

# Schizophrenie

Leitlinien der DGPPN

## - Kurzfassung -

### • 1. Grundlagen

- Punktprävalenz 1,4 - 4,6 ‰ weltweit, Lebenszeitprävalenz ca. 1 %, Jahresinzidenz 0,1 - 0,2 ‰.
- Erstmanifestation: Charakteristische prämorbid Störungen im Bereich Kognition, Affekt und soziale Kompetenz. Männer 3 - 4 Jahre früher als Frauen betroffen.
- Verlauf: ICD-10 unterscheidet an Verläufen: kontinuierlich, episodisch mit zunehmenden Residuum, episodisch mit stabilem Residuum, episodisch remittierend, unvollständige sowie vollständige Remission. Daumenregel: 1/3 leben relativ ungestört, 1/3 zeigen deutliche Symptome, bleiben aber sozial integriert, 1/3 haben einen chronisch-progredienten Verlauf. Im Schnitt zeigen zwischen 15 - 20 % der Betroffenen eine vollständige Remission.
- Prognose: Günstig bei ca. 50 % der Betroffenen; weibliches Geschlecht, stabile Partnerschaft, akute Erstmanifestation, gute prämorbid soziale Anpassung sind günstige verlaufsspezifische Merkmale.
- Ätiopathogenese: Vulnerabilitäts-Streß-Modell.

### • 2. Diagnostik nach ICD-10

Erforderlich für die Diagnose Schizophrenie sind 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 eines Entzugs soll keine Schizophrenie diagnostiziert werden.

1. Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung oder Gedankenentzug, Gedankenausbreitung.
2. Kontrollwahn, Beeinflussungswahn, Gefühl des Gemachten bzgl. Körperbewegungen, Gedanken, Tätigkeiten oder Empfindungen; Wahnwahrnehmungen.
3. Kommentierende oder dialogische Stimmen.
4. Anhaltender, kulturell unangemessener und völlig unrealistischer Wahn.
5. Anhaltende Halluzination jeder Sinnesmodalität.
6. Gedankenabreißen oder Einschreibungen in den Gedankenfluß.
7. Katatone Symptome wie Erregung, Halterungsstereotypien, Negativismus oder Stupor.
8. "Negative" Symptome wie auffällige Apathie, Sprachverarmung, verflachte oder inadäquate Affekte.

### • 3. Differentialdiagnostik

(vgl. [Algorithmus 1](#))

1. Differentialdiagnose zu nicht-organischen psychotischen Störungen: Schizotype Störung, anhaltend wahnhaftige Störung, vorübergehende akute psychotische Störung und schizoaffektive Störungen (vgl. ICD-10).
2. Differentialdiagnose zu organischen psychotischen Störungen (vgl. [Algorithmus 2](#)).
  - 2.1 Primäre Erkrankungen des ZNS, z.B. Epilepsien, zerebrale Traumata oder Tumoren, Infektionen des ZNS, zerebrovaskuläre Erkrankungen, degenerative Erkrankungen
  - 2.2 Sekundäre Erkrankungen des ZNS, z.B. Metabolische und Autoimmunerkrankungen, Hypothyreoidismus, Vitamin-B-12-Mangel, drogen- und pharmakainduzierte Psychosen.

#### **4. Zusatzuntersuchungen**

(vgl. [Algorithmus 2](#))

##### **Ersterkrankung**

###### **Obligat:**

- Komplette körperliche und neurologische Untersuchung
- Differentialblutbild
- C-reaktives Protein (CRP)
- Leberwerte
- Nierenwerte
- TSH.

###### **Fakultativ**

- Luesserologie (bei entsprechendem Verdacht)
- HIV-Test (bei entsprechendem Verdacht)
- Drogenscreening (bei entsprechendem Verdacht)
- Liquor cerebrospinalis (vor allem bei diagnostisch unklaren Bildern)
- CT (empfehlenswert bei allen Ersterkrankungen, vor allem bei diagnostisch unklaren Bildern)
- MR (bei pathologischem CT-Befund oder zum Nachweis einer Pathologie, die nur mit MRT möglich ist, z. B. Darstellung von Strukturen im Hirnstamm)
- EEG (zur Differentialdiagnose, z. B. einer epileptischen Psychose, bei Risikopersonen zu Beginn und zur Verlaufskontrolle einer Pharmakotherapie)
- EKG (bei Risikopersonen)
- Röntgen-Thorax (bei entsprechender Indikation, d. h. bei Verdacht auf Lungenerkrankungen)
- Neuropsychologische Testung nach Remission (zur Verifizierung kognitiver Defizite sowie zur Verlaufsbeurteilung von kognitiven Trainingsprogrammen, vor und nach EKT).

##### **Wiedererkrankung**

###### **Obligat:**

- Komplette körperliche und neurologische Untersuchung
- Differentialblutbild
- CRP
- Leberwerte
- Nierenwerte
- Kontrolle pathologischer Vorbefunde in anderen Untersuchungen.

### **Fakultativ**

- Medikamentenplasmaspiegel (z. B bei fehlenden Therapieansprechen)
- Neuropsychologische Testung nach Remission (zur Verifizierung kognitiver Defizite sowie zur Verlaufsbeurteilung von kognitiven Trainingsprogrammen, vor und nach EKT).

## **5. Allgemeine Therapieprinzipien**

- Behandlungsziele: weitgehende Freiheit von Symptomatik und Fähigkeit zur selbstbestimmten Lebensführung
- Spezielle Probleme: zeitweilig eingeschränkte Krankheitseinsicht, Noncompliance, Fremd- oder Eigengefährdung
- Phasenspezifische Behandlung (Akutbehandlung, Rückfallprophylaxe und Rehabilitationsmaßnahmen)
- Gesamtbehandlungsplan
- Vernetzung der Behandlungsinstitutionen
- Therapeutische Kontinuität.

## **6. Krankheitsphasen und Behandlungsziele**

### **In der Akutphase (Wochen bis Monate)**

- Etablierung einer therapeutischen Beziehung
- Aufklärung über Krankheits- und Behandlungskonzepte
- Einbeziehung von Angehörigen
- Verhütung von Selbst- oder Fremdgefährdung
- Remission oder Suppression von Positivsymptomatik
- Vorbereitung der postakuten Stabilisierungsphase (ggf. Einleitung von rehabilitativen Maßnahmen)

### **In der postakuten Stabilisierungsphase (ca. 3 bis 6 Monate)**

- Festigung der therapeutischen Beziehung
- Remissionsstabilisierung
- Behebung kognitiver und sozialer Defizite
- Wahnkorrektur und Förderung von Krankheitseinsicht
- Intensivierte Aufklärung über Krankheits- und Behandlungskonzepte
- Verständniserarbeitung des Sinnes und der individuellen Bedeutung der Erkrankung
- Verstärkte Einbeziehung der Angehörigen in Aufklärung und Behandlung
- Sicherung der Behandlungcompliance
- Früherkennung drohender Rückfälle
- Entwicklung individueller Copingstrategien
- Harmonisierung von familiären Konflikten
- Stabilisierung und Erweiterung sozialer Kontakte
- Vorbereitung rehabilitativer Maßnahmen i.e.S.
- Behandlung der Negativsymptomatik.

### **In der Remissionsphase (Monate bis Jahre)**

- Aufrechterhaltung der therapeutischen Bezeichnung
- Symptomsuppression
- Rezidivprophylaxe, -früherkennung, -frühintervention
- Soziale (Re-)Integration
- Suizidprophylaxe

- Sicherung von Therapieerfolgen
- Verbesserung der Lebensqualität

## 7. Krankheitsphase und Behandlungsinstitutionen

### Akute Episode

- Stationäre Einrichtungen
- Tageskliniken
- Ambulanzen / Polikliniken
- Praxen niedergelassener Psychiater und Nervenärzte.

### Stabilisierungsphase

- Stationäre Einrichtungen
- Tageskliniken
- Ambulanzen / Polikliniken
- Praxen niedergelassener Psychiater und Nervenärzte.

### Remissionsphase

- Praxen niedergelassener Psychiater und Nervenärzte
- Ambulanzen / Polikliniken
- Allgemeinarztpraxen
- Übergangswohnheime, beschützende Wohngruppen, Rehabilitationseinrichtungen

## 8a. Pharmakotherapie - Antipsychotika allgemein

(vgl. [Algorithmus 3](#))

- Antipsychotisch wirksame Substanzen, d. h. typische und atypische Antipsychotika, sind Psychopharmaka der ersten Wahl bei allen Formen und in allen Verlaufsphasen der Schizophrenie.
- **Relative Kontraindikationen (substanzspezifisch):** akute Intoxikation durch zentral wirksame Substanzen, Engwinkelglaukom, Pylorusstenose, Prostatahypertrophie, kardiale Vorschädigung, Leber- und Nierenvorschädigung, Leukopenie, prolaktinabhängige Tumoren, schwere Hypotonie, hirnorganische Erkrankungen, Epilepsie, Schädigung des extrapyramidal-motorischen Systems, anamnestisch malignes neuroleptisches Syndrom, Schwangerschaft.
- **Unerwünschte Begleitwirkungen (substanzspezifisch):** extrapyramidalmotorische Nebenwirkungen (EPS: Frühdyskinesien, Parkinsonoid, Akathisie, Spätdyskinesien), Erlebens- und Verhaltensstörungen, neurologische Nebenwirkungen, vegetative und kardiovaskuläre Störungen, Leberfunktionsstörungen, Blutbildveränderungen, Stoffwechselstörungen, endokrine und sexuelle Störungen, Hautstörungen, Augenstörungen, mutagene bzw. teratogene Wirkungen.
- **Applikation und Dosierung:** Monotherapie zu bevorzugen, Applikation primär oral, Dosierung grundsätzlich so niedrig wie möglich. Nach Symptomremission kann die Dosis schrittweise reduziert und auf eine niedrige Erhaltungsdosis eingestellt werden.

Anmerkung:

- **Depot-Antipsychotika** sind von einer Reihe typischer Antipsychotika zur intramuskulären Injektion mit Intervallen zwischen 1 und 4 Wochen verfügbar. Indikation in der Langzeitbehandlung vor allem bei Patienten mit Non-Compliance und ernster Fremd- oder Eigengefährdung bei vorangegangenen Exazerbationen.

## 8b. Pharmakologische Akutbehandlung - Substanzwahl

Allgemeine Kriterien	Überwiegen positiver Symptome	Überwiegen negativer Symptome	Akute Re-Exazerbation
<ul style="list-style-type: none"> <li>· Frühere Response</li> <li>· Nebenwirkungen</li> <li>· Profil</li> <li>· Präferenzen</li> <li>· Applikationsformen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Hochpotente / mittelpotente typische oder atypische Antipsychotika</li> <li>· Adjuvante Medikation: Bei starker Unruhe Benzodiazepine oder mittel- / niedrigpotente Antipsychotika</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Atypische Antipsychotika. Clozapin nur bei Unverträglichkeit / Nonresponse anderer Antipsychotika</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Hochpotente / mittelpotente oder neue Antipsychotika, wobei der Substanz der Vorzug gegeben werden sollte, unter der früher beste Response erreicht wurde.</li> </ul>

## 8c. Vorgehen bei Non-Response

	Therapeutisches Vorgehen
Erst	Bei ausreichender Dosierung (evtl. Plasmaspiegelkontrolle)

e Stufe	und gesicherter Compliance nach 4 Wochen umsetzen auf Clozapin für 4 - 6 Wochen
Zweite Stufe	Bei ausreichender Dosierung und gesicherter Compliance für 4 - 6 Wochen Umsetzen von Clozapin auf ein anderes atypisches Antipsychotikum
Dritte Stufe	Bei persistierender Symptomatik alternative Behandlungsstrategien je nach Zielsyndrom einsetzen, z. B. Augmentierung mit Lithium oder EKT

### 8d. Antipsychotische Langzeitbehandlung

Indikationsstellung	Therapeutisches Vorgehen
Wahl des Neuroleptikums	·Wahl des Antipsychotikums, der Dosis und der Applikationsform unter Berücksichtigung von Vorerfahrungen, so daß ein möglichst günstiges Wirkungs- und Nebenwirkungsprofil mit hoher Compliance erreicht wird
Dauer der Erhaltungstherapie	· Mindestens 12 - 24 Monate nach einer Erstmanifestation, die unter Therapie eine gute Remission gezeigt hat (sonst länger) · Nach zwei oder mehr Rezidiven, mindestens 4 - 5jährige Behandlung (ggf. lebenslang)
Dosierung	· Kontinuierliche Dosierung empfohlen, drug holidays oder intermittierendes Vorgehen werden generell nicht empfohlen, außer wenn der Patient eine kontinuierliche Weiterbehandlung ablehnt. Dosisreduktionen zur optimalen Dosisfindung sollten schrittweise in 2 - 4wöchigen Intervallen über einen Zeitraum von 3 - 6 Monaten durchgeführt werden

### 8e. Pharmakotherapie - Kombinationen

Kombinationen mit Antipsychotika sind unter Beachtung ggf. kritischer Interaktionen möglich und richten sich nach dem jeweiligen Zielsyndrom. Bei Positivsymptomatik zusätzlich Lithium, versuchsweise auch Benzodiazepine, Carbamazepin oder Propanolol; bei erregt-gespannter oder ängstlich-aggressiver Symptomatik zusätzlich sedierende Antipsychotika, Benzodiazepine, Carbamazepin, Lithium oder versuchsweise Propanolol; bei überwiegender Negativsymptomatik nach einem Behandlungsversuch mit Clozapin oder einem der neuen atypischen Antipsychotika; Anticholinergika (ggf. L-Dopa) im Fall konfundierender Parkinsonsymptomatik; bei affektiver Begleitsymptomatik Lithium, eventuell Carbamazepin oder Antidepressiva.

## 9. Andere symptomatische Behandlungsverfahren

### Elektrokrampftherapie:

- Indikation: pernizöse, lebensbedrohliche Form der katatonen Schizophrenie, ggf. bei Therapieresistenz vor allem mit affektiver Begleitsymptomatik.

## **10. Psychosoziale Behandlung und Rehabilitation**

<http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/psygn02.htm>