

Aktualisierter Text zum Powerpoint-Vortrag bei der Fachtagung „Psychopharmaka: Fluch oder Segen?“, organisiert vom Landesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V. in Kooperation mit der Universität Mainz, Frauenklinik der Universität Mainz, 8. Oktober 2009; gekürzt in: psychosozial – Zeitschrift für professionelle psychiatrische Arbeit (BRD), 1. Jg. (2010), Nr. 3, S. 32-37
<https://www.peter-lehmann.de/artikel/gesundheit/pdf/pflegen-atypische.pdf>

Peter Lehmann

Atypische Neuroleptika: immer teurer, immer besser?

Atypische Neuroleptika stellen eine Revolution im psychiatrischen Behandlungsarsenal dar, heißt es, sie seien besser verträglich. Dieser Artikel befasst sich mit folgenden Fragen: Was sind atypische Neuroleptika überhaupt? Worin liegt ihr Unterschied zu herkömmlichen Neuroleptika? Was sind die wesentlichen Vorteile atypischer Neuroleptika, und wer ist es, der von ihnen profitiert? Wer besitzt die Deutungshoheit ihres Nutzens? Gibt es möglicherweise wichtigere Fragen als die Unterscheidung von atypischen und herkömmlichen Neuroleptika? Und was sollen Betroffene in Not nun tun?

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

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

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

Welche *atypischen* Neuroleptika gibt es?

Schon 1952, im Jahr der Einführung des Neuroleptika-Prototyps (Muttersubstanz) Chlorpromazin, wurde in den chemischen Laboratorien der Berner Wander AG Clozapin synthetisiert. Clozapin (im Handel unter anderem als Laponex) gilt als Prototyp *atypischer* Neuroleptika. Auch die ebenfalls als atypisch geltenden Benzamide wurden in den 1950er Jahren entwickelt. Je nach Wirkungsschwerpunkt werden sie in der Gastroenterologie (Teilgebiet der Inneren Medizin, das sich mit Krankheiten der Verdauungsorgane befasst), der Gynäkologie oder der Psychiatrie und Neurologie eingesetzt. Amisulprid (Solian), Sulpirid (Dogmatil) und Tiaprid (Tiaprid) werden seit 1968 verwendet, Remoxiprid

(Roxiam) seit 1984, Perospiron (Cremin) seit 1990, Aripiprazol (Abilify) seit 1994. Als weitere *atypische* Neuroleptika kamen nach und nach Risperidon (Risperdal), Sertindol (Serdolect), Quetiapin (Seroquel), Zotepin (Nipolept), Paliperidon (Invega), Ziprasidon (Zeldox), Olanzapin (Zyprexa) und Asenapin (Saphris) auf den Markt.

Hat es sich auch eingebürgert, von *atypischen* Neuroleptika zu reden, macht dies bei näherem Hinsehen keinerlei Sinn, den Neuroleptika, die *den Atypischen* zugeordnet werden, gehören den unterschiedlichsten chemischen Strukturgruppen an.

Daniel E. Casey, ein Psychiater aus Portland, Oregon, sprach die Vielzahl der Probleme an, die Klassifizierung als „atypische Neuroleptika“ mit sich bringt – unter anderem, dass manche herkömmliche Neuroleptika weniger Muskel- und Bewegungsstörungen produzieren als *atypische* Neuroleptika. Typische Neuroleptika von *atypischen* abzugrenzen hält er für unmöglich:

„Sollte das biochemische, pharmakologische und Verhaltensprofil ins Auge gefasst werden? Sollte eine spezifische Wirkung auf klinische Syndrome Bedingung sein? Sollte das Vorhanden- oder Nichtvorhandensein bestimmter Nebenwirkungen notwendig sein? Sollten die Parameter von ‘atypisch’ absolut sein oder entlang einem Kontinuum auftreten? (...) Kann man es der Marketingabteilung der einzelnen Pharmafirma überlassen, selbst zu definieren, was bei einer bestimmten Substanz das Atypische ausmacht? (...) Sollten Eigenschaften der Substanzen die qualitativen Kriterien (alle oder keine) oder die quantitativen (entlang einem Kontinuum) Kriterien erfüllen, damit sie als atypisch definiert werden können? (...) Sollte ein Medikament bei einem spezifischen Prozentsatz von Patienten (mit ‘behandlungsresistenter Schizophrenie’, P.L.) bis zu einem gewissen Maß Verbesserungen herbeiführen, um als atypisch zu gelten? Wenn ein Medikament behandlungsresistente Schizophrenie verbessert, gleichzeitig aber typische EPS bewirkt, würde es dann atypisch sein? Wenn ein Medikament bei einer erheblichen Minderheit eine Alles-oder-nichts-Wirkung auf psychotische Symptome hätte, allerdings auch EPS, würde es atypisch sein?“ (1992, S. 242/247)

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

Unterschiede zwischen alten und neuen Neuroleptika

Die ‘therapeutische’ Wirkung herkömmlicher Neuroleptika wurde bisher in Tierversuchen unter anderem nachgewiesen, indem man Ratten unter Einfluss von Neuroleptika auf primitive Holzbalken setzte. Blieben sie apathisch auf dem Balken sitzen, galt dies Psychiatern als Zeichen einer vermutlich guten therapeutischen Neuroleptikawirkung bei Menschen mit der Diagnose ‘Psychose’. Worin sich die Wirkung der *atypischen* Neuroleptika von derjenigen herkömmlicher Neuroleptika eigentlich unterscheidet, zeigen Bart Ellenbroek und Kollegen von der Psychoneuropharmakologischen Forschungsabteilung der niederländischen Catholic University Nijmegen in ihrem Aufsatz „Der Pfotentest: ein Verhaltensparadigma zum Unterscheiden von herkömmlichen und atypischen neuroleptischen Medikamenten“ auch bildlich, wie die Abbildung 1 belegt. Während Ratten unter dem Einfluss herkömmlicher Neuroleptika wie Haloperidol oder Chlorpromazin ihre Vorder- und Hinterpfoten nur sehr langsam aus Löchern zurückzogen, in die man die Pfoten zu Versuchszwecken hineingesteckt hatte, sei unter Clozapin und

unter Thioridazin (im Handel unter anderem als Melleril), einer den herkömmlichen Neuroleptika zugeordneten, allerdings niederpotenten Substanz, nur die Rückziehzeit der Hinterpfoten verlängert (siehe Abb. 1). Erfreut berichteten die Forscher:

„Die vorliegende Studie mit dem Pfootest zeigt, dass wir vermutlich ein gutes Tiermodell zum Screening (*Siebttest*) neuroleptischer Medikamente haben, aus mehreren Gründen. Erstens misst man Medikamentenwirkungen auf das spontane Verhalten. Zweitens, alle Neuroleptika besitzen eine gemeinsame Wirkung auf eine messbare Variable (Zurückziehzeit der Hinterpfoten), die sich mit ihrer gemeinsamen antipsychotischen Wirkung deckt. Drittens, der Pfootest vermag den Unterschied aufzuzeigen zwischen klassischen Neuroleptika wie Haloperidol und Chlorpromazin sowie atypischen Neuroleptika wie Clozapin und Thioridazin (Zurückziehzeit der Vorderpfoten) – ein Unterschied, der sich mit ihrer bekannten unterschiedlichen Empfindlichkeit deckt, ‘extrapyramidale Nebenwirkungen’ zu produzieren.“ (1987, S. 347)

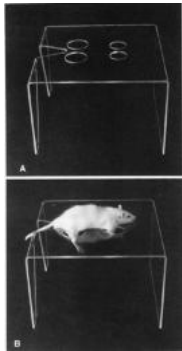


Abb. 1: Pfootest zum wissenschaftlichen Unterscheiden von herkömmlichen und *atypischen* Neuroleptika

Psychopharmaka mit Mischwirkungen

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

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

Neu war diese Einsicht allerdings nicht. Schon 15 Jahre zuvor hatte Hans-Joachim Haase, der ehemalige Leiter der psychiatrischen Pfalzlinik Landeck (Rheinland-Pfalz) in Klingenmünster, denselben Tatbestand publiziert, nämlich,

„... dass Clozapin zunächst, wie auch die anderen Neuroleptika, extrapyramidale feinmotorische Symptome auslöst, wobei mit steigender Dosierung die zunehmend stärkeren anticholi-

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

Was sind die Vorteile der *atypischen* Neuroleptika? Für wen?

Bernd Gallhofer, leitender Arzt im Zentrum für Psychiatrie am Universitätsklinikum Gießen, charakterisiert die Vorteile der neuen Neuroleptika gegenüber den älteren, die vor Kurzem noch für die angebliche Lebensqualität behandelter „Schizophrenen“ gesorgt haben. In seinem Buch von 2004 über das *atypische* Ziprasidon (im Handel unter anderem als Zeldox) und im Internet bei Pfizer Neuroscience spricht er unerwünschte Wirkungen herkömmlicher Neuroleptika an und hebt gleichzeitig die jetzt bessere Kontrolle akuter, ihn ängstigender unbequemer Sinnes- und Lebensweise durch das angepriesene Neuroleptikum hervor:

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

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

Zeldox ist das Produkt des Pharmamultis Pfizer. Risperdal wird von der Janssen-Cilag AG hergestellt.

Nicht weniger unerwünschte Wirkungen, sondern andere ...?

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

„Es handelt sich nicht um weniger Nebenwirkungen, sondern um andere, die aber ebenfalls sehr einschneidend sein können, auch wenn sie von den Patienten nicht unmittelbar wahrge-

nommen werden, weswegen die Patienten leichter zur Einnahme dieser Antipsychotika motiviert werden können, da die quälenden Frühdyskinesien/extrapyramidalen Nebenwirkungen nicht oder nicht so stark auftreten.“ (2003, S. 30)

Optimierung von Absatzchancen inklusive das immer wieder neue Versprechen jetzt aber wirklicher Verbesserung von Lebensqualität sind angesichts der hohen Summen, welche die Entwicklung neuer Medikamente und Psychopharmaka mit sich bringen, in einem Marktsystem selbstverständlich. Der Autor dieses Beitrags wohnte am 27. Oktober 1995 im Wiener Luxushotel „Imperial“ einer solchen Werbeveranstaltung bei, genannt „Internationales Gruppenforum der Unterstützung von Patienten“ und durchgeführt von der Zeneca GmbH. Anwesend waren ca. fünfzehn Funktionäre von Angehörigenverbänden aus USA, Kanada, England, Italien, Deutschland, Frankreich und den USA, der englische Psychiater Julian Leff und ein Mitarbeiterteam der Pharmafirma. Zweck der Veranstaltung war es, Unterstützung zu suchen für ein neues, ‘atypisches’ Neuroleptikum. Gegenleistung war das Angebot seitens Zeneca, die Angehörigen logistisch (und vor allem finanziell) zu unterstützen, damit sie sich verstärkt organisieren und ihren Druck auf Regierungen bündeln zu können, damit diese mehr Gelder für genetische Forschung und biologische Psychiatrie bereitstellt (Lehmann, 1996). Man könnte hier neudeutsch von einer Win-Win-Situation reden, das heißt, allseitigem Nutzen, wäre da nicht noch das Wohlergehen der Betroffenen, das eigentlich im Mittelpunkt des Geschehens stehen sollte und mit dem Interesse von Pharmakonzernen an guten Aktienkursen nicht unbedingt identisch ist.

Angesichts der Milliardenbeträge, die im Spiel sind, sollten sich einzelne Psychiatriebetroffene vor der Anmaßung hüten, Pharmafirmen und Psychiater würden ihr persönliches Wohlergehen in der Vordergrund ihrer Überlegungen stellen und sich offen und ehrlich verhalten. Deutlich wurde dieses Missverständnis 2005, als die Zyprexa-Herstellerfirma Eli Lilly sechshundertneunzigmillionen US-Dollar bezahlte, um unter Zyprexa an Diabetes Erkrankte finanziell abzugelten, die Klagen auf Schmerzensgeld eingereicht hatten; Eli Lilly hatte im Beipackzettel nicht deutlich genug auf das ihr längst bekannte Risiko aufmerksam gemacht („Lilly“, 2005).

Der Anteil der Medikamentenkosten an Gesamtetat von Behandlungskosten steigt ständig. Dabei wird noch nicht einmal von den Kosten gesprochen, die für die Behandlung der durch die Psychopharmaka entstandenen Krankheiten („Nebenwirkungen“) entstehen. Eine Beispielrechnung zeigt die Kostenunterschiede zwischen alten und neuen, noch mit Patentrechten versehenen Neuroleptika. Im August 2009 kosten in Deutschland 20 Tabletten Seroquel à 300 mg, zweimal täglich einzunehmen, € 111.27; auf den Monat gerechnet wäre das etwas über € 300.– Zum gleichen Zeitpunkt kosten 20 Tabletten Haldol à 10 mg, durchschnittlich 2 mal täglich einzunehmen, € 18.14, auf den Monat gerechnet wären das ca. € 54.–, also ungefähr ein Sechstel. Marketingbemühungen wollen bezahlt und Aktionärservartungen bedient sein, auch wenn dies die Gesundheitsetats ausplündert und Arbeitsplätze im psychosozialen Bereich kostet. Gut für die Pharmaindustrie, wenn es Medizinjournalisten gibt, die die Explosion der Kosten für Psychopharmaka als kostengünstig erklären.

Werbung oder Information?

Dass aus Profitgründen manche Hersteller Tatsachen verdrehen, Wissenschaftler bestechen, Zeitungsartikel kaufen und unliebsame Ergebnisse von Experimenten verschweigen, wie Peter Sawicki als Leiter des Kölner Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen äußerte, sollte als all-

gemein bekannt vorausgesetzt werden – auch wenn diese theoretische Erkenntnis recht folgenlos scheint, was Publikationen mit dem Anspruch auf Wissenschaftlichkeit betrifft. Wie Wissenschaft bei *atypischen* Neuroleptika funktioniert, soll an drei typischen Beispielen deutlich werden.

a) Bekannt, veröffentlicht und im Internet leicht zu finden ist der Ausgang der Schadenersatzklage der Psychiatriebetroffenen Elizabeth Liss aus Philadelphia, die nach vierzehnmonatiger Verabreichung des *atypischen* Risperidon an tardiver Dyskinesie erkrankt war, Unterform tardive Dystonie in Form von ständig auftretenden Krämpfen der Gesichts- und Nackenmuskulatur. Der behandelnde Psychiater wurde 6. Mai 2000 zur Zahlung von 6,7 Millionen US-Dollar Schmerzensgeld verurteilt (Breggin, 2000). Nichtsdestotrotz berichtete die Medizinjournalistin Beate Lakotta im *Spiegel* zwei Jahre später, noch keine Fälle von Arztregress seien bei atypischen Neuroleptika bekannt geworden (Lakotta, 2002). Frau Lakotta ist Preisträgerin des Lilly Schizophrenia Reintegration Awards, gestiftet vom Pharmahersteller Lilly Pharma Holding GmbH. Lilly ist der Hersteller des weit verbreiteten Zyprexa, eines äußerst profitablen *atypischen* Neuroleptikums.

b) „Zurück ins Leben“ lautete der Titel eines Berichts über atypische Neuroleptika in der Wissenschaftsbeilage der *Berliner Zeitung* vom 9. Juli 1997, geschrieben von Frau Lakottas Kollegen Michael Simm, der begeistert vom 6. Weltkongress für Biologische Psychiatrie in Nizza berichtete, bei dem die neuesten Errungenschaften der Pharmaindustrie präsentiert worden waren. Aus erster Hand informiert über die neuesten, durch aktuelle Patente besonders teuren Pharmaprodukte wie Olanzapin und Risperidon schrieb er:

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

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

„Wie die meisten Medizinjournalisten profitiere auch ich von der pharmazeutischen Industrie, denn ich besuche auch Pressekonferenzen und Kongresse, bei denen Reisekosten und Unterkunft von den einladenden Unternehmen bezahlt werden. Zudem verdiene ich Geld nicht nur durch den Verkauf von Abdruckrechten an Zeitungen und Zeitschriften, sondern ich erstelle auch gelegentlich Broschüren für Pharmaunternehmen und ich arbeite hin und wieder als Medienberater. Meine Unabhängigkeit versuche ich zu bewahren, indem ich diese Tätigkeiten strikt trenne.“ (Simm, 2010)

Vermutlich um das Ausmaß der Unabhängigkeit seiner unwissenschaftlichen Berichterstattung zu demonstrieren, verzichtete er in der Überschrift zu seinem Artikel über die neuesten Pharmaprodukte auf den Punkt hinter dem Wort „Leben“ im Werbespruch der Risperdal-Herstellerfirma Janssen, wie der Vergleich der Abbildungen 2 und 3 belegt.



Abb. 2: „Zurück ins Leben.“, Marketing-Parole mit Punkt von Janssen-Cilag AG



Abb. 3: „Zurück ins Leben“ ohne Punkt, Zeugnis medizinjournalistischer Unabhängigkeit

c) Wie Pharmafirmen mit Verlagen kooperieren, die als wissenschaftlich gelten und somit ebenfalls exzellente Werbeträger sind, geht aus einer Beilage zu *Psychiatrische Praxis* hervor, erschienen 1998 im Stuttgarter Thieme Verlag. Hier kann man von Patienten lesen, die das *atypische* Serdolect erhalten und „die sedierende Wirkung schätzen und nicht missen möchten“ (Falkai, 1998, S. 3), so der Psychiater Peter Falkai von der Universitätsklinik Göttingen. Die Beilage, in der Serdolect als effektiv und nebenwirkungsarm angepriesen wird, wurde freundlicherweise finanziert von der Promonta Lundbeck Arzneimittel GmbH & Co. Hamburg, der deutschen Herstellerfirma von Serdolect. Falkai durfte auch ein Buch mitverfassen, das unter dem Titel „Paliperidon ER (INVEGA®) – Der nächste Schritt zur optimalen Schizophrenietherapie“ ein *atypisches* Neuroleptikum der Janssen-Cilag AG anpries, wiederum im Thieme-Verlag (Falkai, *et al.*, 2007). Offiziell erschien das Buch in einer Auflage von 300 Stück, in Wirklichkeit ließ Janssen-Cilag AG zusätzliche 10.000 Exemplare drucken, vermutlich um mit diesem Werbeträger medizinische Fachbibliotheken, Medizinjournalisten und Ärzte zu beglücken. Wenn im November 2010 Peter Falkai, wie angekündigt, zum neuen Präsidenten des deutschen Psychiaterverbands DGPPN gewählt wird, hat diese Organisation wieder einen passenden Präsidenten.

Thieme	INR
1.ISBN 3-13-134671-X	2.ISBN/TN 134671 WN 25221
Herausgeber:	[ISBN 13: 978-3-13-134671-1]
Autoren:	Falk, Peter; Haas, Ekkehard; Hargauer, Ludwig
Titel:	Polypiden ER (NIVEGAM®) Der nächste Schritt zur optimalen Schizophreniebehandlung
Auflage / Ersch. Jahr:	1. Auflage, 2007
Reihe:	-
Erscheinungsdatum:	22.08.2007 (DR 01)
Aktuelle Druckrate:	1
ca. Abbleg.-Tag d. akt. DR:	16.07.2007 (DR 1)
Umfang:	VIII, 80 S.
Abz. / Edz. / Farb-Edz.	40 Abz. in 40 Edz. (Beton) 40 in Farbe
Tabellen:	25 Tabellen
(CIP-) Format (H x B):	24x17 cm
Bindung / Verpackung:	Bf
Programmplanung:	Andrea, Schwarz
Redaktion:	Janine, Neuman
Herstellung:	Thieme Verlagsgesellschaft
Umsetzungszeit:	-
Layout:	Ziegler-Müller, Kirchsteilfurt
Zeichnungen:	Ziegler-Müller, Kirchsteilfurt
Satz:	GCC Calbe
Druck:	GCC Calbe
Fertigkeit / Schmelzfarbe:	4 c / -
Papiermenge u. -gewicht:	Lucaant Offset, 100 g/m²
Reprozent:	-
Buchbinder:	GCC, Calbe
Produktionszeit:	4 Monate
Ladenpreis (EUR / CHF):	4,95 EUR / 9,30 CHF
Subs.-preis (EUR / CHF):	0,00 EUR / 0,00 CHF; Ladenpreis in Österreich: EUR 9,10
Abz.-preis (EUR / CHF):	0,00 EUR / 0,00 CHF
Aktuelle Auflagenhöhe:	300 Ex. (1. DR)
zzgl. Ind. / Firma/Prot:	10.000 Ex. für Fa. Janssen-Cilag AG, Bielefeld 4.20 EUR
zzgl. TNY:	0 Ex.
Planauflage:	10.300 Ex.
	Druck: 10.07.2007 / Janine Neuman

Abb. 4: Interner Laufzettel des Thieme Verlags mit Hinweis auf Geldgeber und tatsächlicher Auflagenhöhe

Hauptrisiken *atypischer* Neuroleptika

Wie wichtig eine sachliche Information für Betroffene wäre, eine Nutzen-Risiko-Entscheidung selbst zu treffen, zeigen die bekannt gewordenen Hauptrisiken *atypischer* Neuroleptika. Remoxiprid (Roxiam) war 1991 als „Rose ohne Dornen“ angekündigt worden, als gut verträgliches Medikament ohne Nebenwirkungen. Drei Jahre später wurde es von der Herstellerfirma wieder vom Markt genommen: wegen einer Reihe von lebensgefährlichen Fällen aplastischer Anämie – Blutarmut mit Verminderung der roten und weißen Blutkörperchen, beruhend auf einem Defekt im blutbildenden System. Ein anderes Beispiel für Verträglichkeitsprobleme bei *atypischen* Neuroleptika ist Sertindol (Serdolect), das lange als nebenwirkungsarm galt. Im November 1998 fand sich im Internet in medizinischen Datenbanken noch der Begriff „nebenwirkungsfrei“. Am 2. Dezember 1998 meldete die Schweizer *Ärzte Zeitung*: „Vertrieb von Serdolect^(R) gestoppt – Anlass sind schwere kardiale (*das Herz betreffende*) Nebenwirkungen und Todesfälle“. Diese Todesfälle sind natürlich längst begraben – im Gegensatz zu Serdolect.

Sämtliche oben genannten *atypischen* Neuroleptika sind auf dem Pharmamarkt noch erhältlich. Dies betrifft auch die suspendierten; einzelnen Patienten, deren Reaktion auf Standardneuroleptika als „allergisch“ eingeschätzt wird, dürfen sie noch verabreicht werden. Als weitere besondere Risiken dieser Substanzen sind zu nennen das neuroleptikabedingte Defizit-Syndrom, Fettleibigkeit, Hypercholesterinämie (erhöhter Cholesteringehalt im Blut), Diabetes, erhöhte Apoptose (Sichabstoßen von Zellen aus dem Gewebe, d. h. Zelltod) (z. B. Bonelli, 2005) und erhöhte Sterblichkeit vor allem bei Verabreichung von Neuroleptika in Kombination mit anderen Medikamenten (Henderson, *et al.*, 2005; Joukamaa, *et al.*, 2006). Aber auch *atypische* Rezeptorenveränderungen, die zu tardiven Psychosen führen können, sollten ins Kalkül gezogen werden. Tardive Psychosen sind psychische Störungen, die im Lauf der Verabreichung von Neuroleptika, beim Absetzen oder danach auftreten können – behandlungsbedingt. Die genannte Störung, die Urban Ungerstedt und Tomas Ljungberg, Mitarbeiter der Histologischen Abteilung des Karolinska Instituts in Stockholm, als besonderes Risiko von Clozapin nachwiesen, geht – wie ihr Gegenstück tardive Dyskinesie – zurück auf behandlungsbedingte Veränderungen des Re-

zeptorensystems. Als Ursache vermutet man Veränderungen von Dopamin-D₁- und -D₄-Rezeptoren, speziellen Dopaminrezeptoren-Subtypen. Durch die herkömmlichen Neuroleptika werden speziell Dopamin-D₂-Rezeptoren beeinträchtigt, was als mittel- und langfristiges Risiko eher eine tardive Dyskinesie bewirkt. Ungerstedt und Ljungberg warnten 1977:

„Unsere Verhaltensdaten zeigen, dass diese ‘Besonderheit’ des Clozapin auf seine vergleichsweise stärkere Hemmung von limbischen Dopaminrezeptoren zurückzuführen ist. Diese Rezeptoren können somit am ehesten etwas mit der Entwicklung der Supersensitivität nach chronischer Clozapinbehandlung zu tun haben...“ (S. 199)

Jenseits typischer und *atypischer* Neuroleptika

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

Da die Psychiatrie in ihrem jetzigen Entwicklungszustand als naturwissenschaftlich orientierte Disziplin das Produkt von zwei Jahrhunderten fortwährender Reformen darstellt und die Tendenz in Richtung immer mehr biologische Behandlungsmethoden und immer mehr Zwang geht (Lehmann, 2010), wäre es leicht vermessen anzunehmen, dass es in absehbarer Zeit zu Reformen kommt, die an den Interessen der Betroffenen orientiert sind (z. B. Förderung von Selbsthilfe- und nichtmedizinischen Ansätzen, aktive Einbeziehung von Psychiatriebetroffenen in psychiatriepolitische Entscheidungen und Betonung der Freiheit zur Auswahl aus Behandlungsangeboten zwecks Stärkung der Menschenrechte [World Health Organization & European Commission, 1999, S. 9]. So bleibt denen, die mit psychischen Krisen nicht zurecht kommen, angesichts der Risikobehaftetheit herkömmlicher und neuerer synthetischer psychiatrischer Psychopharmaka nur die Wahl zwischen Pest und Cholera. Der Münchner Arzt und Psychotherapeut Josef Zehentbauer schreibt:

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

Für die Betroffenen ist es ausgesprochen schwierig, sich angemessen zu entscheiden. Sie werden in aller Regel nicht über die tatsächlich vorhandenen, möglichen und nicht auszuschließenden Risiken aufgeklärt. Ihnen werden riskante Substanzen angeboten, an deren Zulassungsverfahren für den Pharmamarkt profitorientierte Firmen beteiligt sind, finanziell von ihnen abhängige oder gesponserte Mediziner sowie staatliche Gesundheitsbürokratien, aber keine Betroffenenvertreter. Kommt es zu Schäden, tragen die Geschädigten bei Schmerzensgeld- und Schadenersatzklagen die Beweislast alleine. Aufgrund inter- und intraindividuelle Wirkungsunterschiede lässt sich nicht voraussagen, wie eine bestimmte Dosis eines Präparats wirken wird, geschweige denn eine Kombination unterschiedlicher, in

ihrer Wirkungsüberlagerung und in ihren Wechselwirkungen unberechenbarer Psychopharmaka. Alle psychiatrischen Psychopharmaka haben das Potenzial, abhängig zu machen, wobei die Verordner mit Ausnahme der Benzodiazepine die potenziell abhängig machende Wirkung der Substanzen abstreiten. Stationäre Einrichtungen zur klinischen Unterstützung bei Absetzproblemen von psychiatrischen Psychopharmaka sind Fehlanzeige. Und kein Neuroleptikum, weder ein altes noch ein neues, kann psychische Probleme sozialer Natur lösen – im Gegenteil, meist erschweren sie die Lösung dieser Probleme. Nach Absetzen der Substanzen, wenn es überhaupt dazu kommt, sind die Bedingungen in aller Regel schlechter, um die ursächlichen, den Einsatz der psychiatrischen Psychopharmaka herbeigeführten Probleme zu bewältigen.

Nichtsdestotrotz sind die Entscheidungen der Betroffenen zur Einnahme von psychiatrischen Psychopharmaka zu respektieren: insbesondere wenn es ihnen gelingt, ausweglose – und ansonsten die Auslieferung in die gewaltbereite institutionelle Psychiatrie nach sich ziehende – Konfliktsituationen mit möglichst kurzfristiger, möglichst niedrigdosierter, möglichst wenig toxischer und demzufolge möglichst geringer Risikobelastung durch reflektierte und selbstbestimmte Psychopharmaka-Einnahme zu überstehen. Besonderes Mitgefühl steht denjenigen Psychiatriebetroffenen zu, die durch psychopharmakabedingte Nervenschädigungen gezwungen sind, dauerhaft psychiatrische Psychopharmaka einzunehmen, um irgendwie überlebensfähig zu sein (Lehmann, 1999). Gerade diese Betroffenenengruppe macht deutlich, dass die Ersteinnahme psychiatrischer Psychopharmaka nach Möglichkeit zu vermeiden ist (Lehmann, 1990).

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

Abbildungsnachweis

Abb. 1: Ellenbroek, *et al.*, 1987, S. 344

Abb. 2: Janssen-Cilag AG & Organon, 1998, S. XXIX

Quellen

AstraZeneca: „Die Behandlung schizophrener Psychosen – Leitfaden für Angehörige“, Informationsbroschüre, 2007

Bonelli, R. M., *et al.*: „The influence of psychotropic drugs on cerebral cell death: Female neurovulnerability to antipsychotics“, in: International Clinical Psychopharmacology, Vol. 20 (2005), S. 145-149

Breggin, P.: „\$ 6.7 million awarded in Risperdal tardive dyskinesia case“; Online-Ressource https://www.peter-lehmann.de/articles/others/breggin_risperdal.htm / Zugriff am 15. Dezember 2012

Casey, D. E.: „What makes a neuroleptic atypical?“, in: Herbert Y. Meltzer (Hg.): „Novel antipsychotic drugs“, New York: Raven Press 1992, S. 241-251

- Ebner, G.: „Aktuelles aus der Psychopharmakologie. Das Wichtigste vom ECNP-Kongress“, in: Psychiatrie (Schweiz), Online-Ausgabe 2003, Nr. 1, S. 29-32
- Ellenbroek, B. A., *et al.*: „The paw test: a behavioural paradigm for differentiating between classical and atypical neuroleptic drugs“, in: Psychopharmacology, Vol. 93 (1987), S. 343-348
- Falkai, P.: Interviewantworten, in „Schizophrene Psychosen: Deutliche Therapie Vorteile der atypischen Neuroleptika“, Beilage zu: Psychiatrische Praxis, 25. Jg. (1998), Nr. 5, S. 4
- Falkai, P. / Haen, E. / Hargarter, L.: „Paliperidon ER (INVEGA®) – Der nächste Schritt zur optimalen Schizophrenietherapie“, Stuttgart / New York: Thieme Verlag 2007
- Gallhofer, B.: „Herausforderung Schizophrenie – Betroffene als Therapiepartner für optimale Schizophrenietherapie“, in: ders. (Hg.): „Schizophrenie – zwei Seiten einer Krankheit“, Stuttgart / New York: Thieme Verlag 2004, S. 1-6
- Haase, H.-J.: „Neuroleptika: Fakten und Erlebnisse“, in: Ofried K. Linde (Hg.): „Pharmakopsychiatrie im Wandel der Zeit“, Klingenmünster: Tilia Verlag Mensch und Medizin 1988, S. 137-154
- Henderson, D. C., *et al.*: „Clozapine; diabetes mellitus, hyperlipidemia and cardiovascular risks and mortality: Results of a 10-year naturalistic study“, in: Journal of Clinical Psychiatry, Vol. 66 (2005), Nr. 9, S. 1116-1121
- Janssen-Cilag AG / Organon GmbH: „Risperdal – Zurück ins Leben!“, Werbeanzeige, in: Fortschritte der Neurologie · Psychiatrie, 66. Jg. (1998), Nr. 12, S. XXVIII-XXIX
- Joukamaa, M., *et al.*: „Schizophrenia, neuroleptic medication and mortality“, in: British Journal of Psychiatry, Vol. 188 (2006), Nr. 2, S. 122-127
- Lakotta, B.: „Abschied vom Kettenhemd“, in: Spiegel, 56. Jg. (2002), Nr. 52, S. 132-133
- Lehmann, P.: „Ein Quatrolog der besonderen Art – Psychiatriebetroffene, Eltern, Psychiater und Industrie im Gespräch“, in: Psychosoziale Umschau, 11. Jg. (1996), Nr. 2, S. V; Online-Ressource <https://www.peter-lehmann.de/artikel/reform/quatro.htm> / Zugriff am 15. Dezember 2012
- Lehmann, P.: „Einnahme psychiatrischer Psychopharmaka: Pro und Contra“, in: Rundbrief des Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener, 1997, Nr. 2, S. 10-11; Online-Ressource https://www.peter-lehmann.de/artikel/gesundheit/pro_contra.htm / Zugriff am 15. Dezember 2012
- Lehmann, P.: „Langzeitpatienten und Neuroleptikaschäden im Blickfeld ihrer Produzenten“, in: T. Bock / S. Mitzlaff (Hg.): „Von Langzeitpatienten für Akutpsychiatrie lernen – Die Entdeckung der Langsamkeit“, Bonn: Psychiatrie-Verlag 1990, S. 109-118; Online-Ressource <https://www.peter-lehmann.de/artikel/gesundheit/pdf/langzeit.pdf> / Zugriff am 15. Dezember 2012
- Lehmann, P.: „Eine bessere Psychiatrie oder besser Alternativen?“, in: Pro Mente Sana Aktuell, 2010, Nr. 1 („Psychiatrie der Zukunft“), S. 20-22; Online-Ressource <https://www.peter-lehmann.de/artikel/reform/pdf/pms-zukunft.pdf> / Zugriff am 15. Dezember 2012
- Lehmann, P. / Stastny, P. (Hg.): „Statt Psychiatrie 2“, Berlin / Eugene / Shrewsbury: Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag 2007 (E-Book 2026)
- „Lilly to pay nearly \$700M to settle Zyprexa claims“, in: USA Today vom 6. Juni 2005; Online-

Ressource http://usatoday30.usatoday.com/money/industries/health/drugs/2005-06-10-lilly-zyprexa_x.htm / Zugriff am 15. Dezember 2012

Müller, W. E.: „Wirkungsmechanismen älterer und neuerer Neuroleptika“, in: F. König / W. P. Kaschka (Hg.): „Interaktionen und Wirkmechanismen ausgewählter Psychopharmaka“, Stuttgart / New York: Thieme Verlag, 2., überarb. und erweit. Aufl. 2003, S. 37-54

Pfizer Neuroscience: „Ziprasidon: Moderne Behandlungswege schizophrener Erkrankungen“, Infos für Ärzte vom 27.1.2003; Online-Ressource <http://www.journalmed.de/newsview.php?id=996> / Zugriff am 22. Juli.2010

Simm, M.: „Zurück ins Leben – Neue Medikamente helfen gegen die extrem belastenden Symptome der Schizophrenie“, in: Berliner Zeitung vom 9. Juli 1997, Beilage Wissenschaft, S. V

Simm, M.: „Spielregeln / F & A“; Online-Ressource <http://www.simmformation.de/html/spielregeln.html> / Zugriff am 26. August 2010

Ungerstedt, U. / Ljungberg, T.: „Behavioral patterns related to dopamine neurotransmission“, in: Advances in Biochemical Psychopharmacology, Vol. 16 (1977), S. 193-199

World Health Organization / European Commission: „Balancing mental health promotion and mental health care: A joint World Health Organization / European Commission meeting“, Broschüre MNH/NAM/99.2, Brüssel: World Health Organization / European Commission 1999; Online-Ressource <https://www.peter-lehmann.de/articles/others/consensus.htm> / Zugriff am 15. Dezember 2012

Zehentbauer, J.: „Chemie für die Seele – Psychopharmaka und alternative Heilmethoden“, 11., teilw. aktual. Aufl., Berlin / Eugene / Shrewsbury: Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag 2010 (E-Book 2026)

Die Übersetzungen aus dem Englischen und Erklärungen in kursiven Klammern stammen vom Autor.

Peter Lehmann. Dr. h.c., Dipl.-Pädagoge, Autor und Verleger in Berlin. Bis September 2010 langjähriges Vorstandsmitglied im Europäischen Netzwerk von Psychiatriebetroffenen. Publikationen u. a.: „Der chemische Knebel – Warum Psychiater Neuroleptika verabreichen“ (6. Auflage 2010; E-Book 2026); „Psychopharmaka absetzen – Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Phasenprophylaktika, Ritalin und Tranquilizern“ (3. Aufl. 2008; E-Book 2026). Kontakt: <https://www.peter-lehmann.de>

© 2010 by Peter Lehmann, Berlin. Alle Rechte vorbehalten.