

Psychose & Sucht

Herausforderung bei der medikamentösen Therapie

Michael Paulzen, 12.05.2026

30. SUCHT THERAPIE TAGE Hamburg



Psychose & Sucht - Herausforderung bei der medikamentösen Therapie
NSF Hamburg, 12.05.2026

Finanzielle Offenlegung

Ich erkläre hiermit, dass ich seit Mai 2024 geschäftliche, persönliche oder materielle Beziehungen zu den folgenden Industrieunternehmen habe

- Lundbeck (Vortragshonorar)
- Otsuka Pharmaceuticals (Vortragshonorar)
- Janssen GmbH (Vortragshonorar)
- Recordati Pharma GmbH (Vortragshonorar)
- Rovi GmbH (Vortragshonorar, wissenschaftliche Beratung)
- Teva Pharmaceuticals (Vortragshonorar)
- Idorsia (Vortragshonorar)
- MedTriX GmbH (Vortragshonorar)

- Teva Pharmaceuticals, Bayer AG, Pfizer Inc. (Aktionär)

- Mitgesellschafter der InMediCon GmbH
- Herausgeber PSIAC

Komorbidität von Sucht und Psychose – Aachen, 07.04.2026



3

Psychose & Sucht - Herausforderung bei der medikamentösen Therapie
NSF Hamburg, 12.05.2026

Prolog – Oftmals stehen schwere psychotische Erkrankungen
und Substanzkonsum in einem Zusammenhang miteinander

Aufdeckung von Pädostaftaten -
Heute u.a. im Aachener Rathaus

4

Nur zur privaten Nutzung, keine Vervielfältigung, keine Veröffentlichung,
auch nicht auszugsweise

A

Psychose & Sucht - Herausforderung bei der medikamentösen Therapie NSF Hamburg, 12.05.2026

Prolog – Oftmals stehen schwere psychotische Erkrankungen
und Substanzkonsum in einem Zusammenhang miteinander



Patient

- Herr G., 26 Jahre, erstmalige Aufnahme im Haus

Aufnahmesituation

- Notfallmäßige Aufnahme auf die Akut-Station mit Rettungsdienst und Polizei
- Fremdaggressives Verhalten im Rahmen von Realitätsverkennung, Einleitung einer Unterbringung nach PsychKG

Fremdanamnese Polizei, RD

- Passantin in einer Kirche angegriffen, geflüchtet, Scheibe zerschlagen, versucht, in einen Hausflur einzudringen
- Auf „medialem Wege“ Mutter Vergewaltigung gewünscht, Attentat angedroht
- wiederholt Polizeieinsätze, Patient habe randaliert und geschrien

6

Nur zur privaten Nutzung, keine Vervielfältigung, keine Veröffentlichung,
auch nicht auszugsweise

Suchtanamnese

- Verlauf: angefangen habe alles mit Cannabis, später Amphetamine und gelegentlich Kokain. Mittlerweile polyvalenter Konsum

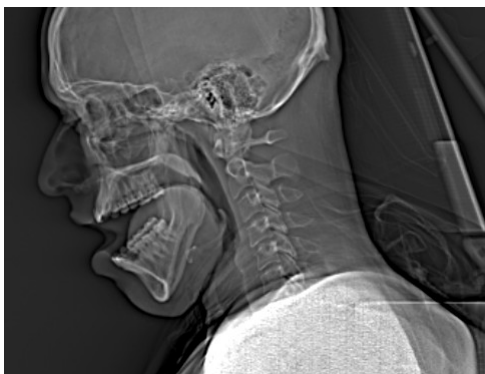
Medikamentöse Behandlung / Verlauf I

- Wiederholt Fixierungen notwendig, massiv angespannt, aggressiv, bedrohlich, laut schreiend, führt Selbstgespräche
- Olanzapin bis zu einer Tageshöchstdosis von 20 mg, Lorazepam fest bis max. 8,5 mg/d
- Patient meldet sich und gibt an, dass er einen „Kieferkrampf“ habe, er brauche ein „Gegenmittel“
- Kiefer geöffnet, lässt sich auch mit Druck nicht passiv schließen. Patient verneint Schmerzen
- Zunächst Gabe von Akineton, leichte Besserung

7

Psychose & Sucht - Herausforderung bei der medikamentösen Therapie NSF Hamburg, 12.05.2026

Bildgebung: CT Schädel nativ + Kontrastmittel



- Altersentsprechend unauffälliger Befund. Kein Hinweis auf eine Raumforderung.
- Aber: CT Schichtung bis in den Bereich des Unterkiefers: Beidseitige, ventrale Luxation des Unterkieferköpfchens im Kiefergelenk

8

Nur zur privaten Nutzung, keine Vervielfältigung, keine Veröffentlichung,
auch nicht auszugsweise

Medikamentöse Behandlung / Verlauf II

- Umstellung auf Aripiprazol Tagesdosis 15 mg unter 20 mg starke innere Unruhe
- Abilify und Lorazepam Rückgang des wahnhaften Erlebens
- Nahezu keine antipsychotisch wirksame Medikation in der Lage, Symptomfreiheit zu schaffen, erster Suizidversuch 12/2019



- Multiple stationäre Aufenthalte mit Zwangsmedikation, Fixierungen, Entlassungen, Wiederaufnahmen, Verlust des Wohnraums, Unbetreubarkeit, Tod durch Suizid 03/2024

9

Psychose & Sucht - Herausforderung bei der medikamentösen Therapie NSF Hamburg, 12.05.2026

Agenda

- **Double Trouble**
Komorbidität von Sucht und Psychose bzw. Psychose und Sucht
- **Komorbidität Sucht und Psychose**
Wie gelingt eine integrative Therapie?
- **Relevante Fragen bei der Pharmakotherapie**
S3-Leitlinie Psychosen mit komorbider substanzbezogener Störung
- **Wenn Pharmakotherapie, dann bitte optimiert**
Depot als gute Altersvorsorge bei komorbider Sucht

10

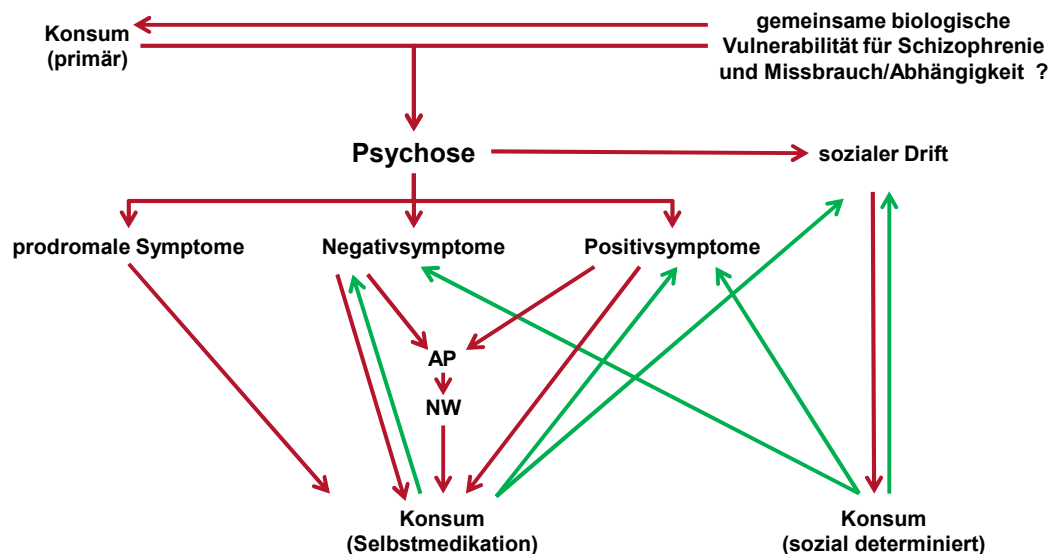
Agenda

- **Double Trouble**
Komorbidität von Sucht und Psychose bzw. Psychose und Sucht
- **Komorbidität Sucht und Psychose**
Wie gelingt eine integrative Therapie?
- **Relevante Fragen bei der Pharmakotherapie**
S3-Leitlinie Psychosen mit komorbider substanzbezogener Störung
- **Wenn Pharmakotherapie, dann bitte optimiert**
Depot als gute Altersvorsorge bei komorbider Sucht

11

Psychose & Sucht - Herausforderung bei der medikamentösen Therapie NSF Hamburg, 12.05.2026

Ein integratives Modell zur Komorbidität Psychose und Sucht

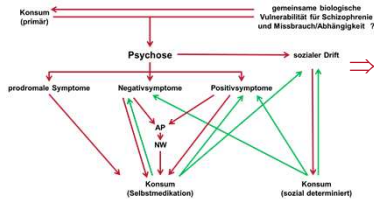


Eigene Darstellung nach: Gouzoulis-Mayfrank 2003

12

Nur zur privaten Nutzung, keine Vervielfältigung, keine Veröffentlichung,
auch nicht auszugsweise

Ein integratives Modell zur Komorbidität Psychose und Sucht Konsequenzen für den Verlauf



kurzfristig:

subjektiv positive Effekte möglich
↓ Angst, ↓ Depressivität, ↓ Spannung, ↑ Coping
↓ Negativ-Symptome

mittel- bis langfristig:

↑ Positiv-Symptome, ↑ Akut-Hospitalisationen, ↑ AP-Dosierungen,
teils ↑ Negativ-Symptome
↓ Compliance, ↑ tardive Dyskinesien
↓ Wohnverhältnisse, ↓ soziale Integration
↑ Fremdaggressivität, Delinquenz, ↑ Suizidalität

→ schlechterer Verlauf mit Neigung zur Chronifizierung

Eigene Darstellung nach: Gouzoulis-Mayfrank 2003

13

Psychose & Sucht - Herausforderung bei der medikamentösen Therapie NSF Hamburg, 12.05.2026

Vergleich klinischer Verläufe bei cannabisassoziierten und nicht substanzassoziierten Psychosen

ORIGINAL ARTICLE

Comparative Clinical Trajectories Across Cannabis-Related
and Nonsubstance-Related Psychoses
Antti Mustonen^{1,2,3} | Salla Niemelä^{4,5} | Alexander Dennerhoff^{6,7} | Antti Tienari^{8,9} | Elina Miettinen^{10,11} | Ralf Trappenstein^{12,13} | Jari Tienari^{14,15} | Ralf Trappenstein^{16,17}

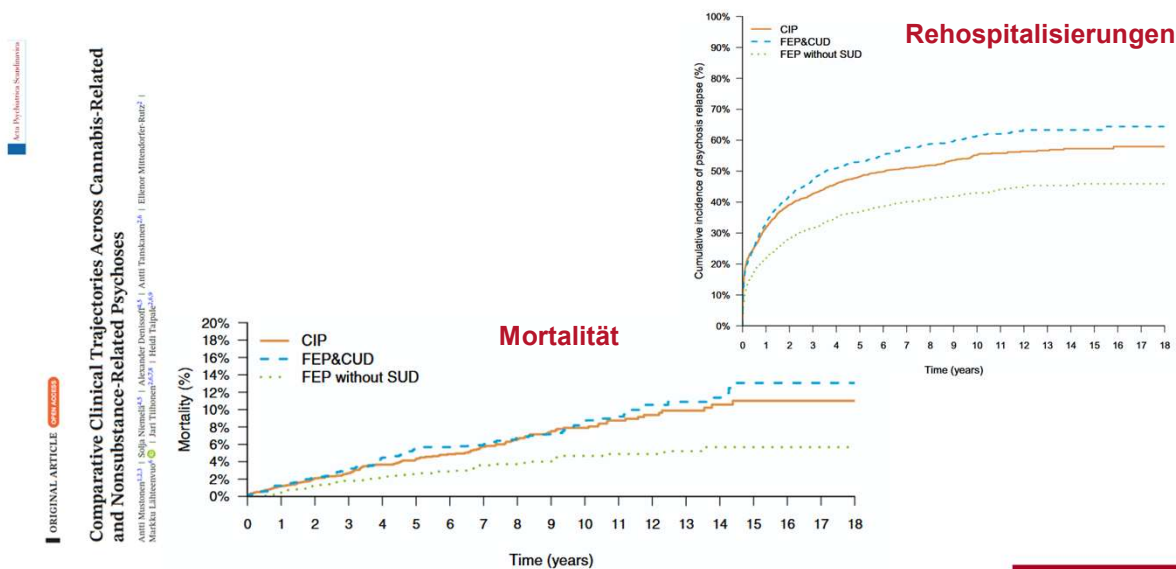
Exposure variable	FEP and CUD		CIP		FEP without SUD		p
	Frequency (n)	Percent (%)	Frequency (n)	Percent (%)	Frequency (n)	Percent (%)	
Hospitalization during the first year after cohort entry							
No	865	63.60	1187	66.99	1032	75.89	< 0.0001
Yes	495	36.40	585	33.01	328	24.11	
Hospitalization during the second year after cohort entry							
No	1087	79.93	1484	83.75	1204	88.53	< 0.0001
Yes	273	20.07	288	16.25	156	11.47	
Days in hospital care during the first year after cohort entry							
No	866	63.68	1187	66.99	1033	75.96	< 0.0001
1–6	35	2.57	58	3.27	14	1.03	
7 or more	459	33.75	527	29.74	313	23.01	
Days in hospital care during the second year after cohort entry							
No	1088	80.00	1458	83.80	1206	88.68	< 0.0001
1–6	26	1.91	30	1.69	9	0.66	
7 or more	246	18.09	257	14.50	145	10.66	

Mustonen et al. 2026

14

Nur zur privaten Nutzung, keine Vervielfältigung, keine Veröffentlichung,
auch nicht auszugsweise

Vergleich klinischer Verläufe bei cannabisassoziierten und nicht substanzassoziierten Psychosen



Psychose & Sucht - Herausforderung bei der medikamentösen Therapie NSF Hamburg, 12.05.2026

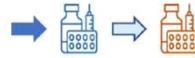
Agenda

- **Double Trouble**
Korbidität von Sucht und Psychose bzw. Psychose und Sucht
- **Korbidität Sucht und Psychose**
Wie gelingt eine integrative Therapie?
- **Relevante Fragen bei der Pharmakotherapie**
S3-Leitlinie Psychosen mit komorbider substanzbezogener Störung
- **Wenn Pharmakotherapie, dann bitte optimiert**
Depot als gute Altersvorsorge bei komorbider Sucht

Nur zur privaten Nutzung, keine Vervielfältigung, keine Veröffentlichung,
auch nicht auszugsweise

Komorbidität Psychose und Sucht Therapie

Sequentiell



- Behandlungsangebot für Psychose oder Sucht
- Getrennte und unabhängige Angebote für Psychose und Sucht
- Behandlungsverzögerungen, Motivationsabnahme, schlechteres Outcome

Parallel



- Gleichzeitige Behandlung von Psychose oder Sucht
- Behandlungsangebot durch verschiedene Anbieter
- Gefahr des Behandlungsabbruchs durch Koordinationsprobleme

Integriert



- Patienten profitieren von breiterem und multidisziplinärem Ansatz
- Individueller Behandlungsplan
- Multidisziplinäres Management und Begleitung, verbesserte Behandlungskontinuität

Neyra et al. Annals of General Psychiatry (2024)

17

Psychose & Sucht - Herausforderung bei der medikamentösen Therapie NSF Hamburg, 12.05.2026

Komorbidität Psychose und Sucht

Vorteile integrierter Behandlungsprogramme mit verschiedenen Elementen

Integriert



- Patienten profitieren von breiterem und kollaborativerem Ansatz
- Individueller Behandlungsplan
- Multidisziplinäres Management und Begleitung, verbesserte Behandlungskontinuität

- Psychiatrischer Krankenversorgung (stützend, fürsorglich) und
- Suchttherapie (auf eigene Verantwortlichkeit aufbauend)
 - langfristig angelegt (stationär - ambulant)
 - abstinenzorientiert (nicht abstinenzfordernd)
 - aufsuchende Arbeit in interdisziplinären Teams
 - soziotherapeutisch/rehabilitative Maßnahmen
 - Anpassung der Interventionen an Motivationsstadium des Patienten

Neyra et al. Annals of General Psychiatry (2024)

18

Nur zur privaten Nutzung, keine Vervielfältigung, keine Veröffentlichung,
auch nicht auszugsweise

Komorbidität Psychose und Sucht Vorteile integrierter Behandlungsprogramme mit verschiedenen Elementen

Integriert



- Patienten profitieren von breiterem und kollaborativerem Ansatz
- Individueller Behandlungsplan
- Multidisziplinäres Management und Begleitung, Verbessert Behandlungskontinuität

- Alle erfolgreichen Programme bieten an:
 - **Pharmakotherapie**
 - Motivationale Interventionen
 - Psychoedukation
- Die meisten erfolgreichen Programme bieten auch an:
 - Kognitiv-Behaviorale Therapie (CBT)
- Manche erfolgreiche Programme bieten schließlich an:
 - Familieninterventionen
 - Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen (Double-Trouble Gruppen)

Neyra et al. Annals of General Psychiatry (2024)

19

Psychose & Sucht - Herausforderung bei der medikamentösen Therapie NSF Hamburg, 12.05.2026

Agenda

- **Double Trouble**
Komorbidität von Sucht und Psychose bzw. Psychose und Sucht
- **Komorbidität Sucht und Psychose**
Wie gelingt eine integrative Therapie?
- **Relevante Fragen bei der Pharmakotherapie**
S3-Leitlinie Psychosen mit komorbider substanzbezogener Störung
- **Wenn Pharmakotherapie, dann bitte optimiert**
Depot als gute Altersvorsorge bei komorbider Sucht

20

Nur zur privaten Nutzung, keine Vervielfältigung, keine Veröffentlichung,
auch nicht auszugsweise

**Zu Beginn: ein paar Schlüsselempfehlungen aus der S3 Leitlinie
“Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“**

3.6.1.3.2 Intensität der Intervention bei alkoholbezogenen Störungen und komorbiden psychischen Erkrankungen

Eine **intensivere Intervention** sollte bei Personen mit komorbiden psychischen Störungen vorgesehen werden, da die Betroffenen üblicherweise schwerer gesundheitlich beeinträchtigt sind und eine ungünstigere Prognose aufweisen, als Personen mit einer einzelnen Erkrankung.

Empfehlungsgrad: B, LoE: 1

3.6.2.3.1 Leitliniengerechte Behandlung von Schizophrenie bei Alkoholkonsumstörung

Bei PatientInnen mit Alkoholkonsumstörungen und Psychose soll eine **leitliniengerechte psychotherapeutische/ psychosoziale Behandlung** für beide Störungen angeboten werden.

Empfehlungsgrad: A, LoE: 1a

3.6.2.3.4 Medikamentöse antipsychotische Behandlung von Schizophrenie bei Alkoholkonsumstörung

PatientInnen mit alkoholbezogenen Störungen und **Schizophrenie** sollen **leitliniengerecht medikamentös antipsychotisch** behandelt werden. Präferentiell sollten Präparate mit **möglichst wenig anticholinergen und extrapyramidal-motorischen Nebenwirkungen** in dieser PatientInnengruppe zur Anwendung kommen.

Empfehlungsgrad: A, LoE: 1a

21

Psychose & Sucht - Herausforderung bei der medikamentösen Therapie
NSF Hamburg, 12.05.2026

Welche Fragen müssen wir in Bezug auf die Pharmakotherapie stellen?

Welche Fragen sind relevant?

- **Wie unterscheidet sich der Einsatz der Medikamente in der akuten Entzugsbehandlung?**
- **Gibt es Evidenz für eine Überlegenheit bestimmter Substanzen bei der Behandlung von Menschen mit Psychosen komorbider Suchterkrankung?**
- **Existieren Unterschiede in Bezug auf Wirksamkeit und Verträglichkeit in der Akut- und Langzeitbehandlung mit Antipsychotika, Mood Stabilizern oder Suchttherapeutika. Gilt dies für einzelne Substanzen oder für die Kombination bei Menschen mit einer Doppeldiagnose?**
- **Wie unterscheidet sich die Langzeittherapie bei Sucht und komorbider Psychose?**
- **Wie ist die Evidenz zur langfristigen medikamentösen Therapie zur Rückfallverhinderung oder Konsumreduktion bezüglich der Substanzen Acamprosat, Naltrexon, Nalmefen oder Disulfiram, wenn wir Patienten mit Doppeldiagnosen behandeln?**

22

Nur zur privaten Nutzung, keine Vervielfältigung, keine Veröffentlichung,
auch nicht auszugsweise

Neue S3-Leitlinie Psychosen mit komorbider substanzbezogener Störung
Entwurf – Empfehlungen zum akuten Entzug (Empfehlung 10)



Empfehlungsgrad

**EK ↑
(soll)**

Bei Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht soll bei akuten Entzugssymptomen unter Berücksichtigung von Entzugsschwere und Entzugskomplikationen eine pharmakologisch unterstützte Entzugsbehandlung wie bei Menschen ohne die Komorbidität der Psychose erfolgen.

Psychose & Sucht - Herausforderung bei der medikamentösen Therapie
NSF Hamburg, 12.05.2026

S3-Leitlinie Schizophrenie - Substanzstörung allgemein



Consensus

Aktualisiert

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

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

Nur zur privaten Nutzung, keine Vervielfältigung, keine Veröffentlichung,
auch nicht auszugsweise

Neue S3-Leitlinie Psychosen mit komorbider substanzbezogener Störung Empfehlung für einen frühen Therapieeinstieg

Associations between antipsychotic use, substance use and relapse risk in patients with schizophrenia: real-world evidence from two national cohorts

Markku Lähteenvuo*, Juri L. Luykx*, Heidi Taipale, Elenor Mittemöller-Rütz, Antti Tanskanen, Albert Satala and Jan Tiihonen

	Finnish cohort			Swedish cohort		
	No SUD, n = 22750	SUD, n = 2853	P-value	No SUD, n = 10102	SUD, n = 1043	P-value
Male gender, % (n)	52.5 (11 936)	63.0 (1796)	<0.0001	58.2 (5880)	64.0 (667)	0.0030
Mean age (s.d.), years	34.3 (7.8)	32.5 (7.9)		35.2 (7.4)	32.7 (8.2)	
Number of previous psychiatric hospital admissions, % (n)			0.0003			0.0052
1	28.0 (6380)	30.9 (882)		41.8 (4218)	46.8 (488)	
2-3	32.5 (7394)	33.2 (948)		22.2 (2243)	21.3 (222)	
>3	39.5 (8976)	35.9 (1023)		36.0 (3641)	31.9 (333)	
Time since first schizophrenia diagnoses, years (n)			<0.0001			<0.0001
≤1	42.8 (9748)	52.3 (1492)		34.3 (3464)	43.8 (457)	
>1-5	12.2 (2774)	13.2 (376)		16.8 (1700)	19.7 (205)	
>5	45.0 (10 228)	34.5 (985)		48.9 (4938)	36.5 (381)	
Previous suicide attempt, % (n)	8.4 (1915)	11.3 (323)	<0.0001	6.1 (620)	9.7 (101)	<0.0001
On disability pension at baseline, % (n)	Not applicable	Not applicable		58.2 (5881)	57.1 (595)	0.4662

25.603 Patienten

Follow-up: Median 18,2a, (IQR) 10,0-22,0

11.145 Patienten

Follow-up: Median 9,9a, (IQR) 6,7-10,5

Lähteenvuo & Luykx et al (2022)

25

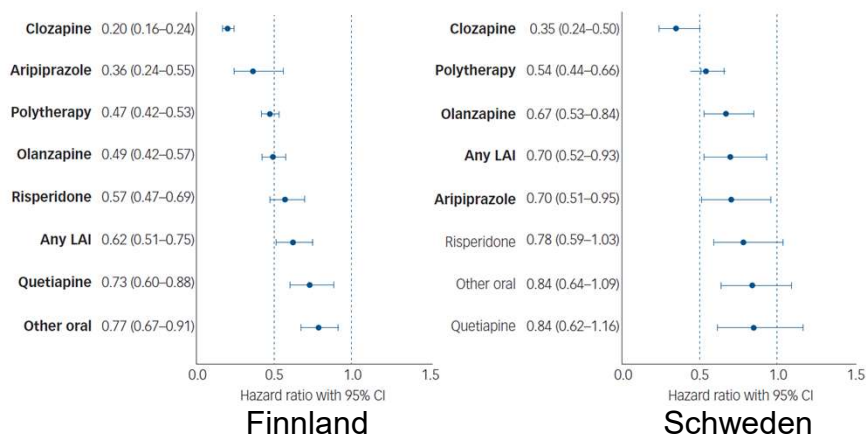
Psychose & Sucht - Herausforderung bei der medikamentösen Therapie NSF Hamburg, 12.05.2026

Komorbidität Psychose und Sucht Empfehlung für einen frühen Therapieeinstieg

Associations between antipsychotic use, substance use and relapse risk in patients with schizophrenia: real-world evidence from two national cohorts

Markku Lähteenvuo*, Juri L. Luykx*, Heidi Taipale, Elenor Mittemöller-Rütz, Antti Tanskanen, Albert Satala and Jan Tiihonen

Einsatz von Antipsychotika und das Risiko für die Entwicklung einer Suchterkrankung



Lähteenvuo & Luykx et al (2022)

26

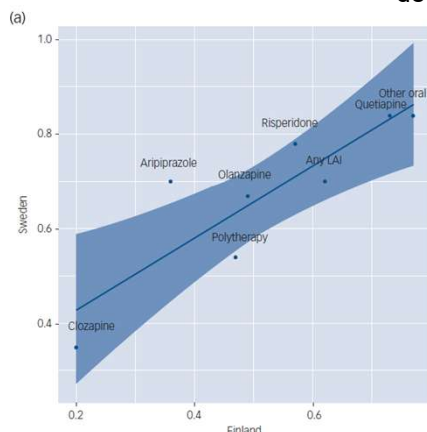
Nur zur privaten Nutzung, keine Vervielfältigung, keine Veröffentlichung,
auch nicht auszugsweise

Komorbidität Psychose und Sucht Empfehlung für einen frühen Therapieeinstieg

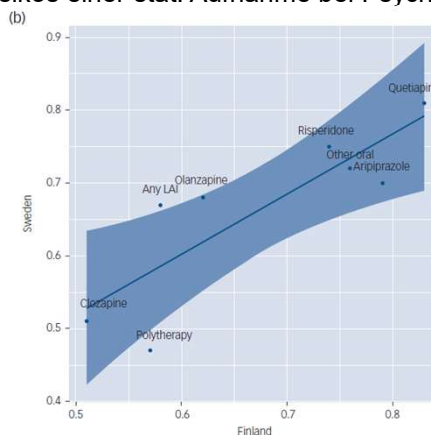
Associations between antipsychotic use, substance use and relapse risk in patients with schizophrenia: real-world evidence from two national cohorts

Markku Lähteenvuo*, Juri L. Luykx*, Heidi Taipale, Elenor Mittemdorfer-Rutz, Antti Tanskanen, Albert Satala and Jan Tiihonen

Korrelation der Wirksamkeit einer AP Therapie zur Reduzierung des Risikos einer stat. Aufnahme bei Psychose & SUD



Korrelation der Wirksamkeit einer AP Therapie zur Verhinderung einer SUD



Lähteenvuo & Luykx et al (2022)

27

Psychose & Sucht - Herausforderung bei der medikamentösen Therapie NSF Hamburg, 12.05.2026

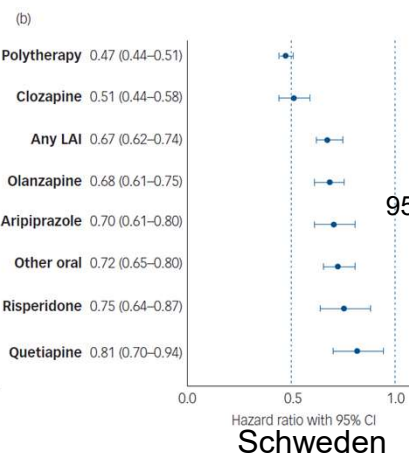
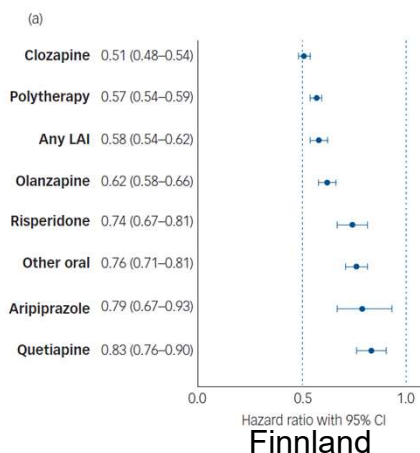
Substanzspezifisches Risiko für eine stationäre psychiatrische Aufnahme bei komorbider Suchterkrankung

Associations between antipsychotic use, substance use and relapse risk in patients with schizophrenia: real-world evidence from two national cohorts

Markku Lähteenvuo*, Juri L. Luykx*, Heidi Taipale, Elenor Mittemdorfer-Rutz, Antti Tanskanen, Albert Satala and Jan Tiihonen

Antipsychotika führen zu 40%iger Risikoreduktion für psychiatrische Krankenhauseinweisung

aHR 0,61;
95%-KI 0,58-0,64



aHR 0,60;
95%-KI 0,56-0,64

Lähteenvuo & Luykx et al (2022)

28

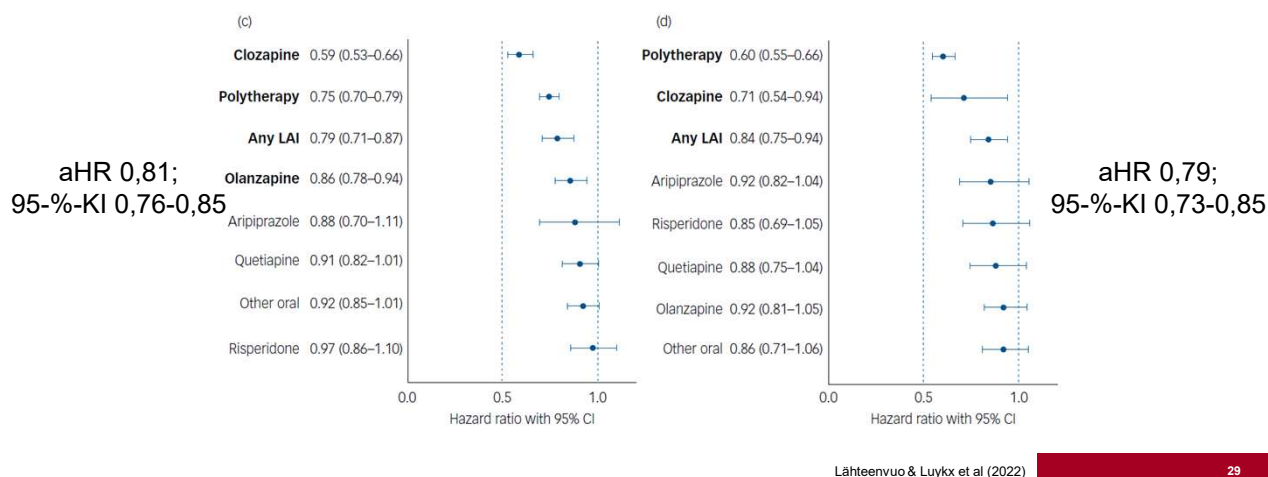
Nur zur privaten Nutzung, keine Vervielfältigung, keine Veröffentlichung,
auch nicht auszugsweise

Substanzspezifisches Risiko für eine stationäre Aufnahme zur Suchtbehandlung

Associations between antipsychotic use, substance use and relapse risk in patients with schizophrenia: real-world evidence from two national cohorts

Markku Lähteenvuo*, Juri L. Luykx*, Heidi Taipale, Elenor Mittendorf-Rutz, Antti Tanskanen, Albert Satala and Jan Tiihonen

Antipsychotika führen zu 19- bzw. 21%igen Risikoreduktion für Krankenhauseinweisung wegen SUD



Psychose & Sucht - Herausforderung bei der medikamentösen Therapie NSF Hamburg, 12.05.2026

Neue S3-Leitlinie Psychosen mit komorbider substanzbezogener Störung Entwurf – Empfehlungen zur frühzeitigen Therapie

Associations between antipsychotic use, substance use and relapse risk in patients with schizophrenia: real-world evidence from two national cohorts

Markku Lähteenvuo*, Juri L. Luykx*, Heidi Taipale, Elenor Mittendorf-Rutz, Antti Tanskanen, Albert Satala and Jan Tiihonen

- **Skandinavische Langzeit-Registerstudie mit Routinedaten aus Schweden und Finnland bzgl. Menschen mit Schizophrenie oder schizoaffektiver Störung (n=45.476).**
- **Das Risiko für die Entwicklung einer Suchterkrankung war niedriger, wenn die Patienten eine antipsychotische Medikation erhielten.**
- **Niedrigstes Risiko für Clozapin (verglichen mit allen Patienten, die kein Clozapin erhielten; finnische Kohorte: adjustierte Hazard Ratio (aHR) 0,2; schwedische Kohorte: aHR 0,35**
- **Für beide Kohorten konnte zudem für Aripiprazol, für eine antipsychotische Kombinationsbehandlung, für Olanzapin und für Depotantipsychotika ein reduziertes Risiko für die Entwicklung einer komorbiden Suchterkrankung gezeigt werden**
- **Bei Risperidon, Quetiapin und anderen oralen Antipsychotika zeigte sich der Effekt in der finnischen, nicht aber in der schwedischen Kohorte**

Lähteenvuo & Luykx et al (2022)

30

Nur zur privaten Nutzung, keine Vervielfältigung, keine Veröffentlichung,
auch nicht auszugsweise

Neue S3-Leitlinie Psychosen mit komorbider substanzbezogener Störung
Entwurf – Empfehlungen zur frühzeitigen Therapie



Empfehlungsgrad

**EK ↑
(soll)**

Bei Patienten mit einer Schizophrenie oder schizoaffektiven Störung sollte auch zur Verminderung des Risikos der Entwicklung einer komorbiden Suchterkrankung eine pharmakologische Behandlung mit Zweitgenerations-Antipsychotika (AP) angeboten werden. (# 12)

Empfehlungsgrad

**0 ↔
(kann)**

Bei Patienten mit einer Schizophrenie oder schizoaffektiven Störung können auch zur Verminderung des Risikos der Entwicklung einer komorbiden Suchterkrankung Depotantipsychotika oder eine antipsychotische Kombinationsbehandlung unter Beachtung von möglichen Neben- oder Wechselwirkungen erwogen werden. (# 13)

S3-Leitlinie Psychosen mit komorbider substanzbezogener Störung - Entwurf

31

Psychose & Sucht - Herausforderung bei der medikamentösen Therapie
NSF Hamburg, 12.05.2026

Neue S3-Leitlinie Psychosen mit komorbider substanzbezogener Störung
Entwurf – Empfehlungen zur frühzeitigen Therapie



Mögliche Risiken

- Verzicht auf eine Therapie mit Antipsychotika war in einer skandinavischen Registerstudie in der Gruppe der an einer Schizophrenie oder einer schizoaffektiven Störung erkrankten Menschen mit einer erhöhten Langzeitmortalität verbunden (aHR für Mortalität bezgl. aller Ursachen bei AP- Therapie im Vergleich zum Verzicht auf AP 0,48, 95%-Konfidenzintervall 0,46-0,51 [Taipale et al. 2020].
- Somit erhöhen potentielle Nebenwirkungen einer Therapie mit Antipsychotika zumindest statistisch nicht die Mortalität in der Langzeittherapie.
- Unterstützt wird diese Einschätzung durch eine Metaanalyse von Jia et al. 2022, bei der gezeigt wurde, dass die Mortalitätsraten bei Menschen mit einer Schizophrenie bei einer Nichtbehandlung höher waren als bei einer antipsychotischen Psychopharmakotherapie.

Taipale et al (2020), Jia et al. (2022)

32

Nur zur privaten Nutzung, keine Vervielfältigung, keine Veröffentlichung,
auch nicht auszugsweise

Empfehlungsgrad

**B ↑
(soll)**

In der antipsychotischen Pharmakotherapie von Menschen mit der Komorbidität einer Schizophrenie oder schizoaffektiven Störung und einer Suchterkrankung sollte sowohl für das Ziel einer Reduktion von Positiv- und Negativsymptomen als auch im Hinblick auf Suchtdruck und Substanzkonsum Antipsychotika der zweiten Generation Vorzug gegeben werden. (#14)

Psychose & Sucht - Herausforderung bei der medikamentösen Therapie
NSF Hamburg, 12.05.2026

Empfehlungen zur Therapie der Psychose

- Hinweise auf Überlegenheit von Clozapin hinsichtlich des Konsumverhaltens
- Eine generelle Überlegenheit von Antipsychotika der zweiten Generation lässt sich nicht sicher ableiten
- Aber: Vorteile von Antipsychotika der zweiten Generation u.a. bei Lähteenvuo et al. 2022
- Clozapin, teilweise auch andere SGA, waren mit niedrigeren Raten der Entwicklung von Abhängigkeitserkrankungen verbunden und bei bereits komorbide Erkrankten mit einer geringeren Anzahl an Rückfällen (Anzahl stationärer Aufnahmen) verbunden.
- Antipsychotische Monotherapie am besten mit Clozapin, dann Olanzapin, Risperidon, Aripiprazol und Quetiapin hinsichtlich psychotischer Rückfälle
- Olanzapin scheint vorteilhaft bezüglich des Rückfallrisikos einer Suchterkrankung
- Kombinationstherapie mit AP oder Depotantipsychotika zeigten mit Clozapin vergleichbar gute Outcomes

Komorbidität Psychose und Sucht Pharmakotherapie bei substanzinduzierten Psychosen

Antipsychotics for Amphetamine Psychosis. A Systematic Review

Dimy Fluyau^{1*}, Paroma Mitra² and Kervens Lorthe³

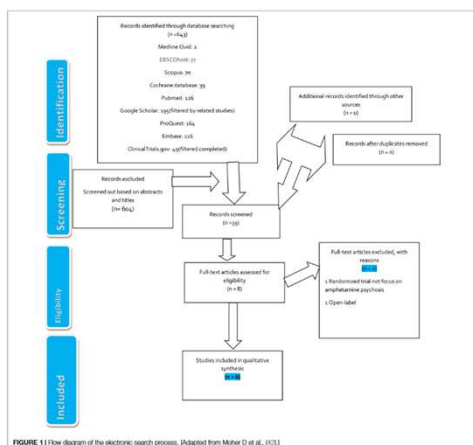


FIGURE 1 | Flow diagram of the electronic search process. (Adapted from Mittra et al., (13))

Fluyau et al (2019)

35

- Die Auswertung von 6 RCTs (314 Patienten)
- Aripiprazol, Haloperidol, Quetiapin, Olanzapin und Risperidon waren in der Lage, die durch Amphetaminkonsum ausgelöste psychotische Episode (Positiv- und Negativsymptome) zu reduzieren oder zu kontrollieren, ohne dass dabei unerwünschte Ereignisse auftraten.
- Kein Antipsychotikum erwies als den anderen klinisch überlegen.

Psychose & Sucht - Herausforderung bei der medikamentösen Therapie NSF Hamburg, 12.05.2026

Neue S3-Leitlinie Psychosen mit komorbider substanzbezogener Störung Entwurf – Empfehlungen zur Therapie amphetamininduzierten Psychose

Empfehlungsgrad

**B ↑
(soll)**

Bei Menschen mit einer amphetamininduzierten Psychose sollten zur Akutbehandlung Antipsychotika eingesetzt werden. Aufgrund des günstigeren Nebenwirkungsprofils sollten Antipsychotika der zweiten Generation eingesetzt werden (#22)

- Diskussion:** bei amphetamininduzierten Psychosen sind Spontanremissionen auch ohne pharmakologische Intervention zu erwarten. Die Dauer der Antipsychotikatherapie und der amphetaminassoziierten Psychose sollten sich nach individuellen Gegebenheiten richten und aufgrund der Möglichkeit der Symptommrückbildung insbesondere bei Abstinenz spätestens nach sechs Monaten überprüft und versuchsweise ausgeschlichen werden.

Fluyau et al (2019), S3-Leitlinie Psychosen mit komorbider substanzbezogener Störung - Entwurf

36

Nur zur privaten Nutzung, keine Vervielfältigung, keine Veröffentlichung,
auch nicht auszugsweise

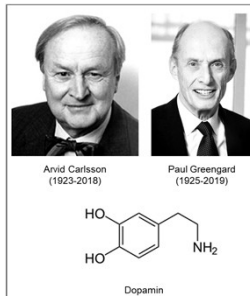
Agenda

- **Double Trouble**
Komorbidität von Sucht und Psychose bzw. Psychose und Sucht
- **Komorbidität Sucht und Psychose**
Wie gelingt eine integrative Therapie?
- **Relevante Fragen bei der Pharmakotherapie**
S3-Leitlinie Psychosen mit komorbider substanzbezogener Störung
- **Wenn Pharmakotherapie, dann bitte optimiert**
Depot als gute Altersvorsorge bei komorbider Sucht

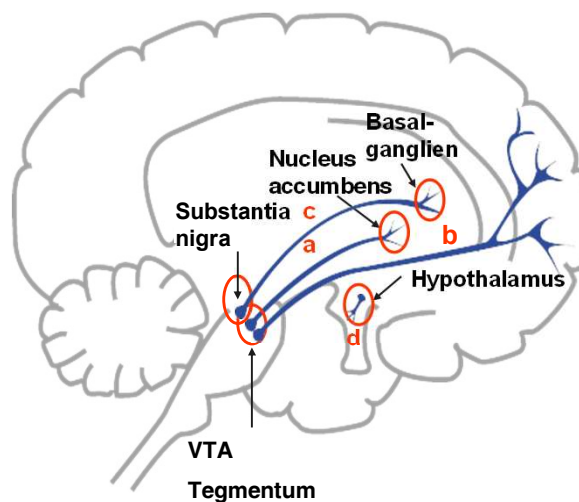
37

Psychose & Sucht - Herausforderung bei der medikamentösen Therapie NSF Hamburg, 12.05.2026

Dopaminerge Bahnsysteme – Beim Verständnis der Ätiopathogenese schizophrener Störungen relevant aber eben nur vereinfachend



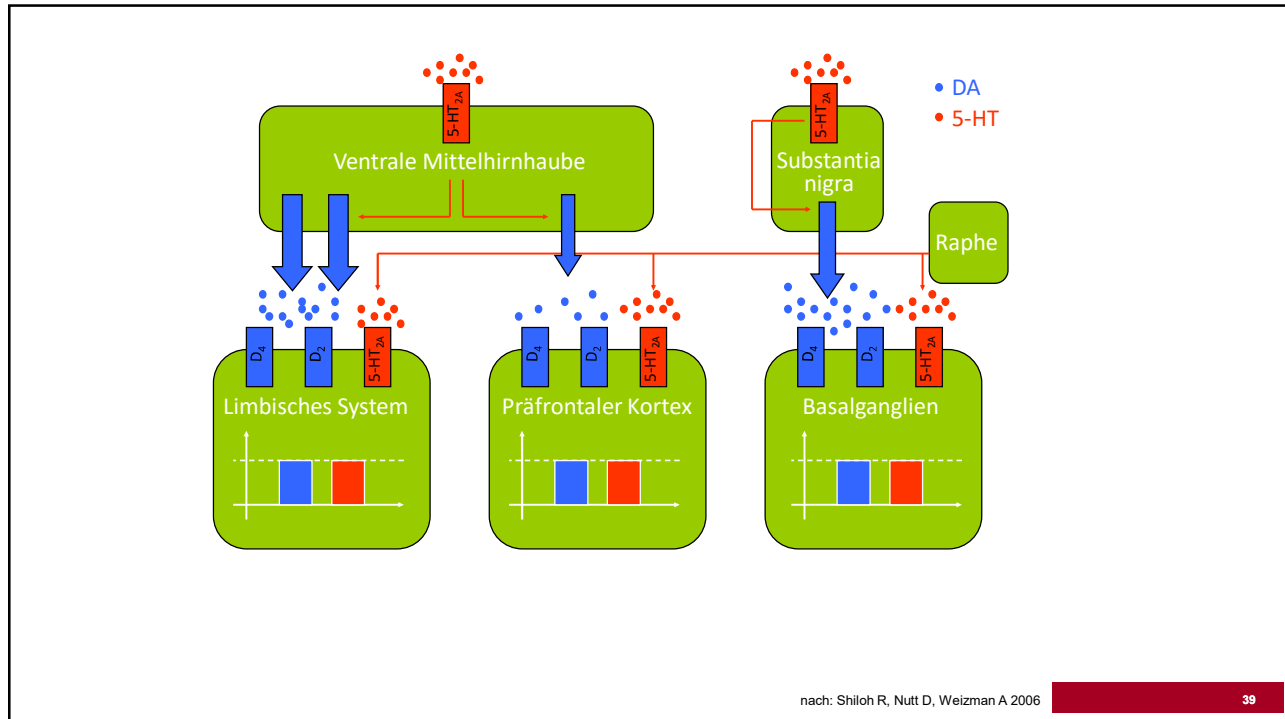
- a) Mesolimbisches System
- b) Mesocorticales System
- c) Nigrostriatales System
- d) Tuberoinfundibuläres System



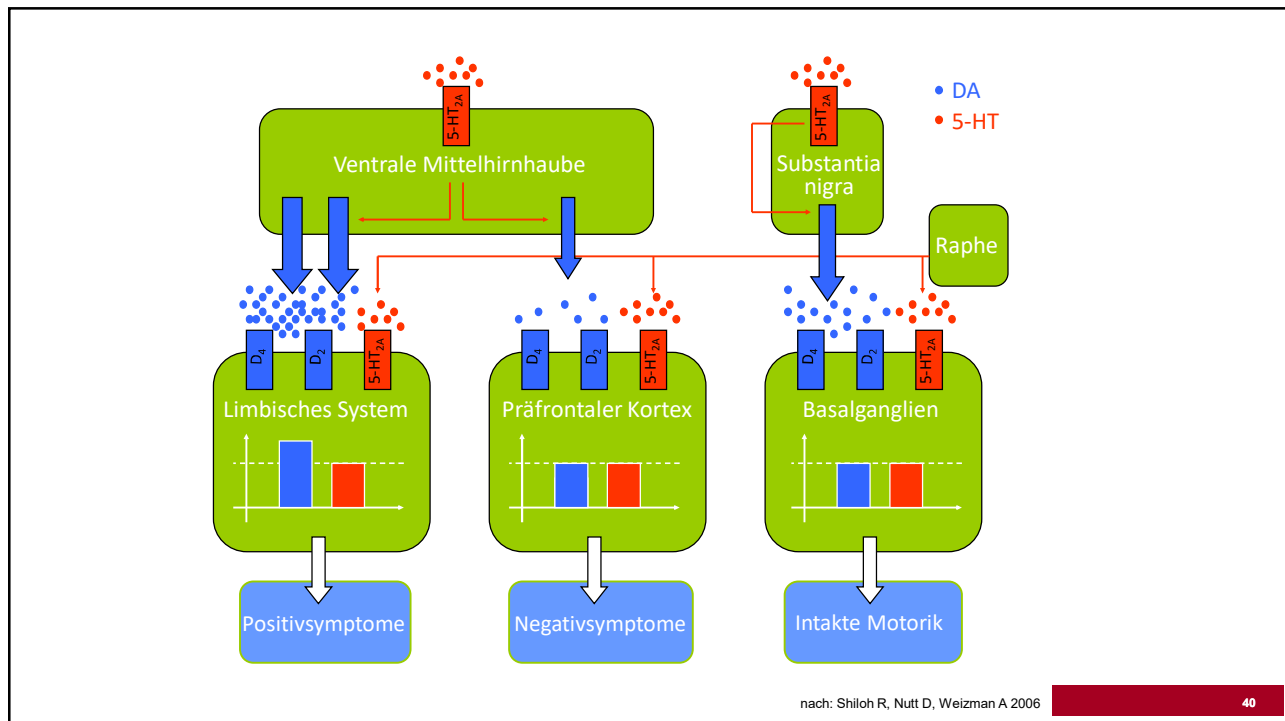
nach SM Stahl: Essential Psychopharmacology 2021

38

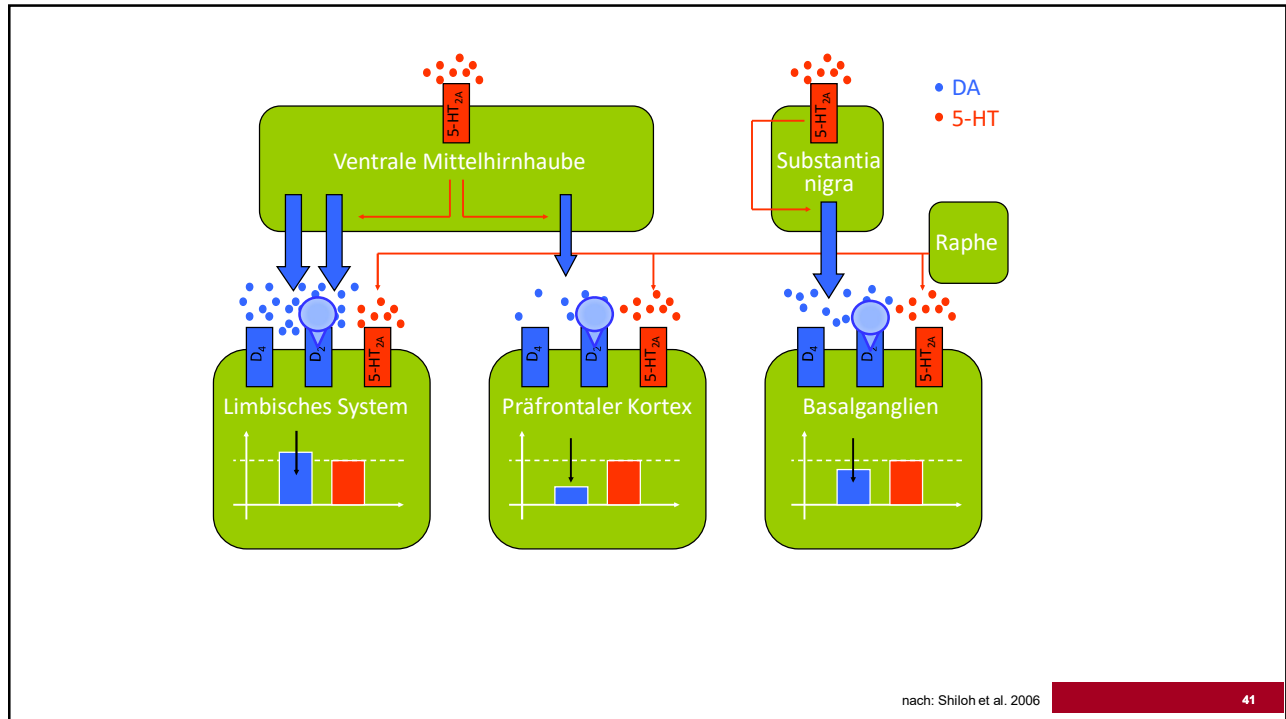
Nur zur privaten Nutzung, keine Vervielfältigung, keine Veröffentlichung,
auch nicht auszugsweise



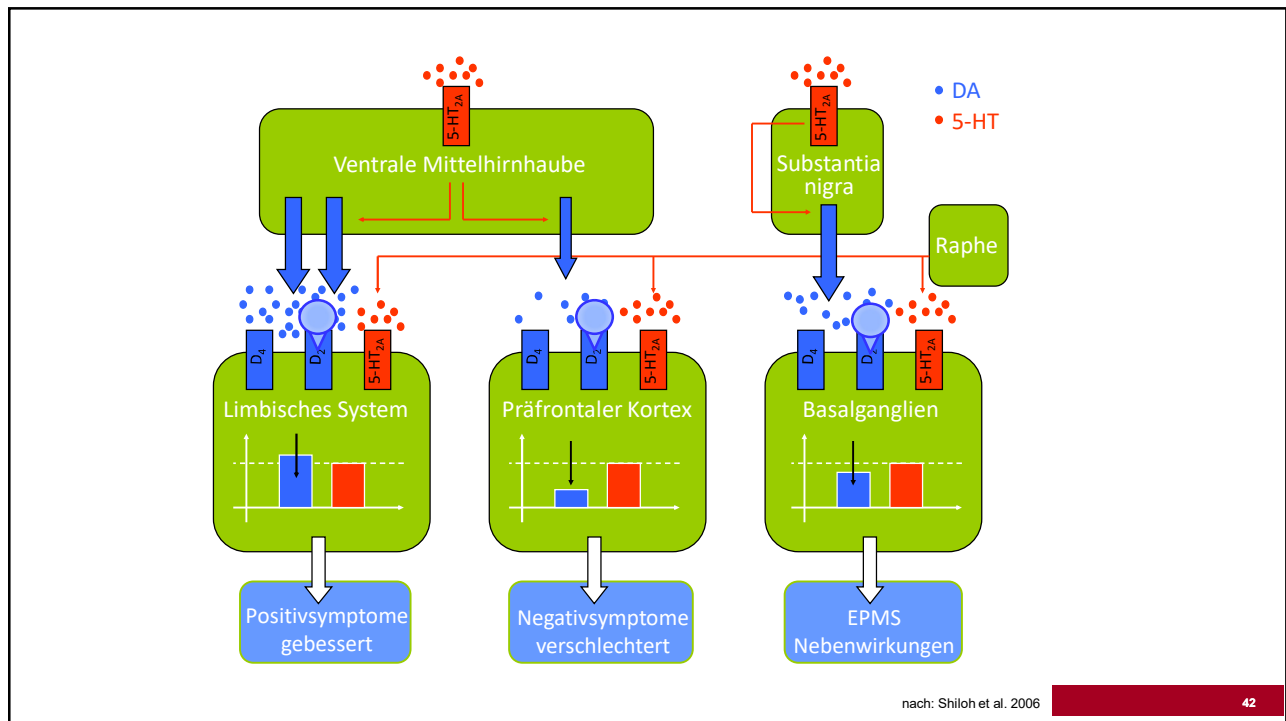
Psychose & Sucht - Herausforderung bei der medikamentösen Therapie NSF Hamburg, 12.05.2026



Nur zur privaten Nutzung, keine Vervielfältigung, keine Veröffentlichung,
auch nicht auszugsweise

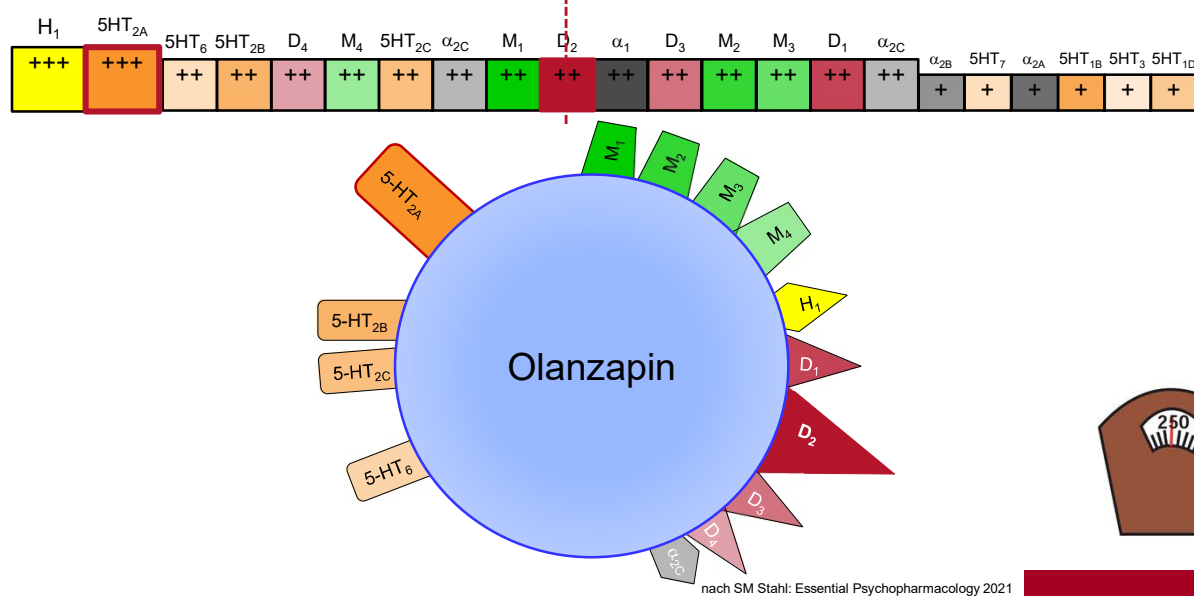


Psychose & Sucht - Herausforderung bei der medikamentösen Therapie NSF Hamburg, 12.05.2026



Nur zur privaten Nutzung, keine Vervielfältigung, keine Veröffentlichung,
auch nicht auszugsweise

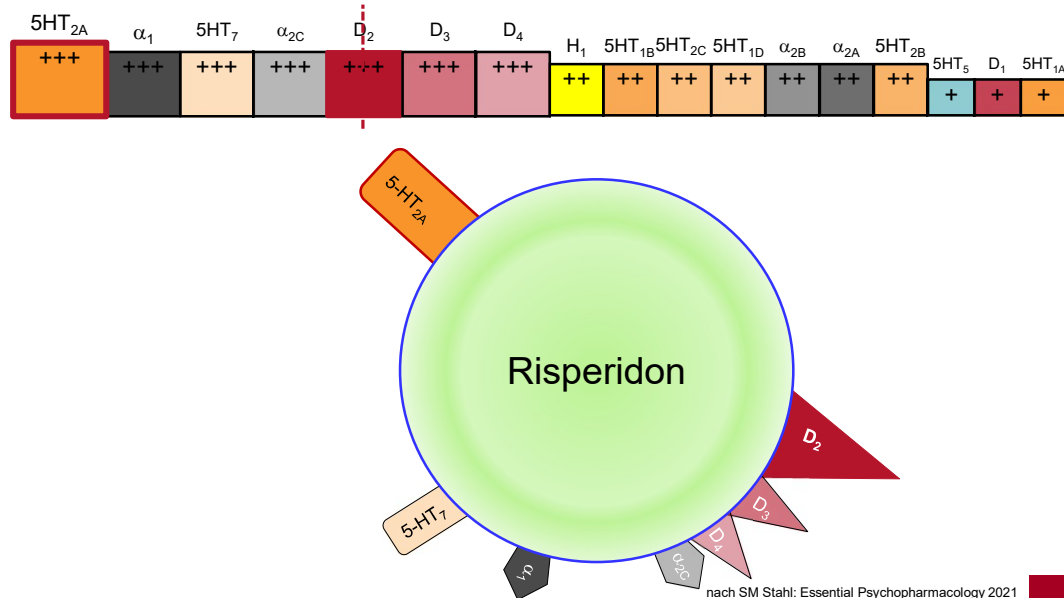
Die PINE: Olanzapin



43

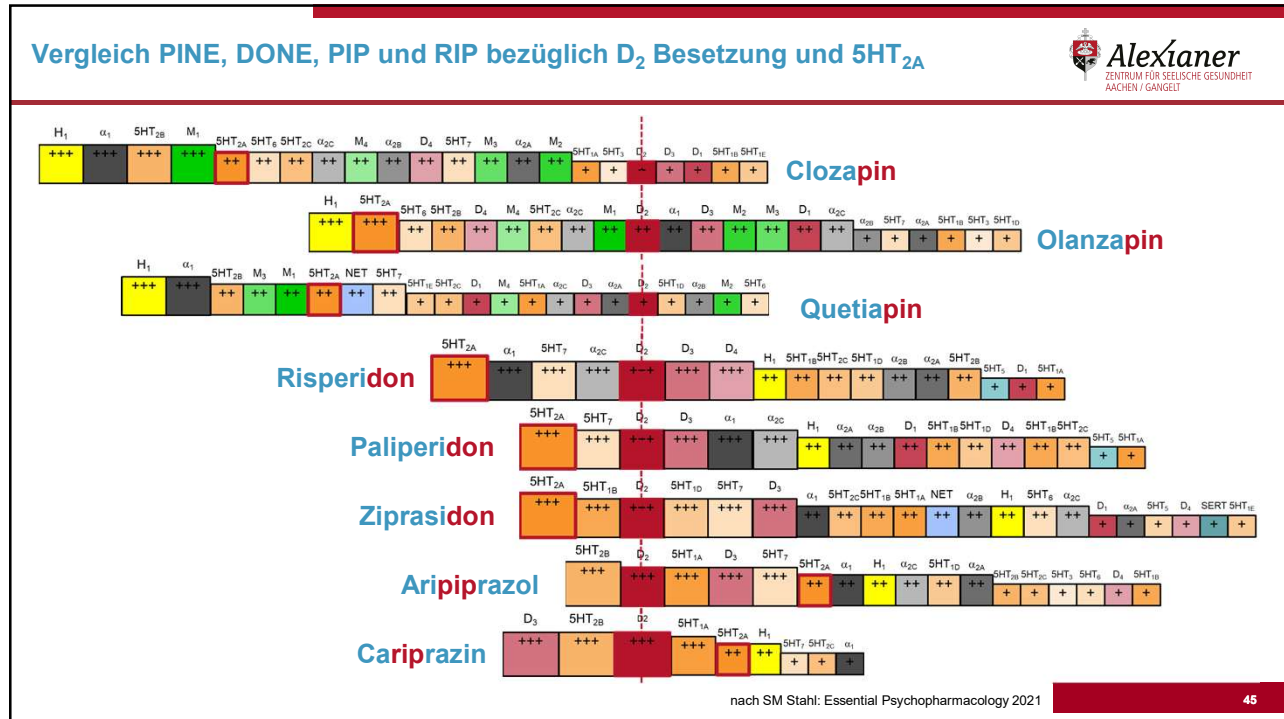
Psychose & Sucht - Herausforderung bei der medikamentösen Therapie NSF Hamburg, 12.05.2026

Die DONE: Risperidon



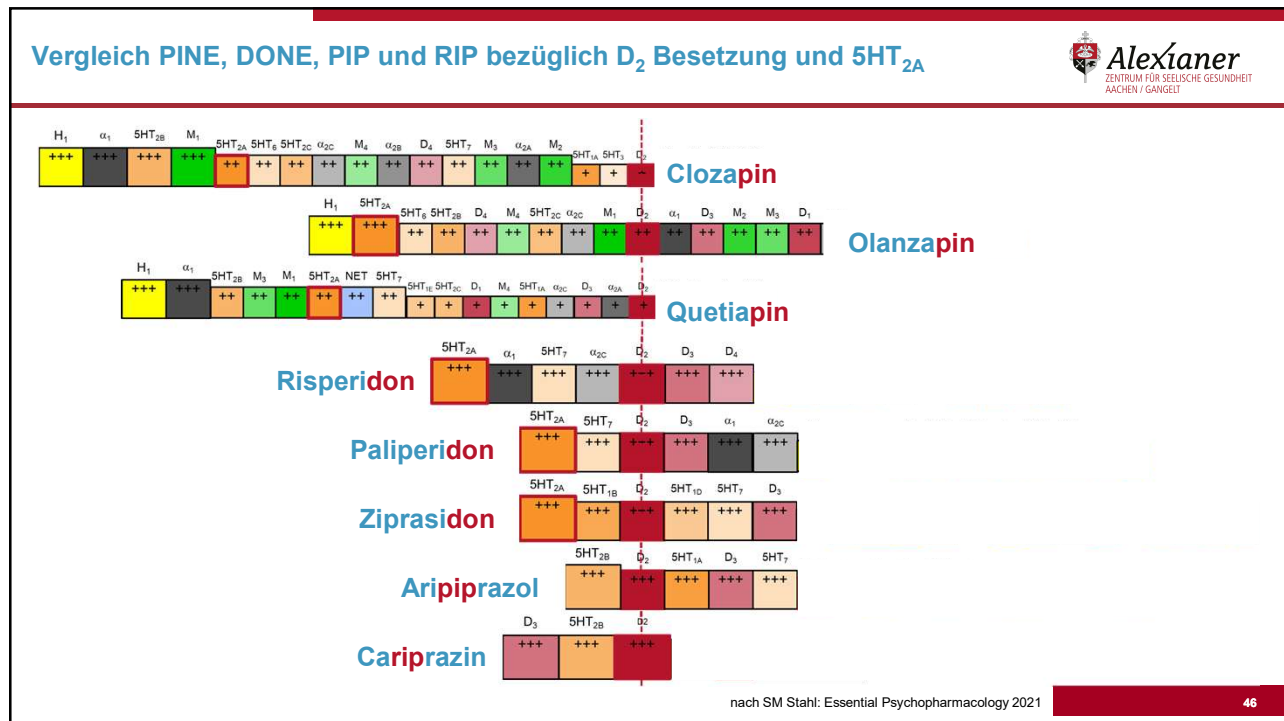
44

Nur zur privaten Nutzung, keine Vervielfältigung, keine Veröffentlichung,
auch nicht auszugsweise



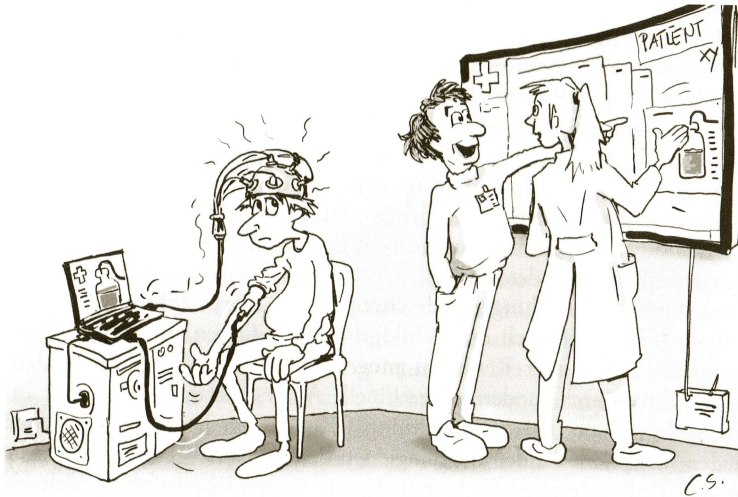
Psychose & Sucht - Herausforderung bei der medikamentösen Therapie

NSF Hamburg, 12.05.2026



Nur zur privaten Nutzung, keine Vervielfältigung, keine Veröffentlichung,
auch nicht auszugsweise

Plädoyer für eine angemessen dosierte und gemonitorte antipsychotische Psychopharmakotherapie



C. Styrsky aus Gründer 2020

47

Psychose & Sucht - Herausforderung bei der medikamentösen Therapie NSF Hamburg, 12.05.2026

Gezielt zu mehr Therapieerfolg - Therapeutisches Drug Monitoring (TDM)

 Thieme

Pharmacopsychiatry

Original Paper

Consensus Guidelines for Therapeutic Drug Monitoring in Neuropsychopharmacology: Update 2026 – Pharmacokinetic, pharmacogenetic and clinical aspects

Xenia M. Hart^{1,2}, Gerhard Gründer^{2,3}, Christoph Hiemke⁴, Ivana Adamovic⁵, Friederike Amann², Pierre Baumann⁶, Niels Bergemann^{7,8,9}, Christian Brandt¹⁰, Hans-Willi Clement¹¹, Andreas Conca¹², Jürgen Deckert¹³, Otto Dietmaier¹⁴, Gabriel Eckermann¹⁵, Karin Egberts^{16,17}, Katharina Endres¹⁸, Nicole Erlacher¹⁹, Stefanie Fekete²⁰, Stefano Ferrea²¹, Vincenzo Florio¹², Manfred Gerlach²², Ekkehard Haen^{23,24}, Martina Hahn^{25,26}, Ursula Havemann-Reinecke²⁷, Gudrun Hefner²⁸, Wolfgang Jost^{29,30}, Maxim Kuzin³¹, Gerd Laux^{32,33,34}, Stefan Leucht^{35,36}, Ignazio Maniscalco¹², Andreas Menke^{37,34}, Thomas Messer³⁸, Rainald Moessner³⁹, Daniel J. Müller⁴⁰, Thomas Müller⁴¹, Michael Paulzen^{42,43}, Holger Petri⁴⁴, Philippe Pfeifer⁴⁵, Bruno Pfuhlmann⁴⁶, Peter Riederer⁴⁷, Sibylle C. Roll^{48,49}, Maike Scherf-Clavel⁵⁰, Markus Schwarz⁵¹, Werner Steimer^{52,53,54}, Julia C. Stingl⁵⁵, Sermin Toto⁵⁶, Sven Ulrich⁵⁷, Gerald Zernig^{58,59}, Gabriela Zurek⁶⁰, Stefan Unterecker^{50,61}, Georgios Schoetsanis⁶²

Affiliation addresses are listed at the end of the article.

Hart, ..., Paulzen, ... et al. 2026

48

Nur zur privaten Nutzung, keine Vervielfältigung, keine Veröffentlichung,
auch nicht auszugsweise

Welche Instrumente braucht es z.B. am Binger Mäuseturm
in der Nähe des ‚Binger Lochs‘



49

Psychose & Sucht - Herausforderung bei der medikamentösen Therapie
NSF Hamburg, 12.05.2026

Welche Instrumente braucht es z.B. am Binger Mäuseturm
in der Nähe des ‚Binger Lochs‘



50

Nur zur privaten Nutzung, keine Vervielfältigung, keine Veröffentlichung,
auch nicht auszugsweise

Man braucht in der Psychiatrie wie in der Nautik Radar und Sonar



51

Psychose & Sucht - Herausforderung bei der medikamentösen Therapie
NSF Hamburg, 12.05.2026

Entdeckung „optimaler“ Plasmakonzentrationen für Haloperidol

Original Paper

Therapeutic Window of Serum Haloperidol Concentration in Acute Schizophrenia and Schizoaffective Disorder

S. Ulrich¹, S. Neuhoof², V. Braun², F. P. Meyer¹

¹ Institute of Clinical Pharmacology, University Hospital, Otto-von-Guericke University, Magdeburg, Germany

² Psychiatric Clinic, Bernburg, Germany

[...]

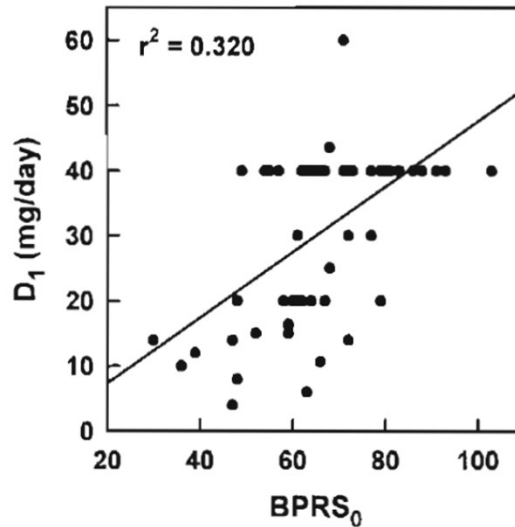
concentration in acute schizophrenia. For practical application the position of a therapeutic window can be defined by a lower threshold level of about 5 ng/ml and an upper threshold of about 17 ng/ml. However, a maximal therapeutic effect is assured at 10 ng/ml. This should be the target value in serum level-guided dose adjustments.

Ulrich et al. Pharmacopsychiatry 1998

52

Nur zur privaten Nutzung, keine Vervielfältigung, keine Veröffentlichung,
auch nicht auszugsweise

Entdeckung „optimaler“ Plasmakonzentrationen für Haloperidol –
Behandlungen „wie in der Steinzeit“



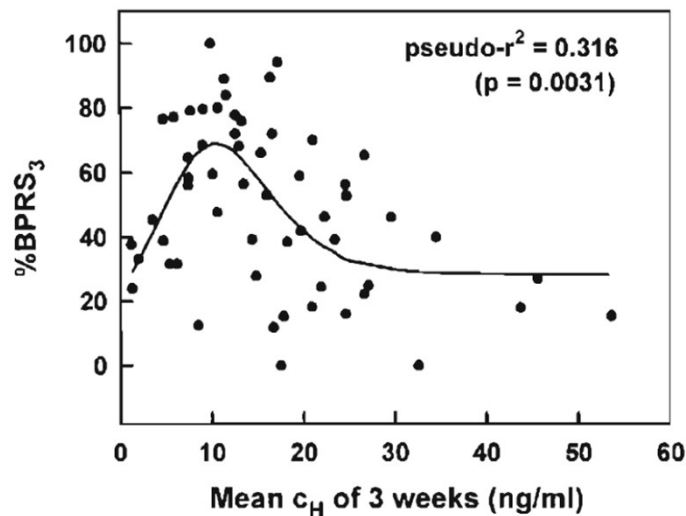
BPRS₀: BPRS-Score zu Behandlungsbeginn
D₁: Dosis am ersten Behandlungstag

Ulrich et al. Pharmacopsychiatry 1998

53

Psychose & Sucht - Herausforderung bei der medikamentösen Therapie
NSF Hamburg, 12.05.2026

Entdeckung „optimaler“ Plasmakonzentrationen für Haloperidol



%BPRS₃: Veränderung des BPRS-Scores nach 3 Wochen
c_H: Haloperidol-Plasmakonzentration

Ulrich et al. Pharmacopsychiatry 1998

54

Nur zur privaten Nutzung, keine Vervielfältigung, keine Veröffentlichung,
auch nicht auszugsweise

Haloperidol Fachinformation vor dem Europäischen Harmonisierungsprozess (bis 12/2017)



Fachinformation

Haloperidol- neuraxpharm® 1 mg

1. BEZEICHNUNG DES ARZNEIMITTELS

Haloperidol-neuraxpharm 1 mg
Tabletten

2. QUALITATIVE UND QUANTITATIVE ZUSAMMENSETZUNG

Wirkstoff: Haloperidol
1 Tablette enthält 1 mg Haloperidol.
Sonstige Bestandteile: Lactose-Mono-
hydrat.
Vollständige Auflistung der sonstigen
Bestandteile, siehe Abschnitt 6.1.

3. DARREICHUNGSFORM

Tabletten
Runde, weiße Tablette mit einseitiger
Bruchkerbe.
Die Tablette kann in gleiche Hälften geteilt
werden.

4. KLINISCHE ANGABEN

4.1 Anwendungsgebiete

- Akute und chronische schizophrene Syn-
drome
 - Organisch bedingte Psychosen
 - Akute manische Syndrome
 - Akute psychomotorische Erregungszu-
stände
- Nach Ausschöpfen aller anderen therapeu-
tischen Möglichkeiten kann Haloperidol-
neuraxpharm 1 mg außerdem indiziert sein
bei:
- Tic-Erkrankungen (wie z. B. Gilles-de-la-
Tourette-Syndrom)
 - Erbrechen

Hinweise

Bei gleichzeitiger Behandlung mit Lithium
und Haloperidol-neuraxpharm sollten beide
Arzneimittel so niedrig wie möglich dosiert
werden.
Die Behandlungsdauer richtet sich nach
dem Krankheitsbild und dem individuellen
Verlauf. Dabei ist die niedrigste notwendige
Erhaltungsdosis anzustreben. Über die Not-
wendigkeit einer Fortdauer der Behandlung
ist laufend kritisch zu entscheiden.
Wenn eine orale Gabe nicht möglich oder
nicht sinnvoll ist, kann Haloperidol zu
Beginn der Behandlung auch parenteral
gegeben werden.
Die Tabletten sind während der Mahlzei-
ten mit ausreichend Flüssigkeit (Wasser)
einzunehmen.
Die im Folgenden angeführten Tagesdosen
gelten als Richtwerte. Die Tagesdosis kann
auf 1 bis 3 Einzeldosen verteilt werden, bei
höheren Dosierungen auch auf häufigere
Einzeldosen.

Akute und chronische schizophrene Syndrome

Beginn mit 5 - 10 mg Haloperidol pro Tag;
eine Tagesdosis von 30 mg Haloperidol
sollte in der Regel nicht überschritten wer-
den. Die Tagesdosis sollte nur im extremen
Ausnahmefall auf bis zu 100 mg Halope-
ridol gesteigert werden. Nach Abklingen
akuter Krankheitszeichen beträgt die Erhal-
tungsdosis 3 - 15 mg Haloperidol pro Tag,
bei therapieresistenten Fällen auch mehr.

Organisch bedingte Psychosen

Beginn mit 1 - 5 mg Haloperidol pro Tag;

Erbrechen

1 - 3 mg Haloperidol pro Tag.

Dosierung bei älteren Patienten

Bei älteren Patienten, insbesondere bei
solchen mit Hirnleistungsstörungen, kann
im Allgemeinen mit niedrigeren Dosen eine
Wirkung erzielt werden. Daher bei allen
genannten Krankheitsbildern Beginn mit
Einzeldosen von 0,5 - 1,5 mg Haloperidol
pro Tag in geeigneten Darreichungsformen.
Ältere Patienten können bereits bei niedri-
gen Dosierungen extrapyramidale Neben-
wirkungen entwickeln. Die Häufigkeit
von Spätdyskinesien ist erhöht. Auch die
sedierende Wirkung und der anticholinerge
Effekt sind bei älteren Patienten stärker
ausgeprägt. Hypotonien können häufiger
auftreten.

Kinder und Jugendliche

Die Sicherheit und Wirksamkeit von Halo-
peridol bei Kindern und Jugendlichen ist
nicht erwiesen.

Tic-Erkrankungen: Bei Kindern ab 3 Jah-
ren Beginn mit 0,025 mg Haloperidol/kg
Körpergewicht pro Tag. Steigerung auf
höchstens 0,2 mg Haloperidol/kg Körper-
gewicht pro Tag, jeweils in geeigneten
Darreichungsformen.

4.3 Gegenanzeigen

Haloperidol-neuraxpharm darf nicht ange-
wendet werden bei:
Überempfindlichkeit gegen den Wirk-
stoff, andere Butyrophenone oder einen
der in Abschnitt 6.1 genannten sonstigen
Bestandteile

55

Psychose & Sucht - Herausforderung bei der medikamentösen Therapie NSF Hamburg, 12.05.2026

Haloperidol Fachinformation seit dem Europäischen Harmonisierungsprozess 01/2018



Fachinformation

Haloperidol- neuraxpharm® Tabletten

Tabelle 1: Dosisempfehlungen von Haloperidol für Erwachsene ab 18 Jahren

Behandlung der Schizophrenie und schizoaffectiven Störung
- 2 bis 10 mg/Tag oral, als Einzeldosis oder aufgeteilt auf 2 Dosen. Bei der ersten schizo- phrenen Episode sprechen die Patienten normalerweise auf 2 bis 4 mg/Tag an, während Patienten mit mehrfachen schizophrenen Episoden unter Umständen Tagesdosen bis zu 10 mg benötigen.
- Die Dosis kann in Intervallen von 1 bis 7 Tagen angepasst werden.
- Tagesdosen über 10 mg haben bei den meisten Patienten im Vergleich zu niedrigeren Dosen keine bessere Wirksamkeit gezeigt und können zu einer erhöhten Inzidenz von extrapyramidalen Symptomen führen. Wenn Tagesdosen über 10 mg erwogen werden, sollte das individuelle Nutzen-Risiko-Verhältnis bewertet werden.
- Die Höchstdosis beträgt 20 mg/Tag, da die Sicherheitsbedenken den klinischen Nutzen einer Behandlung mit höheren Dosen überwiegen.
Akute Behandlung des Deliriums, wenn nicht-pharmakologische Therapien versagt haben
- 1 bis 10 mg/Tag oral, als Einzeldosis oder aufgeteilt auf 2 bis 3 Dosen.
- Die Behandlung sollte mit der niedrigst möglichen Dosis begonnen werden. Wenn die Erregungszustände anhalten, sollte die Dosis schrittweise in 2- bis 4-stündigen Intervallen bis zu einer maximalen Tagesdosis von 10 mg angepasst werden.
Behandlung von mittelschweren bis schweren manischen Episoden mit bipolarer Störung I
- 2 bis 10 mg/Tag oral, als Einzeldosis oder aufgeteilt auf 2 Dosen.
- Die Dosis kann in Intervallen von 1 bis 3 Tagen angepasst werden.
- Tagesdosen über 10 mg haben bei den meisten Patienten im Vergleich zu niedrigeren Dosen keine bessere Wirksamkeit gezeigt und können zu einer erhöhten Inzidenz von extrapyramidalen Symptomen führen. Wenn Tagesdosen über 10 mg erwogen werden, sollte das individuelle Nutzen-Risiko-Verhältnis bewertet werden.
- Die Höchstdosis beträgt 15 mg/Tag, da die Sicherheitsbedenken den klinischen Nutzen einer Behandlung mit höheren Dosen überwiegen.
- Die Weiterführung der Haloperidol-Therapie sollte in einem frühen Stadium der Behand- lung beurteilt werden (siehe Abschnitt 4.4).
Behandlung akuter psychomotorischer Erregungszustände im Rahmen einer psychi- schen Störung oder manischer Episoden einer bipolaren Störung I
- 5 bis 10 mg oral, wenn notwendig nach 12 Stunden wiederholen, bis zu einer maximalen Tagesdosis von 20 mg.

TDM Consensus

2004: 5-17 ng/ml (Baumann et al.)
2011: 1-10 ng/ml (Hiemke et al.)
2018: 1-10 ng/ml (Hiemke et al.)
2026: 1-5 ng/ml (Hart et al.)

56

Nur zur privaten Nutzung, keine Vervielfältigung, keine Veröffentlichung,
auch nicht auszugsweise

Plädoyer für eine angemessen dosierte und gemonitorte antipsychotische Psychopharmakotherapie



Pharmakotherapie

Nervenarzt
https://doi.org/10.1007/s00115-025-01918-3
Eingegangen: 14. Oktober 2025
Angenommen: 16. Oktober 2025

© The Author(s), under exclusive license to Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2025

Redaktion
D. Enders, Freiburg
M. Paulzen, Aachen



QR-Code scannen & Beitrag online lesen

Der Nervenarzt

Plädoyer für eine angemessen dosierte antipsychotische Psychopharmakotherapie am Beispiel von Haloperidol

Michael Paulzen^{1,2}, Georgios Schoretsanis^{1,3,4}

¹Alexianer Aachen GmbH, Alexianer Zentrum für seelische Gesundheit Aachen/Gangelt, Aachen, Deutschland

²Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Medizinische Fakultät, RWTH Aachen, Aachen, Deutschland

³Unit of Pharmacogenetics and Clinical Psychopharmacology, Center for Psychiatric Neuroscience, Lausanne University Hospital, Lausanne, Schweiz

⁴Psychiatrische Universitätsklinik Zürich (PUK), Zürich, Schweiz

⁵Department of Psychiatry, Zucker Hillside Hospital, Northwell Health, Glen Oaks, USA

Tab. 2 Empfohlene orale Dosierungen verschiedener Antipsychotika in der Akutbehandlung schizophrener Erkrankungen. Mit Dosisintervall ist die Häufigkeit der Gaben pro Tag gemeint, die minimale effektive Dosis wird in mg angegeben. (Eigene Darstellung nach [1])

Antipsychotikum						
	Dosisintervall	Minimale effektive Dosis	Startdosis (mg/Tag)	Ø Dosisbereich (mg/Tag)	Empfohlene Höchstdosis (mg/Tag)	Zugelassene Höchstdosis (mg/Tag)
Antipsychotika der 1. Generation (FGA)						
Flupentixol	1–(2)	–	3	5–12	18	60
Haloperidol	1–(2)	4	2	2–10	10	20
Melperon	1–2	–	30	23–100	200	400
Zuclophen-thiol	1–3	–	20	20–60	75	75
Antipsychotika der 2. Generation (SGA)						
Amisulprid	(1)–2	–	100	200–800	1000	1200
Clozapin	2–(4)	300	12,5	150–500	800	900
Olanzapin	1	7,5	5	5–20	20	20
Paliperidon	1	3	3	3–9	12	12
Quetiapin	2	150	100	150–750	750	750
Risperidon	1–(2)	2	2	2–6	8	16
Ziprasidon	2	40	40	120–160	160	160
Antipsychotika der 3. Generation						
Aripiprazol	1	10	7,5–10	7,5–30	30	30
Cariprazin	1	1,5	1,5	1,5–6	6	6

Paulzen & Schoretsanis, Nervenarzt, 07.11.2025

57

Psychose & Sucht - Herausforderung bei der medikamentösen Therapie NSF Hamburg, 12.05.2026

Man trifft sich als Psychiater (mindestens) zweimal im Leben (2014)



Balance zwischen Benefit und Risiken einer Therapie

- Herr F., 43 Jahre, Doppeldiagnose: Polytoxikomanie + Psychose
- Aufnahme wegen Unterarmphlegmonen bei Spritzenabszessen, operative Sanierung

Medikamentöse Therapie / TDM

- Valproinsäure, TD 1.800 mg und Risperidon, TD 4 mg
- TDM: RIS 66,0, 9-OH-RIS 16,5, AM 82,5 ng/ml; VPA 40,5 µg/ml
- Behandlung mit 3.000 mg Meropenem, Reduktion RIS TD auf 2mg
- Abfall VPA auf 6 µg/ml (-85%), trotz Halbierung Risperidon, RIS nur -34%, 9-OH-RIS -54%

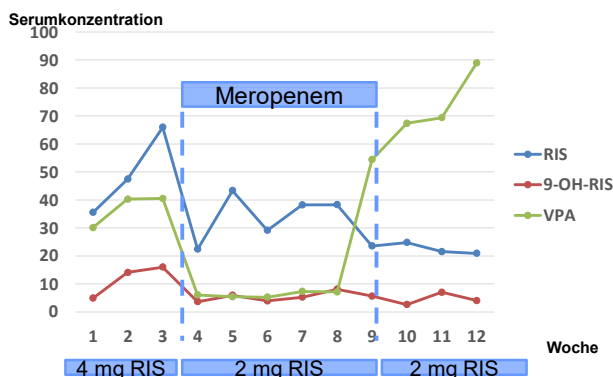


Schnürer et al. 2012, Paulzen et al. 2016

58

Nur zur privaten Nutzung, keine Vervielfältigung, keine Veröffentlichung,
auch nicht auszugsweise

Pharmakokinetische Besonderheit



- Cytochrom P450 Genotypisierung zeigt einen Poor Metabolizer (PM) Status (*4/*4) für CYP2D6, einen Extensive Metabolizer Status (*1/*1) für 2C9 und einen Rapid Metabolizer Status (*1/*17) für 2C19.

- Abfall CYP2D6-Aktivität → Anstieg Haloperidol-Konzentrationen... von bis zu 100 % beschrieben

Psychose & Sucht - Herausforderung bei der medikamentösen Therapie NSF Hamburg, 12.05.2026

Patient (im Jahr 2023)

- Der gleiche Herr F., nur jetzt 52 Jahre, Doppeldiagnose: Polytoxikomanie + Psychose
- Aufnahme 26.06.2023 nach stat. Behandlung einer nosokomialen Pneumonie.
- Aufgrund Verhaltensstörung dort Medikation: Olanzapin 0-0-20 mg; Pipamperon 40-40-80 mg; Haloperidol 5-5-5 mg, Valproat 900-0-900; L-Polamidon 10-0-0 ml



Paulzen & Schoretsanitis, Nervenarzt, 07.11.2025

61

Psychose & Sucht - Herausforderung bei der medikamentösen Therapie NSF Hamburg, 12.05.2026

Patient (im Jahr 2023)

- Der gleiche Herr F., nur jetzt 52 Jahre, Doppeldiagnose: Polytoxikomanie + Psychose
- Aufnahme 26.06.2023 nach stat. Behandlung einer nosokomialen Pneumonie.
- Aufgrund Verhaltensstörung dort Medikation: Olanzapin 0-0-20 mg; Pipamperon 40-40-80 mg; Haloperidol 5-5-5 mg, Valproat 900-0-900; L-Polamidon 10-0-0 ml

Was passiert?

- Bekommt also in Unkenntnis seines PM Status u.a. hochdosiert Haloperidol
- Aspiriert tagesgleich kurze Zeit später Toastbrot und Salami, auf Akutstation, IHCA, Reanimation, intraossärer Zugang, Low-dose-CT Thorax, Notfallbronchoskopie, ECMO,
- Postreanimationssyndrom bei IHCA, Langzeitbeatmung etc...
- Mittlerweile Beatmungsheim, nicht mehr kontaktierbar bei hypoxischem Hirnschaden

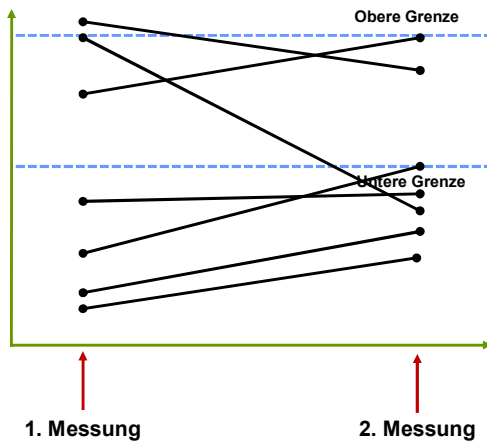
Paulzen & Schoretsanitis, Nervenarzt, 07.11.2025

62

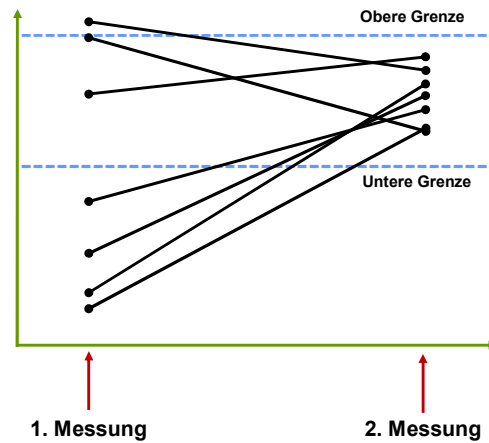
Nur zur privaten Nutzung, keine Vervielfältigung, keine Veröffentlichung,
auch nicht auszugsweise

TDM bedeutet: von empirischen zu maßgeschneiderten Dosierungsstrategien

Starres Dosierungsschema



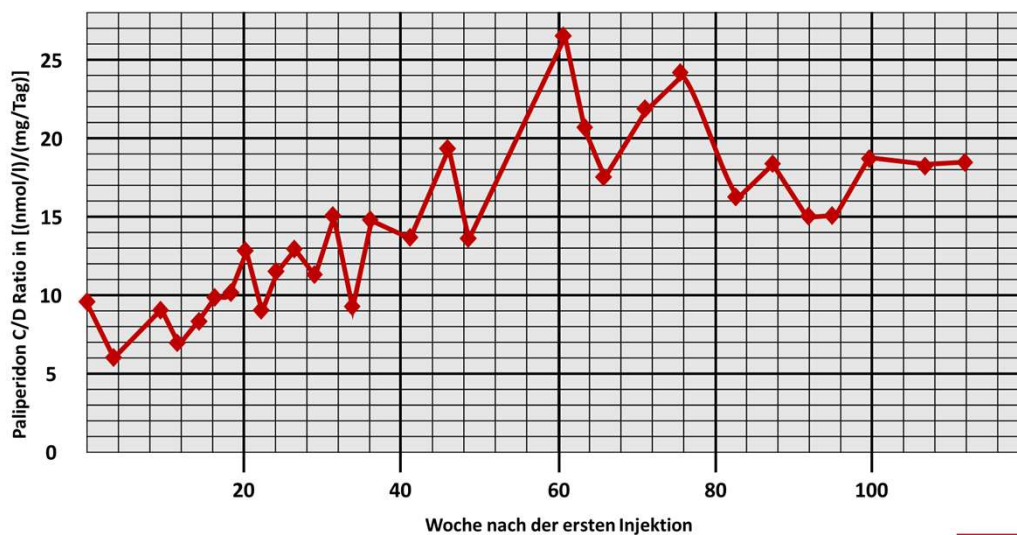
Individuelles Dosierungsschema



63

Psychose & Sucht - Herausforderung bei der medikamentösen Therapie NSF Hamburg, 12.05.2026

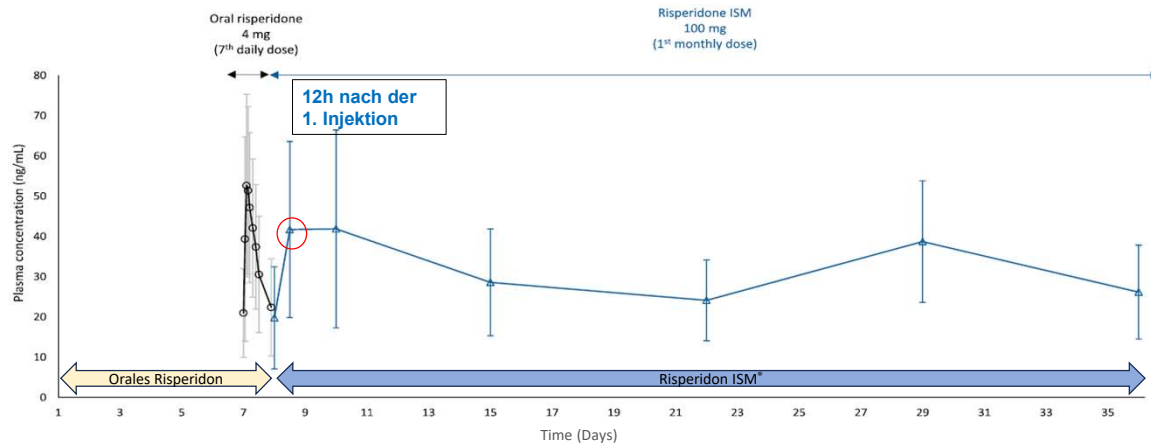
TDM bei LAI - Das Erreichen von Steady-State-Konzentrationen dauert nicht bei allen im Markt verfügbaren Substanzen so lange



64

Nur zur privaten Nutzung, keine Vervielfältigung, keine Veröffentlichung,
auch nicht auszugsweise

Plasmakonzentrationen – 1. Dosis Risperidon ISM® Tag 8



Nach der ersten Injektion erreichten die mittleren Plasmakonzentrationen des Risperidon-Wirkstoffs ähnliche Werte wie bei der oralen Behandlung im Steady-State

Mod. nach Walling, David P., et al. Drug Design, Development and Therapy (2021)

65

Psychose & Sucht - Herausforderung bei der medikamentösen Therapie NSF Hamburg, 12.05.2026

Depot-Antipsychotika und Rehospitalisierungsrisiko

JAMA Psychiatry | Original Investigation

Effect of Long-Acting Injectable Antipsychotics vs Usual Care on Time to First Hospitalization in Early-Phase Schizophrenia A Randomized Clinical Trial

John M. Kane, MD; Nina R. Schooler, PhD; Patricia Marcy, BSN; Christoph U. Correll, MD; Eric D. Achtyes, MD; Robert D. Gibbons, PhD; Delbert G. Robinson, MD

IMPORTANCE Long-acting injectable antipsychotics (LAIs) can potentially reduce hospitalization risk by enhancing medication adherence but are rarely considered for early-phase schizophrenia treatment.

OBJECTIVE To determine whether encouraging use of a LAI compared with usual care delays the time to first hospitalization with patients with early-phase illness.

MAIN OUTCOMES AND MEASURES The primary outcome was time to first psychiatric hospitalization based on participant interviews every 2 months, the service use resource form administered every 4 months, and other sources (eg, health records) as available. Potential events were adjudicated by an independent committee masked to treatment assignment.

CONCLUSIONS AND RELEVANCE Long-acting injectable antipsychotic use by patients with early-phase schizophrenia can significantly delay time to hospitalization, a personally and economically important outcome. Clinicians should more broadly consider LAI treatment for patients with early-phase illness.

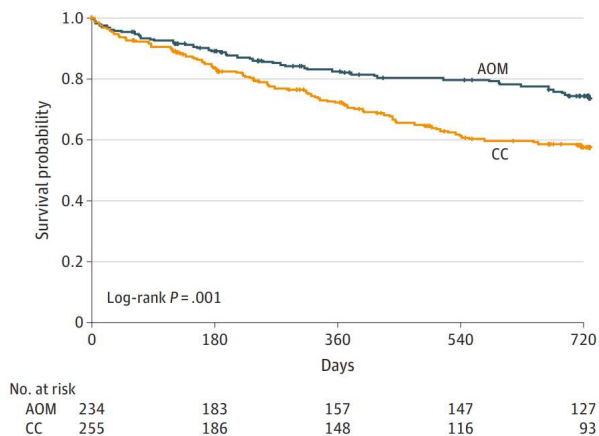
Kane et al. 2020

66

Nur zur privaten Nutzung, keine Vervielfältigung, keine Veröffentlichung,
auch nicht auszugsweise

Depot-Antipsychotika und Rehospitalisierungsrisiko

Figure 2. Time Remaining Without Having a First Hospitalization



Mindestens einmal hospitalisiert:

AOM 22%
CC 36% (n.s.)

Mittlere Zeit bis zur Hospitalisierung:

AOM 614 Tage
CC 531 Tage (signifikant)

Wahrscheinlichkeit der Rezidivfreiheit:

AOM 0,73
CC 0,58

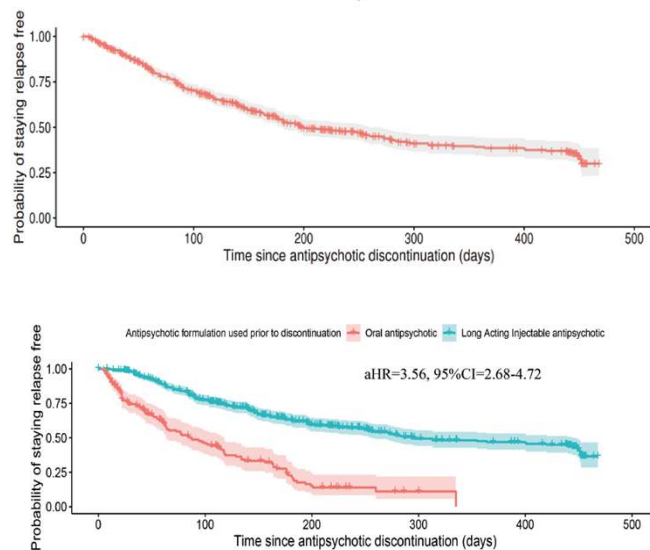
NNT: 7 zur Verhinderung einer Rehospitalisierung

Kane et al. 2020

67

Psychose & Sucht - Herausforderung bei der medikamentösen Therapie NSF Hamburg, 12.05.2026

Langfristige Stabilität und Rückfallfreiheit auch bzw. am ehesten bei Depot-Antipsychotika



Schoretsanitis et al. 2022

68

Nur zur privaten Nutzung, keine Vervielfältigung, keine Veröffentlichung,
auch nicht auszugsweise

Agenda

- **Double Trouble**
Komorbidität von Sucht und Psychose bzw. Psychose und Sucht
- **Komorbidität Sucht und Psychose**
Wie gelingt eine integrative Therapie?
- **Relevante Fragen bei der Pharmakotherapie**
S3-Leitlinie Psychosen mit komorbider substanzbezogener Störung
- **Wenn Pharmakotherapie, dann bitte optimiert**
Depot als gute Altersvorsorge bei komorbider Sucht

69

Psychose & Sucht - Herausforderung bei der medikamentösen Therapie NSF Hamburg, 12.05.2026

**Vorhang zu,
Fragen offen**

www.alexianer-aachen.de
m.paulzen@alexianer.de
PD Dr. Michael Paulzen



Nur zur privaten Nutzung, keine Vervielfältigung, keine Veröffentlichung,
auch nicht auszugsweise