

Schizophrenie

Handout zum Podcast Schizophrenie

Was ist das für eine Erkrankung?

Die Schizophrenie ist eine durch Erlebens- und Verhaltensstörungen geprägte psychische Erkrankung. Sie lässt sich klinisch definieren und kann anhand eines typischen Symptomprofils festgestellt werden. Der genaue Krankheitsverlauf ist unterschiedlich und die Symptome treten meist episodisch und individuell auf. (DGPPN, 2025, S. 10)

Was sind die Symptome der Erkrankung?

Die Kernsymptome der Schizophrenie sind im künftig geltenden ICD-11 Wahn, Halluzinationen, desorganisiertes Denken, Erfahrung von Einflussnahme, Passivität oder Kontrolle.

Weitere Symptome, die bei der Schizophrenie, aber auch bei anderen psychischen und körperlichen Erkrankungen auftreten können, sind negative Symptome (Affektverflachung, Antriebsmangel), desorganisiertes Verhalten und psychomotorische Störungen. (DGPPN, 2025, S. 12)

Auftreten von Symptomen:

Der langfristige Verlauf der Erkrankung und die auftretenden Symptome sind individuell. Bei manchen Menschen tritt die Erkrankung nur einmal auf und klingt danach wieder vollständig ab. Bei anderen kommt es immer wieder zu einzelnen Krankheitsepisoden, zwischen denen sie sich erholen. Es gibt aber auch Verläufe, bei denen die Erkrankung chronisch wird und bestimmte Symptome oder Einschränkungen langfristig bestehen bleiben. (DGPPN, 2025, S. 13)

Diagnostik nach dem noch aktuell anerkannten ICD-10:

Die Leitsymptome nach ICD-10 für Schizophrenie sind:

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

Erforderlich für die Diagnose Schizophrenie nach dem ICD-10:

Es sind mindestens ein eindeutiges Symptom (zwei oder mehr, wenn weniger eindeutig) der Symptomgruppen 1–4 oder mindestens zwei Symptome der Gruppen 5–8 erforderlich. Diese Symptome müssen fast dauerhaft während eines Monats oder länger bestehen und deutlich vorhanden gewesen sein.

Wichtige Ausschlusskriterien: Bei einer Gehirnerkrankung, während einer Intoxikation oder während eines Entzuges sollte keine Schizophrenie diagnostiziert werden. (DGPPN, 2025, S. 16)

Die Ausprägungen und Unterformen der psychotischen Störung:

Im ICD-10 werden noch verschiedene Unterformen der Schizophrenie genannt und definiert. Diese verschiedenen Formen der Schizophrenie beschreiben typische klinische Erscheinungsbilder.

Subtypen der Schizophrenie:

Paranoid-halluzinatorische Schizophrenie (F20.0)

Hebephrene Schizophrenie (F20.1)

Undifferenzierte Schizophrenie (F20.3)

Postschizophrene Depression (F20.4)

Schizophrenes Residuum (F20.5)

Schizophrenia simplex (F20.6)

Sonstige Schizophrenie (F20.8)

Sonstige näher bezeichnete Schizophrenie, nicht näher benannt (F20.9)

Die mit 65 % am häufigsten diagnostizierte Form ist die der paranoiden Psychose. (DGPPN, 2025, S. 18)

Wie häufig ist die Erkrankung?

In internationalen Studien wird die Erkrankung im Median mit 4,6 pro 1000 Einwohner angegeben. Das Risiko einer bestimmten Person, im Laufe des Lebens an Schizophrenie zu erkranken, liegt in internationalen Studien im Median bei 4,8–7,2 pro 1000 Einwohner. (DGPPN, 2025, S. 13)

Warum entsteht die Erkrankung, was sind die Ursachen?

Diese Frage lässt sich bis heute nicht eindeutig beantworten. Die Forschung geht nicht von einer einzigen Ursache aus. Vielmehr wird angenommen, dass mehrere Faktoren zusammenwirken.

Dazu gehören biologische, genetische, neurobiologische, psychologische und soziale Faktoren. (DGPPN, 2025, S. 10)

Zusammengefasst bedeutet das: Die Ursachen der Schizophrenie sind komplex. Es gibt nicht die eine Erklärung, sondern verschiedene Modelle und Theorien, die aber alle nicht den einen Durchbruch in der Forschung geliefert haben.

Ursachenforschung = wichtig, weil eine frühe Erkennung der Erkrankung die Chance auf Genesung verbessern kann. (DGPPN, 2025, S. 14)

Welche evidenzbasierten Methoden werden in der Förderung eingesetzt?

Versorgungssystem besteht aus stationären, teilstationären und ambulanten Angeboten. Diese Angebote sind kurativ (heilend) und/oder rehabilitativ (wiederherstellend) ausgerichtet. (DGPPN, 2025, S. 15)

Grundsätzliche Behandlungsprinzipien = partizipativer Behandlungsverlauf (der Klient soll aktiv Entscheidungen über den Behandlungsverlauf treffen dürfen) Die Forschung zeigt, dass eine erfolgreiche Behandlung von Betroffenen mit Schizophrenie grundsätzlich durch einen angepassten und partizipativen Behandlungsverlauf möglich ist. (DGPPN, 2025, S. 35)

Behandlungsinstrumente:

1. Psychopharmakotherapie
2. Somatische Behandlungsverfahren
3. Psychotherapeutische und psychosoziale Interventionen

Prinzipiell kommen bei der Behandlung symptomreduzierende, vulnerabilitätsmindernde, stressreduzierende und bewältigungsfördernde therapeutische Interventionen in Betracht. (DGPPN, 2025, S. 36)

Die Komponenten der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung von Menschen mit einer Schizophrenie umfassen unter anderem:

- Herstellen und Aufrechterhalten einer therapeutischen Beziehung unter Einschluss der Bezugspersonen und des Umfeldes,
- Diagnostik und Verlaufsbeurteilung,
- Informationsvermittlung und Beratung im Hinblick auf die Erkrankung und ihre Behandlung,
- Indikationsstellung zur Medikation, zu psychotherapeutischen, psychosozialen und anderen spezifischen Behandlungen im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans,
- Unterstützung bei der Umsetzung des Behandlungsplans,
- Früherkennung und Frühbehandlung neuer Krankheitsepisoden einschließlich der Berücksichtigung auslösender oder aufrechterhaltender Faktoren,
- stressreduzierende Maßnahmen, Unterstützung der Angehörigen und Schaffung eines günstigen Familienklimas,
- berufliche und soziale Reintegration der Betroffenen. (DGPPN, 2025, S. 36)

Bis heute konnte kein verlaufsprognostischer Algorithmus entwickelt werden, der zur Behandlung eingesetzt werden kann. (DGPPN, 2025, S. 36)

Behandlung der Symptome durch antipsychotische Medikamente

Bei der Schizophrenie kann man vereinfacht sagen, dass die Dopaminmengen in verschiedenen Hirnarealen im Ungleichgewicht sind.

1. Mesolimbisches System: „zu viel Dopamin“ Dieses System hängt stark mit Wahrnehmung und Gefühlen zusammen.
2. Mesokortikales System: „zu wenig Dopamin“ Dieses System ist wichtig für Denken, Motivation, Planung und Konzentration.
3. Nigrostriatisches System: Dieses System steuert Bewegungen.
4. Tuberoinfundibuläres System: Dieses System beeinflusst die Hormone.

Alle Antipsychotika wirken auf Dopamin-D2-Rezeptoren im Gehirn. Sie besetzen diese Rezeptoren vor allem im mesolimbischen System und können dadurch die übermäßige Dopaminwirkung abschwächen. (DGPPN, 2025, S. 42)

Liste der gängigsten Antipsychotika:

Amisulprid, Aripiprazol, Cariprazin, Clozapin, Flupentixol, Fluphenazin, Haloperidol, Melperon, Lurasidon, Olanzapin, Paliperidon, Perphenazin, Pipamperon, Quetiapin, Risperidon, Sertindol, Ziprasidon, Zuclopenthixol (DGPPN, 2025, S. 44)

Behandlungsprinzipien bei der Vergabe von Antipsychotika:

Patienten sollen über die akute und langfristige Wirkung aufgeklärt werden.

Der Patient soll aktiv in den Entscheidungsprozess einbezogen werden.

Der behandelnde Arzt muss die Risiko-Nutzen-Bewertung kontinuierlich überprüfen.

Vor- und Nachteile der Behandlung und mögliche Alternativen sollen in einer verständlichen Sprache erläutert werden. (DGPPN, 2025, S. 41)

Prinzipien der Dosierung: Die niedrigste wirksame Dosis, mit der eine zufriedenstellende Wirkung bei möglichst geringen Nebenwirkungen. (DGPPN, 2025, S. 48)

Nebenwirkungen:

Zu den Nebenwirkungen hat die S3-Leitlinie eine Tabelle veröffentlicht: Diese findet ihr auf Seite 27.

Stigmatisierung, Auswirkungen und komorbide Risiken für Erkrankte:

Das Stigma der Schizophrenie ist unter allen bekannten psychischen Erkrankungen das stärkste, da es geprägt ist von negativen Stereotypen der Unkontrollierbarkeit und der Gefährlichkeit. Faktisch sind Menschen mit einer psychotischen Störung trotz des stereotypischen Stigmas der Fremdaggressivität häufiger Opfer von Gewalt, als dass sie Täter sind. (DGPPN, 2025, S. 14)

Komorbide Risiken:

Eine erhöhte Suizidrate und eine Reduktion der Lebenserwartung von 10 bis 25 Jahren (DGPPN, 2025, S. 27)

Menschen mit einer Schizophrenie haben ein statistisch signifikant erhöhtes Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, für Krebserkrankungen, für Lungenerkrankungen sowie für andere somatische Komorbiditäten. (DGPPN, 2025, S. 28)

Erhöhter Substanzmissbrauch bei 50-80% der Betroffenen (DGPPN, 2025, S. 13)

Vermutungen zum erhöhten Substanzmissbrauch:

1. Selbstmedikation als Folge der Erkrankung und der Symptome z. B. Tabakabhängigkeit, Alkohol),
2. Symptome durch Substanzkonsum die zur Verursachung beitragen könnten z. B. bei Cannabis und Amphetaminen),
3. Schizophrenie und Substanzstörungen ähnliche neurobiologische Ursache haben. (DGPPN, 2025, S. 152)

Behandlungslücken:

Europaweit sind bis zu 20 % der Betroffenen nicht in medizinischer Behandlung (DGPPN, 2025, S. 15)

Studie zur Behandlungssadärenz

-Es besteht ein negativer Zusammenhang zwischen vorliegenden Krankheitswissen und der Symptomschwere.

-Psychoedukation kann die Behandlungsergebnisse und die Behandlungstreue verbessern.

-psychosoziale Strategien sollen einbezogen werden

=um Psychoedukation zu fördern und die Behandlungslücken zu schließen. (Koparal & Kiraz Avci, 2025)

Selbststigmatisierung bei schweren psychischen Erkrankungen:

Ein bedeutender Prädiktor für Selbststigmatisierung ist das Ausmaß öffentlich wahrgenommener und erlebter Stigmatisierung einschließlich durch Fachkräfte im Bereich der psychischen Gesundheit.

=daher eine Verstärkung von Anti-Stigma-Kampagnen und die Entwicklung von recovery orientierten Praktiken in Einrichtungen der psychischen Gesundheitsversorgung.

Die Psychiatrische Rehabilitation könnte zur Verringerung von Selbststigmatisierung führen

Konzepte sollten daher in der Politik weiterentwickelt werden. (Dubreucq, Plasse & Franck, 2021)

Literatur:

1. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) (Hrsg.). (2025). S3-Leitlinie Schizophrenie – Living Guideline. AWMF-Registernummer 038-009, Version 4.1. Zugriff am 15.05.2026

2. Dubreucq, J., Plasse, J. & Franck, N. (2021). *Self-stigma in Serious Mental Illness: A Systematic Review of Frequency, Correlates, and Consequences*. Schizophrenia Bulletin, 47 Ausgabe (5), 1261–1287. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbaa181>. Zugriff am 19.05.2026
3. Koparal, B., & Kiraz Avci, İ. (2025). *The mediating role of internalized stigma and illness knowledge in the relationship between psychological flexibility and symptom severity in schizophrenia*. Psychiatric Quarterly, 96 Ausgabe (3), 447–461. Zugriff am 20.05.2026