SGPP 2026

Update Behandlungsempfehlungen Schizophrenie

Am Jahreskongress der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) wurde das Update 2026 der Behandlungsempfehlungen Schizophrenie vorgestellt. Mitglieder dieser Arbeitsgruppe skizzierten dabei die wichtigsten Neuerungen der Empfehlungen, die fertiggestellt, aber zum Zeitpunkt des Kongresses noch nicht publiziert waren.

Patienten mit einer ersten psychotischen Episode gilt es in der akuten Phase zunächst einmal zu stabilisieren, eine starke therapeutische Beziehung herzustellen, die Autonomie zu fördern und ihre Familien oder Netzwerke einzubeziehen. Letzteres ist essenziell, damit das Umfeld den Patienten bereits ab der ersten Episode durch alle Stadien der Erkrankung begleiten und selbst gut damit umgehen kann. Dabei soll die Familie mit Psychoedukation ebenfalls Unterstützung erhalten, wie Prof. Dr. Stefan Kaiser, Département de Psychiatrie, Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), Mitglied der Arbeitsgruppe Behandlungsempfehlungen Schizophrenie am SGPP-Kongress berichtete.

Im Weiteren ist eine frühe und spezialisierte Intervention zu empfehlen, um die Dauer der unbehandelten Psychose möglichst zu reduzieren. Dabei kann es helfen, wenn ambulante Fachpersonen den Patienten zeitnah aufsuchen und mit ihm und seiner Familie das weitere Vorgehen planen können. Die antipsychotische Pharmakotherapie kann bei der ersten Episode tief dosiert werden, weil das Ansprechen zu diesem Zeitpunkt noch besser ist. Ziel ist eine möglichst rasche Rückkehr an den Arbeitsplatz bzw. in die Ausbildungsstätte.

Psychologische Therapien wie kognitives Verhaltenstraining (KVT), Metakognitives und Achtsamkeitstraining dienen der Verbesserung der positiven bzw. negativen Symptome und der Bewältigung. Je nach Bedürfnis, Fähigkeit und Präferenzen können weitere Interventionen wie körperliche Aktivität, Bewegungs-, Beschäftigungs-, Kunst- und Musiktherapien Unterstützung bieten.

Wahl der Pharmakotherapie

Die Art der Pharmakotherapie sollte zusammen mit dem Betroffenen und der Familie ausgewählt werden. Dabei sollten Patientenpräferenzen, Wirksamkeit, Verträglichkeit und Vorerfahrungen mit Therapien berücksichtigt werden. Hat der Patient diesbezüglich keine Präferenzen, sind gemäss den neuen Guidelines partielle D2-Agonisten wie Aripiprazol aufgrund ihres vorteilhaften Nebenwirkungsprofils zu bevorzugen. Wichtig für das Outcome sei es jedoch, die Pharmakotherapie mit psychosozialen Interventionen zu kombinieren, so Prof. Kaiser abschliessend.

Therapie an Symptomgruppen anpassen

Weil die Schizophrenie jedoch ein sehr heterogenes Syndrom ist, sollte sich die Therapie nach den vorherrschenden Symptomen richten. Dazu zählen Positiv-, Negativ- und affektive Symptome sowie kognitive Störungen. Letztere treten häufig bereits bei der ersten Episode auf (1).

Depressive Symptome sollten in allen Krankheitsphasen systematisch erfasst und von Negativsymptomen, Sedierung und allfälligen Nebenwirkungen anderer Medikamente abgegrenzt werden. Bei Auftreten depressiver Symptome soll als erster Schritt die antipsychotische Medikation optimiert werden, z. B. durch Wechsel auf ein Antipsychotikum mit antidepressivem Profil. In einem zweiten Schritt sollte eine KVT im Rahmen einer psychosenspezifischen Psychotherapie durchgeführt werden und als Drittes ein Antidepressivum hinzuaddiert werden, wenn die Symptome weiter persistieren. Auf mögliche Interaktionen ist dabei zu achten.

Negativsymptome sollten systematisch und standardisiert erfasst werden. Bedeutend für die nachfolgende Therapie ist ausserdem die Frage, ob die Negativsymptomatik primärer oder sekundärer Natur ist. Sekundäre Negativsymptome sind z. B. nicht ausreichend behandelte Positivsymptome mit sozialem Rückzug aus Scham über die Positivsymptome, wie Prof. Kaiser anführte. Sekundäre Ursachen sollten daher identifiziert und leitliniengemäss behandelt werden.

Bei persistierenden Negativsymptomen sollte die antipsychotische Medikation mit einem Wechsel zu Medikamenten der 2. Generation optimiert, ein Add-on-Antidepressivum erwogen oder ein Training sozialer Kompetenzen durchgeführt werden. Eine niederschwellige, aufsuchende und gemeindenahe sozialpsychiatrische Intervention sollte ebenfalls angeboten werden.

Kognitive Symptome können bereits im Prodromal- und Hochrisikostadium auftreten, sie persistieren oft nach der Akutbehandlung. Weil sie den Alltag und das Funktionsniveau beeinträchtigen, sollten sie in allen Stadien standardisiert erfasst werden. Als Pharmakotherapie sind Antipsychotika der zweiten Generation empfohlen, ohne einzelne zu bevorzugen. Anticholinergika und Benzodiazepine sollten vermieden bzw. falls nötig, nur niedrig dosiert und kurzzeitig eingesetzt werden. Bei kognitiven Störungen sind psychosoziale Interventionen wie die kognitive Remediation durch geschultes Personal und im Rahmen einer psychosozialen Rehabilitation sowie ein Training sozialer Kognition empfohlen.

An Nebenwirkungen antipsychotischer Therapien denken

Antipsychotika können verschiedene Nebenwirkungen induzieren. Folge davon sind eine beeinträchtigte Lebensqualität und eine verminderte Adhärenz. Antipsychotikabedingte Nebenwirkungen können kardiovaskulärer Natur sein wie z. B. QTc-Verlängerung, Myokarditis unter Clozapin. Extrapyramidal-motorische Nebenwirkungen, Hyperprolaktinämie, sexuelle Funktionsstörungen und Nebenwirkungen metabolischer Natur mit Gewichtszunahme, Dyslipidämie und Diabetes können ebenfalls auftreten.

Metabolische Nebenwirkungen unter Schizophrenietherapie treten bei etwa einem Drittel der Patienten auf (2). Sie führen zu einer geringeren Lebenserwartung um 14,5 Jahre (3), und bis zu 80% der Ersterkrankten nehmen im ersten Behandlungsjahr mindestens 7% an Gewicht zu (4). Metabolische Nebenwirkungen sind jedoch ein modifizierbarer Risikofaktor. Deshalb sollen Gewicht, Body-Mass-Index, Taillenumfang, Blutdruck, HbA1c, Lipide und Kreatinin sowie die glomeruläre Filtrationsrate vor Beginn einer antipsychotischen Therapie gemessen und vierteljährlich bis jährlich monitorisiert werden. Mit der Wahl des Antipsychotikums mit geringem metabolischen Risiko, Ernährungsberatung, Psychoedukation und Training soll ausserdem eine Gewichtszunahme vermieden werden. Tritt sie trotzdem auf, sollte bei einem Gewichtsanstieg im ersten Behandlungsjahr um >3% Metformin eingesetzt werden. Bei Adipositas kann jederzeit ein GLP1-Rezeptoragonist zum Zug kommen.

Rückfallprävention

Ein Rückfall ist definiert durch das Wiederauftreten von Symptomen nach vormaliger Remission (5). Bei einer Low-Dose-Therapie oder bei Absetzen der antipsychotischen Medikation ist das Rezidivrisiko erhöht (6), dies ebenso bei schlechter Therapieadhärenz. Rückfälle verlängern die Zeit bis zur nächsten Remission, wie eine Studie zeigte (7). Während die Remission nach der ersten Episode nach vier Wochen erreicht werden konnte, brauchte es nach der zweiten Episode sieben Wochen dafür und nach dem dritten Rückfall 24 Wochen (7). Rezidive führen zudem zu einem Anstieg des Risikos für Residualsymptome (8), wie Prof. Dr. med. univ. Philipp Homan, PhD, stv. Direktor und Chefarzt Erwachsenenpsychiatrie und Psychotherapie, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, berichtete.

Um Rückfälle zu vermeiden, soll gemäss den Empfehlungen eine Erhaltungstherapie mit lang wirksamen (Depot)Antipsychotika zum Einsatz kommen. Dies vor allem bei Patienten, die mit der Adhärenz Probleme haben. Diese Massnahme soll aber mit den Patienten vorgängig diskutiert werden, wie der Referent abschliessend betonte. □

vh

Quelle:
1. Mesholam-Gately RI et al.: Neurocognition in first-episode schizophrenia: a meta-analytic review. Neuropsychology. 2009;23(3):315-336. doi:10.1037/a0014708
2. Mitchell AJ et al.: Prevalence of metabolic syndrome and metabolic abnormalities in schizophrenia and related disorders--a systematic review and meta-analysis. Schizophr Bull. 2013;39(2):306-318. doi:10.1093/schbul/sbr148
3. Hjorthøj C et al.: Years of potential life lost and life expectancy in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. Lancet Psychiatry. 2017;4(4):295-301. doi:10.1016/S2215-0366(17)30078-0
4. Carolan A et al.: Metformin for the Prevention of Antipsychotic-Induced Weight Gain: Guideline Development and Consensus Validation. Schizophr Bull. 2025;51(5):1193-1205. doi:10.1093/schbul/sbae205
5. Howes OD et al.: Relapse in Schizophrenia: A Systematic Review of Criteria for Clinical Studies and International Consensus Guidelines to Improve Them. Am J Psychiatry. 2025;182(11):969-983. doi:10.1176/appi.ajp.20241040
6. Moncrieff J et al.: Antipsychotic dose reduction and discontinuation versus maintenance treatment in people with schizophrenia and other recurrent psychotic disorders in England (the RADAR trial): an open, parallel-group, randomised controlled trial. Lancet Psychiatry. 2023;10(11):848-859. doi:10.1016/S2215-0366(23)00258-4
7. Liebermann I et al.: Psychobiologic correlates of treatment response in schizophrenia. Neuropsychopharmacology. 1996 Mar;14(3 Suppl):135-21S. doi: 10.1016/0893 133X95)00200-W
8. Wiersma D et al.: Natural course of schizophrenic disorders: a 15-year follow up of a Dutch incidence cohort, Schizophr Bull, 1998;24(1):75-85. doi: 10.1093/oxfordjournals.schbul.a033315.

Referenzen in der Onlineversion des Beitrags unter www.arsmedici.ch