

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

Herausgeber und beteiligte Fachgesellschaften	9
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
Allgemeine Grundlagen (Modul 1)	12
Klassifikation, Diagnostik und Differentialdiagnostik (Modul 2)	12
Allgemein	12
Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 1	12
Diagnostische Unterformen	12
Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 2	12
Differentialdiagnostische Abgrenzung zu organischen psychotischen Störungen	13
Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 3	13
Komorbide somatische Erkrankungen	13
Konsentierter Empfehlung – Statement 1	13
Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 4	13
Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 5	14
Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 6	14
Zusatzdiagnostik	14
Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 7	14
Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 8	14
Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 9	15
Allgemeine Therapie (Modul 3)	15
Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 10	15
Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 11	15
Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 12	16
Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 13	16
Spezifische Therapieverfahren (Modul 4)	16
Pharmakotherapie und andere somatische Behandlungsverfahren (Modul 4a)	16
Allgemeine Prinzipien der Pharmakotherapie	16
Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 14	16
Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 15	16
Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 16	17
Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 17	17
Applikationsformen	17
Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 18	17
Therapeutisches Drug Monitoring (TDM)	17
Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 19	17
Starke Empfehlung – Empfehlung 20	18
Dosierung, Bestimmung der möglichst niedrigen Dosis, Behandlungsfrequenz und Absetzen	18
Starke Empfehlung – Empfehlung 21	18
Starke Empfehlung – Empfehlung 22	18
Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 23	18
Konsentierter Empfehlung – Empfehlung 24	18

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

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

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

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

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

Konsentiente 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

Konsentiente 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

Konsentiente 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

Konsentiente 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

Konsentiente 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

Konsentiente 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

Konsentiente 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 kranielem 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

Konsentiente Empfehlung – Empfehlung 12

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

100% (starker) Konsens

Konsentiente Empfehlung – Empfehlung 13

Im Rahmen der Informationsvermittlung, aber auch für die Beziehungsgestaltung im gesamten Hilfesystem, soll die trialogische 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 trialogischen 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

Konsentiente 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

Konsentiente 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

Konsentierte 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

Konsentierte 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

Konsentierte 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)

Konsentierte 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

Konsentiente 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

Konsentiente 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 Dosisschritten 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

Konsentiente 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

Konsentiente 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

Konsentiente 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

Konsentiente 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

Konsentiente 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

Konsentiente 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

Konsentiente 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

Konsentiente 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

Konsentiente 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

Konsentiente 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 Gemeindepsychiatrie e.V. vor (siehe Praktische Informationen in der Langversion der Leitlinie).

Konsentiente 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

Konsentiente 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

Konsentiente 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

Konsentiente Empfehlung – Empfehlung 49a

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

100% (starker) Konsens

Konsentiente 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

Konsentiente 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

Konsentiente 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

Konsentiente 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

Konsentiente 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

Konsentierter 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

Konsentierter 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 ≥ 16 Sitzungen angeboten werden. Zur Optimierung der Therapieeffekte und bei komplexeren Therapiezielen sollte eine Sitzungszahl von ≥ 25 Sitzungen angeboten werden.

100% (starker) Konsens

Konsentiente 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 Gesamttherapiekonzeptes 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

Konsentierte 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

Konsentierte 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

Konsentiente 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

Konsentiente 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)

Konsentiente 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 Gesamtherapiekonzepts zur Anwendung kommen.

A: 86% Konsens

Behandlung unter besonderen Bedingungen (Modul 4c)

Komorbiditäten allgemein

Konsentiente 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

Konsentiente 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

Konsentiente 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

Konsentiente 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

Konsentiente 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“.

Konsentiente 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)

Konsentiente 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

Konsentiente 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.

Konsentiente 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

Konsentiierte 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

Konsentiente 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“

Konsentiente 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

Konsentiente 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

Konsentiente 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

Konsentiente 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

Konsentiente 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

Konsentiente 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

Konsentiente 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

Konsentierte 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

Konsentierte 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

Konsentierte 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

Konsentiierte 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

Konsentiente 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-pharmakologischen 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

Konsentiente 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

Konsentierter 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

Konsentierter 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

Konsentiente 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) erfolgen¹.

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

100% (starker) Konsens

Konsentiente 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

Konsentiente 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

Konsentiente 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

Konsentiente Empfehlung – Empfehlung 129

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

90% Konsens

Konsentiente 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

Konsentierter 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

Konsentierter 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

Konsentierter 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

Konsentiente 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 Überweiskriterien zum Facharzt (Personen ≥ 18 Jahre)

Konsentiente 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 komplizierenden Begleiterkrankungen,
- komplexen Behandlungssituationen,
- unklaren somatischen Komorbiditäten,
- schweren unerwünschten Arzneimittelwirkungen,
- oder bei sonstigen ambulant nicht zu versorgenden Problemen.

100% (starker) Konsens

Konsentiente 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

Konsentiente 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

Konsentiente 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

Konsentierter 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

Konsentierter 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

Konsentierter Empfehlung – Statement 4

Leitlinienbasierte Qualitätsindikatoren zur Schizophreniebehandlung sind als Instrument des Qualitätsmanagements realisierbar.

97% (starker) Konsens

Qualitätssicherung

Konsentierter 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

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

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