3010 Bern
Tel. 031 632 47 06
E-Mail: sibylle.glauser@gef.be.ch
www.gef.be.ch/upd

St.Gallische Psychiatrie-Dienste Süd
Angehörigenberatungen in Heerbrugg, Trübbach, Uznach und Pfäfers
Koordinator Angehörigenberatung: Thomas Lampert
Klosterweg, 7312 Pfäfers
Tel. 081 303 63 21
E-Mail: angehoerige@psych.ch, www.psych.ch

St.Gallische Psychiatrie-Dienste Nord
Angehörigenberatung
Leitung: Edith Scherer
Zürcherstrasse 30, 9501 Wil
Tel. 071 913 12 98
E-Mail: edith.scherer@gd-kpdw.sg.ch
www.psychiatrie-nord.sg.ch

Psychiatrischer Dienst Regionalspital Emmental AG
Angehörigenberatung
Leitung: Walter Krähenbühl
Oberburgstrasse 54, 3400 Burgdorf
Tel. 079 586 43 47
E-Mail: walter.kraehenbuehl@rs-e.ch, www.rs-e.ch

Psychiatrische Dienste Aargau AG (PDAG)
Fachstelle für Angehörige
Leitung: Susanne Wipf
Zürcherstrasse 241, Postfach 432, 5201 Brugg
Tel. 056 462 24 61
E-Mail: angehoerige@pdag.ch, www.pdag.ch

Susanne Wipf ist Pflegefachfrau HF, Sozialarbeiterin FH und Leiterin der Fachstelle für Angehörige von psychisch Kranken der Psychiatrischen Dienste Kanton Aargau (PDAG). Zudem ist sie Vorstandsmitglied des Vereins Netzwerk Angehörigenarbeit Psychiatrie (NAP), Mitglied der Stiftungsratsversammlung von Pro Mente Sana und Fachkommissionsmitglied Berufs- und Bildungspolitik von AvenirSocial.

Thomas Lampert ist Pflegefachmann HF mit systemischer Ausbildung und Koordinator Angehörigenarbeit der St. Gallischen Psychiatrie-Dienste Süd. Zudem ist er Vorstandsmitglied des Vereins Netzwerk Angehörigenarbeit Psychiatrie (NAP).

15 JAHRE ARTEFACTA EDITIONS, ALLEGRO UND MAGAZIN ALLEGRETTO

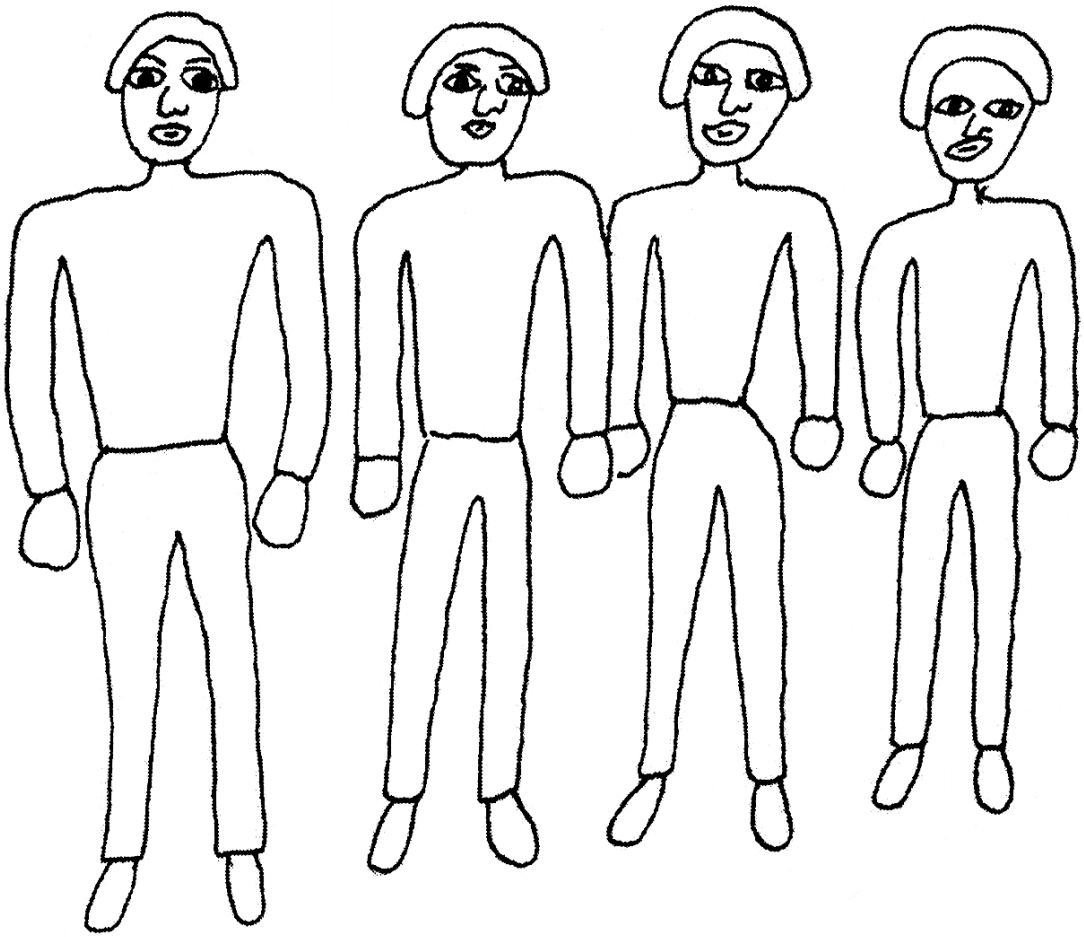
Artefacta Editions und der Freizeitverein Allegro, der das Magazin Allegretto herausgibt, sind Selbsthilfeprojekte, die vor 15 Jahren ins Leben gerufen wurden. Im nicht-kommerziellen Kunst- und Kulturverlag Artefacta Editions sind zahlreiche Bücher und ein Kunstkalender erschienen. Jetzt ist die Gründung einer Tanzschule geplant.

Von Eliane Müller

Vor 15 Jahren besprach ich mich mit Bruno Wehren, weil wir in der Selbsthilfebewegung psychisch beeinträchtigter Menschen neue Formen initiieren wollten. Bruno Wehren lag die Freizeitgestaltung sehr am Herzen, während ich mich der Gründung eines Kunst- und Kulturverlages zuwandte. Für mich ergab sich dies als logische Folge meiner eigenen künstlerischen Tätigkeit, die vor allem das Dichten, Malerei und Musik sowie Tanz und Theater umfasste.

Die Idee für mein Projekt reifte im südlichen Italien, wo mir meine Herzensfreundin und Nachbarin Signora Leonarda Da Vinci dazu riet, dasselbe zu tun, was Anaïs Nin getan hatte, eine im Jahre 1903 in Frankreich geborene Schriftstellerin, die später in Kuba und in den USA lebte: Nach Krisen und Versuchen, ihre Romane – u. a. „House of Incest“ – im Eigendruck zu veröffentlichen (sie setzte die Bücher von Hand und illustrierte sie mit Werken begabter Kunstmaler), gelang es ihr, aus einer existenziellen Krise herauszufinden!

Ich entschloss mich also, den Verlag Artefacta Editions zu gründen. Während den 15 Jahren seines Bestehens wurde ich von meinem geliebten Menschen, dem Künstler Roland Schweizer, begleitet. Im Laufe der Zeit gesellten sich immer mehr Menschen dazu, darunter namentlich Christa Müller (damals Leiterin des Berufsförderungskurses), die LektorInnen Felix Berger, Madeleine Mantel, Silvia Brach, verschiedene KunstmalerInnen (Illustrationen), Ammann Druck & Kopie, Renfer Druck und Kopie

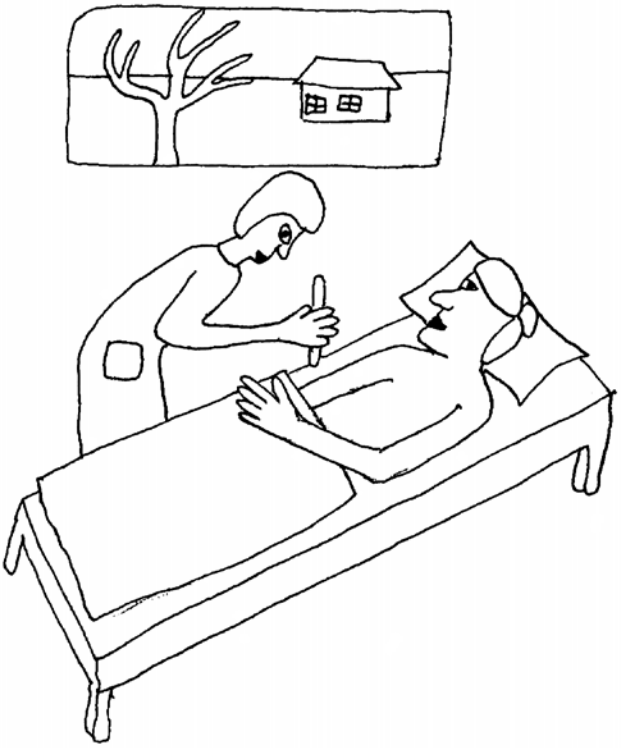


(Binden), Limacher & Co (Copyshop) sowie Daniel Stutz, Leiter von ESPAS.

Artefacta Editions hat nicht nur zahlreiche Bücher herausgegeben, sondern auch den Kunstkalender „Zürich – Stadt der tausend Brunnen“. Nun möchte sich der Verlag vermehrt der Musik und dem Tanz widmen, insbesondere der Gründung einer Tanzschule. Artefacta Editions ist eine nicht-kommerzielle Unternehmung. Die Herausgabe von Erstlingswerken ist ihr ein wichtiges Anliegen. Sie fördert insbesondere so genannt Randständige – darunter Menschen mit Drogen- oder Alkoholproblemen, psychischen und anderen Beeinträchtigungen – aber auch „Normalos“, und ermutigt sie dazu, sich zum Beispiel die „Seele vom Herzen“ zu schreiben. Der Verlag Artefacta Editions ist in Zürich Stadt domiziliert und ich betreue das Experiment zusammen mit RM von unserem Wohnort aus. Zurzeit suchen wir eine Buchhalterin und für die Dauer eines Jahres auch PraktikantInnen.

Verlagsadresse:
Artefacta Editions, Luegislandstrasse 68
8051 Zürich

Die Illustrationen auf diesen Seiten stammen aus der Komödie „Die alte Dame“ von Eliane Müller und wurden von Roland Schweizer kreiert.

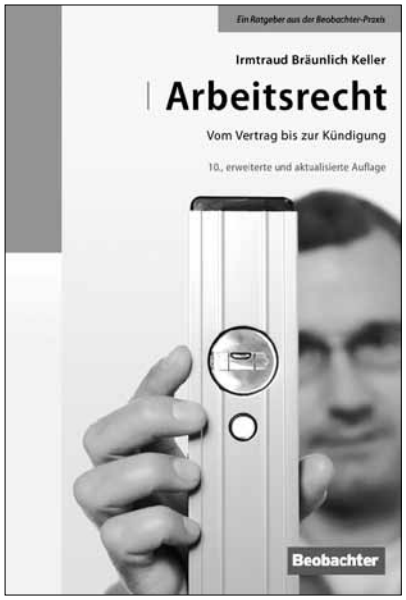


BÜCHER UND MEDIEN

BEOBACHTER-RATGEBER: ARBEITSRECHT – VOM VERTRAG BIS ZUR KÜNDIGUNG

Irmtraud Bräunlich Keller. 10., erweiterte und aktualisierte Auflage. Zürich 2009: Axel Springer Schweiz AG. Beobachter-Buchverlag. 272 Seiten, broschiert. Fr. 36.– für Mitglieder, Fr. 39.90 für Nichtmitglieder.

Dieser wertvolle Ratgeber erschien im Jahre 2009 bereits zum zehnten Mal. Ergänzt wurde er mit neuer Rechtssprechung (Stand Gesetze und Rechtsprechung: März 2009) und verschiedenen Musterbriefen. Das Buch basiert auf der langjährigen Erfahrung der Autorin als Beraterin für Arbeitsrecht beim Beobachter, was an der verständlichen und praxisbezogenen Darstellung des Themas spürbar wird.
Folgende Schwerpunkte sind enthalten: 1. Stellensuche und Vertragsabschluss / 2. Gegenseitiges Vertrauen – gegenseitige Pflichten / 3. Rund um den Lohn / 4. Die Arbeitszeit / 5. Ferien, Feiertage und Kurzabsenzen / 6. Krankheit und Unfall / 7. Militärdienst, Mutterschaft, Familienpflichten / 8. Besondere Arbeitsverhältnisse / 9. Häufige Problemsituationen / 10. Kündigung, Schlussabrechnung, Arbeitszeugnis. Ergänzt wird der Hauptteil durch einen umfangreichen Anhang, welcher einerseits die Adressen aller erstinstanzlichen kantonalen Gerichte für arbeitsrechtliche Streitigkeiten enthält, andererseits aber auch weitere Anlaufstellen aufführt. Es folgen ein Musterarbeitsvertrag sowie diverse Musterbriefe (betreffend missbräuchlicher Kündigung, fristloser Entlassung, Mobbing, Minus- und Überstunden, Kündigung inklusive deren Begründung, ausstehendem Lohn sowie Erkrankung). Abgerundet wird das Buch durch ein Literatur- und Stichwortverzeichnis.
Der Hauptteil ist übersichtlich und verständlich abgefasst. Der Text wird immer wieder durch Kästchen



ergänzt, welche Wichtiges zum Thema zusammenfassen. Zudem finden sich durchgehend anschauliche Beispiele, Hinweise auf Gerichtsurteile sowie wertvolle Tipps zum Thema.
Das Buch eignet sich hervorragend, um sich schnell über die wichtigsten Themen rund um das Arbeitsrecht zu informieren. Wer sich mit einem spezifischen Thema weitgehender und detaillierter auseinandersetzen will, dem sei ein umfangreicheres Fachbuch oder ein Kommentar zum Arbeitsvertrag empfohlen.

Simone Münger

ANDREAS KNUF: RUHE DA OBEN! DER WEG ZU EINEM GELASSENEN GEIST.

Freiburg i. Br. 2010: Arbor Verlag. 176 Seiten. Fr. 19.90.

Dies ist Andreas Knufs erstes Buch, das er nicht in erster Linie für Psychiatriebetroffene und in der Psychiatrie Tätige geschrieben hat. Es handelt davon, dass es den meisten von uns schwer fällt, den Augenblick zu geniessen, weil wir gedanklich gerade mit etwas anderem beschäftigt sind – nämlich mit der Vergangenheit oder der Zukunft. Das Buch zeigt auf, wie wir Abstand zum Lärm in unserem Kopf gewinnen. Altes spirituelles Wissen und Erkenntnisse der modernen „achtsamkeitsbasierten“ Psychotherapie werden so vermittelt, dass wir sie in unserem Leben wiederfinden und konkrete Anregungen bekommen, wie wir uns dafür öffnen können. Das Konzept der Achtsamkeit stammt aus der buddhistischen Tradition und meint, den gegenwärtigen Augenblick bewusst wahrzunehmen, ohne ihn zu beurteilen und zu bewerten. Das Buch ist voller Beispiele – viele aus dem Leben des Autors und seiner KlientInnen – und liest sich leicht. Im Text eingestreute Pausenzeichen laden immer wieder zu kurzem Innehalten ein. Es empfiehlt sich, diese Übungen nicht zu überspringen, sondern sie tatsächlich zu machen, um einen nachhaltigen Gewinn aus der Lektüre zu ziehen.
Im ersten Teil erfahren wir, wie unser Geist funktioniert. Wir brauchen uns z. B. nur etwas vorzustellen und unser Organismus reagiert genau so, als wäre die Situation real. Gedanken haben Auswirkungen auf unsere Gefühle und Empfindungen. Durch das blosse Erinnern von etwas, was uns sehr geärgert hat, geraten wir meist wieder in das Gefühl von Ärger hinein. Diesen Einfluss unserer Gedanken können wir auch positiv nutzen, indem wir an angenehme Ereignisse denken und uns z. B. gegenseitig beim Abendessen fragen: „Wann ging es dir heute gut?“

Die meisten Gedanken laufen automatisch ab, viele sind sinnlos („was wäre gewesen wenn“) oder gar unheilsam („das kannst du nicht“). Ein Teil unserer Gedanken sind innere Stimmen, die unser Verhalten kommentieren (Antreiber, Kritiker…). Wenn wir eine dieser Stimmen wahrnehmen, sollten wir uns nicht dafür verurteilen und auch nicht mit ihr kämpfen, sondern sie einfach wahrnehmen und erkennen, dass es nicht mehr als ein Gedanke ist. Von unangenehmen Gefühlen denken wir uns gerne weg. Knuf beschreibt diese „beam-mich-weg“-Strategie und noch vieles andere ausführlich.

Im zweiten Teil wird uns ein Weg gezeigt, um innere Stille zu finden und Abstand zu unseren Gedanken zu gewinnen. Wir müssen lernen, unsere ruhelosen Gedankenprozesse zu beobachten, wie wenn es vorüberziehende Wolken wären. Im Laufe der Zeit werden wir mehr und mehr entscheiden können, ob wir unserem Denken folgen wollen oder nicht. Eine wichtige Hilfe dabei ist die Meditation. Und wenn wir lernen, bewusst mit unseren Sinnen wahrzunehmen, sind wir in der Gegenwart und können uns plötzlich über „nichts“ freuen. Die Wahrnehmung des Atems ist seit Tausenden von Jahren die wichtigste Hilfe, um unsere Aufmerksamkeit vom Denken abzuziehen und auf unseren Körper und damit auf die Gegenwart zu richten. Eine Tanztherapeutin sagte es so: Der beste Weg um den Geist zu beruhigen, ist, den Körper zu bewegen!

Ich empfehle dieses Buch allen, die schon immer wissen wollten, was es mit der Meditation auf sich hat, und die bis jetzt keinen Zugang dazu gefunden haben.

Silvia Schneider

TEILHABE IN ZEITEN VERSCHÄRFTER AUSGRENZUNG?

Kritische Beiträge zur Inklusionsdebatte. Holger Wittig-Koppe, Fritz Bremer, Hartwig Hansen (Hrsg.) Neumünster 2010: Paranus-Verlag. Fr. 32.80.

Einschliessen statt ausgrenzen: Tun wir das nicht schon längst mit allerhand Angeboten zur Integration behinderter Menschen? Nein. Denn solange wir integrieren, zementieren wir die Trennung zwischen denjenigen, die integrieren und denjenigen, die integriert werden. Inklusion aber – so wie sie in der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit einer Behinderung im Dezember 2006 verabschiedet wurde – fordert, alle Menschen mit ihrer Eigenart als Bereicherung für die Gesamtgesellschaft wertzuschätzen. Das ist mehr als Integration. An einem Beispiel illustriert: Integration lässt die Menschen nicht verhungern. Sie ruft Gassenküchen für Randständige ins Leben und baut Hauslieferdienste für Behinderte auf. Inklusion geht weiter und schafft eine Tischgemeinschaft, die für alle zur bereichernden Erfahrung wird. Gleichzeitig schafft sie aber Angebote wie die Gassenküche und den Hauslieferdienst nicht einfach ab, im Wissen darum, dass es Menschen gibt, die sich in der Tischgemeinschaft nicht wohlfühlen und entfalten können und für die es andere Ernährungsformen braucht, damit sie sich als vollwertiges Mitglied unserer Gesellschaft fühlen können. Denn „Inklusion bedeutet, dass Menschen in ihrem Anderssein ihren gleichberechtigten Raum in der Gesellschaft finden.“

Wenn Inklusion für Menschen mit einer Behinderung möglich sein soll, müssen Werte wie Solidarität, Gastfreundschaft, Teilhabe, Bürgerengagement und Selbstbestimmung gestärkt werden. Doch genau dies ist in der derzeitigen Wirklichkeit unserer Gesellschaft nicht selbstverständlich. Finanzielle Beiträge an Wohneinrichtungen für Behinderte werden mit dem Argument gestrichen, diese würden ghettoisieren, statt Inklusion zu fördern. Hier setzt das Buch an. Der etwas missverständliche Titel ist keine Kritik an der Inklusion, sondern legt den Finger auf den Missbrauch des Paradigmas „Inklusion“, während gleichzeitig Augenwischerei betrieben wird, um gesellschaftliche Entsolidarisierung und Sparübungen schönzureden.

Stellenweise hemmen sperrige Wörter den Lesefluss. „Gesellschaftliche Enthinderung“, „Begründungsleistungen“ oder „präferenzutilitaristische Bestreitung“ bergen das Potenzial zum Unwort des Jahres. Aber die gute Durchmischung philosophischer Beiträge, wissenschaftlicher Analysen und aus der Praxis gespeisten Erfahrungen entschädigt die Leserschaft. Das Buch sei allen ans Herzen gelegt, welchen Inklusion ein Anliegen ist und die sich nicht durch finanzpolitische und sozial aktuelle Entwicklungen vom Weg abbringen lassen wollen.

Gaby Rudolf

NEUERSCHEINUNGEN

Dirk Wiedenhöfer, Barbara Eckl, Regula Heller, Ulrich Frick (Hrsg.): **Entlassungsmanagement.** Versorgungsbrüche vermeiden, Schnittstellen optimieren. Bern 2010: Verlag Hans Huber. Fr. 44.80.

Daniel Wilk: **Auf sich aufpassen.** Trancegeschichten als Weg zu den eigenen Heilkräften. Heidelberg 2010: Carl Auer Verlag. 1 CD. Fr. 31.90.

Carmen Oelkers, Christine Schink: **Ganz zwanglos.** Wie sich Betroffene und Angehörige vom Zwang befreien können. Weinheim 2010: Verlagsgruppe Beltz. Fr. 34.90.

INFORMATIONEN IN KÜRZE

BASEL: TAGESHEIM DER PSAG ALS ERSTE STUFE ZUR WIEDEREINGLIEDERUNG

Die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft (Psag) bietet in ihrem Tagesheim mit dem Programm „Freejob“ ihren KlientInnen die Möglichkeit, im Leben wieder Fuss zu fassen.
Die Teilnehmenden haben das Angebot der Psag begeistert aufgenommen und äusserten sich positiv über die Offenheit und Flexibilität der LeiterInnen des Programms, welches ihnen ermöglicht habe, gut abzuschätzen, wie viel sie schon bewältigen können und wo sie stehen. Alle, die am Programm teilnehmen, absolvieren extern eine Psychotherapie. Die 24 Personen, die momentan im Tageszentrum eine Struktur finden, sind auch in anderen Programmen beschäftigt. So gibt es eine Gesprächsgruppe, eine Theatergruppe, Musiktherapie, Koch- und Ergogruppen sowie eine Gruppe, die den grossen Garten des Hauptgebäudes an der Wettsteinallee in Ordnung hält. Die maximale Aufenthaltsdauer im Psag-Tageszentrum beträgt anderthalb Jahre.
Im neuen Programm sind Kurse zum Thema Kräuter, Selbstvertrauen, Schwimmen, Orientalischer Tanz, Rhythmen und Songs aus Brasilien oder Computerkurse aufgelistet. Aber auch Tagesausflüge zur Wasserfallen oder Führungen im Zoo sind dabei. Bedingung für die Teilnahme ist, dass man innerhalb der letzten zehn Jahre eine IV-Rente oder eine Massnahme wegen einer psychisch bedingten Krankheit bezogen hat.
Die Anschlusslösung an das Programm des Psag-Tageszentrums ist für jede Person individuell, manche schaffen den Weg in den normalen Arbeitsmarkt zurück, andere suchen eine Lösung in einer geschützten Arbeitsstätte.

ZÜRICH: PSYCHIATRISCHE VERSORGUNG IN PLANUNG

Psychiatrische Kliniken können sich jetzt für einen Spitallistenplatz bewerben. Die kantonale Gesundheitsdirektion hat das Bewerbungsverfahren für die Zürcher Spitalliste Psychiatrie 2012 Ende 2010 eröffnet. Nach Eingang der Bewerbungen wird festgelegt, welche psychiatrischen Kliniken für einen Spitallistenplatz in Frage kommen. Geprüft werden Anforderungen hinsichtlich Personal und Infrastruktur sowie Wirtschaftlichkeit, Qualität und Zugänglichkeit. Um sich zu qualifizieren, müssen die psychiatrischen Kliniken sicherstellen, dass im Rahmen eines erhaltenen Leistungsauftrages alle Patientinnen und Patienten unabhängig von ihrem Versichertenstatus aufgenommen werden. Psychiatrische Kliniken können sich für einzelne

Sunnehus
Ökumenisches Kur- und Bildungszentrum
9658 Wildhaus

Dem Leben Raum geben

Im Sunnehus steht der Mensch im Zentrum. In einer Atmosphäre des Geborgenseins, menschlicher Beziehung und fachlicher Betreuung finden Sie ein ganzheitliches Kurangebot, das sich nach Ihren individuellen Bedürfnissen richtet.

- Medizinische Betreuung
- Gespräche und Behandlungen mit Einbezug von Sinn- und Seinsfragen
- Atem- und Empfindungsübungen
- Massagen, Wickel, Sprudelbäder, Finarium
- Kreative Entfaltungsmöglichkeiten
- Familiäre Atmosphäre in ruhiger Umgebung
- Bio-Vollwertküche mit KNOSPE-Zertifikat
- Sonnenterrasse mit herrlicher Aussicht

Telefon: **071 998 55 55**
Homepage: **www.sunnehus.org**

WE'G
Weiterbildungszentrum für Gesundheitsberufe

Aktuelle Kurse

Begleitung psychisch kranker Menschen durch Spitex Mitarbeitende
21./22.03.2011 (2 Tage)

Informierte Patientinnen und Patienten im Internetzeitalter – was brauchen sie von der Pflege?
05.04.2011 (1 Tag)

Familien in palliativen Situationen unterstützen
12./13.04.2011 (2 Tage)

Fachlich führen und sicher delegieren – die Kernkompetenz der Pflegefachpersonen
29.04.2011 (1 Tag)

Visualisieren am Computer III – In die Zukunft mit Prezi & Co.
02.05.2011 (½ Tag)

Auskunft: Moni Stäuble, Telefon 062 837 58 75

WE'G Mühlemattstrasse 42
CH-5001 Aarau
Telefon +41(0)62 837 58 58
Fax +41(0)62 837 58 60
E-Mail info@weg-edu.ch

www.weg-edu.ch

oder mehrere Leistungsgruppen bewerben. Je nach Leistungsgruppe müssen sie andere Kriterien erfüllen. Beispielsweise müssen Bewerber für Leistungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie wie auch in der forensischen Psychiatrie spezielle Ausstattungen und Qualifikationen ausweisen.
Das Bewerbungsverfahren lief bis Mitte Februar 2011. Im Anschluss prüft die Gesundheitsdirektion die eingegangenen Bewerbungen und stimmt das Angebot auf die Bedarfsschätzungen des Versorgungsberichtes Psychiatrie ab, der im Frühling 2011 erscheinen soll. Der Erlass der Zürcher Spitalliste 2012 ist per Ende 2011 geplant.

AARGAU: PSYCHIATRISCHE DIENSTE – REORGANISATION FÜR 2012 LÄUFT PLANMÄSSIG

Die Weiterentwicklung der Psychiatrischen Dienste Aargau (PDAG) schreitet voran:
Per 1. Januar 2011 wurde die Struktur der Unternehmensführung modernisiert. Dies bedeutet auch Zuwachs in der Geschäftsleitung. Eine Person steht bereits fest: Michael Rolaz, derzeit Leiter Spital stationär bei Santesuisse, wird neuer Finanzchef. In etwas mehr als einem Jahr wird im Schweizer Gesundheitswesen ein neuer Wind wehen: Fallpauschalen, fallende Kantonsgrenzen etc. werden viele Institutionen vor diverse Herausforderungen stellen. Die PDAG sind hier keine Ausnahme. Sie blicken darüber hinaus weiteren wichtigen Veränderungen entgegen, etwa der geplanten Eigentumsübertragung der Spitalimmobilien oder der notwendigen Gesamtsanierung von Königsfelden. Die Verwaltungsdirektion wird abgeschafft und deren Teilbereiche neu aufgeteilt. Die Direktion „Finanzen & Informatik“ beinhaltet neu die Betriebswirtschaft, das Controlling und die Informatik. Zur Direktion „Betriebe & Personal“ gehören Infrastruktur, Hotellerie und die Personaldienste. Beide Direktions-Leiter werden Einsitz in die Geschäftsleitung der PDAG nehmen. Sie sind direkt dem CEO unterstellt.

BASELLAND: NEUER CHEFARZT FÜR DEN KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRISCHEN DIENST

Am 1. Januar trat der 50-jährige Alain Di Gallo die Nachfolge von Emanuel Isler als Chefarzt des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes (KJPD) der Kantonalen Psychiatrischen Dienste Baselland an. Er tritt in grosse Fussstapfen. Umso mehr freut er sich auf die Herausforderung in seinem neuen Wirkungsfeld.

WINTERTHUR (ZH): NEUE STATION FÜR ALTE MENSCHEN MIT PSYCHISCHEN STÖRUNGEN

Das Kantonsspital Winterthur (KSW) führt im Auftrag des Kantons seit Anfang 2011 eine akutgeriatrische Assessment- und Behandlungsstation mit zwölf Betten. Das KSW übernimmt diese Aufgabe von der Integrierten Psychiatrie Winterthur (IPW), die bereits vor anderthalb Jahren die Schliessung ihrer Assessment-Station mit insgesamt 16 Betten angekündigt hatte. Die Station am neuen Ort wird durch das bisherige Team geleitet und geführt.
Ausgerichtet ist die Station in ihrer interdisziplinären Tätigkeit auf Betagte aus der Spitalregion Winterthur, die wegen einer Kombination von somatischen und psychischen Störungen nicht mehr in ihrer gewohnten Umgebung leben können.
Im Vordergrund stehen für die akutgeriatrische Assessment-Station Behandlung, Rehabilitation und eine umfassende Abklärung weiterführender Massnahmen. Der Kanton Zürich stellt dem Kantonsspital Winterthur für seine neue Aufgabe pro Jahr Mittel im Umfang von maximal 4000 Pflegetagen zur Verfügung. Patientinnen und Patienten mit psychiatrischer Hauptdiagnose werden weiterhin in der Integrierten Psychiatrie Winterthur hospitalisiert.

VERANSTALTUNGEN

BORDERLINE-STÖRUNG: DBT-ORIENTIERTES ANGEHÖRIGENSEMINAR

Ausgangsidee: Der Bedarf an Austauschmöglichkeiten für Angehörige von Menschen mit einer Borderline-Störung ist gross. Das Angebot soll Angehörige dazu ermuntern und befähigen, sich und die Betroffenen besser zu verstehen und einen konstruktiven Weg im Umgang miteinander zu finden.
Ziele des Angehörigenseminars:
- Ein besseres Verständnis für sich und die Betroffenen finden
- Eine angemessene Beziehungsgestaltung im Umgang mit den Betroffenen entwickeln
- Ein angemessenes Selbstmanagement im Umgang mit eigenen Betroffenheiten und Gefühlen erarbeiten
- Informationsaustausch zum Störungsbild und zu Behandlungsmöglichkeiten

Seminaraufbau:
- Vier aufeinander aufbauende Module 14-tägl. 8x je zwei Stunden
- 50 Prozent Theorie / 50 Prozent Zeit zum Erfahrungsaustausch
- Module: 1. Beschreibung der Störung; 2. Grundprinzipien dialektisch-behavioraler Therapie (DBT); 3. Gruppentherapie und Skillstraining im Rahmen der DBT; 4. Erfahrungsaustausch zu alltäglichen Lebenssituationen, Einbezug eines oder einer Betroffenen im Rahmen des Recovery-Ansatzes. Moderation: Martin Weyer, zertifizierter Pflegefachmann DBT, Co-Trainer AWP, Schulungsverantwortlicher DBT-Pflege der Clienia Littenheid

Ort: Selbsthilfezentrum Winterthur
Holderplatz 4, 8400 Winterthur
Teilnahmegebühr:
Fr. 200.– pro Person
Termine: 9.9./23.9./7.10./21.10./4.11./18.11./2.12./16.12.2011
jeweils von 19.00 Uhr bis 21.00 Uhr
Anmeldungen / Reservationen:
Martin Weyer, Privatklinik für Psychiatrie und Psychotherapie,
9573 Littenheid, Tel. 071 929 64 35
fortbildung.littenheid@clienia.ch
www.clienia.ch

SELBSTHILFE

15 JAHRE ALLEGRETTO

Der Freizeitverein Allegretto feiert sein 15-jähriges Bestehen (siehe auch Seite 32). Er bietet im Raum Zürich Freizeitaktivitäten an und organisiert regelmässig Reisen (ins In- und Ausland) für psychisch kranke Menschen. Kontakt und weitere Informationen erhalten Sie bei:
Allegretto, Bruno Wehren
Klingenstrasse 33, 8031 Zürich
Tel. 044 271 60 22
www.allegrettoclub.ch

SO: PSYCHOSESEMINAR SOLOTHURN

Das Psychose-Seminar Solothurn sucht Angehörige und Psychose-Erfahrene, die am Austausch auf gleicher Augenhöhe interessiert sind (siehe Kasten auf dieser Seite). Das Seminar findet jeweils am ersten Montag im Monat statt.
Ort: Gerontopsychiatrische Tagesklinik, Kapuzinerstrasse 9
4500 Solothurn
Weitere Informationen erhalten Sie bei den Kontaktpersonen:
Annette Lanser, Tel. 032 627 14 75
alanser_pd@spital.ktso.ch
Monika Zaugg-Laube (Psychose-Erfahrene), Tel. 062 293 29 09
pmzaugg@bluewin.ch

GR: NEUE SELBSTHILFE-GRUPPEN

Im Kanton Graubünden sind zurzeit drei Gruppen im Aufbau. Eine richtet sich an Menschen, die von einem Burnout betroffen sind. Die zweite ist für Frauen, die nach der Geburt an einer so genannten postpartalen Depression erkrankt sind. In der dritten Gruppe treffen sich Menschen, die sexuellen Missbrauch erfahren haben. Diese Gruppe wird von einer Fachperson begleitet.
Für weitere Informationen wenden Sie sich an das Team Selbsthilfe Graubünden,
Goldgasse 4, 7000 Chur
Tel. 081 353 65 15 (Di / Do. 8.30 – 11.30 Uhr)
kontakt@teamselbsthilfe.ch

TG: SELBSTHILFE-GRUPPEN SUCHEN NEUE MITGLIEDER

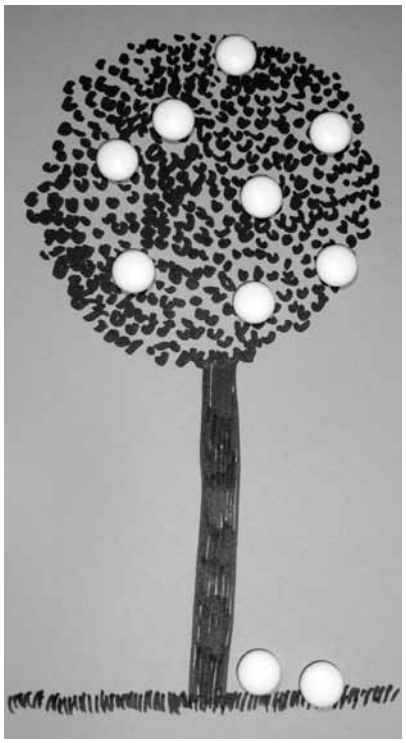
Langzeitstellenlose 50 plus
Eine lange andauernde Stellenlosigkeit kann sich auf den ganzen Menschen auswirken. Da ihnen der Kontakt und die Möglichkeit zum Austausch mit KollegInnen am Arbeitsplatz fehlt, geraten viele stellenlose Menschen immer mehr in die Isolation. Eine Gruppe von Betroffenen ist daran, dies zu ändern. Sie wollen sich treffen, um einander Mut zu machen, neu zu planen und Projekte zu entwickeln. Sie sind voller Ideen, stärken und unterstützen einander. Die Gruppe ist noch in Gründung. Es scheint dem Thema zu entsprechen, dass sich die Gruppengrösse nicht stabil halten kann. Sobald ein Mitglied einen Zwischenverdienst hat, bleibt es der Gruppe fern. Deshalb werden auch in der Gründungszeit neue Mitglieder gesucht.

Co-Abhängigkeit
Im weitesten Sinne kann man Co-Abhängigkeit (Kodependenz) definieren als eine Sucht nach Menschen, Verhaltensweisen oder Dingen. Kodependenz ist der vergebliche Versuch, die inneren Gefühle unter Kontrolle zu bekommen, indem man Menschen, Dinge und Ereignisse in seiner Umgebung kontrolliert. Für einen kodependenten Menschen ist Kontrolle oder fehlende Kontrolle der zentrale Aspekt in jedem Lebensbereich.
Eine betroffene Frau möchte eine Selbsthilfegruppe aufbauen und hofft, dass andere Betroffene den Mut haben, sich zu melden. Sie weiss, dass nicht nur eine psychotherapeutische Behandlung wichtig ist, sondern auch regelmässige Gruppengespräche mit Leidensgenossen. Denn niemand sieht die Co-Abhängigkeit anderer so klar wie jemand, der oder die selbst co-abhängig ist – die eigene ist jedoch schwierig zu erkennen.
Auch Fachleute werden um Unterstützung bei der Suche nach weiteren Betroffenen gebeten, denn: „Nur dank einem Netzwerk, an dem viele Menschen knüpfen, können Selbsthilfegruppen entstehen und sich entwickeln“, schreibt die Initiantin.
Interessierte wenden sich bitte direkt an das team selbsthilfe thurgau
Freiestrasse 4, 8570 Weinfelden
Tel. 071 620 10 00
Di und Mi 14.00 – 17.00 Uhr
Do 10.00 – 13.00 Uhr
info@selbsthilfe-tg.ch

TRIALOG

Mit dem Trialog wird auf „neutralem Boden“ die Möglichkeit eines gleichberechtigten Austausches zwischen Erfahrenen, Angehörigen und Fachpersonen geschaffen. Ziel ist, die unterschiedlichen Perspektiven der einzelnen Gruppen zu respektieren und durch den Erfahrungsaustausch voneinander zu lernen. Der Trialog findet in regelmässigen, moderierten Gruppengesprächen statt.
Bereits lange wird der Trialog in den Psychose-Seminaren praktiziert und neu auch im Borderline-Trialog. Psychose-Seminare gibt es in Baden (AG), Basel, Bern, Chur (GR), Olten (SO), Solothurn, St. Gallen, Weinfelden (TG), Winterthur (ZH), Zürich und im Fürstentum Liechtenstein. Ein Borderline-Trialog besteht aktuell in Winterthur (ZH), im Kanton Thurgau ist ein solcher im Aufbau. Eine weitere trialogische Form ist die Vollversammlung des Patientenrates in Schaffhausen, welche sich als Austausch-Plattform zu den verschiedensten Themen rund um die Psychiatrie versteht.
Weitere Informationen zum Trialog, den einzelnen Angeboten und den Kontaktpersonen in Ihrer Region finden Sie auf unserer Homepage www.promentesana.ch unter Selbsthilfe / Trialog. Oder Sie wenden sich an unser Beratungstelefon unter der Telefonnummer 0848 800 858 (Normaltarif).

POUR LA TROISIÈME FOIS PRO MENTE SANA SUISSE ROMANDE PUBLIE «LES DIRECTIVES ANTICIPÉES» EN RAISON DE SON SUCCÈS



OBLIGATION DE SOINS ET MALADIES PSYCHIQUES. PETIT GUIDE JURIDIQUE À L'USAGE DES PATIENTS EN SUISSE ROMANDE

Après la publication du Petit guide juridique à l'intention des proches en Suisse romande, en janvier 2010, Pro Mente Sana Suisse romande étoffe cette collection avec un document sur l'obligation de soins à l'intention des patients, mais aussi des professionnels de la santé et du social.

Un traitement sous contrainte est une atteinte à la liberté personnelle garantie par la Constitution fédérale. Il n'est donc autorisé que s'il est impérativement nécessaire, qu'il est proportionné au but légitime visé et qu'une loi le prévoit. Cette brochure donne, pour chaque canton romand, le cadre qui autorise ou non un traitement psychiatrique sous contrainte, lorsqu'un patient est hospitalisé contre son gré. Il décrit dans quelle mesure un traitement forcé en institution reste néanmoins possible. Les traitements forcés ambulatoires font également l'objet d'un chapitre. Les coordonnées des instances auxquelles il convient de s'adresser pour recourir, si le traitement forcé excède les limites prévues par la loi ou s'il n'est pas autorisé par cette dernière, sont mentionnées pour chaque canton.

Enfin, cette brochure évoque les traitements contraints qui sont rendus possibles par le droit fédéral, en cas d'infraction pénale, dans la loi sur la circulation routière, dans le cadre de l'assurance invalidité ou de l'aide sociale, notamment, et dans le cadre de mesures tutélaires, en mentionnant les voies de recours.

DIRECTIVES ANTICIPÉES. PRÉVOIR UNE INCAPACITÉ DE DISCERNEMENT, RÉDIGER DES DIRECTIVES ANTICIPÉES.

C'est la troisième fois que Pro Mente Sana Suisse romande réédite ce document, dont la première édition date de 2004. En effet, diffusé à plus de 9000 exemplaires, il était totalement épuisé. Dans l'attente de l'entrée en vigueur du nouveau droit de protection de l'adulte, prévu en 2013, il a semblé utile de réimprimer et d'actualiser cette brochure en raison d'une demande constante et importante, tant de la part de patients que d'institutions hospitalières, d'associations ou de médecins privés.

Cette brochure, d'une quarantaine de pages, offre des conseils pratiques pour rédiger des directives anticipées en vue d'une hospitalisation en psychiatrie et répond à des questions telles que: «Quand a-t-on perdu le discernement?», «quelles conditions remplir pour que vos directives anticipées soient valables et applicables?» ou encore, «à qui les communique-t-on?» et «combien de temps sont-elles valables?» Elle propose aussi un schéma de rédaction possible et des pistes de réflexion pour que leur rédaction soit le plus précis et exhaustif possible.

Cette publication présente également, dans une seconde partie, l'histoire des directives anticipées et leur évolution dans le droit fédéral et cantonal, analysant les tendances mais également les risques. Elle met en effet en garde ceux qui, flottant dans l'euphorie du moment, ne verraient pas les dangers qui menacent les directives anticipées comme expression contraignante de la volonté des patients contre un traitement non souhaité. Par exemple, les directives anticipées sont menacées par le rétrécissement programmé du champ de l'autonomie de la volonté, s'agissant de la liberté de se soigner si et comme on le veut. En effet, les assureurs maladie qui veillent toujours plus étroitement au principe du respect de l'économicité des soins pourraient fort bien décider de ne pas rembourser le soin souhaité, si le soin refusé par le patient coûte moins cher pour le même résultat.

Enfin ce document contient, en annexe, des extraits des dispositions concernant les directives anticipées qui figurent dans la législation internationale, fédérale et cantonale.

Outil thérapeutique destiné à favoriser l'autodétermination du patient, les directives anticipées sont de plus en plus utilisées en psychiatrie et Pro Mente Sana Suisse romande se félicite de contribuer, par ce document, à cette évolution.

Pro Mente Sana Suisse romande édite ces brochures que vous pouvez vous procurer gratuitement au 0840 00 00 60 (tarif local) ou à l'adresse info@promentesana.org (pour les envois en nombre, les frais d'emballage et de port seront facturés).

Nathalie Narbel
Secrétaire générale

PUBLIKATIONEN BESTELL-LISTE

ANZAHL RATGEBER VON PRO MENTE SANA

___	Recovery – wieder gesund werden (2009)	gratis
___	Seelische Krise – was tun? (2009)	gratis
___	Psychiatrische Klinik – was kann ich selber tun (05)	gratis
___	Psychotherapie, Psychopharmaka (2009)	gratis
___	Was Angehörige für sich tun können (2008)	gratis
___	Fragen rund um Arbeit und Versicherung (2008)	gratis
___	Selbstbestimmt leben (2006)	gratis
___	Borderline, die Krankheit verstehen und Hilfe finden (2008)	Fr. 10.00
___	Kinder psychisch kranker Eltern (2005)	Fr. 10.00
___	Psychopharmaka: Information für einen selbstbestimmten Umgang (2010)	Fr. 10.00
___	Postpartale Depression (2008)	Fr. 10.00
___	Stigma: Umgang mit Stigamtisierung und Selbststigmatisierung (2011)	Fr. 10.00

ANZAHL DVD

___	Recovery – wie die Seele gesundet von Dieter Gränicher	Fr. 30.00
___	Eltern zwischen Freude und Erschöpfung	Fr. 29.00
___	Vom Wahn zum Sinn, Film über Dorothea Buck von Edgar Hagen	Fr. 45.00
___	Diagnose Borderline	Fr. 45.00
___	Someone beside you von Edgar Hagen	Fr. 36.00

ANZAHL PUBLIKATIONEN ANDERER INSTITUTIONEN

___	Depression – Kurzinformation	Fr. 2.00
___	Psychisches Anderssein – Schizophrenie, 2003	Fr. 2.00
___	Wenn Dein Vater oder Deine Mutter psychische Probleme hat... Für Jugendliche v. 12 bis 18 J.	Fr. 3.00
___	Wenn ein Vater oder eine Mutter psychische Probleme haben... Wie geht es dann den Kindern?	Fr. 3.00
___	Wenn Dein Vater oder Deine Mutter in psychiatrische Behandlung müssen... Mit wem kannst Du dann eigentlich reden? Für Kinder v. 8 bis 12 J.	Fr. 3.00
___	«Es ist normal, verschieden zu sein!» Verständnis und Behandlung von Psychosen	Fr. 5.00

ANZAHL EINZELNUMMERN PRO MENTE SANA AKTUELL

___	11/1	Pillen und Partizipation	Fr. 12.00
___	10/4	Gehirn und Seele	Fr. 12.00
___	10/3	Psychisch krank – arm – ausgeschlossen	Fr. 12.00
___	10/2	Essstörungen	Fr. 12.00
___	10/1	Psychiatrie der Zukunft	Fr. 12.00
___	09/4	Psychisch krank im Alter	Fr. 12.00
___	09/3	Psychische Gesundeit fördern	Fr. 12.00
___	09/2	Komplementäre Therapien in der Psychiatrie	Fr. 12.00
___	09/1	Fürsorgerische Freiheitsentziehung	Fr. 12.00
___	08/4	Zwangsstörungen	Fr. 12.00
___	08/3	Recovery konkret	Fr. 12.00
___	08/2	Essen und Bewegung	Fr. 12.00
___	08/1	Trauma	Fr. 12.00
___	07/4	Die IV nach der 5. Revision: Eingliedern! Aber Wie?	Fr. 10.00
___	07/3	Migration – Seele in der Fremde	Fr. 10.00
___	07/2	Bipolare Störungen: Leben in Extremen	Fr. 10.00
___	07/1	Straffällige Menschen und psychische Erkrankung	Fr. 10.00
___	06/4	Das Stigma psychischer Krankheit überwinden	Fr. 10.00
___	06/3	Kreativität – Sprache der Seele	Fr. 10.00
___	06/2	Jugendliche zwischen Krise und Selbstfindung	Fr. 10.00
___	06/1	Gewalt und Zwang vermeiden	Fr. 10.00
___	05/4	Suizid und Suizidprävention	Fr. 10.00
___	05/3	Liebe, Lust und Partnerschaft	Fr. 10.00
___	05/2	Psychiatrische Hilfe zu Hause	Fr. 10.00
___	05/1	Wieder gesund werden	Fr. 10.00
___	4/04	Angehörige: hilflos und stark	Fr. 5.00
___	3/04	Schizophrenie heute	Fr. 5.00
___	2/04	Psychotherapie – wie sie hilft	Fr. 5.00
___	4/03	Spiritualität in der Psychiatrie – ein Tabu?	Fr. 5.00
___	3/03	NutzerInnenorientierte Psychiatrie	Fr. 5.00
___	2/03	Angst und Panik: Wege aus der Enge	Fr. 5.00
___	1/03	Biologismus: Stirbt die Seele aus?	Fr. 5.00
___	3/02	Selbsthilfe – eine Bewegung im Aufbruch	Fr. 5.00
___	1/02	Depression: Den eigenen Weg finden	Fr. 5.00
___	4/01	Psychisch krank und arm	Fr. 5.00
___	3/01	Persönlichkeitsstörungen	Fr. 5.00

THEMEN 2011

11/2 **Erwachsenenschutzrecht** - erscheint Mitte Juni 2011
11/3 **Burnout** - erscheint Ende September 2011
11/4 **Psychische Krankheit und Humor** - erscheint Mitte Dezember 2011

ABONNEMENT PRO MENTE SANA AKTUELL

☐ ***Pro Mente Sana aktuell* Abonnement Fr. 40.00 / Ausland Fr. 50.00** (pro Kalenderjahr 4 Nummern)

WERDEN SIE GÖNNERIN VON PRO MENTE SANA! Mit Ihrem Beitrag ermöglichen Sie uns, die Anliegen von Menschen mit einer psychischen Erkrankung wirkungsvoll in der Öffentlichkeit zu vertreten. Als GönnerIn erhalten Sie unsere Zeitschrift *Pro Mente Sana aktuell.*

☐ *Pro Mente Sana aktuell* Gönner-Abonnement	Privatperson	Fr. 60.00/Jahr
☐ *Pro Mente Sana aktuell* Gönner-Abonnement	GönnerIn juristische Person	Fr. 100.00/Jahr

☐ Herr ☐ Frau Name/Vorname oder Institution:

Abteilung/z. Hd.:

Strasse: PLZ/Ort:

Telefon: E-Mail:

Datum Unterschrift:

Bestellen bei: Schweizerische Stiftung Pro Mente Sana, Hardturmstr. 261, Postfach, 8031 Zürich, kontakt@promentesana.ch
Telefon 044 / 563 86 00, Telefax 044 / 563 86 17, **aktuelle Bestell-Liste: www.promentesana.ch**