

Schizophrene Patienten in der Allgemeinarztpraxis

Checkliste hilft bei der Früherkennung

VON R. BOTTLENDER, H.-J. MÖLLER

Schizophrene Patienten in der Hausarztpraxis? Das ist überhaupt nicht ungewöhnlich! Natürlich ist die Frühdiagnostik zu aufwendig und bleibt deshalb dem Facharzt oder dem spezialisierten Zentrum vorbehalten. Aber anhand eines Screeningbogens kann der Hausarzt abschätzen, wie hoch das Risiko für eine Schizophrenie ist. Und auch in der Behandlung spielt er eine wichtige Rolle.

**Dr. med.
Ronald Bottlender**

Oberarzt der Klinik
für Psychiatrie und
Psychotherapie
LMU München



— Die Schizophrenie tritt in allen Ländern und Kulturräumen mit vergleichbarer Häufigkeit und Symptomatik auf. Diagnostik und Therapie erfolgen in der Regel interdisziplinär, wobei insbesondere die Kooperation von Hausärzten und Psychiatern gefordert ist. Gründe hierfür liegen in

- der hohen Prävalenz psychischer Erkrankungen in der Hausarztpraxis,
- der Komorbidität psychischer und körperlicher Erkrankungen wie auch
- der Bedeutung der Hausärzte für die (Erst-)Diagnose beginnender oder bereits manifest schizophrener oder allgemein psychischer Erkrankungen.

Woran erkennt man eine Schizophrenie?

Die Schizophrenie geht für die betroffenen Patienten mit grundlegenden Veränderungen des Erlebens, Wahrnehmens und Denkens einher. Die Symptomatik ist sehr vielfältig und zeigt in den verschiedenen Phasen der Erkrankung unterschiedliche Ak-

zentuierungen. Prinzipiell unterscheidet man zwischen der

- Prodromalphase, der
- psychotischen oder akuten Phase und
- der Remissionsphase.

Prodromalphase

In der Prodromalphase beherrschen eher unspezifische Symptome und Ver-

haltensauffälligkeiten das klinische Bild des Patienten (siehe hierzu Tabelle 4, S. 23). Diese Symptome werden, gerade wenn sie im Vorfeld der ersten Manifestation einer Schizophrenie auftreten, oft noch nicht als mögliche Zeichen einer sich anbahnenden psychischen Erkrankung erkannt. Produktiv psychotische Symptome im engeren Sinne treten in dieser frühen Phase der Schizophrenie meist noch nicht in Erscheinung. Wenn solche Symptome doch auftreten, sind sie eher abgeschwächt (attenuierte psychotische Symptomatik) oder nur kurz andauernd und spontan remittierend (BLIPS = Brief Limited Intermittent Psychotic Symptoms).

Akutphase

In der Akutphase wird das klinische Erscheinungsbild der Schizophrenie durch psychotische Symptome dominiert. Diese Symptome sind meist sehr eindrücklich und leicht zu erkennen oder zu beurteilen. Typische Symptome sind hierbei Wahnvorstellungen (z. B. Überzeugungen verfolgt, abgehört, bedroht zu werden etc.) Halluzinationen (zumeist Stimmenhören), psychotische Ichstörungen (z. B. das

- Dr. med. Ronald Bottlender, Prof.
Dr. med. Hans-Jürgen Möller,
Psychiatrische Klinik der Ludwig-
Maximilians-Universität München.

Schizophrene Patienten erleben sich und ihre Umwelt, ihr Denken und ihre Wahrnehmung grundlegend verändert.

Erleben, telepathisch beeinflusst zu werden, oder dass andere die Gedanken des Patienten lesen können) oder Denk- und Handlungserfahrung. Aufgrund dieser Symptome sind die Patienten in ihren zwischenmenschlichen Beziehungen und in ihrer Erfüllung sozialer Rollen erheblich beeinträchtigt und zeigen in ihrem Verhalten deutliche „Aufälligkeiten“.

Remissionsphase

Nach Abklingen der Produktivsymptomatik folgt die Remissionsphase. Bei vielen Patienten entwickelt sich ein postremissives Erschöpfungssyndrom, welches durch depressive und negative Symptome charakterisiert ist.

Bei der Negativsymptomatik (Synonym: Minussymptomatik) handelt es sich um Verhaltensmerkmale, die bei schizophrenen Patienten im Vergleich zu Gesunden nicht oder vermindert vorkommen. Typische Symptome in diesem Krankheitsstadium sind Antriebsmangel und Affektarmut, Verflachung des Affekts, Beeinträchtigung des

abstrakten Denkens sowie Verlust von Interesse und Initiative mit resultierendem sozialen Rückzug.

Da negative Symptome im Gegensatz zu positiven Symptomen eher subtilere Defizite darstellen, werden sie oft nicht als Zeichen einer Erkrankung wahrgenommen. Dies führt dazu, dass manche Angehörige oder andere Bezugspersonen die negativen Symptome als Zeichen von Faulheit oder mangelnder Motivation fehlinterpretieren, was zu einer übermäßigen Kritik an den Patienten und dadurch zu einer Erhöhung des Risikos für eine psychotische Reexazerbation führen kann.

Was gehört zur Diagnostik?

Die Diagnosestellung einer Schizophrenie erfolgt heute anhand der Kriterien der ICD-10 (siehe Tabelle 1), wobei neben Symptom- und Zeitkriterien auch der Ausschluss einer anderen Genese (z. B. organisch) des Beschwerdebildes gefordert wird.

Gerade bei der Erstmanifestation einer schizophrenen Erkrankung sollte

bei der organischen Ausschlussdiagnostik ein Mindestmaß an laborchemischen und apparativen Zusatzuntersuchungen nicht unterschritten werden (siehe Tabelle 2). Aber auch bei medikamentös behandelten Patienten empfehlen sich regelmäßige Labor-, EEG- und EKG-Untersuchungen, um Nebenwirkungen der Medikation frühzeitig feststellen zu können.

Bei pathologischen Befunden oder konkreten Hinweisen auf das Vorliegen einer bestimmten körperlichen Erkrankung sollten, abgesehen von den in Tabelle 2 aufgeführten Untersuchungen, selbstverständlich alle jeweils weiteren indizierten diagnostischen Maßnahmen eingeleitet werden.

Screening in der Hausarztpraxis

Vor dem Hintergrund, dass bei vielen schizophrenen Patienten oft Monate bis Jahre vergehen, bevor ihre Erkrankung diagnostiziert und behandelt wird, kommt dem Hausarzt, als einem in der Primärversorgung Tätigen gerade im Bereich der Früherkennung schizophrener

Tabelle 1

ICD-10-Kriterien der Schizophrenie

Symptome

- 1 Gedankenlautwerden, Gedanken-eingebung oder Gedankenentzug, Gedankenausbreitung.
- 2 Kontrollwahn, Beeinflussungswahn, Gefühl des Gemachten, deutlich bezogen auf Körper- oder Gliederbewegungen oder bestimmte Gedanken, Tätigkeiten oder Empfindungen; Wahnwahrnehmungen.
- 3 Kommentierende oder dialogische Stimmen, die über den Patienten und sein Verhalten sprechen, oder andere Stimmen, die aus einem Teil des Körpers kommen.
- 4 Anhaltender, kulturell unangemessener oder völlig unrealistischer bizarrer Wahn wie der, eine religiöse oder politische Persönlichkeit zu sein, übermenschliche Kräfte und Fähigkeiten zu besitzen (z. B. das Wetter kontrollieren zu können oder im Kontakt mit Außerirdischen zu sein).

- 5 Anhaltende Halluzinationen jeder Sinnesmodalität, begleitet entweder von flüchtigen oder undeutlich ausgebildeten Wahngedanken ohne deutliche affektive Beteiligung, oder begleitet von anhaltenden überwertigen Ideen, täglich über Wochen oder Monate auftretend.
- 6 Gedankenabreißen oder Einschüben in den Gedankenfluss, was zu Zerfahrenheit, Danebenreden oder Neologismen führt.
- 7 Katatone Symptome wie Erregung, Haltungsstereotypien oder wächserne Biegsamkeit (Flexibilitas cerea), Negativismus, Mutismus und Stupor.
- 8 „Negative“ Symptome wie auffällige Apathie, Sprachverarmung, verflachte oder inadäquate Affekte, zu meist mit sozialem Rückzug und verminderter sozialer Leistungsfähigkeit. Diese Symptome dürfen

nicht durch eine Depression oder eine neuroleptische Medikation verursacht sein.

Diagnostische Leitlinien

Erforderlich für die Diagnose Schizophrenie ist mindestens ein eindeutiges Symptom (zwei oder mehr, wenn weniger eindeutig) der oben genannten 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. Zustandsbilder mit den geforderten Symptomen, aber kürzer als einen Monat andauernd (ob behandelt oder nicht) sollen zunächst als akute schizophreiforme psychotische Störung diagnostiziert werden und als Schizophrenie erst dann, wenn die Symptome länger bestanden haben.

Patienten eine große Bedeutung zu. Für die Diagnostik von Patienten, die sich im Anfangsstadium ihrer Erkrankung befinden und noch keine ausgeprägte psychotische Symptomatik aufweisen, existiert mittlerweile ein gut etabliertes Früherkennungsinstrumentarium. Da dessen Anwendung jedoch sehr zeitaufwendig ist (mindestens vier bis acht Stunden bei einem kooperativen Patienten) und eine hohe Expertise in diesem Bereich erfordert, ist sie bislang auf spezialisierte Früherkennungszentren beschränkt (siehe [1]). Ob ein Patient möglicherweise ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer Psychose aufweist, kann vom Hausarzt aber leicht anhand eines Screeningbogens (siehe

Tabelle 3) orientierend abgeschätzt werden. Bei positivem Screening sollte der Patient zur weiteren diagnostischen Abklärung an ein Früherkennungszentrum überwiesen werden (siehe [1]).

Wen behandelt der Hausarzt?

Die Behandlung hat zum Ziel, Symptomremission zu erreichen, Rezidive zu vermeiden, die psychosozialen Konsequenzen zu minimieren und das globale psychosoziale Funktionsniveau des Patienten zu steigern. Die Rolle des Hausarztes kann dabei prinzipiell gesehen werden in

- der Mitbehandlung schizophrener Patienten, die komorbide körperliche Erkrankungen aufweisen,

- der Behandlung schizophrener Patienten, die eine Behandlung durch den Psychiater ablehnen,
- der Behandlung schizophrener Patienten, denen die Einsicht für ihre psychische Erkrankung fehlt,
- der Behandlung und vor allem dem Erkennen von Frühformen oder erneuten Rezidiven der schizophrenen Erkrankung.

Schizophrener Patient mit körperlicher Erkrankung

Das Vorliegen einer Schizophrenie erklärt nicht alles! Daher sollten Klagen des Patienten, beispielsweise über körperliche Beschwerden, angemessen organisch abgeklärt werden.

Falls die körperlichen Symptome keine organische Ursache haben und eher Ausdruck einer primär psychischen oder schizophrenen Erkrankung sind, sollten in Kooperation mit dem behandelnden Psychiater Überlegungen zur Therapieoptimierung der psychischen Grunderkrankung angestellt werden.

Bei der medikamentösen Therapie körperlicher Erkrankungen müssen Interaktionen mit der psychopharmakologischen Behandlung unbedingt bedacht werden. So führen bestimmte Internistika beispielsweise zu Veränderungen der Neuroleptika-Plasmaspiegel, was das Auftreten von Nebenwirkungen oder einer Verschlechterung des psychischen Zustandes des Patienten zur Folge haben kann. Auch an die Potenzierung von Nebenwirkungen durch medikamentöse Interaktionen ist zu denken (z. B. QTc-Zeitverlängerungen).

Der Patient lehnt die Behandlung durch den Psychiater ab

Die Behandlung schizophrener Patienten, die eine Therapie durch den Psychiater, z. B. aus Angst vor Stigmatisierung, ablehnen, ist für den Hausarzt unproblematisch, wenn die Patienten medikamentös gut eingestellt sind und sich in einem psychopathologisch stabilen Zustandsbild befinden. Der Arzt sollte die unten aufgeführten allgemeinen Grundsätze zur Behandlung der Schizophrenie beachten. Bei Ver-

Tabelle 2	
Empfehlenswerte Zusatzdiagnostik bei Erstmanifestation einer Schizophrenie	
Laboruntersuchungen	Kommentar
Differenzialblutbild	Screening für Anämien, Malignome, Entzündungen, Verlaufsroutine bei einer Pharmakotherapie
BKS, C-reaktives Protein (CRP)	Screening für Entzündungen, Malignome
Leberwerte	Screening für Leberfunktionsstörungen, Alkohol- oder Substanzabusus, Verlaufsroutine bei einer Pharmakotherapie
Nierenwerte	Screening für Niereninsuffizienz, Verlaufsroutine bei einer Pharmakotherapie
TSH	Screening für Schilddrüsenfunktionsstörungen
Luesserologie	Zerebrale Beteiligung dieser Erkrankung
HIV-Test	Bei Infektionsverdacht
Medikamenten- und Drogenscreening	Screening für Sucht oder Intoxikationen
Liquor cerebrospinalis	Bei diagnostisch unklarer oder atypischer Symptomatik, im Prinzip aber bei allen Erstmanifestationen empfehlenswert
CCT	Empfehlenswert bei allen Ersterkrankungen, vor allen Dingen bei diagnostisch unklaren Bildern
MRT	Bei pathologischem CCT-Befund oder zum Nachweis einer Pathologie, die nur mit MRT erkennbar ist (z. B. Darstellung von Strukturen im Hirnstamm)
EEG	Zur Differenzialdiagnose, z. B. einer epileptischen Psychose, Verlaufsroutine bei einer Pharmakotherapie
EKG	Bei Risikopersonen, Verlaufsroutine bei einer Pharmakotherapie
Röntgen-Thorax	Bei entsprechender Indikation, d. h. bei Verdacht auf Lungenerkrankungen

schlechterung des psychischen Zustandsbildes oder bei Auftreten komplizierender Faktoren (z. B. Suizidalität, Nebenwirkungen etc.) ist eine fachärztliche Mitbehandlung des Patienten unbedingt zu empfehlen.

Dem Patienten fehlt die Krankheitseinsicht

Die Behandlung schizophrener Patienten, denen die Einsicht für ihre psychische Erkrankung fehlt, gehört sicherlich nicht nur für den Hausarzt mit zu den schwierigsten Aufgaben, vor allem dann, wenn absehbar ist, dass der Patient durch die Ablehnung einer psychiatrischen Behandlung soziale und gesundheitliche Folgeschäden davontragen wird oder selbst- bzw. fremdaggressives Verhalten entwickelt. Hier ist ein entschlossenes Handeln des Haus-

arztes gefordert. D. h., in Abhängigkeit von der Dringlichkeit und Akuität des Krankheitszustandes sollte eine Betreuung des Patienten beim Vormundschaftsgericht angeregt oder gar seine sofortige Unterbringung in eine psychiatrische Klinik erwogen werden.

Der Patient leidet an einer Frühform oder einem Rezidiv

Für die Behandlung und vor allem das Erkennen von Frühformen oder Rezidiven ist der Hausarzt geradezu prädestiniert: Einerseits ist er die primäre Anlaufstelle bei Auftreten gesundheitlicher Veränderungen des Patienten, andererseits kennt er den Patienten wie auch dessen soziales und familiäres Umfeld meist so gut, dass er Veränderungen sehr schnell wahrnehmen kann.

Medikamentöse Therapie

Die Behandlung schizophrener Patienten nach modernen Standards erfordert einen multimodalen Ansatz. Ein Grundpfeiler dieses Konzepts ist die medikamentöse Therapie mit Neuroleptika. Dies gilt für die akute psychotische Phase wie auch für die Rückfallvermeidung. Aufgrund des günstigeren Nebenwirkungsprofils und der überlegenen Wirksamkeit auf bestimmte Symptombereiche der Schizophrenie (z. B. negative und depressive Symptome, kognitive Störungen) sollten heute in der Regel neuere atypische Neuroleptika (siehe Tabelle 4) eingesetzt werden.

Therapiebeginn so früh wie möglich

Die neuroleptische Therapie sollte so früh wie möglich beginnen, da die Patienten umso schlechter auf die Thera-

Tabelle 3			
Screeningbogen zur Früherkennung einer Schizophrenie			
Checkliste	Ja	Checkliste	Ja
1 Sie sind schweigsamer geworden und ziehen sich lieber in Ihre eigenen vier Wände zurück, als mit anderen etwas zu unternehmen.	<input type="checkbox"/>	11 Sie haben häufiger als früher den Eindruck, dass andere Sie hereinlegen, betrügen oder ausnutzen wollen.	<input type="checkbox"/>
2 Sie sind eher unsicher oder schüchtern anderen gegenüber.	<input type="checkbox"/>	12 Sie haben zunehmend den Eindruck, dass bestimmte Vorkommnisse im Alltag (z. B. Hinweise und Botschaften aus Ihrer Umwelt) mit Ihnen persönlich zu tun haben oder nur für Sie bestimmt sind.	<input type="checkbox"/>
3 Ihre Stimmung war über Wochen hinweg eher bedrückt, traurig oder verzweifelt.	<input type="checkbox"/>	13 Ihre gewohnte Umgebung kommt Ihnen manchmal unwirklich oder fremdartig vor (z. B. besonders eindrucksvoll, ergreifend, bedrohlich).	<input type="checkbox"/>
4 Sie schlafen schlechter als gewöhnlich, z. B. haben Sie Schwierigkeiten beim Einschlafen oder Durchschlafen oder wachen früher auf als sonst. Oder Sie essen mit mehr oder weniger Appetit als normalerweise.	<input type="checkbox"/>	14 Sie nehmen Geräusche oder Farben in Ihrer Umwelt ungewohnt intensiv oder deutlich wahr. Manchmal erscheinen Ihnen Dinge der Menschen äußerlich, z. B. in ihrer Form oder Größe, verändert.	<input type="checkbox"/>
5 Ihre Bewegungen, Ihr Denken und Sprechen sind merklich langsamer geworden.	<input type="checkbox"/>	15 Ihre Gedanken werden manchmal plötzlich von anderen Gedanken unterbrochen oder gestört.	<input type="checkbox"/>
6 Ihre Ausdauer und Motivation in Schule, Ausbildung oder Arbeit und bei Freizeitunternehmungen hat auffällig nachgelassen.	<input type="checkbox"/>	16 Sie fühlen sich phasenweise ganz besonders beobachtet, verfolgt oder durch etwas bedroht.	<input type="checkbox"/>
7 Sie achten weniger als früher auf Ihre persönlichen Bedürfnisse oder Ihre Gesundheit, Ernährung, Körperhygiene, Kleidung, Ordnung im persönlichen Wohnbereich.	<input type="checkbox"/>	17 Sie sehen, hören, schmecken oder riechen manchmal Dinge, die andere überhaupt nicht bemerken können.	<input type="checkbox"/>
8 Sie sind häufig nervös, unruhig oder angespannt.	<input type="checkbox"/>	Treffen mindestens drei der Aussagen 1–13 für die letzten sechs Monate zu? <input type="checkbox"/>	
9 Sie haben im Vergleich zu früher häufiger Streit und Diskussionen mit Angehörigen, Freunden oder anderen Personen.	<input type="checkbox"/>	Oder trifft mindestens eine der Aussagen 14–17 für irgendeinen Zeitraum des Lebens zu? <input type="checkbox"/>	
10 Ihre Gedanken geraten in Ihrem Kopf manchmal durcheinander.	<input type="checkbox"/>	Falls ja, sollte Kontakt zu einem Früherkennungs- und Therapiezentrum aufgenommen werden (siehe [1]).	

pie ansprechen und umso mehr Folgeschäden durch die Erkrankung davontragen, je länger psychotische Symptome vorhanden sind.

Sucht, Angst- und Zwangsstörung

Komorbide psychiatrische Störungen, z. B. Substanzabhängigkeiten, Angst- und Zwangsstörungen, affektive Störungen etc. wirken sich in der Regel ungünstig auf den weiteren schizophrenen Krankheitsverlauf aus. Sie sollten daher zusätzlich behandelt werden.

Beendigung der Therapie

Nach Abklingen der psychotischen Symptomatik sollten Patienten, die zum ersten Mal an einer Schizophrenie erkrankt waren, die neuroleptische Therapie mindestens 12 bis 24 Monate lang kontinuierlich fortführen. Tritt in diesem Zeitraum kein Rezidiv auf, kann danach ein langsames Ausschleichen der Medikation über mehrere Monate hinweg erfolgen. In dieser Zeit sollte der Patient regelmäßig gesehen und auch angehalten werden, selbst auf ein erneutes Auftreten prodromaler oder psychotischer Symptome zu achten.

Ein Rezidiv muss mindestens vier bis fünf Jahre lang kontinuierlich neuroleptisch behandelt werden, bevor ein

Tabelle 4		
Liste einiger atypischer Neuroleptika		
Wirkstoff	Handelsname (Beispiel)	Tagesdosis
Amisulprid	Solian®	Initial: 400–800 mg, max. 1200 mg
Aripiprazol	Abilify®	15–30 mg
Olanzapin	Zyprexa®	5–20 mg
Quetiapin	Seroquel®	50 mg initial, in 4 Tagen auf 300 mg, max. 750 mg im Verlauf
Risperidon	Risperdal® Risperdal consta™	2–6 mg 25–50 mg alle 2 Wochen (atypische Depotformulierung)
Ziprasidon	Zeldox®	40–160 mg

erneuter Absetzversuch gemacht werden kann.

Nicht medikamentöse Therapie

Neben allgemein psychoedukativen Maßnahmen kommen sowohl spezielle kognitiv-verhaltenstherapeutische Verfahren für Patienten als auch familientherapeutische Interventionsstrategien und Modelle zur Angehörigenberatung zum Einsatz. Bei Vorliegen basaler Störungen der sozialen Adaptation und

im Bereich der Kognition sind kognitiv-behavioral ausgerichtete Verfahren zur Erhöhung der sozialen Kompetenzen und kognitives Training indiziert.

Literatur bei den Verfassern

Für die Verfasser:

Dr. med. Ronald Bottlender
Psychiatrische Klinik der LMU München,
Nußbaumstraße 7,
D-80336 München, E-Mail:
ronald.bottlender@med.uni-muenchen.de

Zusammenfassung | MMW-Fortschr. Med. 146 (2004), 478–482

Schizophrene Patienten in der Hausarztpraxis. Diagnostische und therapeutische Aspekte

Diagnostik und Therapie schizophrener Patienten erfolgen in der Regel interdisziplinär, wobei hierbei insbesondere die Kooperation von Hausärzten und Psychiatern gefordert ist.

Vor allem bei der Früherkennung der Schizophrenie kommt dem Hausarzt große Bedeutung zu. Aus Zeitgründen und weil meist eine weitere fachspezifische Diagnostik erforderlich ist, wird er sich hierbei in der Regel auf die Durchführung von Screeninguntersuchungen beschränken müssen. Patienten mit positivem Screeningbefund vermittelt er zur weiteren diagnostischen Abklärung an spezialisierte Früherkennungszentren oder Fachambulanzen.

Auch in der Behandlung schizophrener Patienten übernimmt der Hausarzt eine wichtige Rolle, z. B. wenn komorbide körperliche Erkrankungen vorhanden sind, ein Patient die Behandlung des Psychiaters ablehnt oder eine Frühform bzw. ein Rezidiv der Schizophrenie vorliegt. Die medikamentöse Therapie sollte heute in der Regel mit atypischen Neuroleptika erfolgen, die Behandlung sollte so früh wie möglich beginnen.

Schlüsselwörter: Schizophrenie – Diagnostik – Therapie – Hausarzt

Schizophrenics in the Doctor's Office. Diagnostic and Therapeutic Aspects

The diagnosis and treatment of schizophrenia is usually an interdisciplinary affair, with particular stress on cooperation between family doctor and psychiatrist. The practicing physician has a

major role to play in the recognition of early schizophrenia. For reasons of time and the fact that further specialist diagnostic measures are mostly required, he will, as a rule, have to restrict himself to screening examinations. Patients with a positive screening outcome will be referred to a specialized early-recognition center or a specialist clinic for further diagnostic clarification. But the family doctor also has an important role in the treatment of these patients, e.g. when physical comorbidity presents, the patient rejects treatment by a psychiatrist, or has an early form of schizophrenia or a relapse. Today, medical treatment employs atypical neuroleptics, and treatment should be initiated as early as possible.

Keywords: Schizophrenia – diagnosis – therapy – family doctor