

C. Kurzversion

1 Allgemeine Grundlagen

■ Inhalt und Ziel der Behandlungsleitlinie Schizophrenie

Inhalt dieser evidenz- und konsensbasierten Praxis-Leitlinie ist die Diagnostik und Therapie der Schizophrenie (ICD-10: F20). Ziel ist es, den mit der Schizophrenie-Behandlung befassten Ärzten, Psychologen, Pflegekräften, Sozialarbeiter, Ergotherapeuten und sonstigen im medizinisch-psychiatrischen Umfeld Tätigen eine systematisch entwickelte Hilfe zur Entscheidungsfindung in bestimmten Situationen zu bieten und hierzu die wissenschaftlich fundierten Behandlungsverfahren dazustellen und zu bewerten. Durch Empfehlungen für eine optimierte phasenspezifische Therapie sollen die Behandlungsqualität verbessert, die Anwendung von wirksamen Verfahren gefördert und die von kaum oder nicht wirksamen Verfahren verringert werden.

Leitlinien können den Behandler allerdings nicht davon entbinden, seine Entscheidung in der Diagnostik und Therapie unter spezieller Berücksichtigung der beim individuellen Patienten vorliegenden Gegebenheiten und der verfügbaren Ressourcen im Einzelfall zu treffen.

■ Klinisches Erscheinungsbild

Die Schizophrenie ist durch ein charakteristisches Störungsmuster verschiedener psychischer Bereiche wie Wahrnehmung, Denken, Ichfunktionen, Affektivität, Antrieb und Psychomotorik gekennzeichnet. Bezeichnend sind einerseits episodisch auftretende akute psychotische Zustände und andererseits chronische Beeinträchtigungen mit persistierenden positiven (z.B. Wahn, Halluzinationen) und/oder negativen Symptomen (z.B. Affektverflachung, Antriebsminderung, sozialer Rückzug). Zumeist gehen chronische Krankheitsverläufe mit kognitiven und sozialen Beeinträchtigungen einher. Diese Einschränkungen können jedoch auch schon zu Beginn der Erkrankung vorhanden sein oder den ersten positiven Symptomen vorausgehen.

■ Epidemiologie

Die Lebenszeitprävalenz, d.h. das Risiko einer bestimmten Person, im Laufe des Lebens mindestens einmal an Schizophrenie zu erkranken, liegt abhängig von der Enge oder Weite der Definition der Krankheitsdiagnose, aber auch von der Lebenserwartung der Bevölkerung weltweit zwischen 0,5 bis 1,6%. Die Erkrankung tritt bevorzugt zwischen dem 15. und dem 35. Lebensjahr auf. Männer erkranken

etwa 3–4 Jahre früher als Frauen, aber das Lebenszeitrisiko zwischen den Geschlechtern ist insgesamt gleich. Zu der niedrigeren Lebenserwartung der schizophrenen Patienten tragen eine erhöhte Rate an Suiziden und Unfällen mit Todesfolge sowie eine erhöhte Rate an körperlichen Krankheiten wie z. B. an kardiovaskulären und respiratorischen Erkrankungen bei.

■ Verlauf und Prognose

Dem Vollbild der Erkrankung geht in rund drei Viertel aller Erkrankungsfälle ein bis zu mehreren Jahre dauerndes **Vorstadium (initiale Prodromalphase)** voraus, welches durch uncharakteristische Störungen im Bereich von Kognition, Affekt und sozialem Verhalten gekennzeichnet ist. Nach Krankheitsbeginn kommt es unter der Behandlung meist rasch zum Abklingen der ersten psychotischen Episode. Bei etwa 20% der Erkrankten ist damit eine volle Wiederherstellung der psychischen Gesundheit verbunden. Bei den übrigen 80% kommt es zu einer Remission von unterschiedlicher Qualität, von Symptomfreiheit einerseits bis hin zu einem erheblichen Maß kognitiver und sozialer Behinderung andererseits. Prognostische Faktoren, die den Verlauf der Schizophrenie ungünstig beeinflussen, sind eine familiäre Vorbelastung, d. h. psychische Erkrankungen in der Familie, männliches Geschlecht, eine lange Prodromalphase bzw. ein verzögerter Krankheitsbeginn, kognitive Dysfunktion, niedrige prämorbid Intelligenz (IQ) und Negativsymptomatik, eine schlechte prämorbid soziale Anpassung und eine fehlende stabile Partnerschaft, psychosozialer Stress und ein belastendes familiäres Klima (High-EE), Geburtskomplikationen sowie ethnischer Minderheitenstatus oder -ursprung.

■ Ätiopathogenetisches Grundkonzept

Das „Vulnerabilitäts-Stress-Coping-Modell“ ist das zurzeit am besten akzeptierte ätiopathogenetische Modell der Schizophrenie, welches neurobiologische, psychologische und soziale Faktoren berücksichtigt. Es geht von einer permanent, d. h. auch im interepisodischen Intervall vorhandenen subklinischen – neuropsychologisch und psychophysiologisch nachweisbaren – Vulnerabilität i. S. einer Disposition für die Manifestation einer Schizophrenie aus, deren Ursache in genetischen und/oder nicht-genetischen Einflüssen (z. B. Geburtskomplikationen) gesehen wird. Hypothetische endogene und exogene Stressoren biologischer und psychosozialer Natur, die mit dem in seiner Verarbeitungskapazität reduzierten System interagieren, führen bei nicht ausreichenden Bewältigungsmöglichkeiten (Coping) zu dessen passagerem Funktionsversagen mit der klinischen Konsequenz akuter psychotischer Symptomatik. Neurobiochemisch findet dieser Zustand seinen Ausdruck u. a. in einer Überaktivität des mesolimbischen dopaminergen Systems.

■ Kosten der Erkrankung

Die Schizophrenie ist einer der teuersten psychiatrischen Erkrankungen in Deutschland, wobei etwa 30% der Behandlungskosten bereits im ersten Jahr entstehen. Die direkten und indirekten Kosten sind denen somatischer Volkskrankheiten vergleichbar oder liegen sogar noch darüber.

2 Diagnostik und Klassifikation

■ Klinische Diagnostik

(1) Good Clinical Practice.

Die Diagnose Schizophrenie sollte anhand operationalisierter Kriterien erfolgen. International anerkannte diagnostische Definitionen liegen operationalisiert in zwei Diagnosemanualen vor (DSM IV oder ICD-10). In Deutschland ist in der medizinischen Versorgung die ICD-10 verbindlich.

Die **Leitsymptome nach ICD-10** für Schizophrenie sind:

1. Gedankenlautwerden, -eingebung, -entzug, -ausbreitung.
2. Kontroll- oder Beeinflussungswahn; Gefühl des Gemachten bzgl. Körperbewegungen, Gedanken, Tätigkeiten oder Empfindungen; Wahnwahrnehmungen.
3. Kommentierende oder dialogische Stimmen.
4. Anhaltender, kulturell unangemessener oder völlig unrealistischer Wahn (bizarrer Wahn).
5. Anhaltende Halluzinationen jeder Sinnesmodalität.
6. Gedankenabreißen oder -einschiebungen in den Gedankenfluss.
7. Katatone Symptome wie Erregung, Haltungstereotypien, Negativismus oder Stupor.
8. Negative Symptome wie auffällige Apathie, Sprachverarmung, verflachter oder inadäquater Affekte.

Erforderlich für die Diagnose Schizophrenie ist **mindestens ein eindeutiges Symptom** (zwei oder mehr, wenn weniger eindeutig) der **Gruppen 1–4** oder **mindestens zwei Symptome** der **Gruppen 5–8**. Diese Symptome müssen fast ständig während **eines Monats oder länger** deutlich vorhanden gewesen sein. Bei eindeutiger Gehirnerkrankung, während einer Intoxikation oder während eines Entzuges soll keine Schizophrenie diagnostiziert werden.

Die Differentialdiagnose einer schizophrener Psychose muss zu nicht organischen psychotischen Störungen (schizotype Störungen, induzierte wahnhaftige Störung, anhaltende wahnhaftige Störung, vorübergehende akute psychotische Störung oder schizoaffektive Störung) sowie organisch bedingten bzw. substanzinduzierten psychischen Störungen erfolgen. 2 bis 5% aller akuten Schizophrenien liegt eine andersartige primäre oder sekundäre Gehirnerkrankung zugrunde.

■ Zusatzdiagnostik

Zur Sicherung der Diagnose und zum Ausschluss von Begleiterkrankungen sollte eine ausführliche Zusatzdiagnostik erfolgen.

(2) Good Clinical Practice.

Bei einer **Erstmanifestation der Schizophrenie** sollte in jedem Fall mindestens durchgeführt werden:

- Eine komplette körperliche und neurologische Untersuchung, ggf. mit testpsychologischer Untersuchung in den Bereichen Exekutivfunktionen, Gedächtnisleistungen und Aufmerksamkeit
- ein Blutbild und Differentialblutbild
- die Bestimmung des C-reaktiven Proteins
- Leberwerte
- Nierenwerte
- TSH
- Drogen-Screening
- eine orientierende strukturelle Bildgebung des Gehirns (CT/MRT).

Ein raumfordernder oder entzündlicher Prozess muss ausgeschlossen werden.

Bei entsprechendem Verdacht sollte ein HIV-Test, eine Lues-Serologie, eine Untersuchung des Liquor cerebrospinalis, ein EEG, ein EKG, eine Röntgen-Thorax-Untersuchung oder eine spezielle weiterführende bildgebende Diagnostik mittels zerebralem CT oder MRT erfolgen.

Bei einer **Wiedererkrankung** sollten

- neben der Erhebung eines gründlichen körperlichen Untersuchungsbefundes einschließlich des Körpergewichtes und
- eines Routinelabors
- alle pathologischen Vorbefunde überprüft werden.

3 Allgemeine Therapie

Allgemeine Behandlungsprinzipien

■ Gesamtbehandlungsplan und multiprofessionelle Therapie

(3) Good Clinical Practice.

Behandlungsziel ist der von Krankheitssymptomen weitgehend freie, zu selbstbestimmter Lebensführung fähige, therapeutische Maßnahmen in Kenntnis von Nutzen und Risiken abwägende Patient. Hierfür ist die Erstellung eines Gesamtbehandlungsplanes unter Partizipation der Betroffenen und aller am Behandlungsprozess Beteiligten, eine Zusammenarbeit mit Angehörigen, die Koordination und Kooperation der Behandlungsinstitutionen und der Einbezug des nicht-professionellen Hilfe- und Selbsthilfesystems notwendig. Alle Behandlungsschritte sollten in diesen Gesamtbehandlungsplan integriert werden sowie individuell und phasenspezifisch im Rahmen einer multiprofessionellen und möglichst wohnort-nahen Behandlung abgestimmt werden.

Eine Erleichterung des Zugangs zum Hilfesystem für die Betroffenen sowie eine Ressourcenkoordination im psychiatrisch-psychotherapeutischen und allgemeinen Gesundheitswesen ist notwendig.

■ Phasenspezifische Behandlungsziele

(4) Good Clinical Practice.

Die **Therapieziele in der Akutphase** sind:

- Etablierung einer therapeutischen Beziehung
- Aufklärung über Krankheits- und Behandlungskonzepte
- Beseitigung oder Verminderung der Krankheitserscheinungen und der krankheitsbedingten Beeinträchtigung
- Verhinderung und Behandlung von Selbst- und Fremdgefährdung
- Einbeziehung von Angehörigen, Bezugspersonen und anderen Beteiligten im Einvernehmen mit den Betroffenen
- Verhinderung oder Verminderung sozialer Folgen der Erkrankung
- Motivation zur Selbsthilfe
- Vorbereitung der postakuten Stabilisierungsphase durch Einleitung rehabilitativer Maßnahmen

Die Therapieziele in der postakuten Stabilisierungsphase sind:

- Festigung der therapeutischen Beziehung
- Stabilisierung bei Remission und Abklingen der psychischen Symptome
- Behandlung kognitiver und sozialer Defizite sowie weiterer Negativsymptomatik
- Förderung von Partizipation, Krankheitseinsicht und Compliance
- Intensivierte Aufklärung über Krankheits- und Behandlungskonzepte
- Verstärkte Einbeziehung der Angehörigen und Bezugspersonen in Aufklärung, Rückfallprävention und Behandlung im Einvernehmen mit den Betroffenen
- Früherkennung drohender Rückfälle
- Entwicklung individueller Coping-Strategien
- Harmonisierung von Konflikten in der Familie und Umwelt
- Verständniserarbeitung der individuellen Bedeutung der Erkrankung (Sinnggebung)
- Stabilisierung und Erweiterung sozialer Kontakte
- Vorbereitung und Weiterführung rehabilitativer Maßnahmen
- Motivation zur Selbsthilfe

Die Therapieziele in der Remissionsphase sind:

- Aufrechthaltung der therapeutischen Beziehung
- Ggf. Symptomsuppression
- Förderung sozialer Integration
- Rückfallprophylaxe, -früherkennung und -frühintervention
- Suizidprophylaxe
- Verbesserung der Lebensqualität
- Berufliche Rehabilitation
- Motivation zur Selbsthilfe

4 Pharmakologische und andere somatische Behandlungsverfahren

4.1 | Pharmakotherapie: Allgemeines

(5) Good Clinical Practice.

Die Pharmakotherapie sollte in ein Gesamtbehandlungskonzept unter Einschluss allgemeiner und spezieller psychotherapeutischer, soziotherapeutischer und ergotherapeutischer Maßnahmen und psychiatrischer Behandlungspflege in Abhängigkeit von einer differentiellen Indikation eingebettet sein.

(6) Good Clinical Practice.

Zu Beginn einer Pharmakotherapie muss eine Aufklärung des Patienten über Wirkungen sowie Nebenwirkungen der Medikamente erfolgen und der Patient sollte in den therapeutischen Entscheidungsprozess miteinbezogen werden.

(7) Good Clinical Practice.

Bei Festlegung der Pharmakotherapie sollte diese auf das **klinische Zielsyndrom** abgestimmt werden. Dabei sollen auch folgende Faktoren Berücksichtigung finden:

- Früheres Ansprechen auf medikamentöse Therapie
- Nebenwirkungserfahrungen
- Applikationsform und Dosierung
- Begleitmedikation und medikamentöse Interaktionen
- Patientenpräferenzen
- Individuelles Risikoprofil

■ **Antipsychotika.** Vor Beginn einer antipsychotischen Pharmakotherapie sollte eine laborchemische Routineuntersuchung durchgeführt werden, falls diese nicht ohnehin im Rahmen des diagnostischen Prozesses bereits erfolgt ist. Die Laboruntersuchung (Blutentnahme) soll dazu dienen, individuelle Risiken der Pharmakotherapie abzuschätzen und muss obligat hierzu die Bestimmung der Leberenzyme, des Blutbildes, des Nüchternblutzuckers, der Blutfette und der Nierenretentionswerte enthalten.

Die *kurzfristige* Wirksamkeit antipsychotischer Medikation wird anhand der Verbesserung der Psychopathologie (Positiv-, Negativ-, affektive, kognitive und allgemeine Symptome) im Rahmen einer 6- bis 12-wöchigen Medikationsphase beurteilt. Die *langfristige* Wirksamkeit wird anhand der Rezidivraten (gelegentlich auch der stationären Wiederaufnahmeraten) sowie der Persistenz von Symptomen, der sozialen Funktionsfähigkeit oder der Lebensqualität beurteilt.

■ Art der Applikation und Dosierung

Individuelle Reaktionsmuster und unerwünschte Begleitwirkungen der Antipsychotika erfordern ein hinsichtlich Substanzwahl, Kombination, Begleitmedikation, Applikation und Dosierung differenziertes Vorgehen.

Die Dosierung der Antipsychotika ist grundsätzlich so niedrig wie möglich zu wählen. Hochdosierungen sind Standarddosierungen nicht überlegen. Eine optimale Dosierung ist dann anzunehmen, wenn eine gute Wirkung auf das gesamte Spektrum der psychotischen Symptome mit differenziellem Schwerpunkt in der jeweiligen Krankheitsphase bei geringen Nebenwirkungen erreicht wird.

■ Relative Kontraindikationen und Nebenwirkungen

Relative Kontraindikationen für den Einsatz von Antipsychotika sind – je nach Substanzgruppen mit unterschiedlicher Gewichtung – akute Intoxikationen durch zentral wirksame Substanzen, Engwinkelglaukom, Pylorusstenose, Prostatahypertrophie, kardiale Vorschädigung, Leber- und Nierenerschädigungen, Leukopenie, prolaktinabhängige Tumoren, schwere Hypotonie, hirnanorganische Erkrankungen, Epilepsie, Schädigung des extrapyramidal-motorischen Systems, anamnestic malignes neuroleptisches Syndrom. In jedem Fall muss bei der Substanzwahl eine Nutzen-Risiko-Abwägung unter Berücksichtigung des substanzspezifischen Nebenwirkungsprofils erfolgen.

■ **Benzodiazepine.** Benzodiazepine werden häufig adjuvant zur antipsychotischen Therapie verwendet. Als Monotherapie haben sie im Vergleich zu Antipsychotika geringere antipsychotische Wirksamkeit, können jedoch neben Angst und Agitiertheit auch Positivsymptome günstig beeinflussen. In der Regel kommen Benzodiazepine zeitlich limitiert adjuvant zur neuroleptischen Pharmakotherapie zur Anwendung. Besondere Anwendungsbereiche sind neben psychotisch-agitierter und ängstlicher Symptomatik katatonie Symptome, Akathisie und belastende Schlafstörungen bei der Schizophrenie. Häufig verwendete Benzodiazepine sind Lorazepam, Diazepam und Clonazepam. Nebenwirkungen sind Sedierung, Ataxie, kognitive Beeinträchtigung und eine paradoxe Enthemmung bei einigen Patienten. Benzodiazepine haben, insbesondere bei längerer Gabe, ein Abhängigkeitspotenzial.

■ **Antikonvulsiva und Lithium.** Lithium und Antikonvulsiva wie Carbamazepin, Valproinsäure und Lamotrigin werden lediglich adjuvant zur antipsychotischen Medikation gegeben. Sie sind insbesondere für bestimmte Subgruppen für Patienten indiziert. Für Lithium gibt es, neben den positiven Effekten auf affektive Symptome, Hinweise, dass adjuvant zur antipsychotischen Therapie bei Behandlungsresistenz eine Wirkung zu erzielen ist, die Studienergebnisse sind jedoch nicht konsistent.

■ **Antidepressiva.** Antidepressiva verschiedener Klassen wie selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) oder trizyklische Antidepressiva werden zur Behandlung depressiver Symptome bei der Schizophrenie verwendet. Sie werden ad-

juvant zur antipsychotischen Therapie verwendet und können auch bei residualen Negativsymptomen, Zwangs- und Angstsymptomen wirksam sein.

4.2 | Andere somatische Verfahren

■ Elektrokrampftherapie (EKT)

Die Elektrokrampftherapie (EKT) beruht im Wesentlichen darauf, dass in Narkose und unter Muskelrelaxation durch eine kurze elektrische Reizung des Gehirns ein generalisierter Krampfanfall ausgelöst wird. Der genaue Wirkmechanismus ist noch nicht geklärt. Nach heutigem Kenntnisstand ist die Wirkung auf neurochemische Veränderungen verschiedener Neurotransmittersysteme zurückzuführen.

(8) Empfehlungsstärke C

Eine Elektrokrampftherapie (EKT) gehört bei der perniziösen Katatonie zu den Therapieoptionen der ersten Wahl. Bei eindeutiger medikamentöser Behandlungsresistenz nach adäquater Therapie in ausreichender Dosis und Zeitdauer ist der Einsatz der EKT im Einzelfall gerechtfertigt.

■ Repetitive transkranielle Magnetstimulation (rTMS)

Die transkranielle Magnetstimulation (TMS) stellt ein seit Mitte der 80er Jahre bekanntes Verfahren dar, mit dem durch die Applikation eines Magnetfeldes nicht-invasiv durch die Schädelkalotte kortikale Hirnareale elektrisch erregt werden können. Bei Reizung der motorischen Rinde kann so ein ableitbares Muskelantwortpotenzial (MEP) mit sichtbarer Muskelzuckung erzeugt werden.

(9) Empfehlungsstärke C.

Die Anwendung der rTMS in der Schizophreniebehandlung ist aufgrund noch unzureichender Evidenz zur Wirksamkeit außerhalb von Studien nicht zu empfehlen. Das Verfahren ist derzeit noch nicht zugelassen und sollte nur in Ausnahmefällen als individueller Heilversuch erfolgen.

4.3 | Phasenspezifische Therapie

4.3.1 Akutphase

■ Allgemeines

(10) Good Clinical Practice.

Während der Akutphase sollte in angemessenen Abständen eine Überprüfung und Dokumentation des psychopathologischen Befundes erfolgen, so dass eine

Eigen- und Fremdgefährdung rechtzeitig erkannt wird und eine Beurteilung des Ansprechens auf die Therapie möglich ist.

Erstmanifestation

Patienten mit einer schizophrenen Erstmanifestation zeigen im Durchschnitt im Vergleich zu mehrfach Erkrankten

- eine höhere Ansprechrate auf die antipsychotische Pharmakotherapie
- niedrigere Rückfallraten während der Erhaltungstherapie
- ein Ansprechen bereits auf eine niedrigere antipsychotische Dosierung und
- eine höhere Empfindlichkeit für unerwünschte Arzneimittelwirkungen, insbesondere für extrapyramidal-motorische Störungen.

(11) Empfehlungsgrad C.

Im Falle einer Ersterkrankung sollte eine frühestmögliche antipsychotische Behandlung bei den ersten akuten Symptomen einer Schizophrenie erfolgen, ein geringes Zuwarten bei notwendiger diagnostischer Klärung unter einer Bedarfsmedikation mit Benzodiazepinen ist jedoch gerechtfertigt.

(12) Empfehlungsgrad B.

Bei schizophrenen Ersterkrankungen sollten aufgrund der gegenüber den typischen Antipsychotika zumindest vergleichbaren Wirkung auf die Positivsymptomatik, Hinweisen auf eine überlegene Wirksamkeit bezüglich der Negativsymptomatik und geringerer dosisabhängiger extrapyramidal-motorischer Nebenwirkungen in erster Linie Atypika eingesetzt werden. Allerdings müssen hierbei die substanzspezifischen Nebenwirkungen berücksichtigt werden.

(13) Empfehlungsgrad C.

Bei schizophrenen Ersterkrankungen sollten Antipsychotika im Hinblick auf die Nebenwirkungen möglichst niedrig dosiert werden.

Pharmakotherapie bei Wiedererkrankung

Bei einer akuten Wiedererkrankung, also eines akuten schizophrenen Rezidivs, sollte nach den möglichen Ursachen gesucht werden. So ist die medikamentöse Compliance oder Therapieadhärenz zu evaluieren und der Rückfall dazu in Bezug zu setzen.

(14) Empfehlungsgrad C.

Die Pharmakotherapie sollte bei einer akuten Exazerbation wegen des oft bestehenden hohen Leidensdrucks mit dem Risiko einer Eigen- oder Fremdgefährdung so rasch wie möglich ohne langes Zuwarten wieder aufgenommen oder intensiviert werden.

Auswahl der Medikation

(15) Empfehlungsgrad A.

Zur Behandlung der akuten schizophrenen Episode sollten Antipsychotika als Mittel der Wahl eingesetzt werden.

(16) Empfehlungsgrad A.

Bei der Behandlung der akuten schizophrenen Episode stellen atypische Antipsychotika aufgrund der geringeren Rate an extrapyramidal-motorischen Störungen bei vergleichbarer Wirksamkeit gegenüber konventionellen Antipsychotika Medikamente der ersten Wahl dar, falls nicht der Patient selbst konventionelle Antipsychotika präferiert oder er darauf bereits ohne relevante Nebenwirkungen remittierte.

(17) Empfehlungsgrad A.

Wenn die Entscheidung für eine Behandlung mit typischen Antipsychotika in der Akuttherapie der Schizophrenie getroffen ist, sollten in erster Linie *Haloperidol*, *Flupentixol*, *Fluphenazin* oder *Perazin* verwendet werden, da u.a. hierfür eine qualitativ hochwertige Evidenz vorliegt.

(18) Empfehlungsgrad C.

Eine Monotherapie mit einem Antipsychotikum ist bei der Therapie der akuten schizophrenen Episode ist zu bevorzugen.

(19) Empfehlungsgrad C.

Bei krankhafter Erregung, Angst und innerer Unruhe empfiehlt sich die zeitlich befristete Kombination mit Benzodiazepinen (z.B. Lorazepam) nach den geltenden Bestimmungen.

Beibehalten konventioneller Antipsychotika

(20) Empfehlungsgrad C.

Wenn unter einem konventionellen Antipsychotikum eine gute Kontrolle der Symptome erreicht wurde und eine gute Verträglichkeit und Akzeptanz seitens des Patienten besteht, sollte nicht ohne Veranlassung auf ein atypisches Antipsychotikum umgestellt werden. In jedem Fall sollte der Betroffene jedoch auf das erhöhte Risiko von Spätdyskinesien hingewiesen werden.

Umstellung bei mangelnder Wirksamkeit

(21) Empfehlungsgrad C.

Eine Umstellung der antipsychotischen Pharmakotherapie oder Erhöhung über den empfohlenen Dosisbereich hinaus aufgrund einer nicht ausreichenden Wirkung sollte frühestens nach 2–4 Wochen vorgenommen werden.

Applikationsform des Antipsychotikums

(22) Empfehlungsgrad C.

Es sollte bei kooperativen Patienten die orale Applikationsform als am wenigsten invasive Maßnahme gewählt werden, da dadurch bei ähnlich guter Wirksamkeit die Patientenautonomie am besten gewährleistet wird, es sei denn, es besteht der Patientenwunsch nach einer anderen Darreichungsform.

Dosierung konventioneller Antipsychotika

(23) Empfehlungsgrad C.

Die Dosierung der konventionellen Antipsychotika zur Behandlung der akuten schizophrenen Episode sollte im Bereich von 300 bis maximal 1000 mg/d Chlorpromazin-Äquivalenten (CPZ) liegen. Hierbei sollte die niedrigste wirksame Dosis gewählt werden.

Dosierung von Haloperidol

(24) Empfehlungsgrad A.

Die Dosierung des konventionellen Antipsychotikums Haloperidol in der Behandlung der akuten schizophrenen Episode sollte, wenn möglich, nicht mehr als 10 mg/d betragen, da bei vergleichbarer Wirksamkeit oberhalb dieser Dosierung das Risiko von EPS erhöht ist.

Kombination von Antipsychotika mit Carbamazepin oder Valproinsäure

(25) Empfehlungsgrad B.

Eine Kombination von Antipsychotika mit Carbamazepin zur Behandlung der Positivsymptomatik kann nicht empfohlen werden, für die Kombinationstherapie mit Valproinsäure oder Lithium gibt es nur begrenzte Hinweise für eine bessere Wirksamkeit.

Differentielle Wahl und Dosierung des Antipsychotikums

(26) Empfehlungsgrad B.

Bei vorherrschender Negativsymptomatik sollten als Medikamente der ersten Wahl atypische Antipsychotika mit erwiesener Wirkung auf Negativsymptome eingesetzt werden.

(27) Empfehlungsgrad A.

Zur Behandlung kognitiver Beeinträchtigungen sollten atypische Antipsychotika bevorzugt eingesetzt werden.

Tabelle 4.1. Empfohlene Dosierung (oral) der Antipsychotika in der Akuttherapie

Substanz	Empfohlene Startdosis (mg/d)	DI ¹	Zieldosis Ersterkrankte (mg/d)	Zieldosis Mehrfach-erkrankte (mg/d)	Höchste empfohlene Dosis (mg/d) ²
Atypika					
■ Amisulprid	200	(1)–2	100–300	400–800	1200
■ Aripiprazol	(10)–15	1	15–(30)	15–30	30
■ Clozapin ³	25	2–(4)	100–250	200–450	900
■ Olanzapin	5–10	1	5–15	5–20	20
■ Quetiapin	50	2	300–600	400–750	750
■ Risperidon	2	1–2	1–4	3–6–(10)	16
■ Ziprasidon	40	2	40–80	80–160	160
Konventionelle Antipsychotika					
■ Fluphenazin	0,4–10	2–3	2,4–10	10–20	20–(40)
■ Flupentixol	2–10	1–3	2–10	10–60	60
■ Haloperidol	1–10	(1)–2	1–4	3–15	100
■ Perazin	50–150	1–2	100–300	200–600	1000
■ Perphenazin	4–24	1–3	6–36	12–42	56
■ Pimozid	1–4	2	1–4	2–12	16
■ Zotepin	25–50	2–(4)	50–150	75–150	450
■ Zuclopenthixol	2–50	1–3	2–10	25–50	75

¹ DI (Dosierungsintervall): Empfohlene Verteilung der genannten Gesamtdosis über den Tag – Ein Zeitpunkt = 1, Zwei Zeitpunkte = 2 usw., Höchstdosierungen müssen ggf. auf mehrere Zeitpunkte verteilt werden.

² Höchste zugelassene Dosis nach Angaben der Fachinformationen. Insbesondere bei den neueren Antipsychotika werden jedoch auch in der klinischen Praxis oft höhere Dosierungen verwendet („off-label-use“) und positive Erfahrungen damit (kasuistisch) berichtet.

³ Clozapin wird üblicherweise nicht zur Behandlung von Ersterkrankungen eingesetzt.

Benzodiazepine für Katatonie

(28) Empfehlungsgrad B.

Bei katatoner Symptomatik oder katatoner Schizophrenie sollten zeitlich begrenzt Benzodiazepine (in Kombination mit Antipsychotika) gegeben werden.

Antipsychotische Monotherapie

(29) Empfehlungsgrad C.

Eine Kombinationsbehandlung im Sinne einer gleichzeitigen Gabe mehrerer Antipsychotika ist mit Ausnahme der Therapieresistenz, nicht zu empfehlen.

4.3.2 Langzeitbehandlung/Rezidivprophylaxe

Ein wesentliches Ziel der antipsychotischen Langzeit- oder Erhaltungstherapie ist neben der Symptomsuppression die Verhinderung von Rezidiven. Hierbei sollte die Kombination einer medikamentösen Langzeitbehandlung mit psycho- und soziotherapeutischen Verfahren angestrebt werden, da die Rückfallrate weiter reduziert wird und der Krankheitsverlauf weiter verbessert werden kann.

Etwa 20% derjenigen Patienten, die eine erste psychotische Episode erleben, zeigen im Verlauf keine erneuten psychotischen Symptome mehr. Bisher existieren jedoch keine prognostischen Prädiktoren für medikamentös unbehandelt günstige Verläufe oder Faktoren, die eine solide Abschätzung des Ansprechens auf die pharmakologische Therapie ermöglichen.

Rezidivprophylaktische Wirksamkeit konventioneller und atypischer Antipsychotika

(30) Good Clinical Practice.

Für die meisten Menschen mit gesicherter Schizophrenie ist die Gabe von antipsychotischen Medikamenten über die Akutphase hinaus indiziert. Hierbei muss zwischen einer Rezidivprophylaxe und einer symptomsuppressiven Therapie unterschieden werden.

(31) Empfehlungsstärke A.

Zur Langzeittherapie sollten Antipsychotika eingesetzt werden.

Auswahl der Medikation

(32) Good Clinical Practice.

Die Auswahl der Langzeitmedikation sollte gemeinsam vom Betroffenen und dem behandelnden Arzt auf der Basis ausreichender Information über Nutzen und Nebenwirkungen getroffen werden. Wenn möglich, sollten Angehörige und ggf. der gesetzliche Betreuer in Absprache mit den Betroffenen in den Entscheidungsprozess mit einbezogen werden.

(33) Empfehlungsstärke C.

Zur Langzeittherapie sollte dasjenige typische oder atypische Antipsychotikum beigegeben werden, unter dem eine Remission in der Akuttherapie bei guter Verträglichkeit erzielt werden konnte.

(34) Empfehlungsstärke A.

Bei der Auswahl des Antipsychotikums ist die überlegene rezidivprophylaktische Wirksamkeit der atypischen Antipsychotika als Gruppe gegenüber typischen Antipsychotika in der Langzeittherapie zu berücksichtigen.

(35) Good Clinical Practice.

Bei der Auswahl zwischen verschiedenen Antipsychotika in der Langzeittherapie ist in jedem Fall das unterschiedliche Nebenwirkungsrisiko im Hinblick auf Spätdyskinesien, Sedierung, kardiale, metabolische und endokrine Effekte zu beachten.

Depot-Antipsychotika**(36) Empfehlungsstärke A/B.**

Typische Depot-Antipsychotika (A) und das derzeit einzig verfügbare atypische Depot-Antipsychotikum Risperidon (B) sind aufgrund ihrer gesicherten Applikation und guten Bioverfügbarkeit eine wirksame Alternative zur oralen Medikation und sollten grundsätzlich in der Langzeittherapie in Erwägung gezogen werden.

(37) Good Clinical Practice.

Eine antipsychotische Depotmedikation empfiehlt sich besonders in den Fällen, in denen eine regelmäßige orale antipsychotische Medikation nicht sichergestellt ist, eine gesicherte Applikation aber dringend notwendig erscheint (z. B. schwere Fremd- oder Eigengefährdung im Rezidiv), oder wenn die Depot-Applikation eine Patientenpräferenz darstellt.

(38) Empfehlungsstärke C.

Aufgrund fehlender überlegener Wirksamkeit einzelner typischer Depot-Antipsychotika untereinander sollte die Auswahl anhand des Nebenwirkungsprofils und des Injektionsintervalls vorgenommen werden.

(39) Empfehlungsstärke C.

Bei der Entscheidung für ein antipsychotisches Depotpräparat ist das erwartungsgemäß als günstiger einzustufende Nebenwirkungsprofil des verfügbaren atypischen Depot-Antipsychotikums Risperidon (insbesondere im Hinblick auf das geringere Risiko von Spätdyskinesien) zu berücksichtigen.

Dauer und Dosis der antipsychotischen Langzeitmedikation**(40) Empfehlungsstärke A/B.**

Bei einer Erstmanifestation sollte eine medikamentöse antipsychotische Behandlung über mindestens 12 Monate erfolgen.

(41) Empfehlungsstärke C.

Nach einem ersten Rezidiv sollte eine medikamentöse antipsychotische Behandlung kontinuierlich für 2 bis 5 Jahre (und nach multiplen Rezidiven gegebenenfalls lebenslang) erfolgen.

(42) Good Clinical Practice.

Die empfohlene Behandlungsdauer wird häufig durch eine Reihe von Randbedingungen wie die Motivation der Betroffenen, die psychosoziale Situation und die gesamte Versorgungssituation beeinflusst, die in der individuellen Behandlungssituation berücksichtigt werden müssen.

(43) Empfehlungsstärke A.

Bei Mehrfachmanifestation ist einer kontinuierlichen oralen Gabe eines Antipsychotikums ist der Vorzug vor intermittierenden Behandlungsstrategien zu geben.

(44) Empfehlungsstärke B.

Bei Erstmanifestation kann bei stabiler Remission und vorliegenden Gründen gegen die Fortführung einer Langzeitmedikation (z. B. mangelnde Akzeptanz) nach schrittweiser Dosisreduktion der Versuch einer Intervalltherapie mit gezielter Frühintervention bei Auftreten von Prodromen eines drohenden Rezidivs unternommen werden.

(45) Good Clinical Practice.

Wichtige Voraussetzung ist die Einbettung in eine psychoedukative Maßnahme mit Aufspüren der eigenen Frühwarnzeichen sowie der Aufbau eines individuellen Krisennetzes.

(46) Empfehlungsstärke B.

Nach Symptomremission kann die antipsychotische Dosis in der Langzeitbehandlung über längere Zeiträume schrittweise reduziert und auf eine niedrigere Erhaltungsdosis eingestellt werden. Dies gilt für atypische als auch konventionelle Antipsychotika. Bei konventionellen Antipsychotika sollte die Dosis in der Langzeittherapie zwischen 300 und 600 Chlorpromazin-Äquivalenz-Einheiten (CPZ), in Einzelfällen gegebenenfalls auch niedriger liegen, um ein Auftreten extrapyramidaler Nebenwirkungen zu minimieren.

Tabelle 4.2. Empfohlene Dosierung der Antipsychotika in der Langzeittherapie

Substanz	Patienten mit mehreren Krankheitsepisoden	Höchste Dosis *
Atypika		
■ Amisulprid	100–800	1200
■ Aripiprazol	15–30	30
■ Clozapin	200–550	900
■ Olanzapin	10–20	20 *
■ Quetiapin	300–750	750 *
■ Risperidon	2–6	16
■ Ziprasidon	80–160	160
■ Risperidon Depot	25–50	50
Konventionelle Antipsychotika		
■ Fluphenazin	3–15	15
■ Flupentixol	2–15	20–(60)
■ Haloperidol	2–20	25–(100)
■ Perphenazin	6–36	56
■ Pimozid	2–8	16
■ Flupentixol Decanoat (mg/2–3 Wochen)	20–60	100
■ Fluphenazin Decanoat (mg/2–4 Wochen)	12,5–50	100
■ Haloperidol Decanoat (mg/4 Wochen)	50–200	300
■ Perphenazin Decanoat (mg/2–4 Wochen)	12–200	200

* Höhere Dosierungen werden laut Fachinformation nicht empfohlen, wurden aber unter bestimmten Behandlungsbedingungen (z. B. bei Therapieresistenz) in klinischen Studien verwendet.

4.4 | Medikamentöse Behandlungsresistenz

Abklärung Behandlungsresistenz

Je nach Definition der medikamentösen Behandlungsresistenz sollen zwischen ein Drittel und ein Fünftel der Patienten eine geringe Besserung nach adäquater antipsychotischer Therapie aufweisen. Bei Behandlungsresistenz treten häufig langdauernde Krankenhausaufenthalte auf. Eine chronische Hospitalisierung kann jedoch auch bei geringer Symptomatik auftreten und ist kein Indikator mangelnden Ansprechens auf Antipsychotika.

Medikamentöse Behandlungsresistenz wird angenommen bei fehlender oder unbefriedigender Verbesserung der Zielsymptome trotz Behandlung in empfohlener Dosierung und Dauer jeweils zwischen 6 und 8 Wochen mit mindestens 2

Antipsychotika, wovon eines ein Atypikum sein sollte. Die Compliance sollte, gegebenenfalls mittels Spiegelkontrolle, gesichert sein.

Eine multidimensionale Einschätzung der Behandlungsresistenz sollte neben einer persistierenden Positiv- oder Negativsymptomatik auch kognitive Dysfunktionen mit starker Beeinträchtigung, bizarres Verhalten, rezidivierende affektive Symptome und Suizidalität, ein niedriges Funktionsniveau im Arbeits- und sozialen Bereichen und niedrige Lebensqualität berücksichtigen.

(47) Good Clinical Practice.

Bei Verdacht auf eine medikamentös behandlungsresistente Schizophrenie sollten die vorliegenden Zielsymptome genau definiert werden und sicher gestellt sein, dass 2 Antipsychotika, davon mindestens ein atypisches Antipsychotikum in ausreichender Dosierung und über jeweils mindestens 6–8 Wochen in der Zieldosis angewendet wurde. Andere Faktoren, die zu einer Behandlungsresistenz beitragen können, wie fehlende Einnahme verschriebener Medikamente, vorliegende Suchtproblematik oder andere komorbide psychische oder somatische Erkrankungen, gleichzeitige Einnahme anderer Medikamente und psychosoziale Probleme sollten berücksichtigt und gegebenenfalls einer Therapie zugeführt werden.

Vorgehen bei Behandlungsresistenz

(48) Empfehlungsstärke B.

Bei Behandlungsresistenz sollte zunächst von einem konventionellen auf ein atypisches Antipsychotikum umgestellt werden. Bei Behandlungsresistenz unter der Medikation mit einem atypischem Antipsychotikum sollte auf ein anderes Atypikum, bei weiterhin nicht oder gering veränderten Zielsymptomen auf Clozapin umgestellt werden.

(49) Empfehlungsstärke B.

Eine Gabe von Lithium oder anderen Phasenprophylaktika wie Valproinsäure, Carbamazepin oder Lamotrigin sollte erst nach Ausschöpfung anderer Therapien und vor allem bei Vorliegen affektiver Symptomatik erwogen werden. Carbamazepin sollte nicht zusammen mit Clozapin gegeben werden.

(50) Empfehlungsstärke C.

Grundsätzlich sollten Antipsychotika nicht kombiniert werden. In besonderen Fällen therapieresistenter Erkrankung kann die Augmentation von Clozapin mit einem anderen Atypikum versucht werden.

(51) Empfehlungsstärke B.

Bei medikamentös behandlungsresistenter Schizophrenie, insbesondere bei persistierenden psychotischen Symptomen und bei häufigen, trotz adäquater medikamentöser Therapie auftretenden Rezidiven, sollte eine kognitive Verhaltenstherapie zur Anwendung kommen.

(52) Empfehlungsstärke C.

Eine Elektrokrampftherapie (EKT) ist bei eindeutiger medikamentöser Behandlungsresistenz nach adäquater Therapie in ausreichender Dosis und Zeitdauer als ultima ratio zu empfehlen. Die Zustimmung des Patienten muss vorliegen, eventuelle Patientenverfügungen müssen beachtet werden.

4.5 | Nebenwirkungen antipsychotischer Therapie und ihre Behandlung

(53) Good Clinical Practice.

Patient, Angehöriger und Betreuer sollten nicht nur über mögliche Nebenwirkungen aufgeklärt, sondern auch hinsichtlich der auftretenden Zeichen (Symptome) hierfür informiert und bezüglich der jeweils gegebenen Therapiemöglichkeiten beraten werden.

Behandlung von Nebenwirkungen

■ Unerwünschte neurologische Nebenwirkungen

(54) Empfehlungsstärke C.

Beim Auftreten von extrapyramidal-motorischen Störungen (EPS) unter einer antipsychotischen Behandlung ist im Rahmen einer Risiko-Nutzen-Abwägung eine Umstellung auf ein nebenwirkungsärmeres atypisches Antipsychotikum sinnvoll.

(55) Empfehlungsstärke C.

Bei Frühdyskinesien ist zur Akuttherapie je nach Schweregrad die orale oder intravenöse Gabe eines Anticholinergikums empfohlen, da dies in der Regel zu einer raschen Besserung führt.

(56) Empfehlungsstärke C.

Bei dem Auftreten eines Parkinsonoids sollte eine Dosisreduktion des Antipsychotikums erfolgen, wenn dies anhand des psychopathologischen Befundes vertretbar ist.

(57) Empfehlungsstärke C.

Zur Behandlung eines neuroleptikainduzierten Parkinsonoids sollten in erster Linie Anticholinergika wie z. B. Biperiden eingesetzt werden, als Alternative kann L-Dopa verwendet werden.

(58) Empfehlungsstärke A.

Bei medikamentöser Behandlungsnotwendigkeit einer Akathisie sollten als erste Wahl Benzodiazepine, bei Beachtung der Richtlinien zur Anwendung von Benzodiazepinen, oder Betablocker eingesetzt werden.

(59) Empfehlungsstärke B.

Bei dem Auftreten von Spätdyskinesien sollte zunächst eine vorsichtige Reduktion der Dosis des Antipsychotikums unter Beachtung des psychopathologischen Befundes erfolgen.

(60) Empfehlungsstärke B.

Bei der medikamentösen Therapie der Spätdyskinesien sollte langfristig auf ein atypisches Antipsychotikum umgesetzt werden, wobei die beste Evidenz für eine Besserung der tardiven Dyskinesien für eine Behandlung mit Clozapin vorliegt.

(61) Good Clinical Practice.

Bei Auftreten eines malignen neuroleptischen Syndroms (MNS) empfiehlt sich das unverzügliche Absetzen der antipsychotischen Medikation, die Stabilisierung und Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen unter kontinuierlicher Überwachung, die Fiebersenkung sowie die Verhinderung von Komplikationen unter Einbeziehung intensivmedizinischer Maßnahmen.

(62) Empfehlungsstärke C.

Bei der spezifischen Therapie des gesicherten malignen neuroleptischen Syndroms sollten in erster Linie Dantrolen, Bromocriptin und Amantadin eingesetzt werden. Bei leichteren Formen oder diagnostischer Unsicherheit ist auch die Gabe von Benzodiazepinen (z. B. Lorazepam) zu empfehlen. Bei fehlender oder unzureichender Wirksamkeit ist frühzeitig die EKT einzusetzen.

■ Unerwünschte metabolische Wirkungen

(63) Empfehlungsstärke C.

Bei dem Auftreten einer antipsychotikainduzierten stärkeren Gewichtszunahme, die mit dem Risiko weiterer gesundheitlicher Beeinträchtigungen verknüpft ist, sollte ein Umsetzen auf ein atypisches Antipsychotikum mit diesbezüglich besserem Nebenwirkungsprofil erfolgen, wenn dies vom psychopathologischen Befund her vertretbar ist.

(64) Empfehlungsstärke B.

Bei einer antipsychotikainduzierten Gewichtszunahme sollte zumindest über eine mehrwöchige Zeitdauer eine regelmäßige psychoedukative Intervention durchgeführt werden, in der neben der intensivierten Wissensvermittlung auch Hinweise zur gesunden Lebensführung vermittelt werden.

(65) Empfehlungsstärke C.

Bei starker Gewichtszunahme und der Notwendigkeit, die bestehende antipsychotische Medikation fortzuführen, ist ein Behandlungsversuch mit einem Histamin-H₂-Blocker (Nizatidin, Ranitidin) oder einem Antidepressivum (Reboxetin, Fluvoxamin) gerechtfertigt.

■ Kontrolluntersuchungen

Patienten, Angehörige und Betreuer sollten über die erforderlichen Kontrolluntersuchungen ausreichend informiert werden. Insbesondere sollte über das Risiko von Diabetes, Gewichtszunahme und Fettstoffwechselstörungen explizit aufgeklärt werden und die klinischen Zeichen einer Hyperglykämie wie Müdigkeit, Durst und Polyurie erläutert werden. Es sollte versucht werden, Risikopatienten vorab zu identifizieren und stärker zu überwachen. Risikofaktoren für das Auftreten von Typ-II-Diabetes und verminderter Glukosetoleranz sind positive Familienanamnese für Diabetes mellitus, höheres Alter, abdominale Adipositas, bestimmte ethnische Zugehörigkeit, verminderte körperliche Aktivität, bestimmte Essgewohnheiten und vorbestehende Fettstoffwechselstörungen. Regelmäßige Kontrolluntersuchungen des Körpergewichtes, Blutzuckers und der Blutfette sind zu empfehlen (siehe Tabellen 4.4 a und 4.4 b).

Tabelle 4.4 a. Metabolische Untersuchungen unter Antipsychotikatherapie

Bestimmungen	Beginn	erste 4 Wochen	erste 3 Monate	alle 3 Monate	jährlich
■ Körpergewicht (BMI)	×	×	×	×	
■ Hüftumfang	×	×	×	×	
■ Blutdruck	×	×	×	×	
■ Nüchternserumglukose	×	×	×		×
■ Nüchternblutfette	×	×	×		×

(in Anlehnung an: Consensus Statement der American Diabetes Association; American Psychiatric Association; American Association of Clinical Endocrinologists; North American Association for the Study of Obesity 2004)

Tabelle 4.4 b. Weitere Kontrolluntersuchungen unter Antipsychotikatherapie

Bestimmungen	Beginn	erste 4 Wochen	erste 3 Monate	alle 3 Monate	halbjährlich
■ Blutbild ^a	×	×	×	×	
■ Kreatinin	×	×	×		×
■ Leberenzyme	×	×	×	×	
■ Blutdruck/Puls	×	×	×	×	×
■ EKG ^b	×	×			×
■ EEG (nur bei Clozapin/ Zotepin)	×		×		×

^a unter Clozapin in den ersten 18 Wochen wöchentlich, danach monatlich, bei Thioridazin und trizyklischen Antipsychotika ebenfalls häufiger empfohlen

^b unter Clozapin, Thioridazin, Pimozid, Perazin sowie Ziprasidon häufiger empfohlen

5 Psychotherapeutische Interventionen

5.1 | Allgemeines

Ziele psychologischer Behandlungsverfahren bei schizophrenen Erkrankungen sind die Verminderung der individuellen Vulnerabilität, die Verringerung von ungünstigen Einflüssen äußerer Stressoren, die Verbesserung der Lebensqualität, die Verringerung von Krankheits-Symptomen und die Förderung und Verbesserung von Fähigkeiten zur Kommunikation und Krankheitsbewältigung.

Psychotherapie sollte den biologischen Faktoren bei der Schizophrenie Rechnung tragen und auf die Bewältigung der Krankheit und ihrer Folgen (Akzeptanz einer rezidivierend verlaufenden Erkrankung, Selbstmanagement, Problembewältigung) abstellen. Dabei sind die individuellen Ressourcen in den Mittelpunkt zu stellen.

5.2 | Psychoedukation

■ Adäquate Information

(66) Good Clinical Practice.

Jeder Betroffene mit einer schizophrenen Erkrankung hat ein Recht darauf, Informationen zu seiner Erkrankung und den verschiedenen Behandlungsalternativen vermittelt zu bekommen. Die Informiertheit des Patienten ist Grundlage kooperativer klinischer Entscheidungsfindung und Voraussetzung gesundheitsförderlichen Verhaltens.

Faktoren, die mit einer Ablehnung der empfohlenen Medikation verbunden werden, sind:

- Produktive psychotische Symptome und Denkstörungen
- Primäre und sekundäre depressive Symptomatik
- Kognitive Beeinträchtigung
- Niedriger sozioökonomischer Status
- Herkunftsland und Migrationsstatus
- Einstellungen zur Medikation und zum Versorgungssystem und
- Vorhandensein medikamentöser Nebenwirkungen.

■ Informationsvermittlung

(67) Cood Clinical Practice.

Psychoedukative Interventionen in Gruppen stellen eine gleichzeitig patientenorientierte und ökonomische Möglichkeit der Informationsvermittlung dar.

■ Psychoedukation

(68) Empfehlungsgrad B.

Zur Optimierung der Rückfallverhütung sollten psychoedukative Interventionen mit geeigneten kognitiv-verhaltenstherapeutischen Elementen kombiniert werden. Dies kann in Einzelbehandlungen, Gruppeninterventionen oder als Familienbetreuung geschehen. Die Behandlung sollte einem Manual folgen und von speziell trainiertem Personal durchgeführt werden.

■ Zu berücksichtigende Faktoren bei psychoedukativen Verfahren

(69) Empfehlungsgrad B.

Bei der Vermittlung von Informationen über schizophrene Psychosen sollte berücksichtigt werden, dass Betroffene als Folge des Wissens um den Krankheitsverlauf eine erhöhte Suizidalität aufweisen können. Deswegen sollte auf eine begleitende depressive Verstimmung geachtet werden.

5.3 | Kognitive Verhaltenstherapie

■ Ziele der kognitiven Verhaltenstherapie

Ziel der kognitiven Verhaltenstherapie bei der Schizophrenie sind:

- das Ausmaß der psychotischen Positivsymptomatik (v. a. Wahn und Halluzinationen) zu reduzieren und die Flexibilität der Denkprozesse zu fördern
- das Leiden an und die Behinderung durch psychotische Positivsymptome zu lindern, um eine bessere soziale Anpassung zu erreichen
- emotionale Störungen wie Depression, Angst und Hoffnungslosigkeit zu reduzieren und dysfunktionale Schemata zu modifizieren
- ein Verständnis von Psychose aufzubauen, das die aktive Teilnahme des Patienten darin fördert, sein Rückfallrisiko und seinen Grad an sozialen Behinderungen zu reduzieren.

■ Kognitive Verhaltenstherapie in praepsychotischen Prodromalstadien

(70) Empfehlungsstärke A.

Der Einsatz einer kognitiven Verhaltenstherapie bei Menschen in der präpsychotischen Prodromalphase mit einem hohen Übergangsrisiko in eine Schizophrenie ist zu empfehlen.

■ Kognitive Verhaltenstherapie zur Reduktion persistierender Positiv-Symptomatik

(71) Empfehlungsstärke C.

Kognitive verhaltenstherapeutische Sitzungen sollten über einen Zeitraum von mindestens 9 Monaten in mindestens 12 Sitzungen anhand eines anerkannten Manuals mit Fokus auf belastende Hauptsymptome durchgeführt werden.

Kognitive Verhaltenstherapie bei der Schizophreniebehandlung sollte Folgendes beinhalten:

- Die Intervention sollte beim Betroffenen eine Beziehung zwischen Gefühlen, Gedanken und Handlungen in Hinsicht auf die Zielsymptome herstellen.
- Die Intervention sollte eine Korrektur von Wahrnehmungsstörungen, irrationalen Überzeugungen und vernunftwidrigen Vorstellungen und Voreingenommenheiten in Hinsicht auf die Zielsymptome anstreben.
- Die Intervention sollte eine bewusste Beobachtung und Protokollierung der Gedanken, Gefühle oder des Verhaltens in Hinsicht auf die Zielsymptome und/oder die Förderung alternativer Bewältigungsstrategien in Hinsicht auf die Zielsymptome beinhalten.

(72) Empfehlungsstärke A.

Kognitive Verhaltenstherapie sollte bei medikamentös behandlungsresistenter Schizophrenie, insbesondere bei persistierenden psychotischen Symptomen, zur Anwendung kommen.

(73) Empfehlungsstärke B.

Kognitive Verhaltenstherapie kann auch zur Verbesserung der Einsicht in die Irrealität psychotische Erlebens (Halluzination, Wahn) und zur Verbesserung der Therapiecompliance eingesetzt werden.

Kognitive Verhaltenstherapie zur Rückfallverhütung

(74) Empfehlungsstärke A.

Kognitive Verhaltenstherapie sollte zur Reduktion des Rückfallrisikos zusätzlich zu einer adäquaten medikamentösen Therapie zur Anwendung kommen.

5.4 Familieninterventionen und Zusammenarbeit mit Angehörigen

■ Einbezug von Angehörigen

(75) Good Clinical Practice.

Angehörige von Patienten mit Schizophrenie sind von der Erkrankung mitbetroffen. Gleichzeitig sind Angehörige langfristig die wichtigste Quelle der sozialen Unterstützung für die Patienten. Angehörige sollten daher in allen Phasen der Erkrankung in die Behandlung einbezogen werden. Wenn dies durch den Patienten

abgelehnt wird, sollte im Interesse einer erfolgreichen Behandlung darauf hingearbeitet werden, das Vertrauensverhältnis zwischen Patienten und Angehörigen zu stärken. Auch ohne Zustimmung des Patienten sollten in diesem Fall den Angehörigen allgemeine Informationen unter Wahrung der Schweigepflicht gegeben werden.

■ Familienbetreuung

(76) Empfehlungsstärke A.

Zur Senkung der Rückfallwahrscheinlichkeit sollten geeignete Programme der Familienbetreuung zur Anwendung kommen. Betroffene und ihre Bezugspersonen nehmen hier – insbesondere nach einem Rezidiv oder bei erhöhtem Rezidivrisiko, jedoch auch bei persistierender Symptomatik – gemeinsam an einer Reihe von Familiengesprächen teil. Diese Interventionen sollten von hierfür besonders trainiertem Personal durchgeführt werden.

■ Einbezug des Betroffenen

(77) Empfehlungsstärke B.

Wenn möglich, sollte der Betroffene in die Familienbetreuungsmaßnahmen mit einbezogen werden.

■ Dauer der Interventionen

(78) Empfehlungsstärke B.

Die Dauer der Familienbetreuungsmaßnahmen sollte bei wöchentlicher oder zweiwöchentlicher Frequenz mindestens 9 Monate betragen.

■ Angehörigengruppen

(79) Empfehlungsstärke C.

Angehörigengruppen in Form von Gesprächs- oder Informationsgruppen ohne aktive Einbeziehung der Betroffenen sollten in der Schizophrenie-Behandlung genutzt werden und können der Förderung des Krankheitsverständnisses und der Entlastung der Angehörigen dienen. Sie ersetzen jedoch bei schwer erkrankten Menschen mit schizophrener Psychose keine Familienbetreuungsmaßnahmen.

5.5 | Training sozialer Fertigkeiten

Trainingsprogramme sozialer Fertigkeiten basieren auf einer detaillierten Verhaltens- und Fähigkeitsanalyse und nutzen in Gruppen- oder Einzelsitzungen definierte Zielbearbeitung, Strategien zur Stressreduktion, positive Verstärker, Rollenspiele, Training verbaler und nicht-verbaler Kommunikation, Verhaltensübungen bis zur Einübung komplexer Fertigkeiten im Rahmen von Konversationen.

■ Soziale Aktivitäten

(80) Good Clinical Practice.

Die Hilfe zur eigenen Lebensgestaltung, die Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung, die Förderung der beruflichen Wiedereingliederung und die Verbesserung sozialer Aktivitäten haben in der Versorgung von an Schizophrenie Erkrankten einen hohen Stellenwert und sollten bei jeder Therapie angestrebt werden.

■ Social Skills Training

(81) Empfehlungsstärke B.

Training sozialer Fertigkeiten (*Social Skills Training*) durch speziell ausgebildete Trainer kann als systematische Intervention bei Vorhandensein sozialer Beeinträchtigung mit dem Ziel der Verbesserung der sozialen Kompetenzen durchgeführt werden. Es sollte über längere Zeit fortgeführt werden und durch Aufgaben zum Alltagstransfer ergänzt werden. In der breiten Routineversorgung kann *Social Skills Training* jedoch nicht empfohlen werden.

5.6 | Kognitive Rehabilitation und Trainingsverfahren

Die Rehabilitation kognitiver Defizite (*cognitive remediation*) zielt auf die systematische Förderung kognitiver Prozesse durch wiederholtes Training und Aufbau von Strategien zur Kompensation neuropsychologischer Defizite. Die Behandlung basiert auf der Theorie, dass kognitive Defizite zur Vulnerabilität der Betroffenen für schizophrene Erkrankungen beitragen, und durch die Korrektur dieser Defizite die Rückfallschwelle heraufgesetzt wird.

Als kognitive Rehabilitation sollten therapeutische Programme bezeichnet werden die der Verbesserung spezifischer kognitiver Funktionen dienen, indem sie systematisch sinnvolle kognitive Wahrnehmungs-, Verarbeitungs- und Umsetzungs-Prozesse durch wiederholtes Training und Aufbau von Strategien zur Kompensation neuropsychologischer Defizite fördern.

(82) Empfehlungsstärke C.

Neuropsychologische Therapien wie die kognitive Rehabilitation mit dem Schwerpunkt der Wiederherstellung, Verbesserung oder Kompensation von Aufmerksamkeits-, Wahrnehmungs- und Gedächtnisleistungen können bei Patienten mit kognitiven Defiziten bezüglich definierter Zielkriterien zur Anwendung kommen. Auch zur Vorbereitung einer Rehabilitation können sie hilfreich sein. In der Rehabilitation spielen das Training von Kompensationsstrategien, die Einübung relevanter Wahrnehmungs- und Verhaltenskompetenzen in sozialen Situationen und die Beratung von Betroffenen und Angehörigen eine besondere Rolle.

(83) Empfehlungsstärke A.

Trotz deutlicher Hinweise auf eine Wirksamkeit der kognitiven Rehabilitation in der Verbesserung kognitiver Störungen können aufgrund vorläufiger wissen-

schaftlicher Evidenz zur Generalisierbarkeit der erreichten Ergebnisse Therapien zur kognitiven Rehabilitation derzeit noch nicht für die breite klinische Praxis empfohlen werden.

5.7 | Psychodynamische oder psychoanalytische Therapien bei Schizophrenie

(84) Empfehlungsstärke A.

Die Wirksamkeit psychodynamischer oder psychoanalytischer Psychotherapieverfahren zur Symptomreduktion oder Rückfallverhütung bei schizophrenen Erkrankungen ist bisher nicht nachgewiesen. Diese Verfahren können zur Routinebehandlung bei der Schizophrenie daher nicht empfohlen werden, sind aber in Einzelfällen durch sinnvoll.

5.8 | Gesprächstherapie und andere Psychotherapien bei Schizophrenie

(85) Empfehlungsstärke C.

Aufgrund unzureichender Evidenz für die Wirksamkeit im Sinne von Symptomreduktion oder Rückfallverhütung kann die Durchführung von Gesprächspsychotherapie zur Behandlung der Schizophrenie nicht empfohlen werden.

5.9 | Ergotherapie

Ziele ergotherapeutischer Interventionen sind u. a. die Behandlung psychopathologischer Symptome, welche den Verlust von Handlungskompetenzen nach sich ziehen, die Erhöhung der Kompetenz für die Bewältigung von Alltagsaufgaben und sinnvoller Freizeitgestaltung sowie die Erhaltung oder Wiederherstellung von Fähigkeiten und Fertigkeiten, welche für eine Berufstätigkeit relevant sind.

5.10 | Weitere Therapieformen

Zu weiteren bei der Schizophrenie angewendeten Verfahren gehören u. a. Kreativtherapie wie die gestaltende Kunsttherapie, Musiktherapie, Tanztherapie, Drama und Bewegungstherapie. Hauptsächliche Ziele dieser Therapieformen sind u. a. eine Wiedergewinnung des Selbst- und Realitätsbezuges, Entwicklung der Körper- und Raumwahrnehmung, Verbesserung der kognitiven Funktionen, der Autonomie und des Gefühlsausdrucks.

6 Hilfesysteme und soziotherapeutische Interventionen

6.1 | Allgemeines

(86) Good Clinical Practice.

Eine wichtige Komponente psychiatrischen Managements ist die Erleichterung des Zugangs zum Versorgungssystem einschließlich einer Ressourcenkoordination im psychiatrisch-psychotherapeutischen und allgemeinen medizinischen und rehabilitativen Bereich.

(87) Good Clinical Practice.

Partizipation der Betroffenen und aller am Versorgungssystem Beteiligten sollten erklärte Merkmale der Behandlung der Schizophrenie sein.

(88) Good Clinical Practice.

Wohnort- und Gemeindenähe sollten, soweit möglich und sinnvoll, Merkmal jeder psychiatrischen Behandlung sein.

(89) Good Clinical Practice.

Alle Hilfeansätze sollten zum Ziel haben, die Betroffenen in soziale Bezüge zu integrieren. Selbsthilfe der Betroffenen wie der Angehörigen sollte gefördert werden, das Selbstbewusstsein der Betroffenen gestärkt, ihre Wünsche nach Informationen und ihr Einbezug bei Therapieentscheidungen nachdrücklich unterstützt werden.

6.2 | Integrierte gemeindenahe Hilfesysteme

■ Teambasierte gemeindepsychiatrische Behandlung

(90) Empfehlungsgrad A.

Teambasierte und gemeindenahe Versorgungsstrukturen, die aus Psychiatern, Pflegekräften, Sozialarbeitern und ggf. Psychologen und Ergotherapeuten bestehen, können zur Koordination und Kooperation der Versorgung von schwer erkrankten Menschen mit Schizophrenie, Gewährleistung therapeutischer Kontinuität und zur Reduktion der Krankenhausaufnahmen beitragen. Wesentliche Aufgaben dieser integrierten Teams sollten neben der psychiatrischen Standard-

behandlung die Gewährleistung von Hausbesuchen und die gemeinsame Verantwortung für die gesundheitliche als auch die soziale Versorgung der Betroffenen sein.

■ Case Management und Soziotherapie

(91) Empfehlungsgrad A.

Die Etablierung von Strukturen des Case Management oder der Soziotherapie, die auf einen einzelnen Arzt, einzelne Sozialarbeiter oder Fachkrankenpflegepersonal als Schlüsselpersonen zentriert sind, wird nicht für die Routineversorgung von Menschen mit schweren schizophrenen Psychosen empfohlen.

6.3 | Facharztzentrierte ambulante Behandlung und Überweiskriterien zum Facharzt

■ Überweisung bei Prodromalsymptomen

(92) Good Clinical Practice.

Die Erkrankung Schizophrenie beginnt in drei Viertel der Fälle mit einer mehrjährigen Prodromalphase vor Auftreten des ersten psychotischen Symptoms. In diesem Frühstadium der Krankheit werden die Betroffenen oft zuerst vom Hausarzt gesehen. Zu den Prodromalsymptomen zählen: Depression, Angst, zunehmende Negativsymptomatik und funktionelle Beeinträchtigung begleitet von sozialen Dysfunktionen.

Soweit Prodromalsymptome krankheitswertiges Ausmaß und Progredienz zeigen, sollte die Überweisung zur weiteren Abklärung von Diagnose und Psychoseerisiko an einen kompetenten psychiatrischen Dienst (Facharzt, psychiatrische Ambulanz, Früherkennungszentrum) erfolgen.

■ Fachärztliche psychiatrische Behandlung bei psychotischen Symptomen

(93) Good Clinical Practice.

Geht die Prodromalsymptomatik in die beginnende psychotische Episode über, was sich in abgeschwächten psychotischen Symptomen, etwa Beeinträchtigungserleben, überwertigen Ideen und Wahn, aber auch durch akute Formen der Psychoseentwicklung zeigen kann, ist die Überweisung an einen kompetenten psychiatrischen Dienst (Facharzt, psychiatrische Ambulanz, Früherkennungszentrum) dringend. Bei einer voll entwickelten psychotischen Symptomatik ist eine sofortige Überweisung erforderlich.

■ Gesamtbehandlungsplan

(94) Good Clinical Practice.

Bei eindeutiger Diagnose einer Schizophrenie in Form einer voll entwickelten Psychose ist regelmäßig fachärztlich psychiatrische Behandlung, bei entsprechender Schwere der Krankheit oder Risiken der Selbst- und Fremdgefährdung eine stationäre psychiatrische Behandlung notwendig.

Die Erarbeitung eines Gesamtbehandlungsplans, der die medizinische und psychiatrische Intervention einschließlich Medikation, psychotherapeutischer und soziotherapeutischer Maßnahmen umfasst, und für Krisenintervention bei drohenden Rückfällen Vorsorge trifft, ist erforderlich. Im Rahmen dieses Plans sind die Kontakte zu Angehörigen und gesetzlichen Betreuern zu berücksichtigen und für die Rehabilitation des Kranken Vorkehrungen zu treffen.

■ Kriterien der Überweisung in stationäre Behandlung

(95) Good Clinical Practice.

Eine ambulante wohnortnahe Behandlung ist einer stationären Behandlung vorzuziehen. Wenn eine ambulante Behandlung nicht ausreichend erscheint, sollten für die Überweisung in eine stationäre oder teilstationäre Einrichtung folgende Aspekte berücksichtigt werden:

1. Anamnese: Vorherige erfolgreiche ambulante Behandlungen bei psychotischen Episoden.
2. Einschätzungen und Präferenzen des Betroffenen: Falls der Betroffene ambulant behandelt werden möchte, sollte eine Zusammenarbeit mit Angehörigen oder Teilen des sozialen Umfeldes angestrebt werden.
3. Compliance: Unter Berücksichtigung von Nebenwirkungen kann eine Optimierung der medikamentösen Therapie die Compliance erhöhen und eine stationäre Behandlung vermieden werden. Bei fehlender Compliance ist eine niederschwelligere Einweisung in eine stationäre oder teilstationäre Institution sinnvoll.
4. Vorheriges Ansprechen auf medikamentöse Therapie.
5. Komorbidität, Alkohol- und Drogenmissbrauch: Die Berücksichtigung und Behandlung komorbider somatischer Erkrankungen und insbesondere Alkohol- und Drogenmissbrauch.
6. Risiko von Selbst- und Fremdgefährdung: Das Selbstgefährdungsrisiko ist bei Menschen mit Schizophrenie erhöht, zudem sind sie einer erhöhten Gefahr des körperlichen und seelischen Missbrauchs durch andere ausgesetzt. Bei Vorliegen deutlicher Hinweise darauf oder Gefahr von Aggression und Fremdgefährdung sollte eine stationäre Behandlung in Betracht gezogen werden.

6.4 | Tageskliniken, Nachtkliniken und andere Übergangseinrichtungen

Tageskliniken bieten als multidisziplinäre Einrichtungen eine umfassende dem stationären Setting entsprechende psychiatrische Behandlung (d.h. medizinische, diagnostische, psychiatrische, psychosoziale und ergotherapeutische Maßnahmen) und bestehen zumindest aus Psychiatern, Krankenschwestern und Sozialarbeiter. Sie sind an Wochentagen tagsüber geöffnet und führen keine Betten.

■ Tagesklinik als Alternative zur stationären Behandlung

(96) Empfehlungsgrad A.

Eine vollstationäre Behandlung kann einen erheblichen Eingriff in die Lebenskontinuität bedeuten. Deshalb ist eine tagesklinische Behandlung als Alternative zur stationären Behandlung dann zu bevorzugen, wenn es sowohl der besonderen diagnostischen und therapeutischen Mittel des Krankenhauses bedarf, der Patient aber auch selbständig oder mit Unterstützung Dritter eine tagesklinische Einrichtung regelmäßig aufsuchen kann.

Eine tagesklinische Behandlung setzt voraus, dass der besondere Schutz des Krankenhauses wegen der Gefahr selbstschädigender Handlungen oder Suizidalität oder wegen Gefährdung Dritter nicht notwendig ist. Zudem kann eine tagesklinische Behandlung in der Akutphase nur dann realisiert werden, wenn eine ausreichende Betreuung in der Nacht im häuslichen Umfeld zur Verfügung steht.

■ Übergangseinrichtungen und Nachtkliniken bei bestimmten Patienten

(97) Empfehlungsgrad C.

Bei Patienten, die aufgrund von Ängsten oder in Ermangelung eines tragfähigen Milieus zuhause nicht übernachten können oder wollen, oder bei denen noch keine vollständig ambulante Therapie möglich ist, kann die Behandlung in einer Nachtklinik oder anderen Übergangseinrichtungen erwogen werden.

6.5 | Stationäre Behandlung

Trotz der sinnvollen zunehmend wohnort- und gemeindenahen Behandlung der Schizophrenie erscheint ein Mindestmaß an stationären Betten für Menschen mit schizophrenen Psychosen zur Krisenintervention, für besondere Therapien und zur gesetzlichen Unterbringung notwendig.

■ Indikation zur stationären Therapie

(98) Good Clinical Practice.

Eine stationäre Behandlung kann einen erheblichen Eingriff in die Lebenskontinuität bedeuten. Alternativen zur stationären Aufnahme sollten in jedem Fall von Wiedererkrankung geprüft werden.

Stationäre Behandlung ist dann indiziert, wenn der Patient der besonderen diagnostischen und therapeutischen Mittel oder des Schutzes des Krankenhauses wegen Selbst- oder Fremdgefährdung bedarf. Dies kann z.B. der Fall sein bei Therapieresistenz, manifester Suizidgefahr, ausgeprägten Wahn- oder Angstzuständen, nicht gewährleisteteter Ernährung und Pflege, ausgeprägter Antriebshemmung oder Adynamie, die Remission behindernden familiären Konflikten, die Behandlung komplizierenden Begleiterkrankungen oder sonstigen nicht ambulant zu versorgenden Problemen.

(99) Good Clinical Practice

Bei Erfordernis stationärer Behandlung sollten wenn möglich kurze, geplante Aufenthalte angestrebt werden.

■ Kriseninterventionsteams im Gemeindeumfeld

(100) Empfehlungsgrad A.

Psychiatrische Notdienste, sozialpsychiatrische Dienste, Netzwerke niedergelassener Fachärzte und/oder Ambulanzen von Kliniken sollten die Funktion von gut erreichbaren und möglichst mobilen Kriseninterventionsteams in definierten Versorgungsregionen übernehmen, um den Bedürfnissen von Menschen mit schizophrener Psychose an ihrem Wohnort zu entsprechen und stationäre Aufnahmen wenn möglich zu vermeiden.

■ Soteria und Therapie ohne Antipsychotika bei Ersterkrankung

(101) Empfehlungsstärke B.

Es existiert eine Subgruppe von Patienten, die nach einer ersten psychotischen Episode ohne Antipsychotika remittieren. Eine klare Identifikation dieser Patienten ist derzeit nicht möglich. Eine generelle Empfehlung zur Therapie ohne Antipsychotika kann daher nicht gegeben werden. Eine Übernahme von Soteria-Elementen in die Routineversorgung zur Stärkung der psychosozialen Behandlung, Verbesserung der Behandlungsatmosphäre und Gemeindeorientierung sollte erwogen werden. Dies gilt insbesondere für die empathische und einfühlsame Haltung der Mitarbeiter gegenüber den Patienten.

6.6 Rehabilitation- und Arbeitsförderungsstrukturen

■ Hauptfürsorgestellen zur Arbeitsreintegration

(102) Good Clinical Practice.

Bei Menschen, die noch im Erwerbsleben stehen, sollte noch während der stationären Behandlung der psychosoziale Fachdienst der Hauptfürsorgestellen eingeschaltet werden, um den bestehenden Arbeitsplatz auf dem ersten Arbeitsmarkt zu erhalten.

■ Beschäftigungsförderung

(103) Empfehlungsstärke A.

Zur beruflichen Rehabilitation bei schizophrenen Menschen, die arbeiten möchten, sollten Programme mit einer raschen Beschäftigungsförderung direkt auf einem Arbeitsplatz und unterstützendem Training genutzt und ausgebaut werden.

■ Wohnen

(104) Empfehlungsstärke C.

Für Erkrankte, die nicht selbständig leben können, sollten für sie akzeptable Wohnformen gefunden werden.

■ Rehabilitationsprogramme

(105) Empfehlungsstärke C.

Menschen mit schizophrener Psychose sollten nach der Akutphase in Rehabilitationsprogramme eingeschlossen werden, wenn sie dies wünschen und dies für ihre Rehabilitation notwendig erscheint.

■ Selbsthilfegruppen

(106) Empfehlungsstärke C.

Selbsthilfegruppen können im Aufspüren der eigenen Frühwarnzeichen durch Erfahrungsaustausch und im Aufbau eines individuellen Krisennetzes eine bedeutende Rolle spielen. Im Rahmen der Behandlung sollten Betroffene zum Besuch von Selbsthilfegruppen ermutigt werden.

7 Behandlung unter besonderen Bedingungen

7.1 | Behandlung in der initialen Prodromalphase

In den weitaus meisten Fällen gehen der psychotischen Erstmanifestation uncharakteristische Störungen von Antrieb und Emotionalität, von Denk- und Sprechweisen, von Wahrnehmung und Propriozeption sowie Anzeichen erhöhter Anspannung und herabgesetzter Belastbarkeit voraus. Solche subjektiven, häufig subklinischen Beeinträchtigungen des Denkens, Wahrnehmens und Empfindens können retrospektiv als Vorläufersymptome (initiale Prodrome) bei über 70% der schizophrenen Ersterkrankten beobachtet werden.

■ Therapieelemente der Frühintervention

(107) Good Clinical Practice.

Der vollentwickelten schizophrenen Psychose gehen in ca. 75% der Fälle eine präpsychotische Prodromalphase im Mittel von mehrjähriger Dauer und nachfolgend eine mehr oder weniger rasche Entwicklung psychotischer Symptome von einem Jahr mittlerer Dauer als psychotische Frühphase voraus. Deswegen sollten die während der Frühphase bereits in Behandlung kommenden Kranken

- eine durchgehende Betreuung und fortlaufende Verlaufsbeobachtung erfahren
- bei relevanter krankheitswertiger Symptomatik in der präpsychotischen Prodromalphase das Angebot einer kognitiven Verhaltenstherapie und soziotherapeutischer Hilfen bekommen, um die Krankheitssymptome zu mildern, das Risiko für eine Verschlimmerung des Krankheitsprozesses und des Auftretens einer Psychose sowie die frühen sozialen Folgen zu reduzieren
- eine Behandlung mit antipsychotischer Medikation bei Auftreten psychotischer Symptome und mit einer antidepressiven Medikation bei ausgeprägter depressiver Verstimmung (möglichst ohne erhebliche adrenerge Wirkkomponente) angeboten bekommen.

■ Diagnostik/Therapie komorbider Störungen

(108) Empfehlungsgrad C.

Bei Kranken, die in der Prodromalphase oder in der ersten psychotischen Episode in Behandlung kommen, ist ein sorgfältiges Screening auf den Konsum psychoaktiver Substanzen (Missbrauch oder Abhängigkeit), insbesondere auf noradrenerge und dopaminerg wirkame Drogen (Amphetamine, Cannabis, Kokain) so-

wie die Beachtung depressiver Verstimmungen und einer eventuellen Komorbidität mit körperlichen Erkrankungen erforderlich.

■ Vorgehen bei der Frühintervention

(109) Good Clinical Practice.

Kranke, die in der präpsychotischen Prodromalphase oder in der beginnenden psychotischen Episode zur Behandlung kommen, sollten

- über die Erkrankung mit vertretbarem therapeutischem Optimismus und psychologischer Unterstützung bei der Verarbeitung dieses Wissens informiert werden
- nicht mit der vorzeitigen Diagnose einer Schizophrenie belastet und stigmatisiert werden, zumal sie in der Prodromalphase nicht mit ausreichender Wahrscheinlichkeit gestellt werden kann. Es sollte z. B. von einem erhöhten „Risiko einer weiteren Verschlechterung der seelischen Gesundheit“ gesprochen werden.
- Angehörige sollten in den Informationsprozess mit einbezogen werden.

Pharmakotherapie

■ Therapie mit Antipsychotika

(110) Empfehlungsgrad C.

Der Einsatz von Antipsychotika in der Prodromalphase ist noch Gegenstand der Forschung und sollte nur bei Vorliegen von zumindest abgeschwächten (attenuierten) oder kurzdauernden psychotischen Symptomen unter Berücksichtigung der Gesamtsituation durchgeführt werden.

■ Auswahl und Dosis des Antipsychotikums

(111) Empfehlungsgrad C.

Eine pharmakotherapeutische Intervention in der Frühphase der psychotischen Episode sollte aufgrund des besseren Risiko-Nutzen-Verhältnisses mit einem nach Wirkprofil geeigneten atypischen Antipsychotikum in niedriger Dosis durchgeführt werden.

■ Therapie mit anderen Psychopharmaka

(112) Empfehlungsgrad C.

Bei entsprechender Indikation – erhebliche depressive Verstimmung oder innere Unruhe und krankhafte Angst in der präpsychotischen Prodromalphase – sollte nach den üblichen Richtlinien eine **antidepressive oder anxiolytische Pharmakotherapie** erfolgen.

Psychotherapeutische Intervention

■ Elemente in der Psychotherapie

(113) Empfehlungsgrad C.

Zur psychotherapeutischen Interventionen im Frühverlauf, d.h. in der präpsychotischen Prodromalphase und im Frühstadium der ersten psychotischen Episode sollten entweder eine kognitive Verhaltenstherapie oder eine psychoedukative Intervention unter Einschluss einer individuellen Lösung aktueller Konfliktsituationen, supportiver Gespräche und dem Angebot einer Einbeziehung der Angehörigen (bei Zustimmung des Patienten) zur Anwendung kommen.

Verhaltenstherapeutische Elemente im Gruppensetting und ein Training kognitiver Fertigkeiten können diese Therapieelemente ergänzen.

Hilfesysteme, soziotherapeutische und ergotherapeutische Interventionen

■ Sozio- und Ergotherapie

(114) Empfehlungsgrad C.

Sozio- und ergotherapeutische Interventionen zur Verringerung oder Vermeidung sozialer Folgen sollten dem Patienten in der präpsychotischen Phase oder mit beginnender psychotischer Störung ergänzend angeboten werden.

7.2 Therapie bei Erregungszuständen

Die Einschätzung von Aggressivität und Gewalttätigkeit gehört zu den Kernkompetenzen psychiatrischer Tätigkeit. Vergleichbar gute Gewaltprädiktoren sind die kriminologische Anamnese, jüngeres Alter, eine hohe Anzahl an Voraufenthalten in psychiatrischen Kliniken ein komorbider Substanzmissbrauch und eine antisoziale Persönlichkeitsstörung.

Für die stationäre Behandlung sind klinische Faktoren von größerer Bedeutung. Hier erwies sich eine ausgeprägte Positivsymptomatik als bester Gewaltprädiktor, insbesondere Denkstörungen und Feindseligkeit. Eine große Bedeutung haben in der stationären Therapie auch die Atmosphäre der Einrichtung, die Personalausstattung und -qualifikation und organisatorische Abläufe.

■ Vorgehen bei gewalttätigem Verhalten

(115) Good Clinical Practice.

Die Reaktion auf gewalttätiges Verhalten sollte zunächst in der Strukturierung der Umgebung, einer Reizabschirmung und verbaler Beruhigung bei sicherem Auftreten der Therapeuten bestehen. Ziel der Behandlung sollte eine Beruhigung des Patienten sein, durch die eine Partizipation am weiteren Behandlungsprozess weitestgehend ermöglicht wird.

Maßnahmen wie Isolierung oder Fixierung sollten lediglich nach Scheitern aller anderen Deeskalationsversuche angewendet werden. Die rasche medikamentöse Sedierung zur Verhaltenskontrolle kann notwendig sein, sollte jedoch unter Wahrung aller rechtlicher Vorgaben und enger Überwachung nur bei entsprechender Indikation oder erst dann erfolgen, wenn andere Maßnahmen nicht erfolgreich waren.

■ Medikation bei Fremdaggressivität

(116) Good Clinical Practice.

Eine orale Gabe von Medikamenten bei Erregungszuständen ist, wenn möglich, einer parenteralen Gabe vorzuziehen. Die geringste wirksame Dosis sollte verabreicht und, falls notwendig, schrittweise höher dosiert werden.

Wenn eine rasche medikamentöse sedierende Therapie angewendet wird, sollte der Arzt und das beteiligte Personal über die Risiken der Medikamente, insbesondere bei schneller Benzodiazepin- und Antipsychotikagabe, Bescheid wissen und Reanimationstechniken beherrschen. Insbesondere ist die Gefahr des Bewusstseinsverlustes, der Übersedierung, eines ungünstigen Einflusses auf die therapeutische Beziehung und die Kumulation psychotroper Wirkungen durch Kombination mit anderen Medikamenten zu berücksichtigen. Außerdem sollten Notfallinstrumente und -medikamente unter Einschluss des Benzodiazepinantagonisten Flumazenil vor Ort verfügbar sein.

Alle Berufsgruppen, die an der Behandlung agitierter Menschen mit Schizophrenie beteiligt sind, sollten in therapeutischen Beruhigungs- und Deeskalationstechniken geschult sein, die Drogen- und Alkoholvorgeschichte und somatische Erkrankungen und Störungen in der Akuttherapie berücksichtigen und regelmäßig in Reanimationstechniken unterwiesen werden.

■ Medikamentöse Therapie bei psychomotorischer Erregung

(117) Empfehlungsstärke B.

Bei vergleichbarer Wirksamkeit von Lorazepam und konventionellen Antipsychotika in der Akutbehandlung von Aggression und psychomotorischer Erregung sollte bei Patienten, für die eine Entscheidung für eine definitive medikamentöse oder nicht-medikamentöse Strategie oder für die Art der antipsychotischen Behandlung noch nicht gefallen ist, aufgrund des günstigeren Nebenwirkungsprofils zunächst eine Behandlung mit Lorazepam erfolgen.

(118) Empfehlungsstärke C.

Die Gabe von Diazepam oder von anderen langwirksamen Benzodiazepinen oder von niederpotenten konventionellen Antipsychotika ohne Vorliegen besonderer Gründe gegen Benzodiazepine wird zur Behandlung von Erregungszuständen aufgrund des ungünstigen Nebenwirkungsspektrums nicht empfohlen.

(119) Empfehlungsstärke A.

Bei Patienten, deren aggressives Verhalten eindeutig auf psychotische Symptome zurückzuführen ist, ist eine Kombinationsbehandlung von Lorazepam mit einem Antipsychotikum zu empfehlen.

■ Fixierung und Isolierung

(120) Empfehlungsstärke C.

Maßnahmen wie Fixierung und Isolierung sollten nur im Notfall ausnahmsweise ergriffen werden, sind zu dokumentieren und dem Betroffenen zu erklären. Der Betroffene sollte in jedem Fall die Möglichkeit zur Äußerung seiner Meinung und Diskussion seiner Erfahrungen haben.

7.3 | Suizidalität

■ Einschätzung und Vorgehen bei Selbstgefährdung

Risikofaktoren, die sich als starke Prädiktoren suizidalen Verhaltens bei schizophrenen Patienten erwiesen haben, und die in der Einschätzung der Suizidalität berücksichtigt werden sollten, sind:

1. Depressive Symptome
2. Vorherige Suizidversuche
3. Schwere der Erkrankung, insbesondere Halluzinationen und Denkstörung
4. Panikattacken und Angstsymptomatik
5. Inadäquate antipsychotische Medikation
6. Geringe Compliance
7. Wiederholte kurze Krankenhausaufenthalte
8. Hohe prämorbid Intelligenz und größere Einsicht in die Natur der Erkrankung und ihre Konsequenzen
9. Substanzmissbrauch
10. Vorhandensein medikamenteninduzierter Akathisie
11. Frühe Erkrankungsstadien
12. Belastende Lebensereignisse
13. Geringe soziale Unterstützung

(121) Good Clinical Practice.

Während der Akutphase, jedoch auch in der Stabilisierungs- und Erhaltungsphase der Schizophrenie-Behandlung sollte eine kontinuierliche Einschätzung suizidaler Gedanken, Pläne und suizidalen Verhaltens erfolgen. Insbesondere imperative Stimmen, Verfolgungsgängste, Fremdbeeinflussungserleben, depressive Symptome und Angstzustände sollten dahingehend überprüft werden, ob sie Auswirkungen auf Suizidgedanken oder selbstschädigendes Verhalten haben. Auch die Vermeidung von Akathisie und anderen belastenden medikamentösen Nebenwirkungen und die Reduktion von Substanzmissbrauch sind anzustreben.

■ Unterbringung und Betreuung

(122) Good Clinical Practice.

Bei fehlender Krankheitseinsicht und Selbst- oder Fremdgefährdung, die anderweitig nicht abgewendet werden kann, muss gegebenenfalls von dem Instrument der Zwangseinweisung mit Hilfe länderspezifischer Unterbringungsgesetze (PsychKG oder UBG) oder von der Einrichtung einer Betreuung Gebrauch gemacht werden.

■ Aufklärung

(123) Empfehlungsstärke C.

Bei der Durchführung psychoedukativer Maßnahmen und in der Patientenaufklärung ist darauf zu achten, dass durch die Einsicht in den chronischen Verlauf der Erkrankung keine Verstärkung der Suizidalität durch Stigmatisierung und ein Gefühl der Aussichtslosigkeit auftritt. Die Betroffenen sollten mit den behandelnden Therapeuten Ängste in Bezug auf die Diagnose besprechen können.

■ Clozapin

(124) Empfehlungsstärke A.

Bei stark und kontnuierlich erhöhtem Suizidrisiko wird eine Therapie mit Clozapin zur Reduzierung der Suizidalität empfohlen. Bei erheblicher depressiver Symptomatik ist eine ergänzende Behandlung mit Antidepressiva sinnvoll.

7.4 | Psychiatrische Komorbidität

7.4.1 Depression und Angstsymptomatik

(125) Good Clinical Practice.

Menschen mit Schizophrenie sollten regelmäßig mittels Selbst- und Fremdbeurteilungsskalen auf depressive Symptome befragt und untersucht werden.

Die Diagnose einer schizoaffektiven Störung nach ICD-10 sollte nur dann erfolgen, wenn die Symptome einer Schizophrenie und einer Depression zur gleichen Zeit begonnen haben und eine vergleichbare Ausprägung haben. Falls schizophrene Symptome eindeutig vor den affektiven Symptomen präsent waren, ist die Diagnose einer Schizophrenie zu stellen. Bei Vorliegen synthymen Wahnsymptome oder Halluzinationen während einer Depression sollte keine schizoaffektive Störung diagnostiziert werden.

■ Vorgehen bei depressiver Symptomatik

(126) Good Clinical Practice.

Bei Vorliegen depressiver Symptome sollte zunächst sichergestellt sein, dass eine antipsychotische Behandlung in ausreichender Dosis erreicht wurde und medika-

mentöse Nebenwirkungen erfasst und berücksichtigt wurden. Bei Vorliegen von belastenden Nebenwirkungen sollten diese zunächst behandelt oder auf ein atypisches Antipsychotikum umgestellt werden.

■ Antidepressive Therapie

(127) Empfehlungsgrad A.

Bei persistierenden depressiven Symptomen trotz Optimierung der antipsychotischen Therapie sollte eine zusätzliche medikamentöse antidepressive Therapie begonnen und über mindestens 9 Wochen fortgeführt werden. Bei der Auswahl der Antidepressiva sollte das erhöhte psychotische Exazerbationsrisiko bei Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmern und die begrenzte Datenlage zu SSRIs berücksichtigt werden.

■ Phasenprophylaktika bei depressiver Symptomatik

(128) Empfehlungsgrad B.

Lithium, Carbamazepin oder Valproinsäure können zur Standardtherapie depressiver oder psychotischer Symptomatik bei der Schizophrenie nicht empfohlen werden. Eine Therapie mit Lithium, Carbamazepin oder Valproinsäure kann jedoch bei unzureichender Wirksamkeit adäquater antipsychotischer Therapie und gleichzeitig vorliegender Therapieresistenz der depressiven Symptomatik auf Antidepressiva als Alternative zu Antidepressiva erwogen werden.

7.4.2 Substanzmissbrauch und Substanzabhängigkeit

■ Allgemeines

In verschiedenen Untersuchungen zeigte sich bei Menschen mit Schizophrenie eine hohe Lebenszeitprävalenz von ca. 15–69% für das gemeinsame Vorkommen von schizophrener Erkrankung und Substanzmissbrauch. Der ätiologische Zusammenhang zwischen beiden Störungen ist allerdings bislang nicht abschließend geklärt. Neben Alkohol stellt zumeist Cannabis die am häufigsten konsumierte Substanz bei schizophrenen Patienten dar. Ein multipler Substanzgebrauch ist die Regel.

■ Exploration von Drogenkonsum

(129) Good Clinical Practice.

Bei schizophrener Erkrankung sollte gezielt nach Drogenkonsum gefragt und dieser ausführlich exploriert werden. Bei klinischem Verdacht auf das Vorliegen eines zusätzlichen Substanzgebrauches sollte, wenn möglich, eine toxikologische Untersuchung erfolgen.

■ Integratives Behandlungskonzept

(130) Good Clinical Practice.

Bei Patienten mit schizophrener Psychose und komorbider Substanzstörung sollte ein *integrativer Therapieansatz* gewählt werden, bei dem in einem Setting und durch das selbe Therapeutenteam angemessene Interventionen für beide Störungen angeboten werden. Wichtig ist eine konstante Betreuungsperson, die ambulant langfristig verfügbar ist und eine niederschwellige Zugangsmöglichkeit zum Versorgungssystem darstellt.

■ Therapie von Intoxikationen

(131) Empfehlungsgrad C.

Die Behandlung von Intoxikationen bei Patienten mit Schizophrenie und komorbidem Substanzkonsum unterscheidet sich nicht von der Therapie von intoxizierten Patienten ohne schizophrene Erkrankung. Allerdings sind Wechselwirkungen mit einer eventuell vorbestehenden antipsychotischen Medikation zu berücksichtigen.

■ Therapie von Entzugssymptomen

(132) Empfehlungsgrad C.

Die Behandlung von Entzugssymptomen sollte in erster Linie mit Benzodiazepinen erfolgen, da sie relativ geringe pharmakologische Wechselwirkungen mit anderen Psychopharmaka aufweisen, eine günstige Steuerbarkeit und auch Antagonisierbarkeit durch z. B. Flumazenil zeigen sowie eine Schutzwirkung vor entzugsbedingten Krampfanfällen und der Entwicklung eines Delirs bieten.

■ Auswahl und Dosierung des Antipsychotikums

(133) Empfehlungsgrad C.

Bei Patienten mit komorbidem Substanzkonsum sollten Antipsychotika mit hoher antisychotischer Potenz und eher niedriger anticholinergere Begleitwirkung eingesetzt werden, da sich ansonsten anticholinerge Drogenwirkungen verstärken können. Die Dosierung ist ähnlich wie bei schizophrenen Patienten ohne begleitende Substanzstörung zu wählen.

■ Antidepressive Therapie

(134) Empfehlungsgrad B.

Bei schizophrenen Erkrankten mit komorbidem Substanzgebrauch sollte bei andauerndem depressivem Syndrom nach der Detoxifikation eine antidepressive Pharmakotherapie z. B. mit trizyklischen Antidepressiva (TZA) wie Imipramin und Desipramin in einer Dosierung von 150–200 mg/d erfolgen, da hierdurch neben der Verbesserung der depressiven Symptome auch eine Reduktion des Substanzkonsums erfolgen kann.

■ Einsatz von Anticholinergika

(135) Empfehlungsgrad C.

Bei erhöhter Rate von Dyskinesien bei schizophrenen Patienten mit komorbidem Substanzgebrauch ist eine begleitende frühzeitig einsetzende Antiparkinson-Medikation mit z.B. Biperiden zu erwägen.

■ Einsatz von Depotmedikation

(136) Empfehlungsgrad C.

Bei Patienten mit Doppeldiagnose ist vor dem Hintergrund einer reduzierten Compliance der Einsatz einer Depotmedikation mit z.B. Flupentixoldecanoat sinnvoll. Darüberhinaus kann dies auch zur Reduktion des Verlangens (Craving) und des Substanzgebrauches insbesondere bei komorbider Alkoholabhängigkeit beitragen.

■ Einsatz von atypischen Antipsychotika

(137) Empfehlungsgrad C.

Aufgrund zumindest gleichwertiger Wirksamkeit der atypischen Antipsychotika auf Positiv-Symptome und deutlichen Hinweisen auf überlegene Wirkung auf Negativ- sowie kognitive Symptome bei schizophrenen Patienten ohne komorbiden Substanzkonsum, sollten bei Vorliegen komorbider Substanzstörung Atypika bevorzugt werden. Es gibt ebenfalls Hinweise für eine bessere Wirksamkeit oraler Atypika (Clozapin, Olanzapin, Risperidon) gegenüber konventionellen oralen Antipsychotika bei Komorbidität mit Substanzstörungen hinsichtlich einiger psychopathologischer Symptome und in Bezug auf eine Reduktion des Verlangens nach Drogen und des tatsächlichen Drogenkonsums.

■ Einsatz von Anti-Craving-Substanzen

(138) Empfehlungsgrad C.

Zur Reduktion des Verlangens nach der Einnahme der Substanz (Craving) können bei schizophren Erkrankten mit komorbider Kokainabhängigkeit oder -missbrauch trizyklische Antidepressiva (TZA) wie z.B. Desipramin oder Imipramin zusätzlich zur neuroleptischen Erhaltungstherapie eingesetzt werden. Für die zusätzliche Gabe von Acamprosat bei komorbider Alkoholabhängigkeit liegen keine Erfahrungen vor. Disulfiram kann wegen seiner potentiell psychose-induzierenden Eigenschaft bei dieser Patientengruppe nicht generell empfohlen werden.

■ Behandlungselemente Psychotherapie

(139) Good Clinical Practice.

Bei der Wahl der therapeutischen Ziele (Schadensbegrenzung, Drogen-Konsumreduktion und Abstinenz) sollte der aktuelle motivationale und gesundheitliche Zustand des Patienten berücksichtigt und die Interventionen darauf ausgerichtet werden. Behandlungselemente zu folgenden Punkten sollten enthalten sein:

- Erhöhung der Therapiemotivation
- Verbesserung der Compliance
- Dauerhafte Einbindung der Patienten und ihrer Bezugspersonen in das Therapieprogramm

■ **Behandlungselemente der integrativen Therapieprogramme**

(140) Good Clinical Practice.

Die integrativen Therapieprogramme sollten folgende verschiedene Behandlungselemente enthalten:

- Motivationsfördernde Strategien (z. B. motivationals Interview)
- Psychoedukative Elemente
- Kognitive Verhaltenstherapie
- Familienintervention
- Sonstige Therapieinterventionen

■ **Bestandteile des Therapieprogramms: Motivationale Interview, Psychoedukation, kognitive Verhaltenstherapie, Familienintervention**

(141) Empfehlungsgrad B.

Psychotherapeutische Maßnahmen sollten im Rahmen eines integrativen, multimodalen Ansatzes durchgeführt werden und Techniken des motivationalen Interviews enthalten. Weitere Bestandteile sollten die Vermittlung von störungsrelevantem Wissen unter Einbeziehung der Angehörigen, der selbstverantwortlichen Umgang mit der Erkrankung und die Krisenbewältigung im Sinne psychoeduktiver Maßnahmen sein. Kognitive Verhaltenstherapie sollte ebenfalls mit ein zentraler Bestandteil bei der Behandlung sein. Ergänzend können Familieninterventionen eingesetzt werden.

Für die Wirksamkeit eines solchen Programms im Sinne der Reduktion des Drogenkonsums, der Verbesserung der schizophrenen Symptomatik, der Behandlungcompliance, der sozialen Funktion und der Lebensqualität gegenüber der Routinebehandlung liegt ausreichende Evidenz vor.

Der Zugang sollte niederschwellig und die Therapie langfristig angelegt sein.

■ **Aufsuchende gemeindenaher Behandlung**

(142) Empfehlungsgrad B.

Im Lebensumfeld der Patienten sollte eine aufsuchende gemeindenaher Behandlung (Assertive Community Treatment) implementiert werden, da diese sowohl hinsichtlich der sozialen Situation und der Lebensqualität als auch einer Verbesserung der Psychopathologie und einer Reduktion des Substanzkonsums Vorteile gegenüber der Standardbehandlung verspricht.

■ Wohnmöglichkeit, Rehabilitation

(143) Empfehlungsgrad C.

Rehabilitation und Wohnsituation sollten in ein integriertes Therapieangebot eingebettet sein, wobei bei Doppeldiagnose ähnliche Grundsätze gelten sollten wie bei schizophrenen Patienten ohne Substanzstörung.

7.5 | Somatische Komorbidität

■ Berücksichtigung somatischer Erkrankungen

(144) Good Clinical Practice.

Bei der Behandlung der Schizophrenie sollte eine besondere Sensibilität für somatische Erkrankungen vorhanden sein, eine adäquate Diagnostik somatischer Erkrankungen erfolgen und Überweisungen in somatische Fachabteilungen und Konsile nicht aufgrund psychischer Symptome verzögert werden. Für die medikamentöse Therapie somatischer Erkrankungen bei der Schizophrenie sind eine gute Kenntnis der Nebenwirkungen und Interaktionen der eingesetzten Medikamente wichtig.

■ Diabetes-Screening

(145) Empfehlungsgrad C.

Bei der Therapiekontrolle im Rahmen der Behandlung der Schizophrenie, vor allem bei Therapie mit einem atypischen Antipsychotikum, sollte in regelmäßigen Abständen von maximal 1 Jahr, insbesondere jedoch während des ersten halben Jahres der Behandlung, bei allen Patienten ein Diabetes-Screening durchgeführt werden.

■ Diabetes-Screening bei Therapie mit Clozapin und Olanzapin

(146) Empfehlungsgrad C.

Bei Behandlung mit Clozapin oder Olanzapin ist ein regelmäßiges Diabetes-Screening obligat.

■ Vorgehen bei Diabetes

(147) Empfehlungsgrad C.

Bei Vorliegen eines Diabetes mellitus sollte eine Stufentherapie nach aktuellen evidenzbasierten Diabetes-Leitlinien erfolgen. Außerdem sollte bei Antipsychotika-induziertem Diabetes eine Umstellung der antipsychotischen Therapie oder eine Dosisreduktion erwogen werden.

■ Vorgehen bei Übergewicht

(148) Empfehlungsgrad C.

Bei übergewichtigen Patienten sollte zu Therapiebeginn und im weiteren Verlauf eine Ernährungsberatung und -therapie mit dem Ziel einer hypokalorischen Kost und einer Anleitung zu vermehrter körperlicher Bewegung durchgeführt werden.

■ Antipsychotika bei kardialen Erkrankungen

(149) Empfehlungsgrad C.

Bei kardial erkrankten Menschen sollten nur Psychopharmaka gegeben werden, die keine wesentlichen kardialen Nebenwirkungen wie eine relevante QT-Verlängerung aufweisen (z.B. Thioridazin, Ziprasidon u.a.), und solche, welche den Blutdruck nicht relevant senken.

Antidepressiva, welche die QT-Zeit verlängern, sind vor allem trizyklische Substanzen.

■ Antipsychotische Therapie bei somatischen Erkrankungen

(150) Empfehlungsgrad C.

Bei Auftreten einer behandlungsbedürftigen somatischen Erkrankung sollte, sofern keine Verschlechterung durch Nebenwirkungen psychotroper Medikamente zu erwarten sind, die psychopharmakologische Behandlung ohne Unterbrechung fortgesetzt werden.

■ Dosisreduktion bei Leberzirrhose

(151) Empfehlungsgrad C.

Bei Patienten mit nachgewiesener Leberzirrhose sollte geprüft werden, ob die Dosierung der Antidepressiva und der Antipsychotika aufgrund der höheren Arzneimittelspiegel reduziert (ggf. halbiert) und bei Bedarf vorsichtig aufdosiert werden kann.

7.6 | Schwangerschaft und Stillzeit

■ Beratung von Frauen mit Schizophrenie

(152) Good Clinical Practice.

Für Frauen mit chronischer Schizophrenie, die sich im reproduktiven Alter befinden, sollten Familienplanungs- und -beratungsmaßnahmen, Aufklärung über HIV-Übertragungswege und Informationen über die Früherkennung von Schwangerschaften angeboten und gegebenenfalls vom behandelnden Psychiater in die Wege geleitet werden.

■ Risikofaktoren in der Schwangerschaft

(153) Good Clinical Practice.

Bei schwangeren Frauen mit Schizophrenie sollte eine aktive Beratung mit dem Ziel der Reduktion oder Vermeidung von Rauchen, Alkoholgenuss oder Drogenkonsum erfolgen. Die Stabilität der Familie und des sozialen Netzes sollte eingeschätzt und gegebenenfalls Unterstützungssysteme mobilisiert werden.

■ Psychotrope Medikation in der Schwangerschaft

(154) Empfehlungsgrad C.

Die Behandlung mit psychotropen Medikamenten in der Schwangerschaft sollte auf Situationen beschränkt sein, bei denen die Folgen der medikamentös unbehandelten Erkrankung die möglichen Gefahren der kindlichen Medikamenten-Exposition überwiegen. Hierbei sollten die Schwere der Symptome, der bisherige Krankheitsverlauf und das soziale Netz berücksichtigt werden.

■ Dosierung in der Schwangerschaft

(155) Empfehlungsgrad C.

In der Schwangerschaft sollte generell die niedrigst mögliche Dosis von Antipsychotika, unter der eine psychische Stabilität erreichbar ist, verwendet werden.

■ Absetzen der Medikation in der Schwangerschaft

(156) Empfehlungsgrad B.

Ein abruptes Absetzen antipsychotischer Medikation bei Vorliegen einer Schwangerschaft sollte aufgrund der erhöhten Rezidivgefahr vermieden werden. Bei der Entscheidung für ein Absetzen der antipsychotischen Therapie sollte schrittweise und kontrolliert reduziert werden.

■ Phenothiazine in der Schwangerschaft

(157) Empfehlungsgrad C.

Während der Schwangerschaft, insbesondere jedoch während des ersten Trimesters, sollten keine Phenothiazine gegeben werden.

■ Gewichtszunahme und Diabetes bei Antipsychotika

(158) Empfehlungsgrad C.

Aufgrund der erhöhten Gefahr von Gewichtszunahme und Diabetes und des erhöhten Anfalls- und Agranulozytose-Risikos bei Clozapin sollte, wenn möglich, eine Clozapintherapie in der Schwangerschaft vermieden werden.

■ Stillen bei Therapie mit Antipsychotika

(159) Empfehlungsgrad C.

Aufgrund unzureichender Evidenz für eine Unbedenklichkeit kann Müttern, die Antipsychotika erhalten, nicht empfohlen werden, ihr Kind zu stillen.

7.7 | Geschlechtsspezifische Aspekte

■ Veränderung klinischer Symptome bei Frauen mit Schizophrenie

(160) Empfehlungsgrad B/C.

Menstruationszyklus, Schwangerschaft, Postpartalperiode und Menopause führen zu hormonellen Umstellungen, die mit einer Veränderung der klinischen Symptomatik bei Frauen mit Schizophrenie einhergehen und eine Veränderung der Medikation und der Dosis erfordern können. Während dieser Zeit sollte die Entwicklung der klinischen Symptome besonders beobachtet werden. In der prä- und perimenstruellen Phase kann eine temporäre Erhöhung der Medikation, in der Mitte des Zyklus eine Dosiserniedrigung erforderlich sein.

■ Adjuvante Östrogentherapie

(161) Empfehlungsgrad C.

Eine adjuvante Östrogentherapie bei postmenopausalen Frauen mit Schizophrenie sollte erwogen werden, wenn sie auch medizinisch indiziert ist, da hierdurch klinische Symptome gebessert werden, die Antipsychotika-Dosis erniedrigt und das Risiko für Spätdyskinesien vermindert werden kann.

■ Brustkrebs-Screening

(162) Empfehlungsgrad C.

Bei Frauen mit Schizophrenie sollte ein regelmäßiges Screening auf Brustkrebs erfolgen.

■ Erfassung medikamentöser Nebenwirkungen

(163) Empfehlungsgrad C.

Außerdem sollte eine regelmäßige Erfassung und Behandlung insbesondere folgender medikamentöser Nebenwirkungen stattfinden: Hyperprolaktinämie, Galaktorrhoe, andere Zyklusstörungen, sexuelle Dysfunktion, Libidoverlust, Dyslipidämie und Störungen des Glucose-Stoffwechsels.

■ Empfängnisverhütung

(164) Empfehlungsgrad C.

Frauen mit Schizophrenie sollten regelmäßig über Methoden der Empfängnisverhütung informiert werden.

■ Missbrauch

(165) Empfehlungsgrad C.

Frauen mit Schizophrenie sind einem erhöhten Risiko von sexuellem und anderem Missbrauch ausgesetzt. Bei Hinweisen auf Missbrauch sollte eine adäquate Behandlung angeboten werden.

7.8 | Höheres Lebensalter

■ Pharmakotherapie im Alter

(166) Empfehlungsgrad C.

Bei alten Menschen mit Schizophrenie sollte die Zahl der eingesetzten Pharmaka so weit als möglich beschränkt werden.

■ Nutzen-Risiko-Bewertung im Alter

(167) Empfehlungsgrad C.

Bei Schizophrenie im höheren Alter ist für jedes einzelne neu zu verordnende Medikament die Indikation und die mögliche Nutzen-Risiko-Bewertung kritisch zu hinterfragen.

■ Niedrigere Erhaltungsdosis im Alter

(168) Empfehlungsgrad C.

Da die Erhaltungsdosis psychotroper Medikamente im Alter häufig zu hoch ist, sollte bei Antidepressiva, Antipsychotika, Benzodiazepinen und Phasenprophylaktika in der Regel eine im Vergleich zur Standarddosis deutlich niedrigere Erhaltungsdosis – häufig die Hälfte der Standarddosis – zur Anwendung kommen.

■ Einfache Behandlungsschemata im Alter

(169) Good Clinical Practice.

Im Interesse einer guten Compliance sollten im Alter die Behandlungsschemata möglichst einfach und verständlich gestaltet werden.

8 Kosten-Effektivität der Behandlung

■ Gesundheitsökonomische Evidenz zu Atypika

(170) Good Clinical Practice.

Aufgrund der vorliegenden gesundheitsökonomischen Evidenz können keine validen Schlussfolgerungen zur Therapie mit Atypika gegeben werden. Während ältere Studien deutliche Einsparpotenziale durch eine Therapie mit Atypika im Vergleich zu typischen Antipsychotika insbesondere über eine Reduktion der stationären Wiedereinweisungsrate zeigen konnten, wurde dies in etlichen neueren Studien nicht mehr repliziert. Weitere Studien zur vergleichenden Kosten-Effektivität der Behandlung mit Atypika in Deutschland und Europa sind notwendig.