

# Praxiswissen Akutpsychiatrie: Zusatzmaterial

## Modul 4: F2 – Schizophrenie-Spektrum

Prof. Dr. Matthias Jäger

Dr. Gianfranco Zuaboni

Jan Curschellas

# S3

## LEITLINIE

Schizophrenie

# S3-Leitlinie Schizophrenie

Kurzfassung | Fassung vom 15.10.2025  
Version 4.0

---

## **Federführende/Herausgebende Fachgesellschaft:**

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie,  
Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN)

---

AWMF-Register Nr. 038 - 099

Verfügbar unter: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-009> und  
<https://app.magicapp.org/#/guideline/jlYvkl>

# Inhaltsverzeichnis

<b>Herausgeber und beteiligte Fachgesellschaften</b>	<b>9</b>
Leitlinienreport	10
DGPPN-Steuerungsgruppe	10
Projektleitung und Steuerung	10
Projektorganisation und –koordination	10
Begleitung und Unterstützung durch die AWMF	11
Expertengruppe	11
Erreichbarkeit des Leitlinienbüros und Rückmeldungen	11
<b>Allgemeine Grundlagen (Modul 1)</b>	<b>12</b>
<b>Klassifikation, Diagnostik und Differentialdiagnostik (Modul 2)</b>	<b>12</b>
<b>Allgemein</b>	<b>12</b>
Konsentierete Empfehlung – Empfehlung 1	12
<b>Diagnostische Unterformen</b>	<b>12</b>
Konsentierete Empfehlung – Empfehlung 2	12
<b>Differentialdiagnostische Abgrenzung zu organischen psychotischen Störungen</b>	<b>13</b>
Konsentierete Empfehlung – Empfehlung 3	13
<b>Komorbide somatische Erkrankungen</b>	<b>13</b>
Konsentierete Empfehlung – Statement 1	13
Konsentierete Empfehlung – Empfehlung 4	13
Konsentierete Empfehlung – Empfehlung 5	14
Konsentierete Empfehlung – Empfehlung 6	14
<b>Zusatzdiagnostik</b>	<b>14</b>
Konsentierete Empfehlung – Empfehlung 7	14
Konsentierete Empfehlung – Empfehlung 8	14
Konsentierete Empfehlung – Empfehlung 9	15
<b>Allgemeine Therapie (Modul 3)</b>	<b>15</b>
Konsentierete Empfehlung – Empfehlung 10	15
Konsentierete Empfehlung – Empfehlung 11	15
Konsentierete Empfehlung – Empfehlung 12	16
Konsentierete Empfehlung – Empfehlung 13	16
<b>Spezifische Therapieverfahren (Modul 4)</b>	<b>16</b>
<b>Pharmakotherapie und andere somatische Behandlungsverfahren (Modul 4a)</b>	<b>16</b>
<b>Allgemeine Prinzipien der Pharmakotherapie</b>	<b>16</b>
Konsentierete Empfehlung – Empfehlung 14	16
Konsentierete Empfehlung – Empfehlung 15	16
Konsentierete Empfehlung – Empfehlung 16	17
Konsentierete Empfehlung – Empfehlung 17	17
<b>Applikationsformen</b>	<b>17</b>
Konsentierete Empfehlung – Empfehlung 18	17
<b>Therapeutisches Drug Monitoring (TDM)</b>	<b>17</b>
Konsentierete Empfehlung – Empfehlung 19	17
Starke Empfehlung – Empfehlung 20	18
<b>Dosierung, Bestimmung der möglichst niedrigen Dosis, Behandlungsfrequenz und Absetzen</b>	<b>18</b>
Starke Empfehlung – Empfehlung 21	18
Starke Empfehlung – Empfehlung 22	18
Konsentierete Empfehlung – Empfehlung 23	18
Konsentierete Empfehlung – Empfehlung 24	18

Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 25	19
Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 26	19
<b>Response, Remission und Zeitpunkt der Umstellung der antipsychotischen Medikation im Falle von Non-Response</b>	<b>19</b>
Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 27	19
Starke Empfehlung – Empfehlung 28a	19
Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 28b	19
Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 29	20
<b>Strategien zur Umstellung von Antipsychotika</b>	<b>20</b>
Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 30	20
<b>Antipsychotika zur Behandlung psychotischer Symptome in der Akutphase - Ersterkrankung und Rezidiv</b>	<b>20</b>
Schwache Empfehlung – Empfehlung 31	20
Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 32	20
Starke Empfehlung – Empfehlung 33	20
Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 34	21
<b>Antipsychotika zur Prophylaxe weiterer psychotischer Episoden (Rezidivprophylaxe)</b>	<b>21</b>
Starke Empfehlung – Empfehlung 35a	21
Starke Empfehlung – Empfehlung 35b	21
Starke Empfehlung – Empfehlung 36a	21
Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 36b	21
<b>Dauer der antipsychotischen Behandlung</b>	<b>21</b>
Konsentierter Empfehlung – Statement 2	21
Konsentierter Empfehlung – Statement 3	22
<b>Depot-Antipsychotika</b>	<b>22</b>
Schwache Empfehlung – Empfehlung 37	22
Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 38	22
<b>Pharmakologische Behandlung der Negativsymptomatik</b>	<b>22</b>
Schwache Empfehlung – Empfehlung 39a	22
Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 39b	23
Schwache Empfehlung – Empfehlung 40	23
<b>Pharmakologische Behandlungsresistenz</b>	<b>23</b>
Starke Empfehlung – Empfehlung 41	23
Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 42	23
Starke Empfehlung gegen – Empfehlung 43	23
<b>Augmentations- und Kombinationsbehandlung</b>	<b>23</b>
Starke Empfehlung – Empfehlung 44a	23
Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 44b	23
Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 44c	24
Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 44d	24
Starke Empfehlung gegen – Empfehlung 45	24
<b>Nicht-invasive Stimulationsverfahren (EKT, rTMS)</b>	<b>24</b>
Schwache Empfehlung – Empfehlung 47	24
Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 48	24
<b>Andere psychotrope Medikamente</b>	<b>25</b>
Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 49a	25
Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 49b	25
<b>Darstellung der Nebenwirkungen einer antipsychotischen Behandlung</b>	<b>25</b>
Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 50	25
<b>Diagnostik und Behandlung von Nebenwirkungen</b>	<b>25</b>
Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 51	25
Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 52	25

Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 53	25
Starke Empfehlung – Empfehlung 54	26
<b>Kontrolluntersuchungen</b>	<b>26</b>
Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 55	26
<b><i>Psychotherapeutische und psychosoziale Interventionen (Modul 4b)</i></b>	<b>26</b>
<b>Allgemeine Aspekte</b>	<b>26</b>
Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 56	26
<b>Psychoedukation</b>	<b>26</b>
Starke Empfehlung – Empfehlung 57a	26
Schwache Empfehlung – Empfehlung 57b	27
<b>Kognitive Verhaltenstherapie</b>	<b>27</b>
Starke Empfehlung – Empfehlung 58	27
Starke Empfehlung – Empfehlung 59	27
Schwache Empfehlung – Empfehlung 60	27
Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 61	27
Schwache Empfehlung – Empfehlung 62	27
<b>Digitale oder technikgestützte Interventionen</b>	<b>27</b>
Schwache Empfehlung – Empfehlung 63	27
<b>Trainingsbasierte Interventionen aus dem Spektrum der KVT/Metakognitives Training</b>	<b>28</b>
Starke Empfehlung – Empfehlung 64	28
<b>Familieninterventionen und Zusammenarbeit mit den Angehörigen und anderen Vertrauenspersonen</b>	<b>28</b>
Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 65	28
Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 66	28
Schwache Empfehlung – Empfehlung 67	28
Starke Empfehlung – Empfehlung 68	29
Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 69	29
Starke Empfehlung – Empfehlung 70	29
<b>Training sozialer Fertigkeiten</b>	<b>29</b>
Starke Empfehlung – Empfehlung 71a	29
Schwache Empfehlung – Empfehlung 71b	29
<b>Kognitive Remediation</b>	<b>29</b>
Starke Empfehlung – Empfehlung 72	29
Starke Empfehlung – Empfehlung 73	29
<b>Psychodynamische oder psychoanalytische Therapie</b>	<b>30</b>
Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 74 (0)	30
<b>Gesprächspsychotherapie und Supportive Psychotherapie</b>	<b>30</b>
Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 75 (0)	30
<b>Ergotherapie</b>	<b>30</b>
Schwache Empfehlung – Empfehlung 76	30
<b>Achtsamkeitsbasierte Verfahren</b>	<b>30</b>
Starke Empfehlung – Empfehlung 77	30
<b>Künstlerische Therapien</b>	<b>31</b>
Schwache Empfehlung – Empfehlung 78	31
<b>Acceptance and Commitment Therapy (ACT)</b>	<b>31</b>
Konsentierter Empfehlung	31
<b>Körper- und Bewegungstherapie</b>	<b>31</b>
Starke Empfehlung – Empfehlung 80	31
<b><i>Behandlung unter besonderen Bedingungen (Modul 4c)</i></b>	<b>31</b>

<b>Komorbiditäten allgemein</b>	<b>31</b>
Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 81	31
<b>Therapie bei posttraumatischer Belastungsstörung</b>	<b>31</b>
Schwache Empfehlung – Empfehlung 82	31
<b>Therapie bei Unruhe, Erregungszuständen und in Notfallsituationen</b>	<b>32</b>
Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 83	32
Starke Empfehlung – Empfehlung 84a	32
Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 84b	32
Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 85	32
Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 86	32
Schwache Empfehlung – Empfehlung 87	33
Schwache Empfehlung – Empfehlung 88	33
<b>Schlafstörungen</b>	<b>33</b>
Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 89	33
Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 90	33
Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 91 (0)	33
Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 92	34
<b>Katatonie (prädominant katatone Symptome)</b>	<b>34</b>
Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 93 (0)	34
Starke Empfehlung – Empfehlung 94	34
<b>Suizidalität</b>	<b>34</b>
Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 95	34
Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 96	34
Schwache Empfehlung – Empfehlung 97	35
<b>Depression - Erhebung, Psychotherapie, Pharmakotherapie</b>	<b>35</b>
Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 98	35
Starke Empfehlung – Empfehlung 99	35
Schwache Empfehlung – Empfehlung 100	35
Starke Empfehlung – Empfehlung 101	35
Schwache Empfehlung gegen – Empfehlung 102	35
<b>Zwangsstörung</b>	<b>36</b>
Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 103	36
<b>Substanzmissbrauch und Substanzabhängigkeit (Substanzstörung) allgemein</b>	<b>36</b>
Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 104	36
Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 105	36
<b>Therapie einer komorbiden Tabakabhängigkeit</b>	<b>37</b>
Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 106	37
<b>Schwangerschaft und Stillzeit</b>	<b>37</b>
Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 107	37
Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 108	37
Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 109	37
<b>Geschlechtsspezifische Aspekte</b>	<b>37</b>
Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 110	37
<b>Kindes- und Jugendalter</b>	<b>38</b>
<b>Antipsychotische Behandlung im Kindes- und Jugendalter - Allgemeine Therapieprinzipien, Präparate und Kontrolluntersuchungen</b>	<b>38</b>
Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 111	38
Starke Empfehlung – Empfehlung 112a	38
Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 112b	38
Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 113	38
Starke Empfehlung – Empfehlung 114	39

<b>Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter</b>	<b>39</b>
Starke Empfehlung – Empfehlung 115	39
Starke Empfehlung – Empfehlung 116	39
<b>Schulische und berufliche Qualifikation</b>	<b>39</b>
Konsentierete Empfehlung – Empfehlung 117	39
<b>Elektrokonvulsionsbehandlung bei perniziöser Katatonie im Kindes- und Jugendalter</b>	<b>40</b>
Konsentierete Empfehlung – Empfehlung 118	40
<b>Behandlung im höheren Lebensalter - Allgemeine Aspekte, Antipsychotika, Psychotherapie, Kontrolluntersuchungen</b>	<b>40</b>
Konsentierete Empfehlung – Empfehlung 119	40
Schwache Empfehlung – Empfehlung 120	40
Starke Empfehlung – Empfehlung 121	41
Konsentierete Empfehlung – Empfehlung 122	41
Konsentierete Empfehlung – Empfehlung 123	41
<b>Besonderheiten in der Therapie der Ersterkrankung einer Schizophrenie</b>	<b>41</b>
Starke Empfehlung – Empfehlung 124	41
<b>Diagnostik und Therapie bei Menschen mit erhöhtem Psychoserisiko</b>	<b>42</b>
Konsentierete Empfehlung – Empfehlung 125	42
Konsentierete Empfehlung – Empfehlung 126	42
Konsentierete Empfehlung – Empfehlung 127	42
Schwache Empfehlung – Empfehlung 128a	42
Starke Empfehlung gegen – Empfehlung 128b	43
Konsentierete Empfehlung – Empfehlung 128c	43
<b>Rehabilitation (Modul 4d)</b>	<b>43</b>
<b>Rehabilitation allgemein</b>	<b>43</b>
Konsentierete Empfehlung – Empfehlung 129	43
Konsentierete Empfehlung – Empfehlung 130	43
<b>Medizinische Rehabilitation</b>	<b>43</b>
Schwache Empfehlung – Empfehlung 131	43
<b>Soziale Rehabilitation</b>	<b>44</b>
Schwache Empfehlung – Empfehlung 132	44
<b>Berufliche Rehabilitaion</b>	<b>44</b>
Starke Empfehlung – Empfehlung 133	44
Schwache Empfehlung – Empfehlung 134	44
Konsentierete Empfehlung – Empfehlung 135	44
Konsentierete Empfehlung – Empfehlung 136	44
<b>Versorgungskoordination (Modul 5)</b>	<b>44</b>
<b>Versorgungskoordination allgemein</b>	<b>44</b>
Konsentierete Empfehlung – Empfehlung 137	44
Konsentierete Empfehlung – Empfehlung 138	45
<b>Facharztzentrierte ambulante Behandlung und Überweisungskriterien zum Facharzt (Personen ≥ 18 Jahre)</b>	<b>45</b>
Konsentierete Empfehlung – Empfehlung 139	45
<b>Multiprofessionelle gemeindepsychiatrische Teams, Case Management, aufsuchende, teambasierte gemeindepsychiatrische Behandlung</b>	<b>45</b>
Schwache Empfehlung – Empfehlung 140	45
Schwache Empfehlung – Empfehlung 141	45
Starke Empfehlung – Empfehlung 142	45
Starke Empfehlung – Empfehlung 143	46
<b>Tageskliniken, Nachtkliniken und Psychiatrische Institutsambulanzen</b>	<b>46</b>

Schwache Empfehlung – Empfehlung 144	46
Konsentierete Empfehlung – Empfehlung 145	46
Konsentierete Empfehlung – Empfehlung 146	46
<b>Stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung</b>	<b>46</b>
Konsentierete Empfehlung – Empfehlung 147	46
Konsentierete Empfehlung – Empfehlung 148	46
Konsentierete Empfehlung – Empfehlung 149	47
<b>Behandlung in einem Früherkennungs- und Therapiezentrum</b>	<b>47</b>
Konsentierete Empfehlung – Empfehlung 150	47
<b>Milieutherapeutisch orientierte Versorgungsstrukturen und Soteria</b>	<b>47</b>
Konsentierete Empfehlung – Empfehlung 151 (0)	47
<b>Peer-to-Peer Ansätze</b>	<b>48</b>
Schwache Empfehlung – Empfehlung 152a	48
Konsentierete Empfehlung Empfehlung 152b	48
<b>Betriebsnahe Versorgungsnetze für Menschen mit Schizophrenie</b>	<b>48</b>
Konsentierete Empfehlung Empfehlung 153	48
<b><i>Qualitätsmanagement (Modul 7)</i></b>	<b>48</b>
<b>Qualitätsindikatoren</b>	<b>48</b>
Konsentierete Empfehlung – Statement 4	48
<b>Qualitätssicherung</b>	<b>48</b>
Konsentierete Empfehlung – Empfehlung 154	48

## Herausgeber und beteiligte Fachgesellschaften

Die vorliegende, vollständig aktualisierte S3-Leitlinie Schizophrenie (living) wurde von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) federführend initiiert und koordiniert und wird in Zusammenarbeit mit den beteiligten Organisationen unter Moderation der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) herausgegeben.

Die nachfolgend genannten Verbände und Organisationen waren aktiv am Konsensusprozess beteiligt:

AGNP	Arbeitsgemeinschaft für Neuropsychopharmakologie und Pharmakotherapie e.V.
BAG KJPP	Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V.
BAG KT	Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien e.V.
BApK	Bundesverband der Angehörigen Psychisch Kranker e.V.
BAPP	Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege e.V.
BAR	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
BASTA	Bündnis für psychisch erkrankte Menschen
BdB	Bundesverband der Berufsbetreuer/innen e.V.
BDK	Bundesdirektorenkonferenz
BDP	Berufsverband deutscher Psychologinnen u. Psychologen e.V.
BED	Bundesverband für Ergotherapeut:innen in Deutschland e.V.
BFLK	Bundesfachverband Leitender Krankenpflegepersonen in der Psychiatrie
BKJPP	Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V.
BPE	Bundesverband Psychiatrie-Erfahrene
BPtK	Bundespsychotherapeutenkammer
BVDN	Berufsverband deutscher Nervenärzte
BVDP	Berufsverband deutscher Psychiater e.V.
bvvp	Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e.V.
DÄVT	Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie
DDPP	Dachverband Deutschsprachiger Psychosen Psychotherapie e.V.
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V.
DFPP	Deutsche Fachgesellschaft für Psychiatrische Pflege
DGBP	Deutsche Gesellschaft für Biologische Psychiatrie e.V.
DGGPP	Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V.
DGHP	Deutschen Gesellschaft für Hirnstimulation in der Psychiatrie e.V.
DGKJP	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V.
DGPs	Deutsche Gesellschaft für Psychologie e.V.

DGPE	Deutsche Gesellschaft für Psychoedukation e.V.
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
DGPT	Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e.V.
DGS	Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention
DGSF	Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie und Familientherapie e.V.
DGSP	Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V.
DGVT	Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V.
DPtV	Deutsche Psychotherapeutenvereinigung e.V.
DVE	Deutscher Verband Ergotherapie e.V.
DVGP	Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V.
DVSG	Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V.
GNP	Deutsche Gesellschaft für Neuropsychologie e.V.
LIPPs	Verein der Lehrstuhlinhaber für Psychiatrie und Psychotherapie e.V.
SG	Systemische Gesellschaft

### **Leitlinienreport**

Die vollständige Methodik der Leitlinienaktualisierung kann dem zeitgleich publizierten Leitlinienreport entnommen werden. Dieser ist auf der Homepage der Leitlinie bei der AWMF einsehbar.

### **DGPPN-Steuerungsgruppe**

Die DGPPN-Steuerungsgruppe übernahm die Leitung, Koordination und Organisation des gesamten Leitlinienprozesses, einschließlich der Vorbereitung von Sitzungen und schriftlichen Abstimmungen, methodischen Vorbereitungen, Durchführung der Evidenzrecherchen, Bewertung der Literatur, Erstellung von Evidenztabelle sowie das Überarbeiten und Verfassen der Leitlinientexte.

### **Projektleitung und Steuerung**

- Prof. Dr. Alkomiet Hasan, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik der Universität Augsburg/BKH Augsburg (federführend)
- Prof. Dr. Stefan Leucht, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, TUM Klinikum Rechts der Isar
- Prof. Dr. Wolfgang Gaebel, LVR-Klinikum Düsseldorf – Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
- Prof. Dr. Peter Falkai, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Klinikum der Universität München

### **Projektorganisation und –koordination**

Dr. Theresa Halms, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik der Universität Augsburg/BKH Augsburg

## **Begleitung und Unterstützung durch die AWMF**

Die Leitlinienentwicklung und der Revisionsprozess wurden durch die AWMF (besonders durch Frau Prof. Dr. Ina Kopp) in allen Phasen unterstützt. Die Moderation aller Konsensuskonferenzen sowie die methodische Beratung und Begleitung während des gesamten Leitlinienaktualisierungsprozesses erfolgte durch Frau Prof. Dr. Ina Kopp, Leiterin des AWMF-Instituts für Medizinisches Wissensmanagement (AWMF-IMWi).

## **Expertengruppe**

- Prof. Dr. Tania Lincoln, Klinische Psychologie und Psychotherapie, Institut für Psychologie, Universität Hamburg
- Prof. Dr. Andreas Bechdorf, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Vivantes Klinikum Am Urban, Berlin
- Prof. Dr. Martin Lambert, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universität Hamburg, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
- Prof. Dr. Stefanie J. Schmidt, Klinische Psychologie des Kindes- und Jugendalters, Abteilung für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Universität Bern
- Prof. Dr. Christoph Correll, Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Charité – Universitätsmedizin Berlin
- Prof. Dr. Thomas Wobrock, Zentrum für Seelische Gesundheit, Kreiskliniken Darmstadt-Dieburg

## **Erreichbarkeit des Leitlinienbüros und Rückmeldungen**

Das Leitlinienbüro ist unter folgender eMail erreichbar: [S3-Leitlinie@bkh-augsburg.de](mailto:S3-Leitlinie@bkh-augsburg.de). Bitte schicken Sie Hinweis auf fehlerhafte Darstellungen oder neue Evidenz mit einer kurzen Erläuterung und ggf. entsprechenden Publikationen als PDF jederzeit an das Leitlinienbüro.

## **Erste Living Konsensuskonferenz zur Aktualisierung 2026**

24.04.2026: 09:00 – 16:30 (virtuell)

## **Hinweis zur Kurzfassung**

Evidenz, Literatur und Hintergründe finden Sie in der Langversion dieser Leitlinie. Die Kurzfassung enthält nur die Empfehlungen der Leitlinie mit Empfehlungsstärke und Abstimmungsergebnissen. Da Modul 1 der Langversion keine Empfehlungen enthält, beginnt die Kurzversion bei Modul 2.

## Allgemeine Grundlagen (Modul 1)

Dieses Modul beinhaltet keine Empfehlungen (siehe Langversion für den ausführlichen Hintergrundtext)

## Klassifikation, Diagnostik und Differentialdiagnostik (Modul 2)

### Allgemein

#### Konsenterte Empfehlung – Empfehlung 1

Die Diagnose Schizophrenie soll anhand operationalisierter Kriterien gestellt werden. International anerkannte diagnostische Definitionen liegen operationalisiert in zwei Diagnosemanualen vor (DSM-5 und ICD- 10). In Deutschland ist in der medizinischen Versorgung die ICD-10 verbindlich. Die ICD-11 ist weiterhin nicht als offizielle deutsche Übersetzung verfügbar und wird daher auch nicht für die Kodierung verwendet. Die aktuell vorgeschlagenen Kriterien nach ICD-11 finden sich im Hintergrundtext.

Die Leitsymptome nach ICD-10 für Schizophrenie sind:

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

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 während eines Entzuges soll keine Schizophrenie diagnostiziert werden.

*100% (starker) Konsens*

### Diagnostische Unterformen

#### Konsenterte Empfehlung – Empfehlung 2

Im Rahmen der Anamneseerhebung, während der Erstdiagnostik und im Verlauf der Erkrankung sollen folgende Aspekte berücksichtigt werden:

- Strukturierter psychopathologischer Befund
- Biographische und soziale Anamnese
- Substanzmittelanamnese
- Somatische Anamnese
- Familienanamnese
- Vorerfahrung in der Behandlung

- Präferenzen und Wünsche der betroffenen Person in Bezug auf die möglichen diagnostischen und therapeutischen Optionen
- Wunsch/Möglichkeit der Einbeziehung von Angehörigen und anderer Vertrauenspersonen

*100% (starker) Konsens*

## **Differentialdiagnostische Abgrenzung zu organischen psychotischen Störungen**

### **Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 3**

Eine organische Differentialdiagnostik soll bei jeder neu aufgetretenen psychotischen Symptomatik angeboten werden. Folgende Faktoren können klinische Hinweise für eine organische Genese der psychotischen Symptomatik geben:

- Früher und akuter Beginn
- Fokalneurologische Symptome, Bewusstseinsstörung, Orientierungsstörung, Krampfanfälle
- Ausgeprägte kognitive Defizite\*, subakute (innerhalb von 3 Monaten) Merkfähigkeitsstörungen als führendes Symptom, die nicht mit den für die Schizophrenie bekannten Symptomen vereinbar sind.
- Verwirrtheit
- Optische Halluzinationen
- Psychomotorische Symptome (inkl. Katatonie)
- Fluktuierender Verlauf der Erkrankung
- Frühe Therapieresistenz
- Fluktuierende Psychopathologie
- Komorbide Entwicklungsverzögerung/-störung
- Fieber, Exsikkose

*100% (starker) Konsens*

## **Komorbide somatische Erkrankungen**

### **Konsentierter Empfehlung – Statement 1**

Menschen mit einer Schizophrenie haben ein statistisch signifikant erhöhtes Risiko für metabolische und kardiovaskuläre Erkrankungen, für Krebserkrankungen, für Lungenerkrankungen, sowie für andere somatische Komorbiditäten.

*100% (starker) Konsens*

### **Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 4**

Unabhängig von der Krankheitsphase soll Menschen mit einer Schizophrenie neben einer leitliniengerechten pharmakotherapeutischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Behandlung auch eine regelmäßige Überwachung der somatischen Gesundheit zur Reduktion der hohen Mortalität angeboten werden.

*100% (starker) Konsens*

### **Konsentigte Empfehlung – Empfehlung 5**

Klinische Symptome, welche auf die typischen somatischen Komorbiditäten bei Menschen mit einer Schizophrenie hinweisen, sollen durch die Behandler aktiv abgefragt und bei Verdachtsmomenten untersucht und eingeordnet werden. Möglichen Ursachen soll in der Behandlung Rechnung getragen werden.

*100% (starker) Konsens*

### **Konsentigte Empfehlung – Empfehlung 6**

Menschen mit einer Schizophrenie, die hohen Blutdruck, abnorme Lipidwerte, Adipositas, einen Diabetes oder ein Risiko für einen Diabetes haben, Tabak konsumieren (siehe Modul 4c) oder wenig körperlich aktiv sind, soll eine Behandlung entsprechend geltender Empfehlungen (siehe Modul 4a, 4b) angeboten werden.

*100% (starker) Konsens*

## **Zusatzdiagnostik**

### **Konsentigte Empfehlung – Empfehlung 7**

Im Behandlungsverlauf soll aktiv erfragt werden, ob die im Rahmen der Diagnostik der Ersterkrankung empfohlenen Untersuchungen durchgeführt worden sind, und, falls nicht erfolgt, die Durchführung dieser Untersuchungen angeboten werden.

*100% (starker) Konsens*

### **Konsentigte Empfehlung – Empfehlung 8**

Bei einer Erstmanifestation der Schizophrenie sollen folgende Untersuchungen angeboten werden:

Obligat

- Eine komplette körperliche und neurologische Untersuchung (inkl. Gewicht und Körpergröße, Temperatur, Blutdruck/ Puls)
- Blutuntersuchungen
- Differentialblutbild
- Nüchternblutzucker und ggf. HbA1c
- GPT, Gamma-GT, Kreatinin/eGFR
- Natrium, Kalium, Calcium
- BSG/CRP
- Schilddrüsenparameter (initial TSH)
- Drogenscreening im Urin
- Strukturelle Bildgebung des Gehirns mit kranialem MRT (mit T1, T2, FLAIR Sequenzen, bei Auffälligkeiten weiterführende Diagnostik mit Kontrastmittel-MRT)

Fakultativ

- Eine Liquorpunktion soll angeboten werden, falls aus klinischer, laborchemischer oder apparativer Diagnostik Hinweise auf eine sekundäre somatische Genese der Symptomatik vorliegen (siehe Hintergrundtext und Empfehlung 4).

- Eine testpsychologische Untersuchung in den Bereichen Aufmerksamkeit, Lernen und Gedächtnis, Exekutivfunktionen und soziale Kognition (siehe Tabelle 10) soll sowohl zum Erhalt von Informationen für differentialdiagnostische Entscheidungen, als auch zur Vorbereitung von Entscheidungen über weitere neuropsychologische und psychosoziale Behandlungs- und Rehabilitationsangebote angeboten werden.
- Ein EEG soll angeboten werden, falls klinische Hinweise für ein mögliches epileptisches Geschehen oder andere spezifische neurologische Erkrankungen vorliegen (siehe Hintergrundtext).
- Im höheren Lebensalter und bei klinischem Verdacht soll eine Abklärung einer dementiellen Erkrankung gemäß der AWMF-Leitlinie „Demenzen“ angeboten werden.

*100% (starker) Konsens*

#### **Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 9**

Bei einem Rezidiv soll geprüft werden, ob die empfohlene Erstdiagnostik (Empfehlung 8) durchgeführt worden ist. Falls nicht erfolgt, soll diese erneut angeboten werden.

*100% (starker) Konsens*

### **Allgemeine Therapie (Modul 3)**

#### **Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 10**

Behandlungsziel ist der von Krankheitssymptomen weitgehend freie, zu selbstbestimmter Lebensführung fähige, therapeutische Maßnahmen in Kenntnis von Nutzen und Risiken abwägende Patient.

Hierfür sollen ein Gesamtbehandlungsplan unter Partizipation der Betroffenen und aller am Behandlungsprozess Beteiligten erstellt, eine Zusammenarbeit mit Angehörigen und anderen Vertrauenspersonen, die Koordination und Kooperation der Behandlungsinstitutionen etabliert sowie das nicht-professionelle Hilfe- und Selbsthilfesystem einbezogen werden.

Alle Behandlungsschritte sollen in diesen Gesamtbehandlungsplan integriert werden sowie individuell und phasenspezifisch im Rahmen einer multiprofessionellen und möglichst wohnortnahen Behandlung abgestimmt werden.

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

*97% (starker) Konsens*

#### **Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 11**

Menschen mit einer Schizophrenie haben ein Recht darauf, in ihren besonderen Bedürfnissen und ihrem individuell unterschiedlichen Hilfebedarf wahrgenommen zu werden, und sollen befähigt und in die Lage versetzt werden, ihre Interessen selbst durchzusetzen, sich zu organisieren sowie ihre Lebensverhältnisse individuell bestimmen zu können (Selbstbefähigung/ Empowerment).

*100% (starker) Konsens*

### **Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 12**

Qualitätssicherungsmaßnahmen für das multiprofessionelle Team (z.B. anerkannte Fortbildung, Supervision, Intervision, Fallbesprechungen, Teambesprechungen) können die Versorgung von betroffenen Menschen mit einer Schizophrenie verbessern und sollten daher implementiert werden.

*100% (starker) Konsens*

### **Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 13**

Im Rahmen der Informationsvermittlung, aber auch für die Beziehungsgestaltung im gesamten Hilfesystem, soll die dialogische Zusammenarbeit zwischen Betroffenen, Angehörigen und anderen Vertrauenspersonen sowie professionell Tätigen angeboten werden.

Sie ist eine wesentliche Voraussetzung für eine offene, vertrauensvolle und erfolgreiche Kooperation aller Beteiligten, auf deren Basis gemeinsame Interessen und Behandlungsziele verfolgt werden können.

Ergebnisse der dialogischen Zusammenarbeit beschränken sich nicht nur auf die individuelle Therapiebeziehung, sondern haben auch Auswirkungen auf die angemessene Darstellung der Interessen der Patienten und Angehörigen in Öffentlichkeit und Politik, auf die Qualitätsförderung und auf die Fortentwicklung der Versorgungsstrukturen.

*100% (starker) Konsens*

## **Spezifische Therapieverfahren (Modul 4)**

### **Pharmakotherapie und andere somatische Behandlungsverfahren (Modul 4a)**

#### **Allgemeine Prinzipien der Pharmakotherapie**

##### **Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 14**

Die Pharmakotherapie soll in ein Gesamtbehandlungskonzept unter Einschluss allgemeiner und spezieller biologischer, psychotherapeutischer, psychosozialer und fachpflegerischer Maßnahmen in Abhängigkeit von einer differentiellen Indikation eingebettet sein.

*100% (starker) Konsens*

##### **Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 15**

Zu Beginn einer Pharmakotherapie soll eine Aufklärung des Patienten über die akuten und langfristigen Wirkungen sowie Nebenwirkungen (Risiko-Nutzen-Evaluation) der Medikamente erfolgen und der Patient soll aktiv in den therapeutischen Entscheidungsprozess (partizipative Entscheidungsfindung/shared decision-making, siehe Modul 3) einbezogen werden. Vor- und Nachteile der Behandlung und mögliche Alternativen sollen in einer verständlichen Sprache mit Erläuterung der Fachbegriffe erfolgen.

*100% (starker) Konsens*

### **Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 16**

Vor Beginn einer Pharmakotherapie sollen eine Labordiagnostik gemäß Tabelle 22 durchgeführt und ein EKG abgeleitet werden. Bei Frauen im gebärfähigen Alter soll eine Schwangerschaft ausgeschlossen werden.

*100% (starker) Konsens*

### **Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 17**

Die Wahl des geeigneten Antipsychotikums sowie der Applikationsform soll gemeinsam mit der betroffenen Person vorgenommen werden.

Hierbei sollen berücksichtigt und erörtert werden:

- das klinische Zielsyndrom
- Vorerfahrungen bzgl. Wirkungen und Nebenwirkungen mit einem oder mehreren Präparat(en) im bisherigen Behandlungsverlauf
- Vor- und Nachteile des jeweiligen Präparats
- metabolische, motorische, kardiovaskuläre oder hormonelle/sexuelle Nebenwirkungen (siehe Tabelle 14)
- Nutzen und Risiken bei Verzicht auf eine Behandlung mit Antipsychotika
- Präferenzen der Betroffenen
- Geschlechtsspezifische Aspekte, Alter der Betroffenen und Komorbiditäten

Behandlungsvereinbarung und Krisenpässe der Betroffenen sollen, wenn vorhanden, berücksichtigt werden (siehe auch Modul 4c).

Im Verlauf einer Behandlung sollen die Risiko-Nutzen-Bewertung kontinuierlich überprüft und bei Änderungen entsprechende Maßnahmen ergriffen werden.

*100% (starker) Konsens*

## **Applikationsformen**

### **Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 18**

Es gibt keine ausreichende Evidenz, um Unterschiede in der Wirksamkeit oraler, intramuskulärer oder intravenöser Antipsychotika der Notfallbehandlung der akuten Erkrankung zu belegen. Parenterale Anwendung von kurzwirksamen Medikamenten soll nur in besonderen Ausnahmefällen erfolgen.

Bei kooperativen Patienten soll die orale Applikationsform als die 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.

*100% (starker) Konsens*

## **Therapeutisches Drug Monitoring (TDM)**

### **Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 19**

Therapeutisches Drug Monitoring sollte zur Therapieoptimierung bei unerwünschten Arzneimittelwirkungen, klinischer Non-Response (ultrarapid Metabolizer, Wechselwirkungen, Möglichkeit der Unterdosierung oder Nicht-Einnahme) angeboten werden. Die Anwendung

und die Häufigkeit des therapeutischen Drug Monitorings sollen sich an den jeweils gültigen Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft für Neuropsychopharmakologie und Pharmakopsychiatrie (AGNP) orientieren.

*100% (starker) Konsens*

#### **Starke Empfehlung – Empfehlung 20**

Bei pharmakologischer Behandlungsresistenz sollte ein Clozapinspiegel von mindestens 350 ng/ml erreicht werden, sofern es keine Probleme in der Verträglichkeit gibt.

*89% Konsens*

### **Dosierung, Bestimmung der möglichst niedrigen Dosis, Behandlungsfrequenz und Absetzen**

#### **Starke Empfehlung – Empfehlung 21**

Antipsychotika sollen innerhalb des nach internationalem Konsensus empfohlenen Dosierungsbereiches so niedrig wie möglich und so hoch wie nötig angeboten werden (niedrigst mögliche Dosierung, siehe Tabelle 13 im Text).

Besonders bei Ersterkrankungen soll die Dosis im niedrigen Bereich gewählt werden, da eine höhere Empfindlichkeit für Nebenwirkungen und ein insgesamt besseres Ansprechen auf eine niedrigere Dosierung besteht.

*100% (starker) Konsens*

#### **Starke Empfehlung – Empfehlung 22**

Eine antipsychotische Pharmakotherapie zur Rezidivprophylaxe sollte im Sinne einer kontinuierlichen Strategie angeboten werden.

*100% (starker) Konsens*

#### **Konsentierete Empfehlung – Empfehlung 23**

Bei Stabilität und vorliegenden Gründen gegen die Fortführung einer kontinuierlichen Langzeitmedikation (z.B. mangelnde Akzeptanz) sollte nach schrittweiser Dosisreduktion der Versuch einer begleiteten intermittierenden Therapie mit gezielter Frühintervention bei Auftreten von Prodromen eines Rezidivs angeboten werden.

*100% (starker) Konsens*

#### **Konsentierete Empfehlung – Empfehlung 24**

Nach der Entscheidung für eine Dosisreduktion der Antipsychotika sollte diese kontrolliert unter Berücksichtigung der empfohlenen Behandlungsdauer (Empfehlungen 35a und 35b) in minimalen Dosisritten in 6- bis 12-wöchigen Zeitabständen entsprechend der Präferenz des Patienten unter Einbezug von Vertrauenspersonen, einem Gesamtbehandlungsplan, dem bisherigen Behandlungsverlauf und der Verträglichkeit der bestehenden antipsychotischen Medikation angeboten werden.

*100% (starker) Konsens*

### **Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 25**

Die Reduktion und ggf. das Absetzen der Antipsychotika in allen Stadien der Erkrankung können im Sinne einer partizipativen Entscheidungsfindung zwischen Patient(in) und behandelndem Arzt angeboten werden, sofern eine ausreichende Stabilität, ausreichend psychosoziale Unterstützung und regelmäßige Verlaufskontrollen der Symptomatik gewährleistet sind und keine Hinweise auf eine Eigen- oder Fremdgefährdung bestehen. In jedem Fall soll über das erhöhte Rezidivrisiko des Absetzens aufgeklärt werden. Vorschläge für die Dosisreduktion und das Absetzen finden sich im Hintergrundtext.

*100% (starker) Konsens*

### **Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 26**

Nach Absetzen der Antipsychotika soll im Rahmen des Gesamtbehandlungsplans ein kontinuierliches Monitoring klinischer Zeichen und Symptome für ein Rezidiv für mindestens zwei Jahre angeboten werden.

*100% (starker) Konsens*

## **Response, Remission und Zeitpunkt der Umstellung der antipsychotischen Medikation im Falle von Non-Response**

### **Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 27**

Pharmakologische Behandlungsresistenz: Bei einem unzureichenden Behandlungsansprechen trotz ausreichender Behandlungsdauer sollen die Diagnose, psychischen und somatische Komorbiditäten, die Adhärenz, der Gebrauch von legalen und illegalen Substanzen (z.B. Alkohol, Cannabis, Amphetamine), das Vorhandensein von belastenden Nebenwirkungen, die effektive Dosierung (inkl. Serumspiegelmessung und Interaktionsprüfung), Umweltfaktoren (z.B. Stress, High Expressed Emotions) und die effektive Behandlungsdauer überprüft werden. Diese sekundären Ursachen einer pharmakologischen Pseudobehandlungsresistenz sollen untersucht und ggf. adressiert werden, bevor ein Medikamentenwechsel angeboten wird.

*100% (starker) Konsens*

### **Starke Empfehlung – Empfehlung 28a**

Der Response-Status soll nach zwei bis vier Wochen mittels einer dafür geeigneten Skala (optimal: PANSS, BPRS; einfacher: CGI/klinische Verlaufsbeurteilung) überprüft werden.

*96% (starker) Konsens*

### **Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 28b**

Bei fehlendem Ansprechen (globale klinische Einschätzung unverändert oder schlechter (z.B. CGI-I > 3)) trotz ausreichender Dosierung und nach Ausschluss von sekundären Ursachen soll dem Patienten ein Wechsel auf ein anderes Antipsychotikum zum Erreichen einer Response angeboten werden.

*100% (starker) Konsens*

### **Konsentierte Empfehlung – Empfehlung 29**

Im Falle eines ausreichenden Behandlungsansprechens, aber bei Problemen mit der Verträglichkeit, kann bereits vorzeitig ein Medikamentenwechsel hin zu einem Präparat mit anderem Nebenwirkungsprofil angeboten werden.

*100% (starker) Konsens*

### **Strategien zur Umstellung von Antipsychotika**

#### **Konsentierte Empfehlung – Empfehlung 30**

Bei jedem Medikamentenwechsel kann es zu einer Verschlechterung der Symptomatik oder zu vermehrten Nebenwirkungen kommen. Für die antipsychotische Umstellung kann die Cross-Taper- oder die Overlap-and-Taper- Strategie angeboten werden. Die Stop-Start-Strategie kann in Fällen, in denen aufgrund von Nebenwirkungen ein sofortiges Absetzen des Antipsychotikums notwendig ist, angeboten werden.

Für die Umstellung der antipsychotischen Therapie sollte eine Orientierung an Äquivalenzdosen erfolgen.

*100% (starker) Konsens*

### **Antipsychotika zur Behandlung psychotischer Symptome in der Akutphase - Ersterkrankung und Rezidiv**

#### **Schwache Empfehlung – Empfehlung 31**

Eine pharmakologische Therapie mit einem Antipsychotikum mit dem Ziel der Reduktion psychotischer Symptome sollte als Monotherapie angeboten werden.

*100% (starker) Konsens*

#### **Konsentierte Empfehlung – Empfehlung 32**

Während der Akutphase sollen in angemessenen Abständen eine Überprüfung und Dokumentation des psychopathologischen Befundes erfolgen, so dass eine Eigen- und Fremdgefährdung rechtzeitig erkannt werden kann und eine Beurteilung des Ansprechens auf die Therapie möglich ist.

*100% (starker) Konsens*

#### **Starke Empfehlung – Empfehlung 33**

Im Falle einer Ersterkrankung an einer Schizophrenie sollen Antipsychotika nach Berücksichtigung des jeweiligen Risiko- Nutzen-Profiles zur Reduktion psychotischer Symptome angeboten werden. Die Risiken der Behandlung leiten sich aus den jeweiligen Nebenwirkungsprofilen der angewandten Antipsychotika ab. Aufgrund geringer Wirksamkeitsunterschiede der einzelnen Präparate und allgemein hohen Ansprechraten bei der Ersterkrankung soll die Auswahl primär an den Nebenwirkungen orientiert erfolgen.

*100% (starker) Konsens*

### **Konsentierte Empfehlung – Empfehlung 34**

Im Falle einer Ersterkrankung an einer Schizophrenie sollte eine frühestmögliche antipsychotische Behandlung angeboten werden. Abhängig von Psychopathologie, Behandlungssetting und Präferenzen des Patienten kann vor Initiierung der antipsychotischen Pharmakotherapie bei Ersterkrankung ein Aufschub von einigen Tagen bis Wochen im Rahmen eines psychosozialen Gesamtkonzepts unter engmaschiger Kontrolle der Psychopathologie angeboten werden.

*97% (starker) Konsens*

### **Antipsychotika zur Prophylaxe weiterer psychotischer Episoden (Rezidivprophylaxe)**

#### **Starke Empfehlung – Empfehlung 35a**

Menschen mit einer Ersterkrankung an einer Schizophrenie soll nach individueller Risiko-Nutzen-Evaluation eine Behandlung mit Antipsychotika zur Rezidivprophylaxe angeboten werden.

*100% (starker) Konsens*

#### **Starke Empfehlung – Empfehlung 35b**

Menschen mit Schizophrenie und rezidivierenden psychotischen Episoden soll nach individueller Risiko-Nutzen-Evaluation eine Behandlung mit Antipsychotika zur Rezidivprophylaxe angeboten werden

*100% (starker) Konsens*

#### **Starke Empfehlung – Empfehlung 36a**

Das Antipsychotikum, welches bereits zu einem guten Therapieansprechen oder einer Remission geführt hat, soll, sofern keine Verträglichkeitsgründe dagegen sprechen, für die Rezidivprophylaxe angeboten werden.

*100% (starker) Konsens*

#### **Konsentierte Empfehlung – Empfehlung 36b**

Bei der Auswahl des Antipsychotikums in der Rezidivprophylaxe sollen die Präferenz, die Vorerfahrungen der betroffenen Person sowie das unterschiedliche Nebenwirkungsrisiko im Hinblick auf Spätdyskinesien, Sedierung, kardiale, metabolische, endokrine und andere Effekte beachtet werden.

*100% (starker) Konsens*

### **Dauer der antipsychotischen Behandlung**

#### **Konsentierte Empfehlung – Statement 2**

Menschen mit einem rezidivierenden Erkrankungsverlauf, ihre Angehörige und andere Vertrauenspersonen sollen darüber informiert werden, dass das Risiko für ein Rezidiv sich bei einem Absetzen nach einem Jahr verdoppelt (27% bei Weiterbehandlung, 65% bei Absetzen),

und im Verlauf von 3 – 6 Jahren weiterhin erhöht bleibt (22% bei Weiterbehandlung, 63% bei Absetzen).

*100% (starker) Konsens*

### **Konsentierter Empfehlung – Statement 3**

Die pharmakologische Behandlungsdauer wird durch eine Reihe von Rahmenbedingungen wie die Schwere der Indexepisode, das Ansprechen auf die Behandlung, unerwünschte Arzneimittelwirkungen, die Motivation der Betroffenen, die Familienanamnese, die Erkrankungsschwere, die psychosoziale Situation, die vorhandenen medizinischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Behandlungsangebote und die Versorgungssituation insgesamt beeinflusst, die in der individuellen Situation berücksichtigt werden sollen.

*100% (starker) Konsens*

## **Depot-Antipsychotika**

### **Schwache Empfehlung – Empfehlung 37**

Depotantipsychotika sind wie auch die oralen Antipsychotika wirksam in Hinblick auf die Rezidivprophylaxe ohne relevante Unterschiede in der Wirksamkeit. Depotantipsychotika sind aufgrund ihrer gesicherten Applikation und guten Bioverfügbarkeit eine wirksame Alternative zur oralen Medikation und sollten in der Rezidivprophylaxe als Behandlungsalternative angeboten werden.

*100% (starker) Konsens*

### **Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 38**

Aufgrund nicht ausreichend belegter überlegener Wirksamkeit einzelner Depotantipsychotika untereinander sollte die Auswahl anhand des Nebenwirkungsprofils und des gewünschten Injektionsintervalls vorgenommen werden. Vor Beginn einer Behandlung mit einer Depotform eines Antipsychotikums sollte in einer mindestens mehrwöchigen Behandlungsphase mit der oralen Form des entsprechenden Antipsychotikums dessen Wirksamkeit und Verträglichkeit sichergestellt worden sein.

*100% (starker) Konsens*

## **Pharmakologische Behandlung der Negativsymptomatik**

### **Schwache Empfehlung – Empfehlung 39a**

Bei prädominanten Negativsymptomen sollte Amisulprid (in niedriger Dosis) oder Cariprazin angeboten werden.

*89% Konsens*

*Es liegt ein Sondervotum des Dachverband Gemeindepesychiatrie e.V. vor (siehe Praktische Informationen in der Langversion der Leitlinie).*

### **Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 39b**

Bei prädominanten Negativsymptomen sollte auf eine starke Blockade des D2-Rezeptors durch die Wahl entsprechender Präparate oder die Applikation hoher Dosierungen in dieser Indikation verzichtet werden.

*79% Konsens*

### **Schwache Empfehlung – Empfehlung 40**

Bei unzureichendem Ansprechen auf eine antipsychotische Monotherapie sollte Patienten mit prädominanten Negativsymptomen eine zusätzliche Behandlung mit Antidepressiva\* angeboten werden.

\*Dabei handelt es sich jedoch um einen „off-label-use“.

*97% (starker) Konsens*

## **Pharmakologische Behandlungsresistenz**

### **Starke Empfehlung – Empfehlung 41**

In Fällen einer gesicherten medikamentösen Behandlungsresistenz soll nach Risiko-Nutzen-Evaluation, entsprechender Aufklärung und unter Einhaltung der notwendigen Begleituntersuchungen ein Behandlungsversuch mit Clozapin zur Behandlung der bestehenden psychotischen Symptomatik angeboten werden.

*100% (starker) Konsens*

### **Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 42**

Im Falle einer Unverträglichkeit zu Clozapin kann ein Behandlungsversuch mit Olanzapin oder Risperidon angeboten werden.

*100% (starker) Konsens*

### **Starke Empfehlung gegen – Empfehlung 43**

Bei ausreichendem Serumspiegel soll eine Dosisescalation über den Zulassungsbereich\* bei fehlendem Ansprechen auf die Behandlung nicht erfolgen.

\*Dabei (Hochdosisbehandlung über den Zulassungsbereich) handelt es sich jedoch um einen „off-label-use“

*84% Konsens*

## **Augmentations- und Kombinationsbehandlung**

### **Starke Empfehlung – Empfehlung 44a**

Bei pharmakologischer Behandlungsresistenz soll zunächst eine Behandlung mit Clozapin in Monotherapie angeboten werden.

*100% (starker) Konsens*

### **Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 44b**

Bei pharmakologischer Behandlungsresistenz kann die Kombination aus zwei Antipsychotika unter Kontrolle der Nebenwirkungen und Interaktionen angeboten werden, wenn eine

konsekutive Monotherapie mit drei verschiedenen Antipsychotika unter Einschluss von Clozapin kein ausreichendes Ansprechen bewirkt hat oder wenn Clozapin nicht vertragen worden ist oder wenn Kontraindikationen für Clozapin bestehen oder wenn Clozapin abgelehnt wird.

*96% (starker) Konsens*

#### **Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 44c**

Eine Kombination von mehr als zwei Antipsychotika mit dem Ziel psychotische Symptome zu behandeln, sollte nicht angeboten werden.

*92% Konsens*

#### **Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 44d**

Die Entscheidung für eine Polypharmazie soll mit Indikation dokumentiert und im Falle eines weiteren fehlenden Ansprechens wieder eingestellt werden.

*96% (starker) Konsens*

#### **Starke Empfehlung gegen – Empfehlung 45**

Bei medikamentöser Behandlungsresistenz soll eine augmentative Behandlung mit Carbamazepin, Lamotrigin oder Valproat zur Verbesserung der Allgemeinsymptome, Positivsymptome, Negativsymptome oder Aggressivität nicht angeboten werden.

*100% (starker) Konsens*

### **Nicht-invasive Stimulationsverfahren (EKT, rTMS)**

#### **Schwache Empfehlung – Empfehlung 46**

Bei eindeutiger medikamentöser Behandlungsresistenz nach adäquater Therapie in ausreichender Dosis und Zeitdauer sollte eine EKT mit dem Ziel der Verbesserung des klinischen Gesamtzustands angeboten werden.

*83% Konsens*

#### **Schwache Empfehlung – Empfehlung 47**

Bei medikamentöser Behandlungsresistenz sollte eine niederfrequente rTMS mit 1 Hz, appliziert über dem linken Temporallappen, bei persistierenden akustischen Halluzinationen im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans als Therapieoption angeboten werden.

*Diese Empfehlung wurde bei der aktuellen Revision nicht bearbeitet, da neue Evidenz erwartbar ist. Eine Überarbeitung der Empfehlung ist Q2/2026 geplant.*

#### **Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 48**

Bei medikamentöser Behandlungsresistenz kann eine hochfrequente rTMS mit 10/20 Hz, appliziert über dem linken dorsolateralen präfrontalen Kortex, zur Behandlung persistierender Negativsymptome im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans angeboten werden (0).

Die Patienten sollen über die hohe Rate an möglicher Non-Response aufgeklärt werden (KKP).

*Diese Empfehlung wurde bei der aktuellen Revision nicht bearbeitet, da neue Evidenz erwartbar ist. Eine Überarbeitung der Empfehlung ist Q2/2026 geplant.*

## **Andere psychotrope Medikamente**

### **Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 49a**

Vor der Einleitung pharmakologischer Maßnahmen sollen nicht-pharmakologische Kriseninterventionen angewendet werden.

*100% (starker) Konsens*

### **Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 49b**

Bei ausgeprägter Erregung, Angst und innerer Unruhe kann eine zeitlich befristete add-on Behandlung mit Benzodiazepinen nach den geltenden Bestimmungen angeboten werden. Eine langfristige kontinuierliche Anwendung von Benzodiazepinen soll nicht erfolgen.

*100% (starker) Konsens*

## **Darstellung der Nebenwirkungen einer antipsychotischen Behandlung**

### **Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 50**

Menschen mit einer Schizophrenie, Angehörige und andere Vertrauenspersonen sollen nicht nur über mögliche unerwünschte Arzneimittelwirkungen aufgeklärt, sondern auch hinsichtlich der auftretenden Symptome informiert und der jeweils gegebenen Therapiemöglichkeiten beraten werden.

*100% (starker) Konsens*

## **Diagnostik und Behandlung von Nebenwirkungen**

### **Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 51**

Antipsychotika-induzierte unerwünschte Arzneimittelwirkungen sollen aktiv erfragt und dokumentiert werden und bei Verdacht eine entsprechende Abklärung und Therapie angeboten werden.

*100% (starker) Konsens*

### **Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 52**

In Abhängigkeit von der Schwere der antipsychotikainduzierten unerwünschten Arzneimittelwirkungen soll nach Risiko- Nutzen-Evaluation eine Dosisanpassung/Dosisreduktion, eine Umstellung auf ein anderes Präparat oder das Absetzen angeboten werden.

*96% (starker) Konsens*

### **Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 53**

Zu Beginn der antipsychotischen Behandlung oder spätestens bei dem Auftreten einer antipsychotikainduzierten stärkeren Gewichtszunahme von mehr als 3% vom Ausgangsgewicht sollen psychotherapeutische und psychosoziale Interventionen mit Fokus auf Strategievermittlung für den Transfer in den Alltag (z.B. Ernährungsberatung,

Psychoedukation, Bewegungsprogramme) zur Prävention einer weiteren Gewichtszunahme oder zur Gewichtsreduktion angeboten werden.

*100% (starker) Konsens*

#### **Starke Empfehlung – Empfehlung 54**

Bei einer Gewichtszunahme >3% oder begleitenden kardiovaskulären Risikofaktoren und der Notwendigkeit, die bestehende antipsychotische Medikation fortzuführen, soll nach nicht oder nicht ausreichend erfolgreicher Durchführung der genannten psychotherapeutischen und psychosozialen Interventionen (siehe Empfehlung 55 und Hintergrundtext) unter Berücksichtigung der Risiken für eine zusätzliche medikamentöse Behandlung ein Behandlungsversuch mit Metformin\* zur Gewichtsreduktion angeboten werden.

\*Dabei handelt es sich jedoch um einen „off-label-use“

*100% (starker) Konsens*

### **Kontrolluntersuchungen**

#### **Konsentierete Empfehlung – Empfehlung 55**

Betroffene, Angehörige und andere Vertrauenspersonen sowie Betreuer sollen über die erforderlichen Kontrolluntersuchungen informiert werden\* (siehe Tabelle 22), und die Durchführung der Kontrolluntersuchungen soll in den Gesamtbehandlungsplan integriert werden.

\*Dabei sind die Rechtsvorschriften im Zusammenhang mit der Schweigepflicht zu beachten.

*100% (starker) Konsens*

### **Psychotherapeutische und psychosoziale Interventionen (Modul 4b)**

#### **Allgemeine Aspekte**

#### **Konsentierete Empfehlung – Empfehlung 56**

Eine qualitativ hochwertige psychotherapeutische Behandlung setzt Möglichkeiten zur Reflexion schwieriger Interaktionssituationen, systematische Planung des Vorgehens im Behandlungsteam und Zeiten für die Bewältigung belastender Erfahrungen voraus. Alle an der Behandlung beteiligten Personen sollen daher ausreichende Zeit und Gelegenheit zur Teilnahme an regelmäßiger Supervision, Intervention und teambasierten Fallbesprechungen haben. Behandlungsinstitutionen sollen dies durch die Bereitstellung von ausreichenden Ressourcen unterstützen.

*100% (starker) Konsens*

### **Psychoedukation**

#### **Starke Empfehlung – Empfehlung 57a**

Menschen mit Schizophrenie soll unter Einbezug ihrer Angehörigen (und/oder anderer enger Vertrauenspersonen) zur Rückfallprophylaxe eine strukturierte Psychoedukation über mehrere Sitzungen angeboten werden.

*97% (starker) Konsens*

### **Schwache Empfehlung – Empfehlung 57b**

Menschen mit einer Schizophrenie sollte zur Rückfallprophylaxe eine strukturierte Psychoedukation über mehrere Sitzungen auch ohne Einbezug von Angehörigen (und/oder anderer enger Vertrauenspersonen) angeboten werden, wenn der Einbezug von Angehörigen (und/oder anderer enger Vertrauenspersonen) nicht möglich oder von dem Betroffenen nicht gewünscht ist.

*97% (starker) Konsens*

### **Kognitive Verhaltenstherapie**

#### **Starke Empfehlung – Empfehlung 58**

Menschen mit einer ersten psychotischen Episode soll die störungsspezifische kognitive Verhaltenstherapie für Psychosen zur Besserung der Positiv- und Negativsymptomatik angeboten werden.

*100% (starker) Konsens*

#### **Starke Empfehlung – Empfehlung 59**

Menschen mit einer Schizophrenie soll die störungsspezifische kognitive Verhaltenstherapie für Psychosen angeboten werden.

*100% (starker) Konsens*

#### **Schwache Empfehlung – Empfehlung 60**

Kognitive Verhaltenstherapie sollte mit einer Sitzungszahl von  $\geq 16$  Sitzungen angeboten werden. Zur Optimierung der Therapieeffekte und bei komplexeren Therapiezielen sollte eine Sitzungszahl von  $\geq 25$  Sitzungen angeboten werden.

*100% (starker) Konsens*

#### **Konsentierete Empfehlung – Empfehlung 61**

Eine störungsspezifische KVT kann stationär oder ambulant durchgeführt werden. Bei stationärem Beginn sollte eine ambulante Fortsetzung erfolgen. Dabei sollte ein sektorübergreifendes Vorgehen bevorzugt werden.

*96% (starker) Konsens*

#### **Schwache Empfehlung – Empfehlung 62**

Eine störungsspezifische KVT sollte auch dann zur Reduktion der psychotischen Symptomatik angeboten werden, wenn Patienten eine Behandlung mit Antipsychotika ablehnen.

*100% (starker) Konsens*

### **Digitale oder technikgestützte Interventionen**

#### **Schwache Empfehlung – Empfehlung 63**

Menschen mit einer Schizophrenie sollten therapeutisch-begleitete validierte digitale oder technik-gestützte Interventionen (wie AVATAR-Therapie zur Behandlung von auditiven

verbalen Halluzinationen (Stimmenhören)) zur Verbesserung der Symptomatik oder Rückfallprävention als Teil eines multimodalen Gesamtherapiekonzeptes angeboten werden.

*92% Konsens*

## **Trainingsbasierte Interventionen aus dem Spektrum der KVT/Metakognitives Training**

### **Starke Empfehlung – Empfehlung 64**

Zur Reduktion der Positivsymptomatik soll das Metakognitive Training angeboten werden.

*100% (starker) Konsens*

## **Familieninterventionen und Zusammenarbeit mit den Angehörigen und anderen Vertrauenspersonen**

### **Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 65**

Angehörige und andere Vertrauenspersonen von Menschen mit einer Schizophrenie sind erheblichen emotionalen Belastungen ausgesetzt. Gleichzeitig sind Angehörige und andere Vertrauenspersonen langfristig die wichtigste Quelle der sozialen Unterstützung für die Betroffenen. Sie sollen daher als Mitbetroffene angesehen werden. Sie sollen unter Wahrung der Schweigepflicht Informationen über schizophrene Erkrankungen angeboten bekommen. Der Unterstützungsbedarf soll regelmäßig in Erfahrung gebracht werden. Dem individuellen Bedarf entsprechend sollen sie Unterstützung zur Bewältigung der emotionalen Belastungen angeboten bekommen.

*100% (starker) Konsens*

### **Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 66**

Wenn von den Betroffenen die Einbeziehung der Angehörigen und anderen Vertrauenspersonen in die Behandlung abgelehnt wird, soll dieses respektiert werden. Dennoch sollte den Angehörigen und Vertrauenspersonen die Möglichkeit gegeben werden, fremdanamnestic Informationen zu vermitteln und ihren Unterstützungsbedarf zu signalisieren. Auch ohne Zustimmung des Patienten sollten in diesem Fall den Angehörigen und anderen Vertrauenspersonen allgemeine, nicht personenbezogene Informationen unter Wahrung der Schweigepflicht angeboten werden, z.B. durch therapeutisches Personal, welches nicht in die Behandlung des Patienten einbezogen ist, durch Angehörigengruppen, triadische Gruppen oder Angehörigen-Peers.

*100% (starker) Konsens*

### **Schwache Empfehlung – Empfehlung 67**

Menschen mit Schizophrenie sollte zur Rückfallprophylaxe eine systemische Therapie unter Einbezug der Angehörigen angeboten werden.

*100% (starker) Konsens*

### **Starke Empfehlung – Empfehlung 68**

Familien von Menschen mit ersten psychotischen Episoden soll eine spezifische, auf erste Episoden ausgerichtete psychotherapeutische Familienintervention zur Reduktion der Wiedererkrankungs- und Rehospitalisierungsraten angeboten werden.

*100% (starker) Konsens*

### **Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 69**

Bei akuter Exazerbation oder nach einem Rezidiv sollen allen Familien von Menschen mit Schizophrenie, die mit einem Betroffenen zusammenleben oder im nahen Kontakt stehen, Familieninterventionen angeboten werden. Diese können in der Akutphase oder später und auch im Krankenhaus begonnen werden. *100% (starker) Konsens*

### **Starke Empfehlung – Empfehlung 70**

Menschen mit Schizophrenie soll eine psychotherapeutische Behandlung unter Einbeziehung der Familie oder Vertrauenspersonen/ Bezugspersonen angeboten werden, wenn Betroffene und Familienmitglieder zusammenleben oder im nahen Kontakt stehen. Diese kann in der Akutphase oder später, auch im Krankenhaus, begonnen werden.

*100% (starker) Konsens*

## **Training sozialer Fertigkeiten**

### **Starke Empfehlung – Empfehlung 71a**

Bei Vorliegen relevanter Einschränkungen der sozialen Kompetenzen sowie bei anhaltender Negativsymptomatik soll ein Training Sozialer Fertigkeiten angeboten werden.

*100% (starker) Konsens*

### **Schwache Empfehlung – Empfehlung 71b**

Ein Training Sozialer Fertigkeiten sollte sich über mehrere Monate erstrecken und durch Aufgaben zum Alltagstransfer ergänzt werden.

*100% (starker) Konsens*

## **Kognitive Remediation**

### **Starke Empfehlung – Empfehlung 72**

Bei Menschen mit einer Schizophrenie mit Beeinträchtigungen der kognitiven Prozesse (Aufmerksamkeit, Lernen und Gedächtnis, Exekutivfunktionen, soziale Kognitionen oder Metakognitionen) soll eine Kognitive Remediation zur Verbesserung der kognitiven Leistungsfähigkeit und der psychosozialen Funktionsfähigkeit angeboten werden.

*100% (starker) Konsens*

### **Starke Empfehlung – Empfehlung 73**

Kognitive Remediation soll zusätzlich zu individualisierten Trainingsmaßnahmen therapeutische Angebote enthalten, die die Entwicklung und den Einsatz von Kompensationsstrategien fördern und den Therapietransfer anleiten.

*100% (starker) Konsens*

## Psychodynamische oder psychoanalytische Therapie

### Konsentierete Empfehlung – Empfehlung 74 (0)

Psychodynamisch orientierte Psychotherapie ist in Bezug auf Schizophrenie nicht hinreichend untersucht. Psychodynamisch orientierte Psychotherapie kann zur Verbesserung des globalen Funktionsniveaus angeboten werden.

*100% (starker) Konsens, keine Veränderung zur früheren Empfehlung (0). Empfehlungen mit dem Grad 0 („Empfehlung offen“) basieren auf vorliegender Evidenz, erlauben jedoch keine klare Empfehlung für oder gegen eine Maßnahme. Sie sind nicht als KKP-Empfehlungen zu verstehen, sondern markieren Bereiche, in denen Evidenz vorhanden ist, ohne dass ein gesicherter wissenschaftlicher Nachweis für eine eindeutige Empfehlung besteht.*

## Gesprächspsychotherapie und Supportive Psychotherapie

### Konsentierete Empfehlung – Empfehlung 75 (0)

Gesprächspsychotherapie als psychotherapeutisches Verfahren ist in Bezug auf die Schizophrenie nicht hinreichend untersucht.

Da Gemeinsamkeiten von Gesprächspsychotherapie mit Supportiver Psychotherapie bestehen, kann sie angeboten werden, wenn besser untersuchte Verfahren nicht zur Verfügung stehen oder nicht mit den Präferenzen der Patienten übereinstimmen.

*96 % (starker) Konsens, keine Veränderung zur früheren Empfehlung (0). Empfehlungen mit dem Grad 0 („Empfehlung offen“) basieren auf vorliegender Evidenz, erlauben jedoch keine klare Empfehlung für oder gegen eine Maßnahme. Sie sind nicht als KKP-Empfehlungen zu verstehen, sondern markieren Bereiche, in denen Evidenz vorhanden ist, ohne dass ein gesicherter wissenschaftlicher Nachweis für eine eindeutige Empfehlung besteht.*

## Ergotherapie

### Schwache Empfehlung – Empfehlung 76

Menschen mit einer Schizophrenie sollten spezifische ergotherapeutische Interventionen mit einer starken Alltagsorientierung im Rahmen einer Gesamtbehandlungs- und Rehabilitationsplanung und orientiert an ihren individuellen Bedürfnissen und Präferenzen angeboten werden.

*89% Konsens. Während 2019 ein „0“ (kann) vergeben worden ist, erfolgte nun die Konsentierung eines „B“ (sollte)*

## Achtsamkeitsbasierte Verfahren

### Starke Empfehlung – Empfehlung 77

Menschen mit einer Schizophrenie soll zur Reduktion der Positivsymptomatik eine achtsamkeitsbasierte Therapie angeboten werden.

*97% (starker) Konsens*

## Künstlerische Therapien

### Schwache Empfehlung – Empfehlung 78

Künstlerische Therapien mit ihren Spezialisierungen in Musik-, Kunst-, Tanz- und Theatertherapie sollten Menschen mit einer Schizophrenie in Abhängigkeit von individuellen Bedarfen und Präferenzen angeboten werden.

*100% (starker) Konsens*

## Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

### Konsentierter Empfehlung

Menschen mit einer Schizophrenie kann eine Acceptance and Commitment Therapy (ACT) angeboten werden.

*96% (starker) Konsens. Hinweis: Empfehlungen mit dem Grad 0 („Empfehlung offen“) basieren auf vorliegender Evidenz, erlauben jedoch keine klare Empfehlung für oder gegen eine Maßnahme. Sie sind nicht als KKP-Empfehlungen zu verstehen, sondern markieren Bereiche, in denen Evidenz vorhanden ist, ohne dass ein gesicherter wissenschaftlicher Nachweis für eine eindeutige Empfehlung besteht.*

## Körper- und Bewegungstherapie

### Starke Empfehlung – Empfehlung 80

Bei Menschen mit einer Schizophrenie sollen Bewegungsinterventionen präferenzbasiert und individualisiert als Teil eines multimodalen Gesamttherapiekonzepts zur Anwendung kommen.

*A: 86% Konsens*

## Behandlung unter besonderen Bedingungen (Modul 4c)

### Komorbiditäten allgemein

#### Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 81

Die Symptome der häufigen komorbiden psychischen Störungen bei Menschen mit einer Schizophrenie sollen aktiv erfragt werden. Bei Vorliegen der diagnostischen Kriterien und ggf. weiterer erforderlicher Abklärung einer solchen Komorbidität soll eine entsprechende leitliniengerechte Behandlung angeboten werden.

*93% Konsens*

### Therapie bei posttraumatischer Belastungsstörung

#### Schwache Empfehlung – Empfehlung 82

Menschen mit einer Schizophrenie und einer komorbiden PTBS sollte eine trauma-fokussierte Psychotherapie (Prolonged Exposure oder EMDR) zur Reduktion der PTBS-Symptomatik angeboten werden.

*100% (starker) Konsens*

## Therapie bei Unruhe, Erregungszuständen und in Notfallsituationen

### **Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 83**

Präventionsmaßnahmen gegen aggressives Verhalten und nachfolgende Zwangsmaßnahmen sollen mittels Behandlungsinstitutionen (z. B. durch ruhige und gastfreundliche Umgebung mit Möglichkeiten des Rückzugs, bedürfnisorientierten Strukturen der Behandlungssettings (siehe Modul 5), Deeskalationsmaßnahmen, offene Tür/Zugang nach Außen) und mittels Behandlungsteams (z. B. durch gelassene Umgangsformen, empathische Gesprächsführung, individuelle Risikoeinschätzung, Mitarbeiterschulungen, Deeskalationsmaßnahmen) implementiert werden.

*100% (starker) Konsens*

### **Starke Empfehlung – Empfehlung 84a**

Menschen mit Schizophrenie soll die Erstellung von Krisenplänen und Behandlungsvereinbarungen zur Vermeidung von Zwangseinweisungen angeboten werden.

*100% (starker) Konsens*

### **Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 84b**

Krisenpässe, Informationen über den bisherigen Erkrankungs- und Therapieverlauf und andere Maßnahmen der Vorsorgeplanung wie beispielsweise Behandlungsvereinbarungen sollen in der Akutsituation berücksichtigt werden.

*100% (starker) Konsens*

### **Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 85**

Ziel der Intervention im akuten Erregungszustand ist es, dem Patienten die Partizipation am weiteren Behandlungsprozess zu ermöglichen.

Maßnahmen zur Gefahrenabwehr wie Isolierung, Fixierung oder medikamentöse Sedierung gegen den Willen des Patienten sollen unter Wahrung aller rechtlichen Vorgaben und enger Überwachung erst dann erfolgen, wenn alle Deeskalationsmaßnahmen nicht erfolgreich waren.

*100% (starker) Konsens*

### **Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 86**

Eine Nachbesprechung von aggressiven Vorfällen und Zwangsmaßnahmen soll in Abhängigkeit vom Befinden des Patienten zeitnah möglichst gemeinsam mit den pflegerischen Bezugspersonen, anderen involvierten Akteuren und den zuständigen Therapeuten angeboten werden. Die Gesprächsinhalte und getroffenen Absprachen sollten in der Patientenakte dokumentiert und in der Behandlungsplanung, auch bei Wiederaufnahmen, berücksichtigt werden. Bei schwerwiegenden Vorfällen sollte eine Patientenrunde durchgeführt werden und Mitpatienten, die durch den Vorfall stark belastet sind, sollen Einzelgespräche angeboten werden. Für das Behandlungsteam sollte zeitnah eine Supervision, präferentiell durch externe Supervisoren, als Reflexionsraum (und) für Lernprozesse angeboten werden.

*Diese Empfehlung soll bei der nächsten Revision in Q2/2026 überarbeitet werden, da bis dahin die neue Version der S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang“ erschienen sein wird.*

#### **Schwache Empfehlung – Empfehlung 87**

Bei Erregungszuständen sollte nach Scheitern aller nicht-pharmakologischer Behandlungsoptionen zunächst die orale Gabe von Medikamenten angeboten werden. Erst wenn dies nicht möglich ist, sollte eine parenterale Gabe erfolgen. Eine Alternative ist die Gabe eines inhalativen Antipsychotikums. Es soll die geringste wirksame Dosis angeboten werden und, falls notwendig, schrittweise höher dosiert werden.

*Diese Empfehlung soll bei der nächsten Revision in Q2/2026 überarbeitet werden, da bis dahin die neue Version der S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang“ erschienen sein wird.*

#### **Schwache Empfehlung – Empfehlung 88**

Bei vergleichbarer Wirksamkeit von Lorazepam und Antipsychotika in der Akutbehandlung von Aggression und psychomotorischer Erregung sollte aufgrund des günstigeren Nebenwirkungsprofils Lorazepam\* angeboten werden.

*Diese Empfehlung soll bei der nächsten Revision in Q2/2026 überarbeitet werden, da bis dahin die neue Version der S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang“ erschienen sein wird.*

### **Schlafstörungen**

#### **Konsentiierte Empfehlung – Empfehlung 89**

Im Falle des Auftretens einer Schlafstörung bei Menschen mit einer Schizophrenie sollen eine Ursachenklärung (z.B. UAWs, OSAS) und, falls möglich, eine Beseitigung der Ursachen erfolgen.

*100% (starker) Konsens*

#### **Konsentiierte Empfehlung – Empfehlung 90**

Benzodiazepine und Z-Substanzen sollen aufgrund des Abhängigkeitspotentials nur zeitlich befristet zur Behandlung von Schlafstörungen eingesetzt werden.

*100% (starker) Konsens*

#### **Konsentiierte Empfehlung – Empfehlung 91 (0)**

##### **Empfehlung 91 (0)**

Antipsychotika mit einer sedierenden Komponente können nach Risiko-Nutzen-Evaluation für die Behandlung von Schlafstörungen bei Menschen mit einer Schizophrenie unter Beachtung der allgemeinen Hinweise für Kombinationsbehandlung angeboten werden.

*100% (starker) Konsens, keine Veränderung zur früheren Empfehlung (0). Empfehlungen mit dem Grad 0 („Empfehlung offen“) basieren auf vorliegender Evidenz, erlauben jedoch keine klare Empfehlung für oder gegen eine Maßnahme. Sie sind nicht als KKP-Empfehlungen zu verstehen, sondern markieren Bereiche, in denen Evidenz vorhanden ist, ohne dass ein gesicherter wissenschaftlicher Nachweis für eine eindeutige Empfehlung besteht. Bei der Gabe von Antipsychotika nur mit der Indikation Schlafstörungen handelt es sich jedoch um einen „off-label-use“.*

### **Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 92**

Antidepressiva\* mit einer sedierenden Komponente können nach Risiko-Nutzen-Evaluation für die Behandlung von Schlafstörungen bei Menschen mit einer Schizophrenie unter Beachtung der allgemeinen Hinweise für eine Kombinationsbehandlung angeboten werden.

\*Dabei handelt es sich jedoch um einen „off-label-use

*100% (starker) Konsens*

### **Katatonie (prädominant katatone Symptome)**

#### **Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 93 (0)**

Bei katatonen Symptomatik oder katatonen Schizophrenie kann als pharmakologische Therapie zeitlich begrenzt Lorazepam (in Kombination mit Antipsychotika, die sich durch ein geringes Risiko für die Entwicklung eines malignen neuroleptischen Syndroms (MNS) auszeichnen), angeboten werden.

*100% (starker) Konsens. Empfehlungen mit dem Grad 0 („Empfehlung offen“) basieren auf vorliegender Evidenz, erlauben jedoch keine klare Empfehlung für oder gegen eine Maßnahme. Sie sind nicht als KKP-Empfehlungen zu verstehen, sondern markieren Bereiche, in denen Evidenz vorhanden ist, ohne dass ein gesicherter wissenschaftlicher Nachweis für eine eindeutige Empfehlung besteht.*

#### **Starke Empfehlung – Empfehlung 94**

Bei der perniziösen Katatonie soll nach einer erfolglosen Therapie mit einem Antipsychotikum und Lorazepam zeitnah eine EKT angeboten werden.

*89% Konsens*

### **Suizidalität**

#### **Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 95**

Es soll eine kontinuierliche Einschätzung suizidaler Gedanken, Pläne und suizidalen Verhaltens erfolgen. Insbesondere imperative Stimmen, Verfolgungsängste, Fremdbeeinflussungserleben, depressive Symptome und Angstzustände sollen dahingehend überprüft werden, ob sie Auswirkungen auf das Auftreten von Suizidgedanken oder selbstschädigendes Verhalten haben. Auch die Vermeidung von Akathisie und anderen belastenden medikamentösen Nebenwirkungen sowie die Reduktion eines komorbiden Substanzkonsums sollen angestrebt werden.

*100% (starker) Konsens. Diese Empfehlung wird in Q2/2026 erneut bearbeitet, da bis dahin die neue S3-Leitlinie „Umgang mit Suizidalität“ erschienen sein wird.*

#### **Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 96**

Suizidalität soll offen und emphatisch angesprochen und in diesem Rahmen das Suizidrisiko eingeschätzt werden. Entsprechende Maßnahmen sollen angeboten und eingeleitet werden.

*100% (starker) Konsens. Diese Empfehlung wird in Q2/2026 erneut bearbeitet, da bis dahin die neue S3-Leitlinie „Umgang mit Suizidalität“ erschienen sein wird.*

### **Schwache Empfehlung – Empfehlung 97**

Bei stark und kontinuierlich erhöhter Suizidalität sollte eine Behandlung mit Clozapin\* nach Risiko-Nutzen Evaluation angeboten werden.

\*Dabei handelt es sich jedoch um einen „off-label-use“

*96% (starker) Konsens*

## **Depression - Erhebung, Psychotherapie, Pharmakotherapie**

### **Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 98**

Menschen mit einer Schizophrenie sollten regelmäßig auf das Vorliegen depressiver Symptome untersucht werden. Präferentiell sollte bei Anwendung eines Ratinginstruments die CDSS verwendet werden.

*100% (starker) Konsens*

### **Starke Empfehlung – Empfehlung 99**

Bei bestehenden depressiven Symptomen, die nicht durch andere Ursachen wie z.B. Lebensumstände, unerwünschte Arzneimittelwirkungen, Sedierung oder Negativsymptome erklärt werden können, sollen zunächst eine Optimierung der antipsychotischen Medikation angeboten werden sowie ggf. Umstellung auf eine Substanz mit höherer antidepressiver Wirkkomponente.

*97% (starker) Konsens*

### **Schwache Empfehlung – Empfehlung 100**

Menschen mit einer Schizophrenie, bei denen komorbid (zu teilremittierten psychotischen Symptomen) eine depressive Symptomatik vorliegt, sollte eine dies berücksichtigende psychosespezifische KVT angeboten werden.

*100% (starker) Konsens*

### **Starke Empfehlung – Empfehlung 101**

Bei persistierenden depressiven Symptomen trotz Optimierung der antipsychotischen Therapie soll, sofern die Kriterien für eine depressive Episode erfüllt sind, eine zusätzliche medikamentöse antidepressive Therapie angeboten werden. Bei der Auswahl der Antidepressiva sollen medikamentöse Interaktionen beachtet und der Patient über die Möglichkeit einer Zunahme der unerwünschten Arzneimittelwirkungen aufgeklärt werden.

*100% (starker) Konsens*

### **Schwache Empfehlung gegen – Empfehlung 102**

Lithium, Carbamazepin oder Valproinsäure sollte Menschen mit Schizophrenie zur Therapie depressiver Symptomatik nicht angeboten werden.

*97% (starker) Konsens*

## Zwangsstörung

### Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 103

Bei Zwangsstörung kann bei Verdacht auf eine sekundäre Ursache durch die antipsychotische Behandlung eine Dosisreduktion oder ein Wechsel auf ein Präparat mit geringerem Risiko (z.B. Aripiprazol, Risperidon) für Zwangssymptome unter Aufklärung über das Risiko einer Zunahme des psychotischen Erlebens angeboten werden. Alternativ und in Situationen, in denen keine Anpassung der primären antipsychotischen Medikation möglich ist, soll eine Behandlung gemäß der S3- Leitlinie Zwangsstörungen erfolgen.

*100% (starker) Konsens*

### Substanzmissbrauch und Substanzabhängigkeit (Substanzstörung) allgemein

Im Gegensatz zur 2019er Leitlinie, hat sich die Leitliniengruppe nun entschieden nicht alle Empfehlungen zu Sucht und Schizophrenie aus den störungsspezifischen Leitlinien zu übernehmen. Hintergrund ist, dass Inkonsistenzen zwischen Leitlinien vermieden werden sollen, und dass eine neue S3-Leitlinie Psychosen mit komorbider substanzbezogener Störung Ende 2025 erscheinen wird. Die Leitliniengruppe verweist daher auf folgende Leitlinien zu dieser Thematik:

- S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“
- S3-Leitlinie „Rauchen und Tabakabhängigkeit: Screening, Diagnostik und Behandlung“
- S3-Leitlinie „Psychosen mit komorbider substanzbezogener Störung“

### Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 104

Bei Menschen mit einer Schizophrenie soll gezielt nach Substanz- und Drogenkonsum gefragt und dieser ausführlich exploriert werden. Bei klinischem Verdacht auf das Vorliegen eines zusätzlichen Substanzgebrauchs sollte, wenn möglich, eine toxikologische Untersuchung erfolgen.

Bei Menschen mit einer Schizophrenie und komorbider Substanzstörung sollte ein integrativer Therapieansatz gewählt werden, bei dem in einem Setting und durch dasselbe Therapeutenteam angemessene Interventionen für beide Störungen angeboten werden. Wichtig ist eine konstante Betreuungsperson, die ambulant langfristig verfügbar ist und eine niedrigschwellige Zugangsmöglichkeit zum Versorgungssystem darstellt.

*100% (starker) Konsens*

### Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 105

Menschen mit der Doppeldiagnose Schizophrenie und komorbider Substanzstörung soll eine antipsychotische Behandlung nach individueller Aufklärung über Nutzen und Risiken angeboten werden.

Präferentiell sollten Präparate mit möglichst wenig anticholinergen und extrapyramidal-motorischen Nebenwirkungen in dieser Population zur Anwendung kommen.

Gleichwertig sollen substanzspezifische psychotherapeutische und psychosoziale Interventionen angeboten werden.

*100% (starker) Konsens*

## Therapie einer komorbiden Tabakabhängigkeit

### Konsentierete Empfehlung – Empfehlung 106

Unter Berücksichtigung von Akuität und Besonderheiten der schizophrenen Psychose sollen Menschen mit einer komorbiden Tabakabhängigkeit prinzipiell dieselben psychotherapeutischen und medikamentösen leitliniengerechten Prinzipien zur Reduktion oder Stopp des Nikotinkonsums unter Aufklärung und Würdigung des Risikos von Spiegelveränderungen der Antipsychotika angeboten werden wie Rauchern ohne zusätzliche psychische Störung.

*100% (starker) Konsens*

## Schwangerschaft und Stillzeit

### Konsentierete Empfehlung – Empfehlung 107

Frauen mit einer Schizophrenie im reproduktiven Alter soll Beratung zur Familienplanung, zu Besonderheiten in der Schwangerschaft (insbesondere Medikation), und zu Unterstützungsmaßnahmen angeboten werden.

*100% (starker) Konsens*

### Konsentierete Empfehlung – Empfehlung 108

Eine multidisziplinäre Betreuung während bzw. in den Wochen nach der Schwangerschaft durch Professionelle aus der Psychiatrie, Psychotherapie, Gynäkologie, Pädiatrie und ggf. Endokrinologie soll angeboten werden.

*100% (starker) Konsens*

### Konsentierete Empfehlung – Empfehlung 109

Bei schwangeren Frauen mit Schizophrenie sollten die in dieser Leitlinie beschriebenen nicht-pharmakologischen und pharmakologischen Maßnahmen angeboten werden.

Das Angebot einer 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.

*100% (starker) Konsens*

## Geschlechtsspezifische Aspekte

### Konsentierete Empfehlung – Empfehlung 110

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.

*100% (starker) Konsens*

## Kindes- und Jugendalter

### Antipsychotische Behandlung im Kindes- und Jugendalter - Allgemeine Therapieprinzipien, Präparate und Kontrolluntersuchungen

#### Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 111

Bei Kindern und Jugendlichen (< 18 Jahre) mit einer Schizophrenie sollen die gleichen Maßnahmen für die allgemeine Pharmakotherapie, für die Dosisfindung, für die Behandlungsfrequenz und Behandlungsdauer, für das Therapeutische Drug Monitoring, für das Wechseln von Antipsychotika, für die Feststellung der medikamentösen Therapieresistenz und für die Überwachung und Behandlung von Nebenwirkungen wie bei Erwachsenen (siehe Modul 4a) angeboten werden.

Allerdings sollen wegen einer größeren Sensibilität für Nebenwirkungen bei Kindern und Jugendlichen die im Text dargestellten Besonderheiten bezüglich der Dosierung, der Umstellung und der Frequenz des Nebenwirkungsmonitorings beachtet werden.

*100% (starker) Konsens*

#### Starke Empfehlung – Empfehlung 112a

Kindern und Jugendlichen (< 18 Jahre) mit einer Schizophrenie soll zur Behandlung von Positivsymptomen nach Risiko-Nutzen-Evaluation und Aufklärung auch der Sorgeberechtigten eine orale antipsychotische Behandlung in Monotherapie angeboten werden.

Positive Wirksamkeitsnachweise für Kinder und Jugendliche (< 18 Jahre) mit einer Schizophrenie liegen vor für Aripiprazol, (Haloperidol)\*, (Olanzapin)#, Quetiapin, Paliperidon und Risperidon.

\* In der methodisch besten Meta-Analyse wurde Haloperidol nicht untersucht und das hohe Risiko für EPS bedingt, dass dies daher nicht als erste Wahl in dieser Population eingesetzt werden soll. # Olanzapin wird aufgrund des hohen Risikos für Gewichtszunahme und Veränderungen im Glukose- und Lipidstoffwechsel nicht als erste Wahl in dieser Population empfohlen. Bei nicht für das jeweilige Alter zugelassenen Medikamenten (siehe Hintergrundtext) handelt es sich um einen „off-label use“

*100% (starker) Konsens*

#### Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 112b

Die als wirksam nachgewiesenen Medikamente für Kinder und Jugendliche sollten bei entsprechender Indikation unter Berücksichtigung des jeweiligen Nebenwirkungsspektrums im Falle einer Unterschreitung des zugelassenen Lebensalters der Kinder und Jugendlichen auch off-label\* angeboten werden.

*100% (starker) Konsens*

#### Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 113

Bei Kindern und Jugendlichen (< 18 Jahre), die eine antipsychotische Behandlung erhalten, soll in Ergänzung zu den Prinzipien bei erwachsenen Patienten eine Kontrolle von Nebenwirkungen unter Beachtung ihrer spezifischen Besonderheiten angeboten werden. Hierzu zählen u.a.:

- Geschlechts- und altersadaptierte Erfassung von Nebenwirkungen (v.a. motorische Nebenwirkungen)
- Würdigung der hohen Sensitivität für motorische Nebenwirkungen
- Würdigung von Unterschieden in der objektiven und subjektiven Wahrnehmung von Nebenwirkungen
- Einfluss erhöhter Prolaktinspiegel auf die sexuelle Entwicklung
- Einfluss der Behandlung auf die Gewichts- und Größenentwicklung mit regelmäßiger Verlaufsbeobachtung dieser beiden wichtigen somatischen Parameter
- Erkennen früh auftretender somatischer Komorbiditäten
- Im Vergleich zu Erwachsenen höherfrequentes Monitoring von möglichen metabolischen Nebenwirkungen

*100% (starker) Konsens*

#### **Starke Empfehlung – Empfehlung 114**

In Fällen einer gesicherten medikamentösen Behandlungsresistenz soll nach Risiko-Nutzen-Evaluation, entsprechender Aufklärung auch der Sorgeberechtigten und unter Einhaltung der notwendigen Begleituntersuchungen ein Behandlungsversuch mit Clozapin\* zur Behandlung der bestehenden psychotischen Symptomatik angeboten werden.

\*Dabei handelt es sich bei Kindern < 16 Jahren jedoch um einen „off-label-use“

*100% (starker) Konsens*

### **Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter**

#### **Starke Empfehlung – Empfehlung 115**

Bei Kindern und Jugendlichen mit einer ersten Episode einer Psychose oder einer Schizophrenie soll eine KVT angeboten werden.

*100% (starker) Konsens*

#### **Starke Empfehlung – Empfehlung 116**

Familien mit Kindern oder Jugendlichen mit einer ersten oder mehreren psychotischen Episoden einer Schizophrenie und/oder ihren Angehörigen oder Vertrauenspersonen sollen in den verschiedenen Krankheitsphasen im stationären und ambulanten Setting Familieninterventionen zur Entlastung des Familiensystems und zur Reduktion des Rezidivrisikos angeboten werden.

*100% (starker) Konsens*

### **Schulische und berufliche Qualifikation**

#### **Konsentiertere Empfehlung – Empfehlung 117**

Nach der Akutphase soll an einer Schizophrenie erkrankten Kindern und Jugendlichen durch Ärzte und Psychotherapeuten sowie anderen in die Behandlung involvierten Personen eine Vermittlung zwischen den Betroffenen und den verantwortlichen Personen in der Schule oder der Ausbildung angeboten werden. Dabei soll sichergestellt werden, dass soweit möglich die

schulische/berufliche Ausbildung fortgeführt werden kann und dafür ggf. entsprechende komplementäre Unterstützung zur Verfügung gestellt wird.

Unterstützende Programme zur Wiedereingliederung oder dem Auffinden einer Ausbildungs-/Arbeitsstelle sollen den betroffenen Personen angeboten werden.

Bei ausgeprägter Negativsymptomatik und/oder persistierender Positivsymptomatik mit starker Beeinträchtigung kann aufgrund der bestehenden Teilhabeproblematik eine Betreuung in einer spezialisierte Einrichtung notwendig sein. Eine entsprechende Eingliederungshilfe (nach §35a SGB VIII) ist ggfs. entsprechend anzuregen.

Die sozialen und schulischen/beruflichen Aktivitäten sollen regelmäßig beobachtet und in den Gesamtbehandlungsplan integriert werden.

*100% (starker) Konsens*

## **Elektrokonvulsionsbehandlung bei perniziöser Katatonie im Kindes- und Jugendalter**

### **Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 118**

Bei perniziöser Katatonie nach einer erfolglosen Therapie mit einem Antipsychotikum und Lorazepam oder eindeutiger medikamentöser Behandlungsresistenz nach adäquater Therapie in ausreichender Dosis und Zeitdauer und nach Ausschöpfung aller pharmakologischer und nicht-pharmakologischer Therapieoptionen soll die Indikationsstellung für eine EKT nur im multidisziplinären Team unter Einbeziehung eines Erwachsenenpsychiaters erfolgen.

*100% (starker) Konsens*

## **Behandlung im höheren Lebensalter - Allgemeine Aspekte, Antipsychotika, Psychotherapie, Kontrolluntersuchungen**

### **Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 119**

Bei der Erstmanifestation paranoid-halluzinatorischer Symptomatik im höheren Lebensalter sollen zum Ausschluss einer organischen Ursache die in Modul 2 empfohlenen Untersuchungen angeboten werden. Im höheren Lebensalter soll dabei insbesondere auf delirante Syndrome, komorbide internistische Erkrankungen und auf in zeitlichem Zusammenhang mit dem Auftreten der Symptomatik stehende, neu angesetzte oder abgesetzte medikamentöse Behandlungen geachtet werden.

*100% (starker) Konsens*

### **Schwache Empfehlung – Empfehlung 120**

Menschen mit einer Schizophrenie im höheren Lebensalter (> 65 Jahre) sollte zur Behandlung von Positivsymptomen eine antipsychotische Behandlung in Monotherapie mit geringeren Dosierungen als jüngeren Patienten angeboten werden, da diese Personen eine höhere Sensibilität für Nebenwirkungen haben.

*100% (starker) Konsens*

### **Starke Empfehlung – Empfehlung 121**

Bei Menschen mit einer Schizophrenie im höheren Lebensalter (> 65 Jahre) sollen die gleichen psychotherapeutischen und psychosozialen Therapien wie bei jüngeren Patienten unter Berücksichtigung der spezifischen Besonderheiten des Alters angeboten werden.

*100% (starker) Konsens*

### **Konsenterte Empfehlung – Empfehlung 122**

Vor Eindosierung eines Antipsychotikums bei Menschen mit einer Schizophrenie im höheren Lebensalter sollen das altersspezifisch akzentuierte Nebenwirkungsprofil und mögliche Interaktionen mit anderen Medikamenten überprüft werden. Eine vor Beginn der Behandlung bestehende Polypharmazie soll so weit wie möglich reduziert werden, um das Risiko für medikamentöse Interaktionen zu reduzieren.

*100% (starker) Konsens*

### **Konsenterte Empfehlung – Empfehlung 123**

Bei langjähriger Behandlung mit Antipsychotika sollten ältere Menschen gezielt auf das Vorliegen von Spätdyskinesien (sog. tardiven Dyskinesien) untersucht werden. Neben einer genauen diagnostischen Einordnung der Dyskinesien sollen dabei funktionale Auswirkungen und das Ausmaß der Beeinträchtigung der Lebensqualität der Betroffenen erfasst werden. Die Behandlung der tardiven Dyskinesien sollten anhand der in Modul 4a formulierten Empfehlungen erfolgen.

*100% (starker) Konsens*

## **Besonderheiten in der Therapie der Ersterkrankung einer Schizophrenie**

### **Starke Empfehlung – Empfehlung 124**

Menschen mit einer ersten Episode einer Schizophrenie sollen möglichst frühzeitig erkannt werden. Die Dauer der unbehandelten Psychose (DUP) soll so kurz wie möglich gestaltet werden.

Im Einzelnen sollen folgende Interventionen in einer multiprofessionellen Behandlung für Ersterkrankte angeboten werden:

- Pharmakotherapie gemäß den Empfehlungen für Ersterkrankte in Modul 4a
- Spezialisierte kognitive Verhaltenstherapie und Familieninterventionen für Ersterkrankte gemäß Modul 4b
- Psychosoziale Interventionen zur Integration auf dem ersten Arbeitsmarkt1
- Möglichkeit zu niederschweligen Behandlungsangeboten oder aufsuchende Behandlung
- Verstärkte Zusammenarbeit auf hausärztlicher, fachärztlicher und betriebsärztlicher Versorgungsebene (Modul 5)

*100% (starker) Konsens*

## Diagnostik und Therapie bei Menschen mit erhöhtem Psychoserisiko

### Konsentigte Empfehlung – Empfehlung 125

Die Evaluation eines erhöhten Risikos für Psychosen anhand eines der gängigen Instrumente (siehe Tabellen im Anhang der Langversion) sollte folgenden Personen angeboten werden:

1. Menschen mit Symptomen, die vereinbar mit den heute gängigen Konzepten der Früherkennung sind, und mit einem dadurch bedingten subjektiven Leidensdruck, die von sich aus professionelle Hilfe aufsuchen.
2. Menschen mit einem etablierten Risiko (z.B. positive Familienanamnese) für eine psychotische Erkrankung, die weitere diagnostische Abklärung wünschen.

Dabei sollten die etablierten Kriterien, Skalen und Interviews gemäß dem aktuellen wissenschaftlichen Stand verwendet werden. Die Untersuchung soll dabei durch in den diagnostischen Instrumenten geschultes Fachpersonal (Ärzte, Psychologen, Psychotherapeuten oder andere in der Psychiatrie erfahrene Professionelle) erfolgen<sup>1</sup>.

Ein allgemeines Screening bei Personen, die nicht die zuvor genannten Kriterien erfüllen, soll nicht erfolgen.

*100% (starker) Konsens*

### Konsentigte Empfehlung – Empfehlung 126

Menschen mit erhöhtem Psychoserisiko sollten entsprechend Evaluation (Empfehlung 125)

- über ihren aktuellen Zustand mit vertretbarem therapeutischen Optimismus und psychotherapeutischer und psychosozialer Unterstützung informiert sowie bei der Verarbeitung dieses Wissens begleitet werden.
- nicht mit der vorzeitigen Diagnose einer Schizophrenie belastet und stigmatisiert werden. Es sollte z. B. von einem erhöhten "Risiko einer weiteren Verschlechterung der seelischen Gesundheit" oder dem Risiko „eine psychotische Krise zu entwickeln“ gesprochen werden.

*100% (starker) Konsens*

### Konsentigte Empfehlung – Empfehlung 127

Menschen mit erhöhtem Psychoserisiko soll eine Abklärung hinsichtlich depressiver Störungen, hinsichtlich Suizidalität und des Konsums psychoaktiver Substanzen angeboten werden. Eventuelle Komorbidität mit körperlichen Erkrankungen soll beachtet werden. Entsprechende Behandlungsangebote sollen im Falle von manifesten Komorbiditäten gemacht werden.

*100% (starker) Konsens*

### Schwache Empfehlung – Empfehlung 128a

Menschen mit erhöhtem Psychoserisiko sollte eine KVT (siehe Modul 4b) zur Reduktion des Risikos eines Übergangs oder zur Verzögerung des Übergangs in eine Psychose angeboten werden.

*100% (starker) Konsens*

### **Starke Empfehlung gegen – Empfehlung 128b**

Menschen mit erhöhtem Psychoserisiko soll eine Behandlung mit Antipsychotika zur Reduktion des Risikos eines Übergangs oder zur Verzögerung des Übergangs in eine Psychose nicht angeboten werden.

*100% (starker) Konsens*

### **Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 128c**

In Fällen, in denen KVT nicht ausreichend war und in denen attenuierte psychotische Symptome mit zunehmender Schwere auftreten, oder in denen kurze psychotische Episoden mit steigender Frequenz auftreten, sollten Antipsychotika der zweiten Generation\* in geringer Dosierung nach ausführlicher Risiko-Nutzen-Evaluation vorübergehend zusätzlich zur Symptomreduktion angeboten werden.

\* In klinischen Studien wurden Aripiprazol (eine offene Studie), Risperidon (zwei kontrollierte Studien), Amisulprid (eine kontrollierte Studie) und Olanzapin (eine kontrollierte Studie) untersucht. Falls ICD-10 Kriterien für eine Schizophrenie nicht vorliegen, handelt es sich folglich um einen „off-label use“.

*100% (starker) Konsens*

## **Rehabilitation (Modul 4d)**

### **Rehabilitation allgemein**

#### **Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 129**

Menschen mit Schizophrenie sollten Rehabilitationsangebote erhalten, wenn sie dies wünschen und dies für ihre Rehabilitation notwendig erscheint.

*90% Konsens*

#### **Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 130**

Für Menschen mit Schizophrenie sollen die pharmakotherapeutischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Behandlungen auch in der Phase der Rehabilitationsbehandlung als Basistherapien zur Symptomreduktion und Rezidivprophylaxe angeboten werden.

*100% (starker) Konsens*

### **Medizinische Rehabilitation**

#### **Schwache Empfehlung – Empfehlung 131**

Die Wirksamkeit von Ansätzen nach den Prinzipien von Supported Employment (unterstützte Beschäftigung) kann durch begleitende Kognitive Remediation erhöht werden. Diese sollten deshalb in Abhängigkeit des individuellen Bedarfs angeboten werden.

*100% (starker) Konsens*

## Soziale Rehabilitation

### Schwache Empfehlung – Empfehlung 132

Menschen mit Schizophrenie sollten selbstbestimmt in der Gemeinde wohnen und entsprechend ihrer individuellen Bedarfe und Präferenzen aufsuchend unterstützt werden.

100% (starker) Konsens

## Berufliche Rehabilitation

### Starke Empfehlung – Empfehlung 133

Menschen mit einer Schizophrenie und dem Wunsch nach einer Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sollen im Rahmen der beruflichen Rehabilitation Programme mit dem Ziel einer raschen Platzierung direkt auf einem Arbeitsplatz des allgemeinen Arbeitsmarktes und notwendiger Unterstützung (Supported Employment) angeboten werden.

100% (starker) Konsens

### Schwache Empfehlung – Empfehlung 134

Für Menschen mit Schizophrenie sollten auch Angebote vorgehalten werden, die nach dem Prinzip „erst trainieren - dann platzieren“ vorgehen. Diese sind insbesondere für die Teilgruppe ohne Präferenz für eine sofortige Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt bedeutsam. Ziel ist die Platzierung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt mit Unterstützung.

93% Konsens

### Konsentiertere Empfehlung – Empfehlung 135

Die berufliche Rehabilitation von Menschen mit Schizophrenie sollte darauf ausgerichtet werden, den Arbeitsplatzverlust zu vermeiden. Dazu sollen entsprechende Dienste bzw. Hilfen frühzeitig einbezogen werden.

100% (starker) Konsens

### Konsentiertere Empfehlung – Empfehlung 136

Das Vorhandensein einer abgeschlossenen Ausbildung ist als Grundlage für die Teilhabe am Arbeitsleben für Menschen mit Schizophrenie von enormer Wichtigkeit. Daher sollten reguläre schulische, akademische, betriebliche und besondere Ausbildungsangebote wohnortnah und mit entsprechenden flankierenden Unterstützungsangeboten zur Verfügung stehen (Supported Education).

100% (starker) Konsens

## Versorgungskoordination (Modul 5)

### Versorgungskoordination allgemein

#### Konsentiertere Empfehlung – Empfehlung 137

Ein niedrigschwelliger Zugang zum Versorgungssystem soll jedem Menschen mit einer Schizophrenie ermöglicht werden. Eine wichtige Komponente des Versorgungssystems ist dabei die Koordination von psychiatrischen und psychotherapeutischen, psychosozialen und allgemeinen medizinischen und rehabilitativen Maßnahmen.

100% (starker) Konsens

### **Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 138**

Ein Zusammenwirken aller am Versorgungssystem Beteiligten mit den Betroffenen soll ein Merkmal der Behandlung der Schizophrenie sein.

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

100% (starker) Konsens

### **Facharztzentrierte ambulante Behandlung und Überweisungskriterien zum Facharzt (Personen ≥ 18 Jahre)**

#### **Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 139**

Eine ambulante fachspezifische Behandlung sollte bei Menschen mit Verdacht auf Schizophrenie zur Diagnostik sowie bei Menschen mit bereits diagnostizierter Schizophrenie zur Behandlung und Koordination der ambulanten und flankierenden Versorgungsangebote in Absprache mit dem Betreffenden angeboten werden.

100% (starker) Konsens

### **Multiprofessionelle gemeindepsychiatrische Teams, Case Management, aufsuchende, teambasierte gemeindepsychiatrische Behandlung**

#### **Schwache Empfehlung – Empfehlung 140**

Gemeindepsychiatrische, teambasierte multiprofessionelle ambulante Behandlung in definierten Regionen sollte zur Versorgung von Menschen mit einer Schizophrenie etabliert werden.

100% (starker) Konsens

#### **Schwache Empfehlung – Empfehlung 141**

Case Management kann nicht uneingeschränkt für die Routineversorgung aller Patienten empfohlen werden, sollte jedoch nach Prüfung der entsprechenden Voraussetzungen (z.B. geringe Versorgungsdichte von gemeindepsychiatrischen Ansätzen in einer Region und/oder hohe Inanspruchnahme von stationären Behandlungen) gezielt zur Anwendung kommen.

100% (starker) Konsens

#### **Starke Empfehlung – Empfehlung 142**

Ein aufsuchender Ansatz soll v.a. dann zur Verfügung stehen, wenn Behandlungsabbrüche drohen. Insbesondere soll die Möglichkeit der aufsuchenden Behandlung für die Versorgung von wohnungslosen Menschen mit einer Schizophrenie zur Verfügung stehen.

97% (starker) Konsens

### **Starke Empfehlung – Empfehlung 143**

Menschen mit chronischen und schweren psychischen Störungen (z.B. Schizophrenie) sollen die Möglichkeit haben, auch über einen längeren Zeitraum und über akute Krankheitsphasen hinausgehend, nachgehend aufsuchend in ihrem gewohnten Lebensumfeld behandelt zu werden.

*100% (starker) Konsens*

### **Tageskliniken, Nachtkliniken und Psychiatrische Institutsambulanzen**

#### **Schwache Empfehlung – Empfehlung 144**

Eine tagesklinische Akutbehandlung sollte als Alternative zu einer stationären Behandlung angeboten werden, wenn die Voraussetzungen (siehe Hintergrundtext) dafür erfüllt sind.

*100% (starker) Konsens*

#### **Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 145**

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 Nachtambulanz oder anderen Übergangseinrichtungen bzw. Krisenpension erwogen werden.

86% Konsens

#### **Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 146**

Bei der Notwendigkeit zur Behandlung durch ein multiprofessionelles Team oder notwendiger Intensivierung psychopharmakologischer, psychotherapeutischer und psychosozialer Maßnahmen soll eine Überweisung zu einer Psychiatrischen Institutsambulanz oder einem ambulanten Versorgungsnetz, in welchem je nach personeller Ausstattung auch komplexe Behandlungsprogramme vorgehalten werden können, geprüft werden.

*100% (starker) Konsens*

### **Stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung**

#### **Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 147**

Eine stationäre Behandlung kann einen erheblichen Eingriff in die Lebenskontinuität bedeuten, deswegen sollten Alternativen zur stationären Aufnahme in jedem Fall geprüft werden. Bei Erfordernis stationärer Behandlung sollten, wenn möglich, kurze, geplante Aufenthalte angestrebt werden.

*100% (starker) Konsens*

#### **Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 148**

Eine stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung soll angeboten werden, wenn der Patient der besonderen diagnostischen und therapeutischen Mittel oder des besonderen Schutzes des Krankenhauses wegen akuter Selbst- oder Fremdgefährdung bedarf.

Dies kann z.B. der Fall sein bei:

- Therapieresistenz,

- akuter Suizidalität,
- ausgeprägten Wahn- oder Angstzuständen,
- nicht gewährleisteter Ernährung oder Pflege,
- ausgeprägter Antriebshemmung oder Adynamie,
- die Remission und Genesung behindernden häuslichen oder wohnraumbezogener Konstellationen,
- die Behandlung komplizierender Begleiterkrankungen,
- komplexen Behandlungssituationen,
- unklaren somatischen Komorbiditäten,
- schweren unerwünschten Arzneimittelwirkungen,
- oder bei sonstigen ambulant nicht zu versorgenden Problemen.

*100% (starker) Konsens*

#### **Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 149**

Im Rahmen einer stationären Behandlung soll eine multiprofessionelle Therapie mit verschiedenen, sowohl beziehungsfördernden und bedürfnisorientierten als auch störungsorientierten Interventionen angeboten werden.

*100% (starker) Konsens*

### **Behandlung in einem Früherkennungs- und Therapiezentrum**

#### **Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 150**

Zur Identifikation von Menschen mit erhöhtem Psychoserisiko können in Zusammenarbeit mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie multiprofessionelle Früherkennungs- und Frühinterventionsnetzwerke unter Beteiligung von weiteren Berufsgruppen und Institutionen wie z. B. Hausärzten, niedergelassenen Fachärzten, Psychotherapeuten, anderen Fachberufen, Pflegefachpersonen, psychiatrischen Kliniken, Behörden und Institutionen im Bildungs- und Ausbildungswesen gebildet werden. Diese Netzwerke sollten auch aufsuchende Dienste umfassen.

*100% (starker) Konsens*

### **Milieutherapeutisch orientierte Versorgungsstrukturen und Soteria**

#### **Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 151 (0)**

Menschen mit einer Schizophrenie kann die Behandlung in einer nach Soteria-Prinzipien und mit Soteria-Elementen in der Regelversorgung geführten Einrichtung unter Berücksichtigung der Verfügbarkeit dieses Versorgungsmodells angeboten werden.

*100% (starker) Konsens. Empfehlungen mit dem Grad 0 („Empfehlung offen“) basieren auf vorliegender Evidenz, erlauben jedoch keine klare Empfehlung für oder gegen eine Maßnahme. Sie sind nicht als KKP-Empfehlungen zu verstehen, sondern markieren Bereiche, in denen Evidenz vorhanden ist, ohne dass ein gesicherter wissenschaftlicher Nachweis für eine eindeutige Empfehlung besteht.*

## Peer-to-Peer Ansätze

### **Schwache Empfehlung – Empfehlung 152a**

Peer-to-Peer Konzepte sollten Menschen mit einer Schizophrenie mit dem Ziel des Erreichens einer höheren Zuversicht und Recovery angeboten werden.

*97% (starker) Konsens*

### **Konsentierete Empfehlung Empfehlung 152b**

Psychoedukative Ansätze nach dem Peer-to-Peer- Modell können Patienten und Angehörigen und anderen Vertrauenspersonen angeboten werden, um alternative Wege zu ermöglichen, Wissenszuwachs und Krankheitskonzept positiv zu beeinflussen und das Belastungserleben zu reduzieren.

*97% (starker) Konsens*

## Betriebsnahe Versorgungsnetze für Menschen mit Schizophrenie

### **Konsentierete Empfehlung Empfehlung 153**

Menschen mit Schizophrenie sollten durch betriebsnahe multiprofessionelle Versorgungsnetze unterstützt und behandelt werden, um eine frühzeitige Erkennung und Behandlung möglicher krankheitsbedingter Defizite und eine kontinuierliche Ausbildungs- und Erwerbsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt zu ermöglichen.

*100% (starker) Konsens*

## Qualitätsmanagement (Modul 7)

### Qualitätsindikatoren

#### **Konsentierete Empfehlung – Statement 4**

Leitlinienbasierte Qualitätsindikatoren zur Schizophreniebehandlung sind als Instrument des Qualitätsmanagements realisierbar.

*97% (starker) Konsens*

### Qualitätssicherung

#### **Konsentierete Empfehlung – Empfehlung 154**

Eine strukturierte Leitlinienimplementierung (wie im Hintergrundtext dargestellt) sollte durchgeführt werden, da sie das Behandlungsergebnis der Behandlung von Menschen mit Schizophrenie verbessern kann.

*83% Konsens*

<b>Versionsnummer:</b>	<b>4.0</b>
<b>Erstveröffentlichung:</b>	<b>10/1998</b>
<b>Letzte inhaltliche Überarbeitung:</b>	<b>06/2025</b>
<b>Nächste Überprüfung geplant:</b>	<b>06/2026</b>

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen **Insbesondere bei Dosierungsangaben sind stets die Angaben der Hersteller zu beachten!**

**Autorisiert für elektronische Publikation: AWMF online**

# Recovery-basierte Grundwerte: Kompass für die personenzentrierte Psychiatrie

Gianfranco Zuaboni

## Recovery auf Akutstationen: Ausgangslage

Der Recoveryansatz verfügt im Fachbereich der Psychiatrie über eine große Akzeptanz. Doch die mehrdeutige Nutzung des Begriffs kann Anlass für Missverständnisse sein. »Recovery« wird im Sinne der Genesung, zum Beispiel durch Symptomreduktion, aber auch im Sinne eines Transformationsprozesses von persönlichen Werten, Träumen und Lebenszielen genutzt (Pilgrim 2008). Mit der Publikation *Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit* (Amering & Schmolke 2012) begann sich das Verständnis von Recovery im deutschsprachigen Raum in der Psychiatrie zu verändern. Mittlerweile sind zahlreiche weitere Publikationen hinzugekommen (Barker & Buchanan-Barker 2020) und auch in S3-Leitlinien (DGPPN 2018) ist der Ansatz aufgenommen worden. Gleichzeitig haben zahlreiche psychiatrische Institutionen die praktische Implementierung vorangetrieben. Im folgenden Beitrag werde ich versuchen, die Bedeutung von Recovery für die praktische Arbeit in der Psychiatrie und insbesondere auf Akutstationen aufzuzeigen.

## Lernen von Erfahrenen

Die entscheidenden Impulse für die Recovery-orientierte Arbeitsweise stammen von Personen mit eigenen Krankheits- und Genesungserfahrungen. Eine solche Expertin aus Erfahrung ist Patricia Deegan. In einem Vortrag schilderte sie, wie sich ihr eigenes Verständnis von Recovery entwickelt hat (Deegan 2019, S. 14 ff.): »Anfänglich dachte ich, Recovery bedeutet, zu versuchen, normal zu werden und in der Welt als normal zu gelten. Inzwischen habe ich gelernt, dass es das einzige Ziel von Recovery ist, nicht normal zu sein, sondern die einzigartige Person zu werden, die ich bin und die es nie wieder geben wird. Ich bin keine Schizophrene. Ich bin eine Person und keine Krankheit.«

Auf der Grundlage dieser Textpassage von Pat Deegan werde ich mögliche Konsequenzen für die Begleitung von Personen in ihren Recoveryprozessen herleiten. In der Psychiatrie begegnen wir Patient\*innen, die ähnliche Erwartungen haben: wieder normal zu werden; wieder die Person zu werden, die sie vor der Erkrankung waren; ihr altes Leben zurückzuerhalten. Auch wenn ich als Fachperson wiederholt beobachtet habe, welche Spuren und Veränderungen eine so einschneidende Erfahrung wie eine schwere psychische Erkrankung bei einer betroffenen Person hinterlassen, ist der aktuelle Wunsch von Patient\*innen, »wieder normal zu werden«, als Ausgangspunkt der Zusammenarbeit zu akzeptieren und in den Begleitungsprozess einzubeziehen.

In Berichten von Expert\*innen aus Erfahrung wird vielfach geschildert, dass die Integration und die Akzeptanz schmerzlicher Erfahrungen als Teil der eigenen Lebensgeschichte ein herausfordernder Prozess sein kann, der unter anderem mit einer persönlichen Neuorientierung und einem Wandel einhergeht (Rennick-Egglestone u. a. 2019; Schulz & Zuaboni 2014), was zentrale Themen von Recovery sind (Leamy u. a. 2011). Diese persönliche Auseinandersetzung findet vielfach über einen längeren Zeitraum statt. Während der psychiatrischen Behandlung und bereits in akuten Situationen können wir als Fachpersonen dazu beitragen, eine positive Selbstwahrnehmung und das Selbstverständnis zu fördern.

Aus Pat Deegans Text leite ich folgende Fragen ab:

- Was müssen wir tun, damit sich Patient\*innen als individuelle Personen und nicht zum Beispiel als »Schizophrene« angesprochen fühlen?
- Wie können wir sie dabei unterstützen, sich selbst besser kennenzulernen und Expert\*innen ihres eigenen Lebens zu werden?

Um diesen Fragen nachzugehen, werde ich die von Marianne Farkas und Kolleg\*innen (2005) beschriebenen Grundwerte von Recovery-orientierten Institutionen nutzen.

## Grundwerte von Recovery und praktische Umsetzung

### Personenorientierung und Personenzentrierung

Die Recovery-orientierte Unterstützung fokussiert primär auf das Individuum. Wesentlich ist dabei, das Individuum mit seinen Stärken, Talenten, Interessen zu sehen und zu erkennen anstatt als »Fall« oder als Träger\*in von Krankheitssymptomen.

Auf Akutstationen sind viele Behandlungsprozesse und Konzepte darauf ausgerichtet, möglichst schnell Probleme und Erkrankungen zu erfassen, die mittels effizienter und effektiver Interventionen behoben werden sollen. Dies entspricht der Erwartung, dass die Psychiatrie Menschen mit psychischen Erkrankungen hilft und sie heilt. Tatsächlich gelingt es uns, bei einem Großteil der Menschen, die unsere Hilfe in Anspruch nehmen, zu helfen. Doch bei anderen lassen sich die Probleme nicht innerhalb einer kurzen Klinikaufenthaltszeit lösen, nicht zuletzt darum, weil diese mit sozialen Faktoren zusammenhängen oder durch eben diese verursacht wurden und nicht in erster Linie medizinischer oder psychologischer Natur sind (Bowers u. a. 2005). Viele gesellschaftliche Probleme wie beispielsweise Einsamkeit oder Obdachlosigkeit manifestieren sich in psychischen Erkrankungen. Eine Auseinandersetzung mit Faktoren, die über ein psychologisch-medizinisches Krankheitskonzept hinausweisen, ist daher notwendig.

Personenzentrierte Ansätze haben zum Ziel, die Selbstbestimmung der Patient\*innen zu erhalten und zu fördern (Davidson & Tondora 2022). Sie basieren auf der Grundannahme, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen in erster Linie Menschen sind. Dies bedeutet, dass »sie« (im Originaltext: »they«) grundlegend gleich sind wie »wir« (»us«), also Menschen ohne psychische Erkrankungen (siehe auch Tondora u. a. 2014). Menschen, die psychiatrische Unterstützung beanspruchen, wünschen sich genau die gleichen Dinge für ihr Leben wie Nichtbetroffene: eine Wohnung, eine Partnerschaft, Freundschaften, sinnvolle Tätigkeiten, Gesundheit etc. Eine Recovery-orientierte Unterstützung sollte auf diese Themen eingehen (Slade 2009). Doch vielfach werden Patient\*innen in Kliniken mit zwei Erwartungen konfrontiert (Bock 2005): Compliance (bezüglich der Behandlung, Medikamenten, Stationsregeln etc.) und Krankheitseinsicht. Recovery-orientierte Fachpersonen müssen sich darum bemühen, partnerschaftlich mit Patient\*innen zusammenzuarbeiten und sie darin unterstützen, persönlich definierte bedeutsame Zielsetzungen zu erarbeiten und dabei die Dynamik von »sie« versus »wir« zu überwinden (Tondora u. a. 2014).

## Personenbeteiligung und Partizipation

Ein weiteres Prinzip der Recovery-orientierten Behandlung ist Personenbeteiligung und Partizipation. Neben der Implementierung der Peerarbeit gilt es, eine partnerschaftliche Arbeitsweise mit allen an der Behandlung beteiligten Personengruppen zu etablieren.

Dies betrifft die Entwicklung, die Planung, die Durchführung und die Evaluierung der Behandlung, die Recovery unterstützen soll.

Für stark hierarchisierte Institutionen ist partizipatives Arbeiten eine besondere Herausforderung und erfordert die Bereitschaft, sich in einen spezifischen Transformationsprozess zu begeben. Organisationsabläufe und -strukturen müssen so umgestaltet werden, dass alle an den Prozessen beteiligten Personen (Fachpersonen, Patient\*innen und Angehörige) die Möglichkeit erhalten, in Koproduktion an den Problemlösungen mitzuarbeiten (Zuaboni 2019). Fachpersonen müssen entsprechende Kompetenzen entwickeln, die sie befähigen, partizipative Prozesse anzuleiten und zu gestalten. Was anfänglich umständlich und langwierig erscheint, kann sich mit der Zeit zu einer Selbstverständlichkeit entwickeln. Prozesse, die partizipativ erarbeitet wurden, haben eine größere Chance, erfolgreich umgesetzt und von allen Stakeholdern angenommen zu werden (van Melle u. a. 2019).

## Selbstbestimmung und Wahl

Eine Recovery-orientierte Behandlung fördert individuelle Entscheidungen und Wahlmöglichkeiten der Patient\*innen in allen Aspekten ihres Recoveryprozesses. Dies betrifft die individuellen Wünsche und selbst gesetzten Ziele, die Nutzung von Angeboten sowie den Zeitpunkt der Nutzung.

Recovery bedeutet nicht, keine psychiatrische Unterstützung mehr zu beanspruchen. Im Gegenteil: Die Inanspruchnahme einer psychiatrischen Behandlung kann für eine Person eine selbstbestimmte Entscheidung sein, die unter Berücksichtigung verschiedener Optionen ausgewählt wurde.

Um die Selbstbestimmung und die Wahlmöglichkeiten zu fördern, ist es wichtig, geteilte Entscheidungsfindungsprozesse («shared decision making») zu etablieren (Gurtner u. a. 2020). Zu diesem Zweck gilt es, die Informationen zu Therapie- und Behandlungsoptionen verständlich zu vermitteln und Wahlmöglichkeiten anzubieten.

## Wachstumspotenzial

Eine Recovery-orientierte Unterstützung vertraut auf die inhärenten Fähigkeiten jedes Individuums, zu genesen. Dies ungeachtet dessen, ob die Person aktuell überwältigt ist von den Einschränkungen der Erkrankung, mit diesen kämpft, mit diesen lebt oder diese überwunden hat.

Fachpersonen müssen in der Lage sein, Hoffnung und Zuversicht zu vermitteln. Doch die Arbeit auf Akutstationen kann mit der Zeit zu einer eher pessimistischen Haltung beitragen (Cohen & Cohen 1984; Tsai & Salyers 2010). Entsprechend gilt es ganz besonders, in solchen Settings Konzepte und Maßnahmen zu implementieren, die Fachpersonen dabei unterstützen, selbst Zuversicht und Hoffnung zu bewahren.

Akutstationen müssen dahingehend gestaltet sein, dass sich Patient\*innen und das ganze Behandlungsteam sicher und aufgehoben fühlen. Dabei gilt es, Arbeitsbedingungen zu gewährleisten, die unter anderem Mitarbeitende in ihrer Resilienz unterstützen und fördern.

Basierend auf diesen beschriebenen Recovery-orientierten Grundwerten lassen sich psychiatrische Angebote koproduktiv entwickeln, welche die Patient\*innen dabei unterstützen, Krisensituationen zu überwinden, und sie darin stärken, Expert\*innen ihres eigenen Lebens zu werden.

# Sozialraumorientierung und aufsuchende Behandlung

*Klaus Obert, Jürgen Armbruster, Claudia Reinhardt*

Sozialraumorientierung stellt in der Betreuung, Begleitung, Unterstützung und Behandlung psychisch erkrankter Menschen in ihrer Lebenswelt eine konstitutive Grundlage dar. Sie ist nicht nur ein Merkmal von StäB, sondern allgemein ein prägendes Merkmal der aufsuchenden sozialpsychiatrischen Arbeit. Sozialraumorientierung meint das Eintauchen in den Alltag und das Handeln in und mit dem Umfeld, das Deuten von Handlungsmustern, Normen und letztlich Kulturen der Menschen in ihrer Lebenswelt. Sozialraumorientierung kann durchaus als ein Synonym für den Paradigmenwechsel in der Psychiatrie von der gemeindefernen Versorgung hin zu gemeindenahen und alltagsbezogenen Hilfen gesehen werden. Psychisch erkrankte Menschen und ihr familiäres und soziales Umfeld erhalten vorzugsweise dort die notwendigen Hilfen und Unterstützung, wo sich ihr Lebensmittelpunkt befindet.

Mit diesem Paradigmenwechsel, der bislang am konsequentesten in der Region Triest umgesetzt wurde (ROTELLI 2015), kehrten verstehende Ansätze, und damit vor allem alltags- und lebensweltorientierte sowie systemische Ansätze, in das Verständnis von psychischer Erkrankung in die psychiatrische Alltagsarbeit ein. Das bis dahin vorherrschende einseitig naturwissenschaftliche Erklärungsmodell wird durch das verstehende Paradigma, durch verständigungsorientierte Kommunikation und Interaktion infrage gestellt. Psychisch kranke Menschen werden auf diese Weise zu gleichberechtigten Subjekten unter Anerkennung und Wertschätzung ihrer Ressourcen. »Der ganze Mensch« in seiner Lebenswelt (PFEFFERER-WOLF 1999; THIERSCH 2015, 2020) kristallisierte sich zu einem zentralen Bezugspunkt heraus. Im Modus des Ver- und Aushandelns (vom Monolog zum Dialog) – im Unterschied zum asymmetrisch angelegten Behandeln – unterstützt die sozialpsychiatrische Arbeit psychisch Erkrankte und ihre Angehörigen dabei, den Alltag und die sich darin stellenden Aufgaben zu bewältigen und damit auch die psychische Erkrankung und ihre Folgen in den eigenen Alltag zu integrieren. Eine solche Arbeit kommt per se nicht umhin, den unmittelbaren Sozialraum sowohl als Voraussetzung und Ressource, aber auch in seinen pathologischen Bezügen

und als zu gestaltendes Ziel einzubeziehen. Diese Sicht- und Herangehensweise korrespondiert mit den Zielen, Leitlinien und Handlungsmaximen des Sozialraum-, Alltags- und lebensweltorientierten Ansatzes (THIERSCH 1996, 2015; OBERT 2001, S. 88 ff.; FRÜCHTEL 2018).

In der alltäglichen Arbeit stellt sich die Frage, wie psychisch erkrankte Menschen ihren Raum, ihre Zeit und ihre Beziehungen strukturieren können und wie ihr Eigensinn respektiert und sinnstiftendes Handeln in der Lebenswelt gefördert werden kann. Dabei geht es vorrangig um die Orientierung an den Bedürfnissen, Ressourcen und dem Willen des Menschen, um im Sozialraum verbleiben zu können. Die sozialpsychiatrischen Hilfen sind eingebettet in das Konzept des alltags- und lebensweltorientierten Ansatzes in Verbindung mit systemischen Konzepten.

- » Menschen im Kontext von Lebenswelt (...) erscheinen immer im zunächst gegebenen Zusammenspiel sozialer, struktureller und individueller Faktoren, also nicht als gleichsam isoliert, für sich bestehende Individuen, sondern innerhalb eines sozialen Netzes, in dem sie sich als sich selbst erfahren können. « (THIERSCH 1996, S. 122 f.)

Alltagsorientierte, sozialraum- und systemisch orientierte Sozialpsychiatrie stellt den Menschen im sozialen Feld, in seiner Lebenswelt, im Sozialraum in den Mittelpunkt des Handelns. Der Respekt vor dem anderen und dem Anderssein, die Akzeptanz und Förderung des Eigensinnes der Adressaten sind grundlegend für das Handeln und das Verstehen des Gegenübers. Die Menschen leben in ihrem Alltag in der Spannung von Routine und neuen Aufgaben und organisieren ihren Alltag in der Weise, wie sie diesen bestehen können, wie sie die jeweils anfallenden Aufgaben sinnerfüllt bewältigen. Sie sind gefordert, einen Lebensraum zu organisieren und zu strukturieren und ihre Zeit einzuteilen in Verbindung mit sinnstiftender Tätigkeit oder Beschäftigung. Auch das Verhältnis zu anderen Menschen ist zu klären und zu gestalten, desgleichen zum eigenen Leib, indem sie ihre Gesundheit erhalten und pflegen (vgl. OBERT 2001, 2013).

Die heutige Sozialraumorientierung hat ihren Vorläufer in der Gemeinwesenorientierung zur Zeit der Psychiatriereform. Diese meinte vorrangig zweierlei: Erstens die Integration in die Bezüge, Abläufe, Strukturen, Kulturen des jeweiligen Gemeinwesens mit dem normativ-moralischen Impetus, psychisch erkrankte Menschen zu integrieren und nicht auszugrenzen. Zweitens die Änderung konkreter gesellschaftlicher Verhältnisse, die Ausweitung der Normalitätsgrenzen hin zu einem menschenwürdigeren, sozial gerechteren,

weniger ausschließenden und ausgrenzenden Alltag. Begriff und Inhalt von Sozialraumarbeit sind davon nicht verschieden. Sozialraumarbeit orientiert sich explizit und eindeutig an einem zielgruppenübergreifenden Gemeinwohl, ausgehend von gegebenen sozialen (pathologischen) Verhältnissen. Sie orientiert sich weiter konsequent an den Bedürfnissen und den Interessenlagen der Menschen (HINTE 2014).

Gemeinwesen- wie Sozialraumarbeit basieren auf der Notwendigkeit, konkrete Lebenslagen und individuelle Lebensführung im emanzipatorischen Sinne zu verändern. Individuelle Lebensentwürfe, Lebensplanung und Lebensführung gehen in der sozialraumorientierten Arbeit einher mit einer kritisch-solidarischen Infragestellung (De-Konstruktion) des pathologischen Alltags und der Förderung solidarischer emanzipatorischer, d.h. sozial gerechterer und menschenwürdiger Lebenslagen und Lebensführung. Sozialraumorientierte professionelle Arbeit fördert auf diesem Weg die Ressourcen der Einzelnen und des Umfelds mit den erforderlichen Netzwerken und trägt als Katalysator zur Förderung sozial gerechterer und zufriedenstellenderer, gemeinschaftlicher Lebensverhältnisse bei (OBERT & POGADL-BAKAN 2011).

Die Betreuung und Begleitung psychisch erkrankter Menschen im Sozialraum ist immer auch und gleichermaßen ein konkret-praktischer Diskurs. Es geht dabei u. a. darum, die Folgen psychischer Erkrankung in die Abläufe und Handlungsweisen des Alltagslebens der Adressatinnen und Adressaten zu integrieren. Die Integration von psychiatrischem Wissen und der professionellen Kompetenz in die Kultur des Sozialraums, der Lebenslagen und der Lebensführung der Menschen und ihres unmittelbaren Umfelds stellt eine alltägliche Herausforderung dar. Die Kunst besteht darin, dieses Wissen nicht den Klientinnen und Klienten als Herrschaftswissen überzustülpen, sondern das Expertenwissen als eines neben anderen in den Alltag zu integrieren und dem Sozialraum zur Verfügung zu stellen. Letztlich geht es um die Vermeidung der einseitigen Übertragung des klinischen Blicks auf den Sozialraum.

## Entwicklung der alltags-, lebenswelt- und systemisch orientierten Sozialpsychiatrie

Die zunehmende Sozialraumorientierung findet in allen industrialisierten Ländern auf verschiedenen Ebenen statt, die untrennbar miteinander verbunden sind:

**Die Veränderung des Menschenbildes** Von der Reduktion des Menschen auf einen Körper zu einem ganzheitlichen Menschenbild, in dem Körper, Seele, Geist mit der Umwelt interagieren.

**Verständnis von Gesundheit und Krankheit** Vom einseitigen Defizitmodell hin zur multifaktoriellen Genese von Krankheiten, orientiert am Vulnerabilitätskonzept von ZUBIN (1977) und CIOMPI (1982).

**Strukturelle Ebene** Von der Anstalt hin zu einem ausdifferenzierten Netz an sozialpsychiatrischen Bausteinen und zur verbindlichen Zusammenarbeit im regionalen Gemeindepsychiatrischen Verbund mit Versorgungsverpflichtung (OBERT 2006, 2019).

**Konzept der offensiven Einmischung** Vom Einzelfall zum konsequenten fachpolitischen Engagement gemeinsam mit der organisierten Selbsthilfe.

In Deutschland ist dieser Prozess noch nicht abgeschlossen. Allerdings hat die Verflüssigung der Grenzen zwischen ambulanten und stationären Strukturen mit den entsprechenden theoretischen, konzeptionellen und inhaltlichen Zielen in der Ermöglichung von Stationsäquivalenter Behandlung (StäB) endlich eine gesetzliche Grundlage erhalten.

Bis dahin wurde die Ambulantisierung der Hilfen in Verbindung mit dem psychosozialen Paradigma vorrangig in der Eingliederungshilfe entwickelt, verankert und vielfach auch umgesetzt. Die Fragmentierung der Finanzierung zwischen und innerhalb einzelner Sozialgesetzbücher und die Organisation der Hilfen in der Trennung zwischen stationär und ambulant stellt nach wie vor eine hohe Hürde in der konsequenten sozialraumorientierten Umsetzung sozialpsychiatrischer Hilfen dar (vgl. den Beitrag von Greve und Steinhart in diesem Buch). Jedoch wurde und wird in nicht wenigen Regionen weiterhin in beiden Feldern – medizinische Behandlung wie Eingliederungshilfe – Pionierarbeit geleistet. So wurde z. B. in Geesthacht durch die Einführung von Kriseninterventionsteams eine beträchtliche Bettenreduktion erreicht (HEISLER 2017). In Stuttgart ging die Psychiatriereform mit der Hinwendung zum Gemeinwesen vorrangig vom ambulanten Bereich aus. Der Auf- und Ausbau von SpDi, Betreutem Wohnen, Tagesstätten mit Zuverdienst und weiteren Bausteinen erfolgt zunächst separat, dann in einem kontinuierlichen, intensiven Prozess von 1982 bis heute im Rahmen gemeinsamer Versorgungsverpflichtung im Gemeindepsychiatrischen Verbund (GPV) – immer mit dem Ziel, niederschwellig, ambulant-aufsuchend, alltags- und lebensweltorientiert zu handeln (ARMBRUSTER 1998; OBERT 2001). Von besonderer Bedeutung und Wichtigkeit sind in dieser Entwicklung die Organisationen der Selbsthilfe sowohl hinsichtlich der Förderung des Dialogs wie auch der praktischen Arbeit.

Das kritische, alltags- und lebensweltorientierte, ambulant aufsuchende, sozialpsychiatrische Handeln benötigt entsprechende strukturelle Rahmenbedingungen und ein verbindlich zusammenarbeitendes Netz an dezentralisierten und regionalisierten Hilfen in der Lebenswelt der Adressatinnen und Adressaten, immer in der Spannung von autonomiefördernder Unterstützung und dem Risiko der fürsorglichen Belagerung durch das professionelle Hilfesystem. Das regionalisierte Hilfesystem erfüllt drei wesentliche Aufgaben:

- die Stabilisierung der individuellen, zumeist prekären Lebenslagen, der Verbleib im Gemeinwesen mit der Förderung der Lebensqualität und -zufriedenheit in einem gelingenderen Alltag für und mit den Klientinnen und Klienten;
- die Umsetzung der regionalen Versorgungsverpflichtung – niemand wird aufgrund seiner Erkrankung (unabhängig von Art oder Intensität) gegen seinen Willen außerhalb der Region untergebracht (ROSEMANN 2009);
- eine verbindlich geregelte und vereinbarte Kooperation und Vernetzung im Gemeindepsychiatrischen Verbund (»Keiner kann's allein«).

Das Netz an sozialpsychiatrischen Hilfen mit der erforderlichen Ausstattung und den notwendigen Ressourcen besteht in Stuttgart aus den folgenden Bausteinen:

Für die ca. 620.000 Einwohnerinnen und Einwohner übernehmen acht regional arbeitende Gemeindepsychiatrische Zentren (GPZ) in Trägerschaft des Caritasverbandes für Stuttgart e. V., der Evangelischen Gesellschaft e. V. und des Zentrums für Seelische Gesundheit am Klinikum der Stadt Stuttgart die ambulante Grund- und Basisversorgung für psychisch erkrankte Menschen. Unter dem Dach der GPZ sind Sozialpsychiatrische Dienste, Gerontopsychiatrische Dienste, Tageszentren mit Zuverdienstprojekten, psychiatrische Pflegedienste, die Sprechstunde der psychiatrischen Institutsambulanzen sowie ein Angebot für Kinder psychisch erkrankter Eltern vereinigt (OBERT 2010).

Insgesamt gibt es (Stand Ende 2019) ca. 1.100 Plätze im Betreuten Wohnen. Circa 75 % der Plätze werden ambulant betreut, 25 % finden sich in »besonderen Wohnformen« (Wohnheime); darunter sind 58 geschlossene Plätze in vier Wohnheimen nach § 1906 BGB. Alle Dienste und Einrichtungen – die psychiatrischen Kliniken eingeschlossen – arbeiten verbindlich und vernetzt unter Federführung der Kommune auf hohem Vertrauensniveau im GPV eng zusammen. Die Kooperationsvereinbarungen mit der Stadt Stuttgart bilden den strukturellen Rahmen des GPV. Der GPV stellt die regionale Versorgungsverpflichtung sicher. Von Wichtigkeit ist die kontinuierliche Kontakt- und Beziehungspflege mit den politisch Verantwortlichen, der Verwaltung und der Kostenträger.

Ein ausdifferenziertes Rehabilitationszentrum für Arbeit trägt zur Rückkehr von Menschen mit psychischen Erkrankungen in den Arbeitsmarkt bei, aber auch zur Tagesstrukturierung durch sinnstiftende Arbeit und Beschäftigung.

Die klinisch stationäre Behandlung wird von zwei unterschiedlich großen psychiatrischen Kliniken mit Versorgungsverpflichtung gewährleistet. Die größere der beiden psychiatrischen Kliniken, die für etwas mehr als zwei Drittel des Stadtgebietes der Stadt zuständig ist, begann Ende 2018 erfolgreich mit dem Baustein »Stationsäquivalente Behandlung« (StäB). Des Weiteren gibt es noch eine weitere kleinere psychiatrische Klinik ohne Versorgungsverpflichtung.

Eine besondere Bedeutung und Wichtigkeit haben seit Beginn der sozialpsychiatrischen Bemühungen in Stuttgart die Organisationen der Selbsthilfe. Die Psychiatrieerfahrenen, die Angehörigen psychisch erkrankter Menschen und die Bürgerhelferinnen sind zu einem kritisch-solidarischen, unverzichtbar gewordenen Akteur in der Weiterentwicklung der Sozialpsychiatrie geworden.

Das Netz sozialpsychiatrischer Hilfen befindet sich permanent im Spannungsfeld zwischen potenziell segregierenden Sonderwelten und regionaler Versorgungsverpflichtung. Die Kritik vor allem vonseiten des radikaleren Flügels der Psychiatrieerfahrenen, eher eine Psychiatrie in der Gemeinde geschaffen zu haben als eine gemeindenahere Psychiatrie, greift in dieser Zuspitzung sicher zu kurz. Gleichwohl muss sie im Alltag selbstkritisch reflektiert werden, wenn die Leitlinie der Sozialraumorientierung, so wenig psychiatrische Hilfen wie nötig und so viel nicht-psychiatrische Hilfen wie möglich, weiterhin verwirklicht werden soll.

## **Sozialraumorientierung und StäB: Integration von Akutbehandlung in den Alltag**

Eine wesentliche Frage in der Verflüssigung von ambulanten und stationären Strukturen lautet: Wie kann es gelingen, den Alltag, die Lebenswelt, den Sozialraum, das Gemeinwesen als bedingende und grundlegende Dimension und den klinischen Blick zusammenzubringen? Wie kann die (Akut-)Behandlung

in den Alltag integriert werden? Die Betreuung und Begleitung zu Hause auch in akuten Krisensituationen wird seit Langem von den SpDi, vom Betreuten Wohnen und von den Pflegediensten in differenzierter und komplexer Weise umgesetzt (OBERT u. a. 2018). Auch wenn hier kein multidisziplinär zusammengesetztes Team Hausbesuche macht und die flexible medizinisch-psychiatrische Behandlung fehlt, wissen die Kollegen doch, wie man sich verhält, wenn die Klientin, der Klient zu Hause Gastgeber ist und über die »Schlüsselgewalt« verfügt. Aus organisatorischen, inhaltlich-fachlichen und kulturellen Gründen ist die Verknüpfung, Kooperation und Vernetzung mit den anderen ambulanten sozialpsychiatrischen Hilfen unverzichtbar. Die Bereitschaft zum Austausch, zur kollegialen Beratung, zur institutionalisierten Miteinbeziehung bis hin zur Bildung gemeinsamer Teams sollte die Entwicklung Stationsäquivalenter Behandlung für die Akutbehandlung begleiten und prägen. Zudem könnte eine Vereinbarung mit dem psychiatrischen Pflegedienst für die Zeit nach Beendigung der StäB-Phase die weitere Unterstützung sicherstellen. Eine im Anschluss noch mögliche Fortsetzung bedarfsorientierter ambulanter Pflege und Behandlung könnte ein weiterer Schritt zur konkreten Vernetzung von medizinischen, psychosozialen und pflegerischen Hilfen sein.

Die bisherigen Erfahrungen in Stuttgart verweisen optimistisch in eine solche Richtung. Zwischenzeitlich gibt es in über 18 »Fällen« gemeinsame Erfahrungen zwischen dem »StäB-Team« des Zentrums für Seelische Gesundheit am Klinikum Stuttgart und den ambulanten Diensten des Caritasverbandes für Stuttgart e. V. Es liegt nicht nur eine Bereitschaft zur Kooperation vor. Vielmehr erwartet das »StäB-Team« eine enge Vernetzung und Inanspruchnahme seines Angebots durch die ambulante Seite. Schon zu Beginn der stationsäquivalenten Behandlung wird festgelegt, welche Rolle und Aufgaben die Mitarbeitenden des Betreuten Wohnens oder des SpDis während der »Behandlung zu Hause« ein- und übernehmen können. In formellen und informellen Absprachen wird die Arbeitsweise immer wieder angepasst und bedürfnisorientiert neu ausgerichtet. Auch der Einsatz von Genesungsbegleiterinnen hat sich bewährt (vgl. von Peter u. a. in diesem Buch).

Probleme einer Anschlussbetreuung gibt es noch in den Fällen, bei denen der Betroffene z. B. noch nicht im Betreuten Wohnen ist und die Ressourcen des Sozialpsychiatrischen Dienstes für eine intensive Betreuung nicht ausreichen. Immerhin sieht die gesetzliche Regelung vor, dass der Betroffene während der stationsäquivalenten Behandlung täglich besucht werden muss, ein Ausschleichen des Angebots ist bislang nicht möglich. Die sukzessive Verringerung der Betreuungsfrequenz könnte bei diesen Einzelfällen vom

psychiatrischen Pflegedienst nach den § 27 SGB V (Richtlinien der Ambulanten Psychiatrischen Pflege) übernommen werden. Allerdings gibt es bislang noch keinen flächendeckenden Ausbau der ambulanten psychiatrischen Pflege.

Der Blick auf ein kurzes Fallbeispiel soll diese Einschätzung illustrieren und untermauern:

**FRAU W.** 59 Jahre alt, ist seit 1991 krank. Sie leidet an einer depressiven Störung und an einer Persönlichkeitsstörung. Nach mehreren Krankenhausaufenthalten wandte sie sich auf Empfehlung ihrer Hausärztin an den Sozialpsychiatrischen Dienst. Sie war dauerhaft krankgeschrieben und konnte ihrer Arbeit als Bibliothekarin in Teilzeit nicht mehr nachgehen. Schließlich war sie auch mit der Gestaltung ihrer Tagesstruktur überfordert. Dies wiederum bedeutete, dass sie mit den täglichen Aufgaben wie der Haushaltsführung, ihrer Ernährung und auch mit sozialanwaltlichen Arbeiten nicht mehr zurechtkam. Lediglich beim Einkauf wurde sie durch einen Pflegedienst unterstützt.

Im Verlauf der Zeit ist ihr Tag-Nacht-Rhythmus vollkommen durcheinandergeraten. Das Einzige was täglich klappt, ist der morgendliche Kirchgang. Egal wie die Nacht gewesen ist, Frau W. steht kurz nach 5:00 Uhr auf und geht zur Messe. Auf dem Rückweg von der Messe betet sie noch einen Rosenkranz und legt sich dann wieder ins Bett. Frau W. fühlt sich von allen unverstanden und ist davon überzeugt, dass sie niemand mag mit der Konsequenz, dass sie sich mehr und mehr zurückgezogen hat.

Bekannte oder Freundinnen hat sie keine. Die einzige Angehörige, zu der noch Kontakt besteht, ist ihre Schwester, die allerdings in den USA lebt und deshalb keine kontinuierliche Begleitung und Unterstützung bieten kann.

Vor der letzten stationären Aufnahme lag ein Medikamentenmissbrauch vor (u. a. Lyrica). Dort wurde die Aufnahme in die Behandlung durch das StäB Team zu Hause vorbereitet und angebahnt.

Während der Stationsäquivalenten Behandlung über fünf Wochen fanden eine enge Abstimmung und immer wieder aktualisierte Absprachen zwischen dem Sozialpsychiatrischen Dienst, Frau W. und dem StäB-Team statt. Während der stationsäquivalenten Behandlungsphase ließ das StäB-Team den Pflegegrad überprüfen und regte ambulant Betreutes Wohnen an. In enger Zusammenarbeit mit dem Kliniksozialdienst erarbeitete der SpDi mit Frau W. den Bedarf an sozialer Teilhabe (Betreutes Wohnen).

StäB war für Frau W. einerseits eine gute Sache, da die Kollegen jederzeit erreichbar waren und sie jeden Abend um 20 Uhr angerufen wurde, dass sie nun ins Bett gehen könnte, was ihr bei der Tagesstruktur sehr geholfen hat. Auf

der anderen Seite hat es ihr nicht gefallen, dass sie in den Gesprächen immer etwas Positives benennen sollte, wo es in ihrem Leben doch nichts Gutes zu berichten gibt.

Nach der Beendigung der StäB-Phase ging es Frau W. zunächst einmal wieder schlechter, da sie sich verlassen fühlte. Auf Nachfrage, was sie selbst dagegen tun könne, wenn es ihr schlechter gehe, antwortete sie, dass ihr die Bedarfsmedikamente helfen würden, sich von den »schlechten und unangenehmen Gefühlen« abzulenken. Ihre depressive Befindlichkeit geht mit täglichen Suizidgedanken einher (z. B.: »Am besten höre ich auf zu essen, dann geht es schneller vorbei.«). Sie könnte sich am ehesten ein Leben in einem Altenheim vorstellen. Gleichzeitig fühlt sie sich dafür noch zu jung und würde lieber – ein Traum, den sie wohl nur schwer erfüllen kann – in einem Kloster im Schwarzwald leben. Sie wünscht sich Menschen um sich herum, um nicht allein zu sein. Zu niederschweligen Gruppenangeboten, z. B. in einer Tagesstätte, kann sie sich aber auch (noch) nicht durchringen.

Obwohl Frau W. für die Betreuungsmaßnahmen einen Eigenanteil beisteuern muss, teilt sie schon einem Monat nach Beendigung von StäB ihrer BeWo-Betreuerin mit, dass ihr diese Form der Hilfe guttue. Sie hat Vertrauen zu ihrer Betreuerin gefasst und kommt eigenständig zu Gesprächsterminen in die Räume des Betreuten Wohnens, auch wenn es ihr nicht gut geht.

Suizidale Gedanken belasten sie weiterhin. Sie kann auch noch nicht ihrer Arbeit nachgehen. Trotzdem hat sich sieben Monaten seit ihrer Entlassung aus StäB ihre Lebenslage und -führung enorm stabilisiert. Der Gedanke an eine weitere stationäre Behandlung kam seither nicht wieder auf. Der Austausch mit der Sozialarbeiterin des Betreuten Wohnens wirkt auf sie anregend. Es tauchen nach und nach wieder Ideen auf, ihr Leben selbst zu gestalten und nicht nur auf den Tod zu warten. ✕

## Vom Alltag lernen

In der Kooperation der gemeindepsychiatrischen Hilfen mit dem StäB-Team kommt es in erster Linie darauf an, die Lebenslage und den Alltag der Betroffenen in seiner Komplexität und Konflikthaftigkeit in den Blick zu nehmen und sich davon leiten zu lassen, wie die Symptome der Erkrankung auf das Alltagsleben Einfluss nehmen und umgekehrt. Welche Bedeutung, Wirkung und Nebenwirkungen haben dabei Medikamente? Stören sie den Ablauf des

alltäglichen Lebens oder erleichtern sie ihn? Wie ist ihre Akzeptanz? Es geht darum, möglichst zusammen mit den Betroffenen die Wechselseitigkeit und gegenseitige Einflussnahme von aktueller Lebenslage, -führung, Biografie und psychischer Erkrankung zu erkunden, die Erkenntnisse in die tägliche Arbeit einzubringen und für eine sozialraumorientierte Sicht im medizinischen Feld zu werben.

Es geht weiter darum, den Willen der Klientinnen und Klienten, ihre Vorstellungen zur Lebensplanung und -gestaltung ins Zentrum des Handelns zu rücken und dabei zu versuchen, die medizinisch-psychiatrischen Denkweisen, Haltungen und die damit korrespondierende Praxis in den umfassenden und übergreifenden alltags- und lebensweltorientierten Ansatz zu integrieren. Ziele sind die Erarbeitung einer gemeinsamen Sprache und gleichberechtigtes Handeln im Team in Verbindung mit einer konsequenten Verflüssigung der Grenzen von ambulant und stationär.

Letztlich besteht ein wesentliches Ziel sozialraumorientierter Akutbehandlung im häuslichen Umfeld in der Veränderung der allgemeinspsychiatrischen Versorgung in Richtung einer konsequenten Ressourcenverlagerung von der Klinik nach draußen, in die Lebenswelt der Betroffenen. Die weitere Entwicklung hängt wesentlich davon ab, wie es gelingt, voneinander zu lernen, bisherige Routinen und Selbstverständlichkeiten immer wieder auf den Prüfstand zu stellen – bezogen auf und bestimmt durch das Individuum in seiner Lebenswelt, dessen Alltag durch die Behandlung, Begleitung und Unterstützung besser gelingen kann.

Die Umsetzung dieses Zieles erfordert eine theoretische und praktische Sozialraumorientierung, in der die Deutungs- und Handlungsmuster der Menschen und nicht nur ihre Symptome beachtet werden. Notwendigerweise ist damit gleichberechtigtes Handeln von psychosozialer und medizinischer Seite verbunden und die Integration von Erfahrungswissen durch Genesungsbegleiterinnen in den StäB-Teams impliziert.

*Dr. Klaus Obert ist Bereichsleiter der Sucht- und Sozialpsychiatrischen Hilfen im Caritasverband für Stuttgart e. V. und Sprecher des Gemeindepsychiatrischen Verbundes Stuttgart.*

*Prof. Dr. Jürgen Armbruster ist Vorstandsmitglied der Evangelischen Gesellschaft Stuttgart e. V.*

*Claudia Reinhardt ist Leiterin des Gemeindepsychiatrischen Zentrums Stuttgart Bad Cannstadt, Caritasverband für Stuttgart e. V.*

## Literatur

- ARMBRUSTER, J. (1998): Praxisreflexion und Selbstevaluation in der Sozialpsychiatrie. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- CIOMPI, L. (1982): Affektlogik. Stuttgart: Klett-Cotta.
- FRÜCHTEL, F. (2018): Relationale Sozialarbeit. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- HEISSLER, M. (2017): Multiprofessionelle mobile gemeindepsychiatrische Teams in der Praxis. In: STEINHART, I.; WIENBERG, G. (Hg.): Rundum ambulant. Funktionales Basismodell psychiatrischer Versorgung in der Gemeinde, 84–99. Köln: Psychiatrie Verlag.
- HINTE, W. (2014): Sozialraumorientierung in der Jugendhilfe. 3. Aufl. Weinheim: Beltz Juventa.
- OBERT, K. (2001): Alltags- und Lebenswelt orientierte Ansätze sozialpsychiatrischen Handelns. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- OBERT, K. (2006): Forum gegenseitigen Lernens. Kerbe, 24 (3), 35.
- OBERT, K.; POGADL-BAKAN, K. (2011): Gemeinwesenarbeit in der Sozialpsychiatrie. In: FINK, F.; HINZ, T (Hg.): Inklusion in Behindertenhilfe und Psychiatrie, 127–150. Freiburg: Lambertus.
- OBERT, K. (2010): Wie geht es eigentlich den Sozialpsychiatrischen Diensten in Baden-Württemberg? In: ELGETI, H.; ALBERS, M. (Hg.): Hart am Wind – Welchen Kurs nimmt die Sozialpsychiatrie? 52–58. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- OBERT, K. (2013): Grundlagen sozialpsychiatrischen Handelns und Handelns In: RÖSSLER, W.; KAWOHL, W. (Hg.): Soziale Psychiatrie. Das Handbuch für die psychosoziale Praxis, Band 1, 161–180. Stuttgart: Kohlhammer.
- OBERT, K.; POGADL-BAKAN, K.; REIN, G. (2018): Aufsuchende psychiatrische Arbeit. Köln: Psychiatrie Verlag.
- OBERT, K. (2019): »Keiner kann es allein: Regionale Versorgungsverpflichtung im Gemeindepsychiatrischen Verbund und die Herausforderung durch das Bundesteilhabegesetz«. Vortrag auf der DGPPN am 28.11.2019 in Berlin.
- PFEFFERER-WOLF, H. (1999): Der sozialpsychiatrische Habitus. Umriss einer Theorie der Sozialen Psychiatrie. Frankfurt: Campus.
- ROSEMANN, M. (2009): Engagierte Leistungserbringer übernehmen Verantwortung: Qualitätssicherung im Gemeindepsychiatrischen Verbund. In: Aktion Psychisch Kranke; SCHMIDT-ZADEL, R.; KRUCKENBERG, P. (Hg.): Kooperation und Verantwortung in der Gemeindepsychiatrie, 84–93. Bonn: Psychiatrie Verlag.

- ROTELLI, F. (2015): *L'istituzione inventata/Racconta di un'esperienza*, Trieste 1971–2010. Merano: edizioni alpha beta.
- THIERSCH, H. (1986): *Die Erfahrung der Wirklichkeit – Perspektiven einer alltagsorientierten Sozialpädagogik*. Weinheim und München: Beltz.
- THIERSCH, H. (1996): *Lebensweltorientierte Soziale Arbeit – Aufgaben der Praxis im sozialen Wandel*. Weinheim: Beltz Juventa.
- THIERSCH, H. (1996): Die Frage nach der Lebenswelt und problematische Bewältigungsmuster. Zum Verständnis von Sozialer Arbeit und Therapie. *Nervenheilkunde*, (15) 3, 122–126.
- THIERSCH, H. (2015): *Soziale Arbeit und Lebensweltorientierung: Konzepte und Kontexte: Gesammelte Aufsätze. Band 1 und 2*. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- THIERSCH, H. (2020): *Lebensweltorientierte Soziale Arbeit – revisited*. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- ZUBIN, J.; SPRING, B. (1977): Vulnerability – a new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86 (2), 103–126.

# Das Gezeitenmodell

*Johannes Kirchhof*

Das Gezeitenmodell von Phil BARKER und Poppy BUCHANAN-BARKER (2013) bietet den theoretischen Rahmen und die praktische Arbeitsgrundlage, um Menschen in seelischen Krisen strukturiert und zielgerichtet auf ihrem Genesungsweg zu begleiten und zu unterstützen. Da es sich keiner kategorialen Dimensionen bedient, sondern die individuelle Lebensgeschichte und Bedürfnislage des Betroffenen ins Zentrum stellt, zielt es mit allen seinen Bestandteilen auf den persönlichen Recoveryprozess ab.

Der Name »Gezeitenmodell« beruht auf der zentralen Metapher des Modells, in der das Leben als Reise auf dem Ozean der Erfahrungen beschrieben werden kann, auf dem man manchmal in Stürme oder gar in Seenot gerät. Das Schiff kann leckschlagen, die Segel können zerreißen oder das Problem besteht darin, ganz allein auf dem weiten Meer unterwegs zu sein. Dann ist es wichtig, in einem sicheren Hafen das Schiff wieder instand zu setzen. Und hier ist dann das Team der professionellen Helfer gefragt.

Zunächst ist unmittelbar für Sicherheit zu sorgen. Dann folgt die Phase der Erholung, in der die betroffene Person wieder Kraft schöpfen kann. Bevor dann die Reise des Lebens fortgesetzt wird, müssen gegebenenfalls der Kompass neu ausgerichtet, der Werkzeugkoffer neu bestückt, die Segel geflickt werden. Im übertragenen Sinne wird gemeinsam von dem Menschen in der Krise und seiner Begleitperson ergründet, was getan werden kann, um eine erneute Krise zu verhindern und kritische Situationen bewältigen zu können.

Diese Form der Betrachtung ihrer schwierigen Lebenssituation schätzen viele Patientinnen und Patienten sehr und können so angebotene Hilfe viel leichter annehmen, als wenn sie mit einer für sie vielleicht inakzeptablen Diagnose belegt werden und sich als krank oder gestört fühlen.

Das Modell basiert auf den Ergebnissen einer Studie aus den Neunzigerjahren, in der untersucht wurde, was Patienten und Angehörige von der psychiatrischen Pflege erwarten und was sie als hilfreich und sinnvoll empfinden. Diese Aspekte fasste Barker in den zehn Verpflichtungen zusammen, die

die Wertegrundlage des Modells darstellen und die recoveryorientierte Haltung der Pflegepersonen abbilden (vgl. Abb. 1).

#### **ABBILDUNG 1 Die zehn Verpflichtungen**

(nach BARKER & BUCHANAN-BARKER 2013, S. 49)

---

Die persönliche Stimme wertschätzen

---

Die Sprache respektieren

---

Eine ehrliche Neugierde entwickeln

---

Zum Lehrling werden

---

Verfügbare Mittel und Wege nutzen

---

Den nächsten Schritt formulieren

---

Zeit schenken

---

Persönliche Lebensweisheiten enthüllen

---

Wissen, dass Veränderung immerwährend ist

---

Transparent sein

---

Diese Verpflichtungen gelten für alle Phasen der Pflegebegleitung. Sie beginnt mit dem Aufnahmeassessment, das innerhalb der ersten beiden Tage des Aufenthalts zu erstellen ist. Dazu gehören ein Protokoll des wöchentlichen Bezugspflegegesprächs, der Bogen zur Gefährdungseinschätzung und der persönliche Sicherheitsplan. Diese Elemente der Bezugspflege werden um das Angebot der Gezeitengruppen ergänzt.

## **Das Aufnahmeassessment**

Das Aufnahmeassessment schafft die praktische Arbeitsgrundlage für den Aufbau der Beziehung und die Priorisierung der Probleme. Offene Fragen lassen den Patienten selbst die Themen bestimmen, die für ihn relevant sind. Im Aufnahmeassessment geht es zunächst um die Entstehung der Problematik und die Entwicklung der Symptome.

Durch die Fragen nach den Emotionen und den Auswirkungen auf die Beziehungen können Patienten und Pflegepersonen schon hier Zusammenhänge erkennen, die die Symptomatik aufrechterhalten oder sogar verstärken. Wie in allen therapeutischen Prozessen ist es entscheidend für den Erfolg der Behandlung, diese krankheitserhaltenden Faktoren zu identifizieren.

Der zweite Fragenkomplex zielt auf das »Hier und Jetzt« und die Bedeutung des Geschehens für den Betroffenen. »Welche Bedeutung hat das alles?« und »Was sagt das alles über mich als Person aus?« sind die beiden schwierigsten, aber enorm wichtigen Fragen. Diese hat sich der Patient vielleicht noch nie gestellt, versteht vielleicht nicht sofort die Bedeutung für die Behandlung. Aus der Antwort ergibt sich aber eine Aussage zum Selbstbild und Krankheitskonzept. So erklären sich beispielsweise Menschen mit depressiven Erkrankungen ihre Situation durch ihr Versagen oder persönliche Schuld, und die Pflegeperson erkennt, wie wichtig unmittelbare Entlastung ist. Ein Patient mit dieser Sichtweise kann dann zeitnah an den entsprechenden Therapiegruppen teilnehmen, in denen er seine Gedanken und sein Leid als typische Zeichen einer behandelbaren Krankheit einzuordnen versteht.

Im nächsten Schritt erfolgt die Priorisierung der unerfüllten Bedürfnisse oder Probleme. Die Hauptthemen werden aufgelistet und dann wird festgehalten, wie stark der Patient unter dem jeweiligen Aspekt leidet, wie sehr sein Alltag hierdurch beeinträchtigt ist und inwieweit er das Ganze kontrollieren kann. So wird die gesamte Problematik noch mal zusammengefasst, und die Dringlichkeit der einzelnen Themen wird ersichtlich. Bei Suizidgedanken z. B., die viele Menschen mit psychischen Problemen belasten, ist es von entscheidender Bedeutung, ob der Betroffene sie »unter Kontrolle« hat oder ob er schon nach Möglichkeiten der Durchführung sucht. Die Beantwortung dieser Fragen hilft also, sich den wichtigsten Themen unmittelbar zuzuwenden.

Wenn das Assessment bis hierhin durchgearbeitet wurde, hat der Patient Gelegenheit gehabt, seine Erfahrungen und Erklärungen zu schildern; er hat Interesse an seiner Person und Geschichte erfahren. Danach ist er eher bereit, sich dem zuzuwenden, was ihm auf dem Weg zur Genesung helfen könnte.

Die Fragen nach den Ressourcen beginnen mit der Frage nach den Personen, die dem Patienten oder der Patientin bei der Lösung der Probleme oder Erfüllung der Bedürfnisse helfen können. Als Zweites wird nach

Dingen gefragt, die für die meisten von Bedeutung sind: Geld, Zuhause, Beruf, Hobbys etc. Zuletzt wird nach den Überzeugungen und Werten gefragt, die für den Betroffenen wichtig sind. Hierzu gehören der Glaube oder eine persönliche Lebensphilosophie. So vollzieht sich ein Kreis, der abgeschlossen wird mit der Zielformulierung: »Wie wäre es, wenn das Problem gelöst oder das Bedürfnis befriedigt worden wäre?« Es wird also imaginiert, wie das Leben nach Überwindung der Krise aussehen könnte.

Diese bildhafte Vorstellung des Wunschzustands hat eine starke, spürbare Wirkung und ist gleichzeitig der erste Schritt auf dem Weg dorthin. Ohne diesen systematischen Ablauf wäre es für die meisten Menschen in schweren Krisen kaum möglich, sich auf eine Zielformulierung einzulassen. So aber kann die Pflegeperson dem Betroffenen Mut und Hoffnung machen, dass mit gemeinsamer Anstrengung dieses Ziel schrittweise näher rücken wird.

In der Natur der Sache bzw. der Erkrankung liegt, dass es bei bestimmten Ausprägungen seelischer Erkrankung, z. B. in einem akuten Erregungszustand oder bei massiven kognitiven Einschränkungen, nicht möglich ist, ein mehrseitiges Assessment auszufüllen. Dem Patienten, der Patientin aber mit echtem Interesse, Wertschätzung und Empathie gegenüberzutreten, zeigt allein schon einen starken Effekt. Die Erfahrungen in der mehrjährigen Anwendung zeigen, dass bei der weit überwiegenden Anzahl akutpsychiatrischer Patienten schon im Aufnahmegespräch ein erstes Aufkeimen von Hoffnung zu spüren ist.

## Das Protokoll der Einzelsitzung

In gleicher Verbindlichkeit wie das Aufnahmeassessment sollte im klinischen Alltag das Protokoll zur Einzelsitzung angewandt werden, mit dem die wöchentlichen Bezugspflegegespräche durchgeführt werden. Dann findet der Patient zuverlässig und regelmäßig einen zeitlichen Rahmen, in dem er seine Wünsche und Anliegen äußern kann. Dadurch entfällt der Bedarf, sich immer wieder Gehör verschaffen zu müssen, um überhaupt in seiner Bedürftigkeit wahrgenommen zu werden.

Zu Beginn des Bezugspflegegesprächs wird das Ziel der nächsten Woche formuliert und dann gemeinsam reflektiert, was sich in den Tagen vom

letzten Bezugspflegegespräch bis heute verändert hat. Dabei wird vornehmlich die emotionale Ebene angesprochen. Die nächste Frage zielt auf die Handlungsebene ab: »Was habe ich getan?« Die kognitive Ebene folgt mit der Frage: »Was folgt hieraus? Was denke ich über diese Entwicklung?« Durch die Sensibilisierung für die kleinsten Veränderungen wird der Zusammenhang mit dem eigenen Handeln herausgestellt und so dem Patienten die Gelegenheit gegeben, aus dem lähmenden Gefühl der Ohnmacht und Machtlosigkeit herauszufinden.

Die Gestaltung des Protokolls des wöchentlichen Bezugspflegegesprächs erleichtert es der Pflegeperson und dem Patienten, zu erkennen, welche Schritte für seine Genesung förderlich sind. Die Pflegeperson sensibilisiert den Patienten für die kleinen Veränderungen und erkennt dessen Anstrengungen an. So steigt sein Gefühl der Selbstwirksamkeit. Häufig leben Menschen in seelischer Not zurückgezogen von sozialen Kontakten, es fehlen sinnstiftende Aufgaben und Struktur. Erkennt der Betroffene nun, dass er selbst wieder Einfluss nehmen kann auf seine Situation, sein Befinden, dann ist der Grundstein gelegt für seine persönliche Recovery.

## Monitoring Assessment

Liegt ein akuter Krisenzustand vor, bei dem es um Sicherheit vor Selbstverletzungen oder suizidalen Handlungen geht, kommt das »Monitoring Assessment« zum Einsatz. Das partizipative Prinzip wird auch in krisenhaften Zuspitzungen gepflegt. Fragen nach der Selbsteinschätzung des Gefährdungsgrades und dem, »was jetzt helfen kann, mich sicherer und geborgener zu fühlen«, unterstreichen das. Hieran knüpft der »Persönliche Sicherheitsplan« an. Dieser hat zwei Ziele:

- Definieren, was genau die Person für sich selbst tun könnte, um die Wahrscheinlichkeit einer weiteren Schädigung ihrer selbst oder Dritter zu verringern und sich selbst emotional geborgener zu fühlen.
- Identifizieren, was andere Menschen – Teammitglieder, andere in Pflege und Fürsorge befindliche Menschen, Freunde etc. – tun können, um dies zu ermöglichen.

Aufgabe der Bezugspflegeperson ist es, immer wieder nachzufragen, wie der Betroffene seine Situation sieht, wo er hinmöchte, was er für sich tun kann. Parallel wird festgelegt, was die Pflegenden zu seiner Unterstützung

tun werden. So bleibt der Patient in der Verantwortung und bestimmt die Richtung. Die Pflegenden müssen nicht für den Patienten Probleme formulieren und geraten so auch nicht in Gefahr, ihre Vorstellung von Gesundheitszielen dem Patienten überzustülpen.

## Gezeitengruppen

Ein wichtiger Baustein des Gezeitenmodells sind die Gezeitengruppen: »Oft entziehen sich Menschen alltäglichen sozialen Situationen, indem sie sich von der Welt und allem, was soziales Leben zu bieten hat, zurückziehen. Dies kann das Gefühl von Isolation und persönlichem Versagen verstärken und die Selbstwahrnehmung, vor allem den Wert als Person, beeinträchtigen. Ziel der Gezeitengruppen ist es, für ein Setting zu sorgen, in dem Menschen eine Steigerung ihres Selbstwertes erfahren können« (BARKER & BUCHANAN-BARKER 2013, S. 127).

Es gibt drei verschiedene Formen von Gruppen:

**Informationsgruppe** Hier erfahren die Patientinnen und Patienten, wo sie bestimmte Unterstützung finden können, nicht nur in der Klinik, sondern auch zu Hause.

**Lösungsgruppe** Die Teilnehmenden werden ermutigt, gemeinsam Erfahrungen und Ressourcen zu finden, von denen aus Veränderungen angestoßen werden können.

**Entdeckungsgruppe** In hochgradig unterstützender Atmosphäre haben die Menschen Gelegenheit, über sich selbst und ihr Leben zu sprechen.

## Die Genesungsgruppe

Die Genesungsgruppe verbindet Elemente der drei Gezeitengruppen. Hier wird in Anwesenheit einer Genesungsbegleiterin, einer Expertin aus Erfahrung, die eine EX-IN-Ausbildung abgeschlossen hat, über alles gesprochen, was die Betroffenen auf dem Weg zur Genesung als hilfreich oder hinderlich erleben. Die Aufgabe der durchführenden Pflegeperson ist es, eine vertrauensvolle Atmosphäre zu schaffen, in der sich die Betroffenen öffnen und über ihre Erfahrungen zu sprechen beginnen. Wenn dann jemand seine momentane Hoffnungslosigkeit schildert, seine

Verzweiflung darüber ausdrückt, dass er nicht glaubt, wieder gesund zu werden, stehen ihm die anderen Patienten bei und sprechen ihm Mut zu. Dies hat natürlich eine viel größere Wirkung und Authentizität, als wenn professionelle Helfer dies tun.

In diesen Gruppen machen die Patienten einerseits die Erfahrung, dass sich die Mitpatienten ihrer annehmen, andererseits, dass sie selbst für die Mitpatienten hilfreich sein können. Diese Gruppen stärken nicht nur das Selbst, sondern auch den Zusammenhalt der Patienten untereinander spürbar. Es ergänzt die Wirkung des Modells über den individuellen Prozess bei jedem einzelnen Patienten hinaus.

## Erfahrungen mit dem Gezeitenmodell

In der Psychiatrie der Uniklinik Köln wurde bereits im Erscheinungsjahr der deutschen Übersetzung des Buches von Buchanan-Barker und Barker 2013 die Einführung mit einem Pretest gestartet. Die Bücher wurden zur Verfügung gestellt; auf zwei Stationen sammelten die Pflegepersonen erste Erfahrungen in der Anwendung des Assessments und der Durchführung der Bezugspflege nach den Prinzipien des Gezeitenmodells. Die Auswertung nach einigen Monaten erfolgte durch Einzel- und Gruppeninterviews. Danach wurden kleine Anpassungen am Assessment vorgenommen und für die Pflegeplanung Fragen aus der »Strukturierten Informationssammlung« ergänzt. So werden auch relevante Bereiche erfasst, wenn der Patient nicht in der Lage ist, die problematischen Felder selbst zu benennen. So kombiniert das Verfahren die subjektive Sicht des Patienten oder der Patientin mit den pflegerelevanten Kontextkategorien und einer Risikoeinschätzung, zu der Pflegenden heute verpflichtet sind. Diese wird konsequent Woche für Woche durchgeführt.

Wenn man ein derartiges Pflegekonzept implementieren will, bedarf es einer umfassenden Information des Personals. Im zweiten Schritt muss eine umfassende Schulung stattfinden, die durchaus prozessbegleitend sein kann.

Die Schulungen zum Gezeitenmodell werden an der Uniklinik Köln als ganztägige Seminare abgehalten, in denen zunächst die Grundlagen und die Haltung vermittelt werden und dann praktische Übungen ein Gefühl der Wirkung erlebbar machen. Inhaltlich hat das Gezeitenmodell die

Bezugspflege in Richtung Recoveryorientierung verändert. Der ganze Pflegeprozess zielt nun ab auf eine Stärkung des Selbstwerts und eine Erhöhung der Selbstwirksamkeitserwartung der Patientinnen und Patienten. Diese erleben die Pflegepersonen als hilfreiche Begleiter, die wertschätzend die Bemühungen der Patienten anerkennen und sie stärken. Als vor zwei Jahren als letzter Schritt die Genesungsgruppe eingeführt wurde, hat sich die Atmosphäre auf der Station nochmals verbessert. Der Zusammenhalt und das Vertrauen untereinander werden gefördert, es wird offener miteinander kommuniziert.

Das erleben auch die Betroffenen so, von denen eine hier das letzte Wort haben soll:

Sabine G., Genesungsbegleiterin: »Ich hatte im Laufe meiner Erkrankungsgeschichte – ca. 30 Jahre rezidivierende Depression – insgesamt sieben Klinikaufenthalte, hauptsächlich in psychosomatischen Privatkliniken, aber auch Tageskliniken mit mehr oder weniger nachhaltigem Erfolg von maximal einem Jahr, bis ich wieder einen Rückfall hatte.

Meinen letzten Klinikaufenthalt nach einer der längsten und schwersten depressiven Episoden von etwa einem Jahr hatte ich auf der offenen Station der Psychiatrie der Uniklinik in Köln. Zu diesem Zeitpunkt litt ich unter folgender Symptomatik: Ich hatte mich sozial total isoliert, ging nicht mehr ans Telefon, machte nach Klingeln keine Tür mehr auf, leerte den Briefkasten nicht mehr, vermied alle Kontakte zu Familie und Freunden, ging nur noch im Dunkeln raus, wenn mich niemand sah, führte kaum noch Gespräche. Meine Sprache und Gesprächsfähigkeiten waren reduziert, ich konnte den Zusammenhängen in Gesprächen nicht mehr richtig folgen. Ich hatte keinen Antrieb mehr: Das Aufstehen bereitete mir große Schwierigkeiten, ich verließ das Bett nur, wenn meine Kinder kamen. Ich aß kaum etwas, konnte meinen Haushalt nicht mehr führen, ging nicht mehr einkaufen, machte kaum noch sauber; auch meine körperliche Hygiene war sehr eingeschränkt.

Auch meine kognitiven Leistungen waren spürbar reduziert. Obwohl ich immer viel gelesen hatte, konnte ich den Zusammenhängen in Büchern nicht mehr folgen, schaute nur Fernsehen bis zu zwölf Stunden täglich, ohne dem Sinn der Sendungen folgen zu können. Ich hatte an nichts und niemandem mehr Interesse, keine Perspektive, sah keinen Sinn mehr im Leben, wollte keine Hilfe mehr annehmen, weil alles hoffnungslos erschien und ich schon so viel probiert hatte. Am schlimmsten aber war meine völlige Gefühllosigkeit. Außer negativen Emotionen,

wie Selbsthass, Angst und Negativität, konnte ich nichts anderes mehr spüren. Selbst meine Kinder waren mir gleichgültig; ich dachte sogar, dass sie ohne mich besser dran wären. Ich hatte keine emotionale Beteiligung mehr.

In diesem Zustand hat mich eine Freundin vorgefunden und schnell dafür gesorgt, dass ich in die Psychiatrie kam. Die Pflege der offenen Station der Uniklinik, auf die ich kam, arbeitete nach dem Gezeitenmodell. Ich hatte wöchentliche Bezugspflegegespräche. Im ersten Assessmentgespräch wurde ich intensiv über mein Befinden und meinen Zustand befragt und meine Schwierigkeiten und Bedingungen wurden genauestens dokumentiert. Aber irgendwie merkte ich, dass ich mit meiner ersten Bezugspflegeschwester nicht wirklich klarkam. Sie wollte schon früh, dass ich wieder nach Hause gehe, um auszuprobieren, wie es ist, was mich total unter Druck gesetzt hat. Irgendwann brachte ich den Mut auf, um einen Wechsel zu bitten. Mein Wunsch wurde ernst genommen, nicht sanktioniert und ich bekam einen neuen Bezugspfleger. Von da an ging es langsam bergauf.

In den wöchentlichen Bezugspflegegesprächen wurden Minimalaufgaben mit mir vereinbart, die täglich eine Minute beanspruchten (dreimal aufschreiben, wie es mir geht, was sich verändert etc.), und diese langsam gesteigert – immer in Absprache mit mir und niemals mit Druck, sodass sich langsam (obwohl ich erst nichts merkte) eine Besserung meines Befindens einstellte. Alle Bezugspflegegespräche wurden genauestens dokumentiert, mit mir besprochen und kleinste Veränderungen registriert. So wurden mir meine Fortschritte, die ich selber gar nicht wahrnehmen konnte, nach und nach bewusst gemacht und »bewiesen«.

In den wöchentlichen Bezugspflegegesprächen hatte ich immer das Gefühl, dass mir wirklich zugehört wurde und ich, trotz meiner Erkrankung, als Mensch ernst genommen wurde, mir etwas zugetraut und zugemutet wurde.

Durch die engmaschige Betreuung konnte meine Entwicklung und Veränderung wahrgenommen und dokumentiert werden. Es wurden kleinste, gut umsetzbare Ziele mit mir besprochen und deren Umsetzung immer wieder überprüft, Schwierigkeiten wurden besprochen und neue Ziele mit mir vereinbart. Dabei konnte ich immer selber entscheiden, was und wie viel ich machen wollte und in welchem Tempo. Ich wurde also trotz meiner Erkrankung als entscheidungs- und selbstbestimmter Mensch respektiert und war wieder ›im Gespräch‹. Immer wieder wurde ich an

meine Ressourcen und Fähigkeiten erinnert und diese an die jeweilige Situation und Aufgaben angepasst.

So wurde im Laufe der Zeit mit mir zusammen eine Steigerung meines Selbstwerts und meiner Selbstwirksamkeit erarbeitet, die ich nachvollziehen konnte. Dadurch veränderte sich auch die durch meine Krankheit getrübt Selbstwahrnehmung durch ein mich anders wahrnehmendes und spiegelndes Gegenüber, von einem ›Ich kann und bin nichts‹ hin zu einem ›Ich kann (kleine) Dinge verändern und bewirken‹. Besonders wichtig dabei war mir auch, dass ich weder bewertet noch beurteilt wurde und ich vertrauen konnte auf die Professionalität, Unterstützung und Empathie – ich war nicht mehr allein! So konnte ich auch wieder Hilfe annehmen und Emotionen spüren und zulassen.

Am Ende meines Aufenthalts hatte ich mit dieser Unterstützung wieder das Gefühl, dass ich mein weiteres Leben selbstständig, verantwortlich und selbstwirksam steuern kann und mich trotzdem auch fürsorglich um mich kümmern könnte, um Rückfälle zu vermeiden.

Zum guten Schluss hat mich mein Bezugspfleger mit der EX-IN-Ausbildung bekannt gemacht und mir diese zugetraut (und ich habe ihm das sogar geglaubt, weil er mich mittlerweile gut kannte). Ich bekam also eine neue Perspektive, einen neuen Kurs, was ich vor dem Aufenthalt nicht mehr hatte. Heute bin ich ausgebildete Genesungsbegleiterin und moderiere u. a. die Genesungsgruppe in der offenen Psychiatrie der Uniklinik Köln.

Als Patientin war ich von Anfang an in der Genesungsgruppe dabei und habe mir angehört, was die Mitpatienten, die schon länger da waren, so über ihre Genesungsfortschritte erzählt haben – für mich in meinem Anfangszustand natürlich völlig unglaublich und nicht nachzuvollziehen!

Durch die regelmäßige und immer aktivere Teilnahme veränderte sich aber auch hier etwas hin zum Besseren, da ich merkte, dass ich den Gesprächen immer besser folgen und mich einbringen konnte. Ich war mit meiner Situation nicht alleine, und meine Probleme relativierten sich auch etwas durch die Schilderungen und die Empathie der Mitpatienten. Außerdem merkte ich, dass ich wieder denken und sprechen konnte, wieder etwas zu sagen und zu geben hatte, was mein Selbstbewusstsein stärkte. Ich konnte andere unterstützen und sie mich, d. h. Hilfe geben und annehmen. Meine Erfahrungen waren es wert, mitgeteilt zu werden, und umgekehrt. Ich konnte am Ende anderen Patienten Mut machen und wieder Selbstwirksamkeit erleben.

Für diese Erfahrungen bin ich sehr dankbar und sie tragen und schützen mich bis heute. Seit diesem Aufenthalt bin ich stabil.

*Johannes Kirchhof ist Fachkrankenpfleger (BA) und Teamleiter in der Psychiatrie der Uniklinik Köln. Hier ist er betraut mit der Pflegeentwicklung.*

## Literatur

BARKER, P. J.; BUCHANAN-BARKER, P. (2013): Das Gezeitenmodell: Der Kompass für eine recovery-orientierte psychiatrische Pflege. Bern: Huber.

# Recovery Colleges: Grundlagen und praktische Umsetzung

*Michael Schulz, Gianfranco Zuaboni, Michael Löhr,  
Klaus-Thomas Kronmüller, Andrea Zingsheim*

Nachdem die Erstveröffentlichung des Buches »Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit« AMERING und SCHMOLKE im Jahr 2006 den Recoveryansatz bei Nutzenden und Fachpersonen verbreitet hat, sind vielfältige Entwicklungen in diese Richtung zu beobachten. So erfährt z. B. das Thema der Genesungsbegleitung durch »Experten aus Erfahrung« eine große Aufmerksamkeit, und es gibt zunehmend auch in akutpsychiatrischen Settings Bemühungen, Elemente des Recoveryansatzes zu berücksichtigen. Beispielhaft sei hier auf das Weddinger Modell verwiesen (MAHLER et al. 2013) oder die wachsende Bedeutung der partizipativen Entscheidungsfindung (siehe den Beitrag von Ramon et al. in diesem Buch).

Ein Aspekt, der in der Rezeption von Recovery im deutschsprachigen Raum bisher nur am Rande erfolgte, ist das der Bildung und des Lernens zur Förderung der individuellen Genesungsprozesse und der psychischen Gesundheit. Dabei ist das Thema der Gesundheitskompetenz (»Health Literacy«) angesichts der Zunahme von chronischen Krankheiten und des Rufs nach dem »aufgeklärten Patienten« höchst aktuell. Nutzerinnen und Nutzer des Gesundheitssystems sind zunehmend gefordert, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und auf die eigene Situation zu übertragen. Die Gesundheitskompetenz ist dabei das Zusammenspiel persönlicher Fähigkeiten mit den komplexen Anforderungen von Situationen und Systemen, in denen Menschen sich bewegen (SCHAEFFER et al. 2018). Viele psychische Erkrankungen dauern – wie andere chronische Erkrankungen – über einen längeren Zeitraum an, von daher sind Personen mit diesen Erkrankungen und deren Angehörige im Hinblick auf das Krankheitsmanagement besonders gefordert.

Der Stärkung der Gesundheitskompetenz und der Förderung der Selbsthilfe kommt vor diesem Hintergrund eine zentrale Bedeutung zu. Hier liegt der Bezug zu dem Recoverykonzept: Der Erwerb von

Gesundheitskompetenz ist eng mit Basisressourcen wie Hoffnung, Selbstwirksamkeit, Optimismus und sozialer Unterstützung verknüpft.

In der internationalen Entwicklung spielen im Bereich psychiatrischer Erkrankung und psychischer Gesundheit zunehmend Organisationsformen eine Rolle, in denen der explizite Fokus auf den individuellen Lernprozessen und der Bildung zur Förderung seelischer Gesundheit liegt. Zu nennen sind hier die »Recovery Colleges«, manchmal auch als »Recovery Education Centers« oder im Jugendbereich als »Discovery Colleges« bezeichnet. Im deutschsprachigen Raum finden wir vielversprechende Entwicklungen sowohl unter dem Begriff des »Recovery-Seminars« (Kilchberg, siehe den Beitrag dazu in diesem Buch) als auch unter dem Begriff des »Empowerment College« (siehe den Beitrag von Möhlenkamp und Petersen in diesem Buch).

Recovery Colleges oder Recovery-Lernprogrammen liegt ein edukativer Ansatz zugrunde. Mithilfe solcher Angebote sollen Menschen auf ihrem Genesungsweg und im Rahmen der sozialen Teilhabe Unterstützung erfahren (SLADE et al. 2014). JAY und Kollegen (2017, S. 170) definieren Recovery Colleges als »Einrichtungen, welche Personen, die ihr Leben wieder aufbauen wollen, eine Möglichkeit des Wandels und der Transformation anbieten. Sie können definiert werden als offizielle Weiterbildungsinstitutionen, die versuchen, ein Umfeld zu schaffen, in dem Menschen mit eigenen psychischen Krankheitserfahrungen sich sicher, willkommen und akzeptiert fühlen können« (Übersetzung durch die Autoren).

Im Folgenden werden wesentliche Aspekte von »Recovery Colleges« vorgestellt und die wissenschaftlichen Erkenntnisse zur Wirksamkeit solcher Ansätze dargestellt. Anschließend werden die Möglichkeiten und Herausforderungen zur Adaption des Konzeptes in den deutschsprachigen Raum diskutiert.

## Entstehungsgeschichte der Recovery Colleges

Erste Entwicklungsansätze des Konzeptes hat es schon Mitte der 1980er-Jahre am Psychiatric Rehabilitation Center in Boston (USA) gegeben. Die dort vorhandenen »Recovery Education Centers« verfolgen

einen ressourcenorientierten Ansatz. ASHCRAFT und ANTHONY (2005) formulieren das Ziel dieser Angebote wie folgt: »Menschen möchten entdecken, wer sie sind, Fertigkeiten und Instrumente erlernen, um ihre Genesung zu fördern, herausfinden, wer sie sein können, und ihren einzigartigen Beitrag dazu erkennen« (Übersetzung durch die Autoren). DUNN und Kollegen (2008) benennen drei Gründe, warum es sinnvoll ist, Recovery und Bildung miteinander zu verbinden und weiterzuentwickeln:

- Der Recoveryansatz orientiert sich an Prinzipien der Rehabilitation und der Erkenntnis, dass Menschen mit schweren Erkrankungen genesen können und das auch tun. Im Rahmen des Genesungsprozesses spielen Werte wie beispielsweise Selbstbestimmung, persönliches Wachstum, Hoffnung bzw. Zuversicht in Verbindung mit der Entwicklung von Fertigkeiten (Skills) eine entscheidende Rolle.
- Für die theoretische Fundierung des »Recovery Education Center« waren Erkenntnisse aus der Erwachsenenbildung von Bedeutung. Demnach sollten Bildungsangebote die Möglichkeiten und Grenzen der Teilnehmenden berücksichtigen und die Entwicklung weiterer Stufen des persönlichen Wachstums fördern. Damit dies gelingt, sollten die Teilnehmenden so viel Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten wie möglich erhalten.
- Das »Recovery Education Center« orientiert sich an dem transtheoretischen Veränderungsmodell von DiClemente und Prochaska (KREMER & SCHULZ 2016). Im Fokus stehen im Besonderen die Phasen »Bereitschaft« (readiness) und »Veränderungen umsetzen« (intention to change). Die einzelnen Kurse wurden so konzipiert, dass sie auf die unterschiedlichen Phasen der Veränderungen fokussieren, zu Veränderung motivieren und diese unterstützen.

Es verging einige Zeit, bevor die Idee in Europa aufgegriffen wurde. Das erste Recovery College in England wurde 2009 unter dem Dach des St. George's Mental Health NHS Trust im Südwesten von London eröffnet. Eine besondere Bedeutung kommt hier der Organisation »Implementing Recovery through Organisational Change« zu (ImROC; siehe den Beitrag von Julie Repper et al. in diesem Buch). Neben der Implementierung z. B. von Peerarbeit und Recoveryorientierung in der Praxis stellt die Einrichtung von Recovery Colleges ein zentrales Anliegen von ImROC dar. Sie sind für die politischen und institutionsübergreifenden Bestrebungen, die psychiatrische Versorgung stärker recoveryorientiert

zu gestalten, besonders wichtig. Mittlerweile existieren in England über achtzig Recovery Colleges (CROWTHER et al. 2018). Zudem haben sich Recovery Colleges in Dänemark, Italien und den Niederlanden, aber auch in anderen Ländern wie Kanada, Australien oder Uganda etabliert.

Das Interesse beschränkt sich somit nicht mehr nur auf den angloamerikanischen Raum. Ein wesentlicher Grund für das große internationale Interesse dürfte sein, dass Recovery Colleges einen fundamental anderen Blick und ein anderes Verständnis des Behandlungs- und Genesungsweges bieten. Im Gegensatz zu herkömmlichen Bildungsmaßnahmen in der Psychiatrie, wie etwa die Psychoedukation, geht es im Rahmen von Recovery Colleges darum, die Dimensionen von Recovery umfassender abzubilden. Dazu gehören z. B. die Entwicklung von Hoffnung und die Suche nach Bedeutung und Sinn im Leben.

Die Kurse von Recovery Colleges fokussieren auf den Umgang mit psychischer Gesundheit und psychischen Krisen. Dabei wird ein edukativer Ansatz gewählt, der auf einer recoveryorientierten Philosophie basiert und in den Kursen kollaborativ – also im Dialog – entwickelt und gelebt wird. Der Aspekt der Koproduktion ist im Recoveryansatz von großer Bedeutung (siehe den Beitrag zur Koproduktion in diesem Buch). Für die Organisationen und Fachpersonen bedeutet dies einen paradigmatischen Wandel der Haltung: von »etwas *für* die Menschen tun« zu dem Selbstverständnis: »etwas *mit* den Menschen tun«.

Ein weiteres Argument für den Bedarf an solchen Institutionen ergibt sich aus dem Risiko physischer und psychischer Komorbiditäten. So sehen BURHOUSE und Kollegen (2015) die Notwendigkeit, wie bei anderen chronischen Erkrankungen die betroffene Person als Expertin im Umgang mit ihrer Krankheit zu schulen, so wie z. B. im Rahmen von Diabetes. Hierbei darf auch von einem Eigeninteresse der Menschen mit psychischen Erkrankungen ausgegangen werden, die in der Regel nur sehr wenig Zeit mit dem Arzt oder anderen psychiatrischen Professionellen verbringen und sich die meiste Zeit selbst mit dem Management der Krankheit befassen. Vor diesem Hintergrund drängen sich Kurse zur (Selbst-)Fürsorge und zur Förderung der psychischen und physischen Gesundheit geradezu auf.

## Grundsätze eines Recovery Colleges

Menschen genesen nicht in Institutionen, sondern in der Gemeinde. Recovery Colleges müssen mit dem gesamten Umfeld bzw. den Gemeinden zusammenarbeiten und nicht nur mit einer Institution. Recovery Colleges vermitteln Wissen, welches transformativ ist und die Menschen in ihrem Empowerment-Prozess unterstützt. Besondere Bedeutung kommt dabei dem subjektiven Erfahrungswissen der Personen zu, welche in ihrem Leben bereits psychische Krisen überwunden haben. Recovery Colleges stellen eine Kombination aus den Prinzipien von Recovery, der Erwachsenenbildung und der Sozialraumarbeit dar.

Recovery Colleges stellen der herkömmlichen therapeutischen Sicht auf psychiatrische Interventionen einen pädagogischen Blick gegenüber (siehe Abb. 1).

**ABBILDUNG 1** Gegenüberstellung des lernenden Ansatzes und des therapeutischen Ansatzes (in Anlehnung an PERKINS et al. 2012)

Therapeutischer Ansatz	Lernender Ansatz
Fokus auf Problemen, Defiziten, Funktionsstörungen und Symptomreduktion	Menschen sollen ihre Talente und Ressourcen erkennen
Form der Therapiesitzung als übergreifendes Paradigma	Unterstützt Menschen dabei, ihre Möglichkeiten zu erforschen und ihre Fähigkeiten zu entwickeln
Transformiert alle Aktivitäten in »Therapien« – Arbeitstherapie, Milieuthherapie, Garten-therapie usw.	Unterstützt Menschen dabei, ihre eigenen Ziele zu erreichen
Problemdefinition und Art der therapeutischen Intervention werden vom professionellen Experten festgelegt	Professionelle übernehmen die Rolle von Coaches und helfen den Menschen, ihre eigenen Lösungen zu entwickeln
Manifestiert die ungleiche Verteilung von Macht und verfestigt die Idee, dass die primäre Expertise bei den Professionellen liegt	Studierende wählen ihre Kurse selbst und erarbeiten für sich Bildungswege, die für sie Sinn machen (und dem Geschehenen eine Bedeutung geben). So werden sie Experten für ihr eigenes Leben

Recovery Colleges können in ihrer Ausgestaltung variieren. Grundsätzlich sollen sie sowohl das Leben der Studentinnen und Studenten als auch der psychiatrischen Institutionen verändern. Recovery Colleges legen den Schwerpunkt auf Ressourcen («shifting from what's wrong to what's strong») und wenden den Blick vom Professionellen mehr zum Betroffenen (von »what's the matter with you« zu »what matters to me«).

PERKINS et al. (2012) beschreiben acht Grundsätze von Recovery Colleges:

- Koproduktion zwischen Menschen mit persönlicher und Menschen mit professioneller Erfahrung im Hinblick auf den Umgang mit psychischen Problemen.
- Es gibt einen physischen Ort (ein Gebäude) mit Klassenräumen, Büchern usw. Hier können die Studierenden ihren eigenen Fragestellungen nachgehen.
- Das Recovery College funktioniert nach Regeln einer Bildungseinrichtung.
- Das Recovery College richtet sich an alle – also an die gesamte regionale Bevölkerung.
- Es gibt einen persönlichen Tutor oder Coach, welcher Informationen zur Verfügung stellt, Hinweise gibt und Beratung gewährleistet.
- Das Recovery College ist kein Ersatz für traditionelle Diagnostik und Therapie.
- Das Recovery College ist kein Ersatz traditioneller Bildungseinrichtungen wie z. B. Volkshochschulen.
- Im Rahmen der Organisationskultur und der Abläufe sind Recoveryprinzipien zur Anwendung zu bringen.

**Koproduktion** Die Einbeziehung von »Experten aus Erfahrung« ist für ein Recovery College von zentraler Bedeutung. Dabei ist darauf zu achten, dass Koproduktion auf Augenhöhe stattfindet. Dies bedeutet etwa, dass Programme und Kurse gemeinsam entwickelt und gemeinsam durchgeführt werden. Dabei gilt es, auch den Aspekt der Vergütung zu berücksichtigen und darauf zu achten, dass Experten aus Erfahrung nicht schlechter bezahlt werden.

Es ist nicht die alleinige Sache der Menschen mit professioneller Erfahrung, entsprechende Rahmen zu setzen. Koproduktion bedeutet auch, dass Experten aus Erfahrung in die Leitung des Colleges eingebunden sind. Koproduktion basiert auf sechs Prinzipien:

- Koproduktion erfordert, dass sich Betroffene und Professionelle von ihren tradierten Rollen in der Klinik lösen.
- Koproduktion erfordert von den Professionellen eine Rollenveränderung vom »Behandler« hin zum »Ermöglicher«.
- Koproduktion bedeutet auch, dass sich Menschen mit professionellem Hintergrund nicht nur mit ihrem Wissen, sondern auch mit ihrer eignen (Lebens-)Erfahrung einbringen.
- Koproduktion basiert auf einem ressourcenorientierten Ansatz.
- Koproduktion bedeutet, dass alle über gleich viel »Macht« bzw. Entscheidungsgewalt verfügen.
- Koproduktion erfordert, dass Risiken durch positive und konstruktive Zusammenarbeit gemeinsam getragen werden.

Ziel ist es, die Grenzen zwischen »den Kranken« und »den Gesunden« aufzuheben. Der Nutzen gemeinsamen Lernens ist besonders groß, wenn Betroffene, Professionelle (mit oder ohne eigene Erfahrungen), Angehörige, Freunde und andere interessierte Personen respektvoll zusammenarbeiten. Zumindest ist das die Überzeugung der meisten Recovery-College-Betreiber. Es gibt auch Recovery Colleges wie »ENIK« in Utrecht, die die Einbeziehung von Mitarbeitenden nur mit fachlichem Hintergrund grundsätzlich ablehnen, da sie die Selbstständigkeit der Nutzenden dadurch gefährdet sehen.

**Ort** Für die Identitätsentwicklung eines Recovery Colleges ist ein spezifischer Ort mit einem physischen Gebäude mit Klassenräumen und einer Bibliothek eine wichtige Voraussetzung. Die Räumlichkeiten lassen sich entsprechend gestalten oder benennen (z. B. mit Namen bekannter Recovery-Pionierinnen wie Patricia Deegan oder Dorothea Buck). In den Räumlichkeiten sollte eine Bibliothek mit analogen und digitalen Medien bzw. internetfähigen Bildschirmarbeitsplätzen eingerichtet sein. Es gibt auch Beispiele von Recovery Colleges, in denen es kein zentrales Gebäude, sondern mehrere Satelliten gibt.

»Virtuelle« Recovery Colleges sind schwer greifbar und es gelingt nur bedingt, diese ohne ein »physisches« Zuhause zum Leben zu erwecken. Das bedeutet aber nicht, dass es nicht einer guten Präsenz im Internet bedarf. Eine beeindruckende Internetpräsenz hat z. B. das Recovery College in Calgary in Kanada: <http://www.recoverycollegecalgary.ca>.

**Regeln** Das Recovery College funktioniert nach Regeln einer Bildungseinrichtung. Es ist wichtig, dass der College-Gedanke erhalten bleibt und das

Programm nicht durch andere Aufgaben oder Interventionen verwässert wird. Aufsuchende Angebote, Krisenberatung oder Tagesaktivitäten sollten an anderen Orten verankert sein.

**Zielgruppe** Das Recovery College richtet sich an alle – also an die gesamte regionale Bevölkerung. Der wichtigste Grundsatz lautet hier: Es gibt keine Ausschlusskriterien, jede interessierte Person kann mitmachen. Das bedeutet, dass der Zugang möglichst niedrigschwellig sein sollte und auf Barrierefreiheit zu achten ist. Es sollten auch Menschen erreicht werden, die wegen gefühlter oder tatsächlicher Barrieren psychiatrische Dienstleistungen ansonsten nicht in Anspruch nehmen. Die Teilnahmegebühren sollten möglichst gering sein.

**Persönlicher Tutor** Es gibt einen persönlichen Tutor oder Coach, welcher Informationen zur Verfügung stellt, Hinweise gibt und Beratung gewährleistet. Die Studierenden werden von Tutoren und Tutorinnen begleitet. Diese helfen, die Bedürfnisse der Studierenden mit den Angeboten des Colleges abzugleichen.

**Keine Therapie** Das Recovery College ist kein Ersatz für traditionelle Diagnostik und Therapie. Die Durchführung therapeutischer Angebote gehört nicht in den Aufgabenbereich eines Recovery Colleges. Recovery Colleges sind keine Konkurrenz, sondern eine Ergänzung zu den herkömmlichen therapeutischen Dienstleistungen.

**Bildungsimpuls** Auch wenn die Colleges kein Ersatz zu anderweitigen Bildungsangeboten sind, können sie dazu führen, dass die Studierenden nach dem Besuch Angebote anderer Bildungsanbieter mehr nutzen.

**Recoveryprinzipien** Im Rahmen der Organisationskultur und der Abläufe sind Recoveryprinzipien zur Anwendung zu bringen. Wichtige Grundsätze sind dabei die Vermittlung von Zuversicht, Wahlmöglichkeiten und die Kontrolle über bedeutsame Lebensbereiche. Aus Beiträgen von MEDDINGS et al. (2015) und MC GREGOR et al. (2014) lassen sich Themenbereiche ableiten, in die sich entsprechende Kurse und Lehrangebote einordnen lassen (siehe Abb. 2).

**ABBILDUNG 2** Mögliche Oberthemen und Kursbeispiele für Recovery Colleges

Oberthema	Kursbeispiele
Recovery verstehen	<p>Fokus liegt darauf, unterschiedliche Herausforderungen im Umgang mit psychischen Erkrankungen zu entwickeln.</p> <p>Das kann z. B. Symptome betreffen wie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stimmenhören</li> <li>• selbstverletzendes Verhalten</li> </ul> <p>Oder die Nutzung von Behandlungsangeboten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medikamente</li> <li>• andere Unterstützungsmöglichkeiten</li> <li>• verschiedene Therapieformen</li> </ul>
Aufbau von Fertigkeiten	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lebensqualität verbessern</li> <li>• Lebensziele festlegen und verfolgen</li> <li>• Wiedereinstieg in Bildung und Arbeit</li> <li>• Umgang mit Finanzen</li> </ul>
Stärkung von Gesundheit und Wohlbefinden	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Essen und Stimmung</li> <li>• Raucherentwöhnung</li> <li>• Sport und Fitness</li> <li>• Umgang mit Stress</li> <li>• Wohlbefinden steigern</li> <li>• Kurse für Angehörige bzw. für das soziale Umfeld</li> </ul>
Sich beteiligen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualifizierung zur Durchführung von Recovery-College-Kursen (für Trainer)</li> <li>• Koproduktion im Rahmen der Entwicklung und Durchführung von Kursinhalten</li> <li>• Einführung in Peerarbeit und EX-IN</li> </ul>

## Verankerung von Kursen zur Stärkung der psychischen Gesundheit in der Gemeinde

Ein Genesungsprozess im Sinne von Recovery geschieht nicht mehrheitlich in Institutionen, sondern in der Gemeinde. Recovery Colleges helfen, das Thema psychische Gesundheit näher an die Gemeinde und damit näher an die Menschen und ihr Leben zu bringen. Das Recovery College Dublin schreibt dazu: »Das Recovery College bietet jeder Person,

die ein Interesse an der Genesung von psychischen Erkrankungen hat, die Möglichkeit, eine gemeindenahere Genesungsbildung zu machen« (Übersetzung der Autoren).

Recovery Colleges wirken sowohl auf den Einzelnen als auch auf die Praxis und Kultur der Institution und Gemeinden. Damit die Idee des Colleges gelingt, gilt es, im Hinblick auf die Gemeinde folgende Aspekte zu beachten:

- Recovery Colleges fokussieren auf einen Genesungsprozess in der Gemeinde. Deshalb sind örtliche Netzwerke für die Entwicklung des Recovery Colleges von großer Bedeutung. Dies umfasst z. B. den Kontakt zur Gemeindeverwaltung, zu Institutionen der Selbsthilfe oder zu Schulen.
- Das Recovery College unterstützt die Studierenden dabei, kulturelle und soziale Angebote sowie Arbeits- und Bildungsangebote in der Gemeinde wahrzunehmen.
- Die Arbeit des Recovery Colleges findet nicht nur innerhalb des Colleges statt. Ein Teil der Arbeit besteht auch darin, innerhalb der Gemeinde die Ideen von Inklusion, Respekt und einer für die psychische Gesundheit förderlichen Umgebung zu verbreiten.

Bereits im Rahmen der Ottawa Charta wurde 1986 von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) formuliert, dass Bildung zu den grundlegenden Bedingungen und konstituierenden Momenten für Gesundheit gehört (WHO 1986). Dem Bereich »persönliche Kompetenzen entwickeln« kommt im Hinblick auf die Recovery Colleges eine besondere Bedeutung zu. Zitat: »Es gilt dabei, Menschen zu lebenslangem Lernen zu befähigen und ihnen zu helfen, mit den verschiedenen Phasen ihres Lebens sowie eventuellen chronischen Erkrankungen und Behinderungen umgehen zu können. Dieser Lernprozess muss sowohl in Schulen wie auch zu Hause, am Arbeitsplatz und innerhalb der Gemeinde erleichtert werden. Erziehungsverbände, die öffentlichen Körperschaften, Wirtschaftsgremien und gemeinnützige Organisationen sind hier ebenso zum Handeln aufgerufen wie die Bildungs- und Gesundheitsorganisationen selbst« (WHO 1986, S. 4).

Seit der Publikation der Ottawa Charta hat das Thema »Umgang mit chronischen Krankheiten« deutlich an Bedeutung gewonnen, und damit einhergehend wurden Selbsthilfeangebote immer wichtiger.

## Evaluation, Evidenz und Perspektiven

Bisher gibt es noch nicht sehr viele Evaluationsstudien zu den Recovery Colleges. Die vorhandenen Ergebnisse sind aber ermutigend. Recovery Colleges werden von den Seminarteilnehmern sehr gut aufgenommen. MEDDINGS et al. (2015) fanden, dass über 95 % der Teilnehmenden die Kurse als »gut« oder »sehr gut« empfanden. BOURNE, MEDDINGS und WHITTINGTON (2018) haben in einer Studie in England 463 Teilnehmende eines Recovery Colleges eingeschlossen, die auch vorher schon psychiatrische Hilfen in Anspruch genommen hatten. Nach der Teilnahme am Recovery College ist die Inanspruchnahme psychiatrischer Einrichtungen und Dienste statistisch signifikant zurückgegangen. Gemessen wurden unter anderem die Tage im Krankenhaus und die Anzahl unfreiwilliger Aufnahmen. Diese Zahlen waren in der Gruppe derjenigen, die die Kurse komplett absolviert hatten, deutlich geringer als bei jenen, die die Kurse abgebrochen haben. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass die Teilnahme am Recovery College eine reduzierte Nutzung anderer psychiatrischer Angebote zur Folge hat. Dies wirkt sich auch im Hinblick auf die Behandlungskosten positiv aus.

DUNN und Kollegen (2008) haben im Rahmen einer quasiexperimentellen Studie mit 97 Probanden einer Interventionsgruppe und 81 Probanden einer Vergleichsgruppe die Wirkung eines »Recovery Education Programms« untersucht. Die Ergebnisse zeigen, dass die Teilnehmenden der Interventionsgruppe selbst Verbesserungen angeben. Diese betreffen das Gefühl von Empowerment und die Möglichkeit von Recovery.

Die Studie von TONEY und Kollegen (2018) untersuchte die Zusammenhänge zwischen den Angeboten und den Ergebnissen der Recovery Colleges. Auf der Grundlage einer systematischen Übersichtsarbeit wurden alle Publikationen zum Thema »Recovery Colleges« zusammengefasst. In einem weiteren Schritt wurde mittels Interviews mit Interessenvertretern ein theoretisches Model erstellt und verfeinert. Vier Wirkmechanismen der Recovery Colleges wurden identifiziert: unterstützendes Milieu, unterschiedliche Beziehungsangebote, Förderung des persönlichen Wachstums und Veränderung der Machtverhältnisse. Positive Ergebnisse wurden bei den Studenten selbst (besseres Selbstverständnis und Selbstvertrauen) und bei ihrer Lebensweise festgestellt (stärkere Inanspruchnahme von psychosozialen Dienstleistungen sowie von beruflichen und sozialen Angeboten). Die Autorinnen schließen aus den Ergebnissen, dass

insbesondere Personen, die herkömmlichen psychiatrischen Angeboten misstrauisch gegenüberstehen, und Personen mit geringerem sozialem Kapital am meisten von den Recovery Colleges profitieren.

Es gibt also gute Gründe, Recovery Colleges auch im deutschsprachigen Raum einzurichten. Im Vergleich zu Angeboten in England, deren Finanzierung innerhalb des National Health Service (NHS) sichergestellt ist, wird es eine zentrale Herausforderung sein, Recovery Colleges jenseits von Modellversuchen langfristig zu finanzieren. Das enorme Potenzial der Recovery Colleges für die gesamte Gesellschaft sollte ausreichend Argumente liefern, um diese Herausforderung erfolgreich anzugehen.

*Prof. Dr. habil. Michael Schulz ist Gesundheitswissenschaftler und Krankenpfleger. Er hat eine Honorarprofessur an der Fachhochschule der Diakonie in Bielefeld und ist Mitarbeiter beim Krankenhausdezernat des Landschaftsverbandes Westfalen Lippe. Dort ist er auch Mitglied der Stabsgruppe für Klinikentwicklung und Forschung.*

*Dr. rer. medic. Gianfranco Zuaboni ist Pflegewissenschaftler, Recovery-Beauftragter und Leiter der Pflegeentwicklung im Sanatorium Kilchberg. Er leitet das Projekt »Recovery College Bern« der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bern.*

*Michael Löhr ist Gesundheitswissenschaftler und Krankenpfleger. Er hat eine Honorarprofessur an der Fachhochschule der Diakonie in Bielefeld und ist Mitarbeiter beim Krankenhausdezernat des Landschaftsverbandes Westfalen Lippe. Dort ist er auch Mitglied der Stabsgruppe für Klinikentwicklung und Forschung.*

*Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Klaus-Thomas Kronmüller ist Chefarzt und Ärztlicher Direktor im LWL-Klinikum Gütersloh. Als Lehrbeauftragter der Fachhochschule der Diakonie in Bielefeld ist er in die akademische Ausbildung von Psychiatrisch Pflegenden eingebunden.*

*Andrea Zingsheim arbeitet als EX-IN Genesungsbegleiterin im LWL Klinikum Gütersloh, sie ist Trainerin für EX-IN Kurse und engagiert sich insbesondere für die Themen Recovery und Nutzerbeteiligung.*

## Literatur

- AMERING, M.; SCHMOLKE, M. (2012): Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit. 5. Aufl. Köln: Psychiatrie Verlag.
- ASHCRAFT, L.; ANTHONY, W. (2005): A story of transformation. An agency fully embraces recovery. *Behavioural Healthcare Tomorrow* 14 (2): 12–22.
- BURHOUSE, A.; ROWLAND, M.; NIMAN, H. M.; ABRAHAM, D.; COLLINS, E.; MATTHEWS, H. J.; RYLAND, H. (2015): Coaching for recovery: A quality improvement project in mental healthcare. *BMJ Open Quality* 4 (1): <https://bmjopenquality.bmj.com/content/4/1/206576.w2641> (10.07.2019).
- BOURNE, P.; MEDDINGS, S.; WHITTINGTON, A. (2018): An evaluation of service use outcomes in a recovery college. *Journal of Mental Health* 27 (4): 359–366.
- CROWTHER, A.; TAYLOR, A.; TONEY, R.; MEDDINGS, S.; WHALE, T.; JENNINGS, H.; POLLOCK, K.; BATES, P.; HENDERSON, C.; WARING, J.; SLADE, M. (2018): The impact of recovery colleges on mental health staff, services and society. *Epidemiol Psychiatr Sci*: <https://doi.org/10.1017/S204579601800063X> (10.07.2019).
- DUNN, E. C.; ROGERS, E. S.; HUTCHINSON, D. S.; LYASS, A.; WILSON, K. L. M.; WALLACE, L. R.; FURLONG-NORMAN, K. (2008): Results of an innovative university-based recovery education program for adults with psychiatric disabilities. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* 35 (5): 357–369.
- JAY, L.; MACADAM, B.; GARDNER, P.; MAHBOUB, L. (2017): Hope headquarters: Recovery college. *Health Promotion Journal of Australia* 28 (2): 170–173.
- KREMER, G.; SCHULZ, M. (2016): Motivierende Gesprächsführung in der Psychiatrie. 3. Aufl. Köln: Psychiatrie Verlag.
- MAHLER, L.; JARCHOV-JÄDI, I.; MONTAG, C.; GALLINAT, J. (2013): Das Weddinger Modell. Resilienz- und Ressourcenorientierung im klinischen Kontext. Köln: Psychiatrie Verlag.
- MCGREGOR, J.; REPPER, J.; BROWN, H. (2014): The college is so different from anything I have done. A study of the characteristics of Nottingham Recovery College. *J Ment Health Educ Train Pract*, 9 (1):3–15.
- MEDDINGS, S.; MCGREGOR, J.; ROEG, W.; SHEPHERD, G. (2015): Recovery colleges: Quality and outcomes. *Mental Health and Social Inclusion* 19 (4): 212–221.
- PERKINS, R.; REPPER, J.; RINALDI, M.; BROWN, H. (2012): Briefing. Implementing recovery colleges through organisational change. Center for mental Health – NHS Confederation Health Network. <https://imroc.org/resources/1-recovery-colleges> (21.06.2019).
- SCHAEFFER, D.; HURRELMANN, K.; BAUER, U.; KOLPATZIK, K.; GILLE, S.; VOGT, D. (2018): Der Nationale Aktionsplan Gesundheitskompetenz – Notwendigkeit, Ziel und Inhalt. *Das Gesundheitswesen* (2): 21–25.
- SLADE, M.; AMERING, M.; FARKAS, M.; HAMILTON, B.; O'HAGAN, M.; PANTHER, G.; PERKINS, R.; SHEPHERD, G.; TSE, S.; WHITLEY, R. (2014): Uses and abuses of recovery: Implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry* 13 (1): 12–20.
- TONEY, R.; ELTON, D.; MUNDAY, E.; HAMILL, K.; CROWTHER, A.; MEDDINGS, S.; TAYLOR, A.; HENDERSON, C.; JENNINGS, H.; POLLOCK, K.; BATES, P.; SLADE, M. (2018): Mechanisms of action and outcomes for students in recovery colleges. *Psychiatr Services* 69 (12): 1222–1229.
- WHO (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/129534/Ottawa\\_Charter\\_G.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf) (21.06.2019).

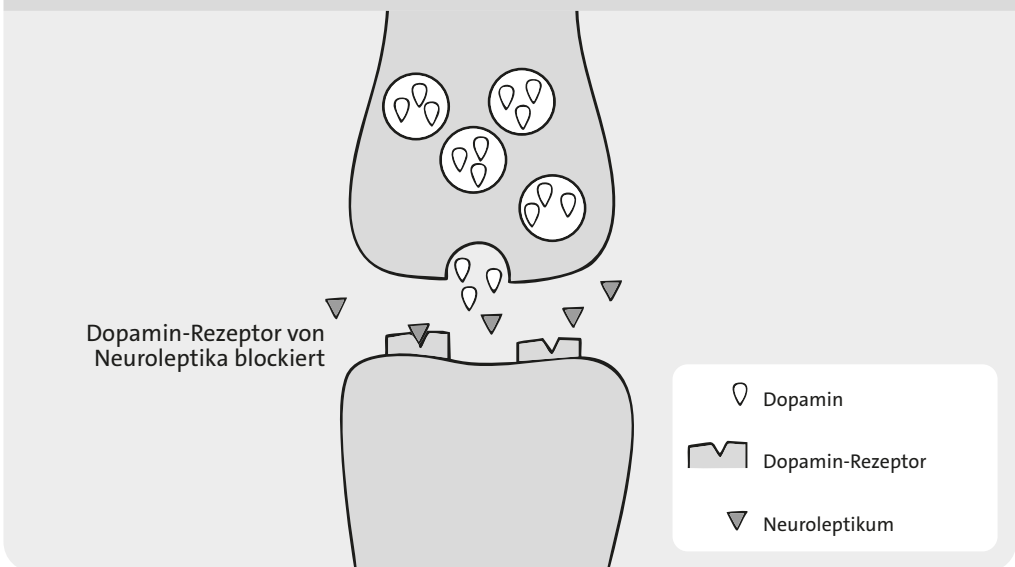
## Neuroleptika (Antipsychotika)

Neuroleptika wirken gegen Wahn und Halluzinationen. Sie sind Mittel gegen Psychosen\* – das wissen Sie wahrscheinlich bereits. Sie werden deswegen auch häufig als Antipsychotika bezeichnet. Aber was bedeutet das eigentlich? Wie wirken Neuroleptika auf psychotische Symptome?

### »Stoffwechselstörung im Gehirn«: die Dopamin-Hypothese

Vielleicht hat Ihnen Ihr Arzt einmal erklärt, bei Ihrer Psychose handele es sich um eine Stoffwechselstörung im Gehirn. Diese Vorstellung leitet sich aus der bekannten, in Untersuchungen nachgewiesenen Wirkung der Neuroleptika auf den Gehirnstoffwechsel ab. In der folgenden Abbildung zeigen wir schematisch die Wirkung von Neuroleptika an den Synapsen.

**Abbildung 3** Die Wirkung von Neuroleptika



Als Neurotransmitter\* an der Synapse\* wirkt in diesem Fall Dopamin, und die weiterleitende Nervenzelle verfügt über Rezeptoren\*, die zu dieser Substanz passen und darum »Dopamin-Rezeptoren« heißen. Dopamin ist im Gehirn an verschiedenen Funktionen beteiligt, u. a. ist es für Motivation, Neugierde, Zuschreibung der Bedeutung von Wahrgenommenem, Aufmerksamkeit, Lebensfreude, Emotionen, Aktivierung von Handlungen, Belohnung, Reaktion auf unangenehme Reize, Wahrnehmungsfähigkeit und Wahrnehmungsintensität verantwortlich.

Neuroleptika können sich an Dopamin-Rezeptoren anlagern. Sie konkurrieren mit dem Dopamin um freie Rezeptoren. Die Verbindung eines Neuroleptikums mit dem Dopamin-Rezeptor löst allerdings im Gegensatz zu Dopamin keine elektrische Entladung aus, vielmehr ist der Rezeptor durch das Neuroleptikum vorübergehend blockiert. Im Ergebnis führt die Anwesenheit neuroleptischer Moleküle in diesen Synapsen zu einer Verminderung der Aktivität, d. h. zu einer Abschwächung der Weiterleitung eintreffender Reize, weil die Wahrscheinlichkeit geringer wird, dass Dopamin-Moleküle auf freie Rezeptoren treffen, sich dort anlagern und eine elektrische Entladung und somit Reizweiterleitung auslösen.

Die zahlreichen heute bekannten Neuroleptika wirken außerdem in unterschiedlicher Weise auf andere Neurotransmitter und Rezeptoren, eine Wirkung auf spezielle Dopamin-Rezeptoren ist ihnen aber gemeinsam. Somit geht man davon aus, dass die Verminderung der Dopamin-Aktivität an diesen Rezeptoren gleichbedeutend ist mit der antipsychotischen Wirkung dieser Medikamente.

Wissenschaftliche Untersuchungen haben ergeben, dass Zustände akuter Psychosen mit einer vermehrten Ausschüttung von Dopamin aus den präsynaptischen\* Speicherbläschen in einigen Hirnbezirken einhergehen. Bei psychotischem Erleben wäre demnach auf neurologischer Ebene eine Übererregung im Dopamin-System zu finden: Während akuter Psychosen werden an Dopamin-Synapsen eintreffende Reize stärker weitergeleitet als sonst. Dieser verstärkten Reizweiterleitung wirkt die Rezeptorblockade durch Neuroleptika entgegen, sie beseitigt aber nicht die vermehrte Ausschüttung von Dopamin.

Allerdings ist die verstärkte Dopaminausschüttung nur während akuter Psychosen nachweisbar, nach deren Abklingen normalisiert sich die Funktion der Synapsen wieder. Wenn Sie also ein Neuroleptikum über lange Zeit, auch außerhalb akuter Krisen, kontinuierlich einnehmen, dient das der Vorbeugung für den Fall einer erneuten Krise – ansonsten wäre das Medikament eigentlich nicht erforderlich. Insofern liegt die Frage nahe, ob wirklich alle Menschen, die schon ein- oder mehrmals Psychosen erlebt haben, ununterbrochen mit Medikamenten behandelt werden sollten, die eine Verminderung der Dopamin-Aktivität bewirken. Schließlich ist die Rezeptorblockade mit einer mehr oder weniger spürbaren Verminderung kognitiver Leistungen verbunden (Auffassung, Denkvermögen, Konzentration usw.). Weitere Informationen zu diesem Thema finden Sie unten im Abschnitt »Langzeitverordnung von Neuroleptika«.

Ohnehin handelt es sich keinesfalls um die Erklärung der Ursache für Psychosen, sondern lediglich um eine Beschreibung auf biochemischer Ebene. Schließlich ist jede seelische Funktion gleichzeitig auch Gehirnstoffwechsel, eben das Zusammenspiel

der Weiterleitung elektrischer Entladungen mit der Wirkung der diversen Neurotransmitter und Rezeptoren. Es gibt also prinzipiell für jede seelische Regung immer zwei Beschreibungsebenen: eine seelische («Wut«, »Erinnerung«, »logische Schlussfolgerung«) und eine biologische (Aktivität in bestimmten Hirnregionen). Daher ist es nachvollziehbar, dass jede seelische Störung oder Erkrankung auch gleichzeitig eine Störung der Gehirnfunktion ist.

Man kann also sagen: Was wir auf der seelischen Ebene eine Psychose nennen, ist körperlich eine Veränderung im Gehirnstoffwechsel. Beides gehört untrennbar zusammen. Die Befunde zur Dopaminausschüttung erklären mithin nicht die Ursache einer Psychose, helfen aber zu verstehen, wie es möglich ist, dass seelisches Erleben durch Substanzen verändert werden kann, die auf die Botenstoffe des Gehirns einwirken.

Sie dürfen sich allerdings die Rezeptorausstattung nicht als fest vorgegebene Eigenschaft der einzelnen Nervenzellen vorstellen, so wie die Rillen eines Fingerabdruckes. Je nach äußeren Anforderungen kann jede Nervenzelle mehr oder weniger Rezeptoren haben und dadurch leichter oder schwerer erregbar sein. Auch die Anwesenheit von Neuroleptika-Molekülen stellt eine solche Anforderung dar, auf die die Nervenzelle mit vermehrter Rezeptorbildung reagieren kann, insbesondere, wenn durch eine hohe Neuroleptikadosis zu viele Rezeptoren blockiert werden. Dieser Effekt wird »Upregulation« genannt. Da hierdurch überhaupt erst viele der unerwünschten Arzneimittelwirkungen auftreten oder verstärkt werden, sollte die Blockade je nach Medikament 50 bis 80 Prozent der Rezeptoren nicht überschreiten. Die hierfür erforderliche Dosierung ist jeweils unterschiedlich, aber generell niedrig, das heißt, oftmals niedriger als bisher angenommen. Die Upregulation wird auch dafür verantwortlich gemacht, dass manche Menschen nach längerer Neuroleptika-Therapie mit konstanter Dosis empfindlicher für psychotische Dekompensationen werden (Durchbruchpsychosen) und beim Reduzieren und Absetzen oftmals vorübergehend wieder psychotische Symptome auftreten (Supersensitivitätspsychose).

## Erwünschte Wirkungen

Durch die oben beschriebene Blockade von Dopamin-Rezeptoren helfen Neuroleptika dabei, sich von Wahn und Halluzinationen zu lösen. Dadurch wird es mit dieser Behandlung wieder viel leichter für Sie, sich richtig in der Welt zu orientieren. Die antipsychotische Wirkung tritt oft nach etwa zehn Tagen ein, bei länger bestehenden Erkrankungen kann es aber auch länger dauern.

**Neuroleptika können aber keineswegs gezielt Wahnideen von realistischen Gedanken oder halluzinierte von real gehörten Stimmen unterscheiden und die einen unterdrücken, die anderen dagegen belassen. Dies können Sie nur selbst! Unter Neuroleptika haben Sie allerdings wesentlich bessere Chancen zu prüfen, ob Ihre Wahrnehmungen und Ideen real sind oder nicht.**

Darüber hinaus wirken diese Medikamente insgesamt reizabschirmend: Die Dopamin-Blockade bewirkt, dass alle Wahrnehmungen abgeschwächt und auf Abstand gerückt erscheinen. Das betrifft sowohl das Hören, Sehen, Riechen, Schmecken und Fühlen als auch die Wahrnehmung der eigenen Gedanken und Gefühle. Es ist, als ob Sie unter einer Glasglocke sitzen – alles wird weniger intensiv und weniger unmittelbar empfunden.

Neuroleptika können die Psychoseerkrankung nicht ursächlich heilen. Zwar können die Symptome akuter psychotischer Krisen beendet oder zumindest abgeschwächt werden, aber die Neigung, in Belastungssituationen psychotisch zu reagieren, ist dadurch nicht beseitigt. Allenfalls kann eine Langzeitverordnung von Neuroleptika behilflich sein, um diese Neigung in Schach zu halten (siehe unten).

Die neuroleptische Wirkung wird oftmals nicht als angenehm empfunden, denn sie beeinträchtigt die gesamte Wahrnehmungsfähigkeit. Wenn Sie während Ihrer Psychosen unter dem Übermaß an auf Sie einstürmenden Reizen leiden, könnten Sie die medikamentös bewirkte Reizabschirmung allerdings als nützlich empfinden. Vielleicht leiden Sie aber auch so stark unter dieser »Glasglocke«, dass Sie immer wieder versuchen, ohne Neuroleptika auszukommen – selbst wenn Sie dabei riskieren, wieder in eine akute Psychose zu geraten. Wir gehen im vorletzten Abschnitt dieses Kapitels darauf ein, wie man am erfolgreichsten versuchen kann, Neuroleptika zu reduzieren oder abzusetzen.

Dass die Wirkung der Neuroleptika nicht als besonders angenehm erlebt wird, hat immerhin einen Vorteil: Sie machen nicht süchtig. Man kann nach der neuroleptischen Wirkung kein süchtiges Verlangen entwickeln wie nach Beruhigungs- und Schlafmitteln oder Alkohol.

Die einzelnen Neuroleptika unterscheiden sich erheblich darin, wie stark ihre Reizabschirmung ist. Substanzen, die in der gebräuchlichen Dosierung gut gegen Wahn und Halluzinationen wirken, nennen wir hochpotente Neuroleptika. Andere Substanzen, die diese Wirkung nur in geringem Maße hervorrufen, heißen niederpotent. Schließlich gibt es noch eine Gruppe von mittelstark antipsychotisch wirkenden Substanzen, die wir als mittelpotente Neuroleptika bezeichnen.

Neuroleptika werden auch zur Behandlung akuter Manien eingesetzt. Zu den neuerdings empfohlenen erweiterten Einsatzmöglichkeiten bei bipolaren Störungen\* nehmen wir am Schluss des Kapitels »Phasenprophylaktika« Stellung (Seite 68).

Neben der antipsychotischen Wirkung haben viele Neuroleptika noch eine zweite medizinisch nutzbare Wirkung: Sie sedieren. Das heißt, nach der Einnahme des Medikaments wird man in allen Reaktionen ruhiger und langsamer, man wird müde und kann bei höherer Dosierung besser schlafen.

Die einzelnen Substanzen haben diese Wirkung in unterschiedlichem Maße – einige sedieren relativ stark, andere wenig oder gar nicht. Wir gehen darauf bei der Besprechung der Substanzen jeweils ein.

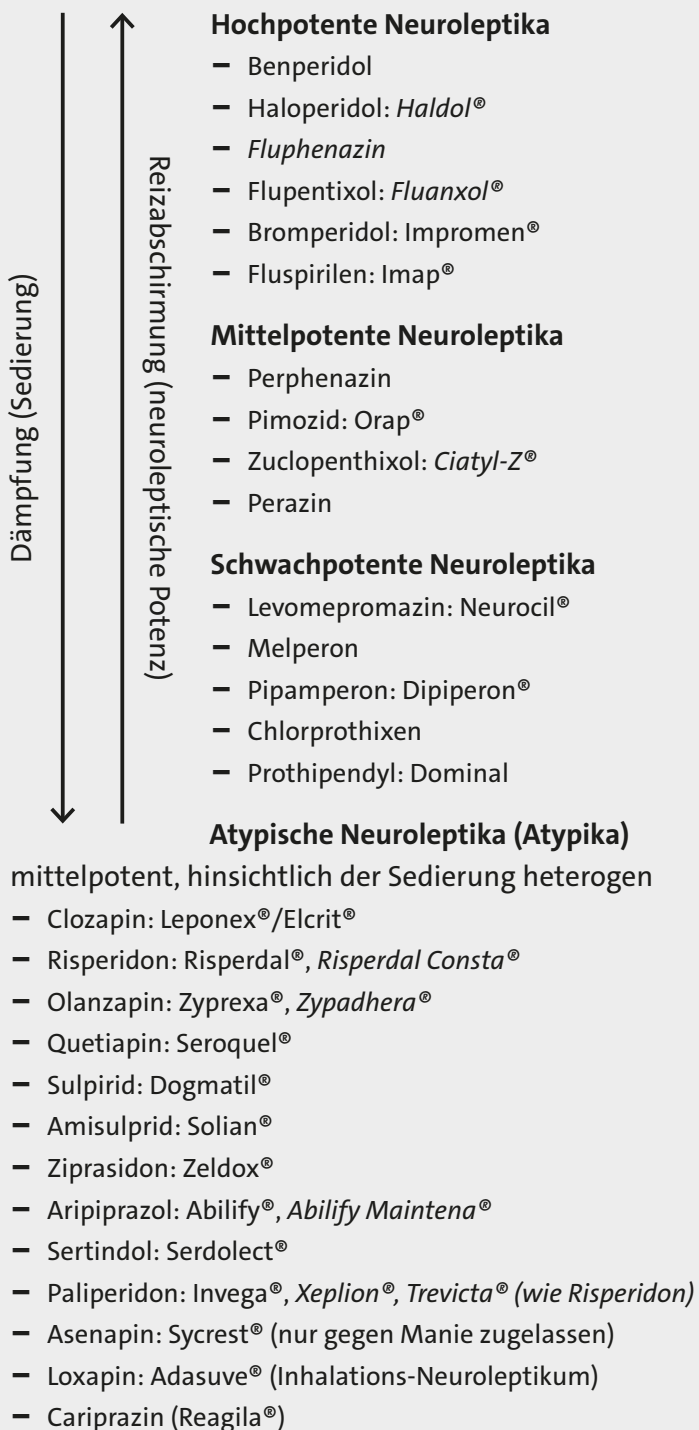
Auch diese Wirkung ist in der Behandlung akuter Psychosen oft hilfreich, denn zu Schlafstörungen kommt es dabei eigentlich immer. Allerdings beeinträchtigen Neuroleptika wegen der verlangsamten Reaktionen die Verkehrstüchtigkeit, bei starker Sedierung\* dürfen Sie deswegen nicht Auto fahren, auf Gerüsten und Leitern arbeiten oder gefährliche Maschinen bedienen.

Außerhalb der Psychiatrie werden Neuroleptika ebenfalls eingesetzt, weil einige weitere Wirkungen medizinisch genutzt werden können: Niederpotente\* Neuroleptika wirken antiallergisch, sie unterdrücken die Histaminreaktionen des Körpers. Etliche Substanzen, die bei Allergien praktisch eingesetzt werden, sind mit den niederpotenten trizyklischen\* Neuroleptika verwandt und wirken darum ebenso wie diese bei Einnahme sedierend. Schließlich verlangsamten Neuroleptika die Bewegungen des Magen-Darm-Traktes, sie können Erbrechen und Durchfall unterdrücken. Die gebräuchlichen Mittel gegen Reisekrankheit und Seekrankheit sind niederpotente Neuroleptika und machen ebenso wie niederpotente Neuroleptika müde.

### **Neuroleptika (Antipsychotika) im Überblick**

- vermindern die Intensität der gesamten Wahrnehmung (reizabschirmend)
- wirken dämpfend (sedierend)
- wirken schmerzlindernd, antiallergisch und u. a. auf Magen-Darm-Bewegungen hemmend

## Typische, klassische Neuroleptika



## Atypische Neuroleptika

Wenn eine antipsychotische Medikation neu begonnen wird, dann wird in aller Regel zunächst ein atypisches Neuroleptikum eingesetzt. Atypische Neuroleptika\* verursachen seltener als die früher häufig verwendeten typischen Neuroleptika Bewegungsstörungen, motorische Unruhe oder eine ausgeprägte Sedierung\* und wirken oft günstig bei so genannter Minussymptomatik\*. Häufig eingesetzt werden Risperidon, Olanzapin, Aripiprazol, Quetiapin und einige andere.

Das älteste atypische Neuroleptikum ist Clozapin (Leponex®, Elcrit® u. a.). Dieses bereits in den 1970er-Jahren eingeführte Medikament verursacht praktisch nie extrapyramidalmotorische Bewegungsstörungen\* und wirkt auf die Minussymptomatik häufig positiv. Manche Patienten erleben nur unter Clozapin eine durchgreifende Besserung ihrer Symptomatik.

Innerhalb der übrigen atypischen Neuroleptika gibt es drei Untergruppen, die sich sowohl in Bezug auf ihre Wirkungen als auch auf ihre Nebenwirkungen unterscheiden (siehe Übersicht auf der vorhergehenden Seite).

Die erste Gruppe wird von den häufig eingesetzten Medikamenten Risperidon und Amisulprid vertreten. Diese verursachen manchmal Bewegungsstörungen, manchmal Muskelsteifigkeit. Dafür verursachen sie nur selten Müdigkeit oder Gewichtszunahme.

Die zweite Gruppe wird von den häufig eingesetzten Medikamenten Olanzapin und Quetiapin vertreten. Diese verursachen manchmal Müdigkeit und bei längerer Einnahme bei einigen Patienten eine deutliche Gewichtszunahme. Dafür lösen sie fast nie Muskelsteifigkeit und nur selten Bewegungsunruhe aus.

Die dritte Gruppe wird durch die Medikamente Aripiprazol und Cariprazin vertreten. Beide wirken – wie alle Neuroleptika – an den Dopamin-Rezeptoren hauptsächlich blockierend, was ihre antipsychotische Wirkung erklärt. Darüber hinaus aktivieren sie aber dieselben Dopaminrezeptoren auch etwas; man nennt dies Dopamin-Partial-Agonismus. Hiervon verspricht man sich eine gute Wirkung auf die Minussymptomatik der Schizophrenie sowie weniger Nebenwirkungen. Aripiprazol kann allerdings dosisabhängig Bewegungsunruhe verursachen.

## Typische Neuroleptika

Aus der obigen Übersicht (Seite 94) können Sie ersehen, dass die Stärke der reizabschirmenden und der dämpfenden Wirkung bei den »typischen« Neuroleptika entgegengesetzt verläuft: Schwachpotente Neuroleptika sedieren in der Regel stärker

als mittel- und hochpotente Neuroleptika; die Letzteren haben normalerweise keine dämpfenden Wirkungen mehr. Die Einteilung nach neuroleptischer Potenz trifft aber nur für die typischen Neuroleptika zu. Für atypische Neuroleptika spielt die Einteilung in diese drei Gruppen dagegen keine Rolle.

Hochpotente Neuroleptika sind nicht in allen Fällen erforderlich. Vielfach würden selbst zur Behandlung akuter Krisen mittelpotente (typische oder atypische) Neuroleptika ausreichen. Das gilt auch für die Langzeitverordnung zur Vorbeugung gegen erneute psychotische Krisen. Einzelheiten hierzu besprechen wir in einem späteren Abschnitt.

## **Unerwünschte Wirkungen der Neuroleptika**

Im Alltag sprechen wir meist vereinfacht von »Wirkungen« und »Nebenwirkungen« von Medikamenten und meinen damit einerseits die erwünschten, andererseits die unerwünschten Wirkungen. Ob aber eine bestimmte Wirkung erwünscht oder unerwünscht ist, richtet sich nach der jeweiligen Situation. Eine Übersicht der unerwünschten Wirkungen von Neuroleptika geben wir in der folgenden Übersicht und in den nachfolgenden Abschnitten.

### **Unerwünschte Wirkungen von Neuroleptika**

#### **Bewegungsstörungen (sogenannte extrapyramidalmotorische Symptome – EPS\*)**

- Früh dyskinesie
- Parkinson-Syndrom
- Akathisie
- Spätdyskinesie (tardive Dyskinesie)

#### **Psychische Wirkungen**

- Verstärkung depressiver Verstimmungen
- Verstärkung von »Minussymptomen\*«
- Störungen der Impulskontrolle

#### **Stoffwechselstörungen (»metabolisches Syndrom«)**

- Gewichtszunahme, vorwiegend im Bauch- und Hüftbereich
- Verminderte Glukosetoleranz (stärker schwankender Blutzuckerspiegel), Auslösung eines Diabetes mellitus\*
- Erhöhte Blutfettwerte, erhöhtes Risiko von Arteriosklerose und Bluthochdruck

### **Hautveränderungen**

- Allergische Hautreaktionen aller Schweregrade
- Erhöhte Lichtempfindlichkeit der Haut (Sonnenbrandgefahr)

### **Sehstörungen**

- Erhöhte Lichtempfindlichkeit der Netzhaut (Blendung durch helles Licht)
- Akkomodationsstörung (erschwertes Scharfsehen)
- Pigmentablagerungen in der Netzhaut (Gesichtsfeldausfälle, sehr selten)
- Glaukom (»grüner Star« = erhöhter Augeninnendruck)

### **Weitere mögliche unerwünschte Wirkungen**

- Blutbild\*veränderungen durch Schädigung des Knochenmarks (vor allem Mangel an weißen Blutkörperchen = Leukozyten)
- Malignes neuroleptisches Syndrom, abzugrenzen von leichter Erhöhung der Körpertemperatur (maximal ca. 1°C)
- Herzrhythmusstörungen durch verlängerte Erregungsüberleitung am Herzen
- Erhöhte Leberwerte, meist ohne weitere Symptome; evtl. Stau der Gallenflüssigkeit in der Leber
- Senkung der Schwelle für epileptische Krampfanfälle
- Dämpfung des sexuellen Empfindens
- Funktionsstörungen der Geschlechtsorgane
- Menstruationsstörungen
- Milchsekretion der Brust (bei Frauen und bei Männern möglich)
- Mundtrockenheit oder vermehrter Speichelfluss
- Vermindertes oder vermehrtes Schwitzen
- Niedriger Blutdruck und Kreislaufregulationsstörung
- Beschleunigter Puls
- Verstopfung
- Störung der Blasenentleerung
- Durststeigerung

Im Folgenden beschreiben wir zunächst unerwünschte Wirkungen, die vor allem bei den neueren, »atypischen« Präparaten auftreten. Danach folgen Nebenwirkungen, die vor allem durch die älteren »typischen« Neuroleptika hervorgerufen werden.

## Unerwünschte Wirkungen der atypischen Neuroleptika

Atypische Neuroleptika können eine Reihe von Stoffwechselstörungen hervorrufen, die als »metabolisches Syndrom« zusammengefasst werden.

Wenn mindestens drei der folgenden Kriterien erfüllt sind, spricht man von einem metabolischen Syndrom:

- Übergewicht, insbesondere in der Körpermitte (Stammfettsucht)
- Insulinresistenz\*
- Fettstoffwechselstörung:
- erhöhte Triglyzeride
- vermindertes HDL-Cholesterin
- erhöhtes LDL-Cholesterin
- Verminderte Glukosetoleranz oder Diabetes mellitus\*
- Bluthochdruck

**Gewichtszunahme:** Die Gründe für die Gewichtszunahme liegen in ganz unterschiedlichen Bereichen: Neuroleptika wirken antipsychotisch durch die Blockade chemischer Verbindungsstellen im Gehirn, sogenannter Dopamin-Rezeptoren (siehe oben). Diese Wirkung könnte zum Ausbleiben des Zufriedenheitsgefühls beim Sattwerden führen. Die Blockade bestimmter anderer Rezeptoren\* wird für die Gewichtszunahme mitverantwortlich gemacht. Da die Medikamente jeweils verschiedene Rezeptoren blockieren, unterscheiden sich die Neuroleptika in dieser unerwünschten Wirkung zum Teil erheblich voneinander. So geht man davon aus, dass die Blockade eines bestimmten Serotoninrezeptors (5-HT<sub>2c</sub>) zu Gewichtszunahme führt, da sie den Appetit steigert. Eine stärkere Blockade der Histamin-H<sub>1</sub>-Rezeptoren führt zu Mundtrockenheit mit verstärktem Durst und über den Genuss kalorienreicher Getränke zu Gewichtszunahme. In diesem Fall können Sie schon mit der Wahl anderer Getränke viel erreichen.

Als weitere Ursache für die Gewichtszunahme gilt der antipsychotische Effekt der Neuroleptika selbst, da er zur Stressreduktion führt und in der Folge den Grundumsatz\* reduziert. Außerdem führen veränderte Lebensbedingungen, beispielsweise im Rahmen eines stationären Aufenthaltes, bei vielen zur Gewichtszunahme: regelmäßige Mahlzeiten, weniger Bewegung, längere Schlaf- und Ruhezeiten.

Zusammengefasst verändern Neuroleptika neben den erwünschten Wirkungen auf den Hirnstoffwechsel diesen auch so, dass die Regulierung von Appetit, Nahrungsaufnahme und Nahrungsverwertung anders funktioniert als ohne diese Medikamente.

Die Gewichtszunahme ist fast immer im ersten Jahr der Behandlung am größten. Patienten, die vor der Behandlung deutliches Untergewicht hatten, nehmen prozentual am meisten zu. Damit ist eine deutliche Erhöhung des Risikos verbunden, an Diabetes zu erkranken.

**Weitere Stoffwechselstörungen:** Zum »metabolischen Syndrom« gehören neben der Gewichtszunahme noch weitere Veränderungen, die unter anderem durch Neuroleptika ausgelöst werden können. So kann die Fähigkeit des Körpers beeinträchtigt sein, die Konzentration des Blutzuckers relativ konstant zu halten (»Glukosetoleranz«). Das kann dazu führen, dass eine Diabetes-Erkrankung ausgelöst wird. Wenn Sie ohnehin bereits an Diabetes leiden, muss bei der erstmaligen oder geänderten Verordnung eines Neuroleptikums die Diabetes-Einstellung überprüft und gegebenenfalls angepasst werden.

Ihr Fettstoffwechsel kann ebenfalls durch Einnahme von Neuroleptika gestört werden, was zu einer Erhöhung von Triglyceriden und Verschiebung beim Cholesterin zugunsten des ungesunden LDL-Cholesterins führt. Wenn Sie dann auch noch einen erhöhten Blutdruck haben, sind die Kriterien für ein metabolisches Syndrom schnell erfüllt (siehe die obige Tabelle).

**Folgen und Risiken des metabolischen Syndroms:** Vor allem die zuletzt genannten Nebenwirkungen Gewichtszunahme, Diabetes und Störungen des Fettstoffwechsels sind dafür verantwortlich, dass Neuroleptika zu Verengungen der Blutgefäße (Arteriosklerose) und damit letztlich zu erhöhter Sterblichkeit durch Herzinfarkte und Schlaganfälle führen können. Um Ihr gesundheitliches Risiko auf das unvermeidliche Mindestmaß zu beschränken, sollten Sie daher Ihren Arzt von sich aus auf alle Möglichkeiten ansprechen, die Ihnen helfen könnten, mit möglichst wenig neuroleptischer Medikation auszukommen. Dies gilt besonders für die vorbeugende Langzeiteinnahme und für die parallele Einnahme mehrerer Neuroleptika – in beiden Fällen sind die gesundheitlichen Risiken deutlich erhöht. Erhebliches Übergewicht kann außerdem Ihr Selbstwertgefühl beeinträchtigen und erheblichen Stress verursachen. Dies wiederum könnte Sie dazu verleiten, Ihre Medikamente unabgesprochen abzusetzen und damit Ihr Wiedererkrankungsrisiko zu erhöhen. Gewichtszunahme ist also nicht nur ein ästhetisches Problem oder eine Frage der Selbstdisziplin, sondern eine ernst zu nehmende Nebenwirkung.

**Gegenmaßnahmen:** In jedem Falle sollte Ihre Ärztin oder Ihr Arzt Sie vor dem Hintergrund Ihrer aktuellen Situation sowie Ihrer bereits gemachten Erfahrungen mit Medikamenten hinreichend über das Risiko einer Gewichtszunahme aufklären.

Daraus ergibt sich dann, welches Medikament am günstigsten erscheint und welche gegenregulierenden Verhaltensweisen möglich sind. Eine Kontrolle des Körpergewichts empfiehlt sich wöchentlich. Es ist wichtig, dass Sie die zu Beginn auftretende Appetitsteigerung im Auge behalten, Ihr individuelles Essverhalten besprechen und gegebenenfalls ändern. Diese Verhaltensänderung fällt vielen Menschen nicht leicht. Wenn es Ihnen auch so geht, fragen Sie Ihren Arzt nach einer Ernährungsberatung. Wenn sich dadurch die Gewichtszunahme nicht ausreichend kontrollieren lässt, raten wir Ihnen zu einer gründlichen Überprüfung, ob eine Umstellung auf ein anderes Medikament, das ein geringeres Risiko der Gewichtszunahme mit sich bringt, bei Ihnen erforderlich ist. Die Umstellung wie auch die Reduzierung der Medikamentendosis sollte unbedingt in Zusammenarbeit mit Ihrem behandelnden Arzt oder Ihrer behandelnden Ärztin erfolgen, weil das Risiko einer erneuten Psychose, einer Verstärkung der Symptome oder der Nebenwirkungen sonst zu hoch ist.

Wenn bei Ihnen Inaktivität und ein Mangel an Bewegung eine Rolle spielen, sollte – wie bei anderen Menschen mit Gewichtsproblemen auch – ein Programm zur Aktivierung erarbeitet werden, bei dem Sie Sport, regelmäßiges Spaziergehen und Treppensteigen in Ihren Alltag integrieren. Wichtig ist, frühzeitig damit zu beginnen, denn es ist sehr viel schwerer, mehrere Kilo Übergewicht abzubauen, als von Beginn an zu verhindern, dass sie sich ansammeln.

Dennoch kann es passieren, dass trotz Sport und geänderten Essverhaltens das Körpergewicht erhöht bleibt. Dann ist auf jeden Fall ein Gespräch mit dem behandelnden Psychiater sinnvoll. Vielleicht kann die Behandlung doch auf ein Medikament umgestellt werden, das keine oder zumindest weniger Gewichtszunahme verursacht.

### **Unerwünschte Wirkungen der typischen Neuroleptika**

Vor allem zwei Gruppen unerwünschter Wirkungen haben die Psychiatrie seit Einführung der Neuroleptika beschäftigt: die Bewegungsstörungen (extrapyramidal-motorische\* Symptome) und die Verstärkung der sogenannten »Minussymptome\*«.

Beide Nebenwirkungen beeinträchtigen den Nutzen der Neuroleptika oft sehr stark und können dazu führen, dass betroffene Personen die Medikamente ablehnen. Die Pharmaforschung hat sich deshalb in den vergangenen Jahrzehnten auf die Reduzierung dieser Nebenwirkungen konzentriert. Diese Anstrengungen haben zur Entwicklung der sogenannten atypischen Neuroleptika geführt, auf die wir oben bereits eingegangen sind.

## Extrapyramidalmotorische Störungen

Neuroleptika können die natürliche Beweglichkeit reduzieren oder unwillkürliche Bewegungen auslösen. Mediziner nennen diese Bewegungsstörungen »extrapyramidalmotorische Symptome«, abgekürzt EPS\*. Dazu folgende kurze Erläuterung: Wir führen willkürliche (absichtliche) Bewegungen aus, indem bestimmte Bezirke der Großhirnrinde Befehle an die Muskulatur aussenden. Diese Befehle werden über Nervenfasern an jeden einzelnen Muskel übermittelt. Dabei werden die Muskeln der linken Körperhälfte von der rechten Gehirnhälfte aus gesteuert und umgekehrt. Die Nervenfasern müssen sich daher auf dem Weg von den »Befehlsgebern« im Gehirn zu ihren Muskeln an einer Stelle kreuzen. Die Anatomen haben diese Stelle des Gehirns nach ihrer äußeren Form die »Pyramide« genannt. Die Gesamtheit der Nervenfasern, die sich hier kreuzen, heißt daher die »Pyramidenbahn«, und dementsprechend nennen die Mediziner die willkürlich ausgelösten Bewegungen »pyramidale Motorik«. Extrapyramidalmotorisch heißen somit Bewegungen, die nicht willkürlich ausgelöst werden.

Zu diesen unwillkürlichen Bewegungsabläufen gehören die nachfolgend erläuterten Bewegungsstörungen, die durch Neuroleptika ausgelöst werden können. Sie können allerdings auch aus anderen Gründen auftreten, beispielsweise durch Hirnerkrankungen oder Vergiftungen.

Extrapyramidalmotorische Störungen haben einige gemeinsame Eigenschaften: Sie treten bei der Einnahme typischer hochpotenter Neuroleptika häufiger auf, durch mittel- oder besonders durch schwachpotente Neuroleptika werden sie deutlich seltener ausgelöst.

Alle Arten dieser Bewegungsstörungen sind außerdem abhängig vom Grad der psychischen Aktivität – das heißt, sie sind bei Aufregung stärker als im Ruhezustand und können im Schlaf gänzlich verschwinden. Deswegen können sie durch dämpfende Psychopharmaka abgeschwächt werden, die dann allerdings eventuell zu unerwünschter Müdigkeit führen können.

Vier Arten extrapyramidalmotorischer Bewegungsstörungen durch Neuroleptika werden unterschieden: Parkinson-Syndrom, Akathisie, Frühdyskinesie sowie Spätdyskinesie.

**Parkinson-Syndrom:** Das Parkinson-Syndrom ähnelt in seiner Symptomatik der Parkinson-Krankheit: Alle Skelettmuskeln sind steif, die Beweglichkeit ist eingeschränkt, häufig kommt ein Zittern hinzu, das hauptsächlich die Hände betrifft. Die betroffenen Personen leiden außerdem unter starkem Schwitzen und vermehrtem Speichelfluss, wobei der Speichel wegen der steifen Schluckmuskeln oft nach außen

abfließt. Diese Symptomatik tritt einige Zeit nach einer Neuverordnung oder einer geänderten Verordnung eines Neuroleptikums auf, und zwar meist nach etwa fünf bis zehn Tagen, wenn das Medikament eine gleichmäßige Konzentration im Körper erreicht hat. Sie kann auch noch später auftreten und bleibt über lange Zeit bestehen, häufig für die gesamte Dauer der Verordnung. Die Behandlung erfolgt mit einem Medikament aus der Gruppe der anticholinergen\* »Anti-Parkinson-Medikamente«, das bekannteste und gebräuchlichste Präparat ist Biperiden (Akineton®).

**Akathisie:** Bei der Akathisie handelt es sich um eine quälende Unruhe, die vorrangig die Beinmuskeln betrifft. Die betroffenen Personen bewegen die Beine, weil sie das Stillhalten als äußerst unangenehm empfinden. Tritt eine Akathisie auf, sollte zunächst erwogen werden, die Dosis des Neuroleptikums zu reduzieren oder auf ein verträglicheres Medikament zu wechseln. Ist dies nicht möglich, kann ein Behandlungsversuch mit Betablockern (z. B. Dociton®) erfolgen.

**Frühdyskinesie:** Die Frühdyskinesie besteht in einer Verkrampfung einzelner Muskeln im Gesichts- oder Halsbereich. Besonders häufig treten Blickkrämpfe auf, bei denen sich die Augen unwillkürlich in eine bestimmte Richtung drehen (meist nach oben). Aber auch Halsmuskeln, Zungenmuskeln oder die Schluckmuskulatur können betroffen sein. Diese Nebenwirkung tritt besonders in der ersten Woche der Behandlung oder nach Änderung der Dosis auf, wenn sich die Konzentration des Medikaments im Blut (der Serumspiegel) ändert. In der Regel verschwinden Frühdyskinesien nach kurzer Zeit. Sie werden meist mit Einmalgaben oder kurzzeitigen Verordnungen von Biperiden (Akineton®) oder anderen Anticholinergika\* behandelt.

**Spätdyskinesie:** Die bisher genannten Bewegungsstörungen unter Neuroleptika verschwinden spätestens bei der Beendigung der neuroleptischen Behandlung. Dies gilt nicht unbedingt für die vierte Gruppe der extrapyramidal-motorischen Störungen, die Spätdyskinesien. Diese treten am ehesten bei Patienten auf, die über viele Jahre lang typische Neuroleptika wie Haloperidol eingenommen haben. Unter den atypischen Neuroleptika treten Spätdyskinesien fast nie auf. Die von Spätdyskinesien betroffenen Personen leiden an unwillkürlichen Bewegungsabläufen, insbesondere rhythmischen Bewegungen der Gesichtsmuskeln, die ähnlich wie Tics aussehen können, oder langsam drehenden Bewegungen der Hände, der Arme oder des Rumpfes. Ebenso wie die vorher beschriebenen Bewegungsstörungen sind Spätdyskinesien aber auffällig und stigmatisierend. Da sie häufig sogar nach Ende der Neuroleptikaeinnahme, unter Umständen lebenslanglich bestehen bleiben,

können sie für die betroffenen Personen eine große Belastung sein. Sie sind schwer zu behandeln, da alle infrage kommenden Medikamente nur einer Minderheit der betroffenen Personen helfen.

Alle beschriebenen Bewegungsstörungen können nicht nur mit den jeweils genannten zusätzlichen Medikamenten behandelt werden, sondern es gibt natürlich auch die Möglichkeit, sie durch eine Reduzierung der Dosis des Neuroleptikums zu vermindern oder zu beseitigen, wenn das psychische Befinden es zulässt. Außerdem kann das Medikament gegen ein anderes Neuroleptikum ausgetauscht werden, das sich chemisch vom vorigen unterscheidet. Hier kommen besonders die neueren atypischen Neuroleptika in Betracht. Zuvor wollen wir aber eine weitere unerwünschte Wirkung vieler Neuroleptika besprechen, nämlich die Verstärkung der Minussymptome.

### **Verstärkung der Minussymptome**

Während Neuroleptika bei den sogenannten produktiven Symptomen (Wahnideen, Halluzinationen, Antriebssteigerung usw.) oft eine nützliche Wirkung entfalten, wirken sie auf andere Psychose-Symptome eher ungünstig: Unter der Wirkung der medikamentösen Reizabschirmung und Dämpfung kann es dazu kommen, dass Sie antriebsarm werden, weniger an Ihrer Umgebung teilnehmen, sich von sozialen Kontakten zurückziehen und auf ihre Umgebung emotional unbeteiligt wirken. Ohnehin reagieren viele Menschen auf psychotisches Erleben und besonders auf gehäufte akute Krisen gerade mit Rückzug, um das Risiko erneuter akuter Psychosen zu mindern. Die Verordnung von Neuroleptika kann solche Rückzugstendenzen verstärken.

Mediziner nennen ein solches Verhalten »Minussymptomatik«. Die beschriebene Minussymptomatik hat große Ähnlichkeit mit einer Depression\* und ist häufig mit gedrückter Stimmung verbunden. Daher kann in solchen Phasen das Risiko suizidaler Wünsche und Handlungen erhöht sein, auch und insbesondere unter Einnahme von Neuroleptika. Wenn Sie solche Tendenzen bei sich bemerken, sollten Sie sich umgehend mit Ihrem Arzt in Verbindung setzen.

### **Weitere unerwünschte Wirkungen der typischen und atypischen Neuroleptika**

Nach der Darstellung der wichtigsten Nebenwirkungen möchten wir nun auf die übrigen unerwünschten Wirkungen eingehen (siehe Seite 97). Wir möchten Sie dabei einerseits relativ vollständig über diese teils lästigen, teils gefährlichen Nebenwirkungen aufklären, andererseits bitten wir Sie aber auch darum, im Auge zu

behalten, dass die meisten genannten Symptome selten auftreten, die besonders gefährlichen sogar extrem selten – wenn das nicht so wäre, gäbe es diese Medikamente nicht auf dem Markt.

**Malignes neuroleptisches Syndrom:** Das maligne neuroleptische Syndrom ist eine sehr seltene, aber lebensbedrohliche Nebenwirkung, die in den ersten zwei Wochen einer neu verordneten oder geänderten Neuroleptikaeinnahme auftreten kann und sich innerhalb von einem bis drei Tagen entwickelt. Dabei steigt die Körpertemperatur allmählich immer weiter an, das Bewusstsein trübt sich, die Muskeln werden steif und unbeweglich, es kann zu gefährlichen Funktionsstörungen der Nieren kommen. Dann wird eine Behandlung auf einer Intensivstation mit Überwachung der Körperfunktionen notwendig.

**Herzrhythmusstörungen:** Durch Verlängerung der elektrischen Bedingungen am Herzmuskel (im EKG sichtbar) kann es bei einigen Medikamenten zu Herzrhythmusstörungen kommen, die – besonders bei hohen Dosierungen, Kombination mehrerer Neuroleptika und körperlichen Erkrankungen – ebenfalls lebensgefährlich sein können. Diese Nebenwirkung wird durch Sertindol (Serdolect®) häufig, durch Thioridazin (Melleril®) gelegentlich und seltener durch Haloperidol (Haldol®), Clozapin (Leponex®), Risperidon (Risperdal®) und Quetiapin (Seroquel®) ausgelöst, bei einigen anderen Substanzen sind zumindest Einzelfälle aufgetreten. Das Risiko muss insbesondere bei Patienten mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen sorgfältig beachtet werden.

**Delir:** Ein Delir kann durch viele psychisch wirksame Substanzen ausgelöst werden, in erster Linie bei älteren Menschen oder Personen mit organischer Hirnerkrankung. Es sieht ungefähr wie ein Delir bei Alkoholentzug aus: Bewegungsunruhe, Störungen der Artikulation, Aufregung, Schwitzen, Zittern, Verkennen von Personen, unter Umständen auch Halluzinationen und Wahngedanken. Wenn dieser Zustand richtig erkannt und das Medikament abgesetzt wird, erholt sich der Patient relativ rasch.

**Hautveränderungen:** Durch Neuroleptika ausgelöste Hautveränderungen können ganz verschieden aussehen. Am häufigsten tritt die bereits erwähnte erhöhte Lichtempfindlichkeit mit Neigung zu Sonnenbrand auf. Außerdem kann es zu Pigmentablagerungen in der Haut kommen, die dann wie Leberflecke aussehen. Schließlich kann die Haut allergische Reaktionen aufweisen, die von leichten Rötungen mit Juckreiz bis zu schweren Hautveränderungen reichen.

**Sehstörungen:** Relativ viele Menschen klagen während der Einnahme von Neuroleptika über Sehstörungen. Hier lohnt sich genaueres Nachfragen, denn es kann dabei um sehr verschiedene Nebenwirkungen gehen. Zum einen kann das Auge leichter als sonst geblendet werden. Weiterhin kann die Fähigkeit der Linse beeinträchtigt sein, sich auf verschiedene Entfernungen einzustellen (»Akkommodation«); dann fällt es schwer, Kleingedrucktes zu lesen. Diese Beeinträchtigungen sind medizinisch gesehen relativ harmlos. Die Probleme beim Lesen können allerdings auch die Folge psychotischer Unruhe oder – im Gegenteil – einer zu starken Reizabschirmung durch das Neuroleptikum sein. Als weitere Nebenwirkungen am Auge können Linsentrübungen, Pigmentablagerungen in der Netzhaut mit Gesichtsfeldausfällen oder ein Glaukom (»grüner Star«) auftreten. Die letztgenannten Wirkungen könnten die Sehfähigkeit ernsthaft beeinträchtigen, glücklicherweise kommen sie selten vor. Einen Glaukomanfall erkennen Sie an folgenden Symptomen: Die Bindehaut (das Weiße im Auge) ist stark gerötet, der Augapfel fühlt sich härter an als normalerweise, das Auge schmerzt stark, und die Sehfähigkeit kann beeinträchtigt sein. Kopfschmerzen, Übelkeit und weitere Beschwerden können hinzukommen. Bei Verdacht auf ein akutes Glaukom muss sofort ärztliche Behandlung sichergestellt werden, da schon nach wenigen Stunden die Erblindung drohen kann.

**Erhöhte Leberwerte:** Wenn Ihr Arzt von erhöhten Leberwerten spricht, meint er damit ein vermehrtes Auftreten von Leberenzymen im Blut. Meist ist das harmlos und bedarf keiner Behandlung, aber es kann auch zu einem Stau der Gallenflüssigkeit in der Leber mit der Folge erheblicher Verdauungsprobleme kommen, die ein Absetzen des Medikamentes und eine Behandlung erfordern.

**Blutbildschädigungen:** Insbesondere das Clozapin kann zu einer erheblichen Blutbildschädigung führen, der sogenannten Agranulozytose\*. Diese kann lebensbedrohlich sein. Für das Clozapin gelten daher besondere Anforderungen an die Verordnung und die Kontrolle des Blutbildes, die wir weiter unten bei der Darstellung der einzelnen Substanzen nennen. Aber auch andere Neuroleptika können in seltenen Fällen das Blutbild schädigen, allerdings in aller Regel nicht mit so gefährlichen Folgen.

**Krampfschwelle:** Wenn Sie bisher nicht zu epileptischen Krampfanfällen neigen, werden Neuroleptika in aller Regel auch nicht dazu führen. Bei Epileptikern und anderen hierfür empfindlichen Personen können diese Medikamente aber die Krampfschwelle so weit senken, dass es unter ihrer Einnahme vermehrt zu Krampfanfällen kommt.

**Störungen des sexuellen Erlebens:** Diese behalten die betroffenen Personen wahrscheinlich häufig für sich, sodass sie den Ärzten meist nicht bekannt werden. Störungen der sexuellen Funktionen (Unfähigkeit zu Erektion und Orgasmus) können hinzukommen und diese Problematik zusätzlich verschärfen. Beides verschwindet aber nach Absetzen, oft auch schon nach Reduktion der Medikamente wieder. Wenn eine Langzeitverordnung erforderlich ist, können sexuelle Störungen dagegen ein großes Problem darstellen. Wenn Sie unter diesen Nebenwirkungen leiden, sollten Sie offen mit Ihrem Arzt darüber sprechen und sie nicht schamhaft verschweigen. Nur wenn Sie von Ihren Problemen berichten, kann die medikamentöse Verordnung entsprechend geändert werden. In vielen Fällen bewirken schon eine Dosisreduktion oder die Umstellung auf ein anderes Neuroleptikum eine erhebliche Besserung. Dieser Versuch ist allemal besser als das heimliche Absetzen des Medikaments.

**Brustvergrößerung:** Eine andere, oft recht unangenehme Nebenwirkung, die sowohl bei Männern als auch bei Frauen auftritt, kann eine Brustvergrößerung mit Flüssigkeitsaustritt sein. Diese Nebenwirkung wird durch das Hormon Prolaktin ausgelöst, dessen Konzentration im Blut unter einigen Neuroleptika erhöht sein kann. Sie kann mit Medikamenten wie Bromocriptin (Pravidel®) behandelt oder durch Umstellung auf ein anderes Neuroleptikum umgangen werden. Nach Absetzen des Neuroleptikums verschwindet auch diese Nebenwirkung wieder.

**Veränderungen bei der Menstruation:** Relativ häufig kommt es unter Neuroleptika zu Veränderungen bei der Regelblutung: Sie kann stärker oder schwächer ausfallen und mit Schmerzen verbunden sein, unregelmäßig auftreten oder sogar ganz ausbleiben. Diese Veränderungen werden ebenfalls durch Prolaktin ausgelöst. Sie sind für betroffene Frauen beunruhigend, vor allem wenn sie deswegen eine Schwangerschaft für möglich halten oder im Gegenteil fürchten, niemals mehr schwanger werden zu können. Solche Störungen des Menstruationszyklus sind aber medizinisch harmlos und verschwinden nach Absetzen oder Wechsel des Neuroleptikums. Im Einzelfall lässt sich nicht immer sagen, ob unregelmäßige oder fehlende Regelblutungen durch ein Medikament bedingt sind. Schließlich kann auch starker Stress zu Zyklusveränderungen führen, und eine akute Psychose ist sicher eine solche starke Stressbelastung.

**Störungen des vegetativen Nervensystems:** Eine weitere Gruppe von meist lästigen Wirkungen betrifft verschiedene Störungen des vegetativen Nervensystems. Häufig kommt es zu Speichelfluss durch vermehrte Produktion von Speichel und behindertes Schlucken (bei EPS\*). Die Speichelproduktion kann zum Beispiel mit

salbeihaltigen Arzneimitteln verringert werden, die Schluckbehinderung durch Pirenzepin (Gastrozepin®). Andere vegetative Nebenwirkungen sind Mundtrockenheit, vermindertes oder vermehrtes Schwitzen, niedriger Blutdruck und Kreislaufstörungen mit beschleunigtem Herzschlag. Wegen der Verlangsamung der Darmbewegungen kann eine manchmal hartnäckige Verstopfung auftreten. Schließlich kann einerseits das Wasserlassen erschwert sein, oder es kann andererseits zu nächtlichem Einnässen kommen. Außerdem kann unter Neuroleptika auch der Durst erheblich gesteigert sein, die Funktion der Nieren ist davon aber nicht betroffen.

## Wechselwirkungen mit anderen Substanzen

Wenn Sie neben einem Neuroleptikum Medikamente gegen erhöhten Blutdruck, Herzrhythmusstörungen, Harninkontinenz oder Allergien wie Heuschnupfen einnehmen, sollten Sie Ihren Arzt nach Wechselwirkungen fragen; die Wirkung dieser Medikamente kann abgeschwächt oder verstärkt werden, oder es können Erregungszustände auftreten. Auch Kombinationen bestimmter Neuroleptika mit sogenannten Anticholinergika\* können Erregungszustände auslösen.

Kombinationen mit Dopaminagonisten\*, beispielsweise zur Behandlung der Parkinson-Krankheit, der Amenorrhoe (Ausbleiben der Regelblutung) oder des Restless-Legs-Syndroms, führen zu gegenseitiger Wirkungsabschwächung.

Kombinationen mit weiteren Dopaminantagonisten\* (z. B. Medikamenten gegen Übelkeit und Brechreiz) können zu gegenseitiger Wirkungsverstärkung führen.

Die gleichzeitige Einnahme von Lithium (Hypnorex®, Quilonum®) kann Bewegungsstörungen und andere Nebenwirkungen verstärken.

Vorsicht ist bei der Kombination von Clozapin (Leponex® u. a.) mit Benzodiazepinen, insbesondere in Form von intravenösen oder intramuskulären Injektionen geboten. Hier kann es in sehr seltenen Fällen zu Schwindel, Kreislaufproblemen und Beeinträchtigung der Atmung bis zum Atemstillstand kommen. Wenn Sie eine solche Kombination aber bereits seit längerer Zeit einnehmen, brauchen Sie diese Komplikation nicht mehr zu fürchten.

**Während der Einnahme eines Neuroleptikums sollten Sie mit Alkohol sehr vorsichtig umgehen – das Medikament kann die Wirkung des Alkohols erheblich und kaum abschätzbar verstärken. Für Autofahren, Bedienung von Maschinen und andere Tätigkeiten, bei denen es auf schnelle und exakte Reaktionen ankommt, gilt auf jeden Fall »null Promille«!**

Einige Neuroleptika werden bei Rauchern schneller abgebaut, sodass höhere Dosierungen erforderlich sein können. Wenn Sie dann abrupt das Rauchen einstellen, kann die Wirkung dieser Medikamente erheblich verstärkt werden. Das gilt besonders für Clozapin (Leponex®, Elcrit®) und Olanzapin (Zyprexa®), es kann bei unveränderter Einnahme zu Überdosierungen kommen. Andererseits kann wahrscheinlich die Dosis reduziert werden, wenn Sie mit dem Rauchen aufhören. Sprechen Sie daher Ihren Arzt vorher an!

Koffein wirkt wegen seiner allgemein anregenden Wirkung den Neuroleptika entgegen. Deswegen sollten Sie die Mengen von Tee oder Kaffee, die Sie üblicherweise trinken, bedenken – die antipsychotische Wirkung könnte sonst eventuell unzureichend sein.

### **Verordnung von Neuroleptika bei akuten Psychosen**

Die Verordnung von Neuroleptika ist heute eine Standardbehandlung bei akuten psychotischen Krisen – seien sie organisch bedingt, Teil einer schizophrenen Psychose\*, manisch\* oder auch wahnhaft-depressiv. Die Fachleute streiten sich allerdings darüber, ob eine neuroleptische Behandlung so rasch wie möglich beginnen sollte, um negative Folgen der akuten Psychose abzuwenden, oder frühestens nach einigen Tagen oder Wochen, um die Chance nicht zu vergeben, die Anlässe und Hintergründe der aktuellen psychotischen Krise zu verstehen. Die Antworten in diesem Streit richten sich nach den angestrebten Behandlungszielen: Wer die Beseitigung psychotischer Symptome zum obersten oder gar einzigen Ziel macht, wird sich für eine rasche neuroleptische Behandlung aller Psychosen stark machen. Eine erweiterte Zielbestimmung, die in jedem Einzelfall gemeinsam mit den betroffenen Personen vorgenommen wird und auch andere Erfolgskriterien wie Lebensqualität und die Verwirklichung subjektiver Bedürfnisse einschließt, relativiert die Bedeutung der medikamentösen Behandlung.

Wie oben schon erwähnt, können durch Kombination zweier Neuroleptika die reizabschirmende und die dämpfende Wirkung getrennt eingesetzt werden. Ein typisches – mittel- oder hochpotentes – oder atypisches\* Neuroleptikum wird kombiniert mit einer dämpfenden Substanz, und beide werden je nach momentanem Erfordernis dosiert. Bei dieser Vorgehensweise ist das Risiko von Wechselwirkungen und Spätfolgen sorgfältig zu bedenken. Alternativ könnte man neben einem reizabschirmenden Medikament auf Benzodiazepine\* zur Dämpfung zurückgreifen, zumal diese auch eine angstreduzierende Wirkung haben und zu deutlicher Stressreduzierung führen. Allerdings sollte das Risiko der Gewöhnung und Abhängigkeit bedacht werden.

Sie sollten gemeinsam mit den Ärzten darauf achten, dass andere Kombinationen mehrerer Neuroleptika möglichst vermieden werden; der Nutzen solcher Kombinationen ist wissenschaftlich widerlegt, während das Risiko von Schädigungen unter Kombinationen deutlich erhöht ist.

Die individuelle Dosierung von Neuroleptika ist eine Gratwanderung: Einerseits soll sie ausreichend hoch sein, um die erwünschte Reizabschirmung und Dämpfung zu bewirken, andererseits soll sie möglichst niedrig sein, um keine unnötigen Einschränkungen durch Müdigkeit oder Teilnahmslosigkeit sowie dosisabhängige Nebenwirkungen hervorzurufen.

Um die jeweils angemessene Behandlungsdosis für Sie zu finden, bedarf es einiger weiterer Informationen: In den 2000er-Jahren wurden einige Studien veröffentlicht, die sich mit dem Thema Niedrigdosierung (unter 3 mg Haldol pro Tag) befassen. Alle Ergebnisse weisen darauf hin, dass die gängige Praxis einer relativ hohen Anfangsdosis, einer raschen Höherdosierung und langen Beibehaltung dieser »Akutdosis« nicht ratsam ist, ja sogar auf vielfältige Weise schadet. Wenn wir unsere eigenen Behandlungserfahrungen einbringen, so sprechen diese in sehr vielen Fällen eindeutig für eine Niedrigdosierung.

Am Ende dieses Kapitels finden Sie bei jeder Substanz Angaben zur üblichen Dosierung. Es handelt sich dabei um Standarddosierungen\*, von denen im Einzelfall erheblich abgewichen werden kann. Die angegebenen Höchstdosierungen sollten allerdings nur überschritten werden, wenn entweder eine intensive Überwachung des Patienten möglich ist (z. B. im Krankenhaus) oder die individuelle Wirkung bei längerer Einnahme bereits bekannt ist.

Welche Dosis zur Bewältigung akuter psychotischer Krisen erforderlich ist, hängt ganz erheblich von den jeweiligen Rahmenbedingungen ab. Unsere Dosisangaben beziehen sich auf typische Behandlungssituationen hierzulande, also eine Behandlung in der Sprechstunde eines niedergelassenen Arztes oder in einer durchschnittlichen psychiatrischen Akutstation im Krankenhaus. Diese Dosierungen sind nach heutigem Kenntnisstand eigentlich zu hoch, weil sie einen zu hohen Anteil der Dopamin-Rezeptoren blockieren und dadurch unnötig stark einschränkend auf Auffassung und Denkvermögen wirken. Unter günstigeren Bedingungen könnten die Dosierungen wesentlich niedriger sein, wie die Erfahrungen mit Soteria\*-Einrichtungen oder die Praxis der »bedürfnisangepassten Behandlung«\* in Skandinavien zeigen. Dort gelingt es häufig sogar, akute Psychosen ganz ohne Neuroleptikum zu überwinden. Selbsthilfegruppen berichten über ähnliche Erfahrungen.

Beachten Sie auch, dass die erwünschten Wirkungen der Neuroleptika nicht gleichzeitig eintreten. Während Sie die medikamentöse Sedierung\* rasch spüren, vergehen in der Regel mindestens vier bis fünf Tage, bevor die Reizabschirmung dazu führt, dass Sie sich von Halluzinationen, Wahnideen oder anderen Symptomen lösen können. Diese Wirkung kann noch nach Wochen und Monaten deutlicher werden. Deswegen sollten Sie hoch- oder mittelpotente sowie atypische\* Neuroleptika bis zum Verschwinden dieser Symptome einerseits regelmäßig einnehmen, aber die Dosis nicht zu rasch steigern, während die schwachpotenten, dämpfenden Mittel sich auch als Bedarfsarznei eignen.

Wenn die akute psychotische Symptomatik abklingt, sollte die Dosis des eingesetzten Neuroleptikums entsprechend reduziert werden. Sofern keine Weiterverordnung zur Vorbeugung geplant ist, kann das Neuroleptikum in kleinen Schritten allmählich abgesetzt werden. Sprechen Sie darüber mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt! Zum praktischen Vorgehen siehe das Kapitel »Reduzieren und Absetzen von Neuroleptika«.

## Langzeitverordnung von Neuroleptika

Das völlige Absetzen des Neuroleptikums nach Abschluss der akuten Behandlung ist keineswegs die Regel. In vielen Fällen raten die Ärzte vielmehr zur vorbeugenden Einnahme eines Neuroleptikums über Monate oder Jahre hinweg. Das hat folgenden Grund: Lange Zeit folgte man wissenschaftlichen Untersuchungen, die gezeigt hatten, dass die Wahrscheinlichkeit einer erneuten psychotischen Krise innerhalb eines Jahres nach einer akuten schizophrenen Psychose\* etwa 70 Prozent beträgt. Durch die Einnahme eines Neuroleptikums – meistens in geringerer Dosierung als während der Akutbehandlung – lässt sich diese Wahrscheinlichkeit auf 20 bis 30 Prozent senken. Somit profitieren etwa 50 Prozent aller Patienten, die nach einer akuten Psychose weiterhin ein neuroleptisches Medikament einnehmen, davon in dem Sinne, dass ihnen eine erneute akute Psychose erspart bleibt. Für die Übrigen gilt allerdings, dass sie entweder auch ohne das Medikament psychosofrei geblieben wären oder dass sie trotz des Medikamentes erneut psychotisch werden. Schon die Langzeitstudie von Wunderink u. a. (2013) ergab ein differenzierteres Bild: Nach frühem Absetzen der Neuroleptika kam es zwar in den ersten zwei Jahren doppelt so häufig zu Wiedererkrankungen, aber schon im vierten Jahr unterschied sich die Zahl nicht mehr von Patienten mit einer Dauermedikation. Auch nach sieben Jahren war die Anzahl der Rückfälle gleich, aber in der Gruppe der nicht dauerhaft medizierten Patienten waren die funktionale Erholung und die subjektive

Lebensqualität deutlich besser. Dieses Ergebnis wird auch durch eine andere Studie (Harrow u. a. 2012) unterstützt. Hier zeigte sich bei einer Kontrolluntersuchung zwanzig Jahre nach Studienbeginn, dass nicht alle Teilnehmer durchgehend neuroleptische Behandlung benötigten. 70 Prozent der Teilnehmer hatten binnen zwei Jahren ihre Medikamente abgesetzt. In dieser Gruppe waren mehr Patienten mit guten Behandlungsergebnissen als in der Gruppe mit Langzeitmedikation.

**Im Lichte der vorliegenden Studien ist die gängige Praxis der Dauereinstellung aller Psychosepatienten überholt. Wenn Sie an einer Psychose erkrankt sind, haben Sie die Wahl zwischen verschiedenen Vorgehensweisen und sollten das mit Ihrem Arzt oder Ihrer Ärztin sorgfältig besprechen.**

Üblicherweise empfehlen Ihnen die meisten Psychiater nach einer ersten psychotischen Episode die kontinuierliche Einnahme eines Neuroleptikums für etwa ein Jahr, nach mehreren psychotischen Episoden für drei bis fünf Jahre. Bei solchen Empfehlungen spielen allerdings individuelle Besonderheiten eine zu geringe Rolle. Wenn sich in Ihrem Leben die auslösenden Faktoren gebessert haben und Sie also das Risiko einer Wiedererkrankung reduzieren konnten, kann diese Empfehlung zu lang sein. Wenn Konflikte und Belastungen, die große Bedeutung für das Auftreten neuer Psychosen haben, fortbestehen oder sich noch verschlechtert haben, kann die Empfehlung aber auch zu kurz sein. Wir empfehlen Ihnen deshalb eine ausführliche, individuelle Beratung über die Vor- und Nachteile der Einnahme von Neuroleptika.

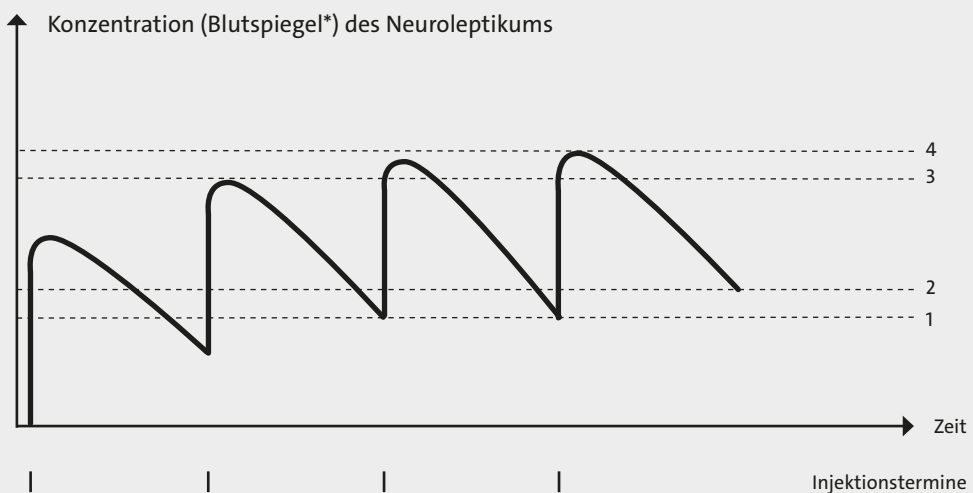
Wegen der oben angesprochenen, relativ häufig auftretenden Verringerung der Lebensqualität durch verstärkte Minussymptome\* sollten Sie großen Wert darauf legen, dass für Sie ein geeignetes Medikament und eine individuell angemessene Dosierung gefunden wird, die einerseits ausreichende Reizabschirmung und Dämpfung bewirken, andererseits aber zu möglichst geringen Belastungen und Einschränkungen führen. Eine Langzeitverordnung mehrerer Neuroleptika sollte die strikte, besonders begründete Ausnahme sein, weil sie das Risiko gefährlicher Nebenwirkungen erheblich erhöht.

## Depot-Neuroleptika

Einige Substanzen stehen nicht nur zur oralen Einnahme als Tabletten oder Tropfen, sondern auch zur intramuskulären Injektion als Spritze mit mehrwöchiger oder mehrmonatiger Wirkdauer zur Verfügung. Diese lange Wirkung wird dadurch erreicht, dass das Medikament in einer besonderen chemischen Verbindung vorliegt,

aus der sie erst im Laufe mehrerer Wochen allmählich freigesetzt wird. Aus der einmal gesetzten Spritze steht somit über diese Zeit hinweg ständig Nachschub zur Verfügung. Die Wirkdauer richtet sich dabei nach der gewählten chemischen Verbindung. Bei den meisten Depot-Medikamenten ist die freigesetzte Menge – und damit auch die Konzentration im Blut – in den ersten Tagen nach der Injektion am höchsten und nimmt bis zur nächsten Gabe allmählich ab, da das Depot im Muskel kleiner wird. Einige neuere Präparate sind so zubereitet, dass die Schwankungen des Blutspiegels\* nur noch geringfügig sind.

**Abbildung 4** Zur Wirkungsweise von Depot-Neuroleptika



Erläuterung: Wenn Ihr Bedarf an neuroleptischer Abschirmung bei Linie 1 liegt, haben Sie mit der eingezeichneten Konzentrationskurve des Medikaments zu jedem Zeitpunkt eine ausreichende Abschirmung. Liegt Ihr Bedarf dagegen bei Linie 2, so reicht die Konzentration jeweils in den letzten Tagen vor der nächsten Injektion nicht aus.

Um eine ausreichende Wirkung über den gesamten Zeitraum zu erreichen, müssen Sie darum in den ersten Tagen eine höhere als die eigentlich erforderliche Konzentration in Kauf nehmen. Sonst reicht die Wirkung einer Depotspritze kurz vor der nächsten Injektion eventuell nicht mehr aus (Linie 2 in der Abbildung). Das könnten Sie daran merken, dass Sie in diesen letzten Tagen unruhiger und gereizter sind als sonst, schlechter schlafen, vermehrt Stimmen hören oder sich bedroht fühlen. Wenn das so ist, kann Ihr Arzt entweder die Dosis der Depotspritze erhöhen oder das Intervall zwischen zwei Injektionen verkürzen, z. B. von vier auf

drei Wochen. Beide Maßnahmen führen zu einer Erhöhung des Blutspiegels\*. Oder Sie könnten jeweils in den Tagen vor der nächsten Injektion das Neuroleptikum zusätzlich als Tablette einnehmen, um die Unterdosierung zu überbrücken.

Ob Sie solche Schwankungen der Blutkonzentration zu erwarten haben und ob Sie diese subjektiv überhaupt spüren, hängt stark von dem gewählten Präparat und von Ihrer Gesamtsituation ab. Wir haben diese Zusammenhänge hier ausführlich erläutert, damit Sie sich zu helfen wissen, falls die geschilderten Schwankungen des Befindens auftreten.

Noch ein weiteres Problem ist mit den schwankenden Blutkonzentrationen bei Depotbehandlungen verbunden. Sind bei Linie 4 starke Nebenwirkungen (zu starke Sedierung\*, Bewegungsstörungen o. a.) zu erwarten, dann bleibt die Konzentration gemäß der Kurve stets darunter. Wenn solche unerwünschten Wirkungen dagegen bereits bei Linie 3 auftreten, so müssen Sie jeweils in den ersten Tagen nach jeder Injektion mit ihnen rechnen. Das können zum Beispiel eine unerwünscht starke Reizabschirmung, Müdigkeit oder vermehrte Bewegungsstörungen sein. In solchen Fällen gibt es wiederum zwei Möglichkeiten, die Verordnung zu ändern: entweder eine Reduktion der Dosis oder eine Verlängerung des Intervalls zwischen den Injektionen. In beiden Fällen entsteht nach der neuen Spritze eine weniger hohe Konzentration im Körper als zuvor.

Ohnehin liegt der vorbeugenden Langzeit-Verordnung eines Neuroleptikums – und auch der Abbildung – eine vereinfachende Vorstellung zugrunde: dass Sie nämlich zur Absicherung gegen akute Psychosen immer die gleiche Menge wirksamer neuroleptischer Substanz benötigen. Wie alle Menschen mit Psychose-Neigung aus eigener Erfahrung wissen, ist das Risiko akuter Krisen aber stark von der Lebenssituation und von aktuellen Ereignissen abhängig, von denen man aus der Bahn geworfen werden kann. In solchen Belastungsmomenten benötigt man also eigentlich eine höhere Dosis als in ruhigeren Zeiten, die man auch mit weniger – oder sogar ohne – Neuroleptikum bewältigen könnte.

Wenn Sie Ihr Medikament in Tabletten- oder Tropfenform einnehmen und zu den Psychose-Erfahrenen gehören, die ihre Frühwarnzeichen zu Beginn akuter Krisen kennen, können Sie jeweils die Dosis erhöhen, wenn solche Alarmsignale auftreten. Manchen Menschen gelingt es sogar, Psychosen ohne Dauereinnahme von Neuroleptika zu vermeiden, indem sie diese immer nur bei Frühwarnzeichen einnehmen (Harrow u. a., 2012).

Mit Depot-Neuroleptika gelingt eine solche Feinsteuerung nicht, denn jede Spritze wirkt mehrere Wochen hindurch. Sie eignen sich daher vor allem dann, wenn Sie wegen ständiger psychotischer Störungen oder häufigen Krisen unbedingt

einen neuroleptischen Schutz haben sollten, die Einnahme aber aus eigener Kraft nicht schaffen – anders gesagt, wenn die Schwere der psychotischen Problematik es rechtfertigt, dass die medikamentöse Behandlung überwacht oder im Extremfall sogar erzwungen wird. In allen Situationen, die mit einer oralen Medikation (Tabletten oder Tropfen) gemeistert werden können, ist diese Verabreichungsform pharmakologisch gesehen einer Depotspritze überlegen und sollte daher bevorzugt werden. Vor allem ermöglichen Tabletten einen stärker selbstbestimmten Umgang mit den verordneten Medikamenten, und dieser Zuwachs an Autonomie ist aus unserer Sicht ein wichtiges Ziel jeder medizinischen Behandlung. Wo immer dafür eine Chance besteht, sollte sie unserer Meinung nach genutzt werden.

Wenn Sie jedoch mit Depotspritzen besser zurechtkommen als mit Tabletten und keine wesentlichen Nebenwirkungen auftreten, sollten Sie nicht ohne triftigen Grund auf Tabletten wechseln. Es sei denn, dass Sie lernen wollen, Ihre Dosierung stärker nach dem momentanen Bedarf zu steuern, oder dass Sie versuchen wollen, die regelmäßige Dosis zu vermindern oder schrittweise abzusetzen.

## Reduzieren und Absetzen von Neuroleptika

Für den Wunsch, das Neuroleptikum abzusetzen, kann es viele Gründe geben. Vielleicht gehören Sie zu den Menschen, die sich wegen der reizabschirmenden Wirkung des Medikamentes stark eingeengt fühlen; oder Sie leiden unter anderen unerwünschten Wirkungen, z. B. Bewegungsstörungen oder sexuellen Beeinträchtigungen. Ein weiterer Grund könnte sein, dass Sie die empfohlene Zeit der vorbeugenden Einnahme ohne weitere Psychosen\* überstanden haben, sodass Sie sich fragen, ob Sie nun nicht auch ohne medikamentöse Hilfe psychosefrei leben können. Außerdem sind Neuroleptika nicht frei von zum Teil gefährlichen Nebenwirkungen, sie sollten darum nicht unnötig eingenommen werden. Erstrebenswert wäre, im Sinne einer patientenzentrierten medikamentösen Behandlung, ein Empowerment-orientierter Umgang. Hierbei kann dann auch sinnvollerweise ein Reduzieren oder Absetzen in Erwägung gezogen werden.

Empowerment\* bedeutet Selbstbefähigung oder Selbstermächtigung. Es steckt das Wort »Macht« darin. Viele Menschen in seelischen, somatischen oder sozialen Krisen stehen diesen Situationen ohnmächtig und machtlos gegenüber. Selbstermächtigung bedeutet, die Macht und den Einfluss auf sein eigenes Leben zurückzugewinnen und zu stärken. Dies ist ein in Studien nachgewiesener äußerst bedeutender Faktor zur Gesundung (Salutogenetisches Gesundheitsmodell von Aaron Antonovsky, 1997).

Nach diesem Modell und dem Recovery-Konzept zeigen sich deutliche Zusammenhänge von Empowerment und Gesundheit. Es geht darum, nicht die Krankheit zu bekämpfen, sondern Gesundheit im Sinne einer zufriedenen Lebensqualität (wieder-)herzustellen und Gesundheitsprozesse zu fördern. Damit man sich im psychiatrischen (Behandlungs-)Kontext nicht ausgeliefert oder ohnmächtig fühlt, braucht es ein gegenseitiges Vertrauen und eine offene und ehrliche Kommunikation, wo Vorschläge, Bedürfnisse und auch Kritik von Patienten zugelassen und verhandelt werden können: fair (ver-) handeln statt be-handeln! Das A und O bei der Medikamenteneinnahme ist das Vertrauen in diese Art von Hilfemöglichkeit, die Informationen darüber sowie auch, dass man keine Konsequenzen befürchten muss, z. B. dass die Medikamente sofort wieder höher dosiert werden, wenn man dem Arzt anvertraut, dass man wieder schlechtere Zeiten hat und es einem nicht so gut geht. Die sofortige Unterdrückung einer Krise ist vielleicht nicht immer angebracht, denn Krisen bedeuten unter Umständen auch Wachstum, Bewegung und Entwicklung. Die Annahme, dass Medikamente als alleiniges Heilmittel der Erkrankung psychische, physische und soziale Probleme richten werden, führt oftmals zu überhöhten Erwartungen (vgl. das Kapitel »Das Haus der gesundheitlichen Stabilität«).

Wir unterbreiten Ihnen im Folgenden einige Vorschläge zum erfolgreichen Reduzieren und Absetzen von Neuroleptika, die Sie insbesondere dann beachten sollten, wenn Sie über lange Zeiträume Neuroleptika genommen haben. Neben unseren eigenen Erfahrungen gehen in diese Vorschläge zahlreiche Berichte von Psychose-Erfahrenen ein, wie sie in Psychose-Seminaren oder in Schriften des Bundesverbandes Psychiatrie-Erfahrener (BPE; siehe [www.bpe-online.de](http://www.bpe-online.de)) zu hören oder zu lesen sind. Die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie hat eine sehr lesenswerte Broschüre dazu herausgegeben (DGSP 2014).

Dieser Vorschlag beruht auf folgenden Überlegungen: Ihr Psychose-Risiko hängt einerseits von Ihrer individuellen Empfindlichkeit für psychotische Krisen (Ihrer Vulnerabilität) ab – diese können Sie kurzfristig nicht verändern, allenfalls auf lange Sicht. Andererseits können Ihre momentanen Lebensbedingungen das Risiko akuter Psychosen beeinflussen. Belastungsfaktoren sind z. B. Stress, ungelöste Probleme oder Konflikte, »schwierige« Beziehungen. Wenn solche Faktoren bisher zu Psychosen beigetragen haben, dann ist wohl zu erwarten, dass das auch weiterhin der Fall sein wird. Bevor Sie über das Absetzen von Medikamenten nachdenken, sollten Sie daher versuchen, einige dieser Psychose-Auslöser aus der Welt zu schaffen und eine möglichst entspannte und stabile Lebenssituation herbeizuführen. Versuchen Sie auch alternative Bewältigungsstrategien zu entwickeln, die Sie ggf. in

Krisenzeiten als erstes Mittel einsetzen können. Auf jeden Fall möchten wir davon abraten, einen Absetzversuch zu beginnen, wenn größere Belastungen bevorstehen.

Aus diesen Erwägungen folgt auch, dass wir nicht jedem psychoseerfahrenen Menschen zu dem Versuch raten, sein Neuroleptikum abzusetzen. Wir kennen viele Patienten, die ohne medikamentöse Abschirmung immer wieder in psychotische Krisen geraten und nur sehr schwer im Leben zurechtkommen.

### **Planen Sie in Absprache mit dem Arzt den Prozess des Reduzierens oder Absetzens!**

Überlegen Sie im Vorfeld für sich:

- Wann ist der beste Zeitpunkt der medikamentösen Veränderung?
- Sind Ihnen Kenntnisse über Selbsthilfestrategien und Frühwarnsymptomen bekannt?
- Haben Sie einen Krisen- und Genesungsplan?
- Besteht bei Ihnen ein stabiles soziales Netzwerk?
- Können Sie auf sogenannte Anker bzw. Stabilisatoren zurückgreifen wie z. B. Angehörige, Freunde, Tiere, Hobbies, Interessen, Orte, Spiritualität oder andere?
- Stehen Sie in einem intensiven Kontakt zu Ärzten oder andere Personen aus dem Hilfesystem?
- Wägen Sie Ihr Psychose-Risiko und die Nachteile der Medikamenteneinnahme gegeneinander ab.

Es ist Ihnen nicht damit gedient, ein unangenehmes Medikament los zu sein, wenn Sie stattdessen gehäufte psychische Krisen erleben, aus Beruf, Familie und Freundeskreis herausfallen und womöglich in die Klinik zur Behandlung müssen. Den Verzicht auf das Medikament sollten Sie sich leisten können, ohne dafür größere Nachteile in Kauf zu nehmen.

Treffen Sie Ihre Entscheidung möglichst nicht allein. Sprechen Sie mit Personen Ihres Vertrauens, mit Angehörigen, mit Ihrem Arzt oder mit anderen professionellen Helfern. Die Menschen in Ihrem privaten Umfeld können Ihnen wichtige Rückmeldungen geben, weil sie Sie kennen. Was trauen sie Ihnen zu? Auf welche Risiken, die Sie vielleicht nicht selbst bedacht haben, machen sie Sie aufmerksam? Ihre Angehörigen und Freunde verdienen es, gehört zu werden. Besonders wertvoll können Gespräche mit anderen psychoseerfahrenen Menschen sein, beispielsweise mit Genesungsbegleitern, Peerberatern, in Selbsthilfegruppen sowie in Psychose- oder Trialogseminaren.

Ihr Arzt und die übrigen professionellen Helfer können Ihnen ebenfalls wichtige Hinweise zu den Vor- und Nachteilen geben, die Sie mit oder ohne Neuroleptikum zu erwarten hätten. Wenn Sie sich mit ihnen auf ein Vorgehen einigen, werden Sie auch ihre volle Unterstützung erhalten. Das gilt natürlich besonders für behandelnde Ärzte, die ja schließlich für die Verordnung und das Ausstellen der Rezepte zuständig sind.

**Verringern Sie die Dosis des Medikamentes in kleinen Schritten, sodass Sie den Unterschied kaum spüren. Warten Sie bis zum nächsten Reduktionsschritt einige Zeit ab, damit Sie herausfinden können, ob die neue Dosis für Ihre psychische Stabilität ausreicht. Achten Sie dabei auf Frühwarnzeichen.**

Bedenken Sie: Sie haben längere Zeit unter der »Glasglocke« der medikamentösen Reizabschirmung gelebt. Wenn Sie das Medikament abrupt absetzen, werden wahrscheinlich alle Wahrnehmungen fast schlagartig wesentlich direkter und intensiver sein. Der Effekt ist vergleichbar mit der plötzlichen Einwirkung starken Sonnenlichtes, nachdem Sie lange in einem abgedunkelten Raum waren. Diese Veränderung kann Sie leicht überfordern und Ihre seelische Stabilität unnötig gefährden. Wir haben sehr oft erlebt, dass Menschen mit Psychose-Erfahrung durch abruptes Absetzen der Medikamente in eine neue Psychose geraten sind.

Ein Anhaltspunkt für das empfohlene schrittweise Vorgehen ist die Faustregel des Bundesverbandes Psychiatrie-Erfahrener: die Dosis alle drei Wochen um 10 Prozent der Ausgangsdosis zu verringern, am Schluss sogar noch langsamer. So schematisch wird das wegen der unterschiedlichen Tablettenstärken nicht immer möglich sein, und wir raten Ihnen auch zu noch wesentlich längeren »Testzeiten«, um Klarheit über die Wirksamkeit der jeweiligen Dosis auch in belastenden Situationen zu gewinnen. Aber Sie sehen aus dem Zehn-Prozent-Schema: Für einen erfolgreichen Absetzversuch müssen Sie einen längeren Zeitraum einplanen, der von einem halben bis zu mehreren Jahren gehen kann.

Relativ neu auf dem Markt sind »Tapering Stripes«, die in Apotheken individuell hergestellt werden (Groot & van Os 2024). Das sind Reduktions- bzw. Ausschleichstreifen, die in niedrigdosierten Plastiktütchen portioniert sind und eine Dosisreduktion bei Neuroleptika, Antidepressiva, Tranquilizern und anderen Medikamenten in besonders kleinen Schritten möglich machen und erleichtern. Bei negativen Reduktionserscheinungen können zusätzlich auch sogenannte »Stabilisierungstreifen« angewendet werden. Diese Absetzhilfe kann ärztlich verordnet und auch über Apotheken bezogen werden.

Wahrscheinlich werden Sie nach einem kleinen Reduktionsschritt nicht gleich psychotisch werden. Sie sollten aber auf Veränderungen achten, die Sie als erste Anzeichen beginnender Psychosen kennengelernt haben: Schlafstörungen, geringere Konzentrationsfähigkeit, Reizüberflutung, Rückzugstendenzen, stärkere Ängstlichkeit oder größeres Misstrauen usw. Möglicherweise handelt es sich dabei um Absetzphänomene, die nach einigen Tagen von selbst abklingen, wenn sich der Körper auf die neue Dosis eingestellt hat. Es kann sich aber auch um Frühwarnzeichen einer beginnenden psychotischen Krise handeln. Dann sollten Sie ihnen aktiv begegnen. Wenn eigene Strategien der Stabilisierung nicht ausreichen, empfehlen wir Ihnen eine vorübergehende Rückkehr zu höheren Dosierungen. Eine weitere Reduktion ist in diesem Stadium keinesfalls sinnvoll.

**Reagieren Sie auf Frühwarnzeichen mit vorübergehender Dosiserhöhung. Kehren Sie erst nach einer Stabilisierungsphase zur nächstniedrigeren Dosis zurück.**

Wenn die genannten Frühwarnzeichen einer möglichen akuten Psychose auftreten und nicht nach wenigen Tagen verschwinden (Absetzsymptome), können Sie sicherheitshalber die aktuelle Tagesdosis des Neuroleptikums deutlich stärker erhöhen, als Ihr Befinden das eigentlich erfordern würde (z. B. von 200 mg auf 300 bis 400 mg Amisulprid), um einer schwereren Krise vorzubeugen. Behalten Sie diese erhöhte Dosis noch einige Tage unverändert bei, nachdem die Symptome verschwunden sind, und reduzieren Sie dann die Dosis in mehreren Schritten, die jeweils einige Tage dauern sollten, bis Sie wieder bei der vorigen Tagesdosis angekommen sind (im Beispiel: von 400 mg über 350 – 300 – 250 bis auf 200 mg mit einer Dosisänderung alle drei Tage). Wenn zu einem Zeitpunkt dieser Prozedur erneut Krisenzeichen auftreten, kehren Sie zur nächsthöheren Dosis zurück und warten wiederum einige Tage ab. Sollten Sie mit diesem Verfahren nicht symptomfrei werden, kehren Sie zur »sicheren« Dosis zurück und behalten Sie diese über längere Zeit bei.

Natürlich kann dieses Schema nicht in allen Einzelheiten für jeden Menschen passen. Wir empfehlen Ihnen dringend, mit Ihrem Arzt und Ihrem sozialen Netzwerk individuell abzusprechen, welche Dosierungen und Zeiträume für Sie am besten passen könnten.

Nach erfolgreicher Stabilisierung sollten Sie einige Zeit verstreichen lassen, bevor Sie die Entscheidung treffen, weiter zu reduzieren.

**Versteifen Sie sich nicht auf das Ziel, die Medikamente vollständig abzusetzen. Probieren Sie aus, wie weit Sie reduzieren können, und akzeptieren Sie das Ergebnis.**

Wenn Sie Neuroleptika zur Vorbeugung nehmen, sind Sie (hoffentlich) psychosofrei, während Sie mögliche Nachteile der Medikamente unmittelbar spüren. Dann liegt es nahe, diese Nachteile hoch und das Risiko einer Psychose gering zu schätzen. Sie denken vielleicht: »Wenn ich jetzt noch das Medikament absetze, dann bin ich ›gesund!«

Da könnten Sie schnell eines Besseren – oder Schlechteren – belehrt werden. Nicht der gute Vorsatz zählt, sondern das Ergebnis! Sofern Ihre persönlichen Voraussetzungen gut sind, gelingt es Ihnen möglicherweise, ganz ohne Neuroleptika psychosofrei zu bleiben. Sollten Sie aber auf ein Medikament angewiesen sein, um psychosofrei zu bleiben, ist es inzwischen sehr oft möglich, eines zu finden, das Sie weitgehend nebenwirkungsfrei oder nebenwirkungsarm vertragen, so dass der Nutzen in einem guten Verhältnis zu möglichen Nachteilen steht. Sprechen Sie auf jeden Fall mit Ihrem Arzt darüber!

Das Reduzieren und Absetzen von Neuroleptika ist fast immer ein schwieriger und langwieriger Prozess, der oft sehr viel mehr Vorbereitung und eigenverantwortliche Anstrengung erfordert als die ursprüngliche Entscheidung für eine Medikation. Eine entscheidende Voraussetzung ist eine Haltung gegenüber der Erkrankung auf allen Seiten, die Hoffnung auf Besserung zulässt, Selbstverantwortung beinhaltet, eine »kalkulierbare Risikobereitschaft« und das Recht auf Irrtum zulässt und von der Überzeugung ausgeht, dass jeder sein Bestes tut. Rückschläge sind nicht auszuschließen, aber die Erfahrungen auf diesem Weg können auch zu einem gesünderen Umgang mit sich selbst und schließlich zu mehr Lebensqualität führen.