

S3

LEITLINIE

Psychosoziale Therapien bei schweren
psychischen Erkrankungen

S3-Leitlinie

Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen

Leitlinienreport 3.0 | Fassung vom 18.11.2025

Federführende/Herausgebende Fachgesellschaft:

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie,
Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN)

AWMF-Register Nr. 038-020
Verfügbar unter: [AWMF Leitlinienregister](#)

Inhalt

Inhalt.....	3
1. Geltungsbereich und Zweck.....	11
1.1 Begründung für die Auswahl des Leitlinienthemas	11
1.2 Zielsetzung und Fragestellung	11
1.3 Patientenzielgruppe	13
1.4 Versorgungsbereich	14
1.5 Adressaten und Adressatinnen	14
2. Zusammensetzung der Leitliniengruppe: Beteiligung von Interessensgruppen	15
2.1 Repräsentativität der Leitliniengruppe: Beteiligte Berufsgruppen	15
2.2 Repräsentativität der Leitliniengruppe: Berücksichtigung der Ansichten und Präferenzen der Zielpopulation.....	23
3. Genauigkeit der Leitlinienentwicklung.....	24
3.1 Formulierung von klinisch relevanten Fragestellungen, Endpunktbestimmung	24
3.2 Recherche, Auswahl und Bewertung wissenschaftlicher Belege (Evidenzbasierung)....	26
3.3 Verknüpfung von Evidenz und Empfehlung.....	27
3.4 Strukturierte Konsensfindung: Verfahren und Durchführung	28
4. Redaktionelle Unabhängigkeit.....	29
4.1 Finanzierung der Leitlinie.....	29
4.2 Darlegung von Interessenskonflikten	30
5. Verbreitung und Implementierung	31
5.1 Konzept zur Verbreitung und Implementierung	31
5.2 Diskussion möglicher förderlicher und hinderlicher Faktoren für die Anwendung der Leitlinie.....	31
5.3 Unterstützende Materialien für die Anwendung der Leitlinie.....	32
5.4 Messkriterien für die Bewertung der Prozess - und / oder Ergebnisqualität der Leitlinie: Qualitätsziele, Qualitätsindikatoren	32
6. Gültigkeitsdauer und Aktualisierungsverfahren	33
6.1 Gültigkeitsdauer der Leitlinie und Aktualisierungsverfahren	33
Anhang A.....	34
Evidenzgrundlage zu den Empfehlungen	34
A) Selbstmanagement-unterstützende Ansätze.....	35
B) Frühinterventionen.....	71
C) Gemeindepsychiatrische teambasierte Behandlungsansätze	184
D) Case Management	246
E) Peer Support	270
F) Wohnen mit mobiler Unterstützung.....	292
G) Psychosoziale Interventionen in sozialen Kontexten	300
H) Training sozialer und sozialkognitiver Fertigkeiten sowie Alltagsfertigkeiten	396
I) Künstlerische Therapien.....	450
J) Spezifische ergotherapeutische Interventionen	495
K) Bereich psychosozialer Interventionen zur Verbesserung von beruflicher Bildung und Teilhabe.....	548

L) Gesundheitsfördernde Interventionen	586
M) Bewegungsinterventionen und Körperpsychotherapeutische Verfahren	635
Anhang B	695
Protokolle der Konsensustreffen und Ergebniszusammenfassungen aus den Delphi- Abstimmungen.....	695
Protokolle der AG-Impuls-Treffen.....	789
Ergebnisse der Delphi-Abstimmungen.....	823
Anhang C	824
Tabelle zur Erklärung von Interessen und Umgang mit Interessenkonflikten	824
Kommentierungsbogen zur fachöffentlichen Konsultationsfassung	873
Literaturverzeichnis	893

Schlüsselwörter: S3-Leitlinie, Evidenz- und Konsensbasierte Leitlinie, Psychosoziale Therapien, schwere psychische Erkrankungen, Empfehlungen

Keywords: S3-Guideline, Evidence- and consensus-based guideline, psychosocial therapy, severe mental illness, recommendations

Herausgebende

Die vorliegende S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen wurde von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) koordiniert und wird gemeinsam mit den beteiligten Organisationen herausgegeben.

Die nachfolgend genannten Verbände und Organisationen waren am Konsensusprozess beteiligt und stimmten der finalen Fassung der Leitlinie zu:

AWMF-Mitgliedsgesellschaften



Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN), federführend



Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V. (DEGAM)



Deutsche Gesellschaft für Biologische Psychiatrie e. V. (DGBP)

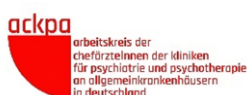


Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (DGGPP)



Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP)

Weitere Organisationen



Arbeitskreis der Chefärztinnen und Chefärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland e.V.



Aktion
Psychisch
Kranke e. V.

Aktion Psychisch Kranke e. V.



Berufsverband Deutscher
Psychologinnen
und Psychologen

Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e. V.



Berufsverband für Künstlerische Therapien g.e.V



BVDN Berufsverband
Deutscher Nervenärzte

Berufsverband Deutscher Nervenärzte e. V.



BVDP Berufsverband
Deutscher Psychiater

Berufsverband Deutscher Psychiater e. V.



Bundesverband Soziotherapie e.V.

Bundesverband Soziotherapie e. V.



Bundesarbeitsgemeinschaft
BERUFSBILDUNGSWERKE

Bundesarbeitsgemeinschaft Berufsbildungswerke e.V.



Bundesarbeitsgemeinschaft Beruflicher Trainingszentren e.V.



BAG GPV
Bundesarbeitsgemeinschaft
Gemeindepsychiatrischer Verbände e.V.

Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände e. V.



Bundesarbeitsgemeinschaft Inklusionsfirmen e. V.



Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerischer Therapien e.V.



Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation psychisch kranker Menschen e. V.



Bundesarbeitsgemeinschaft für Unterstützte Beschäftigung e. V.



Bundesarbeitsgemeinschaft Werkstätten für behinderte Menschen e. V.



BundesDirektorenKonferenz Psychiatrischer Krankenhäuser e.V.



Bundesfachvereinigung Leitender Krankenpflegepersonen der Psychiatrie e. V.



Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege e. V.



Bundesnetzwerk Selbsthilfe seelische Gesundheit (NetzG)



Bundespsychotherapeutenkammer e. V.



Bundesverband der Psychiatrie-Erfahrenen e. V.



Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e. V.



Bundesverband Deutscher Berufsförderungswerke e.V.



Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e. V.



Dachverband Gemeindepsychiatrie e. V.



Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege



Deutsche Gesellschaft für Psychoedukation e. V.



Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V.



Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention e. V.



Deutsche Gesellschaft
für Verhaltenstherapie e. V.

Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V.



Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen
e.V.



Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e. V.



Deutscher Verband Ergotherapie e.V.



Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie
e. V.



Deutsch-türkische Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie
und psychosoziale Gesundheit e.V.



EX-IN Deutschland e.V.



Netzwerk von Geschwistern psychisch erkrankter Menschen



Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V./Fachgruppe Psychiatrie

Beratung und unabhängige Moderation

Prof. Dr. med. Ina Kopp, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)

Bitte wie folgt zitieren:

Uta Gühne, Stefan Weinmann, Thomas Becker, Steffi G. Riedel-Heller für die DGPPN e. V. (Hrsg.). Leitlinienreport zur S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Version 3.0 vom 18.11.2025, verfügbar unter: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-020>, Zugriff am TT.MM.JJJJ

1. Geltungsbereich und Zweck

1.1 Begründung für die Auswahl des Leitlinienthemas

Psychosoziale Therapien bilden einen zentralen Bestandteil moderner multimodaler Therapiekonzepte für die Behandlung psychischer Störungen. Für viele psychosoziale Therapieansätze gibt es hochwertige Studienevidenz. Die zweite Aktualisierung der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien erlaubt es, die bereits in den ersten beiden Auflagen systematisch zusammengetragene Evidenz zu erweitern und für das psychiatrisch-psychotherapeutische und das psychosoziale Hilfesystem zur Verfügung zu stellen. Anderenfalls würde die evidenzgestützte Weiterentwicklung des deutschen Versorgungssystems verzögert und es bestünde das Risiko einer Evidenz-Praxis-Lücke in der Versorgung von Patient:innen. Hinzu kommt, dass viele psychosoziale Hilfsangebote für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, z. B. berufliche Rehabilitationsangebote, Wohnangebote, Sozialpsychiatrische Dienste oder Tagesstätten für psychisch kranke Menschen, nicht durch die ambulanten und stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Institutionen, sondern durch das psychosoziale Hilfesystem vorgehalten werden. Die psychosozialen Dienste werden anders finanziert als die Einrichtungen der ambulanten und stationären Krankenversorgung. Eine effektive Versorgung für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen bedarf der Kooperation verschiedener Hilfesysteme. Die S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien zielt darauf ab, die Prinzipien evidenzbasierter Medizin sowie des formalisierten Experten- und Stakeholder-Konsenses auch in diesem komplexen Feld zur Anwendung zu bringen. Die Entwicklung einheitlicher und übergreifender Therapie- und Versorgungsstandards in diesem Bereich hat große Praxisrelevanz und zielt auf eine Patientengruppe mit hohen und komplexen Bedarfen.

1.2 Zielsetzung und Fragestellung

Die **Zielgruppe** dieser Leitlinie ist nicht auf Menschen mit einer bestimmten psychischen Erkrankung begrenzt, sondern umfasst Menschen mit verschiedenen schweren psychischen Erkrankungen; hierzu zählen beispielsweise Schizophrenien, schizotype und wahnhaftige Störungen, schwere affektive Störungen, schwere neurotische und Belastungsstörungen oder Persönlichkeitsstörungen. Diese Personengruppe wird in der internationalen Literatur als „people with severe mental illness“ beschrieben. Gemeinsam ist den Betroffenen ein mehrjähriger Erkrankungsverlauf, im Zusammenhang mit der Erkrankung stehende erhebliche Beeinträchtigungen psychosozialer Funktionsfähigkeit und reduzierte soziale Teilhabechancen sowie komplexe und umfassende Bedarfe. An dieser Stelle setzen psychosoziale Therapien an.

Fragestellung im Rahmen der Weiterentwicklung der Leitlinie ist, welche psychosozialen Therapien geeignet sind, den Erkrankungsverlauf, klinische, funktionale, teilhabeorientierte und persönliche Merkmale der Betroffenen aber auch Merkmale der Angerhörigen, wie beispielsweise das Belastungserleben und die Lebensqualität positiv zu beeinflussen. Zudem interessieren behandlungsassoziierte Merkmale und Aspekte der Wirtschaftlichkeit von Behandlungsmaßnahmen.

Die Leitlinie gibt **Empfehlungen zu psychosozialen Therapien**, die ihrem Charakter nach zunächst beschrieben und sowohl von der psychotherapeutischen Behandlung im engeren Sinne als auch von allgemeinen Unterstützungsleistungen und Lebenshilfen im erweiterten Sinne abgegrenzt werden müssen. In der Leitlinie werden keine Empfehlungen zu psychotherapeu-

tischen Verfahren gegeben. Überschneidungen können nicht durchgehend vermieden werden; so wird diese Regel insbesondere bei den körperpsychotherapeutischen Verfahren sowie den Künstlerischen Therapien verletzt. Es werden keine Empfehlungen zu medikamentösen und sonstigen somatischen Behandlungen gegeben, obgleich diese Behandlungsmodalitäten an verschiedenen Stellen angesprochen werden. In dieser Leitlinie wird nicht dem angloamerikanischen Sprachgebrauch gefolgt, bei dem die psychotherapeutischen und soziotherapeutischen Verfahren zu den psychosozialen Verfahren zusammengefasst werden. Vielmehr ist der Schwerpunkt der hier behandelten Interventionen ein breiter soziotherapeutischer im Sinne des angloamerikanischen Sprachgebrauchs; gemeint ist hier keinesfalls die Soziotherapie als eng gefasste Leistung nach SGB V wie sie im Matrixkapitel beschrieben wird.

Die so verstandenen **psychosozialen Therapien** zielen hauptsächlich darauf ab, die individuellen Möglichkeiten der Betroffenen, in ihrer sozialen Umgebung zu leben und am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben, zu verbessern und als Sekundärgewinn Familien/Systeme zu entlasten, und damit körperlichen als auch psychischen Gesundheitsproblemen dieser vulnerablen Personengruppe vorzubeugen. Die Wahl der Intervention leitet sich dabei von dem individuellen (Hilfe-)Bedarf ab. Eine klare Trennung psychosozialer und soziotherapeutischer Interventionen von der Gestaltung des psychiatrischen Hilfe- und Versorgungssystems insgesamt ist nicht möglich. Psychosoziale Therapien und Interventionen finden in den verschiedensten Settings im gesamten Versorgungssystem statt, haben in unterschiedlichen Rechtskreisen ihre Grundlage und werden von ganz verschiedenen Akteur:innen getragen. In einem separaten Kapitel der Leitlinie (➔ **Matrix des deutschen Versorgungssystems**) wird eine Integration der einzelnen Therapien in das deutsche Versorgungssystem vorgenommen.

Ziel der vorliegenden evidenz- und konsensbasierten Leitlinie ist es, Empfehlungen zur psychosozialen Behandlung, Rehabilitation und Teilhabe von erwachsenen Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen auf der Basis der besten verfügbaren Evidenz vor dem Hintergrund des deutschen Versorgungssystems zu geben. Den mit der Behandlung, Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen befassten Personen wird eine **systematisch entwickelte Entscheidungshilfe** an die Hand gegeben, welche psychosozialen Therapien sich in Studien als wirksam und im deutschen Versorgungssystem als umsetzbar herausgestellt haben. Die Leitlinie dient auch als Orientierung für erkrankte Menschen und Angehörige. Dazu wurde eine Patienten- und Angehörigenleitlinie entwickelt, welche auch im Zuge der 3. Auflage aktualisiert wird. Weiterhin liefert die Leitlinie eine Entscheidungshilfe für die mit der Versorgungsplanung befassten Personen und Institutionen.

Die Leitlinie gibt den aktuell konsentierten Standard bei psychosozialen Therapien wieder. Durch die Empfehlungen dieser Leitlinie soll die **Qualität von Leistungen zur Behandlung, Rehabilitation und Teilhabe** der oben genannten Personengruppe verbessert, ihr soziales und familiäres Umfeld entlastet und nicht durch Evidenz begründete Varianz in der Versorgung schwer psychisch kranker Menschen verringert werden. Die Anwendung wirksamer und hilfreicher Verfahren soll gestärkt werden. Gleichzeitig werden bei einzelnen Verfahren und Hinweisen auf fehlende Wirksamkeit abgeschwächte Empfehlungen gegeben. Ziel ist die Steigerung der Lebensqualität und die volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft wie in der UN-BRK und dem SGB IX gefordert. Dabei ist das Ziel immer höchstmöglich anzusetzen. Es sollte handlungsleitend sein und nicht durch eine Haltung überlagert werden, welche lediglich eine Anpassung an ein vermeintlich nicht zu verbesserndes psychosoziales Funktionsniveau beabsichtigt.

In dieser Leitlinie wird neben der Bewertung der wissenschaftlichen Evidenz auch die Übertragung dieser Evidenz auf das gegliederte deutsche Sozialrecht berücksichtigt. Dies ist notwendig, da viele Studien im Ausland durchgeführt werden. Über Fragen der Kontextabhängigkeit

hinaus treffen die in Gruppenuntersuchungen dargestellten Effekte nicht immer auf jede betroffene Einzelperson zu. Die S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen“ ist, wie alle anderen Leitlinien auch, **keine Richtlinie** und entbindet Personen, die in der Behandlung und Versorgung tätig sind, nicht davon, Entscheidungen unter Berücksichtigung der besonderen Umstände der individuell betroffenen Person zu treffen.

1.3 Patientenzielgruppe

Die Zielgruppe dieser Leitlinie sind nicht Menschen mit einer bestimmten psychischen Erkrankung, sondern umfasst Menschen mit verschiedenen schweren psychischen Erkrankungen. Diese Personengruppe wird in der internationalen Literatur als „people with severe mental illness“ beschrieben. Die Personengruppe der Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen ist v. a. durch die Auswirkungen ihrer schweren und anhaltenden psychischen Erkrankung gekennzeichnet, die sich durch deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen zeigen und aufgrund der komplexen Behandlungsbedarfe oft mit einer intensiven, teilweise aber auch unzureichenden und wenig koordinierten Inanspruchnahme medizinischer und psychosozialer Hilfen verbunden sind. Für die Versorgungsplanung psychiatrisch-psychotherapeutischer und psychosozialer Hilfen nehmen sie eine Sonderstellung ein.

Berücksichtigt werden erwachsene schwer psychisch kranke Menschen zwischen 18 und 65 Jahren jeden Geschlechts. Da schwere psychische Erkrankungen überzufällig häufig von somatischer und psychischer Komorbidität begleitet sind, werden auch Betroffene mit verschiedenen Begleiterkrankungen oder auch sozialen Problemen wie Wohnungslosigkeit angesprochen, wenngleich die verschiedenen Aspekte hier nicht regelhaft bei der systematischen Literaturrecherche zur Anwendung kamen. Dort wo dies berücksichtigt wurde, wird in der Leitlinie explizit darauf verwiesen (z. B. Wohnungslosigkeit im Kapitel zu Wohnangeboten oder Übergewicht im Kapitel zu den gesundheitsbezogenen Interventionen).

Demenzielle Erkrankungen und Suchtstörungen werden inhaltlich in der aktualisierten Leitlinie nicht thematisiert. Für die Versorgung dieser Patientengruppen bestehen bereits eigene Leitlinien.

Zielgruppe dieser Leitlinie sind demnach Menschen mit einer psychiatrischen Diagnose, welche über längere Zeit, d. h. über mindestens zwei Jahre, Krankheitssymptome aufweisen bzw. in Behandlung sind, die mit erheblichen Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens und die psychosoziale Funktionsfähigkeit bzw. einer wesentlichen seelischen Behinderung einhergehen. Psychosoziale Interventionen können bei entsprechender Indikation auch in einer frühen Erkrankungsphase zur Anwendung kommen, um einen schweren und chronischen Verlauf zu verhindern.

Im Rahmen der Beschreibung der Zielgruppe ist zu berücksichtigen, dass psychosoziale Therapien und Interventionen so früh wie möglich angewendet werden sollten. Ziel in der Behandlung von Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung sollte immer sein, einen schweren Verlauf und weitere Chronifizierung zu vermeiden und die Risiken für die Entwicklung körperlicher und psychischer Gesundheitsprobleme im familiären und sozialen Umfeld zu senken. Psychosoziale Therapien können hierbei einen wichtigen Beitrag leisten. Im ➡ **Evidenzkapitel Frühintervention** werden psychosoziale Interventionen, die in einem sehr frühen Stadium von psychischen Erkrankungen mit einem hohen Risiko für schwere psychische Erkrankungen zur Anwendung kommen können, beschrieben und hinsichtlich ihrer Evidenz bewertet. Auf Basis

dieser Evidenz kann die Zielgruppe breiter definiert werden. Psychosoziale Interventionen können damit bei entsprechender Indikation bereits in den ersten beiden Jahren der Erkrankungsphase zur Anwendung kommen.

Für die vorliegende Leitlinie wurde nach folgenden Erkrankungen im Sinne medizinischer Diagnosen recherchiert (DIMDI 2014):

Schizophrenie und andere schwere psychische Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis (ICD-10: F 20–F 22, F 25)

Schwere affektive Störungen: Manien (ICD-10: F 30), bipolar-affektive Störungen (ICD-10: F 31), schwere und rezidivierend-depressive Erkrankungen (ICD-10: F 32.2–F 32.3 und F 33)

Schwere Persönlichkeitsstörungen (ICD-10: F 60–F 61)

Schwere Zwangsstörungen (ICD-10: F 42)

1.4 Versorgungsbereich

Die Leitlinienaussagen sind nicht auf einen bestimmten Versorgungssektor begrenzt. Die Versorgung schwer psychisch kranker Menschen mit psychosozialen Interventionen findet quasi überall dort statt, wo die beschriebenen Interventionen zur Anwendung kommen können. Die Möglichkeiten sind hier sehr breit und gehen über rein medizinische Behandlungseinrichtungen weit hinaus. Wo sich Aussagen spezifisch auf das ambulante, stationäre oder teilstationäre Setting beziehen, wird dies im Text deutlich. Der **Versorgungsbereich** ist deshalb ein breiter sowohl Settingbezogen (ambulant/teilstationär, stationär, aufsuchend) als auch Sozialgesetzbuchübergreifend. Bei der Umsetzung psychosozialer Therapien sind verschiedene Leistungsträger zu berücksichtigen (➔ **Matrixkapitel in der Leitlinie**).

Definition Versorgung (abgestimmt in Leitliniengruppe)

In der Leitlinie wird bei der Beschreibung von Interventionen, Therapien und Angeboten der Begriff der „Versorgung“ gewählt. Andere Begriffe sind Behandlung und Begleitung. Behandlung umschreibt die medizinisch-psychiatrische, psycho- und ggf. spezialtherapeutische Behandlung, lässt aber soziale Aspekte vermissen. Der Begriff „Versorgung“ steht in enger Beziehung zum Begriff von Mental Health Care, der in der internationalen Literatur verwendet wird. Es besteht Konsens, dass der die Autonomie von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen betonende Begriff der Begleitung ein zentrales Prinzip psychosozialer Angebote beschreibt, dass aber im Begriff Versorgung neben dem Eindruck von Passivität, der nicht intendiert ist, die „Sorge“ um Menschen mit schweren Erkrankungen, die durchgehende Verfügbarkeit von Angeboten und Hilfen sowie das Nicht-Vergessen von Not zentral sind. Daher wird der Begriff Versorgung bei umfassenden Angeboten verwendet, wobei die dazugehörige Haltung diejenige einer Förderung von Recovery und Autonomie ist.

1.5 Adressaten und Adressatinnen

Die vorliegende Leitlinie soll als Entscheidungsgrundlage bzw. Handlungshilfe für folgenden Personenkreis dienen:

- An der Behandlung, Rehabilitation und Assistenz von Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung beteiligte Akteur:innen aus den verschiedensten Fachbereichen: z. B. Ergotherapie, psychiatrischer Pflege, Künstlerische Therapien, Medizin (hier vor allem Bereiche der Allgemeinmedizin, Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie und Nervenheilkunde), Psychologie und Psychotherapie, Sozialarbeit, Sport- und Bewegungstherapie, Genesungsbegleitung sowie erwachsene Menschen mit einer schweren psychischen Erkrankung und deren Angehörige. Hierfür werden begleitend die existierende Patientenleitlinie sowie die Informationsseite www.Thera-Part.de im Internet aktualisiert.

Des Weiteren dient die Leitlinie zur Information für die Gynäkologie und der Kinder- und Jugendmedizin im Sinne eines niedrigschwelligen Zugangs, Physiotherapie und Sozialpädagogik, sowie an der Beratung und Begleitung von Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung beteiligte Akteure und Akteurinnen in verschiedenen Settings: z. B. gesetzliche Betreuung, psychosoziale Beratungsstellen und Begegnungsstätten, Wohnsitzlosenhilfe, spezifische Bildungs- und Beschäftigungsangebote, Medizinischer Dienst und andere Personen und Entscheidungsträger:innen im Gesundheits- und Sozialsystem, die Unterstützungsleistungen für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen anbieten.

2. Zusammensetzung der Leitliniengruppe: Beteiligung von Interessensgruppen

2.1 Repräsentativität der Leitliniengruppe: Beteiligte Berufsgruppen

Das **Leitliniengremium** war auch für die Erarbeitung der aktuellen Version multidisziplinär unter Beteiligung von Vertreter:innen wichtiger im psychiatrisch-psychotherapeutischen und psychosozialen Hilfesystem tätigen Professionen zusammengesetzt. Über die verschiedenen Fachgesellschaften, Verbände und Expert:innen waren alle wesentlichen Professionen vertreten:

- Ärzte und Ärztinnen
- Angehörige der professionellen Pflege
- Genesungsbegleitende
- Vertretende der sozialen Berufe
- Vertretende verschiedenster Fachtherapien (Sport und Bewegung, Ernährungstherapie, Künstlerische Therapien, Ergotherapie)
- Psychologinnen und Psychologen
- Vertreten wurden auch sozialrechtliche und gesundheitsökonomische Perspektiven.

Die **Steuerungsgruppe** führte die Literaturrecherche und –auswertung durch, erstellte die Textentwürfe und war für die Gesamtkonzeption der Leitlinie verantwortlich. Die **Experten-Gruppe** bestand aus ausgewählten Expert:innen, die für die jeweiligen in der Leitlinie behandelten thematischen Bereiche beratend tätig waren. Die **Konsensusgruppe** bestand aus Betroffenen- und Angehörigenverbänden und Vertreter:innen von Fachgesellschaften und Verbände aller relevanten im psychosozialen Hilfesystem tätigen Fachleute. Maßgeblich unterstützt wurde der Entwicklungsprozess in Form von Beratung und Begleitung eines formalisierten Konsensusverfahrens (Nominaler Gruppenprozess) durch die AWMF. Unter der **Moderation** von Frau Prof. Dr. Ina Kopp (AWMF) wurden die Empfehlungen, inklusive der Empfehlungsgrade, durch alle am Konsensusprozess Beteiligten diskutiert und konsentiert. Zwei der Empfehlungen wurden in einem Delphi-Verfahren abgestimmt.

Steuerungsgruppe

Der Steuerungsgruppe oblagen neben der gesamten Organisation des Leitlinienprozesses und der Kommunikation mit allen Beteiligten, die Suche nach und die Aufbereitung der Evidenz, die Erstellung der Hintergrundtexte, der Entwurf der Empfehlungen, die Sitzungsvor- und Nachbereitungen, die Prüfung und Einarbeitung der gemeinsam im Konsensusprozess getragenen Kommentare und die abschließende Erstellung des Leitlinientextes und -reportes. Zudem erfolgten hier die Planung und Umsetzung der Disseminations- und Umsetzungsstrategie der Leitlinie.

Koordination & Redaktion

PD Dr. rer. med. Uta Gühne, Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP), Medizinische Fakultät der Universität Leipzig, Philipp-Rosenthal-Straße 55, 04103 Leipzig

PD Dr. med. Dr. Stefan Weinmann, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Zentrum für Integrative Psychiatrie, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Ratzeburger Allee 160, 23538 Lübeck

Prof. Dr. med. Thomas Becker, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Medizinische Fakultät der Universität Leipzig, Semmelweisstraße 10, 04103 Leipzig

Prof. Dr. med. Steffi G. Riedel-Heller, Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP), Medizinische Fakultät der Universität Leipzig, Philipp-Rosenthal-Straße 55, 04103 Leipzig

Leitliniensekretariat

Antje Kramer, Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP), Medizinische Fakultät der Universität Leipzig, Philipp-Rosenthal-Straße 55, 04103 Leipzig

E-Mail: Info-Leitlinie-PsychosozialeTherapien@medizin.uni-leipzig.de

Weitere Mitarbeiter

Daniel Richter, Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP), Medizinische Fakultät der Universität Leipzig, Philipp-Rosenthal-Straße 55, 04103 Leipzig

Expertengruppe

Für die jeweiligen thematischen Bereiche wurden durch die Projektgruppe Expert:innen angesprochen und benannt, welche die Aufarbeitung der Evidenz und die Ausarbeitung der Texte und Empfehlungen fachlich begleiteten.

Themenbereiche	Expertinnen & Experten
Angehörigenperspektive	Manfred Desch Sibylle Glauser
Betroffenenperspektive	Werner Holtmann Dr. Elke Prestin
Berufliche Teilhabe	Prof. Dr. Andreas Bechdorf PD Dr. Holger Hoffmann Dorothea Jäckel Prof. Dr. Thomas Reker (bis 31.05.2023)
Empowerment und Recovery	Prof. Dr. Michaela Amering Prof. Dr. Reinhold Kilian
Geistige Behinderung und psychische Erkrankung	Prof. Dr. Matthias Schützwohl
Gesundheitssystem-Perspektive	Prof. Dr. Arno Deister Prof. Dr. Tilman Steinert
Gesundheitsökonomie-Perspektive	Prof. Dr. Hans-Helmut König Dr. Alexander Konnopka
Klinische Relevanz & Außenperspektive	Prof. Dr. Andreas Heinz Prof. Dr. med. Rainer Hellweg
Perspektive der Pflege- und Gesundheitsfachberufe	Dr. Johanna Breilmann (Ernährungswissenschaften) Christian Burr (Fachpflege) Prof. Dr. Kathrin Seifert (Künstlerische Therapien) Annabel Müller-Stierlin (Ernährungswissenschaften seit 01.03.2025)
Perspektive Teilhabe am sozialen Leben und Sozialrecht	Dr. Michael Konrad Prof. Dr. Gerhard Längle
Rehabilitation	Prof. Dr. Hans-Joachim Salize Prof. Dr. Katarina Stengler
Stigma psychische Erkrankung	Prof. Dr. Georg Schomerus
Transkulturelle Psychiatrie und Migrationsaspekte	Prof. Dr. med. Iris Tatjana Graef-Calliess
Trialog & User Involvement	Prof. Dr. Thomas Bock Gyöngyvér Sielaff Jörg Utschakowski Candelaria Mahlke (seit 01.01.2025)
Vernetzung von Hilfen	Dr. Stefan Bartusch Prof. Dr. Günther Wienberg
Wohnen	Prof. Dr. Dirk Richter Matthias Rosemann

Konsensgruppe

Mandatstragende	Fachgesellschaft/ Organisation	Zeitraum
Prof. Dr. Peter Brieger	Aktion Psychisch Kranke e. V.	Gesamter Zeitraum
Matthias Rosemann	Aktion Psychisch Kranke e. V.	Gesamter Zeitraum
Dr. med. Lieselotte Mahler	Arbeitskreis der Chefärztinnen und Chefärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland	Gesamter Zeitraum
Dr. med. Christian Kieser	Arbeitskreis der Chefärztinnen und Chefärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland	Gesamter Zeitraum
Dr. med. Sabine Köhler	Berufsverband Deutscher Nervenärzte e. V.	Gesamter Zeitraum
Dr. med. Roland Urban	Berufsverband Deutscher Nervenärzte e. V.	Gesamter Zeitraum
Dr. Michael Krebs	Berufsverband Deutscher Psychiater e.V.	Gesamter Zeitraum
Dr. Christa Roth-Sackenheim	Berufsverband Deutscher Psychiater e.V.	Gesamter Zeitraum
Dr. Meltem Avci-Werning	Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e. V.	Gesamter Zeitraum
Prof. Dr. Dr. Dr. Wolfgang Mastnak	Berufsverband für Künstlerische Therapien g.e.V	Gesamter Zeitraum
Univ.-Prof. Dr. Dr. Karl Hörmann	Berufsverband für Künstlerische Therapien g .e. V.	Gesamter Zeitraum
Dr. Katja Watermann	Berufsverband für Künstlerische Therapien g. e. V.	seit 01.07.2023 bis 31.08.2025
Dr. med. Nicolas Nowack	Bundesverband Soziotherapie e. V.	Gesamter Zeitraum
Yvonne Wiesner	Bundesverband Soziotherapie e. V.	bis 30.06.2023
Betram Sellner	Bundesarbeitsgemeinschaft Inklusionsfirmen e.V.	Gesamter Zeitraum
Monika Zimmermann	Bundesarbeitsgemeinschaft Inklusionsfirmen e.V.	bis 13.07.2023 (als stellv. Mandatsträgerin nicht teilgenommen)
Heiko Kilian	Bundesarbeitsgemeinschaft Beruflicher Trainingszentren e.V.	bis 30.06.2024

Mandatstragende	Fachgesellschaft/ Organisation	Zeitraum
Olaf Stieg	Bundesarbeitsgemeinschaft Beruflicher Trainingszentren e.V.	ab 01.08.2025
Walter Krug	Bundesarbeitsgemeinschaft Berufsbildungswerke e. V.	bis 30.09.2024
Dr. Grit Franke	Bundesarbeitsgemeinschaft Berufsbildungswerke e. V.	seit 01.09.2024
Jörg Bungart	Bundesarbeitsgemeinschaft für Unterstützte Beschäfti- gung e. V.	Gesamter Zeitraum
Angelika Thielicke	Bundesarbeitsgemeinschaft für Unterstützte Beschäfti- gung e. V.	Gesamter Zeitraum
Dieter Schax	Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbünde e. V.	Gesamter Zeitraum
Dr. Klaus Obert	Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbünde e. V.	Gesamter Zeitraum
Erdmute Scheufele	Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerischer Therapien e.V.	Gesamter Zeitraum
Dr. Marianne Eberhard-Ka- echele	Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerischer Therapien e.V.	Gesamter Zeitraum
Annette Theißing	Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation psychisch kranker Menschen e. V.	Gesamter Zeitraum
Dr. Sabine Kreß	Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation psychisch kranker Menschen e. V.	Gesamter Zeitraum
Andrea Stratmann	Bundesarbeitsgemeinschaft Werkstätten für behinderte Menschen e. V.	bis 30.11.2023
Christiane Eck-Meißner	Bundesarbeitsgemeinschaft Werkstätten für behinderte Menschen e. V.	seit 01.12.2023
Prof. Dr. Gerhard Längle	Bundesdirektorenkonferenz Psychiatrischer Krankenhäu- ser	Gesamter Zeitraum
Silke Ludowisy-Dehl	Bundesfachvereinigung Lei- tender Krankenpflegeperso- nen der Psychiatrie e. V.	Gesamter Zeitraum
Elvira Lange	Bundesfachvereinigung Lei- tender Krankenpflegeperso- nen der Psychiatrie e. V.	Gesamter Zeitraum
Prof. Dr. Günter Meyer	Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege e. V.	Gesamter Zeitraum

Mandatstragende	Fachgesellschaft/ Organisation	Zeitraum
Alfred Karsten	Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege e. V.	Gesamter Zeitraum
Werner Holtmann	Bundesnetzwerk Selbsthilfe seelische Gesundheit (NetzG) g.e.V.	Gesamter Zeitraum
Franz-Josef Wagner	Bundesnetzwerk Selbsthilfe seelische Gesundheit (NetzG) g.e.V.	Gesamter Zeitraum
Dr. Nikolaus Melcop	Bundespsychotherapeutenkammer	Gesamter Zeitraum
Dr. Tina Wessels	Bundespsychotherapeutenkammer	Gesamter Zeitraum
Heike Petereit-Zipfel	Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e. V.	bis 31.05.2025
Karl-Heinz Möhrmann	Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e. V.	seit 01.07.2025
Jurand Daszkowski	Bundesverband der Psychiatrie-Erfahrenen e. V.	Gesamter Zeitraum
Ariadne Sartorius	Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e. V.	bis 30.06.2023
Benedikt Waldherr	Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e. V.	Gesamter Zeitraum
Marko Daubitz	Bundesverband Deutscher Berufsförderungswerke e.V.	Gesamter Zeitraum
Nils Greve	Dachverband Gemeindepsychiatrie e. V.	Gesamter Zeitraum
Kay Herklotz	Dachverband Gemeindepsychiatrie e. V.	Gesamter Zeitraum
Dorothea Sauter	Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege e.V.	Gesamter Zeitraum
Dr. André Nienaber	Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege e.V.	Gesamter Zeitraum
Olaf Reddemann	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V.	Gesamter Zeitraum
Dr. med. Iris Veit	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V.	Gesamter Zeitraum
Univ.-Dipl.-Soz.päd. Ursula Berninger	Deutsche Gesellschaft für Biologische Psychiatrie e.V.	Gesamter Zeitraum
Dr. Beate Baumgarte	Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e. V.	Gesamter Zeitraum

Mandatstragende	Fachgesellschaft/ Organisation	Zeitraum
Dr. med. Marianne Klein	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V.	Gesamter Zeitraum
Prof. Dr. med. Renate Schepker	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V.	Gesamter Zeitraum
Prof. Dr. Steffi G. Riedel-Heller, MPH	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V.	Gesamter Zeitraum
Prof. Dr. Thomas Becker	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V.	Gesamter Zeitraum
Dr. med. Matthias Bender	Deutsche Gesellschaft für Psychoedukation e. V.	Gesamter Zeitraum
PD Dr. Gabi Pitschel-Walz	Deutsche Gesellschaft für Psychoedukation e. V.	Gesamter Zeitraum
Christel Achberger	Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V.	Gesamter Zeitraum
Prof. Dr. Silvia Krumm	Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V.	Gesamter Zeitraum
Dr. med. Tim J. Krause	Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention e. V.	Gesamter Zeitraum
Rudi Merod	Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V.	bis 31.03.2023
Dr. Sandra Wesenberg	Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V.	Gesamter Zeitraum
Prof. Dr. Irmgard Vogt	Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V.	seit 01.04.2024
Dr. Franz-Peter Begher	Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V.	Gesamter Zeitraum
Marion Beutner	Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V.	Gesamter Zeitraum
Bettina Lauterbach	Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e. V.	Gesamter Zeitraum
Andreas Pfeiffer	Deutscher Verband Ergotherapie e.V.	Gesamter Zeitraum
Kathrin Schwank	Deutscher Verband Ergotherapie e.V.	Gesamter Zeitraum
Werner Höhl	Deutscher Verband Ergotherapie e.V.	seit 23.05.2024

Mandatstragende	Fachgesellschaft/ Organisation	Zeitraum
Dr. Stefan Peters	Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e. V.	Gesamter Zeitraum
Prof. Dr. Gerhard Huber	Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e. V.	Gesamter Zeitraum
Prof. Dr. Meryam Schouler-Ocak	Deutsch-türkische Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und psychosoziale Gesundheit e.V.	Gesamter Zeitraum
Dr. med. Elif Kirmizi Alsan	Deutsch-türkische Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und psychosoziale Gesundheit e.V.	Gesamter Zeitraum
Catharina Flader	EX-IN Deutschland e.V.	Gesamter Zeitraum
Wolfgang Pohlmann	EX-IN Deutschland e.V.	Gesamter Zeitraum
Prof. Dr. Reinhard Peukert	Netzwerk von Geschwistern psychisch erkrankter Menschen	Gesamter Zeitraum
Leonore Julius	Netzwerk von Geschwistern psychisch erkrankter Menschen	Gesamter Zeitraum
Holger Höhmann, MAS, MIM, MBA	Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V./Fachgruppe Psychiatrie	Gesamter Zeitraum
Heinz Augustin	Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V./Fachgruppe Psychiatrie	bis 31.12.2022
Paul Bomke	Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V./Fachgruppe Psychiatrie	seit 01.09.2023

Weitere Beteiligte (Autoren & Autorinnen)

Neben den in den Evidenzkapiteln adressierten psychosozialen Interventionen enthält die Leitlinie Kapitel, die nicht systematisch recherchiert wurden, aber wichtige angrenzende Themen in den Blick nehmen. Wir danken allen Autor:innen für die Unterstützung und Bereitstellung der Abschnitte:

Matrixkapitel: Michael Konrad & Matthias Rosemann

Psychosoziale Behandlungsformen bei schweren psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen: Marianne Klein & Renate Schepker

Psychosoziale Therapie für Menschen mit Störung der Intelligenzentwicklung und psychischer Erkrankung: Matthias Schützwohl, Thomas Bergman, Mareike Müller-Cleve & Tanja Sappok

Psychosoziale Therapien im höheren Lebensalter: Vjera A. Holthoff & Hans Gutzmann

Die Bedeutung interkultureller Aspekte in Psychiatrie und Psychotherapie: Eckhardt Koch, Meryam Schouler-Ocak & Iris Tatjana Graef-Calliess

2.2 Repräsentativität der Leitliniengruppe: Berücksichtigung der Ansichten und Präferenzen der Zielpopulation

Mit Beginn der Entwicklung der dritten Auflage der S3-LL „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ wurde die Expertise von 12 Vertreter:innen mit eigenem Erfahrungshintergrund sowie angehörigen Personen in der **AG Impuls** gebündelt. Die Beteiligten bringen langjährige Erfahrungen aus den Bereichen der Selbsthilfe und der Selbstvertretungen auf Landes- und Bundesebene und/oder aus der Gremienarbeit (z. B. G-BA) mit. Der strukturierte Einbezug von Betroffenen- und Angehörigenvertreter:innen in der Arbeit der AG Impuls ist als ein paralleler Prozess zu verstehen, der die verschiedenen Schritte der Leitlinienentwicklung begleitet. Beim Gründungstreffen der AG Impuls, das vor dem Auftakttreffen des Leitliniengremiums stattfand, wurden Ziele und Möglichkeiten der AG Impuls diskutiert. Die Arbeit der AG Impuls wurde begleitet durch die Mitglieder der Steuergruppe. Die Beteiligten sind über verschiedene Verbände gleichzeitig Stimmberechtigte im Konsensprozess (Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V., Bundesverband Psychiatrieerfahrener e.V., Geschwisternetzwerk e.V., EX-IN Deutschland e.V., NetzG – Bundesnetzwerk Selbsthilfe Seelische Gesundheit e.V.) oder als Expert:innen an der Entwicklung beteiligt. In regelmäßigen digitalen Arbeitstreffen (ca. alle 6 bis 8 Wochen) erfolgten ein vertiefter Austausch und ein offener Diskussionsprozess zwischen der technisch-wissenschaftlichen (und implizit wie explizit professionellen) Perspektive und der vielfältigen Erfahrungsperspektive. Einmal jährlich fanden Präsenztreffen im Rahmen des DGPPN-Kongresses statt. Aus jedem Arbeitstreffen resultieren Protokolle (siehe Anhang B), die in der Arbeitsgruppe zirkuliert und deren Inhalte regelmäßig in das große Leitliniengremium getragen wurden, in dem über Arbeitsergebnisse auf den Konsensuskonferenzen berichtet wurde. Die Arbeitsweise der AG Impuls hat sich im Verlauf - trialogisch bestimmt - weiterentwickelt.

Ein besonderes Element der Arbeit sind sog. **Impuls-Textboxen**, in denen die Inhalte ausgewählter Kapitel der Leitlinie (z. B. Selbsthilfe, Recovery oder Einbezug von Angehörigen) aus der gebündelten Erfahrungsexpertise heraus kritisch reflektiert und diskutiert werden. Mit der Förderung der Leitlinienentwicklung wurden von der DGPPN im laufenden Prozess zusätzliche Mittel für die Aufwandsentschädigung der teilnehmenden Betroffenen- und Angehörigenvertreter:innen zur Verfügung gestellt. Diese umfassen sowohl Aufwendungen für die Vorbereitung und Teilnahme an den Treffen der AG Impuls und den Konsensuskonferenzen sowie Reisekosten zu den Präsenztreffen.

Neben der unmittelbaren trialogischen Arbeit wurde explizit Literatur berücksichtigt, in denen Bedarfe, Präferenzen und Erfahrungen von Betroffenen und Angehörigen erfasst und berichtet werden. Sie finden sich in den jeweiligen Kapiteln unter dem Abschnitt „Von der Evidenz zur Empfehlung“.

AG Impuls

Prof. Dr. Thomas Becker (DGPPN, Steuergruppe)

Jurand Daszkowski (Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e. V.)

Manfred Desch (Landesverband Hessen der Angehörigen und Freunde psychisch erkrankter Menschen e.V.)
Catharina Flader (EX-IN Deutschland e. V.)
Sibylle Glauser (Angehörigenberatung Bern)
PD Dr. Uta Gühne (Steuergruppe)
Werner Holtmann (NetzG)
Leonore Julius (Geschwisternetzwerk e. V.)
Prof. Dr. Reinhard Peukert (Geschwisternetzwerk e. V.)
Werner Pohlmann (EX-IN Deutschland e. V.)
Dr. Elke Prestin (NetzG)
Franz-Josef Wagner (NetzG)
PD Dr. Dr. Stefan Weinmann (Steuergruppe)
Heike Petereit Zipfel (Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e. V.)

3. Genauigkeit der Leitlinienentwicklung

Die Schritte bei der Aktualisierung der Leitlinie orientieren sich mehrheitlich an den Schritten bei der Erstellung der ersten beiden Auflage der Leitlinie; wurden jedoch um einige Schritte ergänzt bzw. erweitert:

- Zusammenstellung des Leitliniengremiums (basierend auf den Voraufgaben),
- einschließlich Einladung von Betroffenen- und Angehörigenvertretern (trialogische Entwicklung der AG Impuls),
- Regelmäßige Darlegung von Interessenkonflikten aller Beteiligten und Bewertung (Anlage C des Reports)
- Beschreibung der Zielgruppe der Leitlinie
- Definition klinisch relevanter Fragestellungen
- Entwicklung von Kriterien für die Evidenzrecherche
- Entwicklung von Kriterien für die Evidenzbewertung: Studientypen und –bewertung
- Zusammenfassung / Synthese der Review- und Studien-Ergebnisse und Bewertung der Vertrauenswürdigkeit
- Durchführung der Formalisierten Gruppenprozesse bzw. Delphi-Prozesse (strukturierte
- Konsensusfindung)
- Ausarbeitung der endgültigen Version der Leitlinie, redaktionelle Arbeit
- Fachöffentliche Konsultationsphase und Einarbeitung der Kommentare (Anlage C des Reports)
- Endverabschiedung der Leitlinie durch die Vorstände

3.1 Formulierung von klinisch relevanten Fragestellungen, Endpunktbestimmung

Die Methodik zur Leitlinienerstellung richtet sich nach dem AWMF-Regelwerk (Quelle: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) – Ständige Kommission Leitlinien. AWMF-Regelwerk „Leitlinien“ (<https://www.awmf.org/regelwerk/>)).

Für diese Version der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen wurden durch die Leitliniengruppe **klinisch relevante Fragestellungen nach dem PICO-Schema** (Patient-Intervention-Comparator-Outcome) formuliert und jeweilige patientenbezogene Endpunkte bestimmt. Die PICO-Fragen und Endpunkte orientieren sich am Recovery-orientierten Modell der psychosozialen Versorgung und an den durch Evidenz gesicherten Bedarfen von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen.

Entsprechend der ausgewählten Interventionen erfolgte durch die Projektgruppe die Festlegung von Schlüsselfragen, welche dem gesamten Leitlinien-Gremium zur ersten gemeinsamen Konsensuskonferenz präsentiert und dort zur Diskussion gestellt wurden. Grundlage für die Auswahl der Schlüsselfragen bilden die besonderen Bedarfe der in der Leitlinie definierten Zielgruppe, die sehr komplex sind und weit über medizinische und psychotherapeutische Bedarfe hinausreichen. Die Teilhabe in zentralen Bereichen wie Arbeit, Bildung, Wohnen, Freizeit und Familie ist oft behindert. Hier setzen psychosoziale Therapien an, die den Gegenstandsbereich dieser Leitlinie bilden und die die psychosoziale Situation der Betroffenen hinsichtlich gleichberechtigter Teilhabe und größtmöglicher Selbständigkeit verbessern sollen. Dabei spielen neben den System- und Einzelinterventionen auch die Unterstützung durch (ehemals) Betroffene sowie andere Ansätze der Selbsthilfe und des Selbstmanagements eine große Rolle.

Für die Evidenzauswahl galten folgende PICO-Merkmale und allgemeine Einschlusskriterien:

Population: Diagnose einer schweren psychischen Erkrankung zwischen 18 und 65 Jahren (Schizophrenie und andere schwere psychische Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, Schwere affektive Störungen: Manien, bipolar-affektive Störungen, schwere und rezidivierend-depressive Erkrankungen, Schwere Persönlichkeitsstörungen, Schwere Zwangsstörungen). Abweichungen waren je nach PICO-Frage möglich (z. B. erste Episoden einer psychischen Erkrankung mit hohem Risiko für einen schweren Verlauf bei Frühinterventionen)

Intervention: spezifische psychosoziale Interventionen

Kontrollintervention: Alle aktiven (Vergleichs-)Interventionen, sowie Wartegruppen-Designs als auch herkömmliche Versorgungsgegebenheiten (Routinebehandlung- bzw. -versorgung)

Outcome: Die patienten- und angehörigenrelevanten Ergebnisparameter wurden aus den vielfältigen Bedarfen schwer psychisch kranker Menschen und dem der Leitlinie zugrunde gelegten Recovery-orientierten Modell abgeleitet:

- Merkmale klinischer Recovery (u. a. Symptomschwere)
- Merkmale funktionaler Recovery (u. a. berufliche Teilhabe und Beschäftigung, Stabilität im Wohnen, psychosoziales Funktionsniveau)
- Merkmale persönlicher Recovery (u. a. Lebensqualität, Empowerment, Recovery, Hoffnung, Selbstwirksamkeitserleben)
- Behandlungsassoziierte Merkmale (u. a. stationäre Behandlungszeiten, Behandlungszufriedenheit)
- Unerwünschte Ereignisse (Behandlungsabbrüche, Mortalität).

Wenn vorliegend, wurden Daten zur Kosteneffektivität extrahiert.

Studientypen: für Interventions-Fragestellungen wurden i.d.R. randomisierte kontrollierte Studien (RCTs) berücksichtigt, priorisiert wurden Meta-Analysen mit RCTs.

Publikationszeitraum: anschließend an die Suchen zur 2. Auflage der Leitlinie bzw. ohne zeitliche Begrenzung bei neuen Themen, abweichend konnte der Zeitraum verkürzt werden.

Publikationssprache: in deutscher oder englischer Sprache

Die zu behandelnden und aktualisierenden Fragestellungen wurden zum Kick-off-Meeting und im weiteren Entwicklungsverlauf der Leitlinie sowohl in der AG Impuls als auch im Gremium regelmäßig diskutiert. Die PICO-Fragen dienten als Grundlagen für die systematischen Literaturrecherchen durch die Leitliniengruppe.

3.2 Recherche, Auswahl und Bewertung wissenschaftlicher Belege (Evidenzbasierung)

Die Suchstrategien für die Literaturrecherchen und Kriterien für Evidenzauswahl sind im Leitlinienreport unter den jeweiligen thematischen Abschnitten (Anhang A) dargestellt. Als zentrale Grundlage der Literaturrecherche dienten die Datenbanken der National Library of Medicine („PubMed“; <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>), die Cochrane-Datenbanken (Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR), Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL)), Embase und PsycINFO. Außerdem wurde in den Literaturverzeichnissen der identifizierten Arbeiten nach relevanten Publikationen gesucht. Im Rahmen der „Ergotherapie-Recherche“ wurde zudem die Datenbank OT Seekers genutzt. Weiterhin wurden die Mitglieder der Konsensus- und Expertengruppe um Übersendung relevanter Literatur zu den Themen gebeten.

Für die Suche wurden für jedes Thema sensitive Suchstrategien festgelegt. Es wurden zunächst systematische Reviews und Metaanalysen berücksichtigt und in einem zweiten Schritt später erschienene oder thematisch ergänzend gelagerte Studien, insbesondere randomisierte kontrollierte Studien betrachtet. Lediglich englisch- oder deutschsprachige Publikationen wurden eingeschlossen, für die ein Volltext vorlag. Die aktuelle Suche wurde an der Suchstrategie der ersten beiden Auflagen der Leitlinie ausgerichtet. Für neu aufgenommene Interventionen erfolgte die Suche zeitlich uneingeschränkt. Zunächst wurden in einem ersten Screening-Schritt nicht-relevante Literaturstellen anhand der Abstracts ausgeschlossen. In einem zweiten Schritt erfolgte die endgültige Auswahl der Publikationen anhand der Volltexte. Der Selektionsprozess wird für jede Suche mit Hilfe des PRISMA Flow Diagramm dargestellt (siehe unter den jeweiligen thematischen Abschnitten Anhang A). Die Auswahl der Studien wurde stichprobenartig von zwei Mitarbeitenden vorgenommen.

Die durch die systematische Recherche identifizierte Literatur wurde mit der für das jeweilige Studiendesign (systematische Reviews, Metaanalysen, RCTs) zutreffenden Checkliste (AMSTAR-II, RoB I) hinsichtlich der Durchführungsqualität kritisch beurteilt (siehe unter den jeweiligen thematischen Abschnitten Anhang A). Darauf basierend wurde die Bewertung der Qualität der Evidenz auf Endpunktebene nach dem Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation (GRADE)-Ansatz (<https://de.gradeworkinggroup.org/>) durchgeführt. Angestrebt wurde, für jede Empfehlung die höchstmögliche Evidenz (wenn möglich systematische Reviews mit Metaanalysen bzw. hochwertige Einzelstudien) zu verwenden. Die Ergebnisse der Literaturrecherche wurden von den Expert:innen bestätigt bzw. ergänzt.

Nach der GRADE-Methodik fließen die einzelne Kriterien Risiko für Bias, Direktheit, Konsistenz der Ergebnisse, Präzision und möglicher Publikations-Bias in die Gesamtbeurteilung ein. Die Gesamtbeurteilung der Evidenzqualität wird nach dem GRADE-Ansatz in „sehr niedrig“, „niedrig“, „moderat“, „hoch“ eingeteilt (siehe untenstehende Tabelle). Die Bewertung der einzelnen Endpunkte (da wo möglich) ist in dem Evidenzbericht in *Summary of findings tables* im vorliegenden Leitlinienreport aufgelistet. Alle Schritte der Suche, Extraktion und Bewertung einschließlich der Summary of findings tables sind unter den jeweiligen thematischen Abschnitten Anhang A aufgeführt.

Tabelle: Bewertung der Evidenz nach GRADE

Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	Beschreibung	Symbol
Hoch	Wir sind sehr sicher, dass der wahre Effekt nahe bei dem Effektschätzer liegt.	⊕⊕⊕⊕
Moderat	Wir haben mäßig viel Vertrauen in den Effektschätzer: der wahre Effekt ist wahrscheinlich nahe bei dem Effektschätzer, aber es besteht die Möglichkeit, dass er relevant verschieden ist.	⊕⊕⊕⊖
Niedrig	Unser Vertrauen in den Effektschätzer ist begrenzt: Der wahre Effekt kann durchaus relevant verschieden vom Effektschätzer sein.	⊕⊕⊖⊖
Sehr niedrig	Wir haben nur sehr wenig Vertrauen in den Effektschätzer: Der wahre Effekt ist wahrscheinlich relevant verschieden vom Effektschätzer.	⊕⊖⊖⊖

Die **Graduierung der Empfehlungsstärken** der evidenzbasierten Empfehlungen erfolgte nach dem von der AWMF vorgeschlagenen dreistufigen Schema, wonach in „stark dafür“ (A) bzw. „stark dagegen“ (A), „schwach dafür“ (B) bzw. „schwach dagegen“ (B) sowie „kann erwogen“ (O) bzw. „kann verzichtet werden“ eingeteilt werden kann (s. untenstehende Tabelle).

Die Empfehlungsformulierung und Festlegung der Empfehlungsstärke erfolgten in Anlehnung an die **Evidence to Decision (EtD)-Framework**. Dabei wurden folgende Aspekte berücksichtigt: (1) Aussagesicherheit der zugrunde liegenden Evidenz (Qualität der Evidenz), (2) Nutzen-Schaden-Abwägung, (3) Wertvorstellung und Präferenzen von Betroffenen, (4) Ressourcen sowie die (5) Anwendbarkeit in Deutschland. Ein Vorschlag für eine jeweilige Empfehlung mit Empfehlungsstärke wurde durch das Redaktionsteam erarbeitet und in der Leitliniengruppe diskutiert.

Zusätzlich zu den evidenzbasierten Empfehlungen wurden Empfehlungen ohne Evidenz als Expert:innenkonsens (EK) formuliert und als diese gekennzeichnet.

Tabelle: Dreistufige Empfehlungsgraduierung

Symbol	Empfehlungsgrad	Beschreibung	Formulierung
●●●	A	Starke Empfehlung	soll / soll nicht
●●	B	Empfehlung	sollte / sollte nicht
●	O	Empfehlung offen	kann erwogen / kann verzichtet werden

3.3 Verknüpfung von Evidenz und Empfehlung

Die formale Konsensfindung dient der Diskussion und Verabschiedung der Empfehlungen mit Empfehlungsgraden und somit der Beantwortung der klinisch relevanten Fragestellungen unter Beteiligung aller Akteur:innen. Im Rahmen dieses Updates wurde den Empfehlungen der AWMF gefolgt und eine Kombination verschiedener Methoden angestrebt. Mit Hilfe des Nominalen Gruppenprozesses war es möglich, komplexere Themen in einer größeren Gruppe der teilnehmenden Akteur:innen an den Konsensuskonferenzen (Anhang B) zu diskutieren und Empfehlungen zu formulieren, die dann zur endgültigen Verabschiedung der Empfehlungen in einem großen Gremium unter der Moderation von Prof. Dr. Ina Kopp (AWMF) führten. Die Delphi-Technik wurde genutzt, um beispielsweise in Folge einer Diskussion von Themen und einer notwendigen Nachbearbeitung der Themen und Empfehlungen eine endgültige Abstimmung auf schriftlichem Wege zu erzielen. Überwiegend kam der Nominale Gruppenprozess zum Einsatz.

Die Konsensstärke wurde folgendermaßen klassifiziert:

Klassifikation der Konsensusstärke	
Starker Konsens	> 95 % der Stimmberechtigten
Konsens	> 75 – 95 % der Stimmberechtigten
Mehrheitliche Zustimmung	> 50 – 75 % der Stimmberechtigten
Dissens	≤ 50 % der Stimmberechtigten

3.4 Strukturierte Konsensfindung: Verfahren und Durchführung

Ein **Kick-off-Meeting** erfolgte am 28.06.2022. Die **strukturierten Konsensuskonferenzen** dieser Leitlinien-Version erfolgten am 13.10.2022, 29.03.2023, 05.09.2023, 06.12.2023, 23.05.2024 und 16.01.2025 unter unabhängiger Moderation durch eine Vertreterin der AWMF, Frau Prof. Dr. Ina Kopp. Die Abstimmung der Empfehlungen erfolgte jeweils nach folgendem Ablauf:

- Vorstellung der zu konsentierenden Empfehlungen inklusive der zugrundeliegenden Evidenz bei evidenzbasierten Empfehlungen durch die Steuergruppe mit Begründung
- Klärung inhaltlicher Nachfragen
- Einholen von Änderungsvorschlägen, Ergänzungen oder Alternativen (ggf. mit Priorisierung)
- Endgültige Abstimmung über die jeweilige Empfehlung und ggf. Alternativen

Die Abstimmungen erfolgten mit einem digitalem Abstimmungssystem, welches die Stimmabgabe anonymisiert erfasste. Die federführende und jede weitere beteiligte Organisation hatte jeweils eine Stimme.

Die **Konsensuskonferenzen** fanden digital unter Beteiligung von Expert:innen, Anwendenden sowie Patienten- und Angehörigenvertretern statt. Die erforderliche Interdisziplinarität und Multiprofessionalität waren bei allen Treffen gegeben. Alle Teilnehmenden wurden frühzeitig unter Nennung von Ort, Zeit und Agenda eingeladen. Allen Teilnehmenden wurden rechtzeitig vor der Konferenz die erforderlichen Materialien (themenbezogener Leitlinientext und Report mit expliziter Aufführung der Evidenz) zugesandt. Während der Konferenzen wurde die recherchierte Evidenz zu den verschiedenen Themen inklusive der Empfehlungen, der Methodik sowie weiterer zu berücksichtigender Aspekte, wie beispielsweise Möglichkeiten der Umsetzbarkeit in Deutschland, mittels einer Präsentation dargestellt. Im Rahmen des nominalen Gruppenprozesses hatten alle Anwesenden die Möglichkeit, nach einer „Stillarbeit“ Änderungsanträge für die Empfehlungen zu stellen bzw. inhaltliche und redaktionelle Änderungswünsche für den Hintergrundtext zu äußern. Alle Anträge/Äußerungen wurden parallel zum Prozess protokolliert und für alle Teilnehmenden sichtbar gemacht. Unter der unabhängigen Leitung durch Frau Prof. Dr. Ina Kopp (AWMF) wurden die Anträge und Vorschläge für die Empfehlungen diskutiert und letztlich abgestimmt. Die Teilnehmenden der Konferenz hatten die Möglichkeit, den einzelnen Empfehlungen zuzustimmen, diese abzulehnen oder sich zu enthalten. Alle aufgeführten Schritte wurden für jede Empfehlung wiederholt. Die Protokolle finden sich in Anhang B.

Einige der Empfehlungen wurden im Nachgang an die Gruppendiskussion und unter Berücksichtigung der Diskussionsbeiträge im Rahmen von formalisierten **Delphi-Verfahren** konsentiert. Dafür wurde allen Akteur:innen der Experten- und Konsensusgruppe der Leitlinientext inklusive Empfehlungsvorschlägen und Leitlinienreport zugesandt. Alle Mandatstragenden und deren Stellvertretende erhielten das Abstimmungsformular der AWMF (Delphi-Verfah-

ren) ergänzt durch die relevanten Formulierungen zu den einzelnen Themen und wurden gebeten dieses einmal pro Fachgesellschaft bzw. Organisation auszufüllen und zurückzusenden (Möglichkeiten per E-Mail, per Fax oder per Post).

Entsprechend dem Formular hatten die Mandatstragenden bzw. ihre Stellvertretenden die Möglichkeit, den jeweiligen Empfehlungen zuzustimmen oder nicht zuzustimmen und stattdessen begründete Alternativvorschläge unter Benennung relevanter Literatur zu unterbreiten. Die Expert:innen hatten die Möglichkeit, auf formlosen Wege Anmerkungen zu den Vorschlägen und Texten zu geben. In aller Regel wurden Bearbeitungsfristen über drei bis vier Wochen gewährt, die pro Delphi-Verfahren verlängert wurden, da die Fristen nicht durch alle Akteur:innen eingehalten werden konnten. Alle eingehenden Abstimmungsformulare wurden registriert, gesammelt und anonym aufbereitet. Eine Zusammenfassung ist dem Anhang B zu entnehmen. Es erfolgten eine Diskussion der Ergebnisse in der Steuerungsgruppe und eine regelmäßige Rückmeldung der Ergebniszusammenfassungen an alle Teilnehmenden.

4. Konsultationsphase und Verabschiedung

Die fachöffentliche Konsultation bzw. Kommentierung der Leitlinie durch die beteiligten Fachgesellschaften und Organisationen und ihre Mitglieder sowie weitere interessierte Kreise erfolgte vom 06.08.2025 bis zum 29.08.2025, erweitert bis zum 12.09.2025. Kommentare wurden mittels eines standardisierten Kommentierungsbogens erfasst und der Umgang damit dokumentiert (vgl. Leitlinienreport Anhang B) und berücksichtigt.

Die Leitlinie wurde im Zeitraum 16.10.2025 bis 14.11.2025 von allen Vorständen der beteiligten Fachgesellschaften und Organisationen verabschiedet. Es gab während der Gesamtverabschiedungsphase Kommentare von zwei Verbänden, die ebenfalls dokumentiert und zirkuliert wurden (vgl. Leitlinienreport Anhang B).

4. Redaktionelle Unabhängigkeit

4.1 Finanzierung der Leitlinie

Die Leitlinienerstellung wurde ausschließlich von der DGPPN, der federführenden Fachgesellschaft finanziell unterstützt. Die bereitgestellten Mittel setzen sich folgendermaßen zusammen:

- **Personalkosten:** 140.052,42 € für 0,5 VK über 29 Monate (wissenschaftliche Koordination, Evidenzrecherche, -bewertung und -synthese, Redaktion der Leitlinie)
- **Honorarkosten für die AWMF-Beratung und unabhängige Moderation:** für 7 Konferenzen à 5 Stunden (Stundensatz à 100€ + 7% USt.): ca. **3.754 €**
- **Reisekosten** für Betroffenen- und Angehörigenvertreter:innen im Zusammenhang mit den einmal jährlich stattfindenden Präsenztreffen der AG Impuls zum DGPPN-Kongress 2022, 2023 und 2024 (Abrechnung erfolgte individuell über die Geschäftsstelle der DGPPN)
- **Ehrenamt:** Die Arbeit der verschiedenen Expert:innen und Mitglieder der Konsensusgruppe erfolgte ehrenamtlich.
- **Aufwandsentschädigungen** der Betroffenen- und Angehörigenvertreter:innen für die Teilnahme an den AG Impuls-Treffen (1 Zeitstunde pro Treffen plus 1,5 h Dokumentenanalyse bei Stundensatz à 50,00€ + 7% USt) und den Konsensuskonferenzen (5 Zeitstunden pro Treffen plus 1,5 h Dokumentenanalyse bei Stundensatz à 50,00€ + 7% USt) ab 01.01.2024. Zuvor erfolgte auch die kontinuierliche Arbeit der Betroffenen- und Angehörigenvertreter:innen ehrenamtlich.

- **Lizenzkosten MAGICapp** bis Ende 2024 (3.000€ + 19 % USt. pro Jahr): **3.570,00€**, ab 2025 (1.000€ + 19% USt. Pro Jahr): 1.190,00€

4.2 Darlegung von Interessenskonflikten

Um den Aktualisierungsprozess transparent zu gestalten, wurde mit Beginn der Leitlinienentwicklung sowie fortlaufend von allen Beteiligten eine Erklärung zu Interessenkonflikten angefordert. Alle Teilnehmenden legten Interessenkonflikte des laufenden Jahres und der drei zurückliegenden Jahre zu nachfolgend genannten Aspekten vollständig ausgefüllt über das AWMF-Portal „Interessenerklärung online“ offen. 2022 erfolgten die einzelnen Erklärungen noch über die entsprechenden AWMF-Formulare. Folgende Kriterien/Angaben wurden im Hinblick auf einen vorliegenden thematischen Bezug, die absolute Höhe der Bezüge sowie die Art und die Intensität der Beziehung geprüft:

Berater- bzw. Gutachtertätigkeit oder bezahlte Mitarbeit in einem wissenschaftlichen Beirat eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft (z. B. Arzneimittelindustrie, Medizinproduktindustrie), eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung,
Honorare für Vortrags- und Schulungstätigkeiten oder bezahlte Autoren- oder Co-Autoren-schaften im Auftrag eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung,
Finanzielle Zuwendungen (Drittmittel) für Forschungsvorhaben oder direkte Finanzierung von Mitarbeitenden der Einrichtung von Seiten eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung,
Eigentümerinteresse an Arzneimitteln/Medizinprodukten (z. B. Patent, Urheberrecht, Verkaufslizenz),
Besitz von Geschäftsanteilen, Aktien, Fonds mit Beteiligung von Unternehmen der Gesundheitswirtschaft,
Persönliche Beziehungen zu einem Vertretungsberechtigten eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft,
Mitgliedschaft von in Zusammenhang mit der Leitlinienentwicklung relevanten Fachgesellschaften/Berufsverbänden,
Politische, akademische (z. B. Zugehörigkeit zu bestimmten „Schulen“), **wissenschaftliche oder persönliche Interessen**, die mögliche Konflikte begründen könnten.

In einem mehrstufigen Vorgehen wurde eingeschätzt, (1) ob Interessenkonflikte vorliegen, (2) und wenn ja, ob es thematische Bezüge zu Fragestellungen der Leitlinie gibt und (3) ob eventuelle Interessenkonflikte von Relevanz hinsichtlich der Entwicklung der Leitlinie sind. Gemäß dem Algorithmus der AWMF erfolgte die Einschätzung potenzieller Interessenskonflikte in „gering“, „moderat“ oder „hoch“. Eine Übersicht der Erklärungen potenzieller Interessenskonflikte aller Koordinatoren, Fachgesellschaftsdelegierten und Expert:innen und der Umgang damit findet sich im (🔗 Leitlinienreport, Anhang C).

Die Erklärungen wurden von der Steuerungsgruppe gesammelt und in einem ersten Schritt intern durch zwei Interessenkonfliktbeauftragte (Uta Gühne, Steffi Riedel-Heller, ISAP, Medizinische Fakultät, Universität Leipzig) bewertet. Die Erklärungen der Koordinierenden wurden durch eine dritte Person (Frau Dr. Johanna Breilmann, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II Universität Ulm, Bezirkskrankenhaus Günzburg) bewertet. In einem zweiten Schritt wurden die vorgenommenen Bewertungen von einer externen Person geprüft (Julia Sander, Leiterin des Wissenschaftlichen Dienstes der DGPPN, Berlin) und diskutiert.

Bei Unklarheiten zu den Angaben wurden die betreffenden Mitwirkenden im Vorfeld kontaktiert. Im Falle einer notwendigen Enthaltung wurde um diese gebeten und im Prozess geprüft. Zu Beginn jeder virtuellen Konsensuskonferenz wurden die Abstimmungsberechtigten erfasst.

Die gültigen Stimmen wurden protokolliert; ungültige Stimmen bei Abstimmungen nicht zur Grundgesamtheit gezählt. Im Rahmen der AWMF-Moderation wurde regelhaft auf die Interessenkonflikt-Kriterien und die ggf. erforderlichen Konsequenzen (Enthaltung) hingewiesen; relevante Fragen wurden diskutiert.

Dem Risiko von Verzerrungen der Leitlinieninhalte durch etwaige Interessenkonflikte wurde von Beginn an durch die ausgewogene Zusammensetzung der Leitliniengruppe, die systematische Recherche und Bewertung der Evidenz und den Einsatz strukturierter Konsensfindung mit unabhängiger Moderation entgegengewirkt.

Die finanzierende Organisation hat keinen direkten Einfluss auf die Leitlinienerstellung und deren Inhalte genommen.

5. Verbreitung und Implementierung

5.1 Konzept zur Verbreitung und Implementierung

Die vorliegende Leitlinie hat mehrere Bestandteile, die es ermöglichen, dass Nutzende sich in unterschiedlicher Tiefe mit den Empfehlungen beschäftigen können. Sie wird

im Volltext als PDF-Format mit der zugrundeliegenden Evidenz (zzgl. Leitlinienreport), in einer Betroffenen- und Angehörigenversion (PDF und digital TheraPart) sowie in einer Wartezimmerversion frei zugänglich, elektronisch zur Verfügung stehen.

Die vorliegende Leitlinie wird zudem elektronisch in der MAGICapp aufbereitet; hieraus lässt sich perspektivisch eine Kurzversion im PDF-Format erstellen.

Bei der Weiterentwicklung und Anpassung der Materialien an die 3. Auflage der Leitlinie - insbesondere für Betroffene und Angehörige - werden Ergebnisse aus Untersuchungen zur Verbreitung von Betroffenenversionen genutzt (Schladitz et al. 2022).

Neben der Verbreitung der zur Leitlinie zugehörigen unterschiedlichen Formate werden die Ergebnisse in verschiedenen Fachzeitschriften (u.a. Psychiatrische Praxis, Nervenarzt, PPM, Sozialpsychiatrische Informationen) publiziert und auf Fachkongressen vorgestellt (u.a. DGPPN, DGSM, DKVF). Darüber hinaus wird eine Verbreitung der Ergebnisse durch gezielte Öffentlichkeitsarbeit (regional und überregional) geplant.

5.2 Diskussion möglicher förderlicher und hinderlicher Faktoren für die Anwendung der Leitlinie

Eine Online-Erhebung unter Anwender:innen der Leitlinie zu **Umsetzungsbarrieren** verweist auf verschiedene Barrieren hinsichtlich der Nutzung der Leitlinie. Der Fragebogen wurde an 100 Krankenhäuser für Psychiatrie und Psychosomatik und 52 Berufsverbände im Bereich der psychischen Gesundheitsversorgung in Deutschland verschickt (Untersuchungszeitraum: 10/2019–01/2020). Als wesentliche Hindernisse bei der Umsetzung der Leitlinien wurden „Zeitmangel“ (externes Hindernis), gefolgt vom einstellungsbezogenen Hindernis „Psychische Störungen können nicht nach dem gleichen Muster behandelt werden“ benannt. Ärzte waren weniger mit wissensbezogenen Barrieren (z.B. mangelnde Vertrautheit mit den Leitlinien) konfrontiert, während keine Unterschiede zwischen den Berufsgruppen bei externen/verhaltensbezogenen Barrieren (z.B. lange Versionen) festgestellt wurden (Gaigl et al. 2021).

Im spezifischen Fall der vorliegenden Leitlinie zu psychosozialen Therapien gab etwa die Hälfte der Befragten an, dass ein Mangel an finanziellen Ressourcen sowie eine Fragmentierung der

Versorgungssysteme ein Hindernis darstellten. Betont wurde in diesem Zusammenhang die Vernetzung zwischen den Berufsgruppen als einen Faktor, der die Einhaltung der Leitlinien erleichtert. Die hilfreichsten Strategien zur Verbesserung der Einhaltung der Leitlinien wurden als „kürzere Versionen“ (extern/verhaltensbezogen) definiert, gefolgt von „Workshops/Konferenzen für Praktiker über den Inhalt der Leitlinien“ (wissensbezogen) (Gaigl et al. 2021).

Spezifische Hemmnisse und Chancen für eine stärkere Umsetzung der Leitlinienempfehlungen wurden regelmäßig diskutiert. Das Matrixkapitel ist als ein Instrument zu verstehen, welches dabei unterstützt, die zumeist auf internationalen Studien beruhenden Ergebnisse in unserem fragmentierten Versorgungssystem zu verorten.

Die möglichen finanziellen Auswirkungen der Leitlinienempfehlungen wurden in den jeweiligen Empfehlungen im Rahmen des **Evidence to Decision (EtD)-Frameworks** berücksichtigt (Ressourcen sowie die Anwendbarkeit in Deutschland).

5.3 Unterstützende Materialien für die Anwendung der Leitlinie

- Langfassung
- Leitlinienreport (das vorliegende Dokument)
- In Erstellung bzw. geplante Aktualisierungen:
 - Digitales Leitlinienformat (MAGICapp): <https://app.magicapp.org/#/guideline/>
 - Aktualisierung der Betroffenenformate (Betroffenenleitlinie) inkl. von TheraPart - Patientenleitlinie "Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen"
 - Kurzfassung
 - Wartezimmerfassung
- Psychosoziale Arbeitshilfen: „Psychosoziale Therapien für eine verbesserte Partizipation am gesellschaftlichen Leben“ (Schulungsmaterial zur Informationsveranstaltung für Menschen mit (schweren) psychischen Erkrankungen, ISBN: 978-3-96605-123-1)

5.4 Messkriterien für die Bewertung der Prozess - und / oder Ergebnisqualität der Leitlinie: Qualitätsziele, Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikatoren selbst **unterliegen hohen Qualitätsstandards**. Die Indikatorensets basieren auf einer systematischen Recherche von geeigneten Behandlungsempfehlungen und Schlüsselempfehlungen von S3-Leitlinien. Diese wurden dann in Gruppen aus verschiedenen Interessensvertretenden konsentiert. Es erfolgt i.d.R. eine aufwendige Überprüfung. Für zwei Indikatorensets liegen Machbarkeitsstudien vor (Kösters et al. 2017). Derzeit sind keine geeigneten Untersuchungen verfügbar, die den Zusammenhang von Sammlungen spezifischer Indikatoren oder auch einzelner Qualitätsindikatoren mit dem Behandlungsergebnis bei Menschen mit einer Schizophrenie oder anderer schwerer psychischer Erkrankungen untersuchen. Eine Überprüfung der Validität der Qualitätsindikatoren steht somit noch aus. Aus diesem Grunde kann die Auswahl spezifischer Indikatoren nur vorläufig sein. Für die Beurteilung der psychosozialen Versorgung könnten z. B. folgende Qualitätsindikatoren in Frage kommen:

Erhebung von individuellen Präferenzen & Bedarfen,
 Beteiligung an der Behandlungsplanung und -entscheidung (Partizipative Entscheidungsfindung),
 Mittlere jährliche kumulative Verweildauer in stationär-psychiatrischer Behandlung,
 Krankenhaus-Wiederaufnahmeraten innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung,
 Teambasierte gemeindepsychiatrische Behandlung,
 Teambasierte gemeindepsychiatrische aufsuchende Behandlung,
 Peer-Support und Genesungsbegleitung,

Integration von Angeboten und Hilfen zur Verbesserung der psychischen und der somatischen Gesundheit,
Möglichkeiten psychosozialer Interventionen zu einem frühen Zeitpunkt (Früherkennung und -behandlung),
Arbeit auf dem ersten Arbeitsmarkt bzw. Aufnahme & Beendigung einer Ausbildung,
Unterstützung im Rahmen von Supported Employment,
Bedarfsdeckung im Wohnbereich durch eine mobile Unterstützung im eigenen Wohnraum,
Einbezug von Angehörigen in die Behandlung, Familieninterventionen,
Bei Elternschaft: Stärkung elterlicher Kompetenz,
Unterstützung sinnvoller Aktivitäten und sozialer Kontakte,
Angebote zur Unterstützung von Wissen & Empowerment und deren präferenzbasierte Umsetzung: Teilnahme an Psychoedukation bzw. trialogischen Gruppen, Digitale Anwendungen),
Besuch einer Selbsthilfegruppe,
Ansätze zur Unterstützung des Selbstmanagements,
Unterstützung eines gesundheitsförderlichen Lebensstils durch verschiedene Faktoren (u. a. Bewegung, Ernährung, Schlaf)
Recovery-Orientierung einzelner Einrichtungen bzw. des gesamten Hilfesystems.

Im Rahmen der Erarbeitung der vorliegenden Leitlinie wurden keine Qualitätsindikatoren abgestimmt und konsentiert.

6. Gültigkeitsdauer und Aktualisierungsverfahren

6.1 Gültigkeitsdauer der Leitlinie und Aktualisierungsverfahren

Die Leitlinie ist mit Stand vom 18.11.2025 (Datum der letzten inhaltlichen Überarbeitung) bis zum 17.11.2030 gültig. Verantwortlich für die kontinuierliche Fortschreibung, Aktualisierung und Bekanntmachung der S3-Leitlinie ist die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN e. V.; leitlinien@dgppn.de). Sofern schon früher neue wissenschaftliche Erkenntnisse bekannt werden, die wichtige Änderungen in einzelnen Empfehlungen zur Folge haben würden, kann auch schon vorzeitig ein partielles Aktualisierungsverfahren eingeleitet bzw. ein Addendum erstellt werden. Kommentare und Hinweise für den Aktualisierungsprozess sind ausdrücklich erwünscht und können an das Leitliniensekretariat gesendet werden.

Anhang A

Evidenzgrundlage zu den Empfehlungen

A) Selbstmanagement-unterstützende Ansätze

Anlage Methodenreport

Bereich: Selbsthilfe und Selbstfürsorge-stärkende Interventionen

Klinisch relevante Fragestellung

Welche Ansätze können im Sinne eines verbesserten Recovery die Selbstfürsorge, Gesundheitskompetenz und das Empowerment schwer psychisch kranker Menschen verbessern?

Welche Selbsthilfe-Ansätze haben sich in randomisiert kontrollierten Studien hinsichtlich

- Wissen, Einstellungen und Inanspruchnahmeverhalten sowie
- Recovery-orientierter Indikatoren (klinisch [z.B. Symptomschwere, Erkrankungsrückfälle], funktional [z.B. soziales Funktionsniveau, Teilhabemöglichkeiten], persönlich [z.B. LQ, Empowerment]) als wirksam erwiesen?

PICO-Schema

Patient(in)	Intervention	Vergleichsintervention	Outcome	Studiendesign (S) Suchzeitraum (T)
Patient:innen mit schwerer psychischer Erkrankung zwischen 18 und 65 Jahren (Definition lt. LL/Einleitung)	- manualisierte Selbstmanagement-ansätze - mediengestützte Edukation (E-Mental-Health-Bereich) - Selbsthilfegruppen	Alle aktiven (Vergleichs-) Interventionen, sowie Wartegruppen-Designs als auch herkömmliche Versorgungsgegebenheiten (Routinebehandlung- bzw. -versorgung)	a) Wissen, Einstellungen und Inanspruchnahme-verhalten b) Recovery-orientierte Indikatoren (klinisch [z.B. Symptomschwere, Erkrankungsrückfälle], funktional [z.B. soziales Funktionsniveau], persönlich [z.B. LQ, Empowerment]) als wirksam erwiesen?	S: 1.systematische Reviews und Metaanalysen aus RCTs T: 01.01.2014 bis 01.02.2024

Systematische Literaturrecherche

Suchprotokolle

Suche in Medline am 01.02.2024

Filter

Meta-Analysis, Review, Systematic Review, Humans, English, German, from 2014 - 2024

Search number	Query	Results
1	((serious* OR sever*) AND mental* AND disorder*)	40,761
2	((serious* OR sever*) AND mental* AND illness)	20,807
3	((serious* OR sever*) AND psychiatric AND disorder*)	34,098
4	((serious OR sever*) AND mental AND health AND problems)	10,947
5	(depression OR (depressive AND disorder) OR (severe AND affective AND disorder))	464,433
6	(schizophrenia OR psychotic* OR paranoid OR schizophrenic* OR psychosis)	195,137
7	((bipolar AND disorder*) OR (bipolar AND affective AND disorder*) OR (manic AND depres-sion) OR (bipolar AND depression))	45,804
8	((personality AND disorder*) OR (borderline AND personality AND disorder*))	36,314
9	bipolar affective psychosis[MeSH Terms]	45,735
10	borderline schizophrenia[MeSH Terms]	2,996
11	(systematic AND (review OR search*))	370,376
12	((meta AND analysis) OR metaanaly* OR (meta AND analy*) OR (scoping AND review))	329,263
13	review, systematic[MeSH Terms]	14,536
14	meta analysis[MeSH Terms]	29,007
15	((internet* OR website* OR interactive* OR computer* OR web-based* OR e-health*) AND (therap* OR intervent* OR treat*))	20,143
16	(self-help OR self-guided OR self-care* OR self-stigma)	3,585
17	((self-help AND group*) OR self-management*)	4,575
18	(selfcare OR selfdirected OR selfefficacy OR selfhelp* OR selfguide* OR selfinstruct* OR selfmanag* OR selfmonitor* OR selfregulat* OR selfsupport* OR selftechnique* OR selftherap* OR selftrain* OR selftreat*)	12,109
19	self care[MeSH Terms]	6,695
20	group, self help[MeSH Terms]	1,059
21	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10	79,209
22	#11 OR #12 OR #13 OR #14	342,361
23	#15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20	36,452
24	#21 AND #22 AND #23	1,527
25	#21 AND #22 AND #23	1,378
26	#21 AND #22 AND #23	1,199

Suche in Cochrane Reviews

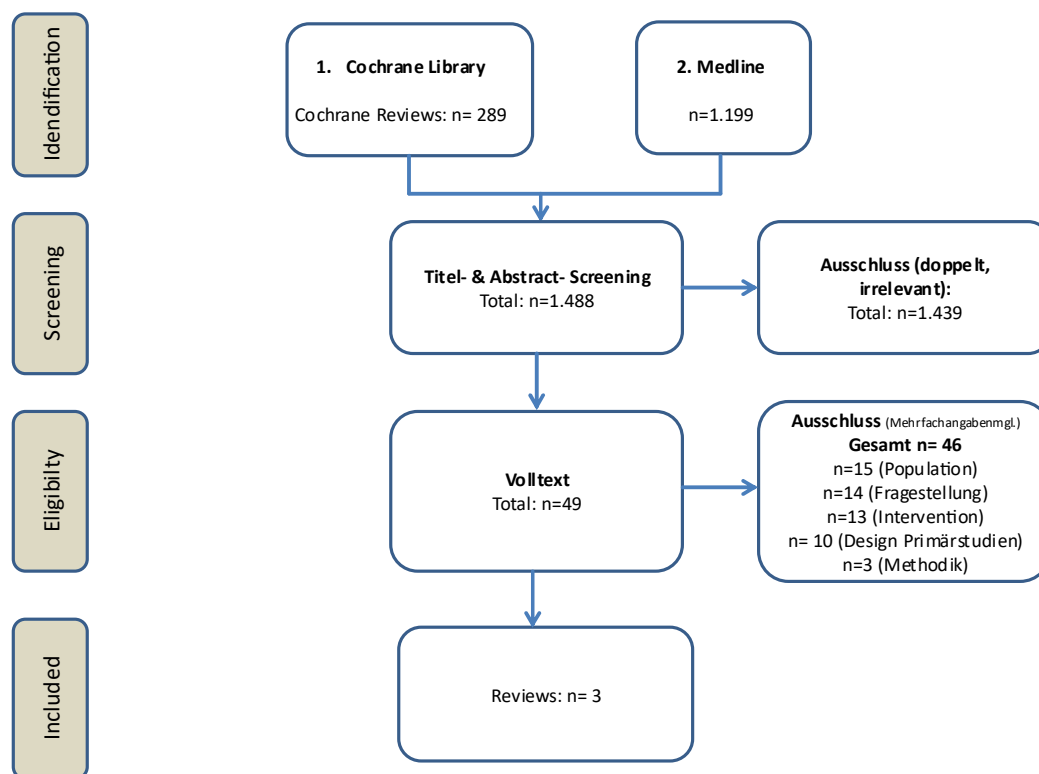
Date Run:

01/02/2024 18:31:09

ID	Search	Hits
#1	((serious* or sever*) and mental* and disorder*) with Cochrane Library publication date Between Jan 2014 and Jan 2024, in Cochrane Reviews	1275

#2	((serious* or sever*) and mental* and illness) with Cochrane Library publication date Between Jan 2014 and Jan 2024, in Cochrane Reviews	881
#3	((serious* or sever*) and psychiatric and disorder*) with Cochrane Library publication date Between Jan 2014 and Jan 2024, in Cochrane Reviews	665
#4	((serious or sever*) and mental and health and problems) with Cochrane Library publication date Between Jan 2014 and Jan 2024, in Cochrane Reviews	1356
#5	(depression or (depressive and disorder) or (severe and affective and disorder)) with Cochrane Library publication date Between Jan 2014 and Jan 2024, in Cochrane Reviews	1602
#6	(schizophrenia or psychotic* or paranoid or schizophrenic* or psychosis) with Cochrane Library publication date Between Jan 2014 and Jan 2024, in Cochrane Reviews	470
#7	((bipolar and disorder*) or (bipolar and affective and disorder*) or (manic and depression) or (bipolar and depression)) with Cochrane Library publication date Between Jan 2014 and Jan 2024, in Cochrane Reviews	252
#8	((personality and disorder*) or (borderline and personality and disorder*)) with Cochrane Library publication date Between Jan 2014 and Jan 2024, in Cochrane Reviews	204
#9	MeSH descriptor: [Schizophrenia] this term only	9761
#10	MeSH descriptor: [Depression] this term only	17908
#11	MeSH descriptor: [Bipolar Disorder] this term only	3559
#12	(systematic and (review or search*)) with Cochrane Library publication date Between Jan 2014 and Jan 2024, in Cochrane Reviews	5550
#13	((meta and analysis) or metaanaly* or (meta and analy*) or (scoping and review)) with Cochrane Library publication date Between Jan 2014 and Jan 2024, in Cochrane Reviews	5306
#14	MeSH descriptor: [Systematic Review] this term only	1
#15	MeSH descriptor: [Meta-Analysis as Topic] this term only	1473
#16	((internet or website or interactive or computer or web-based or e-health) and (therap* or intervent* or treat*)) with Cochrane Library publication date Between Jan 2014 and Jan 2024, in Cochrane Reviews	3860
#17	(self-help or self-guided or self-care*) with Cochrane Library publication date Between Jan 2014 and Jan 2024, in Cochrane Reviews	491
#18	((self-help and group*) or self-management*) with Cochrane Library publication date Between Jan 2014 and Jan 2024, in Cochrane Reviews	423
#19	MeSH descriptor: [Self Care] this term only	5244
#20	MeSH descriptor: [Self-Help Groups] this term only	859
#21	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 with Cochrane Library publication date Between Jan 2014 and Jan 2024, in Cochrane Reviews	2335
#22	#12 OR #13 OR #14 OR #15 with Cochrane Library publication date Between Jan 2014 and Jan 2024, in Cochrane Reviews	5550
#23	#16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20 with Cochrane Library publication date Between Jan 2014 and Jan 2024, in Cochrane Reviews	3976
#23	#21 AND #22 AND #23 with Cochrane Library publication date Between Jan 2014 and Jan 2024, in Cochrane Reviews;Topic Mental Health	289

Flow-Diagramm eingeschlossener Arbeiten



PRISMA Flow-Diagramm: Selbsthilfe

Einschluss

Aggregierte Evidenz:

- Systematisches Review mit Metaanalyse zur Wirksamkeit von manualisierten Selbstmanagementansätzen (Lean et al. 2019)
- Systematisches Review mit Metaanalyse zur Wirksamkeit von Empowerment-basierten Selbstmanagementansätzen (Hsieh et al. 2023)
- Systematischer Review mit Metaanalyse zur Wirksamkeit von Technologie-basierten Interventionen (TBIs) (Morales-Pillado et al. 2023)
- Zu anderen Ansätzen (Selbsthilfegruppen) wurden keine Studien identifiziert.

Extraktion und Bewertung

Extraktionsbögen der eingeschlossenen systematischen Reviews

Titel		Self-management interventions for people with severe mental illness: systematic review and meta-analysis
Autoren	–	Melanie Lean, Miriam Fornells-Ambrojo, Alyssa Milton, Brynmor Lloyd-Evans, Bronwyn Harrison-Stewart, Amina Yesufu-Udechuku, Tim Kendall and Sonia Johnson
Jahr	–	2019
Journal	–	The British Journal of Psychiatry
Fragestellung / Zielsetzung	–	Bewertung der Wirksamkeit von Selbstmanagement-Interventionen für Erwachsene mit schweren psychischen Erkrankungen (SMI).
Design	–	Syst. Review und Metaanalyse
Datenbanken	–	Medline, Embase, PsychINFO, DARE and CENTRAL
Zeitraum	–	Suche am 15.05.2018
Eingeschlossene Studientypen	–	Alle randomisierten kontrollierten Studien (RCTs), einschließlich Cluster-RCTs und faktorielle RCTs, wurden für die Aufnahme in Betracht gezogen. Quasi-randomisierte Studien wurden ausgeschlossen.
Autoren eingeschlossener Arbeiten (nur RCTs)	Qualitative/ quantitative Synthese: k=37 / k=35 RCTs	– Anzai 2002, Atkinson 1996, Barbic 2009, Chien 2013, 2014, 2017, Chan 2007, Cook 2011, 2012, 2013, Colom 2003, Dalum 2018, Eckman 1992, Fardig 2011, Hasson 2007, Kopelowicz 1998, Levitt 2009, Lin 2013, Monroe-Devita 2018, Perry 1999, Proudfoot 2012, Sajatovic 2009, Salayers 2010, 2014, Schaub 2016, Shon 2002, Smith 2011, Tan 2001, Todd 2014, Torrent 2013, van Gestel-Timmermans 2012, Vreeland 2006, Wang 2016, Wirshing 2006, Xiang 2006, 2007, Zhou 2014
weitere relevante Einschlusskriterien	–	– PICOS-Design (Teilnehmer, Intervention, Vergleich, Ergebnis und Studie) – Teilnehmende: Erwachsene im Alter von 18 Jahren und älter und bei denen eine SMI diagnostiziert wurde (d. h. mit einer klinischen Diagnose von Schizophrenie-Spektrum-Störungen (schizoaffektive Störung, wahnhafte Störung und Psychose), einer bipolaren Störung oder einer schweren Depression. Ebenfalls eingeschlossen waren Studien mit gemischten Populationen von Personen mit diesen Diagnosen (einschließlich Personen mit Persönlichkeitsstörung), die psychosoziale Dienste der Sekundärversorgung in Anspruch nahmen. – Intervention: wenn die Patient:innen direkt eine Selbstmanagement-Intervention erhielten, die darauf abzielte, Fähigkeiten im Umgang mit Symptomen, Rückfällen und dem

	allgemeinen psychosozialen Fkt. Zu verbessern. Die Intervention musste die folgenden drei (der vier) Bereiche umfassen, die von Mueser und Kollegen als wirksame Bereiche des Selbstmanagements identifiziert wurden: ○ (a) Psychoedukation über psychische Erkrankungen und deren Behandlung (um fundierte Entscheidungen über die Versorgung zu treffen); ○ (b) Erkennung von Frühwarnzeichen für einen Rückfall und Entwicklung eines Plans zur Rückfallprävention; ○ (c) Bewältigungsstrategien für den Umgang mit anhaltenden Symptomen. – Die Selbstmanagement-Interventionen wurden in Verbindung mit der üblichen Behandlung (TAU) durchgeführt. – Außerdem sollte die Selbstmanagement-Intervention ein auf die Genesung ausgerichtetes Element enthalten, z. B. die Festlegung persönlicher Ziele, die auf den eigenen Hoffnungen für die Genesung beruhen, und zu lernen, wie man seine Krankheit im Rahmen der Verfolgung dieser Ziele effektiv bewältigt. – Vergleich: Studien, die entweder TAU, wie auch immer definiert, oder aktive Kontrollen wurden in diese Überprüfung einbezogen. – Ergebnis: Wenn Studien über eines der folgenden vordefinierten Ergebnisse berichteten: – symptomorientierte Ergebnisse; – Rückfall (oder damit zusammenhängende Ergebnisse zur Inanspruchnahme von Dienstleistungen: Anzahl und Dauer der Einweisungen); – Recovery-orientierte Ergebnisse (Selbstbefähigung, Effektivität, soziale Bindungen, Hoffnung, Optimismus und das Streben nach einem sinnvollen Leben); – Funktionsfähigkeit (global); – (e) Lebensqualität.
relevante Ausschlusskriterien	– Spezifische Therapie (e.g. cognitive remediation, cognitive-behavioural therapy, basic life skills or social skills) – Die Intervention wurde durchgeführt mit Familienmitgliedern (allein oder zusammen) – Intervention erfolgte als Teil oder parallel zu einer anderen Intervention
Qualitätsbewertung durchgeführt	– Cochrane Collaboration Risk of Bias Tool
Für welche Patienten / Subgruppen Aussagen getroffen?	– Erwachsene mit schweren psychischen Erkrankungen – Post-hoc-Subgruppenanalyse von Studien, die nur TAU und Studien, die sich nur auf die aktive Kontrolle beziehen, zeigte kein unterschiedliches Ergebnismuster zwischen den verschiedenen Vergleichsgruppen.
Gemessene Outcomes	– Wenn Studien über eines der folgenden vordefinierten Ergebnisse berichteten wurden sie in die Meta-Analysen einbezogen: – symptomorientierte Ergebnisse; – (b) Rückfall (oder damit zusammenhängende Ergebnisse zur Inanspruchnahme von Dienstleistungen: Anzahl und Dauer der Einweisungen);

- (c) Recovery-orientierte Ergebnisse (einschließlich Messungen des allg. Recovery-Prozesses und seiner Komponenten: Selbstbefähigung und Selbstwirksamkeit, soziale Bindungen, Hoffnung, Optimismus und das Streben nach einem sinnhaften Leben);
- (d) Funktionsfähigkeit (global);
- (e) Lebensqualität

Ergebnisse (nur für RCTs)

Metaanalysen

Allgemein:

Teilnehmende:

- Schizophrenie (k=18), bipolare Erkrankungen (k=7), SMI (k=12)
- 40 Jahre
- N=5.790 (32; 555)
- Mittlere Dauer der Erkrankung: k.A. (kaum berichtet in Primärstudien)
- Gemeinde (k=29); Klinik (k=8)

Verteilung nach Ländern

- Länder mit hohem Einkommen (k = 27), Länder mit niedrigem oder mittlerem Einkommen (k = 10)
- Australien: 1 RCT
- UK: 4 RCTs
- Dänemark: 1 RCT
- Schweden: 1 RCT
- Spanien: 2 RCTs
- Niederlande: 1 RCT
- Deutschland: 1 RCT
- Israel: 1 RCT
- USA: 12 RCTs
- Kanada: 1 RCT
- China: 3 RCTs
- Taiwan: 2 RCT
- Hong Kong: 5 RCTs
- Korea: 1 RCT
- Singapur: 1 RCT
- Japan: 1 RCT

Setting

- Stationär: 8 RCTs
- Ambulant: 29 RCTs

Interventions- und Kontrollgruppen:

- **Intervention:** Manualisierte Selbstmanagement-intervention¹ (mehrheitlich Gruppenformat): Education groups for People with Schizophrenia (k=1), Psychoeducation (k=2), Recovery Is Up to You (k=1), Recovery Workbook (k=1), Mindfulness-Based Psychoeducation Program (MBPP, k=4), Wellness Recovery Action Planning (WRAP, k=2), Building Recovery of Individual Dreams and Goals through Education and Support (BRIDGES, k=1), Illness Management and Recovery program IMR, k=9), Teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment (k=1), Life Goals Program (k=1), Self-Management education program (k=1), Beating Bipolar (k=1), Living with Bipolar (LWB, k=1), Team Solutions (k=1), Modules of the UCLA Social &

Independent Living Skills (k=6), Transforming Relapse and Instilling Prosperity (TRIP, k=1)), Online Bipolar Education Program (BEP, k=1)), Group-based Coping Oriented Program (COP, k=1)

- Therapeut:innen (k=25), Peers (k=5), online (k=2), anders
- Median: 12 Wochen (1;52)
- **Kontrolle:** Herkömmliche Behandlung (k=19), Warteliste (k=3), Aktive Kontroll-intervention (k=12), Multi-Arm-Studie (k=3)

Der Median der Nachbeobachtungszeit

- 41 Wochen (Bereich 4-104 Wochen) nach der Behandlung; 52 Wochen (Spanne 7-130 Wochen) nach der Randomisierung.

Ergebnisse

- zwei Zeitpunkte:
 - am Ende der Behandlung (d. h. sofort oder innerhalb von 2 Wochen) und
 - bei der Nachuntersuchung.

Klinisches Recovery/Symptomatik

- **Gesamtsymptome Behandlungsende:** 17 Studien (n = 1.979) kleiner, signifikanter Effekt von Selbstmanagement (SMD: -0,43, 95% CI -0,63 bis -0,22, p<0.0001, I²=78%)
- **Gesamtsymptome Nachuntersuchung:** 13 Studien (n = 1.520) deutlicher Effekt des Selbstmanagements (SMD: -0,88, 95% CI -1,19 bis -0,57, p<0.0001, I²=87%)
- **Positivsymptome Behandlungsende:** 8 RCTs, n = 879, n.s.,
- **Positivsymptome Follow-up:** (k = 6, n = 771, moderater Effekt (SMD -0,61, 95% CI -1,03 bis -0,19, p=0.004, I²=85%)
- **Negativsymptome Behandlungsende:** 9 RCTs, n = 1.047 (SMD: -0,26, 95% CI -0,47 bis -0,05, p=0.01, I²=59%)
- **Negativsymptome Follow-up:** 7 RCTs, N = 091, moderate Wirkung (SMD -0,51, 95% CI -0,82 bis -0,21, p=0.001, I²=77%))
- **Symptome von Depression/Angst Behandlungsende:** 5 RCTs, n = 452, (SMD -0,26, 95% CI -0,51 bis -0,01, p=0.04, I²=40%, n.s.)
- **Symptome von Depression/Angst Follow-up:** (SMD -0,19, 95% CI -0,33 bis -0,04, p=0.02, I²=15%, n.s.; k = 6, n = 964)

Rückfall/Wiederaufnahme

- **Gesamtzahl der Patienten, die zu einem der beiden Zeitpunkte wieder aufgenommen wurden,** n.s. (SMD 0,84, 95% CI 0,48-1,46, bzw. SMD 0,75, 95% CI 0,51-1,08)
- **durchschnittliche Anzahl der Wiederaufnahmen Behandlungsende:** n.s.
- **durchschnittliche Anzahl der Wiederaufnahmen im Follow-up:** (SMD -0,92, 95% CI -1,63 bis -0,21, p=0.01; I²= 93%; 5 RCTs, n=655)
- **Dauer stationäre Behandlungen Behandlungsende:** (SMD -0,26, 95% CI -0,50 bis -0,02, p=0.04, I²=63%) (k = 6, n = 902)
- **Dauer stationäre Behandlungen im Follow-up:** (SMD -0,68, 95% CI -1,10 bis -0,25, p=0.002, I²=88%; k = 7, n = 908)

Persönliches Recovery

- **selbst eingeschätzte Recovery Behandlungsende:** (SMD -0,62, 95% CI -1,03 bis -0,22) (k = 11; n = 1.013, p=0.002, I²=89%)

- **selbst eingeschätzte Recovery Follow-up:** (k = 7, n = 1.134, SMD -0,81, 95% CI -1,40 bis -0,22, p=0.007, I²=94%)

Empowerment

- Am Ende der Behandlung: n.s. (k = 3, n = 346) (SMD -1,44, 95% CI -2,97 bis 0,08)
- Follow-up: (k = 2, n = 538), (SMD -0,25, 95% CI -0,43 bis -0,07, p=0.007, I²=12%)

Hoffnung

- Ende der Behandlung: n.s. (k = 2, n = 389, SMD -0,18, 95% CI -0,38 bis 0,01)
- Follow-up: 3 RCTs, n= 967, (SMD -0,24, 95% CI -0,46 bis -0,02, p=0.03, I²=65% n.s.)

Selbstwirksamkeit

- Ende der Behandlung: 4 RCTs, n = 601, (SMD -0,38, 95% CI -0,62 bis -0,15, p=0.001, I²=45%)
- Follow-up: 1 RCT, n = 221, (SMD -0,34, 95% CI -0,61 bis -0,07, p=0.01)

Funktionsfähigkeit

- Ende der Behandlung (k = 15, n = 1.948), (SMD -0,56, 95% CI -0,85 bis -0,28, p=0.0001, I²=88%)
- Follow-up: (k = 14, n = 1.805), (SMD -0,90, 95% CI -1,34 bis -0,45, p=0.0001, I²=95%)

Lebensqualität

- Ende der Behandlung: 9 RCTs, n = 863, (SMD -0,23, 95% CI -0,37 bis -0,10, p=0.0007, I²=0%),
- Follow-up: (k = 7, n = 980, SMD -0,25, 95% CI -0,37 bis -0,12; p=0.0001, I²=0%)

Bemerkungen

- Methodische Mängel in Primärstudien
- Hohe Heterogenität
- Schwierig, eine Publikationsverzerrung zu erkennen

Titel	Effects of empowerment-based illness management on the medication adherence and recovery of persons with schizophrenia: A systematic review and meta-analysis	
Autoren	– Wen-Ling Hsieh, I-Hsien Li, Wen-I Liu	
Jahr	– 2023	
Journal	– Int J Mental Health Nurs	
Fragestellung / Zielsetzung	– Bewertung der Auswirkungen von Empowerment-basiertem Krankheitsmanagement auf die Therapietreue und Genesung von Menschen mit Schizophrenie	
Design	– Syst. Review und Metaanalyse	
Datenbanken	– PROSPERO-Register Netzwerk, Cochrane Library, PubMed, Embase, CINAHL, PsycArticle und Airiti Bibliothek, Google Scholar and Citation search	
Zeitraum	– Suche im Juni 2022	
Eingeschlossene Studientypen	– Randomisierte kontrollierte Studien (RCTs)	
Autoren eingeschlossener Arbeiten	Qualitative/ quantitative Synthese: k= 16 RCTs – Barbic et al. 2009, – Chien et al., 2015, 2016, 2019; – Cook, Copeland, et al., 2012; – Cook, Steigman, et al., 2012; – Fardig et al., 2011; – Hasan & Musleh, 2017; – Monroe-DeVita et al., 2018; – Roosenschoon et al., 2021; – Salyers et al., 2014; – Shon & Park, 2002; – Staring et al., 2010) – Barkhof et al., 2013; – Jorgensen et al., 2015; – Shimada et al., 2018	
weitere relevante Einschlusskriterien	– PICOS-Design (Teilnehmer, Intervention, Vergleich, Ergebnis und Studie) – Teilnehmende: Die Studienteilnehmer waren Menschen mit Schizophrenie. Personen mit Substanzkonsumstörungen oder anderen medizinischen Erkrankungen wurden ausgeschlossen. – Intervention: Empowerment-basiertes Krankheitsmanagement. Eine Empowerment-stärkende Intervention wurde definiert als Intervention mit folgenden Elementen: Autonomie, Kompetenz, Beziehung oder Motivation. Interventionen, die sich nur auf die Bewältigung des tägl. Lebens konzentrierten, wurden ausgeschlossen.	

	– Vergleich: Die Vergleiche stellten Behandlungen ohne die Elemente von Befähigung wie Autonomie, Kompetenz, Beziehung oder Motivation dar. – Ergebnis: Die primären und sekundären Endpunkte waren die Therapietreue bzw. Genesung/Recovery.
relevante Ausschlusskriterien	– Personen mit Substanzkonsumstörungen oder anderen medizinischen Erkrankungen wurden ausgeschlossen. – Interventionen, die sich nur auf die Bewältigung des tägl. Lebens konzentrierten, wurden ausgeschlossen. – Studien ohne RCT-Design
Qualitätsbewertung durchgeführt	– Cochrane Collaboration Risk of Bias Tool 2.0 – Die meisten Artikel wiesen ein geringes Risiko der Verzerrung auf (Barbic et al., 2009; Chien et al., 2015, 2016, 2019; Cook, Copeland, et al., 2012; Cook, Steigman, et al., 2012; Färdig et al., 2011; Hasan & Musleh, 2017; Monroe-DeVita et al., 2018; Roosenschoon et al., 2021; Salyers et al., 2014; Shon & Park, 2002; Staring et al., 2010), während drei Artikel ein mittleres Risiko der Verzerrung aufwiesen (Barkhof et al., 2013; Jørgensen et al., 2015; Shimada et al., 2018).
Für welche Patienten / Subgruppen Aussagen getroffen?	– Auswirkungen von Interventionskonnotationen
Gemessene Outcomes	– Messung der Therapietreue (Medikation): Adherence Rating Scale (ARS), Medication Adherence Questionnaire (MAQ), Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8), Service Engagement Scale (SES) – Messung der Genesung: Recovery Assessment Scale (RAS), Recovery Style Questionnaire (RSQ), and Mental Health Recovery Measure (MHRM)
Ergebnisse Metaanalysen (nur für RCTs)	<u>Allgemein:</u> Charakteristika: Wirkung von Empowerment-basierten Krankheits-Management-Ansätzen auf die Therapietreue – 8 RCTs/N= 859 – Länder: Asien (62,5 %; n = 5), Europa, USA – TN Alter von 20-40 Jahren (75,0 %; n = 6) – Behandler: prof. Pflege (87,5 %; n = 7) – Interventionsmodus: überwiegend face-to-face (87,5 %; n = 7) – Häufigkeit der Intervention: meist einmal alle 2 Wochen (62,5 %; n = 5) – Dauer der Intervention: meist 3-5 Monate (50,0%; n = 4), gefolgt von 6-12 Monaten (37,5 %; n = 3). – Nachbeobachtungszeitraum: überwiegend 6-9 Monate (50,0%; n = 4), gefolgt von ≤3 Monaten (37,5%; n = 3) Effekte auf Recovery – 10 RCTs/N=1.473 – Europa und USA (90%; n = 9) – Alter: meist zwischen 40 und 50 Jahre (70 %; n = 7) – Behandler: prof. Pflege (40 %; n = 4)

- Interventionsmodus: meist Gruppeninterventionen (60 %; n = 6)
- Interventionshäufigkeit: meist wöchentlich (60 %; n = 6)
- Interventionsdauer: variierte (Spanne 1,5-12 Monate), die meist ≤3 Monate (40%; n = 4)
- Nachbeobachtungszeitraum: Bereich 0-12 Monate

Ergebnisse

Wirkung von Empowerment-basierten Krankheits-Management-Ansätzen auf die Therapietreue (Medikation)

- 8 RCTs, N= 859, SMD = 0,58, 95% CI 0,18-0,99, p = 0,005, (I^2 = 88 %)

Effekte auf Recovery

- 10 RCTs, N=1473, SMD = 0,55, 95% CI 0.10-0.99, p = 0,02; (I^2 = 93 %)

Subgruppenanalysen

- **Auswirkungen von Interventionskonnotationen** von Empowerment-basiertem Krankheitsmanagement auf die Medikamenten-Adhärenz
 - Medikationsmotivation: SMD = 0,58 (95% CI 0,18-0,99, p = 0,005), 8 RCTs, N=859, (I^2 = 88 %)
 - Förderung von Selbstmedikationsmanagement: SDM = 0,75 (95% CI 0,33-1,17, p < 0,001), 5 RCTs, N = 508, (I^2 = 80%)
 - Bereitstellung von Unterstützungsressourcen: SDM = 0,62 (95% CI -0,03 bis 1,22, p = 0,04), 4 RCTs, N = 508, (I^2 = 90%)
- US der Heterogenität der Effekte von Empowerment-basierten Krankheitsmanagement: Durchschnittsalter der TN, wenn das Durchschnittsalter der TN unter 35 Jahren lag, war der Effekt signifikant (I^2 = 36%; SMD = 1.10, 95% CI 0.83-1.37, p < 0.001, k=3). Wenn das Durchschnittsalter der Probanden über 35 Jahre lag, war der Effekt nicht signifikant (I^2 = 49 %; SMD = 0,11, 95 % CI -0,16 bis 0,38, p = 0,43, k=4)
- Auswirkungen von Interventionskonnotationen von Empowerment-basiertem Krankheitsmanagement auf Recovery:
 - Einsatzes von Selbststärkung: SDM = 3,96 (95% CI 3.31-4.60, p < 0,001), k=1, N = 112
 - Verbindung von externen Kräften/Ressourcen: SDM = 1,32 (95% CI 0,36-2,28, p = 0,007), K = 6, N = 1.105, (I^2 =98%)
 - Verständnis persönlicher Bedürfnisse: SDM = 0,91 (95% CI 0,19-1,63, p = 0.01), k = 1, N = 33
 - Überwindung der Selbststigmatisierung: SDM = 0,89 (95% CI 0,11-1,67, p = 0,03), k = 5, N = 1.048
- Da die Heterogenität immer noch hoch war, wurde in dieser Studie eine Sensitivitätsanalyse durchgeführt, die nicht zu veränderten Ergebnissen führte.

Bemerkungen

- Publikationsverzerrungsrisiko gering (Egger-Test zur Bestimmung der Effektgröße)
- Insgesamt moderate Effekte

- Die TN und Behandelnden in den Studien waren nicht verblindet, was zu einer Beeinflussung der sozialen Erwartungen geführt haben könnte.
- Die Verblindung bei den US betrug 43,8 %.
- Hohes Maß an Heterogenität, weil Empowerment-basiertes Krankheitsmanagement eine gemischte, komplexe Interventionsstrategie ist.

Titel	Efficacy of technology-based interventions in psychosis: a systematic review and network meta-analysis
Autoren	– Carla Morales-Pillado, Belén Fernández-Castilla, Teresa Sánchez-Gutiérrez, Eduardo González-Fraile, Sara Barbeito and Ana Calvo
Jahr	– 2022
Journal	– Psychological Medicine
Fragestellung / Zielsetzung	– (1) Quantitativ Zusammenfassung von Studien, in denen untersucht wurde, ob der Einsatz von Technik-basierten Interventionen (TBIs) als Ergänzung zur üblichen Behandlung (TAU) zu den gleichen Ergebnissen führt wie konventionelle persönliche Interventionen (herkömmliche Face-to-Face-Interventionen) bei Psychose-Patienten hinsichtlich der Symptome (positive und negative), Funktionsfähigkeit, soziale Kognitionen und Lebensqualität – (2) Analyse der Studienmerkmale bez. der Wirksamkeit von TBIs (z.B. Moderatorenanalyse); – (3) Netzwerk-Meta-Analyse, um zu untersuchen, welche Behandlung zu einer stärkeren Verbesserung der einzelnen Ergebnisse führt
Design	– Syst. Review und Metaanalyse
Datenbanken	– PubMed/Ovid and MEDLINE
Zeitraum	– bis September 2020
Eingeschlossene Studientypen	– Randomisierte kontrollierte Studien (RCTs)
Autoren eingeschlossener Arbeiten	Quantitative Synthese: k= 58 RCTs – Bell, Fiszdon, Greig, Wexler, and Bryson (2007), Bell, Zito, Greig, and Wexler (2008), Bellucci, Glaberman, and Haslam (2003), Bryce et al. (2018), Cavallaro et al. (2009), Choi et al. (2018), Contreras, Tan, Lee, Castle, and Rossell (2018), d’Amato et al. (2011), Eack et al. (2009), Fisher, Holland, Merzenich, and Vinogradov (2009), Fisher, Holland, Merzenich, and Vinogradov (2010), Fisher, Mellon, Wolkowitz, and Vinogradov (2016), Fisher et al. (2015), Fiszdon, Kurtz, Choi, Bell, and Martino (2016), Garety et al. (2015), Garrido et al. (2013), Gottlieb et al. (2017), Greig, Zito, Wexler, Fiszdon, and Bell (2007), Hogarty et al. (2004), Hooker et al. (2012), Iwata et al. (2017), Jahshan, Vinogradov, Wynn, Helleman, and Green (2019), Krzystanek, Borkowski, Skołacka, and Krysta (2019), Kukla, Bell, and Lysaker (2018), Kurtz, Mueser, Thime, Corbera, and Wexler (2015), Kurtz, Seltzer, Shagan, Thime, and Wexler (2007), Lado-Codecido, Méndez Pérez, Mateos, Olivarres, and García Caballero (2019), Lee (2013), Leff, Williams, Huckvale, Arbuthnot, and Leff (2013), Lindenmayer et al. (2018), Mahncke et al. (2019), Maroño Souto et al. (2018), Matsuda et al. (2018), Miley et al. (2020), Moritz et al. (2011, 2015a, 2015b, 2016), Pitkänen et al. (2012), Popov et al. (2011, 2014), Rass et al. (2012), Rodewald et al. (2011), Sachs et al. (2012), Schlosser

	et al. (2018), Shuib, Ahmad, Osman, and Alwi (2019), Tessier et al. (2020), Urben, Pihet, Jaugey, Halfon, and Holzer (2012), Van den Noortgate, López-López, Marín-Martínez, and Sánchez-Meca (2013), Vauth et al. (2005), Vinogradov et al. (2009), Vreeland et al. (2006), Wölwer et al. (2005), Xu et al. (2019), and Zhu et al. (2020)
weitere relevante Einschlusskriterien	– Artikel, die über RCTs berichten, die die Wirksamkeit von TBI als Ergänzung zu TAU mit Face-to-Face-Interventionen vergleichen; – bei den Teilnehmern wurde eine Psychose in der ersten Episode diagnostiziert (FEP), hohes Psychoserisiko, Schizophrenie, schizoaffektive oder schizophreniforme psychotische Störung und nicht-affektive Psychose – (3) der Artikel wurde von Fachkollegen begutachtet, in englischer Sprache veröffentlicht oder befindet sich im Druck
relevante Ausschlusskriterien	– Studien wurden ausgeschlossen, wenn bei den Teilnehmern eine psychotische Störung aufgrund einer anderen medizinischen Erkrankung oder oder eine substanzinduzierte Psychose diagnostiziert wurde, und – wenn die neuropsychologischen Ergebnisse nur eine auf Magnetresonanztomographie basierende Bewertung erforderten
Qualitätsbewertung durchgeführt	– Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias in randomized trials (Higgins et al., 2011).
Für welche Patienten / Subgruppen Aussagen getroffen?	– Bildung homogener Gruppen auf der Grundlage von zwei relevanten Variablen gebildet: Diagnose und Durchschnittsalter der Teilnehmer (über 25 und unter 25 Jahren)
Gemessene Outcomes	– Neurokognition (k=34), – Symptomatik (k=19 positive Symptome und k=18 negative Symptomatik), – Funktionsfähigkeit (k=23), – soziale Kognition (k=17) – Lebensqualität (k=15)
Ergebnisse (nur für RCTs)	Metaanalysen Allgemein: Charakteristika: – N = 4.394 – 64,31 % männlich – Durchschnittsalter: 36,58 (S.D. = 9,50) Jahre Intervention: – Computergestützte bzw. Geräte-basierte Interventionen (k=49) – Online -, mobile Anwendungen (k=9) – Inhalte: ○ kognitives Training (k=26 Studien allein und k=15 mit einer anderen TBI-Therapie), ○ Training sozialer Kognitionen ○ Psychoedukation ○ CBT ○ In Kombination, auch mit anderen Ansätzen (Vocational Training) – Durchschnittliche Dauer der Interventionen: 12 Wochen, meist ohne Kontakt zu anderen Patienten oder Therapeuten (30 CGs)

und 25 IGs) und mit Verschreibung von Antipsychotika (17 Studien berichteten nicht dazu)

- 40 % der Studien hatten die Patienten mindestens drei Sitzungen pro Woche, während in den übrigen 60 % der Studien die Patienten weniger als drei Sitzungen pro Woche hatten
- Intervention in einer Klinik (81 %), Intervention zu Hause (k=9), beide Settings (k=2)

Ergebnisse

TBI als Ergänzung zur TAU insgesamt gegenüber Face-to-Face-Interventionen als Ergänzung zu TAU

- standardized mean change (SMC), converted SMC to Hedges g

Analysen:

- (1) *kombinierte SMC* für jedes klinische Ergebnis, d. h. es wurde eine kombinierte SMC für Neurokognition, Symptomatik, Funktionsfähigkeit, soziale Funktionsfähigkeit und Lebensqualität ermittelt; jeder dieser Gesamt-SMCs gibt an, wie viel wirksamer die Kombination von TBIs und TAU ist gegenüber der Standard-Interventionen (TAU kann jede Standardintervention sein)
- (2) innerhalb jedes Bereichs **getrennte Meta-Analysen für jede Art von TBI**, wobei diese Analysen gleichzeitig nach der Art der Kontrollintervention aufgeschlüsselt wurden (3 Kategorien: (1) CG Psychotherapie, (2) CG Technologie und (3) CG ausschließlich Pharmakotherapie.
- (3) **Moderatorenvariablen:** (a) soziodemografische Variablen und klinischen Interventionen (Bildungsgrad nach den in jeder RCT angegebenen Bildungsjahren, Art der Medikation (atypische Antipsychotika, typische Antipsychotika, Antipsychotikum ohne Differenzierung, nur Antipsychotika), Dosis der Medikation (gemessen in Milligramm des Medikament), Dauer der Intervention (gemessen in Wochen), Häufigkeit der Intervention (gemessen in Sitzungstagen pro 15 Tage), Art der TBI [computergestützte Interventionen, das Internet, Plattformen und Computerprogramme oder online], Geschlecht, Alter, Art des Kontakts während der Intervention (mit Therapeuten, mit anderen Patienten, mit beiden Gruppen oder kein Kontakt) und das Setting (Klinik, Zuhause oder beides).
- (4) **Netzwerk-Meta-Analyse:** Welche Behandlung führt zu einer größeren Verbesserung in den einzelnen Bereichen? Bildung homogener Gruppen auf der Grundlage von zwei relevanten Variablen gebildet: Diagnose und Durchschnittsalter der Teilnehmer (über 25 und unter 25 Jahren)
- **Allgemeine Verbesserung** ($g = 0.16$, S.E. = 0.03, $z = 5.36$, $p \leq 0.0001$, Varianz zwischen Studien = 0,01, Varianz innerhalb der Studie = 0,17), geringer Effekt
- **Neurokognition:** sign. Effekt, $k=34$, ($g = 0,13$, S.E. = 0,03, $z = 4,14$, $p \leq 0,0001$); v.a. signifikante Effekte in den Analysen des kognitiven TBI-Trainings im Vergleich zur CG-Psychotherapie ($g = 0,29$, S.E. = 0,09, $z = 3,11$, $p \leq 0,01$) und mit CG Technologie ($g = 0,19$,

S.E. = 0,06, $z = 3,33$, $p \leq 0,001$) und Kombination von TBI Kognitives Training, kognitive Verhaltenstherapie (CBT) und berufliche Therapie führte zu einer signifikanten SMC im Vergleich zu einer CG Psychotherapie ($g = 0,11$, S.E. = 0,05, $z = 2,01$, $p < 0,05$); TBI CBT wirkte schlechter als die CG Psychotherapie ($g = -0,55$, S.E. = 0,14, $z = -3,86$, $p < 0,001$) / *Moderatoren*: Effekt des Bildungsniveaus für TBI Kognitives Training in der IG. Im Durchschnitt, über alle Arten von CGs, je höher das Bildungsniveau der IG, desto größer der Unterschied zwischen der CG und der IG ($b = 0,34$, S.E. = 0,02, $p < 0,05$) und Effekt der Häufigkeit der Sitzungen für die TBI, die kognitives Training und Training sozialer Kognitionen kombinierte: Je häufiger die Sitzungen stattfanden, desto geringer war der Unterschied ($b = -0,05$, S.E. = 0,02, $p < 0,05$)

- **Psychische Symptomatik**: kein signifikanter Effekt, $k=29$, wenn die TBIs mit allen CGs zusammengefasst wurden ($g = 0,11$, S.E. = 0,07, $z = 1,64$, $p = 0,101$); kognitive Training der TBI signifikant besser als CG Psychotherapie ($g = 0,23$, S.E. = 0,10, $z = 2,45$, $p < 0,05$) und TBI CBT besser als CG Psychotherapie ($g = 0,63$, S.E. = 0,20, $z = 3,18$, $p < 0,01$); TBI-Psychoedukation schlechter als die CG Psychotherapie ($g = -0,37$, S.E. = 0,13, $z = -2,94$, $p < 0,01$); Netzwerk-Meta-Analyse: TBI CBT war diejenige, die am besten für die Symptomatik funktionierte ($p = 0,84$). Weitere Subgruppenanalysen n.s. oder Inkonsistenzen;
- **Funktionsniveau**: $k=23$, signifikanter Gesamteffekt ($g = 0,25$, S.E. = 0,09, $z = 2,72$, $p \leq 0,01$); TBI Soziale Kognition zeigte bessere Ergebnisse als GC Psychotherapie ($g = 0,55$, S.E. = 0,12, $z = 4,67$, $p < 0,001$), ebenso wie die Kombination aus TBI Kognitivem Training und TBI Sozialer Kognition ($g = 0,65$, S.E. = 0,26, $z = 2,53$, $p < 0,05$); TBI Psychoedukation zeigte deutlichen Effekt im Vergleich mit GC Psychotherapie ($g = 0,31$, S.E. = 0,074, $z = 4,19$, $p < 0,001$); Kombination von TBIs CBT und kognitivem Training im Vergleich zu GC Psychotherapie ($g = 0,32$, S.E. = 0,13, $z = 2,38$, $p < 0,05$); Netzwerk-Meta-Analyse: Kombination von TBI Kognitives Training und TBI Soziale Kognition am besten für dieses Outcome ($p = 0,95$)
- **Soziale Kognitionen**: $k=17$, sign. Gesamteffekt für TBIs im Vergleich zu allen CGs zusammen ($g = 0,32$, S.E. = 0,13, $z = 2,46$, $p \leq 0,05$); Allerdings, war einzig signifikant der Vergleich zwischen kognitivem Training und CG Technologie ($g = 0,60$, S.E. = 0,20, $z = 2,95$, $p < 0,01$); Netzwerk-Metaanalyse: kognitives Training in Kombination mit der TBI Soziale Kognition am besten für dieses Outcome ($p = 0,70$).
- **Lebensqualität**: $k=16$, Gesamt-SMC nicht signifikant ($g = 0,14$, S.E. = 0,08, $z = 1,78$, $p = 0,076$); sign. Effekt für TBI CBT ($g = 1,24$, S.E. = 0,48, $z = 2,59$, $p \leq 0,01$), nur auf einer Effektgröße basierend
- Netzwerk-Meta-Analyse: TBI CBT statistisch besser als GC-Technologie in der allgemeinen Analyse ($p = 0,99$) bei inkonsistenten Effekten

Bemerkungen

- Keine Hinweise für Publikationsverzerrungen gefunden
- Hohe Varianz in den betrachteten Interventionen, Kontrollinterventionen

- Für einige Bereiche (z. B. soziale Kognition und Lebensqualität) war die Anzahl der Effektgrößen gering, keine ausreichende Aussagekraft
- Z.T. Inkonsistente Effekte in der Netzwerk-Metaanalyse
- Unterschiedlich große Gruppen an Studien machen Vergleiche schwierig

Tabellen aggregierte Evidenz

Tabelle: Charakteristika der aggregierten Evidenz zur Wirksamkeit von Selbstmanagementinterventionen

Autor, Jahr	Eingeschlossene Studien Anzahl	Patienten • Diagnose(n) • (Mittleres) Alter in Jahren • Anzahl Teilnehmende (min, max.) • Mittlere Dauer der Erkrankung • Setting	Experimentalintervention • Art d. Interventionen • Angeboten durch • Dauer Intervention /Studie (min, max) • Intensität	Kontroll-intervention	Nachbeobachtungszeitraum
Lean et al. 2019	Qualitative/ quantitative Synthese: 37 / 35 RCTs ¹	• Schizophrenie (k=18), bipolare Erkrankungen (k=7), SMI (k=12) • 40 Jahre • N=5.790 (32; 555) • k.A. • Gemeinde (k=29); Klinik (k=8)	• Manualisierte Selbstmanagement-intervention² (mehrheitlich Gruppenformat) • Therapeut:innen (k=25), Peers (k=5), online (k=2), anders • Median: 12 Wochen (1;52) • K.A.	• Herkömmliche Behandlung (k=19) • Warteliste (k=3) • Aktive Kontrollintervention (k=12) • Multi-Arm-Studie (k=3)	41 Wochen (4-104 Wochen) nach der Behandlung
Hsieh et al. 2023	Quantitative Synthese: 16 RCTs ³ Vergleich I k=10 Vergleich II k=8	• Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis (k=16) • I 20-40 Jahre (75,0 %) bzw. II 40 - 50 Jahre (70 %) • I N=859 bzw. II N=1.473 (33; 439) • k.A. • Gemeinde (k=14); Klinik (k=1), zu Hause (k=3)	• verschiedene Ansätze⁴ (überwiegend I face-to-face, bzw. II in Gruppe) • Pflege (k=8), Peers (k=1), Ergotherapie (k=1), ACT-Team (k=1), Medizin (k=1), spezielles Training (k=1), Kombination aus verschiedenen Professionen (K=5) • I: 3-5 Monate (50,0%), 6-12 Monate (37,5 %) bzw. II: 1,5 bis 12 Monate (40% < 3 Monate) • I: alle 2 Wochen (62,5 %) bzw. II: wöchentlich (60%)	• Herkömmliche Behandlung (k=12) • Warteliste (k=2) • Aktive Kontrollintervention (Psychoedukation, CM, k=3)	• I: 6-9 Monate (50,0%), ≤3 Monate (37,5%) • II: 0-12 Monate

¹Anzai 2002, Atkinson 1996, Barbic 2009, Chien 2013, 2014, 2017, Chan 2007, Cook 2011, 2012, 2013, Colom 2003, Dalum 2018, Eckman 1992, Fardig 2011, Hasson 2007, Kopelowicz 1998, Levitt 2009, Lin 2013, Monroe-Devita 2018, Perry 1999, Proudfoot 2012, Sajatovic 2009, Salayers 2010, 2014, Schaub 2016, Shon 2002, Smith 2011, Tan 2001, Todd 2014, Torrent 2013, van Gestel-Timmermans 2012, Vreeland 2006, Wang 2016, Wirshing 2006, Xiang 2006, 2007, Zhou 2014

²Education groups for People with Schizophrenia (k=1), Psychoeducation (k=2), Recovery Is Up to You (k=1), Recovery Workbook (k=1), Mindfulness-Based Psychoeducation Program (MBPP, k=4), Wellness Recovery Action Planning (WRAP, k=2), Building Recovery of Individual Dreams and Goals through Education and Support (BRIDGES, k=1), Illness Management and Recovery program IMR, k=9), Teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment (k=1), Life Goals Program (k=1), Self-Management education program (k=1), Beating Bipolar (k=1), Living with Bipolar (LWB, k=1), Team Solutions (k=1), Modules of the UCLA Social & Independent Living Skills (k=6), Transforming Relapse and Instilling Prosperity (TRIP, k=1)), Online Bipolar Education Program (BEP, k=1)), Group-based Coping Oriented Program (COP, k=1)

³Barbic et al. 2009, Chien et al., 2015, 2016, 2019; Cook, Copeland, et al., 2012; Cook, Steigman, et al., 2012; Fardig et al., 2011; Hasan & Musleh, 2017; Monroe-DeVita et al., 2018; Roosenschoon et al., 2021; Salyers et al., 2014; Shon & Park, 2002; Staring et al., 2010; Barkhof et al., 2013; Jorgensen et al., 2015; Shimada et al., 2018

⁴Motivational interviewing, Adherence therapy, Illness Management and Recovery (IMR), Individualized occupational therapy, Self-medication management, The Recovery Workbook, Wellness Recovery Action Planning, Peer-led recovery intervention for mental illness self-management (BRIDGES), IMR, Patient empowerment intervention

Tabelle: Charakteristika der aggregierten Evidenz zur Wirksamkeit von digital-gestützten Selbstmanagement-interventionen

Autor, Jahr	Eingeschlossene Studien Anzahl	Patienten • Diagnose(n) • (Mittleres) Alter in Jahren • Anzahl Teilnehmende (min, max.) • Mittlere Dauer der Erkrankung • Setting	Experimentalintervention • Art d. Interventionen • Techniken • Dauer Intervention /Studie (min, max) • Intensität	Kontrollintervention	Nachbeobachtungszeitraum
Morales-Pillado 2023	Quantitative Synthese: 58 RCTs ¹	• Schizophrenie, frühe Phase einer psychotischen Erkrankung • 36,6 Jahre (SD 9,5) • N=4.394 (,) • k.A. • zu Hause (k=9); Klinik (k=47), beide Settings (k=2)	• Computergestützte Intervention (k=49) oder Online-Programme mit mobilen Anwendungen (k=9) • Kognitives Training (k=26 Studien allein und k=15 mit einer anderen TBI-Therapie, v.a. Training sozialer Kognitionen, Psychoedukation, CBT), auch in Kombination mit anderen Ansätzen (Vocational Training) • Median: 12 Wochen • Mind. 3 Sitzungen pro Woche (40%), < 3 Sitzungen pro Woche (60%)	(1) Psychotherapie (psychologische und psychoedukative Techniken plus Pharmakotherapie) (2) Technologie-basierter Ansatz (nicht-psychotherapeutische Anwendungen, wie z. B. Computerspiele, Computeraufgaben oder Video- und Fernsehprogramme) plus Pharmakotherapie) (3) Pharmakotherapie allein	41 Wochen (4-104 Wochen) nach der Behandlung

¹ Bell, Fiszdon, Greig, Wexler, and Bryson (2007), Bell, Zito, Greig, and Wexler (2008), Bellucci, Glaberman, and Haslam (2003), Bryce et al. (2018), Cavallaro et al. (2009), Choi et al. (2018), Contreras, Tan, Lee, Castle, and Rossell (2018), d'Amato et al. (2011), Eack et al. (2009), Fisher, Holland, Merzenich, and Vinogradov (2009), Fisher, Holland, Merzenich, and Vinogradov (2010), Fisher, Mellon, Wolkowitz, and Vinogradov (2016), Fisher et al. (2015), Fiszdon, Kurtz, Choi, Bell, and Martino (2016), Garety et al. (2015), Garrido et al. (2013), Gottlieb et al. (2017), Greig, Zito, Wexler, Fiszdon, and Bell (2007), Hogarty et al. (2004), Hooker et al. (2012), Iwata et al. (2017), Jahshan, Vinogradov, Wynn, Hellemann, and Green (2019), Krzystanek, Borkowski, Skafacka, and Krysta (2019), Kukla, Bell, and Lysaker (2018), Kurtz, Mueser, Thime, Corbera, and Wexler (2015), Kurtz, Seltzer, Shagan, Thime, and Wexler (2007), Lado-Codesido, Méndez Pérez, Mateos, Olivares, and García Caballero (2019), Lee (2013), Leff, Williams, Huckvale, Arbuthnot, and Leff (2013), Lindenmayer et al. (2018), Mahncke et al. (2019), Maroño Souto et al. (2018), Matsuda et al. (2018), Miley et al. (2020), Moritz et al. (2011, 2015a, 2015b, 2016), Pitkänen et al. (2012), Popov et al. (2011, 2014), Rass et al. (2012), Rodewald et al. (2011), Sachs et al. (2012), Schlosser et al. (2018), Shuib, Ahmad, Osman, and Alwi (2019), Tessier et al. (2020), Urben, Pihet, Jaugey, Halfon, and Holzer (2012), Van den Noortgate, López-López, Marín-Martínez, and Sánchez-Meca (2013), Vauth et al. (2005), Vinogradov et al. (2009), Vreeland et al. (2006), Wölwer et al. (2005), Xu et al. (2019), and Zhu et al. (2020)

Effekttabellen aus aggregierter Evidenz**Tabelle: Effekte von manualisierten Selbstmanagement-Interventionen**

	Lean et al. 2019*	Hsieh et al. 2023
Ergebnisse		
Merkmale klinischer Recovery		
↓ Symptomschwere	++	
Merkmale funktionaler und persönlicher Recovery		
↑ Persönliches Recovery	++	++
↑ Empowerment	++	
↑ Selbstwirksamkeitserleben	++	
↑ Lebensqualität	++	
↑ soziale Funktionen	++	
Behandlungsassoziierte Merkmale		
↓ stationäre Behandlungen	++	
↓ stationäre Behandlungszeiten	++	
↑ Therapietreue (Psychopharmakotherapie)		++

Anmerkungen: * zum Nachbeobachtungszeitpunkt; ++ signifikanter Vorteil in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe; + tendenzielle Überlegenheit ohne signifikanten Unterschied in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe, oder kleine Stichprobe, - Effekt zuungunsten der Intervention; ~: Ergebnisse vergleichbar in beiden Gruppen; ↓: Reduktion, ↑: Erhöhung; †: Befund aus einer Einzelstudie repliziert

Bewertung der eingeschlossenen Übersichtsarbeiten zu den Interventionen der Selbsthilfe bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen nach der AMSTAR 2 Checkliste

Autor	Morales-Pillado et al. 2023	Hsieh et al. 2022	Lean et al. 2019
AMSTAR-Item			
1. Did the research questions and inclusion criteria for the review include the components of PICO?	Ja	Ja	Ja
2. Did the report of the review contain an explicit statement that the review methods were established prior to the conduct of the review and did the report justify any significant deviations from the protocol?	Ja	Ja	Ja
3. Did the review authors explain their selection of the study designs for inclusion in the review?	Nein	Nein	Nein
4. Did the review authors use a comprehensive literature search strategy?	Teilweise ja	Teilweise ja	Teilweise ja
5. Did the review authors perform study selection in duplicate?	Ja	Ja	Nein
6. Did the review authors perform data extraction in duplicate?	Ja	Ja	Nein
7. Did the review authors provide a list of excluded studies and justify the exclusions?	Teilweise ja	Teilweise ja	Teilweise ja
8. Did the review authors describe the included studies in adequate detail?	Nein	Ja	Ja
9. Did the review authors use a satisfactory technique for assessing the risk of bias (RoB) in individual studies that were included in the review?	Ja	Ja	Ja
10. Did the review authors report on the sources of funding for the studies included in the review?	Nein	Nein	Nein
11. If meta-analysis was performed did the review authors use appropriate methods for statistical combination of results?	Ja	Ja	Ja
12. If meta-analysis was performed, did the review authors assess the potential impact of RoB in individual studies on the results of the meta-analysis or other evidence synthesis?	Nein	Ja	Nein
13. Did the review authors account for RoB in individual studies when interpreting/ discussing the results of the review?	Nein	Ja	Ja
14. Did the review authors provide a satisfactory explanation for, and discussion of, any heterogeneity observed in the results of the review?	Nein	Ja	Ja

15. If they performed quantitative synthesis did the review authors carry out an adequate investigation of publication bias (small study bias) and discuss its likely impact on the results of the review?	Ja	Ja	Ja
16. Did the review authors report any potential sources of conflict of interest, including any funding they received for conducting the review?	Ja	Ja	Ja
Assessment quality critical items*	niedrig	moderat	niedrig

* gemeint sind die Nummern 2, 4, 7, 9, 11, 13, 15

Ausgeschlossene Arbeiten Selbsthilfe

Karyotaki E, Efthimiou O, Miguel C, Bermpohl FMG, Furukawa TA et al. Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy for Depression: A Systematic Review and Individual Patient Data Network Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2021 Apr 1;78(4):361-371. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2020.4364. Erratum in: *JAMA Psychiatry*. 2023 Dec 27;; PMID: 33471111; PMCID: PMC8027916.

Ausschlussgrund: Population

Solmi M, Croatto G, Piva G, Rosson S, Fusar-Poli P, Rubio JM, Carvalho AF, Vieta E, Arango C, DeTore NR, Eberlin ES, Mueser KT, Correll CU. Efficacy and acceptability of psychosocial interventions in schizophrenia: systematic overview and quality appraisal of the meta-analytic evidence. *Mol Psychiatry*. 2023 Jan;28(1):354-368. doi: 10.1038/s41380-022-01727-z. Epub 2022 Aug 23. PMID: 35999275.

Ausschlussgrund: Methodik (Meta-Review)

Etzelmueller A, Vis C, Karyotaki E, Baumeister H, Titov N, Berking M, Cuijpers P, Riper H, Ebert DD. Effects of Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy in Routine Care for Adults in Treatment for Depression and Anxiety: Systematic Review and Meta-Analysis. *J Med Internet Res*. 2020 Aug 31;22(8):e18100. doi: 10.2196/18100. PMID: 32865497; PMCID: PMC7490682.

Ausschlussgrund: Population/Design Primärstudien

Furukawa TA, Suganuma A, Ostinelli EG, et al. Dismantling, optimising, and personalising internet cognitive behavioural therapy for depression: a systematic review and component network meta-analysis using individual participant data. *Lancet Psychiatry*. 2021 Jun;8(6):500-511. doi: 10.1016/S2215-0366(21)00077-8. Epub 2021 May 3. PMID: 33957075; PMCID: PMC8838916.

Ausschlussgrund: Population

Faurholt-Jepsen M. Electronic monitoring in bipolar disorder. *Dan Med J*. 2018 Mar;65(3):B5460. PMID: 29510813.

Ausschlussgrund: Intervention

Ma D, Su J, Wang H, Zhao Y, Li H, Li Y, Zhang X, Qi Y, Sun J. Sensory-based approaches in psychiatric care: A systematic mixed-methods review. *J Adv Nurs*. 2021 Oct;77(10):3991-4004. doi: 10.1111/jan.14884. Epub 2021 May 5. PMID: 33951221.

Ausschlussgrund: Intervention

Xie Q, Torous J, Goldberg SB. E-Mental Health for People with Personality Disorders: A Systematic Review. *Curr Psychiatry Rep*. 2022 Oct;24(10):541-552. doi: 10.1007/s11920-022-01360-1. Epub 2022 Aug 16. PMID: 35972718; PMCID: PMC9379895.

Ausschlussgrund: Design Primärstudien

Scott AJ, Webb TL, Rowse G. Self-help interventions for psychosis: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2015 Jul;39:96-112. doi: 10.1016/j.cpr.2015.05.002. Epub 2015 May 21. PMID: 26046501.

Ausschlussgrund: Design Primärstudien

Favre S, Richard-Lepouriel H. Self-stigma and bipolar disorder: A systematic review and best-evidence synthesis. *J Affect Disord.* 2023 Aug 15;335:273-288. doi: 10.1016/j.jad.2023.05.041. Epub 2023 May 17. PMID: 37207946.

Ausschlussgrund: Fragestellung

Gliddon E, Barnes SJ, Murray G, Michalak EE. Online and mobile technologies for self-management in bipolar disorder: A systematic review. *Psychiatr Rehabil J.* 2017 Sep;40(3):309-319. doi: 10.1037/prj0000270. Epub 2017 Jun 8. PMID: 28594196.

Ausschlussgrund: Design Primärstudien

Alber CS, Krämer LV, Rosar SM, Mueller-Weinitschke C. Internet-Based Behavioral Activation for Depression: Systematic Review and Meta-Analysis. *J Med Internet Res.* 2023 May 25;25:e41643. doi: 10.2196/41643. PMID: 37227760; PMCID: PMC10251223.

Ausschlussgrund: Population

Woolf C, Lampit A, Shahnawaz Z, Sabates J, Norrie LM, Burke D, Naismith SL, Mowszowski L. A Systematic Review and Meta-Analysis of Cognitive Training in Adults with Major Depressive Disorder. *Neuropsychol Rev.* 2022 Jun;32(2):419-437. doi: 10.1007/s11065-021-09487-3. Epub 2021 Apr 28. PMID: 33913064.

Ausschlussgrund: Intervention

van Straten A, Hill J, Richards DA, Cuijpers P. Stepped care treatment delivery for depression: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med.* 2015 Jan;45(2):231-46. doi: 10.1017/S0033291714000701. Epub 2014 Mar 26. PMID: 25065653.

Ausschlussgrund: Population/Intervention

Huguet A, Rao S, McGrath PJ, Wozney L, Wheaton M, Conrod J, Rozario S. A Systematic Review of Cognitive Behavioral Therapy and Behavioral Activation Apps for Depression. *PLoS One.* 2016 May 2;11(5):e0154248. doi: 10.1371/journal.pone.0154248. PMID: 27135410; PMCID: PMC4852920.

Ausschlussgrund: Population/Fragestellung

van der Krieke L, Wunderink L, Emerencia AC, de Jonge P, Sytema S. E-mental health self-management for psychotic disorders: state of the art and future perspectives. *Psychiatr Serv.* 2014 Jan 1;65(1):33-49. doi: 10.1176/appi.ps.201300050. PMID: 24129842.

Ausschlussgrund: Design Primärstudien

Nicholas J, Larsen ME, Proudfoot J, Christensen H. Mobile Apps for Bipolar Disorder: A Systematic Review of Features and Content Quality. *J Med Internet Res.* 2015 Aug 17;17(8):e198. doi: 10.2196/jmir.4581. PMID: 26283290; PMCID: PMC4642376.

Ausschlussgrund: Fragestellung

Dean OM, Gliddon E, Van Rheenen TE, Giorlando F, Davidson SK, Kaur M, Ngo TT, Williams LJ. An update on adjunctive treatment options for bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 2018 Mar;20(2):87-96. doi: 10.1111/bdi.12601. Epub 2018 Jan 25. PMID: 29369487.

Ausschlussgrund: kein systemat. Review

Miralles I, Granell C, Díaz-Sanahuja L, Van Woensel W, Bretón-López J, Mira A, Castilla D, Casteleyn S. Smartphone Apps for the Treatment of Mental Disorders: Systematic Review. *JMIR Mhealth Uhealth*. 2020 Apr 2;8(4):e14897. doi: 10.2196/14897. PMID: 32238332; PMCID: PMC7163422.

Ausschlussgrund: Population/Fragestellung

McBain H, Mulligan K, Haddad M, Flood C, Jones J, Simpson A. Self management interventions for type 2 diabetes in adult people with severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Apr 27;4(4):CD011361. doi: 10.1002/14651858.CD011361.pub2. PMID: 27120555; PMCID: PMC10201333.

Ausschlussgrund: Population/Fragestellung

Hidalgo-Mazzei D, Mateu A, Reinares M, Matic A, Vieta E, Colom F. Internet-based psychological interventions for bipolar disorder: Review of the present and insights into the future. *J Affect Disord*. 2015 Dec 1;188:1-13. doi: 10.1016/j.jad.2015.08.005. Epub 2015 Aug 28. PMID: 26342885.

Ausschlussgrund: Design Primärstudien

Josephine K, Josefine L, Philipp D, David E, Harald B. Internet- and mobile-based depression interventions for people with diagnosed depression: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2017 Dec 1;223:28-40. doi: 10.1016/j.jad.2017.07.021. Epub 2017 Jul 10. PMID: 28715726.

Ausschlussgrund: Population

Eilert N, Enrique A, Wogan R, Mooney O, Timulak L, Richards D. The effectiveness of Internet-delivered treatment for generalized anxiety disorder: An updated systematic review and meta-analysis. *Depress Anxiety*. 2021 Feb;38(2):196-219. doi: 10.1002/da.23115. Epub 2020 Nov 22. PMID: 33225589; PMCID: PMC7894171.

Ausschlussgrund: Population

Varo C, Murru A, Salagre E, Jiménez E, Solé B, Montejo L, Carvalho AF, Stubbs B, Grande I, Martínez-Arán A, Vieta E, Reinares M. Behavioral addictions in bipolar disorders: A systematic review. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2019 Jan;29(1):76-97. doi: 10.1016/j.euroneuro.2018.10.012. Epub 2018 Nov 9. PMID: 30420190.

Ausschlussgrund: Intervention/Fragestellung

Välimäki M, Athanasopoulou C, Lahti M, Adams CE. Effectiveness of Social Media Interventions for People With Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Med Internet Res*. 2016 Apr 22;18(4):e92. doi: 10.2196/jmir.5385. PMID: 27105939; PMCID: PMC4859871.

Ausschlussgrund: Intervention

Han A, Kim TH. Efficacy of Internet-Based Acceptance and Commitment Therapy for Depressive Symptoms, Anxiety, Stress, Psychological Distress, and Quality of Life: Systematic Review and Meta-analysis. *J Med Internet Res*. 2022 Dec 9;24(12):e39727. doi: 10.2196/39727. PMID: 36485030; PMCID: PMC9789494.

Ausschlussgrund: Population

Barbeito S, Sánchez-Gutiérrez T, Becerra-García JA, González Pinto A, Caletti E, Calvo A. A systematic review of online interventions for families of patients with severe mental disorders. *J Affect Disord*. 2020 Feb 15;263:147-154. doi: 10.1016/j.jad.2019.11.106. Epub 2019 Nov 22. PMID: 31818771.

Ausschlussgrund: Fragestellung

Whiteman KL, Naslund JA, DiNapoli EA, Bruce ML, Bartels SJ. Systematic Review of Integrated General Medical and Psychiatric Self-Management Interventions for Adults With Serious Mental Illness. *Psychiatr Serv*. 2016 Nov 1;67(11):1213-1225. doi: 10.1176/appi.ps.201500521. Epub 2016 Jun 15. PMID: 27301767; PMCID: PMC5089924.

Ausschlussgrund: Design Primärstudien/Fragestellung

van Schie D, Castelein S, van der Bijl J, Meijburg R, Stringer B, van Meijel B. Systematic review of self-management in patients with schizophrenia: psychometric assessment of tools, levels of self-management and associated factors. *J Adv Nurs*. 2016 Nov;72(11):2598-2611. doi: 10.1111/jan.13023. Epub 2016 Jun 13. PMID: 27200500.

Ausschlussgrund: Intervention

Siantz E, Aranda MP. Chronic disease self-management interventions for adults with serious mental illness: a systematic review of the literature. *Gen Hosp Psychiatry*. 2014 May-Jun;36(3):233-44. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2014.01.014. Epub 2014 Feb 10. PMID: 24630896.

Ausschlussgrund: Fragestellung/Design Primärstudien

Wood L, Byrne R, Varese F, Morrison AP. Psychosocial interventions for internalised stigma in people with a schizophrenia-spectrum diagnosis: A systematic narrative synthesis and meta-analysis. *Schizophr Res*. 2016 Oct;176(2-3):291-303. doi: 10.1016/j.schres.2016.05.001. Epub 2016 May 30. PMID: 27256518.

Ausschlussgrund: Fragestellung

Faurholt-Jepsen M, Munkholm K, Frost M, Bardram JE, Kessing LV. Electronic self-monitoring of mood using IT platforms in adult patients with bipolar disorder: A systematic review of the validity and evidence. *BMC Psychiatry*. 2016 Jan 15;16:7. doi: 10.1186/s12888-016-0713-0. PMID: 26769120; PMCID: PMC4714425.

Ausschlussgrund: Intervention/Design Primärstudien

Berry N, Lobban F, Emsley R, Bucci S. Acceptability of Interventions Delivered Online and Through Mobile Phones for People Who Experience Severe Mental Health Problems: A Systematic Review. *J Med Internet Res*. 2016 May 31;18(5):e121. doi: 10.2196/jmir.5250. PMID: 27245693; PMCID: PMC4908305.

Ausschlussgrund: Fragestellung

Alonso M, Guillén AI, Muñoz M. Interventions to Reduce Internalized Stigma in individuals with Mental Illness: A Systematic Review. *Span J Psychol*. 2019 May 14;22:E27. doi: 10.1017/sjp.2019.9. PMID: 31084665.

Ausschlussgrund: Fragestellung

Fadipe MF, Aggarwal S, Johnson C, Beauchamp JES. Effectiveness of online cognitive behavioural therapy on quality of life in adults with depression: A systematic review. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2023 Oct;30(5):885-898. doi: 10.1111/jpm.12924. Epub 2023 Apr 3. PMID: 37010913.

Ausschlussgrund: Population

Lamont E, Dickens GL. Mental health services, care provision, and professional support for people diagnosed with borderline personality disorder: systematic review of service-user, family, and carer perspectives. *J Ment Health*. 2021 Oct;30(5):619-633. doi: 10.1080/09638237.2019.1608923. Epub 2019 May 17. PMID: 31099717.

Ausschlussgrund: Intervention

Cuijpers P, Karyotaki E, Harrer M, Stikkelbroek Y. Individual behavioral activation in the treatment of depression: A meta analysis. *Psychother Res*. 2023 Sep;33(7):886-897. doi: 10.1080/10503307.2023.2197630. Epub 2023 Apr 17. PMID: 37068380.

Ausschlussgrund: Intervention

Moshe I, Terhorst Y, Philippi P, Domhardt M, Cuijpers P, Cristea I, Pulkki-Råback L, Baumeister H, Sander LB. Digital interventions for the treatment of depression: A meta-analytic review. *Psychol Bull*. 2021 Aug;147(8):749-786. doi: 10.1037/bul0000334. PMID: 34898233.

Ausschlussgrund: Methodik (Meta-Review)

Lamontagne-Godwin FR, Henderson C, Lafarge C, Stock R, Barley EA. The effectiveness and design of informed choice tools for people with severe mental illness: a systematic review. *J Ment Health*. 2023 Feb;32(1):260-275. doi: 10.1080/09638237.2020.1803232. Epub 2020 Aug 8. PMID: 32772607.

Ausschlussgrund: Intervention

Kerst A, Zielasek J, Gaebel W. Smartphone applications for depression: a systematic literature review and a survey of health care professionals' attitudes towards their use in clinical practice. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2020 Mar;270(2):139-152. doi: 10.1007/s00406-018-0974-3. Epub 2019 Jan 3. PMID: 30607530.

Ausschlussgrund: Population

Islam S, Appleton R, Hutchings-Hay C, Lloyd-Evans B, Johnson S. A systematic review of influences on implementation of supported self-management interventions for people with severe mental health problems in secondary mental health care settings. *PLoS One*. 2023 Feb 27;18(2):e0282157. doi: 10.1371/journal.pone.0282157. PMID: 36848334; PMCID: PMC9970054.

Ausschlussgrund: Intervention

Massoudi B, Holvast F, Bockting CLH, Burger H, Blanker MH. The effectiveness and cost-effectiveness of e-health interventions for depression and anxiety in primary care: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2019 Feb 15;245:728-743. doi: 10.1016/j.jad.2018.11.050. Epub 2018 Nov 6. PMID: 30447572.

Ausschlussgrund: Population

Beentjes TAA, van Gaal BGI, van Achterberg T, Goossens PJJ. Self-Management Support Needs From the Perspectives of Persons With Severe Mental Illness: A Systematic Review and Thematic Synthesis of

Qualitative Research. J Am Psychiatr Nurses Assoc. 2020 Sep/Oct;26(5):464-482. doi: 10.1177/1078390319877953. Epub 2019 Oct 3. PMID: 31578904.

Ausschlussgrund: Fragestellung

Pang Y, Zhang X, Gao R, Xu L, Shen M, Shi H, Li Y, Li F. Efficacy of web-based self-management interventions for depressive symptoms: a meta-analysis of randomized controlled trials. BMC Psychiatry. 2021 Aug 11;21(1):398. doi: 10.1186/s12888-021-03396-8. PMID: 34380440; PMCID: PMC8359554.

Ausschlussgrund: Population

Oliveira ACN, Guariente SMM, Zazula R, Mesas AE, Oliveira CEC, Reiche EMV, Nunes SOV. Hybrid and Remote Psychosocial Interventions Focused on Weight and Sedentary Behavior Management Among Patients with Severe Mental Illnesses: a Systematic Review. Psychiatr Q. 2022 Sep;93(3):813-840. doi: 10.1007/s11126-022-09994-3. Epub 2022 Jun 24. PMID: 35739407; PMCID: PMC9225878.

Ausschlussgrund: Design Primärstudien

McDonagh MS, Dana T, Kopelovich SL, Monroe-DeVita M, Blazina I, Bougatsos C, Grusing S, Selph SS. Psychosocial Interventions for Adults With Schizophrenia: An Overview and Update of Systematic Reviews. Psychiatr Serv. 2022 Mar 1;73(3):299-312. doi: 10.1176/appi.ps.202000649. Epub 2021 Aug 13. PMID: 34384230.

Ausschlussgrund: Fragestellung

Tse S, Tsoi EW, Hamilton B, O'Hagan M, Shepherd G, Slade M, Whitley R, Petrakis M. Uses of strength-based interventions for people with serious mental illness: A critical review. Int J Soc Psychiatry. 2016 May;62(3):281-91. doi: 10.1177/0020764015623970. Epub 2016 Feb 1. PMID: 26831826.

Ausschlussgrund: Intervention

Anwendung von GRADE: Beurteilung der Vertrauenswürdigkeit der Evidenz

Faktoren, die Vertrauenswürdigkeit in die Evidenz verringern können:

- I. Risiko für Bias
- II. Inkonsistenz (Effekt in Studien gleich bez. Richtung und Stärke)
- III. Indirektheit (Passung Studie und PICO-Frage)
- IV. Ungenauigkeit (Gibt es Unsicherheiten/breite KIs)
- V. Publikationsbias

Summary of findings: Vergleich von Selbstmanagement-Interventionen vs. Kontrollgruppe (TAU, Warteliste und aktive Kontrolle)

Population: Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen

Quelle: Lean, Melanie; Fornells-Ambrojo, Miriam; Milton, Alyssa; Lloyd-Evans, Brynmor; Harrison-Stewart, Bronwyn; Yesufu-Udechuku, Amina et al. (2019): Self-management interventions for people with severe mental illness: systematic review and meta-analysis. In: *British journal of psychiatry* 214 (5), S. 260–268. DOI: 10.1192/bjp.2019.54.

Endpunkt	Datengrundlage & Messwerte	Effektschätzer		Qualität (Vertrauenswürdigkeit) der Evidenz (RCTs)	Kommentare
		Kontrollgruppe	Manualisiertes Selbst- Management (SM)		
Durchschnittliche Dauer an stationären Behandlungstagen (Follow-up)	Basierend auf Daten von 908 Patient:innen aus 7 Studien	Mittelwerte Differenz: SMD 0,68 kleiner für SM (95%KI: -1,10 bis -0,22)		⊕⊕⊕⊖ Gering ^{a,b}	SM verkürzt stationäre Behandlungszeiten stärker als eine Behandlung ohne spezifische SM (Unterschied signifikant, p=0,002)
Durchschnittliche Anzahl an stationären Einweisungen (Follow-up)	Basierend auf Daten von 655 Patient:innen aus 5 Studien	Mittelwerte Differenz: SMD 0,92 kleiner für SM (95%KI: -1,63 bis -0,21)		⊕⊕⊕⊖ Gering ^{a,b}	SM reduziert stationäre Behandlungen stärker als eine Behandlung ohne spezifische SM (Unterschied signifikant, p=0,01)

Gesamtsymptome (Follow-up)	basierend auf Daten von 1.520 Patient:innen aus 13 Studien Nutzung verschiedener Skalen: Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), Psychosis Evaluation Tool for Common Use by Caregivers (PECC) Internal State Scale (ISS)	Mittelwerte Differenz: SMD 0,88 kleiner für SM (95%KI: -1,19 bis -0,57)	 Gering ^{a,b}	SM reduziert die Gesamtsymptomatik stärker als eine Behandlung ohne spezifische SM (Unterschied signifikant, $p < 0,0001$)
Recovery (Follow-up)	basierend auf Daten von 1.134 Patient:innen aus 7 Studien Nutzung verschiedener Skalen: Recovery Assessment Scale (RAS); Illness Management and Recovery Scales (IMRS); Recovery Attitudes Questionnaire (RAQ); Bipolar Recovery Questionnaire (BRQ); Questionnaire about the Process of Recovery (QPR) Mental Health Recovery Measure (MHRM) Empowerment Scale; Dutch Empowerment Scale; International Association of Psychosocial Rehabilitation Services (IAPSRs Toolkit); Adult State Hope Scale Herth Hope Index;	Mittelwerte Differenz: SMD -0,81 zugunsten SM (95%KI: -1,40 bis -0,22)	 Gering ^{a,b}	SM verbessert persönliches Recovery stärker als eine Behandlung ohne spezifische SM (Unterschied signifikant, $p = 0,007$)

	Coping Efficacy Scale; Self-Efficacy Measure; Self-Efficacy for Managing Chronic Disease Scale, Brief Version (SEMCD); Mental Health Confidence Scale (MHCS)			
Empowerment (Follow-up)	basierend auf Daten von 538 Patient:innen aus 2 Studien Skalen: Empowerment Scale, Dutch Empowerment Scale	Mittelwerte Differenz: SMD -0,25 zugunsten SM (95% KI -0,43 bis 0,07)	⊕⊕⊕⊖ Gering ^{a,b}	SM verändert das Empowerment signifikant gegenüber einer Be- handlung ohne spezifische SM (Unterschied signifikant, p=0,007)
Soziale Funktionen (Follow-up)	basierend auf Daten von 1.805 Patient:innen aus 14 Studien Nutzung verschiedener Ska- len: REHAB scale; Social Functioning Scale (SFS); Specific Level of Functioning scale (SLOF); Global Assessment of Func- tioning (GAF); Social Adaptation Self-Evalua- tion Scale (SASS); Social Disability Screening Schedule (SDSS); Social Functioning Interview; Work and Social Adjustment Scale (WSAS); Global Assessment Scale (GAS)	Mittelwerte Differenz: SMD 0,90 kleiner für SM (95%KI: -1,34 bis -0,45)	⊕⊕⊕⊖ Gering ^{a,b}	SM verbessert die sozialen Funk- tionen stärker als eine Behand- lung ohne spezifische SM (Unter- schied signifikant, p=0,0001)
Lebensqualität (Follow-up)	basierend auf Daten von 980 Patient:innen aus 7 Studien Nutzung verschiedener Ska- len: Quality of Life Scale (QOLS);	Mittelwerte Differenz: SMD 0,25 kleiner für SM (95%KI: -0,37 bis -0,12)	⊕⊕⊕⊖ Moderat ^a	SM reduziert die Lebensqualität stärker als eine Behandlung ohne spezifische SM (Unterschied signi- fikant, p=0,0001)

	Quality of Life Index; Quality of Life Scale- Abbreviated (QLS-A); Quality of Life Scale (QLS); Quality of Life in BD scale (Brief version) (QoL.BD-Brief); Manchester Short Assessment of Quality of Life; Psychological General Well-Being Scale (PGWB); WHO Quality of Life - BREF: Environmental			

a Herabstufung um eine Stufe wegen Risk of bias: Randomisierung ungenügend beschrieben, Verblindung problematisch, selektives Berichten

b Herabstufung um eine Stufe wegen hoher Inkonsistenz

Vergleich von Selbstmanagement-Interventionen (SM) vs. Kontrollgruppe (TAU, Warteliste und aktive Kontrolle, direkte Evidenz aus RCTs

Population: Menschen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, bipolare Erkrankungen, SMI

Quelle: Hsieh, Wen-Ling; Li, I-Hsien; Liu, Wen-I (2023): Effects of empowerment-based illness management on the medication adherence and recovery of persons with schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. In: *International journal of mental health nursing* 32 (4), S. 1008–1024. DOI: 10.1111/inm.13123.

Endpunkt	Datengrundlage & Messwerte	Effektschätzer	Qualität (Vertrauenswürdigkeit) der Evidenz (RCTs)	Kommentare
Recovery	basierend auf Daten von 1.473 Patient:innen aus 10 Studien Nutzung verschiedener Skalen: Recovery Assessment Scale (RAS), Recovery Style Questionnaire (RSQ), Mental Health Recovery Measure (MHRM)	Mittelwerte Differenz: SMD 0,55 zugunsten SM (95% KI 0.10-0.99)	⊕⊕⊖⊖ Gering ^{a,b}	SM verbessert persönliches Recovery stärker als eine Behandlung ohne spezifische SM (Unterschied signifikant, p=0,02)

Quelle: Morales-Pillado, Carla; Fernández-Castilla, Belén; Sánchez-Gutiérrez, Teresa; González-Fraile, Eduardo; Barbeito, Sara; Calvo, Ana (2023): Efficacy of technology-based interventions in psychosis: a systematic review and network meta-analysis. In: *Psychological medicine* 53 (13), S. 6304–6315. DOI: 10.1017/S0033291722003610.

Endpunkt	Datengrundlage & Messwerte	Effektschätzer	Qualität (Vertrauenswürdigkeit) der Evidenz (RCTs)	Kommentare
Psychosoziale Funktionen	basierend auf Daten aus 23 Studien	Hedges $g^1 = 0,25$	(⊕⊕⊕⊕) Sehr gering ^a	TBIs verbessern psychosoziale Funktionen sign. stärker als eine herkömmliche Behandlung ohne spezifische TBI (Unterschied signifikant, $p = 0,006$)
Lebensqualität	basierend auf Daten aus 16 Studien	Hedges $g^1 = 0,14$	(⊕⊕⊕⊕) Sehr gering ^a	TBIs verbessern die Lebensqualität <u>nicht</u> sign. stärker als eine Behandlung ohne spezifische TBI (Unterschied nicht signifikant, $0=0,076$)
Neurokognitive Funktionen	basierend auf Daten aus 34 Studien	Hedges $g^1 = 0,13$	(⊕⊕⊕⊕) Sehr gering ^a	TBIs verbessern neurokognitive Funktionen sign. stärker als eine herkömmliche Behandlung ohne spezifische TBI (Unterschied signifikant, $p \leq 0,0001$)
Sozialkognitive Funktionen	basierend auf Daten aus 17 Studien	Hedges $g^1 = 0,32$	(⊕⊕⊕⊕) Sehr gering ^a	TBIs verbessern sozialkognitive Funktionen sign. stärker als eine herkömmliche Behandlung ohne spezifische TBI (Unterschied signifikant $p \leq 0,05$)
Positiv- und Negativsymptomatik	basierend auf Daten aus 29 Studien	Hedges $g^1 = 0,11$	(⊕⊕⊕⊕) Sehr gering ^a	TBIs verbessern die Positiv- und Negativsymptomatik <u>nicht</u> sign. stärker als eine herkömmliche Behandlung ohne spezifische TBI

				(Unterschied nicht signifikant, p = 0.101)

¹ Hedges g: > 0,2 schwacher Effekt, > 0,5 mittlerer Effekt, > 0,8 starker Effekt; ^a Abstufung der Vertrauenswürdigkeit, da GRADE-Ansatz nur unsicher herleitbar auf Basis der Analysen und des Berichtens (s. auch AMSTAR-Bewertung), Hinweise auf Heterogenität und Inkonsistenzen, Effektgrößen z.T. unbedeutend

B) Frühinterventionen

Klinisch relevante Fragestellung:

Welche psychosozialen Ansätze im Rahmen von Frühintervention können die Behandlungsergebnisse schwer psychisch kranker Menschen mit einer ersten Erkrankungsepisode verbessern?

PICO-Schema

Patient(in)	Intervention	Vergleichsintervention	Outcome	Studiendesign Suchzeitraum
Patient:innen mit einer ersten Episode einer psychischen Erkrankung mit hohem Risiko für einen schweren Verlauf Alter: da in den Studien zur Frühintervention häufig auch Kinder und Jugendliche berücksichtigt werden, wurde das Alterskriterium hier so definiert, dass Arbeiten nur dann eingeschlossen werden, wenn mind. der Großteil der Teilnehmenden älter als 18 Jahre ist	Ansätze zur Frühintervention bei Menschen mit ersten Episoden von Erkrankungen mit erhöhtem Risiko für SMI a) Spezifische spezialisierte Frühinterventionsdienste bzw. multiprofessionelle Teams b) Spezifische psychosoziale Interventionen wie in der LL systematisiert, z.B. Familieninterventionen, Psychoedukation, Supported Employment und Education, sozial-kognitives Training, Ansätze von Bewegung, Sport und Gesundheitsförderung, Peer-Support und Selbstmanagementansätze	a) Alle aktiven (Vergleichs-)Interventionen b) Herkömmliche Versorgungsgegebenheiten (Routinebehandlung bzw. -versorgung)	a) Klassische klinische und patientenbezogene Ergebnisindikatoren (Erkrankungsrückfälle, stationäre Wiederaufnahmen, psychische Symptomschwere, Behandlungskontinuität, Inanspruchnahmeverhalten) b) Behandlungszufriedenheit und Recovery-orientierte Indikatoren (z.B. Empowerment, Lebensqualität, Teilhabemöglichkeiten, psychosoziales Funktionsniveau)	Studiendesign a) Systematische Reviews und Metaanalysen aus RCTs b) Einzelstudien (RCTs) Suche am 12.01.2023

Systematische Literaturrecherche

Suchprotokolle

EBM Reviews - Cochrane Central Register of Controlled Trials <January 2023>

EBM Reviews - Cochrane Database of Systematic Reviews <2005 to January 12, 2023>

Embase <1974 to 2023 January 12>

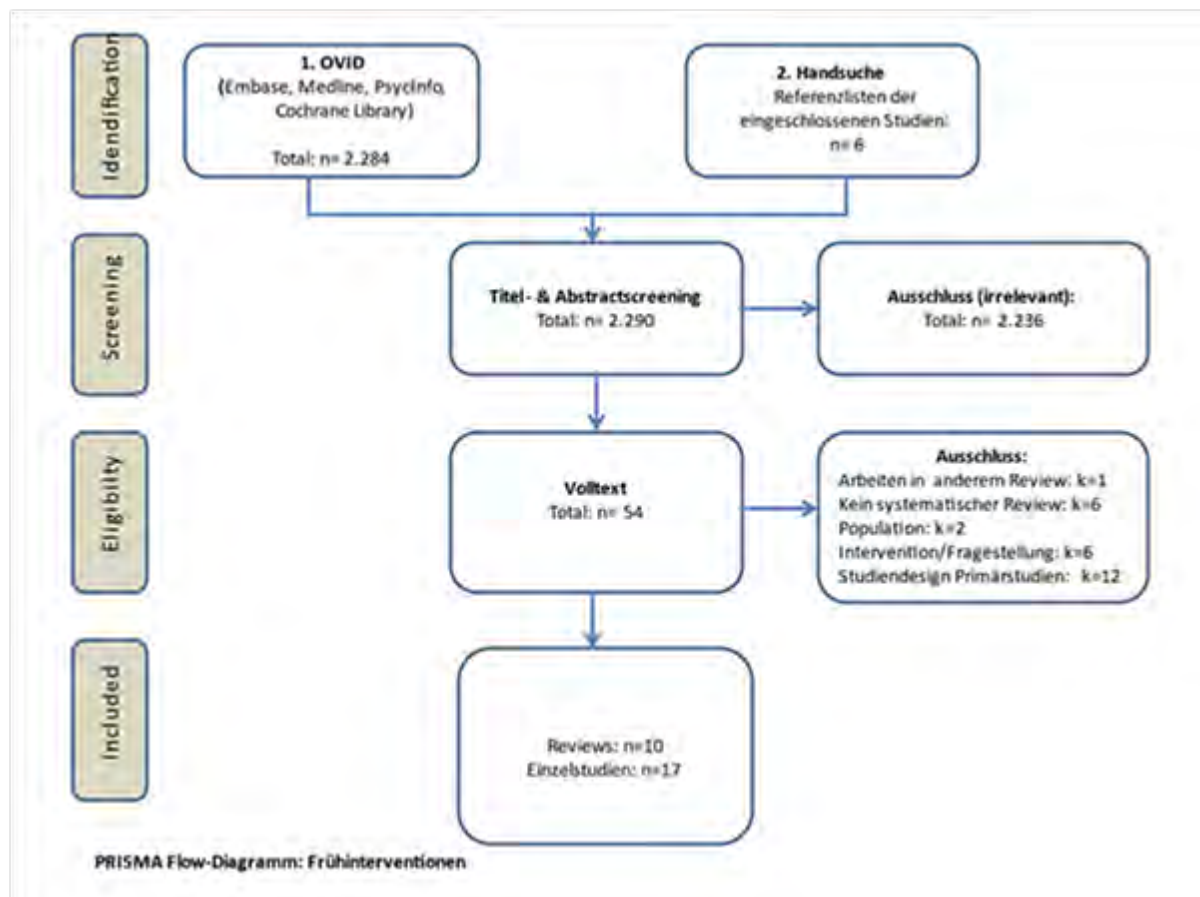
Ovid MEDLINE(R) ALL <1946 to January 12, 2023>

APA PsycInfo <1806 to January Week 2 2023>

Search number	Query	Results
1	(sever* and mental* and disorder*):ti,ab,kw	264331
2	(sever* and mental* and illness):ti,ab,kw	98844
3	(severe and psychiatric and disorder*):ti,ab,kw	62217
4	(severe and mental and health and problems):ti,ab,kw	17319
5	(depression or (depressive and disorder*) or (severe and affective and disorder*)):ti,ab,kw	1854332
6	(schizophrenia or psychotic* or paranoid or schizophrenic* or psychosis):ti,ab,kw	782868
7	((bipolar and disorder*) or (bipolar and affective and disorder*) or (manic and depression) or (bipolar and depression)):ti,ab,kw	212604
8	((personality and disorder*) or borderline personality disorder*):ti,ab,kw	297086
9	MeSH descriptor: schizophrenia/	399923
10	MeSH descriptor: depression/	641829
11	MeSH descriptor: bipolar disorder/	140468
12	1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11	2851465
13	first-episode*:ti,ab,kw	55529
14	recent-onset:ti,ab,kw	16864
15	early-phase*:ti,ab,kw	93079
16	early-stage*:ti,ab,kw	452553
17	first-episode*:ti,ab,kw	55529
18	first-presentation*:ti,ab,kw	13167
19	((randomized and controlled and trial) or (randomised and controlled and trial)):ti,ab,kw	2552021
20	(random* and allocation):ti,ab,kw	207580
21	(random* and (trial or study)):ti,ab,kw	4506516
22	(systematic and (review or search*)):ti,ab,kw	995338
23	((meta and analysis) or metaanaly* or (meta and analy*) or scoping review):ti,ab,kw	852025
24	random allocation/	219714
25	19 or 20 or 21 or 22 or 23 or 24	5576233
26	(early psycho-social intervention* or early intervention*):ti,ab,kw	110855
27	Early treatment*:ti,ab,kw	65205
28	(early intervention or service* or program*):ti,ab,kw	5936606
29	Early Psychosocial treatment:ti,ab,kw	8
30	psychosocial intervention:ti,ab,kw	12154

31	integrated treatment:ti,ab,kw	5367
32	(First episode program* or service*):ti,ab,kw	2912142
33	Early onset team:ti,ab,kw	10
34	26 or 27 or 28 or 29 or 30 or 31 or 32 or 33	6009370
35	13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18	622447
36	12 and 35	59824
37	25 and 34 and 36	3681
38	remove duplicates from 37	2284

Flow-Diagramm eingeschlossener Arbeiten



Es erfolgte ein zweistufiger Volltextscreeningprozess:

1. Identifikation von relevanten Übersichtsarbeiten
2. Identifikation von relevanten RCTs in Ergänzung zu den eingeschlossenen Übersichtsarbeiten

Extraktion systematische Reviews / Meta-Analysen

Titel	A systematic review of interventions in the early course of bipolar disorder I or II: a report of the International Society for Bipolar Disorders Taskforce on early intervention
Autoren	A. Ratheesh, D. Hett, J. Raiman, E. Wong, L. Berk, P. Conus, M. A. Fris-tad, T. Goldstein, M. Hillegers, S. Jauhar, L. V. Kessing, D. J. Miklowitz, G. Murray, J. Scott, M. Tohen, L. N. Yatham, A. H. Young, M. Berk and S. Marwaha
Jahr	– 2023
Journal	– International Journal of Bipolar Disorders
Fragestellung / Zielsetzung	– Die Arbeit untersucht die Auswirkungen von Frühinterventionen bei Personen mit wenigen krankhaften Episoden seit Beginn der Erkrankung (Bipolare Störung), und ob die gemessenen Outcomes sich unterscheiden (früherer vs. späterer Krankheitsverlauf).
Design	– Systematischer Review mit Meta-Analyse
Datenbanken	– MEDLINE, PsycINFO, EMBASE, the Cochrane Central Register of Controlled Trials, CINAHL und Google Scholar
Zeitraum	– bis September 2022
Eingeschlossene Studientypen	– randomisierte kontrollierte Studien (RCT; n=16) und andere Studiendesigns (n=9)
Autoren eingeschlossener Arbeiten (nur RCTs)	n=16: – Berk et al. 2017 – Conus et al. 2015 – Detke et al. 2015 – Kessing et al. 2013 mit Relevanz für LL – Kessing et al. 2014 – Miklowitz et al. 2003 mit Relevanz für LL – Miklowitz et al. 2008 mit Relevanz für LL – Miklowitz et al. 2014 mit Relevanz für LL – Patino et al. 2021 – Perry et al. 1999 – Strakowski et al. 2016 – Colom et al. 2010 mit Relevanz für LL – Ketter et al. 2006 – Inder et al. 2015 – Scott et al. 2006 – Swann et al. 1999
weitere relevante Einschlusskriterien	– keine Altersrestriktion
relevante Ausschlusskriterien	– Personen in der Podromalphase

Qualitätsbewertung durchgeführt	– Ja (Cochrane Risk of bias Tool) – Companion tool focused on NonRandomised study designs (ROBINS)
Für welche Patienten / Subgruppen Aussagen getroffen?	– früherer vs. späterer Krankheitsverlauf
Gemessene Outcomes	– Änderung Symptomatik – Remission oder Recovery (manische/depressive Symptome) – Rezidive, Rückfallrate oder Wiederaufnahmen stat. funktionaler Status – Akzeptanz der Intervention
Ergebnisse (nur für RCTs)	<u>Allgemein:</u> Verteilung nach Ländern: – k. A. Anzahl Teilnehmer (Gesamt): – n= 2.212 (Min. 42/Max. 431) Dauer der Interventionen (Spannweite): – k. A. Interventionsgruppe: – Therapie mit Quetiapine oder Lithium oder Divalproex (n=4) – Therapie mit Chlorpromazine (n=1) – Therapie mit Olanzapine (n=1) – Therapie in spez. Mood Klinik (n=1) – (Familienpsycho-) Edukation (n=5) – Interpersonal and Social Rhythm Therapie (n=1) – Kognitive Verhaltenstherapie (n=1) – sonstiges (n=2) Vergleichs-/Kontrollgruppe: – Herkömmliche Therapie oder Placebo (n=3) – Olanzapine oder Lithium (n=4) – Familienpsychoedukation (n=1) – spez. unterstützende Pflege (n=1) – nicht strukturierte Intervention (n=1) – sonstiges (n=6) <u>Psychological treatments in early illness course:</u> <u>Cognitive behavioral therapy (CBT) vs. eingeschränkte CBT (k=2)</u> Depression-Symptomstärke: – stat. signifikante Unterschiede zwischen einer CBT und der Kontrollgruppe (MD Hamilton Depression Rating Scale = 4.0 95% CI 1.6–6.4) Social and Occupational Functioning Assessment: – stat. signifikante Unterschiede zwischen einer CBT und der Kontrollgruppe (MD= 15.1, 95% CI 6.0–24.2)

	<u>Family focused therapy (FFT) vs. Krisenmanagement oder andere kürzere FFT (k=3)</u> Zeit bis zu einem Rezidiv: – keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen einer FFT und der Kontrollgruppe (not statistical significant) in 2 Studien – Erweiterung der Zeit bis zum Rückfall: 73,5 Wochen $\pm$ 28,8 gegenüber 53,2 Wochen $\pm$ 39,6 in der Vergleichsgruppe (erweiterte Betreuung, Krisenmanagement oder kürzere Familienintervention) <u>Multi-component interventions (MCI) in early illness course: Specialized outpatient care vs. Kontrollgruppe (TAU, k=1)</u> Stat. Wiederaufnahme: – stat. signifikanten Unterschiede zwischen einer MCI und der Kontrollgruppe (HR = 0.60, 95% CI 0.37–0.97)
Bemerkungen	– Es wurde eine sehr vielseitige Definition von „frühzeitiger Erkrankungsverlauf“ verwendet, sodass ggf. heterogene Patientenpopulationen eingeschlossen und somit ein Vergleich von Wirkungen schwieriger ausfällt. – Psychopharmakotherapie dominiert, kaum Aussagen zu psychosozialen Therapien möglich

Titel	A review of economic evaluations of health care for people at risk of psychosis and for first-episode psychosis
Autoren	Gemma E. Shields, Deborah Buck, Filippo Varese, Alison R. Yung, Andrew Thompson, Nusrat Husain, Matthew R. Broome, Rachel Upthegrove, Rory Byrne and Linda M. Davies
Jahr	– 2022
Journal	– BMC Psychiatry
Fragestellung / Zielsetzung	– Die Arbeit untersucht die Kosteneffektivität von Frühinterventionen bei Personen mit einer First-Episode Psychosis sowie Personen mit einem erhöhtem Risiko dafür.
Design	– Systematischer Review
Datenbanken	– Embase, Pubmed und PsycINFO
Zeitraum	– bis August 2020
Eingeschlossene Studientypen	– randomisierte kontrollierte Studien (k=4) sowie andere Studiendesigns
Autoren eingeschlossener Arbeiten (nur RCTs)	k=4: – Hastrup 2013 – McCrone 2010 – Rosenheck 2016 – Stan 2007
weitere relevante Einschlusskriterien	– Intervention: alle Arten von gesundheitlichen und/oder sozialen Therapien mit dem Fokus Symptome zu verhindern oder zu reduzieren – Studien, die eine vollständige wirtschaftliche Bewertung (mit einer Synthese von Kosten und Gesundheitsnutzen) enthielten – Studien, die sich auf Menschen mit Psychoserisiko oder mit FEP (ohne Einschränkung nach Alter/Veröffentlichungsdatum der Studie) – die Vergleichsgruppe konnte keine Intervention (übliche Versorgung) oder eine aktive Intervention sein – Original-Volltextartikel in englischer Sprache (d. h. systematische Übersichten, Konferenzzusammenfassungen und Protokolle waren ausgeschlossen)
relevante Ausschlusskriterien	– k. A.
Qualitätsbewertung durchgeführt	– ja (CHEERS-Checklist)
Für welche Patienten / Subgruppen Aussagen getroffen?	– Keine Subgruppenanalysen
Gemessene Outcomes	– k. A. im Methodenteil

**Ergebnisse
(nur für RCTs)****Allgemein:**

Verteilung nach Ländern:

- Dänemark (n=1), Großbritannien (n=1), USA (n=1), Niederlande (n=1)

Anzahl Teilnehmer:

- n= 1.223 (Min. 128/Max. 547)

Dauer der Interventionen (Spannweite):

- 18 bis 60 Monate

Interventionsgruppen:

- geleitete medikam. Auslauf Therapie (n=1)
- multidimensionale Frühinterventionstherapie (ind. Medikation, fam. Psychoedukation, Selbstmanagement, Arbeitsreha. etc.) (n=3)

Vergleichs-/Kontrollgruppen:

- Erhaltungstherapie/Herkömmliche Therapie (n=4)

Kosteneffektivitätmultidimensionale Frühinterventionstherapie vs. Herkömmliche Therapie (n=3)Rosenheck et al. (2016):

- Wirksamkeit als Veränderung um eine Standardabweichung auf der Lebensqualitätsskala (QLS-SD) gemessen
- inkrementellen Kosten-Wirksamkeits-Verhältnisse wurden mit Bootstrap-Verteilungen bewertet
- Ansatz des Netto-Gesundheitsnutzens wurde verwendet, um die Wahrscheinlichkeit zu bewerten, dass der Wert des NAV-Nutzens seine Kosten im Vergleich zu CC aus Sicht des Gesundheitssystems übersteigt
- NAV-Gruppe verbesserte sich signifikant stärker in der QLS und hatte höhere Kosten für ambulante psychische Behandlung und antipsychotische Medikamente
- Das inkrementelle Kosten-Effektivitäts-Verhältnis betrug 12 081 \$/QLS-SD, mit einer Wahrscheinlichkeit von 0,94, dass NAV kosteneffektiver war als CC bei 40 000 \$/QLS-SD. Umgerechnet in monetarisierte qualitätsbereinigte Lebensjahre überstieg der Nutzen von NAV die Kosten, insbesondere bei zukünftigen Generikapreisen.

Hastrup:

- inkrementelle Kosten-Wirksamkeits-Analyse im OPUS-Trial erwies sich im Vergleich zur Standardbehandlung mit hoher Wahrscheinlichkeit kosteneffektiv. Die mittleren Gesamtkosten von OPUS über 5 Jahre (123.683 €, s.e. = 8.970) unterschieden sich nicht signifikant von denen der Standardbehandlung (148.751 €, s.e. = 13073). Bei der 2-Jahres-Nachbeobachtung war der mittlere GAF-Wert (Global Assessment of Functioning) in der OPUS-Gruppe (55,16, s.d. = 15,15) signifikant höher als in der Standardbehandlungsgruppe (51,13, s.d. = 15,92). Der mittlere GAF unterschied sich jedoch bei der 5-Jahres-Nachbeobachtung nicht signifikant zwischen den beiden Gruppen (55,35 (s.d. = 18,28) bzw. 54,16 (s.d. = 18,41)). Die Kosten-Effektivitäts-Ebenen auf der Grundlage des nicht-parametrischen Bootstrapping zeigten, dass OPUS

in 70 % der Replikationen weniger kostspielig und wirksamer war. Bei einer Zahlungsbereitschaft von bis zu 50 000 € betrug die Wahrscheinlichkeit, dass OPUS kosteneffektiv war, mehr als 80 %.

Gesundheitsnutzen

multidimensionale Frühinterventionstherapie vs. Herkömmliche Therapie (k=3)

Funktionsniveau:

- keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen einer multidimensionalen Frühinterventionstherapie und den Kontrollgruppen (k=1; 95% CI -2.65 to 5.34)

Lebensqualität:

- stat. signifikante Unterschiede zwischen einer multidimensionalen Frühinterventionstherapie und den Kontrollgruppen (k=2; $p = 0.025$; $p < 0.05$)

berufliche Genesung:

- keine stat. signifikante Unterschiede zwischen einer multidimensionalen Frühinterventionstherapie und den Kontrollgruppen (k=1; $p = 0.162$)

Bemerkungen

- Es wurden ausschließlich vollumfängliche und ganzheitliche ökonomische Evaluationen eingeschlossen. Arbeiten, die ausschließlich teilweise Bereiche evaluierten wurden ausgeschlossen.

Titel	Social and occupational recovery in early psychosis: a systematic review and metaanalysis of psychosocial interventions	
Autoren	E. Frawley, M. Cowman, M. Lepage and G. Donohoe	
Jahr	– 2021	
Journal	– Psychological Medicine	
Fragestellung / Zielsetzung	– Die Arbeit untersucht die Auswirkungen von Frühinterventionen auf die sozialen und beruflichen Funktionen bei Personen mit einer anfänglichen Psychose.	
Design	– Systematischer Review mit Meta-Analyse	
Datenbanken	– PubMed, PsycINFO	
Zeitraum	– bis Dezember 2020	
Eingeschlossene Studientypen	– randomisierte kontrollierte Studien und Pilot-Studien	
Autoren eingeschlossener Arbeiten	n=31: – Eack 2009/2010 – Lee 2013 – Loewy 2016 – Ostergaard Christensen 2014 – Piskulic 2015 – Ventura 2017 – Vidarsdottir 2019 – Wykes 2007 – Mendella 2015 – Albert 2016 – Macneil 2012 – Palma 2019 – Penn 2011 – Ruggeri 2015 – Schlosser 2018 – Wessels 2015 – Addington 2011 – Bechdolf 2007 – Fowler 2009 – Fowler 2018 – Ising 2016 – Jackson 2007 – Morrison 2004 – Stain 2016 – Granö 2016 – McFarlane 2015 – Miklowitz 2014 – Killackey 2008 – Killackey 2019 – Rosenheck 2017 – Choi 2016	
weitere relevante Einschlusskriterien	– Psychosoziale Interventionen, definiert als psychologisch und sozial orientierte Interventionen, die auf Veränderungen des sozialen und beruflichen Funktionsniveaus abzielen und dahingehend bewertet wurden (entweder als primäres oder sekundäres Ergebnis). – Psychosen im Frühstadium, definiert als Hochrisikostadium und jederzeit innerhalb von 5 Jahren nach der ersten Diagnose einer psychotischen Störung	
relevante Ausschlusskriterien	– k. A.	
Qualitätsbewertung durchgeführt	– ja (eigenes Instrument; Quality Evaluation Scale)	

Für welche Patienten / Subgruppen Aussagen getroffen?	– nach Krankheitsphase, Dauer der Intervention, Kontrollbedingung, Setting, Messinstrument
Gemessene Outcomes	– globales Funktionsniveau – Personal Social Performance – weitere Funktionen, wie bspw. beruflich, Bildung, sozial
Ergebnisse	<u>Allgemein:</u> Verteilung nach Ländern: – k. A. Anzahl Teilnehmer: – n= 2.811 (min. 27/max. 392) – K=11 Ultra-Hochrisiko-Teilnehmende (n = 1.040), k=2 Patienten im Prodromalstadium (n = 126), k=11 Patienten mit Psychose in der ersten Episode (FEP) (n = 1.171) , k=7 frühe Psychosen (weniger als oder gleich 5 Jahre nach der Diagnose) (n = 474). Dauer der Interventionen (Spannweite): – k. A. Interventionsgruppen: – Cognitive behavioural therapy (n=8; CBT), – Family-based therapy (n=3; FBT), – Supported Employment (n=3), – Cognitive Remediation Training (n=10; CRT) – Multi-Component psychosocial Interventions (n=7) Vergleichs-/Kontrollgruppen: – herkömmliche Therapie (n=9) – Multi-Component psychosocial Interventions (n=8) – unterstützende Therapien (n=5) – Case-Management (n=3) – Computerspiele (n=3) – sonstige (n=4) <u>Ergebnisse Funktionsniveau (GAF; SOFAS; TUS)</u> <u>CBT vs. Kontrollgruppe:</u> – keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen einer CBT und den Kontrollgruppen (n=8*; SMD = 0.139, 95% CI –0.021 bis 0.299, p = 0.089 * n=4 Studien mit Ultra High Risk Patienten und n=1 Studie mit Patienten Prodromal Psychosis <u>Ergebnisse Funktionsniveau (GAF)</u> <u>FBT vs. Kontrollgruppe:</u>

- keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen einer FBT und den Kontrollgruppen (n=3*; SMD = 0.299), p = 0.262

* n=3 Studien mit Ultra High Risk Patienten

Ergebnisse Funktionsniveau (beruflich)

Supported Employment vs. Kontrollgruppe:

- stat. signifikante Unterschiede zwischen Supported Employment und den Kontrollgruppen (n=3; SMD = 0.611), p = 0.013

Ergebnisse Funktionsniveau (GAF; PSP; SOFAS; RFS; social behaviour)

Multi-component psychosocial Interventions vs. Kontrollgruppe:

- stat. signifikante Unterschiede zwischen einer Multi-Component psychosocial Interventions und den Kontrollgruppen (n=7*; SMD = 0.452, 95% CI (0.061 to 0.843), p = 0.023

* n=1 Studie mit Ultra High Risk Patienten; n=1 Studie mit Patienten Prodromal Psychosis

Ergebnisse Funktionsniveau (GAF; UPSA-B; SAS; LSP-39; SFS; SBS; social attainment/adjustment)

CRT vs. Kontrollgruppe:

- stat. signifikante Unterschiede zwischen einer CRT und den Kontrollgruppen (n=10*; SMD = 0.301, 95% CI (0.0036 to 0.599), p = 0.047

* n=3 Studie mit Ultra High Risk Patienten

Subgruppenanalysen

Krankheitsphase – Early Psychosis:

- stat. signifikante Unterschiede zwischen einer Frühintervention und den Kontrollgruppen (n=7; SMD = 0.572, p = 0.011)

Krankheitsphase – FEP:

- stat. signifikante Unterschiede zwischen einer Frühintervention und den Kontrollgruppen (n=11; SMD = 0.360, p = 0.000)

Krankheitsphase – UHR:

- keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen einer Frühintervention und den Kontrollgruppen (n=13; SMD = 0.107, p = 0.224)

Dauer der Intervention - > 6 Monate:

- stat. signifikante Unterschiede zwischen einer Frühintervention und den Kontrollgruppen (n=12; SMD = 0.397, p = 0.002)

Dauer der Intervention - ≤ 6 Monate:

- stat. signifikante Unterschiede zwischen einer Frühintervention und den Kontrollgruppen (n=19; SMD = 0.251, p = 0.003)

Anzahl der Sessions - >30:

- stat. signifikante Unterschiede zwischen einer Frühintervention und den Kontrollgruppen (n=12; SMD = 0.487, p = 0.004)

Anzahl der Sessions - ≤30:

	– stat. signifikante Unterschiede zwischen einer Frühintervention und den Kontrollgruppen (n=14; SMD = 0.225, p = 0.003) <u>Kontrollbedingung – aktiv:</u> – stat. signifikante Unterschiede zwischen einer Frühintervention und den Kontrollgruppen (n=23; SMD = 0.258, p = 0.002) <u>Kontrollbedingung – TAU:</u> – stat. signifikante Unterschiede zwischen einer Frühintervention und den Kontrollgruppen (n=8; SMD = 0.464, p = 0.001) <u>Setting – klinisch:</u> – stat. signifikante Unterschiede zwischen einer Frühintervention und den Kontrollgruppen (n=20; SMD = 0.264, p = 0.005) <u>Setting – gemeinde-basiert:</u> – stat. signifikante Unterschiede zwischen einer Frühintervention und den Kontrollgruppen (n=8; SMD = 0.376, p = 0.003) <u>Setting – online:</u> – keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen einer Frühintervention und den Kontrollgruppen (n=3; SMD = 0.497, p = 0.15) <u>Messinstrument – berufliche Funktion:</u> – stat. signifikante Unterschiede zwischen einer Frühintervention und den Kontrollgruppen (n=3; SMD = 0.611, p = 0.013) <u>Messinstrument – globale Funktion:</u> – stat. signifikante Unterschiede zwischen einer Frühintervention und den Kontrollgruppen (n=23; SMD = 0.197, p = 0.009) <u>Messinstrument – soziale Funktion:</u> – stat. signifikante Unterschiede zwischen einer Frühintervention und den Kontrollgruppen (n=5; SMD = 0.716, p = 0.000)
Bemerkungen	– Heterogenität hinsichtlich der Studiendesigns und der eingesetzten Messinstrumenten zur Messung der Funktionalität. – Nicht ausschließlich mit Menschen mit erster Psychose betrachtet.

Titel	Cognitive Training and Remediation in First-Episode Psychosis: A Literature Review
Autoren	Kathleen Miley, Niloufar Hadidi, Merrie Kaas, Fang Yu
Jahr	– 2020
Journal	– J Am Psychiatr Nurses Assoc
Fragestellung / Zielsetzung	– Die Arbeit untersucht u. a. die Auswirkungen von kognitivem und sozialkognitivem Training auf die kognitiven und sozialen Funktionen bei Personen mit First-Episode-Psychosis
Design	– Systematischer Review und narrative Synthese
Datenbanken	– Medline, Embase und PsycINFO
Zeitraum	– k. A.
Eingeschlossene Studientypen	– randomisierte kontrollierte Studien
Autoren eingeschlossener Arbeiten (nur RCTs)	k=10: – Drake 2014 – Eack 2009 – Fernandez-Gonzalo 2015 – Fisher 2015 – Mendella 2015 – Olstergaard Christensen 2014 – Puig 2014 – Ueland & Rund 2004 – Ventura 2017 – Wykes 2007
weitere relevante Einschlusskriterien	– randomisierte kontrollierte Studie (RCT) – CTR-Intervention – FEP-Population – Outcomes: kognitive oder funktionelle Ergebnisse
relevante Ausschlusskriterien	– Stichprobe einer Gruppe mit nicht-psychotischen Störungen (d. h. mit hohem Risiko für Psychosen oder nicht-psychotische Depression) – Follow-up-Berichte oder Sekundäranalysen – Konferenzabstracts
Qualitätsbewertung durchgeführt	– Ja (Cochrane Risk of Bias Tool for Randomized Controlled Trials; 2011)
Für welche Patienten / Subgruppen Aussagen getroffen?	– k. A.
Gemessene Outcomes	– k. A.
Ergebnisse	<u>Allgemein:</u> Verteilung nach Ländern:

- USA (n=3), Großbritannien (n=2), Spanien (n=2), Dänemark (n=1), Kanada (n=1), Norwegen (n=1)

Anzahl Teilnehmer:

- n= 598 (Min. 26/Max. 117)

Dauer der Interventionen (Spannweite):

- 8 bis 20 Wochen und 5 bis 24 Monate
- 1 bis 5x pro Woche

Interventionsgruppe:

- Computerized kognitives Training (n=3)
- Computerized kognitives Training inkl. sozial-kognitives Training (n=2)
- individuelles/gruppenbasiertes kognitives Training und/oder sozial-kognitives Training (n=3)
- sonstiges (n=2)
- Sieben der Studien wurden im Rahmen von Frühinterventionsdiensten bzw. vergleichbaren Diensten durchgeführt. Eine der Studien fand in einer stationären Einrichtung statt; bei zwei weiteren war das Setting nicht spezifiziert.

Vergleichs-/Kontrollgruppe:

- Herkömmliche Therapie (n=5)
- Computerspiele (n=2)
- sonstiges (n=3)

Ergebnisse globale Kognition

- n=4 Studien mit positiver Wirkung ($d = 0.73$, $p < .01$; $\eta^2 = 0.35$; $p = .002$)
- n=3 Studien ohne Wirkung

Ergebnisse verbales Lernen und Gedächtnis

- n=4 Studien mit positiver Wirkung (verbal: $d = 0.69$, $p < .01$; verbal: $d = 0.46$, $p < .05$; verbal: $\eta^2 = 0.17$, $p = .003$; Gedächtnis: $d = 0.56$, $p < .05$; Gedächtnis: $\eta^2 = 0.08$, $p = .04$)
- n=3 Studien ohne Wirkung

Ergebnisse Exekutive Funktionen

- n=5 Studien mit positiver Wirkung ($d = 0.46$, $p = .03$; $\eta^2 = 0.11$, $p = .019$)
- n=4 Studien ohne Wirkung

Ergebnisse soziale Kognition

- n=2 Studien mit positiver Wirkung ($d = 1.53$, $p < .001$; $\eta^2 = 0.167$, $p = 0.09$)
- n=1 Studien ohne Wirkung

Ergebnisse soziale Funktion

- n=3 Studien mit positiver Wirkung ($d = 1.53$, $p < .001$; $\eta^2 = 0.13$, $p = .03$; $p = .05$, effect size NR)

	– n=7 Studien ohne Wirkung
Bemerkungen	– Die Qualitätsbeurteilung der eingeschlossenen Studien wurde nur durch eine Person durchgeführt.

Titel	Specialised early intervention teams for recent-onset psychosis (Review)
Autoren	Puntis S, Minichino A, De Crescenzo F, Harrison R, Cipriani A, Lennox B
Jahr	– 2020
Journal	– Cochrane Database of Systematic Reviews
Fragestellung / Zielsetzung	– Die Arbeit untersucht die Auswirkungen von spezialisierten frühen Interventionen Teams (Early Intervention Teams; SEI) zur herkömmlichen Therapie bei Personen mit einer beginnenden Psychose.
Design	– Systematischer Review mit Metaanalyse
Datenbanken	– Cochrane Schizophrenia's study-based register of trials, inkl. klinischen Studienregister
Zeitraum	– bis Oktober 2019
Eingeschlossene Studientypen	– randomisierte kontrollierte Studien
Autoren eingeschlossener Arbeiten (nur RCTs)	k=4: – LEO – OPUS – OTP – RAISE
weitere relevante Einschlusskriterien	–
relevante Ausschlusskriterien	– Personen mit organischen Psychosen, Schädelverletzungen und/oder prodromalen Symptomen – Krankheitsbeginn liegt länger als drei Jahre zurück
Qualitätsbewertung durchgeführt	– Ja (Cochrane Risk of Bias Tool for Randomized Controlled Trials)
Für welche Patienten / Subgruppen Aussagen getroffen?	– nach Behandlungsdauer, nach Heterogenität, nach Randomisierung, nach fehlenden Daten, nach Risk of bias
Gemessene Outcomes	– Global state (Recovery, as defined by the study) – Service use (Disengagement from services, as defined by the study)
Ergebnisse	Allgemein: Verteilung nach Ländern: – England (n=1), Dänemark (n=1), Norwegen (n=1), USA (n=1) Anzahl Teilnehmer: – n= 1.145 (min. 50/max. 547) Dauer der Interventionen (Spannweite): – 18-24 Monate (bis zu 10 Jahre Follow-Up) Interventionsgruppe:

- NAVIGATE, components: COMPASS (individualised medication management assisted by computer decision support system); Family education, Individual resiliency training, Supported education, employment, problem solving, Home crisis management, Individual CBT strategies for symptoms, Social Skill Training (n=4)

Vergleichs-/Kontrollgruppe:

- Herkömmliche Therapie (k=4)

Ergebnisse

– Global State (Recovery)

am Ende der Behandlung sign. Unterschied zugunsten der SEI-Gruppe: (Risikoverhältnis (RR) 1,41, 95% Konfidenzintervall (CI) 1,01 bis 1,97; p=0,04; 2 Studien, 194 Teilnehmer; $I^2 = 18\%$; Evidenz mit geringer Sicherheit)

Mittelfristige SEI-Nachbeobachtung (1 bis 60 Monate nach der Behandlung): kein klarer Unterschied zwischen SEI- und TAU-Behandlungsgruppen (RR 0,96, 95% CI 0,71 bis 1,30; p=0,78; 1 Studie, 547 Teilnehmer)

– Inanspruchnahmeverhalten

Effekte auf die Nichtinanspruchnahme von Dienstleistungen bzw. über den **Ausstieg aus der Behandlung** am Ende der Behandlung für Teilnehmende an SEI war das Risiko sign. Geringer: RR 0,50 [95 % CI 0,31 bis 0,79]; p=0,003; k=3; n=630 ; $I^2 = 0\%$; mäßig sichere Evidenz

Hinweise mit geringer Sicherheit, dass SEI am Ende der Behandlung zu **weniger Einweisungen in psychiatrische Kliniken** führen kann als TAU (52 % vs. 57 %; RR 0,91 [95% CI 0,82 bis 1,00]; k=4, n=1145)

Hinweise mit geringer Sicherheit, dass SEI zu **weniger psychiatrischen Krankenhaustagen** führen kann (MD -27,00 Tage [95 % CI -53,68 bis -0,32]; p=0,04; k=1; n=547; $I^2=0\%$)

Langfristige Nachbeobachtung (mehr als 60 Monate nach der Behandlung) führten zu keinen klaren Unterschieden (RR=0,77 [95%CI: 0,48-1,24]; k=1; p=0,29)

Anzahl stationäre Behandlungstage am Ende der Behandlung (mean diff -27 [95% CI: -53,68 bis -0,32]; p=0,05, K=1; long term n.s.

– Symptomschwere am Ende der Behandlung (generelle psychotische Symptomatik)

SMD -0,41, 95% CI -4,58 bis 3,75; p=0,85; $I^2=88\%$; k=2; n=304; Nachweis mit sehr geringer Sicherheit, n.s.

– allgemeine Funktionsfähigkeit am Ende der Behandlung

SMD 0,37, 95% CI 0,07 bis 0,66; p=0,01; $I^2=45\%$; k=2; n=467; Evidenz mit geringer Gewissheit; medium/long term n.s.

– Rückfallwahrscheinlichkeit am Ende der Behandlung

RR 0,71, 95% CI 0,47 bis 1,08; k=2 Studien, p=0,11; n=194; $I^2 = 0\%$; low-certainty Evidenz; n.s.

– Abbruch der Studie

RR 0,63 [95 % CI 0,54 bis 0,74]; p<0,00001; k=4; n=1.145; $I^2 = 0\%$; moderate Sicherheit

- Lebensqualität am Ende der Behandlung
SMD 0,26, [95% CI -0,08 to 0,60]; p=0,14; k=2, n=300, I²=47%
- Mortalität am Ende der Behandlung
RR 0,21, [95% CI 0,04 bis 1,20]; p=0,08; k=3, n=741 Teilnehmer; I²=0%
- Beschäftigungsstatus am Ende der Behandlung
RR 1,21 [95 % CI 0,94 bis 1,55]; p=0,15; k=2; n=951, I²=0%
- Behandlungszufriedenheit
SMD 0,69 [95 % CI 0,51 bis 0,88]; p<0,00001; k=2; n=463; I² = 0%; Evidenz mit geringer Sicherheit

Bemerkungen

- Die Definition von SEI-Teams (SEI=Specialised Early Intervention) ist nicht stringent definiert.
- Die Zahl der in Frage kommenden Studien war zwar gering, doch die Größe der Studien bedeutete, dass die Kriterien für eine optimale Information im Allgemeinen erfüllt waren.
- Alle Studien wiesen in mindestens einem Punkt ein hohes Verzerrungsrisiko auf, insbesondere die "Verblindung der Teilnehmer und des Personals" in allen vier Studien und bei zwei Studien die Verblindung der Ergebnisbewertung".
- Die Zahl der Teilnehmer, die die Studie vorzeitig verließen, war in allen Studien hoch und lag zwischen 0 % und 53,6 % je Studienarm (Gesamtteilnehmer, die die Studie vorzeitig verlassen haben, über alle Studien 34.5%, n = 1145).

Titel	Effectiveness of Family Intervention for Preventing Relapse in First-Episode Psychosis Until 24 Months of Follow-up: A Systematic Review With Meta-analysis of Randomized Controlled Trials
Autoren	Miguel Camacho-Gomez and Pere Castellvi
Jahr	– 2020
Journal	– Schizophrenia Bulletin
Fragestellung / Zielsetzung	– Die Arbeit untersucht die Wirkung von Familieninterventionen zur Prävention einer zweiten psychotischen Episode und anderen Rückfall-assoziierten Outcomes bei Personen mit einer ersten psychotischen Episode.
Design	– Systematischer Review mit Meta-Analyse
Datenbanken	– Cochrane Library, PubMed, PsycINFO, ProQuest – Referenzlisten der eingeschlossenen Arbeiten
Zeitraum	– von Beginn der jeweiligen Datenbank bis Juni 2018
Eingeschlossene Studientypen	– randomisierte kontrollierte Studien
Autoren eingeschlossener Arbeiten	n=11 (14): – Zhang et al. 1994 – Linszen et al. 1996 – Leavey et al. 2004 – Petersen et al. 2005/ Secher et al. 2015 – Chien et al. 2006 – Chien & Wong 2007 – Chien 2008 – Gleeson et al. 2009/2013 – Palma-Sevillano et al. 2011 – Chien & Chan 2013 – Calvo et al. 2014/2015
weitere relevante Einschlusskriterien	– FI, die mind. über einen Zeitraum von 6 Monaten liefen – Personen mit FEP <5 Jahre – Sprache: Englisch und Spanisch
relevante Ausschlusskriterien	–
Qualitätsbewertung durchgeführt	– ja (RCT - Risk of Bias Tool der Cochrane Collaboration)
Für welche Patienten / Subgruppen Aussagen getroffen?	– Familieninterventionen vs. Herkömmliche Therapie + andere aktive Interventionen
Gemessene Outcomes	– Anzahl Rückfälle nach der Intervention (primäres Outcome)

- oder andere rückfallbezogene Ergebnisse bis zu 24 Monaten der Nachbeobachtung
- Sekundäre Ergebnisse: Dauer des Krankenhausaufenthalts, der Schweregrad der psychotischen Symptome und die Funktionalität

Ergebnisse

Allgemein:

Verteilung nach Ländern:

- Australien (k=1), China (k=1), Dänemark (k=1), Großbritannien (K=1), Hong Kong (k=4), Niederlande (k=1), Spanien (k=2),

Anzahl Teilnehmer:

- n=1.360 (34; 547)

Dauer der Interventionen (Spannweite):

- 6 bis 18 Monate

Interventionsgruppen:

- **Familieninterventionen** Manualisierte Familien-interventionen (Psychoedukation, Training von Kommunikation, Problemlöseansätze, k=5), Mehrkomponenten-behandlung: Psychoedukation, Mutual support, Problemlöseansätze, soziales Fertigkeitentraining, CBT, Familiengruppensitzung (k=5), Gruppe gegenseitige Unterstützung (k=1)

Vergleichs-/Kontrollgruppen:

- TAU (k=7), TAU ergänzt durch Elemente wie Education, Training zur Erkennung von Frühwarnzeichen (k=1), Community Mental Health Teams (k=1), unstrukturierte Gruppensitzungen (k=1), EP-PIC-Programm (k=1)

Rückfallprävention (bis zu 24-Monate-Follow-up)

- Familieninterventionen im Vergleich zu TAU und/oder anderen psychosozialen Interventionen: RR = 0,42 [95% CI: 0,29 bis 0,61], $p < 0,000001$; k=6, $I^2=1$ %)
- Familieninterventionen im Vergleich zu TAU allein: RR = 0,36 [95% CI: 0,21 bis 0,63], $p=0,0003$; $I^2=9$ %; k=4)
- Familieninterventionen im Vergleich zu TAU plus andere psychosoziale Maßnahme: RR = 0,48 [95% CI: 0,27 bis 0,86], $p=0,01$; k=2, $I^2=14$ %)
- Die Definitionen für ein Rückfallereignis erfolgte auf unterschiedliche Weise: (a) Krankenhausaufenthalt, (b) konkrete Zunahme der Symptomatik in spezifischen Bereichen.

Stationäre Behandlungsdauer (24-Monate Follow-up)

- Familieninterventionen vs. TAU: MD = -3,31 Tage [95% CI = -6,48 bis -0,14], $I^2=71$ %
- Familieninterventionen vs. andere Interventionen: MD = -4,57 Tage [95% CI = -7,49 bis -1,65]; k=8)

Psychotische Symptomatik (24-Monate Follow-up)

- Familieninterventionen vs. TAU: SMD = -0,68 [95% CI: -1,14 bis -0,22], $I^2=76$ %, k=6)
- Familieninterventionen im Vergleich zu TAU plus anderen aktiven Interventionen: SMD = -0,27 [95 % CI: -0,82 bis 0,28, n.s.]

Psychosoziales Funktionsniveau (24-Monate Follow-up)

- Familieninterventionen vs. TAU: SMD = 1,36 [95% CI: 0,59 bis 2,12; $I^2 = 94\%$
- Familieninterventionen vs. andere Interventionen: SMD = 1,41, 95 % KI: 0,87 bis 1,96; k=6

Bemerkungen

- Studien, die in die Meta-Analyse eingeschlossen wurden unterscheiden sich hinsichtlich Studiendesigns, Definition der Rückfall- und Remissionskriterien und in Bezug auf die untersuchte Population u.a. MM.
- Die meisten Rückfall Definitionen umfassten nur Krankenhausaufenthalte, während andere zusätzliche spezifische Kriterien wie einen signifikanten Anstieg der antipsychotischen Medikation umfassten. Andere Aspekte wie das Funktionieren der Familie, die Unterstützung beim Verlassen des Krankenhauses und die Therapietreue wurden nicht berücksichtigt.
- Die wichtigsten Einschränkungen der Studie waren, dass nur veröffentlichte Forschungsarbeiten einbezogen wurden, die Autoren nicht wegen fehlender/zusätzlicher Daten kontaktiert wurden und eine große Heterogenität hinsichtlich der Rückfalldefinition beobachtet wurde.

Titel	Cost-effectiveness of early intervention in psychosis: systematic review
Autoren	David Aceituno, Norha Vera, A. Matthew Prina and Paul McCrone
Jahr	– 2019
Journal	– The British Journal of Psychiatry
Fragestellung / Zielsetzung	– Die Arbeit untersucht die Kosteneffektivität von Frühinterventionen bei Personen mit einer Psychose.
Design	– Systematischer Review
Datenbanken	– Cochrane library, Medline, PsycInfo, EMBASE, EconLit und National Health Service Economic Evaluation Database (NHS EED) of University of York.
Zeitraum	– k. A.
Eingeschlossene Studientypen	– RCTs (n=6) und non-RCTs (n=10)
Autoren eingeschlossener Arbeiten (nur RCTs)	n=6: – McCrone et al. (2010) – Hastrup et al. (2013) – Zhang et al. (2014) – Ising et al. (2015) – Rosenheck et al. (2016) – Ising et al. (2017)
weitere relevante Einschlusskriterien	–
relevante Ausschlusskriterien	–
Qualitätsbewertung durchgeführt	– Ja (Consensus Health Economic Criteria (CHEC) list)
Für welche Patienten / Subgruppen Aussagen getroffen?	–
Gemessene Outcomes	– k. A.
Ergebnisse (nur RCTs)	<u>Allgemein:</u> Verteilung nach Ländern: – Großbritannien (n=1), Niederlande (n=2), China (n=1), Dänemark (n=1), USA (n=1) Anzahl Teilnehmer: – n= 2.334 (Min. 113/Max. 1.184) Dauer der Interventionen (Spannweite):

	– 1 bis 5 Jahre Interventionsgruppe: – u. a. kognitive Verhaltenstherapie, Familientherapie, berufliche Wiedereingliederung, low-Dose Medication Vergleichs-/Kontrollgruppe: – überwiegend herkömmliche Therapie Kosteneffektivität – n=1 Studie; 92%ige Wahrscheinlichkeit, dass Frühinterventionen kosteneffektiver sind ab 0 Pfund Zahlungsbereitschaft der Gesellschaft – n=1 Studie; 96,5%ige Wahrscheinlichkeit, dass Frühinterventionen kosteneffektiver sind ab 2.000 Euro Zahlungsbereitschaft der Gesellschaft – n=1 Studie; inkrementelles Kosten-Effektivitäts-Verhältnis US-\$ 1819.4 pro dazugewonnen QALY (quality-adjusted life-years) – n=1 Studie; 95%ige Wahrscheinlichkeit, dass Frühinterventionen kosteneffektiver sind ab 40.000 US-Dollar Zahlungsbereitschaft der Gesellschaft
Bemerkungen	– Die Aussagekraft der Ergebnisse ist aufgrund der eingeschränkten methodischen Qualität der Studien eingegrenzt.

Titel	Early intervention for psychosis
Autoren	Max Marshall and John Rathbone
Jahr	– 2011
Journal	– Cochrane Database Syst Rev.
Fragestellung / Zielsetzung	– Die Arbeit untersucht die Auswirkungen von Früherkennung, phasen-spezifischer Behandlung und spezialisierter Frühinterventionsteams bei der Behandlung von Personen mit Prodromalsymptomen oder einer ersten Psychose.
Design	– Systematischer Review mit Meta-Analyse
Datenbanken	– Cochrane Schizophrenia Group Trials Register – Referenzlisten der eingeschlossenen Arbeiten – persönlicher Kontakt zu Studienautoren
Zeitraum	– bis März 2009
Eingeschlossene Studientypen	– randomisierte kontrollierte Studien (RCT)
Autoren eingeschlossener Arbeiten (ausgeschlossen: Studien mit ausschließlich Teilnehmern Prodromalsymptomen)	n=12: – Alvarez et al. – Berger et al. – Edwards et al. – Jackson et al. – Killackey et al. – Leavey et al. – LEO-CAT – LifeSPAN – Linszen et al. – OPUS – Uzenoff et al. – Zhang et al.
weitere relevante Einschlusskriterien	–
relevante Ausschlusskriterien	–
Qualitätsbewertung durchgeführt	– Ja (Risk of Bias Tool der Cochrane Collaboration)
Für welche Patienten / Subgruppen Aussagen getroffen?	– keine
Gemessene Outcomes	– klinische und soziale Outcomes – Prävention Rückfall – Reduktion der Zeit einer unbehandelten Psychose

Ergebnisse

(ausgeschlossen: Studien mit ausschließlich Teilnehmern Prodromalsymptomen)

Allgemein:

Verteilung nach Ländern:

- Großbritannien (n=2), USA (n=1), Australien (n=5), Spanien (n=1), Niederlande (n=1), China (n=1), Skandinavien (n=1)

Anzahl Teilnehmer:

- n= 1.808 (Min. 24/Max. 547)

Dauer der Interventionen (Spannweite):

- 2 bis 24 Monate

Interventionsgruppe:

- frühzeitige Verhaltens-/Familientherapie (n=3)
- Assertive Community Treatment (n=1)
- LEO-CAT (n=1; Lambeth Early Onset Crisis Assessment Team)
- IPS (n=1)
- kurze kognitive Intervention (n=1)
- medikamentös (n=1)
- Cannabis + Psychose-Therapie (n=1)
- Kognitive Verhaltenstherapie + med. (n=1)
- sonstiges (n=2)

Vergleichs-/Kontrollgruppe:

- Herkömmliche Therapie (n=6)
- Herkömmliche Therapie + unterstützende Therapie (n=1)
- Placebo (n=1)
- Psychoedukation (n=1)
- sonstiges (n=3)

Ergebnisse

- **Familientherapie plus ein spezialisiertes Team** (k=1; Rückfallereignis Behandlungsende: n=76, RR 1,05 [CI 0,4 bis 3,0], p=0,92)
- **Familientherapie ohne das spezialisierte Team** n=83, 1 RCT, stationäre Aufnahme nach 18 Monaten: RR=0,28 [CI 0,1 bis 0,6], NNT 3 [CI 2 bis 6], p=0,0017; Abbruch der Studie n.s.)
- **spezialisiertes Team vs. Standardversorgung** (vorzeitiger Abbruch der Studie nach einem Jahr: n=547, 1 RCT, RR=0,59 [CI 0,4 bis 0,8], NNT 9 [CI 6 bis 18], p=0,0012; und die Einhaltung der Behandlung verbesserte sich (n=507, Behandlungsabbruch RR=0,20 [CI 0,1 bis 0,4], NNT 9 [CI 8 bis 12]); durchschnittliche Anzahl Tage in Klinik nach einem Jahr (n=507, WMD, -1,39 [CI -2,8 bis 0,1], n.s.), ebenso wenig wie die Daten für 'Nicht hospitalisiert' nach fünf Jahren (n=547, RR=1,05 [CI 0,90 bis 1,2]; n.s.); keine signifikanten Unterschiede bei der Anzahl der Personen, die nach einem Jahr nicht unabhängig lebten (n=507, RR=0,55 [CI 0,3 bis 1,2]; n.s.); nach fünf Jahren waren signifikant weniger Teilnehmer in der Behandlungsgruppe nicht selbstständig lebend (n=547, RR=0,42 [CI 0,21 bis 0,8], NNT [19 CI 14 bis 62])

	– Teilnehmer, die eine berufliche Intervention erhielten, hatten eine höhere Wahrscheinlichkeit, erwerbstätig zu sein (n=41, 1 RCT, RR=0,39 [CI 0,21 bis 0,7], NNT 2 [CI 2 bis 4]).
Bemerkungen	– Es gibt eine gewisse Unterstützung für spezialisierte Frühinterventionsdienste, doch wären weitere Studien wünschenswert – Es stellt sich die Frage, ob die Erfolge erhalten bleiben. – Es gibt eine gewisse Unterstützung für phasenspezifische Behandlung auf Beschäftigung und Familientherapie, aber auch dies müsste in größeren und längeren Studien untersucht werden. – Publikationsbias kann nicht ausgeschlossen werden.

Titel	Comparison of Early Intervention Services vs Treatment as Usual for Early-Phase Psychosis A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-regression
Autoren	Christoph U. Correll, MD; Britta Galling, MD; Aditya Pawar, MD; Anastasia Krivko, MD; Chiara Bonetto, MD; Mirella Ruggeri, MD; Thomas J. Craig, PhD; Merete Nordentoft, MD; Vinod H. Srihari, MD; Sinan Guloksuz, MD; Christy L. M. Hui, PhD; Eric Y. H. Chen, MD; Marcelo Valencia, PhD; Francisco Juarez, PhD; Delbert G. Robinson, MD; Nina R. Schooler, PhD; Mary F. Brunette, MD; Kim T. Mueser, PhD; Robert A. Rosenheck, MD; Patricia Marcy, BSN; Jean Addington, PhD; Sue E. Estroff, PhD; James Robinson, MEd; David Penn, PhD; Joanne B. Severe, MS; John M. Kane, MD
Jahr	– 2018
Journal	– JAMA Psychiatry
Fragestellung / Zielsetzung	– Die Arbeit untersucht die Auswirkungen von Frühinterventionen gegenüber der herkömmlichen Therapie bei Personen mit einer beginnenden Psychose.
Design	– Systematischer Review mit Meta-Analyse/Meta-Regression
Datenbanken	– PubMed, PsycINFO, EMBASE und ClinicalTrials.gov – Referenzlisten ausgewählter und eingeschlossener Arbeiten
Zeitraum	– bis Juni 2017
Eingeschlossene Studientypen	– randomisierte kontrollierte Studien (RCT)
Autoren eingeschlossener Arbeiten	n=10: – COAST – JCEP – LEO – OPUS – OTP – PIANO – RAISE-ETP – STEP – Valencia – Valencia
weitere relevante Einschlusskriterien	– ausschließlich multimodale Behandlungskonzepte (med. + psychosozial)
relevante Ausschlusskriterien	– Ausgeschlossen wurden RCTs, in denen EIS gegenüber einer abgestuften oder weniger intensiven Behandlung verglichen wurde
Qualitätsbewertung durchgeführt	– Ja (Risk of Bias Tool Cochrane Collaboration)
Für welche Patienten / Subgruppen Aussagen getroffen?	– Kombination aus primären und sekundären Outcomes, um mögliche Mediatoren zu identifizieren

Gemessene Outcomes

- Behandlungsunterbrechung/-abbruch
- stat. Aufnahme

Ergebnisse**Allgemein:**

Verteilung nach Ländern:

- Großbritannien (k=2), Mexiko (k=2), USA (k=2), Italien (k=1), Norwegen (k=1), Dänemark (k=1), Hong Kong (k=1)

Anzahl Teilnehmer:

- n= 2.176 (Min. 50/Max. 547)

Dauer der Interventionen (Spannweite):

- 9 bis 24 Monate

Interventionsgruppe:

- teambasierte multimodale Behandlungskonzepte (z. B. berufliche und medikamentöse Unterstützung, Krisenmanagement, Familienberatung/-therapie) + med. Therapie (k=10)

Vergleichs-/Kontrollgruppe:

- Herkömmliche Therapie (k=10)

Ergebnisse Behandlungsabbruch/-unterbrechung

- stat. signifikante Unterschiede zwischen einer Frühintervention gegenüber der herkömmlichen Therapie (k=10; Risikoverhältnis (RR): 0,70; 95 % CI 0,61-0,8, p< .001)

Ergebnisse stat. Aufnahme

- stat. signifikante Unterschiede zwischen einer Frühintervention gegenüber der herkömmlichen Therapie (k=10; RR: 0,74; 95 % CI 0,61-0,9, p= .003) /

Ergebnisse Rückfall

- stat. signifikante Unterschiede zwischen einer Frühintervention gegenüber der herkömmlichen Therapie (k=7; RR: 0,71; 95 % CI 0,53-0,93, p= .01)

Ergebnisse Remission

- stat. signifikante Unterschiede zwischen einer Frühintervention gegenüber der herkömmlichen Therapie (k=7; RR: 1,29; 95 % CI [1,07-1,55], p= .007)

Ergebnisse Recovery

- stat. signifikante Unterschiede zwischen einer Frühintervention gegenüber der herkömmlichen Therapie (k=3; RR: 1,24; 95 % CI [1,03-1,5], p= .02)

Ergebnisse Einbindung in Schule/Arbeit

- stat. signifikante Unterschiede zwischen einer Frühintervention gegenüber der herkömmlichen Therapie (k=6; RR: 1,13; 95 % CI [1,03-1,24], p= .01)

Ergebnisse Symptome (total)

- stat. signifikante Unterschiede zwischen einer Frühintervention gegenüber der herkömmlichen Therapie (k=8; SDM: -0,32; 95 % CI [-0,47 bis -0,17], p< .001)

Ergebnisse Symptome (positiv)

- stat. signifikante Unterschiede zwischen einer Frühintervention gegenüber der herkömmlichen Therapie (k=10; SDM: -0,22; 95 % CI [-0,32 bis -0,11], p< .001)

Ergebnisse Symptome (negativ)

- stat. signifikante Unterschiede zwischen einer Frühintervention gegenüber der herkömmlichen Therapie (k=10; SDM: -0,28; 95 % CI [-0,42 bis -0,14], p< .001)

Ergebnisse Symptome (allg.)

- stat. signifikante Unterschiede zwischen einer Frühintervention gegenüber der herkömmlichen Therapie (k=8; SDM: -0,3; 95 % CI [-0,47 bis -0,13], p= .001)

Ergebnisse Symptomstärke (Depression)

- stat. signifikante Unterschiede zwischen einer Frühintervention gegenüber der herkömmlichen Therapie (k=5; SDM: -0,19; 95 % CI [-0,35 bis -0,03], p= .02)

Ergebnisse Anzahl der stat. Aufnahmen

- stat. signifikante Unterschiede zwischen einer Frühintervention gegenüber der herkömmlichen Therapie (mean [SD], 0.41 [0.30] for EIS and 0.59 [1.11] for TAU)
- SMD for hospitalizations -0.17 (95% CI, -0.31 to -0.03); P = .02

Ergebnisse Dauer der stat. Aufnahme (Anzahl Tage)

- stat. signifikante Unterschiede zwischen einer Frühintervention gegenüber der herkömmlichen Therapie SMD for bed-days was -0.17 (95% CI, -0.29 bis -0.05; p = .006, k=6)

Ergebnisse globale Funktion

- stat. signifikante Unterschiede zwischen einer Frühintervention gegenüber der herkömmlichen Therapie (k=7; 0,21; 95 % CI [0,09 -0,34], p= .001)

Ergebnisse Lebensqualität

- stat. signifikante Unterschiede zwischen einer Frühintervention gegenüber der herkömmlichen Therapie (k=4; RR: 0,23; 95 % CI [0,00 -0,46], p= .046)

Bemerkungen

- Heterogenität in den untersuchten Studien
- Der Mittelwert (SD) der Bewertungen mit niedrigem Risiko in den 7 Bereichen des Cochrane Collaboration's Tool zur Bewertung des Verzerrungsrisikos (höhere Zahlen sind besser) lag bei 5,2 (0,9) (Bereich, 4-7), was auf ein insgesamt geringes Risiko der Verzerrung verweist.
- Die mittleren Effektstärken waren für kontinuierliche Ergebnisse gering und reichten von einer SMD von -0,19 für den Schweregrad der

Depressionssymptome und einer SMD von 0,21 für die globale Funktionsfähigkeit bis zu einer SMD von -0,32 für den Gesamtschweregrad der Symptome.

- Die Effektstärken für kategoriale Ergebnisse waren gering bis mittel. Zum Beispiel hatten die Teilnehmer an der EIS im Vergleich zur TAU eine um 12,6 % höhere Wahrscheinlichkeit, eine Schule zu besuchen oder berufstätig zu sein (NNT, 17,8) und verbesserten sich um 24 % bis 30 % mehr als bei TAU bei anderen Ergebnissen, wie Remission (NNT, 5,7), Rückfallprävention (NNT, 10,0), Krankenhausaufenthalt (NNT, 10,1), Behandlungsbereitschaft (NNT, 12,4) und Genesung (NNT, 13,9).

Titel	Preventing the Second Episode: A Systematic Review and Meta-analysis of Psychosocial and Pharmacological Trials in First-Episode psychosis
Autoren	Mario Alvarez-Jimenez, Alexandra G. Parker, Sarah E. Hetrick, Patrick D. McGorry, John F. Gleeson
Jahr	– 2011
Journal	– Schizophrenia Bulletin
Fragestellung / Zielsetzung	– Die Arbeit untersucht die Auswirkungen von pharmakologischen und nicht-pharmakologischen Interventionen zur Rückfallprävention bei Personen mit First Episode Psychosis.
Design	– Systematischer Review mit Meta-Analyse
Datenbanken	– Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL), Medline, Medline Unindexed, EMBASE, PsycINFO, UMI Proquest Digital Dissertations, Information Science Citation Index Expanded, Information Social Sciences Citation Index, and Information Arts und Humanities Citation Index – Handsuche der Referenzlisten der eingeschlossenen Arbeiten – Kontakt zu Studienautoren
Zeitraum	– von Beginn der jeweiligen Datenbank bis Dezember 2008
Eingeschlossene Studientypen	– randomisierte kontrollierte Studien
Autoren eingeschlossener Arbeiten	– n=9 (nur Studien mit non-pharmakologischen Interventionen) – Tarrier et al. – Petersen et al. – Craig et al. – Leavey et al. – Zhang et al. – Grawe et al. – Edwards et al. – Gleeson et al. – Jackson et al.
weitere relevante Einschlusskriterien	–
relevante Ausschlusskriterien	– wenn Follow-Up < 6 Monate
Qualitätsbewertung durchgeführt	– ja (RCT - Risk of Bias Tool der Cochrane Collaboration)
Für welche Patienten / Subgruppen Aussagen getroffen?	–
Gemessene Outcomes	– Anzahl der Rückfälle
Ergebnisse	<u>Allgemein:</u>

Verteilung nach Ländern:

- k. A.

Anzahl Teilnehmer:

- n=1.411 (Min. 33/Max. 547)

Dauer der Interventionen (Spannweite):

- 5 bis 12 Wochen

Interventionsgruppen:

- psychosoziale Interventionen (n=9; spez. FEP-Programme, kognitive Verhaltenstherapie, individuelle/familienorientierte kognitive Therapie)

Vergleichs-/Kontrollgruppen:

- (multidisziplinäre) herkömmliche Therapie (n=5)
- Fallmanagement (n=3)
- sonstiges (n=1)

RückfallpräventionSpez. FEP-Programme vs. herkömmliche Therapie:

- stat. signifikante Unterschiede zwischen einem spez. FEP-Programm gegenüber der herkömmlichen Therapie (OR=1,80, 95 % CI=1,31 bis 2,48; p<.001; NNT²=10; N=679; k=3)

Spez. FEP-Programme vs. individuelle CBT + Spez. FEP-Programme:

- keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen den genannten Therapien (k=2; OR = 1,95 [95 % CI 0,76 -5,0], p= .17)

individuelle und familienorientierte kognitive Therapie vs. Spez. FEP-Programme:

- tendenziell stat. signifikante Unterschiede zwischen den genannten Therapien (k=1; OR=0,21 [95 % CI 0,04 -1,03], p= .06)

Bemerkungen

- Studien, die in die Meta-Analyse eingeschlossen wurden unterscheiden sich hinsichtlich Studiendesigns, Definition der Rückfall- und Remissionskriterien und in Bezug auf die untersuchte Population.

² NNT number needed to treat

Tabelle: Übersicht grundlegender Charakteristika der aggregierten Evidenz zur Wirksamkeit von Frühinterventionen bei Menschen mit ersten Episoden von Erkrankungen mit erhöhtem Risiko für einen schweren Verlauf

Autoren Jahr	Anzahl eingeschlossener Studien/Studiendesign Studienland	Patienten	Experimentalintervention	Kontrollintervention	Länge up's	Follow up's
		• Diagnose(n) • (Mittleres) Alter in Jahren • Anzahl Teilnehmende (min, max.) • Mittlere Dauer der Erkrankung • Mittlere Dauer bis zur ersten Behandlung	• Art d. Interventionen • Dauer Intervention /Studie (min, max) • Intensität			
NEU Ratheesh et al. 2023 Systematischer Review	<u>Extraktion von 5 RCTs³</u> • k. A.	• Personen mit einer bipolaren Störung (frühe Phase) • 34 bis 35 Jahre (k=3), 14 bis 15 Jahre (k=2) • N=58 bis 158	• Psychotherapie & Psychosoziale Ansätze: Familienorientierte Psycho-edukation (k=3), strukturierte Gruppenpsycho-edukation (k=1), spezialisierte multimodale ambulante Versorgung (k=1) • k. A. • k. A.	• Herkömmliche Therapie (k=1), Psychopharmakotherapie allein (k=1), nicht-strukturierte Gruppenintervention (k=1), Enhanced Care (k=1), Krisenintervention (k=1)	• k. A.	
NEU Frawley et al. 2021 Systematischer Review mit Metaanalyse	<u>31 RCTs⁴</u> • k. A.	• Personen mit frühen Psychoseerfahrungen • 22,3 (SD 3,6) (16-29 Jahre, k=4 mit Pat. unter 18 Jahre) • n= 2.811 (27, 392) • K=11 Ultra-Hochrisiko-Teilnehmende (n = 1.040), k=2	• Psychotherapie & Psychosoziale Ansätze: CBT (cognitive behavioural therapy; k=8), FBT (family-based therapy; k=3), Supported Employment (k=3), CRT (cognitive remediation therapy; k=10), multimodale	• herkömmliche Therapie (n=9), multimodale psychosoziale Interventionen (n=8), unterstützende Therapien (n=5), Case-Management (n=3), Computerspiele (n=3), sonstige (n=4)	• k. A.	

³ Kessing et al. 2013, Miklowitz et al. 2003, Miklowitz et al. 2008, Miklowitz et al. 2014, Colom et al. 2010⁴ Addington et al. 2011, Bechdolf et al. 2007, Fowler et al. 2009, Fowler et al. 2018, Ising et al. 2016, Jackson et al. 2007, Morrison et al. 2004, Stain et al. 2016, Granö et al. 2016, McFarlane et al. 2015, Miklowitz et al. 2014, Killackey et al. 2008, Killackey et al. 2019, Rosenheck et al. 2017, Choi et al. 2016, Eack et al. 2009/2010, Lee et al. 2013, Loewy et al. 2016, Ostergaard Christensen et al. 2014, Piskulic et al. 2015, Ventura et al. 2017, Vidarsdottir et al. 2019, Wykes et al. 2007, Mendella et al. 2015, Albert et al. 2016, Macneil et al. 2012, Palma et al. 2019, Penn et al. 2011, Ruggeri et al. 2015, Schlosser et al. 2018, Wessels et al. 2015.

		Pat. im Prodromal-stadium (n = 126) • k=11 Pat. mit Psychose in der ersten Episode (FEP) (n = 1.171), k=7 frühe Psychosen bis zu 5 Jahren nach der Diagnose) (n = 474)	psychosoziale Interventionen (k=7) • 2 Monate bis 3 Jahre (MW=8,7 [SD=7,7]) • Anzahl Sitzungen: 9 bis 128 (MW = 32,1 [SD= 24,2])		
NEU Miley et al. 2020 Systematischer Review mit narrativer Synthese	<u>10 RCTs⁵</u> • USA (n=3), Großbritannien (n=2), Spanien (n=2), Dänemark (n=1), Kanada (n=1), Norwegen (n=1)	• Personen mit einer ersten Episode einer Psychose • 15-31 Jahre • n= 598 (26, 117) • k.A. • k.A.	• Training (sozial)-kognitiver Fertigkeiten: computerized cognitive training (n=3), computerized cognitive training inkl. social- cognitive training (n=2), individuelles/gruppenbasiertes cognitive training und/oder social- cognitive training (n=3), sonstiges (n=2) • 8 bis 20 Wochen und 5 bis 24 Monate • 1 bis 5x pro Woche	• Herkömmliche Therapie (n=5), Computerspiele (n=2), sonstiges (n=3)	• k. A.
NEU Puntis et al. 2020 Systematischer Review mit Metaanalyse	<u>4 RCTs⁶</u> • England (n=1), Dänemark (n=1), Schweden (n=1), USA (n=1)	• Personen mit einer ersten Episode einer Psychose (innerhalb von 3 Jahren, max. 2 Episoden) • 23-27 Jahre • n= 1.145 (50, 547) • k.A. • bis zu 24 Monaten unbehandelte Erkrankung bzw.	• Multimodale Behandlungskonzepte durch spezialisierte Frühinterventionsdienste (ind. Medikationsmanagement; Familienintervention, ind. Resilienztraining, Supported Employment, Problemlösetraining, Krisenmanagement, CBT, Symptommanagement, Social Skill-Training) • 18-24 Monate	• herkömmliche Therapie (n=4)	• bis zu 10 Jahre

⁵ Drake et al. 2014, Eack et al. 2009, Fernandez-Gonzalo et al. 2015, Fisher et al. 2015, Mendella et al. 2015, Olstergaard Christensen et al. 2014, Puig et al. 2014, Ueland & Rund et al. 2004, Ventura et al. 2017, Wykes et al. 2007.

⁶ LEO, OPUS, OTP, RAISE

		max. 6 Monate Psychopharmakotherapie	• k. A.		
NEU Camacho-Gomez & Castelli 2020 Systematischer Review mit Metaanalyse	<u>11 RCTs (14 Artikel)⁷</u> • Australien (k=1), China (k=1), Dänemark (k=1), Großbritannien (K=1), Hong Kong (k=4), Niederlande (k=1), Spanien (k=2)	• Personen mit einer ersten Episode einer Psychose • N=1.360 (34; 547) • 16,1 bis 28,1 Jahre	• Familieninterventionen Manualisierte Familieninterventionen (Psychoedukation, Training von Kommunikation, Problemlöseansätze, k=5), Mehrkomponentenbehandlung: Psychoedukation, Mutual support, Problemlöseansätze, soziales Fertigkeitentraining, CBT, Familiengruppensitzung (k=5), Gruppe gegenseitige Unterstützung (k=1) • 6 bis 18 Monate	• TAU (k=7), TAU ergänzt durch Elemente wie Education, Training zur Erkennung von Frühwarnzeichen (k=1), Community Mental Health Teams (k=1), unstrukturierte Gruppensitzungen (k=1), EPPIC-Programm (k=1)	• 6 bis 24 Monate
NEU Correll et al. (2018) Systematischer Review mit Meta-Analyse	<u>10 RCTs⁸ (42 Artikel)</u> • Großbritannien (n=2), Mexiko (n=2), USA (n=2), Italien (n=1), Norwegen (n=1), Dänemark (n=1), Hong Kong (n=1)	• Personen mit einer ersten Episode einer Psychose bzw. in einer frühen Phase einer Schizophrenie-Spektrum-Störung • 27,5 (23-37) • N=2.176 (50, 547) • 159,8 (125,4) Wochen (6 Studien) • 79,9 (71,1) Wochen (5 Studien)	• Spezialisierte Frühinterventionsdienste (Early Intervention Services (EIS): teambasierte multimodale Behandlungskonzepte (z. B. Psychopharmakotherapie, Psychoedukation, berufliche Unterstützung, Krisenmanagement, Familienberatung/-therapie) • 9-24 Monate (im Mittel: 16,2 (7.4) Monate) • k. A.	• Herkömmliche Therapie (n=10)	• k. A.

⁷ Chien et al. 2006, Chien & Wong 2007, Chien 2008, Chien 2016, Gleeson 2009, Leavey et al. 2004, Linzsen et al. 1996, Petersen et al. 2005 (Secher et al. 2015), Palma-Sevillano et al. 2011, Chien & Chan 2013, Calvo et al. 2014, 2015, Zhang et al. 1994

⁸ COAST, JCEP, LEO, OPUS, OTP, PIANO, RAISE-ETP, STEP, Valencia 6 Months, Valencia 12 Months

NEU Marshall et al. (2011) Systematischer Review mit Metaanalyse	<u>Extraktion von 12 RCTs⁹ (Population)</u> Australien (k=5); Spanien (k=1), Großbritannien (k=2); Niederlande (k=1); Dänemark (k=1); USA (k=1); China (k=1)	- Personen mit einer ersten Episode einer Psychose - Keine systematische Angabe (20 bis 26 Jahre) - n=24, 547 - k.A. - k.A.	Psychotherapie & Psychosoziale Ansätze: (kognitive) Verhaltenstherapie (k=2), Familientherapie (k=2), Integrierte Therapie (Assertive Community Treatment, Familientherapie, Training sozialer Fertigkeiten) (k=1), LEO-CAT (k=1; Lambeth Early Onset Crisis Assessment Team), IPS (k=1), Psychoedukation (k=1), Psychopharmakotherapie allein (k=1), VT + Cannabis + Psychose-Therapie (k=1), sonstiges (n=2) 2-24 Monate k. A.	Herkömmliche Therapie (n=6), Herkömmliche Therapie + unterstützende Therapie (n=1), Placebo (n=1), Psychoedukation (n=1), sonstiges (n=3)	k. A.
NEU Alvarez-Jimenez et al. (2011) Systematischer Review mit Metaanalyse	<u>Extraktion von 9 RCTs¹⁰</u> k. A.	- Personen mit einer ersten Episode einer Psychose 20-29 Jahre - n= 1.411 (33, 547)	Psychotherapie & Psychosoziale Ansätze: spez. Frühinterventionsprogramme (k=3), individuelle kognitive Verhaltenstherapie (k=3), kombinierte individuelle und familien-orientierte kognitive Verhaltenstherapie mit Fokus auf Rückfallprävention (k=1), Familienorientierte Therapie (k=1) 5-12 Wochen k. A.	(multidisziplinäre) herkömmliche Therapie (k=5), Fallmanagement (k=3), sonstiges (k=1)	7-24 Monate

⁹ Alvarez et al., Berger et al., Edwards et al., Jackson et al., Killackey et al., Leavey et al., LEO-CAT, LifeSPAN, Linszen et al., OPUS, Uzenoff et al., Zhang et al.

¹⁰ Tarrier et al., Petersen et al., Craig et al., Leavey et al., Zhang et al., Grawe et al., Edwards et al., Gleeson et al., Jackson et al.

Tabelle: Effekte von Frühinterventionen bei Menschen mit ersten Erkrankungsepisoden auf verschiedene Zielgrößen (Systematische Übersichtsarbeiten/Metaanalysen)

	Ratheesh 2023		Frawley 2021			Miley 2020	Puntis 2020	Camacho-Gomez & Castellvi 2020	Correll 2018	Alvarez-Jimenez 2011		
Experimental- vs. Kontrollintervention	FFT vs. Krisen-intervention, Enhanced, Medikation allein	MCPI vs. KG	MCPI vs. KG	FBT vs. KG	SE vs. KG	Sozial-kognitives Training vs. KG	EIS vs. TAU	Familien-intervention vs. TAU	EIS vs. TAU	Spez. FEP-Programm vs. TAU	CBT+ Spez. FEP-Programm vs. Spez. FEP-Programm allein	Rückfall-präventions-therapie + Spez. FEP-Programm vs. Spez. FEP-Programm allein
Anzahl Studien (k)	K=3	K=1	K=7	K=3	K=3	K=10	K=4	K=11	K=10	K=3	K=2	K=1
Zufriedenheit & Lebensqualität												
Lebensqualität							~		++			
Teilhabe												
Teilhabe Bildung/Arbeit					++		~		++			
Erkrankungsassoziierte Outcomes												
Recovery									++			
Remission							++		++			
Symptome (total)							~		++			
Symptome (positiv)									++			
Symptome (negativ)									++			
Symptome (allg.)								++	++			
Symptomstärke (Depression)									++			
Rückfallrate							~	++	++	++	~	+ ¹
Zeit bis zum Rückfall/stat. Wiederaufnahme	++/~ ¹	++ ¹										
Anzahl stat. Aufnahmen							++		++			

Dauer stat. Aufenthalte							++	++	++	++		
Funktionale Outcomes												
Psychosoziale Funktionen			++	~		++/~ ¹	++	++	++			
Soziale Kognition						++/~ ¹						
Behandlungszufriedenheit		++ ¹					++					
Unerwünschte Ereignisse												
Mortalität							~					
Studienabbruch							++					
Behandlungsabbruch							++		++			

Anmerkungen:

++: signifikanter Vorteil in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe, +: tendenzielle Überlegenheit ohne signifikanten Unterschied in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe, ~: Ergebnisse vergleichbar in beiden Gruppen, -: Nachteil in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe, ¹ Ergebnisse aus Einzelstudien; CBT=cognitive behavioral therapy; EIS Early Intervention Services; FBT= family-based therapy; FEP=first episode psychosis; FFT=Family focused therapy; KG=Kontrollgruppe; MCPI=multi-component psychosocial Intervention; SE=Supported Employment

Tabelle: Bewertung der eingeschlossenen Übersichtsarbeiten zur Frühintervention bei Personen mit einer ersten Episode einer psychischen Erkrankungen nach der AMSTAR 2 Checkliste

Autor	Rateesh et al. 2023	Shields et al. 2022	Frawley et al. 2021	Miley et al. 2020	Puntis et al. 2020	Camacho-Gomez Castellvi 2020	Aceituno et al. 2019	Correll et al. 2018	Marshall et al. 2011	Alvarez-Jimenez et al. 2011
AMSTAR-Item										
1. Did the research questions and inclusion criteria for the review include the components of PICO?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
2. Did the report of the review contain an explicit statement that the review methods were established prior to the conduct of the review and did the report justify any significant deviations from the protocol?	Ja	Teilweise ja (definierte Fragestellung, Suchstrategie, Ein- und Ausschlusskriterien, Qualitätsbewertung)	Ja	Teilweise ja (definierte Fragestellung, Suchstrategie, Ein- und Ausschlusskriterien, Qualitätsbewertung)	Ja	Ja	Teilweise ja (definierte Fragestellung, Suchstrategie, Ein- und Ausschlusskriterien, Qualitätsbewertung)	Ja	Ja	Ja
3. Did the review authors explain their selection of the study designs for inclusion in the review?	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein

4. Did the review authors use a comprehensive literature search strategy?	Teilweise ja	Teilweise ja	Teilweise ja	Teilweise ja	Ja	Teilweise ja	Teilweise ja	Teilweise ja	Teilweise ja	Teilweise ja
5. Did the review authors perform study selection in duplicate?	Ja	Ja	Nein	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
6. Did the review authors perform data extraction in duplicate?	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja
7. Did the review authors provide a list of excluded studies and justify the exclusions?	Teilweise ja	Teilweise ja	Teilweise ja	Teilweise ja	Ja	Ja	Teilweise ja	Teilweise ja	Ja	Teilweise ja
8. Did the review authors describe the included studies in adequate detail?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
9. Did the review authors use a satisfactory technique for assessing the risk of bias (RoB) in individual studies that were included in the review?	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

10. Did the review authors report on the sources of funding for the studies included in the review?	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja	Ja	Nein	Nein	Ja	Nein
11. If meta-analysis was performed did the review authors use appropriate methods for statistical combination of results?	Ja	Keine Meta-Analyse	Ja	Keine Meta-Analyse	Ja	Ja	Keine Meta-Analyse	Ja	Ja	Ja
12. If meta-analysis was performed, did the review authors assess the potential impact of RoB in individual studies on the results of the meta-analysis or other evidence synthesis?	Nein	Keine Meta-Analyse	Nein	Keine Meta-Analyse	Nein	Ja	Keine Meta-Analyse	Nein	Nein	Nein
13. Did the review authors account for RoB in individual studies when interpreting/discussing the results of the review?	Ja	Ja	Nein	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

14. Did the review authors provide a satisfactory explanation for, and discussion of, any heterogeneity observed in the results of the review?	Ja	Ja	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
15. If they performed quantitative synthesis did the review authors carry out an adequate investigation of publication bias (small study bias) and discuss its likely impact on the results of the review?	Nein	Keine Meta-Analyse	Ja	Keine Meta-Analyse	Ja	Nein	Keine Meta-Analyse	Ja	Ja	Ja
16. Did the review authors report any potential sources of conflict of interest, including any funding they received for conducting the review?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja
Assessment critical Items	Niedrig	Moderat	Kritisch niedrig	Niedrig	Moderat	Niedrig	Niedrig	Moderat	Moderat	Moderat

** gemeint sind die Nummern 2, 4, 7, 9, 11, 13, 15

Tabelle: Übersicht zu Untersuchungen der Kosteneffektivität von Frühintervention bei Menschen mit erster Erkrankungsepisode

Autoren	Anzahl eingeschlossener Studien	Patienten	Intervention	Kontrollgruppe
Jahr	Studienland	• Diagnose(n) • Alter • Anzahl (min, max.) • Setting	• Art d. Interventionen • Dauer (min, max) • Häufigkeit pro Woche	
Shields et al. 2022 Systematischer Review	Extraktion von 4 RCTs ¹¹ • Dänemark (k=1), Großbritannien (k=1), USA (k=1), Niederlande (k=1)	• Ersten Episode einer Psychose • 23-26 Jahre • N=1.223 (128/547) • ambulant	• Multidimensionale Frühinterventionsdienste (k=3), medikamentös (k=1) • 18 bis 60 Monate • k. A.	• TAU (k=4): Standardbehandlung in der Gemeinde
Aceituno et al. (2019) Systematischer Review	Extraktion von 6 RCTs ¹² • Großbritannien (n=1), Niederlande (n=2), China (n=1), Dänemark (n=1), USA (n=1)	• Ersten Episode einer Psychose • k. A. • N= 2.334 (113, 1.184) • ambulant	• Multidimensionale Frühinterventionsdienste (k=3), Antipsychotika in Kombination mit psychosozialer Behandlung (k=1), KVT zur Vorbeugung der ersten Psychose-Episode (k=2) • 1-5 Jahre • k. A.	• TAU

¹¹ Hastrup 2013, McCrone 2010, Rosenheck 2016, Stan 2007¹² McCrone et al. (2010), Hastrup et al. (2013), Zhang et al. (2014), Ising et al. (2015), Rosenheck et al. (2016), Ising et al. (2017)

Extraktion und Bewertung Einzelstudien

Nuechterlein et al. 2022 Aerobic exercise enhances cognitive training effects in first-episode schizophrenia: randomized clinical trial demonstrates cognitive and functional gains	
Methods	Randomized controlled Trial Intervention group (IG): cognitive training & exercise (CT&E) Control group (CG): cognitive training alone (CT) Duration: 6 months Patients: People diagnosed with first-episode schizophrenia
Participants	N=48 – The inclusion and exclusion criteria were (1) a first episode of a psychotic illness that began within the past two years; (2) a diagnosis by DSM-IV of schizophrenia, schizoaffective disorder, mainly depressed type, or schizophreniform disorder; (3) between 18 and 45 years of age; (4) no evidence of a known neurological disorder (e.g. epilepsy) or significant head injury; (5) no evidence of alcohol or substance use disorder within the six months prior to the first episode and no evidence that substance abuse accounts for the psychotic symptoms, (6) premorbid IQ not less than 70; (7) sufficient acculturation and fluency in the English language to avoid invalidating research measures of verbal cognitive abilities; and (8) residence likely to be within commuting distance of the UCLA Aftercare Research Program Age (years): 22 Duration of (untreated) illness: about 9 months
Interventions	IG (N= 25): – neurocognitive training and social cognitive training – Patients completed 2 h/day of computerized CT 2 days/week – Patients in both treatment groups participated in a weekly 1-h Bridging Group with other members of their own treatment group. This group was designed to aid the generalization of training to everyday life situations – progressive aerobic exercise program – the in-clinic exercise sessions occurred 2 sessions/week and exercise homework involved another 2 sessions/week – the clinic exercise sessions involved a group of 5–7 participants led by a certified fitness trainer and included a dynamic warm-up (7.5min) and a cool-down after exercise (7.5 min). The exercise sessions included 30min of combined moderate-intensity aerobic conditioning (1-min intervals) and moderate-to-high-intensity strength and calisthenic conditioning (1-min intervals) – The exercise dosage goal was 150 min/week of moderate aerobic activity, including two exercise sessions in the clinic (45 min duration) and two at home (30min duration) CG (N= 23): - neurocognitive training and social cognitive training – Patients completed 2 h/day of computerized CT 2 days/week – - Patients in both treatment groups participated in a weekly 1-h Bridging Group with other members of their own treatment group. This group was designed to aid the generalization of training to everyday life situations.
Outcomes	Primary outcome measures: – Cognitive performance (MCCB) – Functional outcome (10-point Global Functioning Scale) Secondary outcome measures: – Brain-derived neurotrophic factor (BDNF) – - Fitness and muscular endurance testing
Results	– baseline till 6 months Primary outcome measures: – Cognition $F = 3.33$, $p = 0.04$ – Functional outcome – role $F = 8.52$, $p < 0.001$

– Functional outcome – social F = 0.24, p = 0.79 Secondary outcome measures: – BDNF results not statistical significant – - Fitness and muscular endurance F = 2.82, p = 0.066		
Risk of bias		
Bias	Authors' judgement Low – Unclear – high risk	Support for judgement
Random sequence generation (selection bias)	low risk 	Randomization was completed immediately following baseline assessment, using a random number table with a 1:1 ratio to CT&E v. CT
Allocation concealment (selection bias)	unclear risk 	-
Blinding of participants and personnel (performance bias)	unclear risk 	-
Blinding of outcome assessment (detection bias)	unclear risk 	-
Incomplete outcome data (attrition bias)	low risk 	Loss to follow up less than 5 %
Selective reporting (reporting bias)	low risk 	All outcome measures were considered in the analysis.
Other bias (adequate therapy method, treatment fidelity, supervision, training, personal, financial, or any other interests producing bias)	low risk 	-

Chien et al. 2022 A randomized controlled trial of a peer-facilitated self-management program for people with recent-onset psychosis	
Methods	Multi-center, three-arm RCT Intervention group 1 (IG 1): peer-facilitated self-management intervention (PFSMI; manualized) Intervention group 2 (IG 2): psychoeducation group (PEG) Control group (CG): care as usual Duration: 4 months, 6 months follow-up Patients: people with recent-onset psychosis
Participants	N=180, – We included participants with a clinical diagnosis of psychosis for – ≤5 years, who were experiencing and distressed by common psychotic symptoms (e.g., hallucinations and delusions) according to the structured clinical interview for DSM-V – Patients were included if they were: (1) Hong Kong Chinese residents, – aged 18–60 years; (2) having Global Assessment of Functioning scores ≥ 51, indicating mild to moderate symptoms and difficulty in psychosocial/ occupational functioning and mentally stable to comprehend the self-care skills training provided (American Psychiatric Association, 2013); and (3) able to communicate in written and speaking Chinese/Cantonese. Excluded: Potential participants were excluded if they were (1) recently provided with or participating in other psychosocial interventions; (2) with co-morbidity of another mental illness (learning disability/cognitive and personality disorders) and/or any clinically significant medical diseases; and (3) having visual/language/communication difficulty Age (years): about 25 Duration of illness (months): about 15
Interventions	IG 1 (N=60): – The PFSMI was developed on the basis of the Chinese translated CORE program – selfmanagement program of mental illness – 0 weekly/biweekly, 1.5-hour sessions over four months IG 2 (N=60): – 10 weekly/biweekly, 1.5- to 2-hour sessions over four months – It comprised of six components: (1) introduction and goalsetting; (2) basic understanding of psychosis and symptom and emotion self-care; (3) education workshop on psychosis care, treatment, and community support services; (4) learning about self-care skills, (5) establishing social support and effective coping skills; and (6) skills practices, review and future plan CG (N=60): – - care as usual
Outcomes	Primary outcome measures: – patients' level of recovery (Questionnaire about the Process of Recovery (QPR)) Secondary outcome measures: – patients' psychosocial functioning (Specific Level of Functioning Scale SLOF) – psychotic symptoms (PANSS) – problem-solving ability (Social-Problem- Solving Inventory SPSI-R:S) – insight into illness/treatments (Insight and Treatment Attitude Questionnaire ITAQ) – - Re-hospitalization rates
Results	Results after 6 months follow-up Primary outcome measures: Level of recovery (QPR) – PFSMI vs. CG: MD 15,6; p=0,001; CI 95 % 18.71 12.28

- PFSMI vs. PEG: MD 7,48; p=0,01; CI 95 % 9.52 5.41

Secondary outcome measures:

Patient functioning (SLOF)

- PFSMI vs. CG: MD 14,9; p=0,001; CI 95 % 18.77 12.70
- PFSMI vs. PEG: MD 12,9; p=0,003; CI 95 % 15.52 10.38

Psychotic symptoms (PANSS)

- PFSMI vs. CG: MD -45,6; p=0,0001; CI 95 % -50.65 till -40.60
- PFSMI vs. PEG: MD -13,0; p=0,003; CI 95 % -15.64 till -10.33

Insight into illness/treatments (ITAQ)

- PFSMI vs. CG: MD 7,3; p=0,01; CI 95 % 8.32-6.34
- PFSMI vs. PEG: MD 5,3; p=0,03; CI 95 % 6.30-4.20

Re-hospitalization rates

- PFSMI vs. CG: MD -10,7; p=0,005; CI 95 % -13.00 till -8.31
- PFSMI vs. PEG: MD -0,95 ; p=0,14; CI 95 % -1.79 till -0.13

Risk of bias

Bias	Authors' judgement Low – Unclear – high risk	Support for judgement
Random sequence generation (selection bias)	Low risk 	Participants were randomly selected using computer-generated random numbers (via RANDOM.ORG)
Allocation concealment (selection bias)	low risk 	To prevent allocation bias, the code was concealed until the completion of the baseline measurements.
Blinding of participants and personnel (performance bias)	unclear risk 	-
Blinding of outcome assessment (detection bias)	low risk 	Patient outcomes were assessed by a trained research assistant who was blind to the group/intervention allocation
Incomplete outcome data (attrition bias)	low risk 	161 patients (89.4 %) completed the intervention; one in the PFSMI and two in the PEG and TAU withdrew; and three in the TAU refused to continue study participation during interventions (and did not allow us to use their data).
Selective reporting (reporting bias)	low risk 	All outcome measures were considered in the analysis.
Other bias (adequate therapy method, treatment fidelity, supervision, training, personal, financial, or any other interests producing bias)	low risk 	-

Chanen et al. 2022 Effect of 3 Forms of Early Intervention for Young People With Borderline Personality Disorder The MOBY Randomized Clinical Trial	
Methods	Single-blind randomized controlled Trial Intervention group 1 (IG): The Helping Young People Early (HYPE) combined with weekly cognitive analytic therapy (CAT) Intervention group 2 (IG): HYPE combined with a weekly befriending psychotherapy control condition Intervention group 3 (IG): a general youth mental health service (YMHS) model, combined with befriending Duration: 18 month Patients: People diagnosed with a borderline personality disorder (BPD)
Participants	N=139 - Key inclusion criteria were (1) age 15 to 25 years (inclusive) and (2) Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis II Disorders diagnosis of BPD (identical to DSM-5 criteria) Exclusion: - Key exclusion criteria were (1) Structured Clinical Interview Axis I Disorders Patient Edition diagnosis of psychotic disorder within the past 12 months; (2) lifetime diagnosis of a schizophrenia spectrum or bipolar I or II disorder; and (3) prior evidence-based treatment for BPD Age (years): 19 Duration of (untreated) illness: not reported
Interventions	IG 1 (N= 46): - The Helping Young People Early (HYPE) combined with weekly cognitive analytic therapy (CAT) - Key elements HYPE include a CAT-based relational model (relational clinical care), integrated clinical casemanagement and general and acute psychiatric care, an explicitly collaborative approach, assertive engagement, outreach care in the community when needed, active inclusion of families, and a focus on functional recovery. - CAT is a time-limited psychotherapy that focuses on understanding problematic self-management and interpersonal relationship patterns and the thoughts, emotions, and behavioral responses that result from these patterns IG 2 (N= 46): - HYPE combined with a weekly befriending psychotherapy control condition - Befriending has been used for common factors of psychotherapy, including time in therapy, participant expectations, and the client-therapist relationship. Befriending consists of talking about neutral topics of interest to the participant, such as sport, music, social, and vocational activities, while avoiding or redirecting the participant from emotionally loaded topics, such as symptoms or interpersonal problems. IG 3 (N=47): - a general youth mental health service (YMHS) model, combined with befriending - The YMHS model was implemented at Headspace by mental health clinicians who had expertise in young people (but who were not BPD treatment specialists), working within a multidisciplinary group practice setting. Key elements included a focus on engagement and young people-friendly practice, diagnosis, and treatment of mental disorders, clinical case management when needed, medical or psychiatric consultation when clinically indicated, and access to acute crisis care.
Outcomes	Primary outcome measures: The primary outcome was psychosocial functioning (Inventory of Interpersonal Problems Circumplex Version (IIP-C) and the Social Adjustment Scale Self-report (SAS-SR))

	Secondary outcome measures: - Secondary outcomes included DSM-IV-TR BPD features, suicidal ideation, suicide attempts and nonsuicidal self-injury, depression, substance use, and client treatment satisfaction
Results	baseline till 18 month Primary outcome measures: <u>HYPE + CAT vs befriending</u> - IIP-C: SE=-4.2 (11.4); t= -0.37; df (93.94) p= 0.72 - SAS-SR: SE=0.1 (0.1); t= -0.82; df (108.7) p= 0.42 <u>HYPE vs YMHS + befriending</u> - IIP-C: SE=19.8 (10.8); t= 1.84; df (90.58) p= 0.07 - SAS-SR: SE=0.1 (0.1); t= 0.08; df (104.0) p= 0.94 Secondary outcome measures: <u>HYPE + CAT vs befriending</u> - BPDSI: SE=1.7 (3.1); t= 0.53; df (103.6) p= 0.6 - BSS: SE=-3.6 (2.2); t= -1.66; df (86.1) p= 0.1 - CESD-R: SE=1.3 (4.5); t= 0.28; df (105.1) p= 0.78 - MADRS: SE=-2.6 (3.4); t= -0.78; df (95.1) p= 0.44 - AUDIT: SE=-0.5 (1.8); t= -0.27; df (123.5) p= 0.79 - OTI: - Alcohol SE=1.2 (8.5); t= 1.39; df (87.37) p= 0.17 - Tobacco SE=1.6 (2.0); t= 0.84; df (92.84) p= 0.4 - Cannabis SE=2.2 (1.2); t= 1.88; df (61.59) p= 0.07 - CSQ: SE=0.2 (1.0); t= 0.2; df (105.72) p= 0.84 <u>HYPE vs YMHS + befriending</u> - BPDSI: SE=0.3 (3.0); t= 0.11; df (98.3) p= 0.91 - BSS: SE=-2.6 (2.1); t= 1.25; df (84.42) p= 0.22 - CESD-R: SE=-0.8 (4.2); t= -0.18; df (101.09) p= 0.86 - MADRS: SE=-3.7 (3.2); t= 1.15; df (91.97) p= 0.26 - AUDIT: SE=-2.1 (1.7); t= 1.25; df (119.4) p= 0.22 - OTI: - Alcohol SE=-1.0 (.8); t= -1.24; df (82.6) p= 0.22 - Tobacco SE=1.9 (1.9); t= -1.0; df (88.13) p= 0.32 - Cannabis SE=-1.9 (1.2); t= -1.59; df (57.93) p= 0.12 - CSQ: SE=0.3 (0.9); t= 0.4; df (102.41) p= 0.69 AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test; BPDSI: Borderline Personality Disorder Severity Index; BSS: Beck Scale for Suicide Ideation; CAT, cognitive analytic therapy; CESD-R, Center for Epidemiologic Studies Depression Scale; CSQ, Client Satisfaction Questionnaire; HYPE, Helping Young People Early; IIP-C, Inventory of Interpersonal Problems Circumplex Version; MADRS, Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale; OTI, Opiate Treatment Index Section II; SAS-SR, Social Adjustment Scale Self-report; YMHS, youth mental health service.
Risk of bias	
Bias	Authors' judgement Low – Unclear – high risk
Random sequence generation (selection bias)	Low risk  Using computer-generated randomization sequences, prepared by an independent statistician, participants were randomly assigned both to 1 treatment arm (in a 1:1:1 ratio) and to a clinician. Permuted blocking was used, and participants were stratified by age (cut point of age 18

			years), sex assigned at birth, and Center for Epidemiological Studies Depression Scale–Revised score (cut point of 37).
Allocation concealment (selection bias)	unclear risk		-
Blinding of participants and personnel (performance bias)	unclear risk		Participants were informed of their treatment assignment by the trial coordinator.
Blinding of outcome assessment (detection bias)	low risk		Assessors were blind to treatment assignment and to the study design.
Incomplete outcome data (attrition bias)	low risk		-Retention rates did not differ significantly between the 3 groups at any time point.
Selective reporting (reporting bias)	low risk		All outcome measures were considered in the analysis.
Other bias (adequate therapy method, treatment fidelity, supervision, training, personal, financial, or any other interests producing bias)	low risk		-

Alvarez-Jimenez et al. 2021 The Horyzons project: a randomized controlled trial of a novel online social therapy to maintain treatment effects from specialist first-episode psychosis services	
Methods	Single-blind randomized controlled Trial Intervention group (IG): Horyzons program Control group (CG): usual care Duration: 18 months, 18 months follow-up Patients: People diagnosed with a first-episode psychosis
Participants	N=170 - Participants were aged 16-27 years and were receiving care at the Early Psychosis Prevention and Intervention Centre (EPPIC), a specialized program of Orygen, Melbourne (Australia) - Inclusion criteria for participants were: a) a first episode of a DSM-IV psychotic disorder or mood disorder with psychotic features; b) aged 16-27 years; c) remission of positive symptoms of psychosis – defined, using the positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)23, as four weeks or more of scores of 3 (mild) or below on items P2 (conceptual disorganization) and G9 (unusual thought content), and scores of 4 (moderate) or below with no functional impairment on items P3 (hallucinatory behaviour) and P1 (delusions). Additional inclusion criteria to ensure low level of risk within the trial included: d) low aggressiveness, defined by a score of 3 or below on the poor impulse control item of the PANSS for the month prior to study entry; and e) moderate or lower suicidal risk, defined as a score of 4 or below on the suicidality subscale of the Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) 24 for the month preceding study entry. Exclusion: a) intellectual disability; and b) inability to converse in or read English. Additional exclusion criteria to ensure safety within the trial were: c) a DSM-IV diagnosis of either antisocial personality disorder (ASPD) or borderline personality disorder (BPD), as well as clinical evidence that BPD features caused interpersonal difficulties in the treatment environment Age (years): 21 Duration of (untreated) illness: about 4 weeks
Interventions	IG (N= 86): - The Horyzons application was iteratively developed by a multidisciplinary team, in partnership with young people, with the aim of improving social functioning and vocational recovery and prevent relapse in FEP - Horyzons is based on the moderated online social therapy (MOST) model, which integrates interactive online therapy (“pathways” and “steps”), peer-to-peer online social networking (“the café”), peer moderation, and expert support - Expert support was provided by registered mental health clinicians (e.g., clinical psychologists, social workers) and vocational workers (trained in Individual Placement and Support) with experience in young people with psychosis CG (N= 84): - usual care
Outcomes	Primary outcome measures: - change in social functioning, as measured by the Personal and Social Performance Scale (PSP) Secondary outcome measures: - visits to emergency services, hospital admissions due to mental health issues in general or specifically to psychosis, vocational/educational recovery (i.e., working in a job that paid the legislated minimum wage for a minimum of a week and/or being enrolled in education in the previous 6-month period), depression (as assessed by the Calgary Depression Scale for Schizophrenia, CDSS), loneliness and social support (evaluated by the UCLA Loneliness Scale, Version 3, and the Medical Outcomes Study Social Support Survey, MOS-SSS,

	respectively), self-esteem and self-efficacy (assessed by the Self-Esteem Rating Scale - Short Form, SERS-SF, and the Mental Health Confidence Scale, MHCS, respectively), satisfaction with life (evaluated using the Satisfaction with Life Scale, SWLS), quality of life (measured by the Assessment of Quality of Life - 8D, AQoL-8D), and positive and negative psychotic symptoms (assessed by the PANSS)		
Results	baseline till 18 months Primary outcome measures: – Social functioning (PSP) MD −0.29 (CI 95 % −4.20 to 3.63), Effect size - 0.01, p=0.77 Secondary outcome measures: – Depression (CDSS) MD 0.31 (CI 95 % −0.82 to 1.44), Effect size 0.05, p=0.42 – Loneliness (UCLA) MD 0.94 (CI 95 % −2.05 to 3.94), Effect size 0.06, p=0.54 – Social support (MOS-SSS) MD 0.08 (CI 95 % −5.51 to 5.68), Effect size -0.003, p=0.82 – Self-esteem (SERS-SF) MD 1.07 (CI 95 % −4.89 to 7.04), Effect size 0.03, p=0.89 – Self-efficacy (MHCS) MD 2.25 (CI 95 % −2.14 to 6.65), Effect size 0.09, p=0.3 – Satisfaction with life (SWLS) MD -0.29 (CI 95 % −2.13 to 1.55), Effect size - 0.03, p=0.67 – Quality of life (AQoL-8D) MD 0.01 (CI 95 % −0.04 to 0.07), Effect size 0.05, p=0.59 – Positive symptoms (PANSS) MD -0.82 (CI 95 % −1.98 to 0.35), Effect size - 0.12, p=0.37 – Negative symptoms (PANSS) MD -0.83 (CI 95 % −1.99 to 0.34), Effect size - 0.12, p=0.34 – Vocational or educational recovery OR 5.55 (CI 95 % 1.09 to 28.23), p=0.04 – Hospital admissions due to mental health issues OR 0.46 (CI 95 % 0.15 to 1.3), p=0.15 – Hospital admissions due to psychosis OR 0.36 (CI 95 % 0.11 to 1.08), p=0.07 – - Visits to emergency services OR 0.31 (CI 95 % 0.11 to 0.86), p=0.03		
Risk of bias			
Bias	Authors' judgement Low – Unclear – high risk	Support for judgement	
Random sequence generation (selection bias)	low risk		-An external independent statistician created a computer-generated randomization schedule, comprising randomly permuted blocks
Allocation concealment (selection bias)	low risk		-To ensure allocation concealment, the trial coordinator was notified of each randomization via a secure online system and then informed participants of their treatment allocation.
Blinding of participants and personnel (performance bias)	unclear risk		-
Blinding of outcome assessment (detection bias)	low risk		-Statisticians and study assessors were masked to treatment allocation until completion of analyses via various procedures detailed in the study protocol
Incomplete outcome data (attrition bias)	high risk		-Seventy-two of 86 participants in the Horyzons plus TAU group (83.7%) and 75 of 84 in the TAU group (89.3%) completed at least one post-baseline (i.e., 6-, 12- and/or 18-month) assessment. Moreover, 63 participants in the Horyzons group (73.2%) and 63 in the TAU group (75.0%) completed the 18-month follow-up assessment
Selective reporting (reporting bias)	low risk		All outcome measures were considered in the analysis.
Other bias	low risk		-

(adequate therapy
method, treatment fidel-
ity, supervision, training,
personal, financial, or any
other interests
producing bias)

Ventura et al. 2021		
Changes in inflammation are related to depression and amount of aerobic exercise in first episode schizophrenia		
Methods	Randomized controlled Trial Intervention group (IG): Cognitive Training & Exercise Control group (CG): Cognitive Training alone Duration: 6 months Patients: People diagnosed with a first episode Schizophrenia	
Participants	N=25 25 first-episode schizophrenia patients All patients were enrolled in the UCLA Aftercare Research Program, an outpatient clinic that provides treatment in the form of antipsychotic medication, individual case management, psychoeducation, family education and group and individual therapy focused on recovery and practical life skills Excluded: (a) evidence of a neurological disorder, (b) evidence of significant and habitual drug abuse or alcoholism in the 6 months prior to hospitalization or of substance use that triggered the psychotic episode, and (c) estimated IQ <70 Age (years): 23 Duration of (untreated) illness: max. 2 years	
Interventions	IG (N= k. A.): – Cognitive Training & Exercise – neurocognitive training and social cognitive training – the in-clinic exercise sessions occurred 2 sessions/week and exercise home-work involved another 2 sessions/week – the clinic exercise sessions involved a group of 5–7 participants led by a certified fitness trainer and included a dynamic warm-up (7.5min) and a cool-down after exercise (7.5 min). The exercise sessions included 30min of combined moderate-intensity aerobic conditioning (1-min intervals) and moderate-to-high-intensity strength and calisthenic conditioning (1-min intervals) – The exercise dosage goalwas 150 min/week of moderate aerobic activity, including two exercise sessions in the clinic (45 min duration) and two at home (30min duration) CG (N= k. A.): – Cognitive Training alone – - neurocognitive training and social cognitive training	
Outcomes	Outcome measures (Pearson correlation) – Symptoms (BPRS) – - Patient’s blood levels (pro-inflammatory cytokine IL-6)	
Results	baseline till 6 months Outcome measures: – Relationship between baseline to 6 month changes in the pro-inflammatory cytokine IL-6 and the changes in depression from baseline to the 6-month follow-up point: decreases in levels of IL-6 were significantly related to decreases in BPRS depressive symptoms (n = 25, r = .40, P = .04) – Relationship between decreases in IL-6 and decreases in depression was also present and significant (n = 13, r= .55, P = .05) – Number of aerobic exercise sessions completed by the participant was significantly correlated with the amount ofreduction in inflammation as measured by IL-6 (n = 13, r = -.63, P = .02)	
Risk of bias		
Bias	Authors’ judgement	Support for judgement
	Low – Unclear – high risk	
Random sequence generation (selection bias)	unclear risk	

Allocation concealment (selection bias)	unclear risk		-
Blinding of participants and personnel (performance bias)	unclear risk		-
Blinding of outcome assessment (detection bias)	unclear risk		-
Incomplete outcome data (attrition bias)	unclear risk		-
Selective reporting (reporting bias)	low risk		All outcome measures were considered in the analysis.
Other bias (adequate therapy method, treatment fidelity, supervision, training, personal, financial, or any other interests producing bias)	low risk		-

Halverson et al. 2021 Enhancing stress reactivity and wellbeing in early schizophrenia: A randomized controlled trial of Integrated Coping Awareness Therapy (I-CAT)	
Methods	Randomized controlled Trial Intervention group (IG): Integrated Coping Awareness Therapy (I-CAT) Control group (CG): usual care Duration: 9 months, 3 months follow-up Patients: People diagnosed with an early schizophrenia
Participants	N=36 – study took place at two sites, the University of North Carolina at Chapel Hill and The University of Minnesota – Individuals in the early stages of SSD meeting Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition criteria for SSD according to the Structured Clinical Interview for DSM-IV, being 18–35 years of age, IQ greater than 80, not meeting criteria for current substance use disorder, no hospitalizations within the past three months, and no history of meditation workshops or practicing meditation in the past year Age (years): about 24 Duration of illness (years): about 1,8
Interventions	IG (N=18): – I-CAT is a manual-based intervention – Part I of I-CAT includes psychoeducation on stress reactivity and mindfulness and assessment of stressors – Part II of I-CAT integrates practice of mindfulness (e.g., sitting meditation, body scan) and positive coping strategies (e.g., identification of personal strengths, setting positive goals, active/constructive responding) – Part III of ICAT focuses on 1) development of an individualized daily routine integrating mindfulness and meaningful coping skills, and 2) development of positive and personally meaningful goals (e.g., return to school) – Participants in the I-CAT condition also completed coordinated specialty care (CSC) appointments (e.g., medication management, family therapy, supported employment, peer support). CG (N=18): usual care – - Participants randomized to TAU participated in weekly or bi-weekly therapy sessions and CSC appointments. TAU consisted of supportive therapy and evidence-based treatment approaches associated with first episode psychosis
Outcomes	Patients were measured at baseline mid-, post treatment and follow-up Primary outcome measures: – Positive/Negative emotions (modified self-report Differential Emotion Scale (mDES)) – Quality of life (QLS) – Social functioning (FESFS) – Stress reactivity (Perceived Stress Scale (PSS)) Secondary outcome measures: – Symptoms (PANSS) – Mindfulness (FFMQ; SCS) – - Wellbeing (PWB)
Results	baseline to follow-up results Primary outcome measures: <u>Positive emotions</u> – mDES LSMD=0,10, d=0,08, p=0,72 <u>Negative emotions</u> – mDES LSMD=0,23, d=0,19, p=0,39 <u>Quality of Life</u>

- QLS LSMD=0,17, d=0,16, p=0,347

Social functioning

- FESFS total LSMD=0,07, d=0,07, p=0,75
- FESFS Independent living skills LSMD=0,24, d=0,20, p=0,36
- FESFS Interacting with people LSMD=0,10, d=0,08, p=0,71
- FESFS Friends and activities LSMD=0,00, d=0,00, p=0,99
- FESFS Intimacy LSMD=0,12, d=0,12, p=0,60
- FESFS Family LSMD=0,15, d=0,10, p=0,64
- FESFS Work abilities LSMD=0,87, d=0,61, p=0,02
- FESFS School relationships/social activities LSMD=0,49, d=0,36, p=0,34
- FESFS School abilities LSMD=0,30, d=0,31, p=0,42

Stress Reactivity

- PSS LSMD=0,36, d=0,27, p=0,23

Secondary outcome measures:

Symptoms

- PANSS total LSMD=0,34, d=0,32, p=0,14
- PANSS negative LSMD=0,76, d=0,48, p=0,02
- PANSS positive LSMD=0,04, d=0,04, p=0,88
- PANSS disorganized LSMD=0,07, d=0,09, p=0,68
- PANSS excited LSMD=0,03, d=0,06, p=0,80
- PANSS depressed LSMD=0,25, d=0,17, p=0,45

Mindfulness

- FFMQ total LSMD=0,13, d=0,06, p=0,80
- FFMQ Observation LSMD=0,62, d=0,49, p=0,03
- FFMQ Description LSMD=0,18, d=0,15, p=0,5
- FFMQ Aware of actions LSMD=0,02, d=0,01, p=0,97
- FFMQ Non-judgmental inner experience LSMD=0,16, d=0,14, p=0,52
- FFMQ Non-reactivity LSMD=0,06, d=0,04, p=0,85
- SCS total LSMD=0,09, d=0,07, p=0,74
- SCS Self-kindness LSMD=0,75, d=0,49, p=0,03
- SCS Self-judgment LSMD=0,17, d=0,11, p=0,62
- SCS Common humanity LSMD=0,32, d=0,25, p=0,25
- SCS Isolation LSMD=0,07, d=0,05, p=0,82
- SCS Mindfulness LSMD=0,02, d=0,01, p=0,97
- SCS Over-identified LSMD=0,04, d=0,04, p=0,87

Well being

- PWB total LSMD=0,17, d=0,18, p=0,41
- PWB Autonomy LSMD=0,09, d=0,08, p=0,35
- PWB Environmental mastery LSMD=0,08, d=0,07, p=0,77
- PWB Personal growth LSMD=0,47, d=0,40, p=0,07
- PWB Positive relations with others LSMD=0,27, d=0,27, p=0,23
- PWB Purpose in life LSMD=0,69, d=0,59, p<0,01
- PWB Self-acceptance LSMD=0,23, d=0,21, p=0,35

Risk of bias

<i>Bias</i>	<i>Authors' judgement</i>	<i>Support for judgement</i>	
	<i>Low – Unclear – high risk</i>		
Random sequence generation (selection bias)	low risk		Participants were randomly assigned in blocks of four, stratified by sex
Allocation concealment (selection bias)	unclear risk		-
Blinding of participants and personnel (performance bias)	unclear risk		-

Blinding of outcome assessment (detection bias)	low risk		Randomization was performed using PROCPLAN in SAS Version 9.3 by an independent statistician blind to study hypotheses
Incomplete outcome data (attrition bias)	low risk		-
Selective reporting (reporting bias)	low risk		All outcome measures were considered in the analysis.
Other bias (adequate therapy method, treatment fidelity, supervision, training, personal, financial, or any other interests producing bias)	low risk		-

Nuechterlein et al. 2020 Enhancing return to work or school after a first episode of schizophrenia: the UCLA RCT of Individual Placement and Support and Workplace Fundamentals Module training	
Methods	Randomized controlled Trial Intervention group (IG): Individual Placement and Support and Workplace Fundamentals Module training Control group (CG): Brokered Vocational Rehabilitation (BVR)] + plus a social skills group Duration: 18 months Patients: People diagnosed with recent-onset schizophrenia
Participants	N=69 – Inclusion criteria were: (1) a recent first psychotic episode, beginning within the last 2 years (with psychotic symptoms lasting at least 2 weeks); (2) a diagnosis by Research Diagnostic Criteria (RDC) of schizophrenia or schizoaffective disorder, mainly schizophrenic subtype; (3) 18–45 years old; (4) sufficient English fluency to avoid invalidating research measures; (5) residence within commuting distance of UCLA; and (6) possible interest in trying to resume work or school Excluded: (1) a neurological disorder; (2) significant habitual substance use disorder in the 6 months prior to hospitalization or substance use that accounted for the psychotic symptoms; (3) mental retardation; or (4) contra-indication for risperidone treatment Age (years): 25 Duration of (untreated) illness: about 8 month
Interventions	IG (N= 46): – IPS followed the principles of this form of supported employment (Becker and Drake, 2003; Drake et al., 2012), but was adapted to a first-episode sample by providing supported education for participants whose preferences and situations made resuming education more appropriate than returning to employment – The common principles are: (1) the goal is competitive employment or schooling in typical community settings, (2) IPS services integrated into the mental health treatment team, (3) rapid search for schooling or employment, (4) eligibility based on participant choice, (5) attention to the individual's job/school preferences, (6) continuous individualized support, (7) community outreach, and (8) disability benefits counseling – Workplace Fundamentals Module (WFM); WFM uses a group-based skills training approach emphasizing social and problem-solving skills necessary for keeping a job – Skill areas included: (1) how work/school changes your life; (2) learning about your place of work or school; (3) identifying stressors; (4) solving problems; (5) managing symptoms and medications; (6) managing health; (7) improving job/school performance; (8) socializing with fellow workers/students; and (9) finding motivation CG (N= 23) – equally intensive clinical treatment at UCLA, including social skills training groups, and conventional vocational rehabilitation by state agencies – All patients were provided case management and psychiatric services by the same clinical team and received oral atypical antipsychotic medication.
Outcomes	Primary outcome measures: – participation in competitive work or school
Results	baseline till 18 months Primary outcome measures: – participation in competitive work or school (6 months): 83 % (34 of 41) IPS-WFM-group vs. 41 % (9 of 22) BVR-group ($\chi^2 = 11,67$, $df = 1$, $p < 0,001$)

– participation in competitive work or school (until 18 months): 92% (33 of 36) in IPS-WFM-group vs. 60 % (9 of 15) in BVR-group ($\chi^2 = 7,31$, $df = 1$, $p < 0,007$). – Dropout frequency n.s. ($\chi^2 = 1,35$, $df = 1$, $p = 0,25$) – - total amount of time in schooling or employment during the study. IPS-WFM-patients had significantly longer mean time in schooling/employment than the BVR patients [45.1 weeks (S.D. = 34.0) v. 26.3 weeks (S.D. = 42.2), unequal variance $t = 3.06$, $df=32.9$, $p < 0.004$]			
Risk of bias			
Bias	Authors' judgement Low – Unclear – high risk	Support for judgement	
Random sequence generation (selection bias)	unclear risk		-
Allocation concealment (selection bias)	unclear risk		-
Blinding of participants and personnel (performance bias)	unclear risk		-
Blinding of outcome assessment (detection bias)	unclear risk		-
Incomplete outcome data (attrition bias)	low risk		- loss to follow up less than 10 %
Selective reporting (reporting bias)	low risk		All outcome measures were considered in the analysis.
Other bias (adequate therapy method, treatment fidelity, supervision, training, personal, financial, or any other interests producing bias)	low risk		-

Steare et al. 2020		
Smartphone-delivered self-management for first-episode psychosis: the ARIES feasibility randomised controlled trial		
Methods	Randomized controlled Trial Intervention group (IG): Smartphone-based self-management tool in Early Intervention in Psychosis (EIP) Control group (CG): usual care Duration: 7 months Patients: People diagnosed with a first episode psychosis	
Participants	N=40 Participants were eligible if they were aged ≥16 years, had experienced at least one episode of psychosis, were currently on the caseload of an EIP service and owned a Smartphone with an Android operating system. Exclusion: People were excluded from the trial if they lacked capacity to consent to participation, were unable to communicate and understand English, or were considered by their EIP service to pose a high risk to researchers during meetings, even on NHS premises. Age (years): 22 Duration of (untreated) illness: not reported	
Interventions	IG (N= 20): - My Journey 3 is a Smartphone app developed for adults accessing EIP services - The aim of the intervention is to develop users’ self-management skills to help them to achieve self-determined recovery goals and avoid future relapses. My Journey 3 is suitable for independent use, but also designed to be used with support from EIP service clinicians who will be able to assist with the completion of the self-management components and initial set-up. - My Journey 3 features four key elements of self-management (My recovery plan, My relapse prevention plan, How are you doing?, Pill tracker), an approach with demonstrated efficacy in improving social and clinical outcomes for people with psychosis CG (N= 20): - usual care	
Outcomes	Primary outcome measures: - social outcomes (Social Outcomes Index (SIX)) - self-efficacy (Mental Health Confidence Scale (MHCS)) - self-rated recovery (Questionnaire about the Process of Recovery (QPR)) - mental well-being (Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS)) - quality of life and satisfaction with treatment (DIALOG scale) - psychopathology (Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS))	
Results	baseline till 12 months Primary outcome measures (adjusted results) - SIX 95 % CI -0.73 to 1.3; not statistically significant - MHCS 95 % CI -6.04 to 12.1; not statistically significant - QPR intrapersonal 95 % CI -4.12 to 10.5; not statistically significant - QPR interpersonal 95 % CI -0.89 to 4.12; not statistically significant - DIALOG Qol 95 % CI -0.33 to 0.81; not statistically significant - DIALOG treatment satisfaction 95 % CI -0.42 to 1.04; not statistically significant - PANSS positive 95 % CI -0.62 to 2.38; not statistically significant - PANSS negative 95 % CI -1.56 to 1.84; not statistically significant - PANSS total 95 % CI -4.57 to 2.55; not statistically significant - SES total 95 % CI -1.57 to 7.79; not statistically significant	
Risk of bias		
Bias	Authors’ judgement	Support for judgement
	Low – Unclear – high risk	

Random sequence generation (selection bias)	low risk		-Participants were randomly allocated in a 1:1 ratio to either the intervention (n=20) or the control group (n=20) by an independent statistician.
Allocation concealment (selection bias)	unclear risk		-
Blinding of participants and personnel (performance bias)	unclear risk		-Conditions were masked from the raters gathering post-intervention and follow-up assessments. The raters were ordinarily employed in a ward separate from the intervention sites both in terms of organization and geography. To our knowledge, no instances of unmasking occurred.
Blinding of outcome assessment (detection bias)	low risk		-An independent researcher held the allocation list and did not disclose participants' allocation to the trial researcher until after completion of the baseline assessments.
Incomplete outcome data (attrition bias)	high risk		-At both time points, the follow-up rate was lower in the control group (4 months: 65% compared with 100%, 12 months: 70% compared with 80%).
Selective reporting (reporting bias)	low risk		-All outcome measures were considered in the analysis.
Other bias (adequate therapy method, treatment fidelity, supervision, training, personal, financial, or any other interests producing bias)	low risk		-

Fisher et al. 2020 Designing a feasible exercise intervention in first episode psychosis		
Methods	Randomized Controlled Trial Intervention group (IG): Exercise intervention Control group (CG): usual care Duration: 12 weeks Patients: Male patients, diagnosis of first-episode psychosis	
Participants	N=22, - Male patients, aged 16-35, with a diagnosis of first-episode psychosis (as identified by a psychiatrist in keeping with ICD-10 F 20-29, F31.2, 32.3), were recruited from the community-based Birmingham Early Intervention service - Male patients only were recruited, to negate the need to control for the menstrual cycle in female participants Age (years): about 25 Duration of illness: not reported	
Interventions	IG (N=11): 2-3 times per week, for 40-60 minutes, for 12 weeks - Modes of exercise included were running; cycling; swimming; tennis; squash; badminton; circuit training and football - Each training session was supervised and accompanied by a researcher in a 1-to-1 manner CG (N=11): - usual care	
Outcomes	Patients were measured at baseline and at the endpoint (after 4 months). Primary outcome measures: - PANSS - Quality of Life - functional disability - BMI	
Results	Gewicht: keine signifikante Veränderung BMI: keine signifikante Veränderung Funktionsniveau: WHODAS, Rückgang um 12,65 % in der IG (von 45,93 (±19,8) auf 40,12 (±19,09)) und eine Zunahme von 20,78 % in der KG (27,48 (±20,29) auf 33,19 (±20,99)). Lebensqualität: WHOQOL, Wert stieg in beiden Gruppen an, wobei ein Anstieg von 11,21 % bei den Teilnehmern der IG (von 45,41 (±16,18) auf 50,5 (±15,78)) und um 5,32 % in der KG (48,13 (±18,77) auf 50,69 (±16,78)) Positiv-/Negativsymptomatik: Negativscore: Anstieg von 1,44% in IG (von 19,43 (±2,1) auf 19,71 (±4,11)) vs. Anstieg um 13,89 % in der KG (18,88 (±6,66) auf 21,5 (±4,45)) (d= 0.76). Positivscore: Reduktion um 17,31 % in IG (von 18,14 (±5,55) auf 15 (±4,97)) vs. Abnahme um 7,83 % in KG (17,63 (±5,88) auf 16,25 (±4,68)). Allgemein-Score: Rückgang des allgemeinen PANSS-Scores um 10,98 % (von 40,43 (±9,81) auf 36,43 (±5,86)) (d= -0,59) in IG, verglichen mit einem Rückgang um 2,82 % bei den Teilnehmern der Kontrollgruppe (39,88(±11,37) auf 38,75 (±8,97)) (d= -0,21)	
Risk of bias		
Bias	Authors' judgement Low – Unclear – high risk	Support for judgement
Random sequence generation (selection bias)	low risk	 - A block randomisation method was utilised to allow for equal group distribution

Allocation concealment (selection bias)	unclear risk		-
Blinding of participants and personnel (performance bias)	unclear risk		-
Blinding of outcome assessment (detection bias)	unclear risk		-
Incomplete outcome data (attrition bias)	high risk		-The exercise group (n=11) experienced 4 cases of drop-out, one immediately after baseline assessment, two during the first week of exercise, and one after 10 weeks of intervention duration. In the control group 3 participants dropped out immediately before the 13-week post assessment
Selective reporting (reporting bias)	low risk		All outcome measures were considered in the analysis.
Other bias (adequate therapy method, treatment fidelity, supervision, training, personal, financial, or any other interests producing bias)	High risk		- Low number of cases

Palma et al. 2019		
Randomized controlled trial of cognitive-motivational therapy program (PIPE) for the initial phase of schizophrenia: Maintenance of efficacy at 5-year follow up		
Methods	Single-blind randomized controlled Trial Intervention group (IG): PIPE program Control group (CG): usual care Duration: 12 months, 5 years follow-up Patients: People diagnosed with first-episode schizophrenia	
Participants	N=62 – The inclusion criteria were: (a) patients had to be in the initial phase of schizophrenia (<3 years from the first episode) and must not have been diagnosed with schizoaffective disorder, intellectual disabilities or language difficulties; (b) they had to be users of the Mataró Mental Health Service (Barcelona). Age (years): 25 Duration of (untreated) illness: IG=40 weeks; CG=65 weeks	
Interventions	IG (N= 35): – total of 34 (weekly) sessions (of 45 min each) – The PIPE early intervention program consists of three different therapeutic components: psychoeducation and cognitive- motivational therapy conducted with both the individual and the family – Motivational techniques were used to increase patients’ motivation to change, help them overcome their ambivalence about treatment, promote their adherence to both pharmacological and psychological treatment, change substance use habits (in the case of patients who used drugs), increase daily life activities, maintain hygiene habits (in the case of patients with difficulties in this area), treatment compliance, and increase their desire to start to engage in occupational activities CG (N= 27): usual care	
Outcomes	Primary outcome measures: – Symptoms and overall functioning (PANSS; EEAG) – - Relapses	
Results	baseline till 5 years Primary outcome measures: <u>Symptoms</u> – PANSS positive F=37; p= 0.000; $\eta^2=0.4$; P= 0.9 – PANSS negative F=9; p= 0.004; $\eta^2=0.1$; P= 0.8 – General Psychopathology F=46.6; p= 0.000; $\eta^2=0.4$; p= 0.9 – Global Assessment of Functioning Scale scored F=24.6; p= 0.000; $\eta^2=0.4$; P= 0.9 – Global Impression Scale scoree F=12; p= 0.001; $\eta^2=0.2$; p= 0.9 <u>Relapses</u> – Admission F=3.9; p= 0.05; $\eta^2=0.06$; p= 0.49 – Duration of admissions F=6.3; p= 0.02; $\eta^2=0.24$; p= 0.66 – Day Hospital F=0.7; p= 0.39; $\eta^2=0.01$; p= 0.13 – - Emergencies F=2.4; p= 0.12; $\eta^2=0.04$; p= 0.3	
Risk of bias		
Bias	Authors’ judgement Low – Unclear – high risk	Support for judgement
Random sequence generation (selection bias)	low risk 	An external researcher-epidemiologist using a computer program (IBM SPSS software Statistics 22) carried out randomization and allocation of subjects
Allocation concealment (selection bias)	unclear risk 	-

Blinding of participants and personnel (performance bias)	unclear risk		-
Blinding of outcome assessment (detection bias)	low risk		The psychologists who assessed outcomes were blinded to group allocation.
Incomplete outcome data (attrition bias)	low risk		- no loss to follow-up
Selective reporting (reporting bias)	low risk		All outcome measures were considered in the analysis.
Other bias (adequate therapy method, treatment fidelity, supervision, training, personal, financial, or any other interests producing bias)	low risk		-

Killackey et al. 2019 Individual placement and support for vocational recovery in first-episode psychosis: randomised controlled trial		
Methods	Single-blinded randomized controlled Trial Intervention group (IG): Individual placement and support (IPS) Control group (CG): usual care Duration: 6 months, 18 months follow-up Patients: People diagnosed with first episode Psychosis	
Participants	N=146 - Young people with FEP who had expressed an interest in vocational recovery were approached to participate - Participants were clients of the Early Psychosis Prevention and Intervention Centre (EPPIC, public mental health programme) in Melbourne, Australia. Excluded: Exclusion criteria were lack of fluency in English or an inability to consent because of acute symptomatology Age (years): 20 Duration of (untreated) illness: not reported	
Interventions	IG (N=73): - IPS was delivered by a vocational specialist who had a background working in general and disability employment - In keeping with the IPS principles the vocational specialist (G.C.) was embedded as a member of the clinical team. CG (N=73): usual care	
Outcomes	Primary outcome measures: - employment over the first 6 months (0–6 months) of the intervention with secondary employment outcomes between 6–12 and 12–18 months post-baseline Secondary outcome measures: - duration of employment - educational outcome - receipt or not of government benefits.	
Results	baseline till follow-up results Primary outcome measures: Employment - after 6 months: 71.2%, 47/66 in IG vs. 48%, 29/60 in TAU, (OR) = 3.40 (95% CI 1.17-9.91, z = 2.25, p = 0.025) - after 6–12 month (not statistically significant; p=0,288) - after 12-18 month (not statistically significant; p=0,594) Secondary outcome measures: - duration of employment* F(2, 148.4) = 0.95, P = 0.390 - educational outcome after 6 month OR = 3.04 (95% CI 1.01–9.17, Wald z = 1.97, P = 0.049) - educational outcome after 6–12 month not statistically significant; p=0,584) - educational outcome after 12-18 month not statistically significant; p=0,300) - government benefits* OR = 0.98 (95% CI 0.84–1.13, z = -0.31, P = 0.757) * keine weiteren Zeiträume gemessen	
Risk of bias		
Bias	Authors' judgement Low – Unclear – high risk	Support for judgement
Random sequence generation (selection bias)	low risk 	Randomisation was undertaken by the study statistician (S.M.C.) using a computer program for blocked randomisation in random permuted blocks of four and eight with an allocation ratio of

			1:1. Use of permuted blocks was in order to prevent prediction of group membership before it was assigned
Allocation concealment (selection bias)	low risk		Use of permuted blocks was in order to prevent prediction of group membership before it was assigned. The statistician was not associated with assessments and treatments and was the only person aware of the allocation sequence. Group allocation was provided to the study lead who informed the employment consultant and the participant's case manager of the participant's group allocation
Blinding of participants and personnel (performance bias)	unclear risk		Use of permuted blocks was in order to prevent prediction of group membership before it was assigned
Blinding of outcome assessment (detection bias)	low risk		All effort was taken to keep research assistants masked to study condition. Research assistants had no contact with the employment consultant, and participants were reminded at the start of each assessment that they were not to let the research assistant know whether they had been working with the employment consultant or not.
Incomplete outcome data (attrition bias)	high risk		There were 95 participants who had complete employment data over the 18 months. A range of missing data patterns were observed: (a) 1 participant was missing 6-month data only; (b) 5 participants had only 12-month data missing; (c) 1 participant was missing 6- and 12-months data; (d) 3 participants had missing data for 6 and 18 months; (e) 15 participants had 12- and 18- month data missing; and (f) 11 participants were missing 18-month data only. There were 15 participants who had no data for any of the followup data points. Therefore, post-randomisation data was available for 131 participants.
Selective reporting (reporting bias)	low risk		All outcome measures were considered in the analysis.
Other bias (adequate therapy method, treatment fidelity, supervision, training, personal, financial, or any other interests producing bias)	low risk		-

Chien et al. 2018 A Randomized Controlled Trial on Mutual Support Group Intervention for Families of People With Recent-Onset Psychosis: A Four-Year Follow-Up	
Methods	Single-blind, parallel groups randomized controlled trial with repeated-measures, three-arm design Intervention group (IG) 1: family led mutual support group (FMSG) Intervention group (IG) 2: Psychoeducation (manualized) Control group (CG): usual care Duration: 36 weeks Patients: patients with recent-onset psychosis (≤ 5 years of illness)
Participants	N=210, - the controlled trial was conducted at three regional psychiatric outpatient clinics in Hong Kong - people primarily diagnosed with recent-onset psychosis (included all types of schizophrenia spectrum and psychotic disorders with varied duration of illness) - To be eligible, patients who were Hong Kong Chinese residents and one main family caregiver had to meet the following inclusion criteria: (a) the caregivers were living with and taking care of one family member (the patient) primarily diagnosed with recent-onset psychosis (<5 years) at recruitment, according to the criteria in the 4th revised edition of Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, DSM-IV-R (5); and (b) both were aged 18 years or above and could understand Mandarin or Cantonese. - Excluded: Exclusion criteria included those caregivers who had history of mental illness themselves ($n = 22$), or who had been the primary caregivers for <3 months ($N = 30$); and those patients who were illiterate, with co-morbid cognitive disorders, learning disability or personality disorders, and/or participated (were participating or scheduled to participate) in any other psychosocial intervention program(s) within the last 6 months. Age (years): 26 (IG), 29 (CG) Duration of illness (months): about 21
Interventions	IG 1 (N=70): - family-led mutual support group (FMSG) program - consisted of 16 bi-weekly 2 h sessions co-led by two peer family caregivers - psychoeducation and supportive skills workshop - themes: Engagement, Awareness and addressing mutually shared psychosocial needs, Managing common and individual physical and psychosocial needs of self and family members, Taking up caregiving roles and demands and facing with challenges, Group termination or continuation and future plan IG 2 (N=70): 16 biweekly 2 h group sessions - Participants in this group program received education and psychological support by one psychiatric nurse specialist (for 5 years) who was experienced in mental health education, rehabilitation and group therapy and trained by the research team 3 day workshop (the training workshop consisted of minilectures, video watching and discussion, experience sharing and supervised practices of group leadership and facilitation) - important topics: harmonious family relationships and environment, caregiving roles and demands, understanding about psychosis and its treatments and services, effective coping and communication skills, and - problem-solving and crisis intervention skills in caregiving CG (N=70): usual care
Outcomes	Patients were evaluated after 1 week (time 2), 12/24/48 (time 3/4/5) months. Primary outcome measures: Specific Level of Functioning Scale (SLOF) for patient functioning

	– Patients’ psychotic symptoms (PANSS) – - Re-Hospitalization		
Results	Primary outcome measures after 48 months: – FMSG participants had significantly greater improvements in the Two outcomes than the other two study groups at different post-tests SLOF – at all post-test (Times 2–5) than both the TAU and psychoeducation group – FMSG vs. TAU: T=18.95, p=0.001; 95 % CI 48.45-57.93 – FMSG vs. Psychoeducation: T=9.81, p=0.003; 95 % CI 20.13-25.13 – Psychoeducation vs. TAU: T=9.35, p=0.004; 95 % CI 21.02-26.30 PANSS – Psychotic symptoms in overall score and positive symptoms at all post-tests (Times 2–5) than the TAU and only in overall score at Times 4–5 than the psychoeducation group – Whereas, the psychoeducation group also indicated greater improvement in psychotic symptoms than the TAU at all post-tests – FMSG vs. TAU: T=8.71, p=0.003; 95 % CI 32.45-39.91 – FMSG vs. Psychoeducation: T=4.53, p=0.02; 95 % CI 12.71-16.60 – Psychoeducation vs. TAU: T=5.22, p=0.008; 95 % CI 16.86-27.56 Re-Hospitalization – Average number of re-hospitalizations (reduced) at Times 2–5 than the TAU; and at Times 4–5 than the psychoeducation group – FMSG vs. TAU: T= 6.38, p=0.009; 95 % CI 1.20-2.08 – FMSG vs. Psychoeducation: T=6.19, p=0.01; 95 % CI 1.30-1.70 – - Psychoeducation vs. TAU: T=0.82, p=0.28; 95 % CI –0.24-0.46		
Risk of bias			
Bias	Authors’ judgement Low – Unclear – high risk		Support for judgement
Random sequence generation (selection bias)	low risk		- Participants were randomly selected from the patient lists of the three clinics, consisting of around 3,200 patients diagnosed with recent-onset psychosis (18% of the total patient population), using computer-generated random numbers
Allocation concealment (selection bias)	unclear risk		-
Blinding of participants and personnel (performance bias)	unclear risk		-
Blinding of outcome assessment (detection bias)	low risk		-All participants were assessed by an independent assessor (a trained research assistant who was blinded to treatment allocation)
Incomplete outcome data (attrition bias)	low risk		- Nearly all randomized participants completed trial
Selective reporting (reporting bias)	low risk		All outcome measures were considered in the analysis.
Other bias (adequate therapy method, treatment fidelity, supervision, training, personal, financial, or any other interests producing bias)	low risk		-

Chien et al. 2015 A randomized controlled clinical trial of a nurse-led structured psychosocial intervention program for people with first-onset mental illness in psychiatric outpatient clinics	
Methods	Single-blind, parallel group, randomized controlled trial Intervention group (IG): nurse-led structured psychosocial intervention program (PIP) Control group (CG): usual care Duration: 4 months, 12 months follow-up Patients: people with first-onset mental illness
Participants	N=180, - aged 18–60 years, with capacity to provide in-formed consent, able to understand Cantonese/Mandarin, having a first-onset of mental illness (psychotic and mood disorders) within the past three months, newly referred to mental health care services, and presenting at least mild to moderate–severe levels of psychiatric symptoms - this study was conducted in two regional general psychiatric outpatient clinics (OPDs) serving a population of approximately 800,000 (12% of the total population) in Hong Kong Excluded: Patients who were receiving other psychosocial interventions organized by the clinics or other health care organizations, or who were classified as the highest priority of psychiatric consultation and treatment Age (years): about 25 Duration of illness (months): about 3
Interventions	IG (N=90): - PIP aimed to empower patients to manage their psychiatric symptoms by enhancing their coping skills and improving their understanding of mental illness - face-to-face individual meetings by one psychiatric advanced practice Nurse (APN) - eight 2-hour sessions held every two weeks - five themes:(a) orientation, engaging and understanding of mental health/illness, its related behaviors and community support resources; (b) working collaboratively and empowering patients using motivational interviewing approaches; (c) social and interpersonal skills training; (d) coping strategy enhancement for symptoms of mental illness and anxiety; and (e) reviewing sessions and establishing a realistic plan for future CG (N=90): - usual care
Outcomes	Patients were measured at baseline and at the endpoint (after 3 months). Primary outcome measures: - patients' mental state (BPRS) Secondary outcome measures: - patients' awareness of illness and insight into their needs for treatment (ITAQ) - self perception (PSES) - Quality of Life (WHOQoL-BREF) - Hospitalization and default follow-up rates
Results	measured at 12 months follow up Primary outcome measures: <u>BPRS</u> - MD=6.2, $F(1,177)=12.3$, $p=0.001$, ES:0,56 Secondary outcome measures: <u>ITAQ</u> - MD=5.4, $F(1,177)=14.8$, $p=0.001$, ES: 0,60

<u>PSES</u> – MD=20.1, F(1,177)=3.89, p= 0.09 <u>WHOQoL-BREF</u> – MD=16.4, F(1,177)=14.2, p=0.001, ES: 0,42 <u>Average length of hospitalizations</u> – MD=3.2, F(1,177)=11.4, p=0.01, ES:0.45 <u>default follow-up rates</u> – - MD=1.3, F(1,177)=2.01, p=0.14		
Risk of bias		
Bias	Authors' judgement Low – Unclear – high risk	Support for judgement
Random sequence generation (selection bias)	low risk 	Consenting patients were then randomly selected by an independent research assistant (not involved in outcome measurements, intervention and data analysis) to participate in this study using two sets of computer-generated random numbers(i.e.,one for each clinic).
Allocation concealment (selection bias)	unclear risk 	-Due to the nature of the psychosocial intervention it was not possible to blind participants to their treatment allocation. However, to avoid subject biases or potential contamination of treatment effects, the participants were asked not to disclose their study participation to the clinic staff. The participant lists were also locked away and concealed from the clinic staff and researchers over the study period.
Blinding of participants and personnel (performance bias)	unclear risk 	- Due to the nature of the psychosocial intervention it was not possible to blind participants to their treatment allocation.
Blinding of outcome assessment (detection bias)	low risk 	- Assessment of patients' outcomes was performed by a researcher (first author) blind to group allocation
Incomplete outcome data (attrition bias)	low risk 	-Eighty-six of the PIP participants (95.6%) completed the program (i.e., an attendance of at least five sessions); three participants in the PIP (3.3%) and four in the usual care group (4.4%) could not be contacted at 12-month follow-up.
Selective reporting (reporting bias)	low risk 	All outcome measures were considered in the analysis.
Other bias (adequate therapy method, treatment fidelity, supervision, training, personal, financial, or any other interests producing bias)	low risk 	-

Lovell et al. 2014		
An exploratory randomized controlled study of a healthy living intervention in early intervention services for psychosis: the INTERvention to encourage ACTivity, improve diet, and reduce weight gain (INTERACT) study		
Methods	Randomized controlled Trial Intervention group (IG): Healthy living intervention Control group (CG): usual care Duration: 12 months Patients: People diagnosed with psychosis	
Participants	N=105 – 16-35 years – diagnosis of schizophrenia, schizophreniform disorder, schizoaffective disorder, delusional disorder, brief reactive psychosis or psychosis not otherwise specified – first episode of psychosis occurring within the 3 years preceding the trial – current user of an early intervention service – stable accommodation – ability to give informed consent – BMI >=25 or >=24 of users from the south Asian community Excluded: diagnosis of substance dependence or abuse, a significant history of organic factors implicated in the etiology of psychotic symptoms and pregnancy Age (years): 26 Duration of (untreated) illness: not reported	
Interventions	IG (N= 54): – the intervention contained motivational and behavioral components – 7 individual face to face sessions; booster session after 9 months – weight control program, exercise, dietary changes – -optional group activities, e. g. football, walking, cycling) CG (N= 51): usual care	
Outcomes	Primary outcome measures: – Weight – BMI – waist circumference – International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) – Food Frequency Questionnaire (FFQ) – Calgary Depression Scale (CDS) – health status – Quality of life – - medication adherence	
Results	baseline till 12 months Primary outcome measures: – Weight t-Test=0,5; effect size 0.09; p=0.56 – BMI t-Test=0,5; effect size 0.11; p=0.44 – waist circumference t-Test=0.4; effect size 0.08; p=0.74 – IPAQ t-Test=0,8; effect size -0.17; p=0.4 – Quality of Life total t-Test=0,8; effect size -0.18; p=0,27 – Quality of health state t-Test=0,6; effect size -0.14; p=0,35 – FFQ good food t-Test=1,7; effect size 0.36; p=0,045 – FFQ bad food t-Test=1,2; effect size 0.26; p=0,49 – FFQ good-bad food t-Test=2,4; effect size 0.51; p=0,025 – CDS (Depresion) t-Test=0,5; effect size 0.1; p=0,38 – Medication adherence t-Test=0,001; effect size 0; p=0,65 (after 6 months) – health status physical t-Test=0,9; effect size 0.2; p=0,26 – - health status mental t-Test=1,4; effect size 0.29; p=0,65	
Risk of bias		
Bias	Authors' judgament	Support for judgament

<i>Low – Unclear – high risk</i>			
Random sequence generation (selection bias)	low risk		Randomization was conducted electronically independently from the study using an online clinical data management system (open CDMS)
Allocation concealment (selection bias)	unclear risk		-
Blinding of participants and personnel (performance bias)	unclear risk		-
Blinding of outcome assessment (detection bias)	high risk		- researchers were unmasked to the randomization in 29 participants (28 %) during the trial.
Incomplete outcome data (attrition bias)	low risk		- Follow up at 12 months was completed by 88.6 %
Selective reporting (reporting bias)	low risk		All outcome measures were considered in the analysis.
Other bias (adequate therapy method, treatment fidelity, supervision, training, personal, financial, or any other interests producing bias)	low risk		-

Gleeson et al. 2013 A Randomized Controlled Trial of Relapse Prevention Therapy for First-Episode Psychosis Patients: Outcome at 30-Month Follow-up	
Methods	Randomized controlled trial Intervention group (IG): combined family and individual relapse prevention therapy (RPT) Control group (CG): usual care Duration: 7 months, 30 months follow-up Patients: First-Episode Psychosis Patients
Participants	N=82, – Patients from the Early Psychosis Prevention and Intervention Centre (EPPIC) in Melbourne and from JIGSAW, Barwon Health in Geelong, Victoria, Australia – The study inclusion criteria were a diagnosis of a first episode of a Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV)11 psychotic disorder, less than 6 months of prior treatment with antipsychotic medications, age 15–25 years inclusive, and remission on positive symptoms of psychosis Exclusion: Exclusion criteria were ongoing active positive psychotic symptoms, severe intellectual disability, inability to converse in or read English, and participation in previous CBT trials Age (years): 20 Duration of illness (years): not reported
Interventions	IG (N=41): – The RPT individual research therapist also adopted the role of outpatient case manager for the duration of their treatment and remained involved – The individual therapy intervention comprised 5 phases of therapy underpinned by a CBT framework – The aims of the first phase included engagement and assessment of recovery and risk for relapse. In the second phase, the formulation and therapy agenda were agreed. The third phase focused upon reducing the risks for setbacks, and in the fourth, the potential early warning signs of relapse were identified. The fifth phase included optional modules addressing client-specific relapse factors. The final phase included a review and termination session – In addition to psychoeducation specific to each module, the therapists utilized supportive interventions and CBT techniques including motivational interviewing, behavioral experimentation, and socratic questioning – The phases of family therapy were (1) assessment and engagement, (2) assessment of family communication, (3) burden and coping, (4) psychoeducation regarding relapse risk, and (5) a review of early warning signs and documentation of a relapse prevention plan CG (N=41): usual care
Outcomes	Patients were measured at baseline and at postintervention and follow-up Primary outcome measures: – Symptom measures (BPRS, SANS, MADR) – Medication adherence (MARS) – psychosocial functioning measures (SOFAS) – Quality of life (WHO) – Severity of substance dependence (SDS) – Relapse
Results	after 30 month follow-up Primary outcome measures: Relapse – $\chi^2(1) = 1.15, P = .284$ Symptoms:

BPRS total score

– $F=1.13$ ($df=5.122.6$); $p=0.347$

BPRS positive symptoms

– $F=0.41$ ($df=5.148.5$); $p=0.844$

SANS Affect

– $F=1.14$ ($df=5.130.9$); $p=0.342$

SANS Alogia

– $F=4.15$ ($df=5.214.1$); $p=0.001$

SANS Avolition

– $F=1.7$ ($df=5.148.1$); $p=0.137$

SANS Anhedonia

– $F=1.5$ ($df=5.144.8$); $p=0.191$

SANS Attention

– $F=2.71$ ($df=5.154.2$); $p=0.023$

MADRS

– $F=1.02$ ($df=5.165.9$); $p=0.406$

SUMD

– $F=0.76$ ($df=5.154.9$); $p=0.583$

Awareness of medication

– $F=1.29$ ($df=5.145.3$); $p=0.273$

Substance use:**AUDIT**

– $F=0.73$ ($df=5.130.1$); $p=0.603$

SDS

– $F=0.6$ ($df=5.118.3$); $p=0.703$

ASSIST alcohol

– $F=1.47$ ($df=5.154.1$); $p=0.204$

ASSIST cannabis

– $F=0.33$ ($df=5.140.9$); $p=0.896$

Functioning:**SOFAS**

– $F=2.3$ ($df=5.128.4$); $p=0.049$

Quality of Life:**Physical**

– $F=0.63$ ($df=5.135.9$); $p=0.676$

Psychological

– $F=0.81$ ($df=5.124.5$); $p=0.545$

Social relationship

– $F=1.16$ ($df=5.142.4$); $p=0.331$

Environment

– $F=0.56$ ($df=5.138.1$); $p=0.732$

Medication adherence:

– $F=2.35$ ($df=5.109.8$); $p=0.045$

Risk of bias***Bias******Authors' judgement******Support for judgement***

Low – Unclear – high risk

Random sequence generation (selection bias)

low risk



-

Allocation concealment (selection bias)

unclear risk



-

Blinding of participants and personnel (performance bias)	unclear risk		-
Blinding of outcome assessment (detection bias)	low risk		- Research assistants (B.N. and D.S.) who were blind to treatment allocation
Incomplete outcome data (attrition bias)	low risk		-There are no significant differences between the 2 groups with respect to percentages of cases that were lost to follow-up
Selective reporting (reporting bias)	low risk		- All outcome measures were considered in the analysis.
Other bias (adequate therapy method, treatment fidelity, supervision, training, personal, financial, or any other interests producing bias)	low risk		-

Chien and Leung 2013 A controlled trial of a needs-based, nurse-led psychoeducation programme for Chinese patients with first-onset mental disorders: 6 month follow up	
Methods	Single-blinded, randomized, controlled trial Intervention group (IG): - individual psychoeducation programme (plus the routine psychiatric care) Control group (CG): - usual care Duration: 6 months Patients: - newly triaged patients with moderately severe mental health problems at one psychiatric OPD (Outpatient Department) in Hong Kong
Participants	N=96, The inclusion criteria for these patients in the OPD were: ageing ≥ 18; ability to understand Cantonese/Mandarin; having the first onset of mental illness; and being a new contact for mental health-care services Excluded: Those patients who were receiving other psychosocial interventions or upgraded to the highest priority of psychiatric consultation before intervention were excluded Age (years): 26 Duration of illness (years): 1,4 months
Interventions	IG (N=48): - needs-based psychoeducation programme (NPEP) - the programme was based on psychoeducation and supportive programmes - six biweekly, 1 h sessions (over 3 months) - The programme consisted of six themes, including orientation and engaging and understanding mental health and illnesses; sleep hygiene and allaying anxiety; psychiatric treatments and medications; coping with health problems; interpersonal skills; and community support resources and future plan CG (N=48): usual care
Outcomes	Assessment was performed before the intervention and after completion (6 month) Primary outcome measures: - Patients' mental state (18-item BPRS), - insights into illness and treatment (The Insight and Treatment Attitudes Questionnaire (ITAQ)), - self-efficacy in managing difficult life situations (10-item Perceived Self-Efficacy Scale (PSS)), - and their utilization of community services (modified Family Support Services Index (M-FSSI)) - Rehospitalization (Duration, Number)
Results	Primary outcome measures: BPRS - significant differences favouring IG (IG: Mean 3,0; SD 0,8; CG: Mean 4,8; SD 1,8; $p < 0.001$) ITAQ - significant differences favouring IG (IG: Mean 15,2; SD 1,8; CG: Mean 12,4; SD 2,3; $p < 0.01$) PSS - significant differences favouring IG (IG: Mean 27,5; SD 4,2; CG: Mean 15,0; SD 4,2; $p < 0.001$) M-FSSI - no significant differences between groups Rehospitalization (Duration) - significant differences favouring IG (IG: Mean 5,1; SD 3,8; CG: Mean 14,1; SD 5,6; $p < 0.01$)

Rehospitalization (Number)			
– – no significant differences between groups			
Risk of bias			
Bias	Authors' judgement Low – Unclear – high risk		Support for judgement
Random sequence generation (selection bias)	low risk		- The participants were assigned randomly to either the usual psychiatric care (n = 48) or the NPEP (plus usual care; n = 48) by drawing a labelled card.
Allocation concealment (selection bias)	unclear risk		-
Blinding of participants and personnel (performance bias)	unclear risk		-The OPD staff were blind to the study group, and the participants were asked to maintain the confidentiality of their study participation.
Blinding of outcome assessment (detection bias)	unclear risk		-
Incomplete outcome data (attrition bias)	low risk		- All randomized participants completed trial
Selective reporting (reporting bias)	low risk		All outcome measures were considered in the analysis.
Other bias (adequate therapy method, treatment fidelity, supervision, training, personal, financial, or any other interests producing bias)	low risk		-

Álvarez-Jiménez et al. 2010			
Prevention of antipsychotic-induced weight gain with early behavioural intervention in first-episode psychosis: 2-year results of a randomized controlled trial			
Methods	Single-blind, prospective, randomized controlled trial Intervention group (IG): – firstly, pharmaceutical therapy with olanzapine, risperidone or haloperidol – behavioural intervention (EBI; manualized) Control group (CG): – Routine Care Intervention (RCI) Duration: – 3 months; 24 months follow-up Patients: patients with a first episode of a psychotic disorder Exclusion criteria – - not specified		
Participants	N=61, – aged between 16 and 50 years with meeting DSM-IV criteria (APA, 1994) for a first episode of a psychotic disorder, less than 6 weeks of prior treatment with antipsychotic medication – -meeting DSM-IV criteria (APA, 1994) for a first episode of a psychotic disorder Age (years): 27 Duration of illness (years): not reported		
Interventions	EBI (N=28): – EBI was intended to be a preventive and multi-component approach designed to enhance control over factors associated with antipsychotic-induced weight gain – modules of EBI: assessment, psychoeducation, dietary counselling, exercise program, and behaviour therapy – 10–14 individual sessions CG (N=33): – - RCI		
Outcomes	At baseline and 3 months as well as 12/24 month-follow-up Primary outcome measures: – Body weight – - BMI		
Results	measured after 3 and 12/24 month Primary outcome measures: Body weight/BMI (3 month) – patients in the EBI group gained significantly less weight (EBI: 4.1 kg, SD=3.99; RCI: 6.9 kg, SD=4.5; p<0.01) and significantly less treatment-induced change in BMI (EBI: 1.40 kg/m²; RCI:2.39 kg/m²; p<0.01) Body weight/BMI (12/24 month) – Differences between groups were no longer significant at 12 and 24 month-follow-up		
Risk of bias			
Bias	Authors' judgement	Support for judgement	
	Low – Unclear – high risk		
Random sequence generation (selection bias)	low risk		- Computer-generated blocks of four random numbers
Allocation concealment (selection bias)	low risk		- Randomization was made by a member of the team not involved with either the assessments or the treatment

Blinding of participants and personnel (performance bias)	low risk		- Research assessors and patients intended to be blind to the intervention status
Blinding of outcome assessment (detection bias)	low risk		- Research assessors intended to be blind to the intervention status
Incomplete outcome data (attrition bias)	low risk		- All randomized participants completed the 3-month clinical trial protocol, 59 (96.7%) of those were successfully followed-up for 12 months, and 53 (86.7%) completed the 24 month follow-up. Regarding the pharmacological protocol, all participants fulfilled the protocol at 3 months, 52 (85.2%) completed 6 months, 45 (73.8%) 12 months, and 39 (63.9%) completed the 24 months duration of the study. There were no significant differences between the EBI and the RCI groups with respect to either the type of antipsychotic used
Selective reporting (reporting bias)	low risk		- All outcome measures were considered in the analysis.
Other bias (adequate therapy method, treatment fidelity, supervision, training, personal, financial, or any other interests producing bias)	low risk		-

Risiko für Bias aus allen neu identifizierten Einzelstudien zur Effektivität von Frühinterventionen

	Random sequence generation (selection bias)	Allocation concealment (selection bias)	Blinding of participants and personnel (performance bias)*	Blinding of outcome assessment (detection bias)	Incomplete outcome data (attrition bias)	Selective reporting (reporting bias)	Other bias
Nuechterlein et al. 2022							
Chanen et al. 2022							
Chien et al. 2022							
Halverson et al. 2021							
Ventura et al. 2021							
Álvarez-Jiménez et al. 2021							
Fisher et al. 2020							
Nuechterlein et al. 2020							
Steare et al. 2020							
Killackey et al. 2019							
Palma et al. 2019							
Chien et al. 2018							
Chien et al. 2015							
Lovell et al. 2014							
Gleeson et al. 2013							

Chien et al. 2013							
Álvarez-Jiménez et al. 2010							

**Blinding: Es wurde hier, wenn eindeutig erkennbar und möglich, nur die Verblindung der Teilnehmenden bewertet, da keine Verblindung der Behandler:innen im Bereich psychosozialer Therapien möglich ist.*

Eingeschlossene Einzelstudien:

Tabelle: Übersicht Merkmale der eingeschlossenen Einzelstudien zur Frühintervention

Referenz	Teilnehmer*innen (Anzahl und Charakteristika)	Drop-out Rate (abs.)	Intervention	Kontrolle	Zielgröße(n)
Studientyp	insgesamt				
Álvarez-Jiménez et al. 2010 RCT	- N=61 (39) - Patienten mit einer ersten Episode einer psychotischen Erkrankung Ausgeschlossen: nicht spezifiziert	IG = k. A. KG = k. A. gesamt=22	- Dauer 3 Monate; Follow-Up: 12/24 Monate - präventiver und multi-dimensionaler Ansatz, um Faktoren zu kontrollieren, die eine med.-abhängige Gewichtszunahme begünstigen - Module: Psychoedukation, Ernährungsberatung, Training, Verhaltenstherapie	– herkömmliche Therapie	– primäre Endpunkte: - Gewicht - BMI
	Pro Arm				
	IG= 28 (k. A.) KG= 33 (k. A.)				
Chien and Leung 2013 RCT	- N=96 (85) - Patienten mit ersten gemäßigten schweren psychischen Gesundheitsproblemen - Pat. erhalten ambulante Versorgung (Hong Kong) Ausgeschlossen: Patienten, die andere psychosoziale Therapien erhalten oder Patienten mit einem höheren Betreuungs- und Versorgungsaufwand	IG = 5 KG = 4	- Dauer 1h-Sessions alle 2 Wochen über 3 Monate; Follow-Up: 6 Monate - Bedürfnisorientiertes Psychoedukations-Programm - wesentliche Inhalte: Orientierung, Engagement und Verständnis von mentaler Gesundheit/Krankheit (1); Schlafhygiene und Angstlinderung (2); psychiatrische Behandlung und Medikamente (3); Coping (4); interpersönliche Fähigkeiten (5); Ressourcen in der Gemeinde und Perspektiven (6)	– herkömmliche Therapie	– primäre Endpunkte: - Patients' mental state (18-item BPRS) - Insights into illness and treatment (The Insight and Treatment Attitudes Questionnaire (ITAQ)), - Self-efficacy in managing difficult life situations (10-item Perceived Self-Efficacy Scale (PSS)), - Utilization of community services (modified Family Support Services Index (MFSSI)) - Rehospitalization (Duration, Number)
	Pro Arm				
	IG= 48 (43) KG= 48 (42)				
Chien et al. 2018 RCT	N=210 (179)	IG 1= 11 IG 2= 10	Dauer 36 Wochen; Follow-Up: 12/24/48 Monate	– herkömmliche Therapie	– primäre Endpunkte:

	– Patienten mit neu aufgetretener Psychose – Pat. erhalten ambulante Versorgung (Hong Kong) Ausgeschlossen: Angehörige, die selbst eine psychische Erkrankung haben/, die weniger als bisher 3 Monate betreut haben Patienten, die Analphabeten sind oder komorbide kognitive Störungen vorwiesen, mit Lernschwierigkeiten, mit Persönlichkeitsstörungen oder die innerhalb der letzten sechs Monate an einer anderen psychosozialen Therapie teilgenommen haben	KG = 10	– IG 1: familiengeführte Selbsthilfegruppe – Psychoedukation und Workshop für unterstützende Kompetenzen – Bereiche: Engagement, Aufmerksamkeit, psychosoziale Bedürfnisse – IG 2: Edukation und psychologische Unterstützung – Bereiche: harmonische Familienbeziehung, Umwelt, Rolle der Angehörigen, Krankheitsverständnis, Coping und Kommunikation, Problemlösungsansätze		• Specific Level of Functioning Scale (SLOF) for patient functioning • Patients' psychotic symptoms (PANSS) • Re-Hospitalization
	Pro Arm				
	IG 1= 70 (59)	IG 2= 70 (60)	KG= 70 (60)		
Chien et al. 2022 RCT	– N=180 (162) – Patienten mit einer ersten Episode einer psychotischen Erkrankung Ausgeschlossen: Patienten, die andere psychosoziale Therapien erhalten, mit anderen mentalen Komorbiditäten (z. B. Lernstörung) oder anderen klinisch-signifikanten Erkrankungen, mit Sprach-, Kommunikations- oder Seheinschränkungen	IG 1= 5 IG 2= 6 KG = 7	– Dauer 4 Monate, 6 Monate Follow-Up – IG 1: Peer-facilitated self-management Intervention in Anlehnung an das chinesische CORE-Programm – IG 2: Psychoedukation – Bereiche: Einleitung und Zielsetzung, Krankheitsverständnis, Workshop zu Behandlung, Pflege und Gemeindeunterstützung, Selbstpflege, Coping, soziale Unterstützung	– herkömmliche Therapie	– primäre Endpunkte: • Patients' level of recovery (Questionnaire about the Process of Recovery (QPR)) – Sekundäre Endpunkte: • Patients' Psychosocial Functioning (Specific Level of Functioning Scale SLOF) • Psychotic Symptoms (PANSS) • Problem-Solving Ability (Social-Problem-Solving Inventory SPSI-R:S) • Insight into Illness/treatments (Insight and Treatment Attitude Questionnaire ITAQ) • Re-hospitalization rates
	Pro Arm				
	IG 1= 60 (55)	IG 2= 60 (54)	KG= 60 (53)		

Chien et al. 2015 RCT	– N=180 (173) – Patienten mit einer erstmalig auftretenden psychischen Erkrankung – Pat. erhalten ambulante Versorgung (Hong Kong) Ausgeschlossen: Patienten, die andere psychosoziale Therapien erhalten oder Patienten mit einen höheren Betreuungs- und Versorgungsaufwand <table><tr><td colspan="2">Pro Arm</td></tr><tr><td>IG= 90 (87)</td><td>KG= 90 (86)</td></tr></table>	Pro Arm		IG= 90 (87)	KG= 90 (86)	IG = 3 KG = 4	– Dauer 4 Monate; 12 Monate Follow-Up – Nurse-led structured psychosocial Intervention Program – Fokus liegt darauf, die Patienten zu bekräftigen im Umgang mit der Erkrankung und möglichen Symptomen	– herkömmliche Therapie	– primäre Endpunkte: • Patients’ mental state (BPRS) – Sekundäre Endpunkte: • Patients’ Awareness of Illness and Insight into their Needs for Treatment (ITAQ) • Self Perception (PSES) • Quality of Life (WHOQoL-BREF) • Hospitalization and default follow-up rates
Pro Arm									
IG= 90 (87)	KG= 90 (86)								
Fisher et al. 2020 RCT	– N=22 (15) – Patienten mit einer ersten Episode einer psychotischen Erkrankung – Pat. erhalten gemeindebasierte Versorgung (Birmingham) Ausgeschlossen: Frauen, um den Menstruationszyklus nicht berücksichtigen zu müssen (aufgrund der Trainings-intervention). <table><tr><td colspan="2">Pro Arm</td></tr><tr><td>IG= 11 (7)</td><td>KG= 11 (8)</td></tr></table>	Pro Arm		IG= 11 (7)	KG= 11 (8)	IG = 4 KG = 3	– Dauer 12 Wochen – Sportarten wie Laufen, Rad fahren, Schwimmen, Tennis, Zirkeltraining etc.	– herkömmliche Therapie	– primäre Endpunkte: • - PANSS • - Quality of Life • - Functional Disability • - BMI
Pro Arm									
IG= 11 (7)	KG= 11 (8)								
Gleeson et al. 2013 RCT	– N= 82 (61) – Patienten mit einer ersten Episode einer psychotischen Erkrankung – Patienten aus dem Early Psychosis Prevention and Intervention Centre (EP-PIC) in Melbourne Ausgeschlossen: Patienten, die weiterhin eine Positivsymptomatik vorweisen, mit kognitiven Einschränkungen, Teilnehmer ähnlicher Studien, Analphabeten	IG = 11 KG = 10	– Dauer 7 Monate; 30 Monate Follow-Up – Kombinierte Familien- und Individual-Rückfall-präventionstherapie – Individualtherapie: Engagement, Beurteilung Genesung und Rückfallrisiko, Erarbeitung einer Therapieagenda, Reduzierung von Risikofaktoren für einen Rückfall, Erkennung von Frühwarnzeichen,	– herkömmliche Therapie	– primäre Endpunkte: • Symptom Measures (BPRS, SANS, MADR) • Medication Adherence (MARS) • Psychosocial Functioning Measures (SOFAS) • Quality of Life (WHO)				

	Pro Arm IG= 41 (30)	KG= 41 (31)		Review und individuelle Faktoren herausarbeiten (ergänzt durch Elemente der KVT) – Familienansatz: intrafamiliäre Kommunikation, Belastung und Bewältigung, Psychoedukation in Bezug auf das Rückfallrisiko und Erkennung von Frühwarnzeichen und Dokumentation eines Rückfallpräventionsplans –		- Severity of Substance Dependence (SDS) - Relapse
Halverson et al. 2021 RCT	– N=36 (34) – Patienten mit einer frühen Schizophrenie <u>Ausgeschlossen:</u> Patienten mit Substanzmissbrauch, keine stationäre Aufnahme innerhalb der letzten drei Monate, keine Mediationserfahrung Pro Arm IG= 18 (17)	KG= 18 (17)	IG = 1 KG = 1	– Dauer 9 Monate; 3 Monate Follow-Up – Integrated Coping Awareness Therapy (I-CAT) – Psychoedukation zur Stressreaktivität und Umgang mit Stressoren, Coping und Mediation, Tagesstrukturierung und Zielsetzung – Plus spezialisierte koordinierte Behandlung	– herkömmliche Therapie / spezialisierte koordinierte Behandlung allein	– primäre Endpunkte: - Positive/Negative Emotions (modified self-report Differential Emotion Scale (mDES)) - Quality of Life (QLS) - Social Functioning (FESFS) - Stress Reactivity (Perceived Stress Scale (PSS)) – Sekundäre Endpunkte: - Symptome (PANSS) - Mindfulness (FFMQ; SCS) - Well being (PWB)
Killackey et al. 2019 RCT	– N=146 (131) – Patienten mit einer ersten Episode einer psychotischen Erkrankung <u>Ausgeschlossen:</u> Patienten mit akuter Symptomatik oder sprachlichen Einschränkungen Pro Arm IG= 73 (k. A.)	KG= 73 (k. A.)	IG = k. A. KG = k. A.	– Dauer 6 Monate; 18 Monate Follow-Up – Individual Placement and Support (IPS)	– herkömmliche Therapie	– primäre Endpunkte: - Employment over the first 6 months (0–6 months) and between 6–12 and 12–18 months post- baseline – Sekundäre Endpunkte: - Duration of employment - Educational outcome - Receipt or not of government benefits

Lovell et al. 2014 RCT	– N=105 (93) – Patienten mit einer ersten Episode einer psychotischen Erkrankung – Pat. mit BMI $\geq$ 25 Ausgeschlossen: Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen, Pat. mit organischen Faktoren, die im Zusammenhang mit psychotischen Symptome und einer Schwangerschaft stehen Pro Arm IG= 54 (49) KG= 51 (44)	IG = 5 KG = 7	– Dauer 12 Monate – Gesundheitsförderung – (1) Motivierende und verhaltensbezogene Anteile (7 Einzelsitzungen, Booster nach 9 Monaten), (2) Programm zur Gewichtskontrolle, körperlichen Aktivität, Ernährungsumstellung, (3) optionale Gruppenaktivitäten (Fußball, Wandern, Radfahren u.a.)	– Early intervention service allein	– primäre Endpunkte: • Weight • BMI • Waist Circumference • International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) • Food Frequency Questionnaire (FFQ) • Calgary Depression Scale (CDS) • Health Status • Quality of life • Medication Adherence
Nuechterlein et al. 2020 RCT	– N=69 (63) – Patienten mit beginnender Schizophrenie Ausgeschlossen: Pat. mit neurologischen Erkrankungen, Substanzmissbrauch, kognitive Einschränkungen, Kontraindikation für eine Behandlung mit Risperidone Pro Arm IG= 46 (41) KG= 23 (22)	IG = 5 KG = 1	– Dauer 18 Monate – Individual Placement and Support and Workplace Fundamentals Module training – Bereiche: wie verändert Beruf/Schule mein Leben, Stressoren identifizieren, Symptommang und Medikation, Gesundheitsmanagement, Motivation – gruppenbasiertes Kompetenztraining mit Problemlösungsansätzen im Beruf	– Brokered Vocational Rehabilitation (BVR)] + plus social skills group – Einbezug von beruflichen Rehabilitationsdiensten	– primäre Endpunkte: • Participation in competitive Work or School
Nuechterlein et al. 2022 RCT	– N=48 (47) – Patienten mit einer ersten Episode einer Schizophrenie Ausgeschlossen: Patienten mit neurologischen Erkrankungen oder Schädelverletzungen, Pat. mit Substanzmissbrauch, Pat. mit kognitiven Einschränkungen, Pat. mit Spracheinschränkungen Pro Arm IG= 25 (24) KG= 23 (23)	IG = 1 KG = 0	– Dauer 6 Monate – (Sozial-)kognitives Training und Bewegung – (Sozial-)kognitives Training: Computergestützt (2 Stunden/Tag an 2 Tagen/Woche) – Bewegung: progressives aerobes Übungsprogramm (Ganzkörper-Zirkeltraining in der Klinik und zu Hause, 150 Minuten pro Woche)	– kognitives Training	– primäre Endpunkte: • Cognitive Performance (MCCB) • Functional Outcome (10-point Global Functioning Scale) – sekundäre Endpunkte: • Brain-derived neurotrophic factor (BDNF) • Fitness and Muscular Endurance Testing

				– Training zum Alltagstransfer für beide Gruppen Patienten 1x wöchentlich 1h)		
Palma et al. 2019 RCT	– N=62 (62) – Patienten mit einer ersten Episode einer Schizophrenie Ausgeschlossen: k. A. Pro Arm IG= 35 (35) KG= 27 (27)	IG = 0 KG = 0	– Dauer 12 Monate; 5 Jahre Follow-Up – PIPE Programm – Psychoedukation, kognitiv-motivationale Therapie (individuell und familienbezogen)	– herkömmliche Therapie	– primäre Endpunkte: • Symptoms (PANSS) • Overall Functioning (EEAG) • Relapses	
Ventura et al. 2021 RCT	– N=25 (k. A.) – Patienten mit einer ersten Episode einer Psychose – Patienten erhalten ambulante Versorgung Ausgeschlossen: Pat. mit neurologischen Erkrankungen, Pat. mit Substanzmissbrauch, kognitiven Einschränkungen Pro Arm IG= k. A. (k. A.) KG= k. A. (k. A.)	IG = k. A. KG = k. A.	– Dauer 6 Monate – Kognitives Training und Übungen (Training) – neurokognitive und sozial-kognitive Übungen – gruppenbasiertes Training – moderate bis hohe Intensität	– kognitives Training	– primäre Endpunkte: • Symptoms (BPRS) • Patient’s blood levels (pro-inflammatory cytokine IL-6)	
Álvarez-Jiménez et al. 2021 RCT	– N=170 (126) – Patienten mit einer ersten Episode einer psychotischen Erkrankung Ausgeschlossen: Pat. mit kognitiven Einschränkungen, Pat. mit Spracheinschränkungen, Pat. mit einer antisozialen Persönlichkeitsstörung oder Borderline-Erkrankung Pro Arm IG= 86 (63) KG= 84 (63)	IG = 23 KG = 23	– Dauer 18 Monate; 18 Monate Follow-Up – Horyzons Program – Verbesserung der sozialen Funktionalität, der beruflichen Wiederherstellung und Vermeidung von Rückfällen – interaktive Online-Therapie	– herkömmliche Therapie	– primäre Endpunkte: • change Social Functioning, (Personal and Social Performance Scale (PSP)) – Sekundäre Endpunkte: • Visits to emergency services • hospital admissions • Depression (Calgary Depression Scale for Schizophrenia, CDSS)	

						• Loneliness and Social Support (Loneliness Scale, Version 3, and the Medical Outcomes Study Social Support Survey, MOS-SSS) • Self-Esteem and Self-Efficacy (Self-Esteem Rating Scale - Short Form, SERS-SF, Mental Health Confidence Scale, MHCS) • Satisfaction with Life (Satisfaction with Life Scale, SWLS) • Quality of Life (Quality of Life - 8D, AQoL-8D) • positive and negative psychotic symptoms (PANSS)
Chanen et al. 2022 RCT	– N=139 (128) – Patienten mit einer Borderline Persönlichkeitsstörung Ausgeschlossen: Pat. mit einer psychotischen Erkrankung, Pat. mit einer lebenslangen Diagnose für Schizophrenie oder bipolaren Störungen, Pat. mit einer bereits durchgeführten evidenzbasierten Therapie bei Borderline	IG 1 = 6 IG 2 = 1 KG = 4	– Dauer 18 Monate – IG 1: Helping Young People Early (HYPE) + cognitive analytic therapy (CAT) – integratives klinisches Fallmanagement, allgemeine und akut-psychiatrische Versorgung, kollaboratives Vorgehen, selbstbewusstes Engagement, aufsuchende Betreuung in der Gemeinde, funktionelle Wiederherstellung, aktiver Einbezug der Familie (HYPE) – zeit-begrenzte Psychotherapie (Selbstmanagement; CAT) – IG 2: HYPE + Befriending – Austausch zu Interessen wie bspw. Sport, Musik oder anderen Themen, kein krankheitsbezogener Austausch (Befriending)	– herkömmliche Therapie speziell für jüngere Personen (YMHS) + Befriending – multidisziplinärer Ansatz	– primäre Endpunkte: • psychosocial Functioning (Inventory of Interpersonal Problems Circumplex Version (IIP-C); Social Adjustment Scale Self-Report (SAS-SR)) – Sekundäre Endpunkte: • Suicidal Ideation • Suicide Attempts • Nonsuicidal Self-Injury • Depression • Substance use • Client Treatment Satisfaction	
	– N=40 (20)					

Steare et al. 2020 RCT	– Patienten mit einer ersten Episode einer psychotischen Erkrankung Ausgeschlossen: Pat. mit Spracheinschränkungen (Englisch), Pat. mit hohem Risiko für Eigen-/Fremdgefährdung		IG = 0 KG = 0	– Dauer 7 Monate – ARIES (Smartphone-based self-management tool) – Bereiche: Genesung, Prävention Rückfälle, aktueller Gesundheitsstatus, Medikation)	– herkömmliche Therapie	– primäre Endpunkte: • Social Outcomes (Social Outcomes Index (SIX)) • Self-Efficacy (Mental Health Confidence Scale (MHCS)) • Self-rated Recovery (Questionnaire about the Process of Recovery (QPR)) • Mental Well-Being (Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS)) • Quality of Life • Satisfaction with treatment (DIALOG scale) • Psychopathology (Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS))
	Pro Arm					
	IG= 20 (20)	KG= 20 (20)				

Ergebnistabellen Primärstudien

Tabelle: Effekte von Psychoedukation bei Menschen mit ersten Erkrankungsepisoden

Autor/Jahr	Chien und Leung 2013	Gleeson et al. 2013	Chien und Bressington 2015	Palma et al. (2019)	Halverson et al. 2021
Vergleichs-Gruppen	Psychoedukation Vs. TAU allein	Kombinierte Familien- und Individual-Rückfall-präventions-therapie vs. TAU allein ¹	Psychosoziales Interventionsprogramm vs. TAU allein	Frühinterventions-programm PIPE* vs. TAU allein	Psychoedukation vs. TAU allein
Lebensqualität		~	++		~
Recovery-orientierte Outcomes					
Einsicht in Erkrankung/Behandlung	++		++		
Selbstwirksamkeitserleben	++		~		
Lebenssinn					++
Achtsamkeit (total)					~
Soziale Funktionen & Teilhabe					
Soziales Funktionsniveau		-		++	~
Unabhängige Lebensführung					~
Arbeitsfähigkeit					~
Interaktion, Freunde, Aktivitäten					~
Psychische Gesundheit					
Psychiatrische Symptomatik	++	~	++	++	~
Positivsymptomatik		~		++	~
Negativsymptomatik				++	++
Rückfallereignisse		~			
Substanzmissbrauch		~			
Stressreaktivität					~
Inanspruchnahmeverhalten					
Stationäre Behandlungen (Dauer)	++		++	++	
Kommunale Gesundheitsdienste	~				
Treue Psychopharmakotherapie		++			

*PIPE Psychoedukation und kognitiv-motivationale Therapie im Einzel- und Familiensetting, TAU-Treatment as usual; ++ signifikanter Vorteil in der Interventionsgruppe im Gegensatz zu den anderen Gruppen insgesamt; + tendenzielle Überlegenheit ohne signifikanten Unterschied in der Interventionsgruppe gegenüber den anderen Gruppen insgesamt; ~ Ergebnisse vergleichbar in allen Gruppen, ¹ Ergebnisse nach 30 Monaten

Tabelle: Effekte aus gesundheitsförderlichen Interventionen/Bewegung- und Sporttherapie bei Menschen mit ersten Erkrankungsepisoden

Autor/Jahr	Álvarez-Jiménez et al. 2010	Lovell et al. 2014	Fisher et al. 2020	Ventura et al. 2021	Nuechterlein et al. 2022
Vergleichsgruppen	Gesundheitsförderung vs. TAU	Gesundheitsförderung vs. TAU	Bewegung und Sport vs. TAU	Bewegung/ Sport und Kognitives Training vs. Kognitives Training	Bewegung/ Sport und Kognitives Training vs. Kognitives Training
Lebensqualität		~	~		
Körperliche/biologische Outcomes/Funktionalität					
Gewicht	++	~	~		
BMI	++	+	~		
Taillenumfang		~			
Körperliche Aktivität		~			
Gesundheitsstatus physisch		~			
Blutwerte (Entzündungshemmer)				++	
Kognitive Funktionen					++
Gesunde Ernährung		++			
Ungesunde Ernährung		~			
Verhältnis Gesunde/ ungesunde Ernährung		++			
Psychische Gesundheit					
Gesundheitsstatus psychisch		~			
Positivsymptomatik			++		
Negativsymptomatik			++		
Depressive Symptome		~		++	
Teilhabe					
Psychosoziale Funktionen			++		++

TAU-Treatment as usual; ++ signifikanter Vorteil in der Interventionsgruppe gegenüber Kontrollgruppe; + tendenzielle Überlegenheit ohne signifikanten Unterschied in der Interventionsgruppe; ~ Ergebnisse vergleichbar in beiden Gruppen

Tabelle: Effekte von Supported Employment and Education bei Menschen mit ersten Erkrankungsepisoden

Autor/Jahr	Killackey et al. 2019	Nuechterlein et al. 2020
Vergleichs-Gruppen	IPS vs. TAU	IPS + WFM vs. BVR + Anlernung sozialer Skills
Berufliche Teilhabe		
Teilhabe an Bildung & Beschäftigung	++	++
Dauer der Bildung & Beschäftigung	~	++
Abbrüche der Intervention		~

IPS-Individual placement and support; WFM Workplace Fundamentals Module, TAU-Treatment as usual; BVR- Brokered Vocational Rehabilitation (vermittelte berufliche Rehabilitation); ++ signifikanter Vorteil in der Interventionsgruppe im Gegensatz zu den anderen Gruppen insgesamt; + tendenzielle Überlegenheit ohne signifikanten Unterschied in der Interventionsgruppe gegenüber den anderen Gruppen insgesamt; ~ Ergebnisse vergleichbar in allen Gruppen

Tabelle: Effekte von Ansätzen der Peer-Arbeit bei Menschen mit ersten Erkrankungsepisoden

Autor/Jahr	Chien et al. 2018			Chien et al. 2022	
Vergleichs-Gruppen	FMSG (IG 1) vs. Psychoedukation (IG 2)	FMSG (IG 1) vs. TAU	Psychoedukation (IG 2) vs. TAU	PFSMI vs. TAU	PFSMI vs. Psychoedukation
Recovery				++	++
Psychische Gesundheit					
Symptomatik (allg.)	++	++	++	++	++
Positivsymptomatik	~	++	++		
Anzahl Wiederaufnahmen Krankenhaus	++	++	++	++	~
Psychosoziale Funktionen					
Funktionalität Familie	++	++	++		
Funktionalität Patient*in	++	++	++	++	++
Belastungserleben Familie	++	++	++		

FMSG Family led mutual support group, ; PFSMI-peer-facilitated self-management intervention, TAU-Treatment as usual; ++ signifikanter Vorteil in der Interventionsgruppe im Gegensatz zu den anderen Gruppen insgesamt; + tendenzielle Überlegenheit ohne signifikanten Unterschied in der Interventionsgruppe gegenüber den anderen Gruppen insgesamt; ~ Ergebnisse vergleichbar in allen Gruppen

Tabelle: Effekte von Ansätzen zum Selbstmanagement bei Menschen mit ersten Erkrankungsepisoden

Autor/Jahr	Alvarez-Jimenez et al. 2021	Steare et al. 2020
Vergleichs-Gruppen	Interaktive Online-Therapie Vs. TAU allein	Smartphone-based self-management tool vs. TAU allein
Lebensqualität & Zufriedenheit		
Lebensqualität	~	~
Lebenszufriedenheit	~	
Recovery-orientierte Outcomes		
Selbstwert	~	~
Selbstwirksamkeitserleben	~	
Soziale Funktionen & Teilhabe		
Soziales Funktionsniveau	~	
Soziale Unterstützung	~	
Einsamkeit	~	
Index Sozialer Outcome		~
Berufliche Teilhabe		
Teilhabe an Bildung & Beschäftigung	++	
Psychische Gesundheit		
Depressivität	~	
Positivsymptomatik	~	~
Negativsymptomatik	~	~
Psychisches Wohlbefinden		~
Inanspruchnahmeverhalten		
Stationäre Behandlungen	+	
Notfallbehandlungen	++	

TAU-Treatment as usual; ++ signifikanter Vorteil in der Interventionsgruppe im Gegensatz zu den anderen Gruppen insgesamt; + tendenzielle Überlegenheit ohne signifikanten Unterschied in der Interventionsgruppe gegenüber den anderen Gruppen insgesamt; ~ Ergebnisse vergleichbar in allen Gruppen

Tabelle: Effekte von Frühintervention bei Menschen mit ersten Episoden einer Borderline Persönlichkeitsstörung

Autor/Jahr	Chanen et al. 2022	
Vergleichs-Gruppen	HYPE + CAT vs. HYPE + Befriending	HYPE vs. YMHS + Befriending
Lebensqualität		
Soziale Funktionen & Teilhabe		
Soziales Funktionsniveau	~	~
Psychische Gesundheit		
Depressivität		
Positivsymptomatik		
Negativsymptomatik		
Depressivität	~	~
Schwere Borderline-Symptomatik	~	~
Substanzmissbrauch	~	~
Suizidale Gedanken/Absichten	~	~
Inanspruchnahmeverhalten		
Stationäre Behandlungen		
Behandlungskontinuität	++	++
Behandlungszufirdenheit	~	~

HYPE Helping Young People Early; CAT, cognitive analytic therapy; YMHS allgemeines jugendpsychiatrisches Behandlungs-Modell; TAU-Treatment as usual; ++ signifikanter Vorteil in der Interventionsgruppe im Gegensatz zu den anderen Gruppen insgesamt; + tendenzielle Überlegenheit ohne signifikanten Unterschied in der Interventionsgruppe gegenüber den anderen Gruppen insgesamt; ~ Ergebnisse vergleichbar in allen Gruppen

Ausgeschlossene Arbeiten Frühinterventionen:

Übersichtsarbeiten/Reviews

1. Barlati, Stefano & De Peri, Luca & Deste, G. & Vita, Antonio. (2015). Non-pharmacological interventions in early schizophrenia: Focus on cognitive remediation. *Journal of Psychopathology*. 21. 1-12.

Ausschlussgrund: alle Studien in anderem Review enthalten

2. Behan C, Masterson S, Clarke M. Systematic review of the evidence for service models delivering early intervention in psychosis outside the stand-alone centre. *Early Interv Psychiatry*. 2017 Feb;11(1):3-13. doi: 10.1111/eip.12334. Epub 2016 Apr 8. PMID: 27061731.

Ausschlussgrund: kein systematischer Review

3. Catalan A, Richter A, Salazar de Pablo G, Vaquerizo-Serrano J, Mancebo G, Pedruzo B, Aymerich C, Solmi M, González-Torres MÁ, Gil P, McGuire P, Fusar-Poli P. Proportion and predictors of remission and recovery in first-episode psychosis: Systematic review and meta-analysis. *Eur Psychiatry*. 2021 Nov 3;64(1):e69. doi: 10.1192/j.eurpsy.2021.2246. PMID: 34730080; PMCID: PMC8668449.

Ausschlussgrund: eingeschlossene Studiendesigns

4. De Maio M, Graham P, Vaughan D, Haber L, Madonick S. Review of international early psychosis programmes and a model to overcome unique challenges to the treatment of early psychosis in the United States. *Early Interv Psychiatry*. 2015 Feb;9(1):1-11. doi: 10.1111/eip.12132. Epub 2014 Feb 27. PMID: 24576137.

Ausschlussgrund: kein systematischer Review

5. Dondé C, Jaffiol A, Khouri C, Pouchon A, Tamisier R, Lejoyeux M, d'Ortho MP, Polosan M, Geoffroy PA. Sleep disturbances in early clinical stages of psychotic and bipolar disorders: A meta-analysis. *Aust N Z J Psychiatry*. 2022 Sep;56(9):1068-1079. doi: 10.1177/00048674211068395. Epub 2021 Dec 31. PMID: 34971518.

Ausschlussgrund: Intervention

6. Hansen HG, Speyer H, Starzer M, Albert N, Hjorthøj C, Eplov LF, Nordentoft M. Clinical Recovery Among Individuals With a First-Episode Schizophrenia an Updated Systematic Review and Meta-Analysis. *Schizophr Bull*. 2023 Mar 15;49(2):297-308. doi: 10.1093/schbul/sbac103. PMID: 36029094; PMCID: PMC10016416.

Ausschlussgrund: eingeschlossene Studiendesigns

7. Harvey PO, Lepage M, Malla A. Benefits of enriched intervention compared with standard care for patients with recent-onset psychosis: a metaanalytic approach. *Can J Psychiatry*. 2007 Jul;52(7):464-72. doi: 10.1177/070674370705200709. PMID: 17688011.

Ausschlussgrund: eingeschlossene Studiendesigns

8. Howes OD, Whitehurst T, Shatalina E, Townsend L, Onwordi EC, Mak TLA, Arumham A, O'Brien O, Lobo M, Vano L, Zahid U, Butler E, Osugo M. The clinical significance of duration of untreated psychosis: an umbrella review and random-effects meta-analysis. *World Psychiatry*. 2021 Feb;20(1):75-95. doi: 10.1002/wps.20822. PMID: 33432766; PMCID: PMC7801839.

Ausschlussgrund: kein systematischer Review

9. Hui TT, Garvey L, Olasoji M. Improving the physical health of young people with early psychosis with lifestyle interventions: Scoping review. *Int J Ment Health Nurs*. 2021 Dec;30(6):1498-1524. doi: 10.1111/inm.12922. Epub 2021 Aug 12. PMID: 34390119.

Ausschlussgrund: kein systematischer Review

10. Joyce K, Thompson A, Marwaha S. Is treatment for bipolar disorder more effective earlier in illness course? A comprehensive literature review. *Int J Bipolar Disord*. 2016 Dec;4(1):19. doi: 10.1186/s40345-016-0060-6. Epub 2016 Sep 9. PMID: 27613276; PMCID: PMC5017982.

Ausschlussgrund: eingeschlossene Studiendesigns

11. Killackey E, Yung AR. Effectiveness of early intervention in psychosis. *Curr Opin Psychiatry*. 2007 Mar;20(2):121-5. doi: 10.1097/YCO.0b013e328017f67d. PMID: 17278908.

Ausschlussgrund: kein systematischer Review

12. Lee R, Leighton SP, Thomas L, Gkoutos GV, Wood SJ, Fenton SH, Deligianni F, Cavanagh J, Mallikarjun PK. Prediction models in first-episode psychosis: systematic review and critical appraisal. *Br J Psychiatry*. 2022 Jan 24;220(Spec Iss 4 Themed Iss Precision Medicine and Personalised Healthcare in Psychiatry):1-13. doi: 10.1192/bjp.2021.219. Epub ahead of print. PMID: 35067242; PMCID: PMC7612705.

Ausschlussgrund: Fragestellung

13. Li Y, Coster S, Norman I, Chien WT, Qin J, Ling Tse M, Bressington D. Feasibility, acceptability, and preliminary effectiveness of mindfulness-based interventions for people with recent-onset psychosis: A systematic review. *Early Interv Psychiatry*. 2021 Feb;15(1):3-15. doi: 10.1111/eip.12929. Epub 2020 Feb 9. PMID: 32037721.

Ausschlussgrund: eingeschlossene Studiendesigns

14. Morriss RK, Faizal MA, Jones AP, Williamson PR, Bolton C, McCarthy JP. Interventions for helping people recognise early signs of recurrence in bipolar disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007 Jan 24;2007(1):CD004854. doi: 10.1002/14651858.CD004854.pub2. PMID: 17253526; PMCID: PMC6544804.

Ausschlussgrund: Intervention

15. Müller, Hendrik & Bechdolf, Andreas. (2013). Psychologische Interventionen bei Personen mit erhöhtem Psychoserisiko. *Psychotherapeut*. 58. 10.1007/s00278-013-0996-2.

Ausschlussgrund: Population

16. Nordentoft M, Rasmussen JO, Melau M, Hjorthøj CR, Thorup AA. How successful are first episode programs? A review of the evidence for specialized assertive early intervention. *Curr Opin Psychiatry*. 2014 May;27(3):167-72. doi: 10.1097/YCO.0000000000000052. PMID: 24662959.

Ausschlussgrund: kein systematischer Review

17. Oliver D, Davies C, Crossland G, Lim S, Gifford G, McGuire P, Fusar-Poli P. Can We Reduce the Duration of Untreated Psychosis? A Systematic Review and Meta-Analysis of Controlled Interventional

Studies. Schizophr Bull. 2018 Oct 17;44(6):1362-1372. doi: 10.1093/schbul/sbx166. PMID: 29373755; PMCID: PMC6192469.

Ausschlussgrund: eingeschlossene Studiendesigns

18. Rosenbaum S, Lederman O, Stubbs B, Vancampfort D, Stanton R, Ward PB. How can we increase physical activity and exercise among youth experiencing first-episode psychosis? A systematic review of intervention variables. Early Interv Psychiatry. 2016 Oct;10(5):435-40. doi: 10.1111/eip.12238. Epub 2015 Mar 23. PMID: 25808450.

Ausschlussgrund: eingeschlossene Studiendesigns

19. Santesteban-Echarri O, Piskulic D, Nyman RK, Addington J. Telehealth interventions for schizophrenia-spectrum disorders and clinical high-risk for psychosis individuals: A scoping review. J Telemed Telecare. 2020 Jan-Feb;26(1-2):14-20. doi: 10.1177/1357633X18794100. Epub 2018 Aug 22. PMID: 30134781.

Ausschlussgrund: eingeschlossene Studiendesigns

20. Shannon A, McGuire D, Brown E, O'Donoghue B. A systematic review of the effectiveness of group-based exercise interventions for individuals with first episode psychosis. Psychiatry Res. 2020 Nov;293:113402. doi: 10.1016/j.psychres.2020.113402. Epub 2020 Aug 19. PMID: 32862064.

Ausschlussgrund: eingeschlossene Studiendesigns

21. Sizer H, Brown E, Geros H, Yung A, Nelson B, McGorry P, O'Donoghue B. Outcomes for first-episode psychosis after entry via an at-risk mental state clinic compared to direct entry to a first episode of psychosis service: A systematic review and meta-analysis. Schizophr Res. 2022 Feb; 240:214-219. doi: 10.1016/j.schres.2021.12.019. Epub 2022 Jan 13. PMID: 35032907.

Ausschlussgrund: eingeschlossene Studiendesigns

Einzelstudien

Primärstudien wurden in einem ersten Schritt danach geprüft, ob sie in den inkludierten Übersichtsarbeiten enthalten sind. Diese werden hier aufgrund der Fülle nicht explizit aufgelistet.

22. Lowen C, Hodgekins J, Pugh K, Berry C, Fitzsimmons M, French P, Sacadura C, Birchwood M, Jackson C, Baggott E, Bernard M, Fowler D. Measuring adherence in social recovery therapy with people with first episode psychosis. *Behav Cogn Psychother*. 2020 Jan;48(1):82-90. doi: 10.1017/S1352465819000432. Epub 2019 Aug 5. PMID: 31379311.

Ausschlussgrund: gemessene Outcomes

23. Curtis J, Watkins A, Rosenbaum S, Teasdale S, Kalucy M, Samaras K, Ward PB. Evaluating an individualized lifestyle and life skills intervention to prevent antipsychotic-induced weight gain in first-episode psychosis. *Early Interv Psychiatry*. 2016 Jun;10(3):267-76. doi: 10.1111/eip.12230. Epub 2015 Feb 26. PMID: 25721464.

Ausschlussgrund: Studiendesign

24. Gleeson, John & Chanen, Andrew & Cotton, Sue & Pearce, Tracey & Newman, Belinda & McCutcheon, Louise. (2012). Treating co-occurring first-episode psychosis and borderline personality: A pilot randomized controlled trial. *Early intervention in psychiatry*. 6. 21-9. 10.1111/j.1751-7893.2011.00306.x.

Ausschlussgrund: Teilnehmeranzahl <20

25. Rojnic Kuzman M, Bosnjak Kuharic D, Kekin I, Makaric P, Madzarac Z, Koricancic Makar A, Kudlek Mikulic S, Bajic Z, Bistrovic P, Bonacin D, Vogrinc Z. Effects of Long-Term Multimodal Psychosocial Treatment on Antipsychotic-Induced Metabolic Changes in Patients With First Episode Psychosis. *Front Psychiatry*. 2018 Oct 16;9:488. doi: 10.3389/fpsyt.2018.00488. PMID: 30386261; PMCID: PMC6198174.

Ausschlussgrund: Studiendesign

26. Le TP, Ventura J, Ruiz-Yu B, McEwen SC, Subotnik KL, Nuechterlein KH. Treatment engagement in first-episode schizophrenia: Associations between intrinsic motivation and attendance during cognitive training and an aerobic exercise program. *Schizophr Res*. 2023 Jan;251:59-65. doi: 10.1016/j.schres.2022.12.018. Epub 2022 Dec 26. PMID: 36577235; PMCID: PMC10163954.

Ausschlussgrund: gemessene Outcomes

27. Tempier R, Balbuena L, Garety P, Craig TJ. Does assertive community outreach improve social support? Results from the Lambeth Study of early-episode psychosis. *Psychiatr Serv*. 2012 Mar;63(3):216-22. doi: 10.1176/appi.ps.20110013. PMID: 22388528.

Ausschlussgrund: Sekundärdatenanalyse

Anwendung von GRADE: Beurteilung der Vertrauenswürdigkeit der Evidenz zu Frühinterventionen
Faktoren, die Vertrauenswürdigkeit in die Evidenz verringern können:

- I. Risiko für Bias
- II. Inkonsistenz (Effekt in Studien gleich bez. Richtung und Stärke)
- III. Indirektheit (Passung Studie und PICO-Frage)
- IV. Ungenauigkeit (Gibt es Unsicherheiten/breite KIs)
- V. Publikationsbias

Summary of findings: Vergleich spezialisierte Frühinterventionen (SFI) vs. herkömmliche Therapie (TAU)

Population: Menschen mit neu aufgetretenen Psychosen

Quelle: Puntis S, Minichino A, De Crescenzo F, Harrison R, Cipriani A, Lennox B. Specialised early intervention teams for recent-onset psychosis. Cochrane Database of Systematic Reviews 2020, Issue 11. Art. No.: CD013288. DOI: 10.1002/14651858.CD013288.pub2.

Endpunkt	Datengrundlage & Messwerte	Effektschätzer (95% CI)	Qualität (Vertrauenswürdigkeit) der Evidenz (RCTs)	Kommentare
Globaler Zustand Recovery (nach Beendigung der Intervention)	Basierend auf Daten von 194 Patient:innen aus 2 Studien (Globaler Zustand Recovery wird dabei in Studie 1 wie folgt definiert: unabhängige Überprüfung der klinischen Aufzeichnungen durch zwei Kliniker im Studienzeitraum In der zweiten Studie : anhand eines klinischen zusammengesetzten Indexes - (1) während des gesamten zwei-	Relatives Risiko= 1.41 (95% CI 1.01bis 1.97) <u>Risiko für SFI:</u> 728 per 1.000 (521 to 1.000) <u>Risiko für TAU:</u> 516 per 1.000	⊕⊕⊕⊖ Gering ^{a,b}	SFI verbessert Recovery stärker als TAU (Unterschied ist signifikant) Heterogenität I ² = 18%

	jährigen Nachbeobachtungszeitraums keine psychiatrischen Krankenhauseinweisungen, keine kleineren oder größeren psychotischen Episoden und keine anhaltenden psychotischen Symptome (d. h. vier oder mehr auf der Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), keine Halluzinationen oder ungewöhnlichen Gedankeninhalte in sechs oder mehr aufeinanderfolgenden Wochen), 2) keine Suizidversuche und 3) keine mangelnde Einhaltung der Behandlungsvorgaben			
Inanspruchnahme von Dienstleistungen: Abbruch der Behandlung (nach Beendigung der Intervention)*	Basierend auf Daten von 630 Patient:innen aus 3 Studien	Relatives Risiko= 0.50 (95% CI 0.31 bis 0.79) <u>Risiko für SFI:</u> 75 per 1.000 (47 to 119) <u>Risiko für TAU:</u> 150 per 1.000	⊕⊕⊕⊕ Hoch	SFI verringert das Risiko für Behandlungsgabbrüche nach der Intervention stärker als TAU (Unterschied ist signifikant) Heterogenität I ² = 0%
Inanspruchnahme der Dienstleistung: Einweisung in ein psychiatrisches Krankenhaus (nach Beendigung der Intervention)*	Basierend auf Daten von 1.145 Patient:innen aus 4 Studien	Relatives Risiko= 0.91 (95% CI 0.82 bis 1.00) <u>Risiko für SFI:</u> 515 per 1.000 (464 to 566) <u>Risiko für TAU:</u> 566 per 1.000	⊕⊕⊕⊕ Hoch	SFI verringert das Risiko für eine Einweisung in ein psychiatrisches Krankenhaus nach der Intervention stärker als TAU (Unterschied ist signifikant) Heterogenität I ² = 0%
Inanspruchnahme der Dienstleistung: Anzahl der Tage in einem psychiatrischen Krankenhaus (nach Beendigung der Intervention)	Basierend auf Daten von 547 Patient:innen aus 1 Studie	Die durchschnittliche Anzahl der Tage in der psychiatri-	⊕⊕⊕⊖ Gering ^e	SFI verringert die durchschnittliche Anzahl der Tage in der psychiatrischen Klinik

		schen Klinik (Ende der Behandlung) betrug in der TAU-Gruppe 123 Tage Mittlerer Unterschied 27 Tage weniger (53.68 weniger bis 0.32 weniger)		nach der Intervention stärker als TAU (Unterschied ist signifikant) Heterogenität nicht darstellbar
Funktionsfähigkeit: durchschnittlicher Endpunktwert auf der allgemeinen Funktionsskala (nach Beendigung der Intervention)	Basierend auf Daten von 467 Patient:innen aus 2 Studien (Global Assessment of Functioning – GAF)	standardisierte Mittelwertdifferenz 0.37 Punkte höher (0.07 höher bis 0.66 höher)	⊕⊕⊕⊖ Gering ^{c, d}	standardisierte Mittelwertdifferenz von 0.50 stellt eine moderate Effekt-Größe dar (Unterschied ist signifikant) Heterogenität $I^2 = 45\%$
Behandlungszufriedenheit	Basierend auf Daten von 463 Patient:innen aus 2 Studien (Client Satisfaction Questionnaire – CSQ-8; Verona service satisfaction scale – VSSS)	standardisierte Mittelwertdifferenz= 0.69, 95% CI 0.51 bis 0.88	⊕⊕⊕⊖ Gering ^{c, d}	SFI erhöht die Behandlungszufriedenheit nach der Intervention stärker als TAU (Unterschied ist signifikant) Heterogenität $I^2 = 0\%$

^aAbstufung um eine Stufe aufgrund von Indirektheit. Verwendung von Surrogat-Ergebnissen. Ergebnisbewertung unterscheidet sich zwischen den Studien.

^bAbstufung um eine Stufe aufgrund von Ungenauigkeit. Breite Konfidenzintervalle.

^cAbstufung um eine Stufe aufgrund von Verzerrungsgefahr. Nicht verblindete Studien mit subjektivem Ergebnis, bei denen der Bewerter des Ergebnisses entweder nicht verblindet war oder die Zuordnung leicht erraten werden konnte.

^dAbstufung um eine Stufe aufgrund von Indirektheit. Durchschnittswerte von Skalen wurden zur Messung des Ergebnisses verwendet, anstatt einer klinisch wichtigen Veränderung.

^eAbstufung um zwei Stufen aufgrund von Ungenauigkeit. Wenige Ereignisse, breite Konfidenzintervalle und geringe Stichprobengröße.

*Qualität der Evidenz wurde nach eigener Prüfung neu bewertet (Höherstufung)

Summary of findings: Vergleich familienfokussierte Therapie (FFT) vs. Kontrollkondition (KK) | Psychoedukation (PE) vs. supportiven Gruppenintervention (sGI)

Population: Menschen mit bipolaren Störungen (I oder II)

Quelle: Ratheesh A, Hett D, Raiman J, Wong E, Berk L, Conus P, Fristad MA, Goldstein T, Hillegers M, Jauhar S, Kessing LV, Miklowitz DJ, Murray G, Scott J, Tohen M, Yatham LN, Young AH, Berk M, Marwaha S. A systematic review of interventions in the early course of bipolar disorder I or II: a report of the International Society for Bipolar Disorders Taskforce on early intervention. Int J Bipolar Disord. 2023 Jan 3;11(1):1. doi: 10.1186/s40345-022-00275-3. PMID: 36595095; PMCID: PMC9810772.

Endpunkt	Datengrundlage & Messwerte	Effektschätzer	Qualität (Vertrauenswürdigkeit) der Evidenz (RCTs)	Kommentare
Rückfallprävention (FFT vs. KK)	Basierend auf Daten von 101 Patient:innen aus 1 Studie	Zeit bis zum Rückfall (74 Wochen vs. 53 Wochen)	Lt. Autoren der Arbeit nicht sicher ableitbar	Die Zeit bis zum Auftreten eines Rückfalls wird durch FFT verlängert (k. A. zur Signifikanz) Heterogenität nicht darstellbar
Zeit bis zum erneuten Auftreten (PE vs. sGI)	Basierend auf Daten von 120 Patient:innen aus 1 Studie	Log-Rank=4.3, p = 0.04	Lt. Autoren der Arbeit nicht sicher ableitbar	Erkrankte mit 6 oder weniger Episoden hatten eine signifikante Erweiterung der Zeit bis zum Wiederauftreten einer Episode (Unterschied ist signifikant) Heterogenität nicht darstellbar

Summary of findings: Vergleich Psychosoziale Interventionen (Psi) vs. herkömmliche Therapie (TAU)

Population: Menschen mit frühen Psychosen

Quelle: Frawley E, Cowman M, Lepage M, Donohoe G (2021). Social and occupational recovery in early psychosis: a systematic review and meta-analysis of psychosocial interventions. Psychological Medicine 1–12. <https://doi.org/10.1017/S003329172100341X>.

Endpunkt	Datengrundlage & Messwerte	Effektschätzer (95% CI)	Qualität (Vertrauenswürdigkeit) der Evidenz (RCTs)	Kommentare
Teilhabe Bildung/Arbeit	Basierend auf Daten von 394 Patient:innen aus 3 Studien (SOFAS, Social & Occupational Functioning Scale, Participation in Work or School, Beschäftigung)	standardisierte Mittelwertdifferenz = 0.611, 95% CI 0.127-1.09; p = 0.013	⊕⊖⊖⊖ Sehr gering ^{a,b,c}	Die drei relevanten Studien berichten signifikante Verbesserungen in Bezug auf Teilhabe in Bildung bzw. Arbeit (Unterschied statistisch signifikant) Heterogenität I ² = 70%
Psychosoziale Funktionen	Basierend auf Daten von 730 Patient:innen aus 7 Studien (GAF; PSP; SOFAS; RFS; Social Behaviour)	standardisierte Mittelwertdifferenz = 0.452, 95% CI 0.061 - 0.843, p = 0.023	⊕⊕⊖⊖ Gering ^{a,b}	Die eingesetzte Intervention verbessert die psychosozialen Funktionen (Unterschied statistisch signifikant) Heterogenität I ² = 80%

^aAbstufung um eine Stufe aufgrund fehlender Einschätzung zum Risk of Bias.

^bAbstufung um eine Stufe aufgrund von Inkonsistenzen; hohe Heterogenität.

^cAbstufung um eine Stufe aufgrund von Ungenauigkeit; breites CI.

Summary of findings: Vergleich sozial kognitives Training oder Remediation vs. herkömmliche Therapie (hT)

Population: Menschen mit einer Psychose in der ersten Episode

Quelle: Miley K, Hadidi N, Kaas M, Yu F. Cognitive Training and Remediation in First-Episode Psychosis: A Literature Review. J Am Psychiatr Nurses Assoc. 2020 Nov/Dec;26(6):542-554. doi: 10.1177/1078390319877952. Epub 2019 Oct 3. PMID: 31578909; PMCID: PMC7863980.

Endpunkt	Datengrundlage & Messwerte	Effektschätzer (95% CI)	Qualität (Vertrauenswürdigkeit) der Evidenz (RCTs)	Kommentare
Soziale Kognition	Basierend auf Daten von 137 Patient:innen aus 3 Studien (k. A. zu den verwendeten Messinstrumenten)	1.Studie: $d = 1.55$, $p < .001$	⊕⊕⊕⊕ Sehr gering ^{a,b,c}	Zwei Studien mit großen Effekten lt. Autoren bzgl. der eingesetzten Intervention und dem Outcome; eine Studie ohne Effekt. Heterogenität $I^2 =$ nicht darstellbar
		2.Studie: keine konkrete Angabe		
		3.Studie: keine konkrete Angabe		
Psychosoziale Funktionen	Basierend auf Daten von 188 Patient:innen aus 3 Studien (k. A. zu den verwendeten Messinstrumenten)	1. Studie: $p = .05$, Effektgröße nicht berichtet	⊕⊕⊕⊕ Sehr gering ^{a,b,c}	Drei Studien mit positiven Effekten lt. Autoren im Hinblick auf die eingesetzte Intervention und dem Outcome. Heterogenität $I^2 =$ nicht darstellbar
		2. Studie: $\eta^2 = 0.09$ (Effektstärke mittel), $p = .04$		
		3.Studie: keine konkrete Angabe		

^a Abstufung um eine Stufe aufgrund von Verzerrungsgefahr im Rahmen des Randomisierungsprozesses oder unvollständigen Ergebnisdaten.

^b Abstufung um eine Stufe aufgrund von Verzerrungsgefahr. Nicht verblindete Studien mit subjektivem Ergebnis, bei denen der Bewerter des Ergebnisses entweder nicht verblindet war oder die Zuordnung leicht erraten werden konnte.

^c Abstufung um eine Stufe aufgrund von Inkonsistenzen; Effekte der Studien unterschiedlich stark ausgeprägt oder nicht beurteilbar.

Summary of findings: Vergleich Familieninterventionen (FI) vs. herkömmliche Therapie (hT)

Population: Menschen mit einer Psychose in der ersten Episode

Quelle: Camacho-Gomez M, Castellvi P. Effectiveness of Family Intervention for Preventing Relapse in First-Episode Psychosis Until 24 Months of Follow-up: A Systematic Review With Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. Schizophr Bull. 2020 Jan 4;46(1):98-109. doi: 10.1093/schbul/sbz038. PMID: 31050757; PMCID: PMC6942164.

Endpunkt	Datengrundlage & Messwerte	Effektschätzer (95% CI)	Qualität (Vertrauenswürdigkeit) der Evidenz (RCTs)	Kommentare
Psychosoziale Funktionen	Basierend auf Daten von 766 Patient:innen aus 4 Studien (Specific Levels of Functioning Scale (SLOF); Global Assessment of Functioning (GAF))	standardisierte Mittelwertdifferenz = 1.36; 95% CI = 0.59 bis 2.12	⊕⊕⊕⊖ Sehr gering ^{a,b}	Die eingesetzte Intervention verbessert die psychosozialen Funktionen (Unterschied statistisch signifikant) Heterogenität $I^2 = 94\%$
Rückfallrate	Basierend auf Daten von 208 Patient:innen aus 6 Studien	Relatives Risiko = 0.42; 95% CI = 0.29 bis 0.61	⊕⊕⊕⊖ Gering ^a	Die eingesetzte Intervention reduziert die Rückfallrate (Unterschied statistisch signifikant) Heterogenität $I^2 = 1\%$
Symptome (allg.)	Basierend auf Daten von 493 Patient:innen aus 6 Studien (Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS); Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS))	standardisierte Mittelwertdifferenz = -0.68; 95% CI = -1.14 bis -0.22	⊕⊕⊕⊖ Sehr gering ^{a,b}	Die eingesetzte Intervention reduzieren die Symptome (Unterschied statistisch signifikant) Heterogenität $I^2 = 76\%$

^a Abstufung um zwei Stufen aufgrund von Verzerrungsgefahr im Rahmen des Randomisierungsprozesses bzw. Geheimhaltung der Behandlungsreihenfolge, unvollständigen Ergebnisdaten und nur partieller Verblindung.

^b Abstufung um eine Stufe aufgrund von Inkonsistenzen; moderate bis hohe Heterogenität.

Summary of findings: Vergleich Frühinterventionen (FI) vs. herkömmliche Therapie (TAU)

Population: Menschen mit einer Psychose in der ersten Episode

Quelle: Correll CU, Galling B, Pawar A, Krivko A, Bonetto C, Ruggeri M, Craig TJ, Nordentoft M, Srihari VH, Guloksuz S, Hui CLM, Chen EYH, Valencia M, Juarez F, Robinson DG, Schooler NR, Brunette MF, Mueser KT, Rosenheck RA, Marcy P, Addington J, Estroff SE, Robinson J, Penn D, Severe JB, Kane JM. Comparison of Early Intervention Services vs Treatment as Usual for Early-Phase Psychosis: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-regression. JAMA Psychiatry. 2018 Jun 1;75(6):555-565. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2018.0623. PMID: 29800949; PMCID: PMC6137532.

Endpunkt	Datengrundlage & Messwerte	Effektschätzer (95% CI)	Qualität (Vertrauenswürdigkeit) der Evidenz (RCTs)	Kommentare
Lebensqualität	Basierend auf Daten von 505 Patient:innen aus 4 Studien (Heinrich's Quality of Life Scale (QLS; SF-12))	standardisierte Mittelwertdifferenz = 0.23 (0.00 bis 0.46)	⊕⊕⊕⊖ Gering ^{a,b}	Frühinterventionen führten zu einer höheren Lebensqualität ggü. der herkömmlichen Therapie (Unterschied statistisch signifikant) Heterogenität $I^2 = 34\%$
Teilhabe Bildung/Arbeit	Basierend auf Daten von 1.743 Patient:innen aus 6 Studien (Prozentualer Anteil der Patienten mit studienspezifischer beruflicher und schulischer Beteiligung)	Relatives Risiko = 1.13 (1.03 bis 1.24) Anteil Personen mit Bildung/Arbeit FI 52.5%; Anteil Personen mit Bildung/Arbeit TAU 45.3%	⊕⊕⊕⊖ Gering ^{a,b}	Frühinterventionen führten zu einer erhöhten Teilhabe an Bildung/Arbeit ggü. der herkömmlichen Therapie (Unterschied statistisch signifikant) Heterogenität $I^2 = k. A.$
Recovery	Basierend auf Daten von 640 Patient:innen aus 3 Studien (prozentualer Anteil der Patienten, die die in der Studie dargestellte Definition der Remission erfüllen: Symptomstabilität/Minimalschwe-	Relatives Risiko = 1.24 (1.03 bis 1.50) Anteil Recovery FI: 30.3% Anteil Recovery TAU: 27.6%	⊕⊕⊕⊖ Gering ^{a,b}	Frühinterventionen führten häufiger zu Recovery ggü. der herkömmlichen Therapie (Unterschied statistisch signifikant) Heterogenität $I^2 = k. A.$

	regrad plus verbesserte soziale/ schulische/berufliche Leistungen)			
Remission	Basierend auf Daten von 1.229 Patient:innen aus 7 Studien (prozentualer Anteil der Patienten, die die in der Studie dargestellte Definition der Remission erfüllen: Symptomstabilität und/oder minimaler Symptomschweregrad)	Relatives Risiko = 1.29 (1.07 bis 1.55) Anteil Remission FI: 57.3% Anteil Remission TAU: 50.7%	⊕⊕⊕⊖ moderat ^{a,b,c}	Frühinterventionen führten häufiger zu einer Remission ggü. der herkömmlichen Therapie (Unterschied statistisch signifikant) Heterogenität $I^2 = k. A.$
Symptome (total)	Basierend auf Daten von 1.179 Patient:innen aus 8 Studien (PANSS und BPRS Subskalen; SANS; SAPS)	standardisierte Mittelwertdifferenz = -0.32 (-0.47 bis -0.17)	⊕⊕⊖⊖ Gering ^{a,b}	Frühinterventionen minderten die Symptome (total) ggü. der herkömmlichen Therapie (Unterschied statistisch signifikant) Heterogenität $I^2 = 32\%$
Rückfallrate	Basierend auf Daten von 1.275 Patient:innen aus 7 Studien (Prozentsatz der Patienten, die die in der Studie dargestellte Definition eines Rückfalls erfüllen)	Relatives Risiko = 0.71 (0.53 bis 0.93) Rückfallrate FI: 19.6% Rückfallrate TAU: 29.1%	⊕⊕⊕⊖ moderat ^{a,b,c}	Frühinterventionen führten zu einer geringeren Rückfallrate ggü. der herkömmlichen Therapie (Unterschied statistisch signifikant) Heterogenität $I^2 = k. A.$

^a Abstufung um eine Stufe aufgrund von Verzerrungsgefahr im Rahmen des Verblindungsprozesses, unvollständiger Ergebnisdaten und/oder anderer Ursachen für Bias.

^b Abstufung um eine Stufe aufgrund eines möglichen Publikationsbias (aufgrund der geringen Studienanzahl sowie Teilnehmer).

^c Heraufstufung um eine Stufe aufgrund bedeutsamen klinischen Effekte.

Summary of findings: Vergleich Psychosoziale Interventionen (Psi) vs. herkömmliche Therapie (TAU)

Population: Menschen mit einer Psychose in der ersten Episode

Quelle: Mario Álvarez-Jiménez, Alexandra G. Parker, Sarah E. Hetrick, Patrick D. McGorry, John F. Gleeson, Preventing the Second Episode: A Systematic Review and Meta-analysis of Psychosocial and Pharmacological Trials in First-Episode psychosis, Schizophrenia Bulletin, Volume 37, Issue 3, May 2011, Pages 619–630, <https://doi.org/10.1093/schbul/sbp129>

Endpunkt	Datengrundlage & Messwerte	Effektschätzer (95% CI)	Qualität (Vertrauenswürdigkeit) der Evidenz (RCTs)	Kommentare
	Spezialisierte psychosoziale Interventionsprogramme (Psi) vs. TAU			
Rückfallrate	Basierend auf Daten von 325 Patient:innen aus 3 Studien	Odds Ratio = 1.80 (1.31 bis 2.48)	⊕⊕⊕⊕ Sehr gering ^{a,b,c}	Psi führten zu einer geringeren Rückfallrate ggü. der Kontrollbedingung (Unterschied statistisch signifikant) Heterogenität I ² = 0%
	Individuelle CBT + spez. psychosoz. Interventionsprogramme vs. spez. psychosoz. Interventionsprogramme			
Rückfallrate	Basierend auf Daten von 46 Patient:innen aus 2 Studien	Odds Ratio = 1.95 (0.76 bis 5.0)	⊕⊕⊕⊕ Sehr gering ^{a,b,c}	Die Intervention führte zu keinem überlegenen Effekt im Hinblick auf die Rückfallrate ggü. der Kontrollbedingung (Unterschied statistisch nicht signifikant) Heterogenität I ² = 0%
	Individuelle und fam. basierte CBT + spez. psychosoz. Interventionsprogramme vs. spez. psychosoz. Interventionsprogramme			
Rückfallrate	Basierend auf Daten von 41 Patient:innen aus 1 Studie	Odds Ratio = 0.21 (0.04 bis 1.03)	⊕⊕⊕⊕ Sehr gering ^{a,b,c}	Die Intervention führte zu einem tendenziell überlegenen Effekt im Hinblick auf die Rückfallrate ggü. der Kontrollbedingung (Unterschied statistisch nicht signifikant) Heterogenität I ² = nicht abbildbar

^a Abstufung um zwei Stufen aufgrund von Verzerrungsgefahr im Rahmen des Randomisierungs- und Verblindungsprozesses, unvollständiger Ergebnisdaten und/oder selektiver Berichterstattung.

^b Abstufung um eine Stufe aufgrund von Inkonsistenzen; Effekte der Studien unterschiedlich stark.

^c Abstufung um eine Stufe aufgrund von Ungenauigkeit. Wenige Ereignisse, breite Konfidenzintervalle und/oder geringe Stichprobengröße.

C) Gemeindepsychiatrische teambasierte Behandlungsansätze

Klinisch relevante Fragestellung: Welche Gestaltungs- und Steuerungsmöglichkeiten in der Behandlung schwer psychisch kranker Menschen in der Gemeinde – hier konkret Formen einer gemeindepsychiatrischen und teambasierten Behandlung außerhalb der Klinik - haben sich in randomisiert kontrollierten Studien hinsichtlich

- a) klassischer klinischer Ergebnisindikatoren (z.B. Symptomschwere, Erkrankungsrückfälle, stationäre Wiederaufnahmen, Inanspruchnahmeverhalten, Behandlungsabbrüche) sowie
- b) Behandlungszufriedenheit und Recovery-orientierter Indikatoren (z.B. Empowerment, Lebensqualität, Teilhabemöglichkeiten) als wirksam erwiesen?

PICO-Schema

Patient(in)	Intervention*	Vergleichsintervention	Outcome	Studiendesign (S) Suchzeitraum (T)
Patient:innen mit schwerer psychischer Erkrankung zwischen 18 und 65 Jahren (Definition lt. LL/Einleitung)	Formen einer gemeinde-psychiatrischen und teambasierten Behandlung außerhalb der Klinik a) generische Teams (CMHT) b) aufsuchende multiprofessionelle Teams in akuten Erkrankungsphasen c) intensiv aufsuchende Behandlungsteams	Alle aktiven (Vergleichs-) Interventionen, sowie Wartegruppen-Designs als auch herkömmliche Versorgungsgegebenheiten (Routinebehandlung- bzw. -versorgung)	Klassische klinische und patientenbezogene Ergebnisindikatoren (Erkrankungsrückfälle, stationäre Wiederaufnahmen, psychische Symptomschwere, Behandlungskontinuität, Inanspruchnahmeverhalten) Behandlungszufriedenheit und Recovery-orientierte Indikatoren (z.B. Empowerment, Lebensqualität, Teilhabemöglichkeiten, psychosoziales Funktionsniveau)	S: 1.systematische Reviews und Metaanalysen aus RCTs 2.Einzelstudien (RCTs) T: 11.08.2010 bis 15.05.2022

*Die Suche erfolgte hier umfangreicher (s. Suchprotokolle); extrahiert und bewertet wurden im Rahmen dieser Fragestellung nur die Arbeiten zu den hier benannten Interventionen.

Systematische Literaturrecherche

Suchprotokolle

Pubmed-Recherche 28.03.2022

Number	Query	Results
#1	((chronic* OR sever*) AND mental* AND disorder*)	37,265
#2	Mental Disorders[MeSH Terms]	1,358,834
#3	((chronic* OR sever*) AND mental* AND illness)	17,612
#4	(severe AND psychiatric AND disorder*)	10,776
#5	(severe AND mental AND health AND problems)	3,403
#6	(depression OR (depressive AND disorder*) OR (severe AND affective AND disorder*))	412,734
#7	(schizophrenia OR psychotic* OR paranoid OR schizophrenic* OR psychosis)	180,844
#8	((bipolar AND disorder*) OR (bipolar AND affective AND (manic OR depression) AND depression)) OR AND	1,326,447
#9	((personality AND disorder*) OR (obsessive AND compulsive AND disorder*))	49,265
#10	schizophrenia[MeSH Major Topic]	90,779
#11	MeSH descriptor: [Depression] this term only	167,572
#12	Bipolar Disorder[MeSH Major Topic]	34,186
#13	((((((((((((chronic* OR sever*) AND mental* AND disorder*)) OR (Mental Disorders[MeSH Terms])) OR (((chronic* OR sever*) AND mental* AND illness))) OR ((severe AND psychiatric AND disorder*)) OR ((severe AND mental AND health AND problems))) OR ((depression OR (depressive AND disorder*) OR (severe AND affective AND disorder*)) OR ((schizophrenia OR psychotic* OR paranoid OR schizophrenic* OR psychosis))) OR (((bipolar AND disorder*) OR (bipolar AND affective AND (manic OR depression) AND depression)) OR AND)) OR (((personality AND disorder*) OR (obsessive AND compulsive AND disorder*)) OR (schizophrenia[MeSH Major Topic])) OR (Depression[MeSH Major Topic])) OR (Bipolar Disorder[MeSH Major Topic]))	2,887,141
#14	home AND treatment	46,012
#15	crisis AND resolution AND team	87
#16	crisis AND intervention	4,832
#17	mobil* AND crisis AND team	114
#18	community AND crisis AND (service OR management)	1,599
#19	crisis AND resolution AND home AND treatment	107
#20	Inpatient AND equivalent AND treatment	392
#21	Inpatient AND equivalent AND home AND treatment	56
#22	Assertive AND outreach	255
#23	Flexi AND team	0
#24	home treatment[MeSH Major Topic]	71,292
#25	((((((((((home AND treatment) OR (crisis AND resolution AND team)) OR (crisis AND intervention)) OR (mobil* AND crisis AND team)) OR (community AND crisis AND (service OR management))) OR (crisis AND resolution AND home AND treatment)) OR (Inpatient AND equivalent AND treatment)) OR (Inpatient	110,334

	AND equivalent AND home AND treatment)) OR (Assertive AND outreach)) OR (home treatment[MeSH Major Topic])	
#26	community AND care	137,057
#27	community AND intervention	53,292
#28	community AND treat*	114,986
#29	community AND management	54,483
#30	community AND model*	98,585
#31	community AND program*	94,987
#32	community AND team	14,665
#33	community AND service*	89,589
#34	communit* AND mental* AND health AND team	1,954
#35	Community AND mental AND health AND care	14,703
#36	(((((((((community AND care) OR (community AND interven- tion)) OR (community AND treat*)) OR (community AND man- agement)) OR (community AND model*)) OR (community AND program*)) OR (community AND team)) OR (community AND service*)) OR (communit* AND mental* AND health AND team)) OR (Community AND mental AND health AND care)	360,819
#37	assertive AND community AND treatment	983
#38	assertive AND outreach AND treatment	153
#39	flexible AND assertive AND community AND treatment	69
#40	Resource AND Group AND Assertive AND Community AND Treatment	15
#41	Intensive AND case AND management	6,820
#42	case AND management	192,656
#43	case management[MeSH Major Topic]	6,599
#44	intensive case management[MeSH Major Topic]	340
#45	care AND management	259,129
#46	care AND program* AND approach	26,174
#47	(((((((((assertive AND community AND treatment) OR (assertive AND outreach AND treatment)) OR (flexible AND assertive AND community AND treatment)) OR (Resource AND Group AND As- sertive AND Community AND Treatment)) OR (Intensive AND case AND management)) OR (case AND management)) OR (case management[MeSH Major Topic])) OR (intensive case manage- ment[MeSH Major Topic])) OR (care AND management)) OR (care AND program* AND approach)	440,673
#48	integrated AND care	44,170
#49	Cross AND sectoral AND complex AND care	59
#50	Service AND deliver* AND model	7,324
#51	Person* AND centered AND care	6,250
#52	((((integrated AND care) OR (Cross AND sectoral AND complex AND care)) OR (Service AND deliver* AND model)) OR (Person* AND centered AND care)	56,396
#53	((randomized AND controlled AND trial)) OR ((randomised AND controlled AND trial))	215,615
#54	(random* AND allocation)	14,896
#55	(random* AND (trial OR study))	916,504
#56	((meta AND analysis) OR metaanaly* OR (meta AND analy*))	239,706
#57	(systematic AND (review OR search*))	282,427
#58	Randomized Controlled Trial[MeSH Major Topic]	22,559
#59	Random Allocation[MeSH Major Topic]	755
#60	Meta-Analysis as Topic[MeSH Major Topic]	5,938

#61 (design)	((((((((randomized AND controlled AND trial)) OR ((random- ised AND controlled AND trial))) OR ((random* AND allocation))) OR ((random* AND (trial OR study)))) OR (((meta AND analysis) OR metaanaly* OR (meta AND analy*)))) OR ((systematic AND (review OR search*))) OR (Randomized Controlled Trial[MeSH Major Topic]) OR (Random Allocation[MeSH Major Topic]) OR (Meta-Analysis as Topic[MeSH Major Topic]) OR (Systematic Review)	1,255,816
#62 Summe in- tervention)	((((((integrated AND care) OR (Cross AND sectoral AND complex AND care)) OR (Service AND deliver* AND model)) OR (Person* AND centered AND care)) OR (((((((((assertive AND community AND treatment) OR (assertive AND outreach AND treatment)) OR (flexible AND assertive AND community AND treatment)) OR (Resource AND Group AND Assertive AND Community AND Treatment)) OR (Intensive AND case AND management)) OR (case AND management)) OR (case management[MeSH Major Topic]) OR (intensive case management[MeSH Major Topic]) OR (care AND management)) OR (care AND program* AND ap- proach))) OR (((((((((community AND care) OR (community AND intervention)) OR (community AND treat*)) OR (community AND management)) OR (community AND model*)) OR (commu- nity AND program*)) OR (community AND team)) OR (commu- nity AND service*)) OR (communit* AND mental* AND health AND team)) OR (Community AND mental AND health AND care))) OR (((((((((home AND treatment) OR (crisis AND resolu- tion AND team)) OR (crisis AND intervention)) OR (mobil* AND crisis AND team)) OR (community AND crisis AND (service OR management))) OR (crisis AND resolution AND home AND treat- ment)) OR (Inpatient AND equivalent AND treatment)) OR (Inpa- tient AND equivalent AND home AND treatment)) OR (Assertive AND outreach)) OR (home treatment[MeSH Major Topic]))	889,308
#63 (population, design, in- tervention)	((((((((integrated AND care) OR (Cross AND sectoral AND com- plex AND care)) OR (Service AND deliver* AND model)) OR (Per- son* AND centered AND care)) OR (((((((((assertive AND com- munity AND treatment) OR (assertive AND outreach AND treat- ment)) OR (flexible AND assertive AND community AND treat- ment)) OR (Resource AND Group AND Assertive AND Commu- nity AND Treatment)) OR (Intensive AND case AND manage- ment)) OR (case AND management)) OR (case manage- ment[MeSH Major Topic]) OR (intensive case manage- ment[MeSH Major Topic]) OR (care AND management)) OR (care AND program* AND approach))) OR (((((((((community AND care) OR (community AND intervention)) OR (community AND treat*)) OR (community AND management)) OR (commu- nity AND model*)) OR (community AND program*)) OR (com- munity AND team)) OR (community AND service*)) OR (commu- nit* AND mental* AND health AND team)) OR (Community AND mental AND health AND care))) OR (((((((((home AND treat- ment) OR (crisis AND resolution AND team)) OR (crisis AND in- tervention)) OR (mobil* AND crisis AND team)) OR (community AND crisis AND (service OR management))) OR (crisis AND reso- lution AND home AND treatment)) OR (Inpatient AND equiva- lent AND treatment)) OR (Inpatient AND equivalent AND home AND treatment)) OR (Assertive AND outreach)) OR (home treat-	27,358

ment[MeSH Major Topic])) AND (((((((((((randomized AND controlled AND trial)) OR ((randomised AND controlled AND trial))) OR ((random* AND allocation))) OR ((random* AND (trial OR study)))) OR (((meta AND analysis) OR metaanaly* OR (meta AND analy*))) OR ((systematic AND (review OR search*)))) OR (Randomized Controlled Trial[MeSH Major Topic]) OR (Random Allocation[MeSH Major Topic]) OR (Meta-Analysis as Topic[MeSH Major Topic]) OR (Systematic Review))) AND (((((((((((chronic* OR sever*) AND mental* AND disorder*)) OR (Mental Disorders[MeSH Terms]) OR (((chronic* OR sever*) AND mental* AND illness))) OR ((severe AND psychiatric AND disorder*)) OR ((severe AND mental AND health AND problems))) OR ((depression OR (depressive AND disorder*) OR (severe AND affective AND disorder*))) OR ((schizophrenia OR psychotic* OR paranoid OR schizophrenic* OR psychosis))) OR (((bipolar AND disorder*) OR (bipolar AND affective AND (manic OR depression) AND depression)) OR AND)) OR (((personality AND disorder*) OR (obsessive AND compulsive AND disorder*))) OR (schizophrenia[MeSH Major Topic]) OR (Depression[MeSH Major Topic]) OR (Bipolar Disorder[MeSH Major Topic]))

#64	Filters applied: from 2016/1/1 - 2022/3/28	13,734
#65	Filters applied: English, German, from 2016/1/1 - 2022/3/28.	13,783
	Filters applied: English, German, from 2016/1/1 - 2019/12/31.	8,041
	Filters applied: English, German, from 2020/1/1 - 2022/3/28.	6,092
		14,133

Datenbank: Cochrane Library (Reviews and Trials)

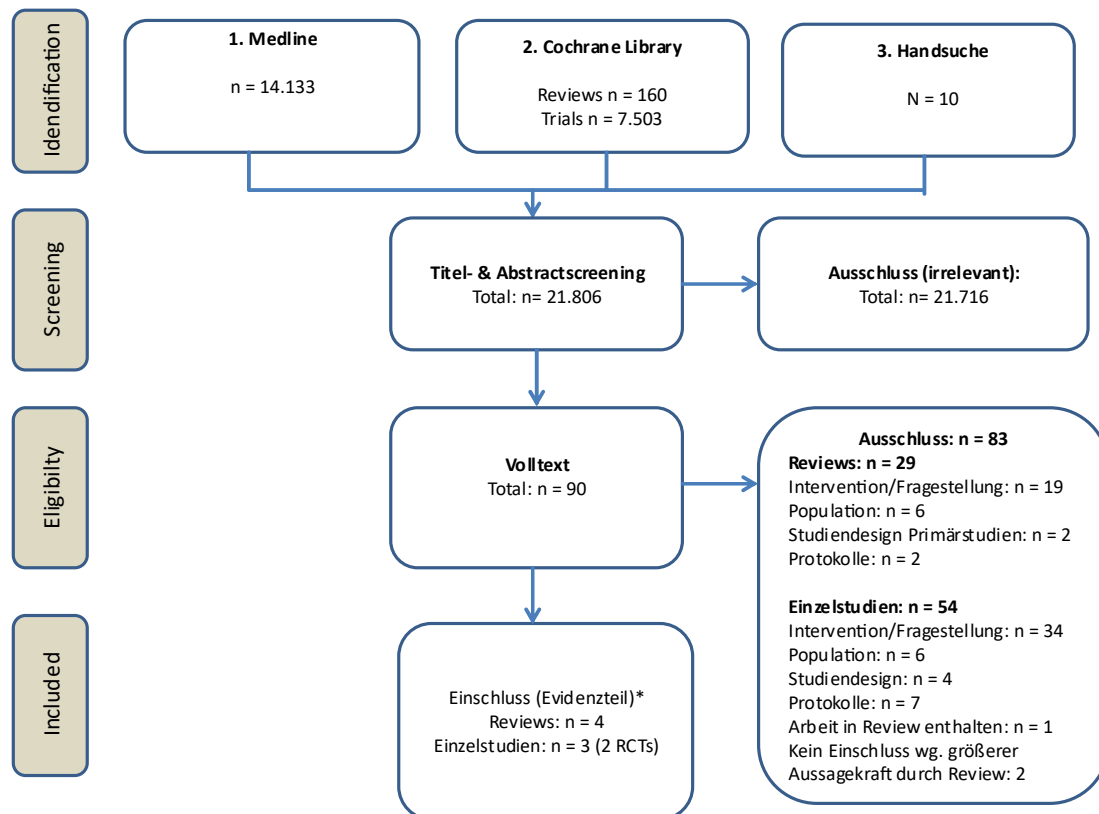
Date Run: 20/06/2022 14:57:17

ID	Search	Hits
#1	((chronic* OR sever*) and mental* and disorder*):ti,ab,kw	11592
#2	MeSH descriptor: [Mental Disorders] this term only	4119
#3	((chronic* OR sever*) and mental* and illness):ti,ab,kw	5196
#4	(severe and psychiatric and disorder*):ti,ab,kw	2372
#5	(severe and mental and health and problems):ti,ab,kw	696
#6	(depression OR (depressive and disorder*) OR (severe and affective and disorder*)):ti,ab,kw	89191
#7	(schizophrenia OR psychotic* OR paranoid OR schizophrenic* OR psychosis):ti,ab,kw	24684
#8	((bipolar and disorder*) OR (bipolar and affective and disorder*) OR (manic and depression) OR (bipolar and depression)):ti,ab,kw	7426
#9	((personality and disorder*) OR (obsessive and compulsive and disorder*)):ti,ab,kw	8223
#10	MeSH descriptor: [Schizophrenia] this term only	7957
#11	MeSH descriptor: [Depression] this term only	13990
#12	MeSH descriptor: [Bipolar Disorder] this term only	2873
#13	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12	122748
#14	(home AND treatment):ti,ab,kw	21901
#15	(crisis AND resolution AND team):ti,ab,kw	28
#16	(crisis AND intervention):ti,ab,kw	1737
#17	(mobil* AND crisis AND team):ti,ab,kw	25
#18	(community AND crisis AND service):ti,ab,kw	134
#19	(crisis AND resolution AND home AND treatment):ti,ab,kw	15
#20	(Inpatient AND equivalent AND treatment):ti,ab,kw	200
#21	(Inpatient AND equivalent AND home AND treatment):ti,ab,kw	26
#22	(Assertive AND outreach):ti,ab,kw	78

#23	(Flexi AND team):ti,ab,kw	1
#24	#14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21 OR #22 OR #23	23777
#25	(community AND care):ti,ab,kw	21819
#26	(community AND intervention):ti,ab,kw	27422
#27	(community AND treat*):ti,ab,kw	23346
#28	(community AND management):ti,ab,kw	8958
#29	(community AND model*):ti,ab,kw	9497
#30	(community AND program*):ti,ab,kw	17292
#31	(community AND team):ti,ab,kw	3396
#32	(community AND service*):ti,ab,kw	12124
#33	(communit* AND mental* AND health AND team):ti,ab,kw	866
#34	(Community AND mental AND health AND care):ti,ab,kw	3705
#35	(assertive AND community AND treatment):ti,ab,kw	291
#36	(assertive AND outreach AND treatment):ti,ab,kw	61
#37	(flexible AND assertive AND community AND treat- ment):ti,ab,kw	22
#38	(Resource AND Group AND Assertive AND Commu- nity AND Treatment):ti,ab,kw	8
#39	(Intensive AND case AND management):ti,ab,kw	893
#40	(case AND management):ti,ab,kw	10705
#41	(care AND management):ti,ab,kw	49945
#42	(care AND programme AND approach):ti,ab,kw	5242
#43	(integrated AND care):ti,ab,kw	6632
#44	(Cross AND sectoral AND complex AND care):ti,ab,kw	11
#45	(Service AND deliver* AND model):ti,ab,kw	1442
#46	(Person* AND centered AND care):ti,ab,kw	1929
#47	MeSH descriptor: [Case Management] explode all trees	724
#48	MeSH descriptor: [Community Mental Health Ser- vices] this term only	753
#49	#24 OR #25 OR #26 OR #27 OR #28 OR #29 OR #30 OR #31 OR #32 OR #33 OR #34 OR #35 OR #36 OR	117752

	#37 OR #38 OR #39 OR #40 OR #41 OR #42 OR #43 OR #44 OR #45 OR #46 OR #47 OR #48	
#50	#13 AND #49	17881
#51	((randomized and controlled and trial) OR (randomised and controlled and trial)):ti,ab,kw	641485
#52	(random* and allocation):ti,ab,kw	41466
#53	(random* and (trial OR study)):ti,ab,kw	1064162
#54	((meta and analysis) OR metaanaly* OR (meta and analy*)):ti,ab,kw	21087
#55	(systematic and (review OR search*)):ti,ab,kw	13292
#56	#51 OR #52 OR #53 OR #54 OR #55	1073223
#57	#13 AND #49 AND #56 with Cochrane Library publication date Between Jan 2016 and Jun 2022, in Cochrane Reviews	160
#58	#13 AND #49 AND #56 with Publication Year from 2016 to 2022, with Cochrane Library publication date Between Jan 2016 and Jun 2022, in Trials	7503

Flow-Diagramm eingeschlossener Arbeiten



PRISMA Flow-Diagramm: Gemeindepsychiatrische multiprofessionelle Ansätze

*Es wurden zusätzlich verschiedene Publikationen aus der Recherche in den Hintergrundtext aufgenommen.

Es erfolgte ein zweistufiger Volltextscreeningprozess:

1. Identifikation von relevanten Übersichtsarbeiten
2. Identifikation von relevanten RCTs in Ergänzung zu den eingeschlossenen Übersichtsarbeiten

Extraktion systematische Reviews / Meta-Analysen (aktueller Einschluss)

Titel	EPA Guidance on the quality of mental health services: A systematic meta-review and update of recommendations focusing on care coordination
Autoren	Gaebel W, Kerst K, Janssen B, Becker T, Musalek M, Rössler W, Ruggeri M, Thorncroft G, Zielasek J, Stricker J
Jahr	- 2020
Journal	- European Psychiatry
Fragestellung / Zielsetzung	- Ziel war es, die Empfehlung zur Koordination der Versorgung in den verschiedenen Leistungsbereichen der psychischen Gesundheitsversorgung auf Basis aktueller Evidenz zu aktualisieren
Design	- Systematisches Meta-Review
Datenbanken	- MEDLINE (PubMed), Scopus, Cochrane Database of Systematic Reviews
Zeitraum	- 2011 bis März 2020
Eingeschlossene Studientypen	- Systematische Reviews (k=16), Metaanalysen (k=6) und evidenzbasierte klinische Guidelines (k=1)
Autoren eingeschlossener Arbeiten (nur RCTs)	-
weitere relevante Einschlusskriterien	- Quantitative Untersuchung zur Versorgungskoordination von Menschen mit psychischen Erkrankungen - In englischer Sprache verfasst
relevante Ausschlusskriterien	- Studien, welche den Fokus auf Kinder/Heranwachsende, somatische Komorbidität oder spezifische mentale Erkrankungen oder Symptome legten
Qualitätsbewertung durchgeführt	- Anhand der AMSTAR 2 Checkliste
Für welche Patienten / Subgruppen Aussagen getroffen?	-
Gemessene Outcomes	Unter anderem: – Symptomreduktion – Globale Funktionsfähigkeit – Lebensqualität – Zufriedenheit mit der Versorgung – Anzahl der Einweisungen – Versorgungskosten
Ergebnisse Metaanalysen (nur für RCTs)	Auf Basis der eingeschlossenen Arbeiten (k=23) konnten sechs thematische Bereiche kategorisiert werden. Für die Bereiche wurden in einem Konsensusprozess 15 Empfehlungen entwickelt. Die im folgenden aufgeführten

Empfehlungen sind auf die für die Leitlinie relevanten Empfehlungen begrenzt

Case Management, Integrierte Versorgung und häusliche Behandlung:

- Empfehlungsgrad B: Implementieren eines intensiven Case Managements für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, die häufig stationäre Betreuung in Anspruch nehmen und schwer zu vermitteln sind oder immer wieder aus der Betreuung aussteigen
- Empfehlungsgrad B: Umsetzung einer multidisziplinären gemeindepsychiatrischen und team-basierten Versorgung
- Empfehlungsgrad D: Einbeziehung von Personen mit psychischen Erkrankungen in Teams für die gemeindenahe Behandlung von Personen mit schweren psychischen Erkrankungen
- Empfehlungsgrad C: Integrierte Versorgung für Menschen mit einer Kombination aus psychischer Krankheit und Substanzkonsum anbieten
- Empfehlungsgrad C: Bereitstellung einer multidisziplinären psychogeriatrischen Behandlung für ältere Menschen mit psychischen Erkrankungen

Kriseninterventionsdienste:

- Empfehlungsgrad C: Angebot akuter und subakuter stationärer psychosozialer Dienste als Alternative zur stationären Behandlung für Patienten, deren psychischer Zustand nicht unbedingt eine stationäre Behandlung erfordert
- Empfehlungsgrad B: Implementieren von Kriseninterventionsteams für Menschen mit psychischen Erkrankungen in häuslicher und gemeindepsychiatrischer Behandlung
- Empfehlungsgrad C: Kriseninterventionsteams als 24-Stunden-Dienst anbieten und einen Psychiater in die Kriseninterventionsteams der psychiatrischen Versorgung aufnehmen

Bemerkungen

- Schwache Evidenz in einer Vielzahl der eingeschlossenen Reviews und Metaanalysen
- In der aktualisierten Version der EPA-Leitlinien konnte für einige, jedoch nicht alle Aspekte der integrierten Versorgung stärkere Evidenz gefunden werden
- Zukünftige Forschung sollte die verschiedenen Aspekte integrierter Versorgung näher untersuchen, auch hinsichtlich der Interaktion dieser
- Kein klassischer syst. Review; Ergebnisse werden im Hintergrund abgebildet

Titel	Evidenz zu aufsuchender Behandlung bei Menschen mit psychischen Störungen in Deutschland, Österreich und der Schweiz – eine systematische Übersichtsarbeit
Autoren	Bechdorf A, Bühling-Schindowski F, Nikolaidis K, Kleinschmidt M, Weinmann S, Baumgardt J
Jahr	- 2021
Journal	- Der Nervenarzt
Fragestellung / Zielsetzung	- Auswertung der Studienlage zu aufsuchenden psychiatrischen Behandlungsformen in der DACH-Region sowie Diskussion der Ergebnisse vor dem Hintergrund internationaler Befunde
Design	- Systematisches Review
Datenbanken	- PubMed
Zeitraum	- Bis 16.01.2020
Eingeschlossene Studientypen	- Klinische Studien (k=14 Studien in 19 Publikationen, davon 2 RCTs)
Autoren eingeschlossener Arbeiten (nur RCTs)	k = 2 RCTs - Stulz et al. (2019) – AHU - Klug et al. (2010) – IAB
weitere relevante Einschlusskriterien	
relevante Ausschlusskriterien	- Thematisch unpassende Arbeiten (z.B. Studienprotokolle) - Studien, welche außerhalb der DACH-Region durchgeführt wurden - Studien mit nicht-psychiatrischen Diagnosen
Qualitätsbewertung durchgeführt	- nein
Für welche Patienten / Subgruppen Aussagen getroffen?	- keine
Gemessene Outcomes	– Behandlungsdauer stationär – (Zeit bis zur) stationären Wiederaufnahme – Symptomatik – Krankheitsschwere – Substanzmissbrauch – Funktionsniveau – Behandlungszufriedenheit (Patient*innen) – Gesamtkosten – Kosteneffektivität
Ergebnisse Metaanalysen (nur für RCTs)	Akutbehandlung im häuslichen Umfeld (AHB; Stulz et al., 2019) – N=707 – Alter: 18-64 Jahre – Zeitraum: 24 Monate

- Intervention: Routinebehandlung + „home treatment“
- Kontrollgruppe: Routinebehandlung

Ergebnisse:

- Behandlungsdauer stationär: statistisch signifikante Reduktion gegenüber der Kontrollgruppe ($p < .001$)
- Zeit bis zur stationären Wiederaufnahme: kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen
- Funktionsniveau: kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen
- Behandlungszufriedenheit: kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen

Intensiv-aufsuchende Behandlung (IAB; Klug et al., 2010)

- N=60
- Alter: ≥ 65 Jahre
- Hauptdiagnose Major-Depression
- Zeitraum: 12 Monate
- Intervention: Geriatisches „home treatment“ + Routinebehandlung
- Kontrollgruppe: Routinebehandlung

Ergebnisse:

- Symptomatik: statistisch signifikante Reduktion gegenüber der Kontrollgruppe ($p < .001$)
- Soziales Funktionsniveau: statistisch signifikante Erhöhung gegenüber der Kontrollgruppe ($p < .001$)
- Lebensqualität: statistisch signifikante Erhöhung gegenüber der Kontrollgruppe ($p < .001$)
- Kosten: statistisch signifikante Reduktion gegenüber der Kontrollgruppe (keine genaue Angabe des Prüfwertes)
- Behandlungsdauer stationär: statistisch signifikante Reduktion gegenüber der Kontrollgruppe (keine genaue Angabe des Prüfwertes)
- Zeit bis zur stationären Wiederaufnahme: statistisch signifikante Reduktion gegenüber der Kontrollgruppe ($p < .05$)

Bemerkungen

Die systematische Übersichtsarbeit zeigt, dass aufsuchende Behandlungsformen hinsichtlich verschiedener Aspekte eine Überlegenheit gegenüber stationärer Behandlung aufweisen. Demnach gibt es keine Hinweise darauf, dass internationale Befunde für Deutschland, Österreich und die Schweiz nicht gelten.

- Fehlende Randomisierung und Verblindung in der Mehrzahl der Studien
- „Projektcharakter“ der Interventionen durch unzureichende Refinanzierung der aufsuchenden Behandlungsformen
- Limitation durch Kombination von stationärer und sonstiger ambulanter Behandlungen bei Stulz et al. (2019)
- Selten Maßnahmen Qualitätssicherung der aufsuchenden Interventionen

Es zeigt sich, dass mit je einer RCT für AHU und IAB ein Evidenzgrad von mind. 1b für aufsuchende Behandlung vorliegt. Weitere RCTs über einen längeren Beobachtungszeitraum sind wünschenswert, um die vorliegende Evidenz zu festigen.

Arbeit dient v.a. der Darstellung von Evidenz aus dem deutschsprachigen Kontext

Titel		Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse (Review)
Autoren		Hunt GE, Siegfried N, Morley K, Brooke-Sumner C, Cleary M
Jahr		- 2019
Journal		- Cochrane Database of Systematic Reviews
Fragestellung / Zielsetzung		- Die Arbeit untersucht die Auswirkungen psychosozialer Interventionen zur Reduktion des Substanzgebrauchst bei Personen mit schweren psychischen Erkrankungen im Vergleich zur Standardversorgung
Design		- Systematischer Review
Datenbanken		- AMED, BIOSIS, CENTRAL, CINAHL, ClinicalTrials.Gov, Embase, MEDLine, PsycINFO, PubMed, WHO ICTRP
Zeitraum		- Vom Beginn einer jeweiligen Datenbank bis 2. Mai 2018
Eingeschlossene Studientypen		- randomisierte kontrollierte Studien (RCT; n=41) mit und ohne Verblindung
Autoren eingeschlossener Arbeiten (nur RCTs)		n=41 RCTs - Baker (2002) - Baker (2006) - Barrowclough (2001) - Barrowclough (2010) - Barrowclough (2014) - Bechdolf (2011) - Bellack (2006) - Bogenschutz (2014) - Bond (1991a) - Bond (1991b) - Bonsack (2011) - Burnam (1995) - Chandler (2006) - Drake (1998a) - Eack (2015) - Edwards (2006) - Essock (2006) - Godley (1994) - Gouzoulis-Mayfrank (2015) - Graeber (2003) - Graham (2016) - Hellerstein (1995) - Hickman (1997) - Hjorthoj (2013) - Jerrell (1995a) - Jerrell (1995b) - Kavanagh (2004) - Kemp (2007) - Lehman (1993) - Madigan (2013) - Maloney (2006) - McDonell (2013) - McDonell (2017) - Morse (2006) - Naeem (2005) - Nagel (2009) - O'Connell (2018) - Petry (2013) - Rosenblum (2014) - Swanson (1999) - Tracy (2007)
weitere relevante Einschlusskriterien		- Studien mit psychosozialen Interventionen zu Reduktion von Substanzgebrauch bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen
relevante Ausschlusskriterien		- Quasi-experimentelle Studien - Nicht-schwere psychische Erkrankungen und alleiniger Tabakmissbrauch - Teilnehmende, die eine Diagnose Bipolare Störung oder Major Depression ab 2013 hatten
Qualitätsbewertung durchgeführt		- Risk of Bias-Untersuchung anhand der Kriterien im <i>Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions</i>
Für welche Patienten / Subgruppen Aussagen getroffen?		- Subgruppenanalysen nur für die primären Outcomes für - o Personen mit Schizophrenie und anderen Psychosen

- Personen im gleichen klinischen Zustand, Stadium oder mit ähnlichen Problemen

Gemessene Outcomes

- Studie früher verlassen: Lost to treatment (primär)
- Substanzkonsum (primär)
- Mentaler Zustand (primär)
- Studie früher verlassen: Lost to evaluation (sekundär)
- Unerwünschtes Ereignis (sekundär)
- Globaler Zustand (sekundär)
- Soziale Funktionsfähigkeit (sekundär)
- Lebensqualität/-zufriedenheit (sekundär)
- Inanspruchnahme von Leistung, inkl. Rezidiv (sekundär)
- Wohnungslosigkeit (sekundär)
- Ökonomische Outcomes (sekundär)
- Compliance mit der Behandlung und Medikation (sekundär)

Ergebnisse Metaanalysen (nur für RCTs)**Allgemein:**

Verteilung nach Ländern:

- USA (n=25), Australia (n=6), Vereinigtes Königreich (n=5), Deutschland (n=2), Dänemark (n=1), Irland (n=1), Schweiz (n=1)

Anzahl Teilnehmenden:

- n= 4024

Dauer der Interventionen (Spannweite):

- < 1 Stunde bis 3 Jahre

Interventions- und Kontrollgruppen:

- Integriertes Versorgungsmodell (n=4)
- Nicht-integriertes Versorgungsmodell (n=4)
- Kombination kognitive Verhaltenstherapie und Motivierende Gesprächsführung (n=9)
- Kognitive Verhaltenstherapie (n=2)
- Motivierende Gesprächsführung (n=9)
- Fähigkeitentraining (n=6)
- Kontingenzmanagement (n=4)

Setting der Trials

- Stationär (n=3)
- Ambulant (n=26)
- Teilstationär (n=10)
- Gefängnis (n=2)

1) **Integriertes Versorgungsmodell** (vs. Standardversorgung):

Kein signifikanter Unterschied zwischen Kontroll- und Experimentalgruppe für:

- Lost to treatment (nach 36 Monaten; 3 RCTs)
- Lost to evaluation (nach 3 Monaten (1 RCT), nach 6 Monaten (2 RCTs), nach 9 Monaten (1 RCT), nach 12 Monaten (1 RCT), nach 24 Monaten (1 RCT) und nach 36 Monaten (3 RCTs))
- Unerwünschtes Ereignis: Tod (nach 36 Monaten; 2 RCTs)
- Substanzgebrauch: Klinisch relevante Veränderung (keine Remission) (1 RCT)
- Substanzgebrauch: Durchschnittswert für Fortschritt in Richtung Recovery (1 RCT)
- Globaler Zustand
 - Mittelwert (nach 6 Monate (1 RCT), nach 12 Monaten (1 RCT), nach 18 Monaten (1 RCT), nach 24 Monaten (1 RCT), nach 30 Monaten (1 RCT), nach 36 Monaten (1 RCT))

- Lebensqualität/-zufriedenheit (nach 6 Monaten (2 RCT), nach 12 Monaten (2 RCT), nach 18 Monaten (2 RCT), nach 24 Monaten (2 RCT), nach 30 Monaten (2 RCT), nach 36 Monaten (2RCT))
- Inanspruchnahme von Leistungen:
 - Tage in Gemeinschaftsunterkünften (nach 6 Monaten (2 RCT), nach 12 Monaten (2 RCT), nach 18 Monaten (2 RCT), nach 24 Monaten (2 RCT), nach 30 Monaten (2 RCT), nach 36 Monaten (2RCT))
 - Anzahl stationär behandelter Personen (nach 36 Monaten: 1 RCT)

Verzerrte Daten lagen vor für:

- Weiter substanzbezogene Daten
- Mentaler Zustand
- Globaler Zustand: Forensisches Maß
- Inanspruchnahme von Leistungen (Rückfall, Medication Hours, weitere Maße)
- Wohnungslosigkeit

2) Nicht-integriertes Versorgungsmodell (vs. Standardversorgung):

Kein signifikanter Unterschied zwischen Kontroll- und Experimentalgruppe für:

- Lost to treatment (nach 6 Monaten (3 RCTs), nach 12 Monaten (3 RCTs), nach 18 Monaten (3 RCTs))
- Lost to evaluation (nach 6 Monaten (3 RCTs), nach 12 Monaten (3 RCTs), nach 18 Monaten (3 RCTs))
- Soziale Funktionsfähigkeit
 - Average Role Functioning Score (nach 6 Monaten (1 RCT), nach 12 Monaten (1 RCT))
 - Average Social adjustment score (nach 6 Monaten (1 RCT), nach 12 Monaten (1 RCT), nach 18 Monaten (1 RCT))

Signifikanter Unterschied für:

- Soziale Funktionsfähigkeit (Average Role Functioning Score) nach 18 Monaten (1 RCT) zugunsten der Standardversorgung (MD -2.67, 95% KI - 5.28 bis -0.06. P = 0.05))

Verzerrte Daten lagen vor für:

- Substanzgebrauch
- Mentaler Zustand
- Globaler Zustand: Forensisches Maß
- Lebensqualität/-zufriedenheit
- Inanspruchnahme von Leistungen (Rückfall und weitere Maße)
- Wohnungslosigkeit

3) Kognitive Verhaltenstherapie (vs. Standardversorgung):

Kein signifikanter Unterschied zwischen Kontroll- und Experimentalgruppe für:

- Lost to treatment (nach 3 Monaten, 2 RCTs)
- Lost to evaluation (nach 9 Monaten, 1 RCT)
- Substanzgebrauch
 - Prozentzahl der Teilnehmenden, die in den letzten 4 Wochen Cannabis konsumiert haben (nach 3 Monaten (1 RCT), nach 6 Monaten (1 RCT))
- Mentaler Zustand: Mittlerer Erkenntniswert (nach 3 Monaten, 1 RCT)
- Soziale Funktionsfähigkeit: Durchschnittswert SOFAS (nach 3 Monaten (1 RCT), nach 6 Monaten (1 RCT))

Verzerrte Daten lagen vor für:

- Substanzgebrauch: Durchschnittswert (verschiedene Maße)

- Mental State: Durchschnittswert (verschiedene Maße)
- Soziale Funktionsfähigkeit: Durchschnittswert HONOS
- Inanspruchnahme von Leistungen (ambulante Medikation)

4) **Kontingenzmanagement** (vs. Standardversorgung)

Kein signifikanter Unterschied zwischen Kontroll- und Experimentalgruppe für:

- Lost to treatment (nach Vier bis Acht Wochen; 2RCTs)
- Lost to evaluation (nach 6 Monaten, 2 RCTs)
- Substanzgebrauch
 - Stimulanzien-positiver Urin-test nach 6 Monaten (1 RCT)

Signifikanter Unterschied zwischen Kontroll- und Experimentalgruppe für:

- Lost to treatment nach 3 Monaten (Experimentalgruppe hat öfter Behandlung nicht beendet): RR 1.55, 95% KI 1.13 bis 2.11, $p = 0.0057$, 2 RCTs)
- Substanzgebrauch
 - Stimulanzien-positiver Urin-test nach 12 Wochen häufiger in der Kontrollgruppe (RR 0.34, 95 % KI 0.17 bis 0.68, $p = 0.0024$, 1 RCT)
- Inanspruchnahme von Leistungen: Rückfall (hospitalisiert 6 Monate nach der Randomisierung) signifikant geringer in psychosozialer Gruppe als bei Standardversorgung (RR 0.21, 95% KI 0.05 bis 0.93, $p = 0.04$)

Verzerrte Daten lagen vor für:

- Substanzgebrauch
 - Verwendung von Injektionen
 - Durchschnittswerte weiterer Maße
- Mentaler Zustand: Durchschnittswert

5) **Motivierende Gesprächsführung** (vs. Standardversorgung)

Kein signifikanter Unterschied zwischen Kontroll- und Experimentalgruppe für:

- Lost to treatment (nach 3 Monaten (1 RCT), nach 6 Monaten (1 RCT))
- Lost to evaluation
- Unerwünschtes Ereignis (nach 18 Monaten, 1 RCT)
- Substanzgebrauch
 - Nach Drogenart (nach 12 Monaten, 1 RCT)
 - Polykonsum (nach 3 Monaten (1 RCT) und 12 Monaten (1 RCT))
 - Irgendwelche Veränderung: Nicht abstinent oder nicht verbessert bei allen Substanzen (nach 12 Monaten, 1 RCT)
 - Irgendwelche Veränderungen: Keine Alkoholabstinenz nach 3 Monaten (1 RCT)
 - Veränderungen Kannabiskonsum nach 12 Monaten (1 RCT)
 - Substanzmissbrauch-Behandlung (nach 3 Monaten, 1 RCT)
- Mentaler Zustand:
 - Durchschnittswert SCL-90 nach 3 Monaten (1 RCT)
 - Mentaler Zustand: Durchschnittswert PANSS Negativsymptome und Positivsymptome (nach 6 und 6 Monaten, 1 RCT)
- Globaler Zustand
 - Durchschnittswert GAF (nach 3, 6 und 12 Monaten, 1 RCT)
- Sozialer Funktionsfähigkeit
 - Durchschnittswert OTI (1 RCT)
 - Durchschnittswert SOFAS (1 RCT)
- Inanspruchnahme von Leistungen
 - Rückfall: Krankenhausaufnahme nach 12 Monaten (1 RCT)

Signifikanter Unterschied zwischen Kontroll- und Experimentalgruppe für:

- Substanzkonsum

- Keine Alkoholabstinenz nach 6 Monaten (1 RCT): Mehr Teilnehmende der Standardversorgung zeigten keine Abstinenz von Alkohol: RR 0.36, 95% KI 0.17 bis 0.75, $p=0.01$
- Inanspruchnahme von Leistungen
 - Erster Nachsorgetermin: Teilnehmende der Experimentalgruppe haben eher am ersten Nachsorgetermin teilgenommen: RR 0.69, 95% KI 0.53 bis 0.90, $p=0.01$

Verzerrte Daten lagen vor für:

- Kannabiskonsum der letzten 30 Tage
- Substanzgebrauch: Durchschnittswerte
- Substanzgebrauch: Weitere Maße für Alkoholkonsum
- Mentaler Zustand: HDS und BIS
- Globaler Zustand: Forensisches Maß

6. **Fähigkeitentraining** (vs. Standardversorgung)

Kein signifikanter Unterschied zwischen Kontroll- und Experimentalgruppe für:

- Lost to treatment (nach 3 Monaten (3 RCTs), nach 12 Monaten (2 RCTs))
- Lost to evaluation (nach 6, 9 und 12 Monaten; je 1 RCT)
- Unerwünschtes Ereignis: Tod (nach 12 Monaten, 1 RCT)
- Substanzgebrauch: Anteil der abstinenten Tage (Alkohol)
 - Nach 9 Monaten (1 RCT)
 - Nach 12 Monaten (1 RCT)
- Soziale Funktionsfähigkeit
 - Durchschnittswert RFS (6, 12 und 18 Monate, je 1 RCT)
 - Durchschnittswert SAS (6, 12 und 18 Monate, je 1 RCT)

Signifikanter Unterschied zwischen Kontroll- und Experimentalgruppe für:

- Lost to treatment
 - Nach 6 Monaten (2 RCTs): 51% höhere Wahrscheinlichkeit für die Kontrollgruppe (RR 0.49, 95% KI 0.24 bis 0.97, $p=0.04$)
 - Nach 18 Monaten (2 RCTs): Doppelte Wahrscheinlichkeit für Experimentalgruppe (RR 2.60, 95% KI 1.36 bis 4.98, $p=0.01$, $I^2=76,09\%$)
- Substanzgebrauch: Anteil der abstinenten Tage (Alkohol)
 - Nach 3 Monaten (1 RCT): Anteil höher in Experimentalgruppe als in Kontrollgruppe: MD = 0.02, 95% KI 0.00 bis 0.04, $p=0.01$
 - Nach 6 Monaten (1 RCT): Anteil geringer in Experimentalgruppe als in Kontrollgruppe: MD = -0.05, 95% KI -0.07 bis -0.03, $p<0.0001$

Verzerrte Daten lagen vor für:

- Substanzgebrauch: Weitere Maße
- Inanspruchnahme von Leistungen (Durchschnittstage im Krankenhaus)

7. **Kombination kognitive Verhaltenstherapie und Motivierende Gesprächsführung** (vs. Standardversorgung)

Kein signifikanter Unterschied zwischen Kontroll- und Experimentalgruppe für:

- Lost to treatment
 - nach 3 Monaten (3 RCTs), Heterogenität vorhanden ($\chi^2=6.71$, $df=2$, $P=0.03$; $I^2=70\%$)
 - nach 6 Monaten (5 RCTs)
 - nach 9 bis 10 Monaten (3 RCTs)
 - nach 12 Monaten (1 RCT)
- Lost to evaluation
- Unerwünschtes Ereignis: Tod (nach einem Jahr) oder Tod oder Hospitalisierung nach 24 Monaten

- Substanzgebrauch
 - Durchschnittliche Anzahl verschiedener Drogen in den letzten 3 bzw. 6 Monaten (1 RCT)
 - Cannabis-Konsum in den letzten 30 Tagen 3 bzw. 12 Monate nach der Behandlung (1 RCT)
 - Klinisch relevante Veränderungen (1 RCT)
- Mentaler Zustand
 - Durchschnittswert PANSS positive (nach 12 bzw. 24 Monaten, je ein RCT)
 - Durchschnittswert PANSS negative (nach 12 bzw. 24 Monaten, je ein RCT)
- Globaler Zustand
 - Durchschnittswert GAF nach 3 Monaten (3 RCTs), 6 Monaten (2 RCTs), 12 Monaten (4 RCTs), 18 Monaten (1 RCT)
 - Forensische Maße nach 6 Monaten (1 RCT)
- Soziale Funktionsfähigkeit: Durchschnittswert SFS nach 9 Monaten (Ende der Behandlung)
- Lebensqualität/-zufriedenheit:
 - Durchschnittswert (BQOL, generelle Lebenszufriedenheit) nach 6 Monaten (1 RCT)
 - Durchschnittswert BQOL, allgemeine Lebensqualität nach 6 Monaten (1 RCT)
 - Durchschnittswert (WHOQOL, BREF) nach 6 Monaten (1 RCT)
 - Durchschnittswert (MANSA) nach 6 bzw. 10 Monaten (1 RCT)
 - Durchschnittswert (CSQ, Patientenzufriedenheit)
- Inanspruchnahme von Leistungen: Rückfall (nach der 9-monatigen Behandlung bzw. 3 und 9 Monate nach dem Behandlungsende, je 2 RCTs)

Signifikanter Unterschied zwischen Kontroll- und Experimentalgruppe für:

- Soziale Funktionsfähigkeit: Durchschnittswert SFS höher für Experimentalgruppe 3 Monate nach Ende der Behandlung (MD = 7.27, 95% KI 0.86 bis 13.69, $p = 0.03$, 1 RCT)
- Lebensqualität/-zufriedenheit
 - Durchschnittswert (CSQ, Patientenzufriedenheit): Höher in der Experimentalgruppe nach 10 Monaten (MD = 6.40, 95% KI 3.87 bis 8.93, $p < 0.001$, 1 RCT)

Verzerrte Daten lagen vor für:

- Substanzgebrauch: Weitere Maße
- Mentaler Zustand: Weitere Maße
- Ökonomische Outcomes: Direkte Kosten in US-Dollar

8. **CBT + psychologische Rehabilitation** (vs. Standardversorgung)

Verzerrte Daten lagen vor für:

- Globaler Zustand: Forensische Maße

9. **Kombination aus CBT und intensives Fallmanagement** (vs. Standardversorgung)

Verzerrte Daten lagen vor für:

- Globaler Zustand: Forensische Maße

Bemerkungen

Ziel des Review war es, Studien mit psychosozialen Interventionen zu Reduktion von Substanzgebrauch bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen zu untersuchen um Aussagen über die Wirksamkeit psychosozialer Behandlungen treffen zu können.

- Viele der eingeschlossenen Studien waren Pilotstudien → geringe Stichprobengröße (18 Studien mit mehr als 100 Teilnehmenden, wovon 3 über 200 Teilnehmende verzeichneten)

- Die Effektstärke war überwiegend gering, wegen der Varietät der Interventionen und Outcome-Maße
- Keine Studien aus Ländern mit einem niedrigen oder mittleren Einkommen
- Ergebnisse liefern keine konsistenten Belege, dass eine Interventionsmethode der Standardversorgung vorzuziehen ist → dieses Review gibt jedoch Hinweise darauf, dass motivierende Gesprächsführung eine wesentliche Komponente der Effektivität der Behandlung mit CBT ist
- Durch die vorwiegend komplexen und vielschichtigen Interventionen war es schwierig die Schlüsselkomponenten der jeweiligen Intervention zu identifizieren
- Outcomes (Substanzgebrauch und Mentaler Zustand) wurden vorwiegend als kontinuierliche Daten behandelt → binäre Outcomes wären eventuell auch hilfreich gewesen
- Große Varianz zwischen den Studien, was die Standardversorgung (Kontrollgruppe) darstellt
- Große Menge problematischer Daten durch Verzerrungen und dem Einsatz von nicht-validierten Skalen oder unsorgfältiger Dokumentation

Es gibt nur wenig Evidenz, die darauf hindeutet, dass sich eine bestimmte psychosoziale Behandlung besser eignet als eine andere, um den Substanzgebrauch zu verringern und die psychische Verfassung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen zu verbessern.

Ergebnisse des Reviews werden lediglich im Hintergrund abgebildet. Breite Interventionen, hier Fokus auf die integrierte Versorgung bei Komorbidität

Titel	Intensive case management for severe mental illness (Review)	
Autoren	Dieterich M, Irving CM, Bergman H, Khokhar MA, Park B, Marshall M	
Jahr	- 2017	
Journal	- Cochrane Database of Systematic Reviews	
Fragestellung / Zielsetzung	- Qualitativ hochwertige Evidenz zur Wirksamkeit von ICM im Vergleich zur Nicht-ICM und Standardversorgung bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen zu finden	
Design	- Systematisches Review	
Datenbanken	- Cochrane Schizophrenia Group's Register of Trails (MEDLINE, Embase, AMED, BIOSIS, CINAHL, PsycINFO, PubMed, registrierte klinische Trials)	
Zeitraum	- Bis April 2015	
Eingeschlossene Studientypen	- Randomisiert-kontrollierte Studien (k=40 RCTs) – vorherige Updates von zwei Reviews beinhalteten bereits 38, zwei weitere kamen in diesem Review dazu	
Autoren eingeschlossener Arbeiten (nur RCTs)	k = 40 RCTs - Aberg-Widstedt, 1995 - Audini, 1994 - Bjorkman, 2002 - Bond, 1990 - Bond, 1988 - Bush, 1990 - Chandler, 1991 - Chan, 2000 - Curtis, 1992 - Cusack, 2010 - Drake, 1998 - Essock, 1995 - Essock, 2006 - Ford, 1995 - Hamptom, 1992 - Harrison-Read, 2000 - Henrichx, 1996 - Holloway, 1996 - Jerrel, 1991 - Johnston, 1998 - Lehman, 1994	- Macias, 1994 - Marshall, 1995 - McDonel, 1997 - Morse, 1992 - Morse, 2005 - Mujen, 1994 - Muller-Clemm, 1996 - Okpaku, 1997 - OPUS, 1999 - Pique, 1999 - Quinlivan, 1995 - REACT, 2002 - Rosenheck, 1993 - Salkever, 1999 - Shern, 2000 - Solomon, 1994 - Sytema, 1999 - Test, 1985 - UK700, 1999
weitere relevante Einschlusskriterien	- Alter zwischen 18 und 65 Jahren - SMI - Behandlung im Community Care Setting	
relevante Ausschlusskriterien	- Quasi-randomisierte Studien - Akut kranke Patient*innen - Demenz und geistige Retardierung	

Qualitätsbewertung durchgeführt	- Risk-of-bias-Bewertung aller neu eingeschlossenen Studien anhand des Tools, welches im Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions beschrieben wird (Bewertung durch zwei der Autoren)
Für welche Patienten / Subgruppen Aussagen getroffen?	- Verschiedene Zeiträume - Schiefe und nicht-schiefe Daten (bzgl. Primärem Outcome)
Gemessene Outcomes	- Sterbefälle - Symptomschwere - Stationäre Behandlungen - Stationäre Behandlungszeiten - Behandlungsabbrüche - Behandlungszufriedenheit - Soziale Funktionen (GAF) - Beschäftigungssituation - Unabhängiges Wohnen - Lebensqualität - Kosteneffektivität
Ergebnisse Metaanalysen (nur für RCTs)	Allgemein: - N=7524 Teilnehmende in 40 Studien - Teilnehmende kamen aus Australien, USA, Kanada, UK, China, Schweden, Dänemark, Niederlande - Durchschnittsalter: M=38 Jahre Studiendauer: - bis zu 6 Monate (short-term): k=1 - bis 12 Monate (medium-term): k=9 - bis 4 Jahre (long-term): k=29 (M=23,5 Monate) Art der Interventionen - ICM vs. Standardversorgung: k=29 - ICM vs. Nicht-ICM (CM, jedoch mit höherem Betreuungsschlüssel von >20 Pat./Mitarbeiter*in): k=12 - Beide Vergleiche: k=1 ICM vs. Standardbehandlung: Dauer stationärer Behandlungen: - Überlegenheit von ICM: Behandlungsdauer ließ sich um 0.86 Tage pro Monat senken (über einen Beobachtungszeitraum von 24 Monaten) - n = 3.595, 24 RCTs, MD -0,86, 95% CI -1,37 bis -0,34, geringe Qualität der Evidenz Behandlungsabbrüche - Überlegenheit von ICM: Reduzierte die Anzahl der Teilnehmenden, welche die Studien vorzeitig verließen (long-term) - n = 1.798, 13 RCTs, RR 0,68, 95% CI 0,58 bis 0,79, p<0.0001, Evidenz von geringer Qualität Unerwünschte Ereignisse

- Keine bedeutsamen Unterschiede (long-term)
- $n = 1.456$, 9 RCTs, RR 0,68, 95% CI 0,31 bis 1,51, $p=0.35$, Evidenz von geringer Qualität (suizidale Ereignisse)

Soziale Funktionen: Beschäftigungssituation (Arbeitslosigkeit)

- Unsicherheit bzgl. Effekt aufgrund von sehr geringer Qualität der Evidenz (long-term, arbeitslos am Ende des Trials)
- $n = 1129$, 4 RCTs, RR 0,70, 95% CI 0.49 bis 1, $p=0.05$

Soziale Funktionen: Unabhängiges Wohnen

- Überlegenheit von ICM im Sinne einer höheren Wahrscheinlichkeit unabhängigen Wohnen (medium-term)
- $n = 1.303$, 5 RCTs, RR 0.80, 95% CI 0.66 bis 0.97, $p=0.02$
- Heterogenität für die Subgruppe war moderat hoch ($\text{Chi}^2=5.81$, $\text{df}=4.0$, $p = 0.21$, $I^2=31\%$)

ICM vs. Nicht-ICM (CM mit höherem Betreuungsschlüssel)

Anzahl durchschnittlicher Behandlungstage:

- mäßig hochwertige Belege dafür, dass ICM wahrscheinlich nur einen geringen oder gar keinen Unterschied macht (über einen Behandlungszeitraum von 24 Monaten)
- $n = 2.220$, 21 RCTs, MD -0,08, 95% CI -0,37 bis 0,21, $p=0.61$

Durchschnittliche Anzahl von Einweisungen

- mäßig hochwertige Belege dafür, dass ICM wahrscheinlich nur einen geringen oder gar keinen Unterschied macht (medium-term)
- $n = 678$, 1 RCT, MD -0,18, 95% CI -0,41 bis 0,05, $p=0.13$

Behandlungsabbrüche

- ICM kann die Zahl der vorzeitigen Abbrüche verringern (long-term)
- $n = 1.970$, 7 RCTs, RR 0,70, 95% CI 0,52 bis 0,95, $p=0.02$
- Subgruppenanalyse zeigte keine substanzielle Heterogenität ($\text{Chi}^2=9.88$, $\text{df}=6.0$, $p = 0.13$, $I^2=39\%$)

Unerwünschte Ereignisse:

- ICM machte bei der Verringerung der Sterbefälle durch Suizide wenig oder keinen Unterschied (long-term)
- $n = 1.152$, 3 RCTs, RR 0,88, 95% CI 0,27 bis 2,84, $p=0.83$, Evidenz von geringer Qualität

Bemerkungen

- Nur eine Studie aus China, der verbleibenden Studien wurden in Europa, Nordamerika und Australien durchgeführt – dadurch lassen sich die Ergebnisse nicht auf Länder mit niedrigem Einkommen anwenden bzw. auf Länder, in denen die mentalen Gesundheitssysteme nicht community-basiert sind
- Hohe Variabilität der eingeschlossenen Teilnehmenden hinsichtlich der Diagnose, Komorbidität und sozialer Charakteristika
- Hohe Gefahr einzelner Biases (u.a. Reporting und publishing bias, selection bias)
- Problem der Vergleichbarkeit der Outcomes über die Studien hinweg, da unterschiedliche Skalen eingesetzt wurden

Es konnte gezeigt werden, dass ICM zur Verbesserung vieler relevanter Outcomes bei Menschen mit SMI beiträgt. Es bleibt jedoch unklar, inwieweit ICM im Vergleich zu Nicht-ICM überlegen ist. Weitere Forschung ist nötig hinsichtlich der Kosten, der Patientenzufriedenheit und weiterer Outcomes. Hierbei sollte der Fokus vor allem auf die relevanten und wirksamen Merkmale von ICM, z.B. mit Hilfe von Beobachtungsstudien. Weitere Studien, welche ICM mit der Standardbehandlung oder Nicht-ICM vergleichen sind aus Sicht der Autoren nicht gerechtfertigt.

Tabellen aggregierte Evidenz

A) MULTIPROFESSIONELLE GEMEINDEPSYCHIATRISCHE TEAMS

Tabelle: Übersicht aggregierter Evidenz zur Wirksamkeit multiprofessioneller gemeindepsychiatrischer Teams

Autoren Jahr	Anzahl einge- schlossener Studien Land	Patient:innen Diagnosen Anzahl	Intervention	Kontroll-inter- vention	Länge des Fol- low ups
NICE 2014*	<u>3 RCTs:</u> - Merson 1992 - Tyrer 1998 - Gater 1997 Großbritannien	Menschen mit schwerer psy- chischer Er- krankung (Psy- chosen und Schizophrenie: 65 %) N=344	Community fo- cused Multidis- ciplinary Team (k = 1) Community Team (k=2)	Herkömmliche ambulante (k=1) bzw. stati- onäre (k=2) psy- chiatrische Be- handlung	12 bis 104 Wochen
Malone et al. 2007* (Cochrane Re- view)	<u>3 RCTs:</u> - Merson 1992 - Tyrer 1998 - Burns 1993 Großbritannien	Menschen mit schwerer psy- chischer Er- krankung (über- wiegend Schi- zophrenien, de- pressive und bi- polare Erkan- kungen) N=587	Community Mental Health Teams, Com- munity Treat- ment Teams	Herkömmliche ambulante Be- gleitung durch Klinikpersonal ohne multi-dis- ziplinäre Team- komponente	3 bis 12 Monate

*Bereits in älterer Auflage der LL eingeschlossen

B) AKUTBEHANDLUNG IM HÄUSLICHEN UMFELD

Tabelle: Übersicht aggregierter Evidenz zur Wirksamkeit von Ansätzen der Akutbehandlung im häuslichen Umfeld

Autoren Jahr	Anzahl eingeschlossener Studien Land	Patient:innen Diagnosen Anzahl	Intervention	Kontroll-intervention	Länge des Follow up's
Leitlinie NICE 2014*	<u>6 RCTs</u> - Pasamanick et al. 1964 - Stein et al. 1975 - Fenton et al. 1979 - Hoult et al. 1983 - Muijen et al. 1992 - Johnson et al. 2005 Australien, Kanada, UK, USA	SMI-Patienten in psychischer Krise und stationärer Behandlungsnotwendigkeit (Schizophrenien, Depressionen, Angststörungen etc.) N=851	-Crisis resolution and home treatment team (k=1) -Behandlung zu Hause mit Krisenintervention (k=5)	herkömmliche stationäre multi-professionelle psychiatrische Behandlung	4 bis 104 Wochen
Review Murphy et al. 2015* (Cochrane Review)	<u>8 RCTs</u> - Pasamanick et al. 1964 - Stein et al. 1975 - Fenton et al. 1979 - Hoult et al. 1983 - Muijen et al. 1992 - Fenton et al. 1998 - Johnson et al. 2005 - Howard et al. 2010 Australien, Kanada, UK, USA	SMI-Patient:innen in psychischer Krise und stationärer Behandlungsnotwendigkeit (Schizophrenien, Depressionen, Angststörungen etc.) N=1.144 (N=41-250)	-Crisis resolution and home treatment team (k=1) -Behandlung zu Hause mit Krisenintervention (k=5) - Krisenhäuser (k=2)**	herkömmliche stationäre multi-professionelle psychiatrische Behandlung	3 bis 24 Monate

*Bereits in älterer Auflage der LL eingeschlossen

** Alle Interventionen griffen auf ein multiprofessionelles Team (Psychiater:in, Psychologe/Psychologin, Pflege, Ergotherapeut:in, Sozialarbeiter:in) zurück. Behandlung fand innerhalb und außerhalb herkömmlicher Sprechzeiten statt. In 6 der Studien war das Teampersonal über 24h täglich erreichbar, zwei Studien sahen den Kontakt außerhalb der herkömmlichen Behandlungszeiten über einen Anrufbeantworter und die Hilfe über die Klinik und die Polizeistation vor.

C) INTENSIVE AUFSUCHENDE BEHANLDUNG

Tabelle: Übersicht aggregierter Evidenz zur Wirksamkeit von intensiver aufsuchender Behandlung

Autoren Jahr	Anzahl eingeschlossener Studien Land	Diagnosen Anzahl	Intervention	Kontroll-intervention	Studien- und Follow up
Dieterich et al. 2017	40 RCTs ¹³ USA, Australien, Kanada, UK, Schweden, Dänemark, Niederlande	Schwere psychische Erkrankungen, z.T. komorbider Substanzmissbrauch und Wohnungslosigkeit N=7.524	Intensive Case Management (ICM)**	- Herkömmliche Behandlung (k=28) - CM mit hohem Betreuungsschlüssel (>20 Pat./pro Mitarbeiter, k=11) - TAU und CM (k=1)	Studiendauer: - Bis zu 6 Monaten (k=1) - bis 12 Monate (k=9) - bis 4 Jahre (k=29, MW = 23,5 Monate)
Norden et al. 2012*	<u>Selektion von 6 RCTs</u> - Montero 2001 - Malm 2003 - Grawe 2006 - Veltro 2006 - Pioli 2006 - Sungur 2011 Norwegen, Schweden, Spanien, Italien, Türkei	Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis N=400	Resource Group Assertive Community Treatment (RACT)	Herkömmliche Behandlung	Mehrheitlich Follow-up bis zu 24 Monaten

*Bereits in älterer Auflage der LL eingeschlossen

**In der Mehrheit der Studien orientierte man sich in der Definition der Experimentalintervention an den Kriterien von ACT. Lediglich wenige Studien basierten auf dem CM-Ansatz. Die Fallzahlhöhe war kleiner 20 Patienten pro Mitarbeiter.

¹³ Aberg-Wistedt-Sweden 1995, Audini-UK 1994, Bjorkman-Sweden 2002, Bond-Chicago1 1990, Bond-Indiana1 1988, Bush-Georgia 1990, Chan-Hong Kong 2000, Chandler-California1, Curtis-New York 1992, Cusack-North Carolina, Drake-NHamp 1998, Essock-Connecticut1 1995, Essock-Connecticut2 2006, Ford-UK 1995, Hampton-Illinois 1992, Harrison-Read-UK 2000, Herinckx-Oregon 1996, Holloway-UK 1996, Jerrell-SCarolina1 1991, Johnston-Australia 1998, Lehman-Maryland1 1994, Macias-Utah 1994, Marshall-UK 1995, McDonel-Indiana 1997, Morse-Missouri1 1992, Morse-Missouri3 2005, Muijen-UK2 1994, Muller-Clemm-Canada 1996, Okpaku-Tennessee 1997, OPUS-Denmark 1999, Pique-California 1999, Quinlivan-California 1995, REACT-UK 2002, Rosenheck-USA 1993, Salkever-SCarolina 1999, Shern-USA1 2000, Solomon-Pennsylvania 1994, Sytema-Netherlands 1999, Test-Wisconsin 1985, UK700-UK 1999,

Effekttabellen aus aggregierter Evidenz

A) MULTIPROFESSIONELLE GEMEINDEPSYCHIATRISCHE TEAMS

Tabelle: Effekte von multiprofessioneller gemeindepsychiatrischer Behandlung auf verschiedene Zielparameter

	Metaanalyse Cochrane Review Malone 2007	NICE-Leitlinie Schizo- phrenie 2013
<i>Krankheitsassoziierte Merkmale</i>		
↓ Sterbefälle	+ ¹	
↓ Symptomschwere	+ ¹	~ ¹
<i>Behandlungsassoziierte Merkmale</i>		
↓ stationäre Aufnahmen	++	~ ¹
↓ stationäre Behandlungszeiten	~ ¹	
↓ ambulante (Notfall)behandlungen	~	~ ¹
↓ Behandlungsabbrüche	~	~ ¹
<i>Merkmale sozialer Inklusion/Exklusion</i>		
↑ soziale Funktionen	~ ¹	~ ¹
↓ Polizeikontakte	-	
<i>Zufriedenheit</i>		
↑ Behandlungszufriedenheit	++ ¹	
<i>Kosteneffektivität</i>		
↑ Kosteneffektivität	++ ¹	

++: signifikanter Vorteil in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe; +: tendenzielle Überlegenheit ohne signifikanten Unterschied in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe, oder verzerrte Daten ~: Ergebnisse vergleichbar in beiden Gruppen; -: Nachteil in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe ↓: Reduktion, ↑: Erhöhung ¹: Daten basieren auf Einzelstudien

B) AKUTBEHANDLUNG IM HÄUSLICHEN UMFELD

Tabelle: Effekte von Akutbehandlung im häuslichen Umfeld auf verschiedene Zielparameter (aggregierte Evidenz)

	Metaanalyse NICE-Leitlinie Schizophrenie 2014	Metaanalyse Cochrane Review Murphy 2015
<i>Krankheitsassoziierte Merkmale</i>		
↓ Sterbefälle		~
↓ Symptomschwere		++ ¹
↑ Allgemeinzustand		~
↑ soziale Funktionen		~
<i>Behandlungsassoziierte Merkmale</i>		
↓ stationäre Wiederaufnahmeraten (ohne initiale Aufnahme)	++	++ ¹
↓ stationäre Behandlungszeiten		++ ¹
↓ Behandlungsabbrüche		++
<i>Merkmale sozialer Inklusion/Exklusion</i>		
↑ Beschäftigungssituation		~
↓ Haftstrafen, Gewaltaktivitäten		~
↓ Wohnungslosigkeit		~
<i>Zufriedenheit und erlebte Belastungen</i>		
↓ erlebte Belastungen, Angehörige		++
↑ Behandlungszufriedenheit, Patient:innen	++ ¹	++ ¹
↑ Behandlungszufriedenheit, Angehörige		++ ¹
↑ Lebensqualität		~
<i>Kosteneffektivität</i>		
↑ Kosteneffektivität		++ ¹

++: signifikanter Vorteil in Interventionsgruppe gegenüber Kontrollgruppe; +: tendenzielle Überlegenheit ohne signifikanten Unterschied in Interventionsgruppe gegenüber Kontrollgruppe, oder kleine Stichprobe ~: Ergebnisse vergleichbar in beiden Gruppen ↓: Reduktion, ↑: Erhöhung ¹: basiert auf Ergebnissen aus einer RCT

C) INTENSIVE AUFSUCHENDE BEHANLDUNG

Tabelle: Effekte von intensiver aufsuchender Behandlung (aggregierte Evidenz)

	Dieterich et al. 2017		Norden et al. 2012
	ICM vs. Standardbehandlung	ICM vs. CM	RACT
<i>Krankheitsassoziierte Merkmale</i>			
↓ Sterbefälle	+	~	
↓ Symptomschwere	+/ ¹		++
<i>Behandlungsassoziierte Merkmale</i>			
↓ stationäre Behandlungen	+	~	
↓ stationäre Behandlungszeiten	++	+	
↓ Behandlungsabbrüche	++	++	
↑ Behandlungszufriedenheit	++ ¹	+	++
<i>Merkmale sozialer Inklusion/Exklusion</i>			
↑ soziale Funktionen (GAF)	++ ⁴		++
↑ Beschäftigungssituation	+	~ ¹	
↑ unabhängiges Wohnen	++		
<i>Lebensqualität</i>			
↑ Lebensqualität	+/ ¹	~	++
<i>Kosteneffektivität</i>	++ ² / ³	~	

++: signifikanter Vorteil in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe; +: tendenzielle Überlegenheit ohne signifikanten Unterschied in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe, oder kleine Stichprobe ~: Ergebnisse vergleichbar in beiden Gruppen k.A.: keine Angaben zu diesem Outcome-Kriterium bzw. Evidenz nicht ausreichend ↓: Reduktion, ↑: Erhöhung ¹: Befund aus einer Einzelstudie repliziert ²: bezogen auf stationäre Behandlungskosten; ³: bezogen auf andere oder alle direkten Gesundheitskosten; ⁴: kaum von klinischer Bedeutsamkeit

Bewertung der eingeschlossenen Übersichtsarbeiten zu gemeindepsychiatrischen Ansätzen für Menschen mit schweren psych. Erkrankungen nach der AMSTAR 2 Checkliste

Autor	Bechdolf 2021	Hunt 2019	Dieterich 2017	Norden 2012**
AMSTAR-Item				
1. Did the research questions and inclusion criteria for the review include the components of PICO?	Ja	Ja	Ja	Ja
2. Did the report of the review contain an explicit statement that the review methods were established prior to the conduct of the review and did the report justify any significant deviations from the protocol?	Nein	Ja	Ja	Nein
3. Did the review authors explain their selection of the study designs for inclusion in the review?	Nein	Ja	Ja	Nein
4. Did the review authors use a comprehensive literature search strategy?	Nein	Teilweise ja	Teilweise ja	Teilweise ja
5. Did the review authors perform study selection in duplicate?	Ja	Ja	Ja	Nein
6. Did the review authors perform data extraction in duplicate?	Ja	Ja	Ja	Nein
7. Did the review authors provide a list of excluded studies and justify the exclusions?	Nein	Ja	Ja	Nein
8. Did the review authors describe the included studies in adequate detail?	Ja	Ja	Ja	Nein
9. Did the review authors use a satisfactory technique for assessing the risk of bias (RoB) in individual studies that were included in the review?	Nein	Ja	Ja	Nein
10. Did the review authors report on the sources of funding for the studies included in the review?	Nein	Ja	Ja	Nein
11. If meta-analysis was performed did the review authors use appropriate methods for statistical combination of results?	Keine Meta-Analyse	Ja	Ja	Ja
12. If meta-analysis was performed, did the review authors assess the potential impact of RoB in individual studies on the results of the meta-analysis or other evidence synthesis?	Keine Meta-Analyse	Ja	Ja	Nein

13. Did the review authors account for RoB in individual studies when interpreting/ discussing the results of the review?	Ja	Ja	Ja	Ja
14. Did the review authors provide a satisfactory explanation for, and discussion of, any heterogeneity observed in the results of the review?	Ja	Ja	Ja	Ja
15. If they performed quantitative synthesis did the review authors carry out an adequate investigation of publication bias (small study bias) and discuss its likely impact on the results of the review?	Keine Meta-Analyse	Ja	Ja	Nein
16. Did the review authors report any potential sources of conflict of interest, including any funding they received for conducting the review?	Ja	Nein	Ja	Ja
Assesment critical Items*	Kritisch niedrig	hoch	hoch	Kritisch niedrig

*gemeint sind die Nummern 2,4,7,9,11,13,15

**Bereits in älterer Auflage der LL eingeschlossen

Extraktion und Bewertung Einzelstudien

Cornelis et al. (2022) The effectiveness of intensive home treatment as a substitute for hospital admission in acute psychiatric crisis resolution in the Netherlands: a two-centre Zelen double-consent randomised controlled trial	
Methods	Two-centre Zelen double-consent randomised controlled trial Intervention groups (IG): Intensive home treatment (provides intensive outpatient care and acts as a gatekeeper) Control group (CG): treatment as usual (included admission or low intensity outpatient treatment (less than 3 times a week)) Duration: As short as possible (a few days to a few weeks) Patients: Patients aged 18-65 years Exclusion criteria Patients were excluded if they were receiving Flexible Assertive Community Treatment (FACT) with integrated crisis care, if they didn't have the ability to read and understand Dutch, if they have received previous intensive home treatment.
Participants	N=246 (152 completed the last interview) Participants were recruited at the psychiatry emergency service and from the emergency wards upon arrival at the facility. Patients were residents of and had a house in Amsterdam. Patients included were diagnosed with at least one DSM-IV-TR or DSM-5 disorder which was not primarily a substance use disorder. Patients were experiencing an acute severe psychiatric crisis for which a psychiatrist indicated or executed a clinical admission. The most common primary diagnosis was unipolar or bipolar mood disorder (43%) or psychotic disorder (31%). Age (years): 40 (SD=12.7) for the IG, 43.9 (SD=12.2) for the CG Duration of illness (years): /
Interventions	IG: Intensive home treatment, IHT (n=183; 110 completed the last interview): Treatment plans in intensive home treatment were tailored to the nature of the crisis and goals of patients and relatives, and were developed in collaboration with the patient, family members, relatives and professionals. IHT professionals were trained to work with patients and had the capacity to visit the patients at home up to three times per day. The Patient (and relatives) could reach the IHT professional 14 h per day, seven days a week. The average duration was 6 weeks, the IHT team remained involved until the crisis was resolved. CG: As-usual treatment (N=63; 42 completed the last interview): Patients received a combination of highly intensive inpatient treatment in the first phase and low frequency outpatient care in the second phase.
Outcomes	Primary outcome: - Total number of admission days 12 months after randomization Secondary outcomes: - Number of voluntary and involuntary admissions - Clinical outcomes (diagnostic classification and severity of symptoms) - Quality of life - Patient satisfaction with care - Safety up to 12 months after randomisation
Results	Trained psychologists interviewed participants at baseline and 6 weeks, 6 months and 12 months after randomization. - IHT reduced number of hospital days significantly 6 weeks after the initial crisis by 25.3%, SD = 2.56, p = .027 - IHT reduced number of hospital days significantly after one year by 36.6%, SD = 10.73, p = .033 - Significant fewer symptoms on the Brief Psychiatric Rating scale (depression and anxiety scale) were found (after correcting for baseline scores) for the IHT Group compared to the control group (MD = -.29, SD = 1.79, p = .025), however the difference did not maintain after 6 months

- From baseline to 12 months, no other significant group-time interactions were found for the severity of psychiatric symptoms, quality of life oder patient satisfaction		
Risk of bias		
Bias	Authors' judgement Low – Unclear – high risk	Support for judgement
Random sequence generation (selection bias)	High risk 	A seeded pseudo-random number generator was used for randomisation. The seed was based on patient characteristics.
Allocation concealment (selection bias)	Low risk 	In the working hours after randomisation, the research team checked whether the allocation procedure had been completed correctly and contacted the patient's primary clinician to evaluate mental competency for an informed decision about study participation.
Blinding of participants and personnel (performance bias)	High risk 	Because of the nature of the intervention, neither professionals nor patients were masked to the randomisation outcome
Blinding of outcome assessment (detection bias)	Low risk 	Masked staff collected primary outcome and self-reported outcome data.
Incomplete outcome data (attrition bias)	Unclear risk 	Missing data was addressed using imputations. The choice of imputation method was explained.
Selective reporting (reporting bias)	Low risk 	All outcome measures were considered in the analysis.
Other bias (adequate therapy method, treatment fidelity, supervision, training, personal, financial, or any other interests producing bias)	Low risk 	-

Barakat et al. (2021) The effects of intensive home treatment on self-efficacy in patients recovering from psychiatric crisis	
Methods	Randomized controlled trial Intervention group (IG): Intensive home treatment (IHT) Control group (CG): Care as usual (CAU) Duration: on average 6 weeks Patients: people aged 18 to 65 Participants were residents of Amsterdam, The Netherlands Exclusion criteria Patients were excluded if they were homeless, were primary classified with a substance use disorder for which detoxification was needed, had intellectual disabilities, lacked basic understanding of the Dutch language, received ACT care or had previously received IHT
Participants	N=142 Participants were recruited by IHT teams and from psychiatric wards Participants included were 18 to 65 years of age, experiencing an acute psychiatric crisis for which hospitalisation was deemed necessary by a psychiatrist, classified according to the DSM-IV-TR or DSM-V with at least one axis I or II disorder Age (years): 41.51 (SD = 12) Duration of illness (years): /
Interventions	IG (N=93): Patients received IHT immediately after allocation or, when hospitalized, as soon as discharge was considered. Intensive home treatment (IHT) teams provided intensive care at least twice a week and continue until the crisis is resolved for an average of 6 weeks. CG (N=49): Patients were allocated to specialised mental health care hospital or other less intensive outpatient care, The actual treatment received depended on the severity of the symptoms, presence of danger, housing and availability of support system
Outcomes	At baseline, 6 and 24 weeks follow-up Primary outcome measures: - Self-efficacy (Mental Health Confidence Scale) Secondary outcome measures: - Quality of life (5-dimensional Euro-Qol instrument) - Symptomatic recovery (Brief Psychiatric Rating Scale)
Results	Measured at baseline, 6 and 24 weeks follow up Primary outcome measures: Self-efficacy: No difference between IHT and CAU was found ($B = -.08$, 95%-CI [-0.36, 0.20], $SE = .15$, $p = .57$), nor for the self-efficacy subscales Secondary outcomes measures: Quality of life: No difference between IHT ($M = .76$, $SD = .25$) and CAU ($M = .78$, $SD = .26$) was found ($t(128) = 0.37$, $p = .71$) Symptomatic recovery: Scores varied between the groups but no significant difference was found between IHT ($M = 1.81$, $SD = .39$) and CAU ($M = 1.69$, $SD = .36$); ($t(128) = -1.69$, $p = .63$)
Risk of bias s. Originalstudie	

Stulz et al. (2020) Home treatment for acute mental healthcare: randomised controlled trial		
Methods	Randomised controlled trial Intervention groups (IG): Home treatment (a multidisciplinary team aimed to manage acute crises at the patients home if feasible) Control group (CG): Conventional service model Duration: / Patients: Patients aged 18-64 years Exclusion criteria Patients with alcohol, cocaine, opioid dependence and patients with intellectual disability or organic mental disorders were excluded.	
Participants	N=707 Participants were included when immediate in-patient treatment was deemed necessary by the central triage unit. Inclusion criteria were: 18 - 64 years old; permanent private address reachable by car within 30 min. from the home treatment base at the hospital; Diagnosis according to ICD-10 (F2, F3, F4, F5, F6, F8, F9 or Z); being referred to the department of general psychiatry; basic health insurance; sufficient German language skills. The most frequent primary diagnosis was unipolar affective disorder and schizophrenia of schizoaffective disorder. Age (years): 39.3 (SD=12.5) for the IG, 39.7 (SD=12.9) for the CG Duration of illness (years): /	
Interventions	IG: Home treatment (n=412; 110 completed the last interview): The Central triage unit and hospital wards could refer patients to home treatment services at any time during acute treatment episodes once in-patient treatment had been deemed necessary by an experienced central triage unit clinician. The 12 home treatment slots were operated by a senior psychiatrist, two clinical psychologists, nurses, a social worker and a team assistant (1.0 - Staff was generally available 24 h (on call from 22.00 h to 08.00 h). Patients were typically visited at home once daily for approximately 1 h, with the option for multiple visits a day (or night) if necessary. Interventions were individually tailored but included typical ingredients of acute care, such as crisis intervention, pharmacotherapy, psychoeducation, brief psychotherapy and social care. CG: Conventional service model (N=295): Patients received care only on hospital wards. During episodes with no need for in-patient care, day hospitals and out-patient clinics were available to the patients in both groups	
Outcomes	Primary outcome: - Substitution of hospital bed days Secondary outcomes: - Numer of admissions per patient within 24 months adter the index ciris - Clinical and social outcomes - Patient satisfaction with care - Direct costs of treatment compared with conventional services	
Results	 - Patients in the IG used fewer hospital bed days than those in the CG (MD = 41.3 vs. 59.3; -30.4%; p < .001 during the 24 months after the index crisis - Overall use of acute services did not differ statistically significantly between the groups, neither did the meand number of admissions per patient - Overall treatment length, clinical and social outcomes and patient satisfaction did not differ statistically significantly between the groups - Overall treatment costs were not statistically significantly lower in the IG	
Risk of bias		
Bias	Authors' judgement	Support for judgement
	Low – Unclear – high risk	

Random sequence generation (selection bias)	Low risk		Suitable patients were randomized by an independent researcher using computer-generated random numbers (single randomized consent design)
Allocation concealment (selection bias)	Low risk		In the working hours after randomisation, the research team checked whether the allocation procedure had been completed correctly and contacted the patient's primary clinician to evaluate mental competency for an informed decision about study participation. To achieve reasonable occupancy of the 12 home treatment slots, the allocation ratio was adapted weekly and equalled up to 5:1 during the enrolment period. One thus cannot rule out that synchronously occurring changes in the allocation ratio and the composition of the patient population biased the findings.
Blinding of participants and personnel (performance bias)	High risk		No concrete information given concerning the blinding. (not possible)
Blinding of outcome assessment (detection bias)	Unclear risk		No concrete information given concerning the blinding.
Incomplete outcome data (attrition bias)	Low risk		Missing values at discharge were substituted using LOCF procedures.
Selective reporting (reporting bias)	Low risk		All outcome measures were considered in the analysis.
Other bias (adequate therapy method, treatment fidelity, supervision, training, personal, financial, or any other interests producing bias)	Low risk		-

Risiko für Bias aus allen neu identifizierten Einzelstudien zur Akutbehandlung

	Random sequence generation (selection bias)	Allocation concealment (selection bias)	Blinding of participants and personnel (performance bias)*	Blinding of outcome assessment (detection bias)	Incomplete outcome data (attrition bias)	Selective reporting (reporting bias)	Other bias
Cornelis et al. 2022							
Stulz et al. 2020							

*Blinding: Es wurde hier, wenn eindeutig erkennbar und möglich, nur die Verblindung der Teilnehmenden bewertet, da keine Verblindung der Behandler:innen im Bereich psychosozialer Therapien möglich ist.

Eingeschlossene Einzelstudien: tabellarische Übersicht

Tabelle: Charakteristika Einzelstudien zur Wirksamkeit von Akutbehandlung im häuslichen Umfeld

Autor/Jahr	Patientenpopulation	Intervention	Kontrollgruppe
	- Anzahl (N) - Diagnose - Durchschnittliches Alter - Dauer der Erkrankung - Setting	- Ansatz - Module/Inhalte - Dauer/Follow-Up	
NEU Cornelis et al. 2022 Niederlande	- N = 246 - Schwere psychische Krisen (v.a. Psychosen, affektive Störungen u.a.) 41 (Spanne 18-65; SD 12-68) - K.A. - Aufsuchend	- Intensive Behandlung zu Hause durch ein multidisziplinäres professionelles Team mit bis zu drei Behandlungskontakten am Tag an 7 Tagen die Woche und Gatekeeping-Funktion - Gemeinsame Behandlungsplanung; Pharmakotherapie, Tagesstrukturierung, Psychoedukation, supportive Therapie, kurze KVT, soziale Arbeit, Angehörigenarbeit - Behandlung über die Zeit der psychischen Krise (6 Wochen); US/Follow-Up 6 Wochen, 6 und 12 Monate nach Randomisierung	Behandlung wie üblich (nach stationärer Behandlung: Low-Intensity-Crisis-Treatment mit bis zu 2 Behandlungskontakten pro Woche)
NEU Stulz et al. 2020 Schweiz	- N = 707 - breites Spektrum psychischer Störungen (ICD-10: F2-F6, F8-F9, Z), bei denen Krisen mit stationärer Indikation auftraten 39.3 (12.5) vs. 39.7 (12.9) Jahre - K.A. - Aufsuchend	- Behandlung zu Hause durch ein multidisziplinäres Behandlungsteam - Individuelle Behandlung: Krisenintervention, Pharmakotherapie, Psychoedukation, Kurzpsychotherapie und soziale Arbeit - Rund-um-die-Uhr-Verfügbarkeit; i.d.R. einmal täglich für etwa 1 Stunde mit der Möglichkeit mehrerer Besuche pro Tag (oder Nacht); Follow-Up: 24-Monate	Herkömmliches Dienstleistungsmodell ohne häusliche Behandlungsalternative zur stationären Versorgung (Tagesklinik oder Ambulanz nach stationärer Behandlung)

Ergebnistabellen Primärstudien

Tabelle: Effekte von Akutbehandlung im häuslichen Umfeld auf verschiedene Zielparameter (aktuelle Einzelstudien)

	Cornelis et al. 2022; Barakat et al. 2021	Stulz et al. 2020	Johnson et al. 2005; McCrone et al. 2009*
Reduktion Stationäre Behandlungzeiten	++	++	++
Anzahl stationäre Aufnahmen/Pat.		~	++
Psychische Symptombelastung	~	~	~
Psychosoziales Funktionsniveau		~	~
Unerwünschte Ereignisse (Mortalität)	~	~	~
Lebensqualität	~		~
Selbstwirksamkeitserleben	~		
Behandlungszufriedenheit	~	~	~

*in Übersichtsarbeiten enthalten

Ausgeschlossene Arbeiten

Übersichtsarbeiten

Killaspy H, Harvey C, Brasier C, et al. Community-based social interventions for people with SMI: a systematic review and narrative synthesis of recent evidence. *World Psychiatry* 21:1, 2022: 96-123; doi: 10.1002/wps.20940.

Ausschluss: Intervention

DeLeo K, Maconick L, McCabe R, Broeckelmann E, Sheridan Rains L, Rowe S, Johnson S. Experiences of crisis care among service users with complex emotional needs or a diagnosis of 'personality disorder', and other stakeholders: systematic review and meta-synthesis of the qualitative literature. *BJPsych Open*. 2022 Feb 24;8(2):e53. doi: 10.1192/bjo.2022.1.

Ausschluss: Intervention

Marquant T, Van Nuffel M, Sabbe B, Goethals K. Substance Use Disorders as a Critical Element for Decision-Making in Forensic Assertive Community Treatment: A Systematic Review. *Front Psychiatry*. 2021; 12:777141. doi: 10.3389/fpsyt.2021.777141.

Ausschluss: Population und Setting

Pinho LG, Lopes MJ, Correia T, Sampaio F, Arco HRD, Mendes A, Marques MDC, Fonseca C. J. Patient-Centered Care for Patients with Depression or Anxiety Disorder: An Integrative Review. *Pers Med*. 2021 Aug 10;11(8):776. doi: 10.3390/jpm11080776.

Ausschluss: Population / Review

Heffernan J, McDonald E, Hughes E, Gray R. Tri-Response Police, Ambulance, Mental Health Crisis Models in Reducing Involuntary Detentions of Mentally Ill People: Protocol for a Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Aug 3;18(15):8230. doi: 10.3390/ijerph18158230.

Ausschluss: Protokoll

Miler JA, Carver H, Masterton W, Parkes T, Maden M, Jones L, Sumnall H. What treatment and services are effective for people who are homeless and use drugs? A systematic 'review of reviews'. *PLoS One*. 2021;16(7):e0254729. doi: 10.1371/journal.pone.0254729.

Ausschluss: Population

Lim CT, Caan MP, Kim CH, Chow CM, Leff HS, Tepper MC. Care Management for Serious Mental Illness: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychiatr Serv*. 2022 Feb 1;73(2):180-187. doi: 10.1176/appi.ps.202000473.

Ausschluss: Intervention (CM)

Fulone I, Barreto JOM, Barberato-Filho S, Bergamaschi CC, Silva MT, Lopes LC. Improving Care for Deinstitutionalized People With Mental Disorders: Experiences of the Use of Knowledge Translation Tools. *Front Psychiatry* 2021;12:575108. doi: 10.3389/fpsyt.2021.575108.

Ausschluss: Intervention (übergreifende Arbeit), keine neue Evidenz

Sheridan Rains L, Echave A, Rees J, Scott HR, Lever Taylor B, Broeckelmann E, Steare T, Barnett P, Cooper C, Jeynes T, Russell J, Oram S, Rowe S, Johnson S. Service user experiences of community services for

complex emotional needs: A qualitative thematic synthesis. PLoS One 2021;29;16(4):e0248316. doi: 10.1371/journal.pone.0248316.

Ausschluss: Population

Tsai J, Huang M, Petering R, Tiderington E. Graduation practices and outcomes in intensive case management programs for severe mental illness: A systematic review. Psychiatr Rehabil J 2022;45(1):61-70. doi: 10.1037/prj0000487.

Ausschluss: Fragestellung

Keynejad R, Spagnolo J, Thornicroft G. WHO mental health gap action programme (mhGAP) intervention guide: updated systematic review on evidence and impact. Evid Based Ment Health. 2021 Apr 26;24(3):124-30. doi: 10.1136/ebmental-2021-300254.

Ausschluss: Fragestellung/Intervention

Kim SY, Kim AR. Effectiveness of community-based interventions for patients with schizophrenia spectrum disorders: a study protocol for a systematic review. Syst Rev. 2021;10(1):106. doi: 10.1186/s13643-021-01662-0.

Ausschluss: Protokoll

Christian Dalton-Locke, Louise Marston, Peter McPherson, Helen Killaspy. The Effectiveness of Mental Health Rehabilitation Services: A Systematic Review and Narrative Synthesis. Front Psychiatry, 2021;11:607933. doi: 10.3389/fpsyt.2020.607933.

Ausschluss: verschiedene Studiendesigns

Martens N, Destoop M, Dom G. Organization of Community Mental Health Services for Persons with a Severe Mental Illness and Comorbid Somatic Conditions: A Systematic Review on Somatic Outcomes and Health Related Quality of Life. Int J Environ Res Public Health. 2021 Jan 8;18(2):462. doi: 10.3390/ijerph18020462.

Ausschluss: verschiedene Studiendesigns

Jean-Baptiste Woods, Geva Greenfield, Azeem Majeed, Benedict Hayhoe. Clinical effectiveness and cost effectiveness of individual mental health workers colocated within primary care practices: a systematic literature review. BMJ Open 2020;10(12):e042052. doi: 10.1136/bmjopen-2020-042052.

Ausschluss: Intervention/ Setting

Kirsten Kjaer Johansen, Lise Hounsgaard, Tove Faber Frandsen, Frans A J Fluttert, Jens Peter Hansen. Relapse prevention in ambulant mental health care tailored to patients with schizophrenia or bipolar disorder. J Psychiatr Ment Health Nurs, 2021 Aug;28(4):549-577. doi: 10.1111/jpm.12716

Ausschluss: Intervention

O Donnell R, Savaglio M, Vicary D, Skouteris H. Effect of community mental health care programs in Australia: a systematic review. Aust J Prim Health 2020 Dec;26(6):443-451. doi: 10.1071/PY20147.

Ausschluss: Interventionen, verschiedene Studiendesigns, wenig aktuell

Boege I, Schepker R, Fegert JM [From home treatment to psychiatric ward-equivalent treatment (StäB) - A systematic review of outpatient treatment in Germany]. Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother. 2020 Sep;48(5):393-406. doi: 10.1024/1422-4917/a000710.

Ausschluss: Population

Natasha Tyler, Nicola Wright, Justin Waring. Interventions to improve discharge from acute adult mental health inpatient care to the community: systematic review and narrative synthesis. BMC Health Serv Res 2019;19(1):883. doi: 10.1186/s12913-019-4658-0.

Ausschluss: Intervention

Kromka W, Simpson S. A Narrative Review of Predictors of Adult Mental Health Emergency Department Return Visits and Interventions to Reduce Repeated Use. J Emerg Med. 2019;57(5):671-682. doi: 10.1016/j.jemermed.2019.08.005.

Ausschluss: Intervention

Amy Nb Johnston, Melinda Spencer, Marianne Wallis, et al. Interventions for people presenting to emergency departments with a mental health problem: A systematic scoping. Emerg Med Australas 2019;31(5):715-729. doi: 10.1111/1742-6723.13335

Ausschluss: Intervention

Storm M, Husebø AML, Thomas EC, Elwyn G, Zisman-Ilani Y. Coordinating Mental Health Services for People with Serious Mental Illness: A Scoping Review of Transitions from Psychiatric Hospital to Community. Adm Policy Ment Health. 2019;46(3):352-367. doi: 10.1007/s10488-018-00918-7.

Ausschluss: Intervention

Gomis O, Palma C, Farriols N. Domiciliary intervention in psychosis: a systematic review. Actas Esp Psiquiatr. 2017;45(6):290-302.

Ausschluss: verschiedene Interventionen / eingeschlossene Studientypen

McDonagh MS, Dana T, Selph S, Devine EB, Cantor A, Bougatsos C, Blazina I, Grusing S, Fu R, Kopelovich SL, Monroe-DeVita M, Haupt DW. Treatments for Schizophrenia in Adults: A Systematic Review. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2017 Oct. Report No.: 17(18)-EHC031-EF.

Ausschluss: verschiedene Interventionen / eingeschlossene Studientypen

Sukhato K, Lotrakul M, Dellow A, Ittasakul P, Thakkestian A, Anothaisintawee T. Efficacy of home-based non-pharmacological interventions for treating depression: a systematic review and network meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ Open. 2017;7(7):e014499. doi: 10.1136/bmjopen-2016-014499.

Ausschluss: Population / Intervention / Studiendesigns

Stapleton A, Wright N. The experiences of people with borderline personality disorder admitted to acute psychiatric inpatient wards: a meta-synthesis. J Ment Health. 2019 Aug;28(4):443-457. doi: 10.1080/09638237.2017.1340594.

Ausschluss: Intervention / Studiendesigns (qualitativ)

Rodgers M, Dalton J, Harden M, Street A, Parker G, Eastwood A. Integrated care to address the physical health needs of people with severe mental illness: a rapid review. Southampton (UK): NIHR Journals Library; 2016 Apr.

Ausschluss: verschiedene Interventionen / eingeschlossene Studientypen / keine Qualitätsbewertung

Tse S, Tsoi EW, Hamilton B, O'Hagan M, Shepherd G, Slade M, Whitley R, Petrakis M. Uses of strength-based interventions for people with serious mental illness: A critical review. *Int J Soc Psychiatry*. 2016;62(3):281-91. doi: 10.1177/0020764015623970.

Ausschluss: Intervention (CM) / Studiendesigns

Molyneaux E, Turner A, Candy B, Landau S, Johnson S, Lloyd-Evans B. Crisis-planning interventions for people with psychotic illness or bipolar disorder: systematic review and meta-analyses. *BJPsych Open*. 2019;5(4):e53. doi: 10.1192/bjo.2019.28.

Ausschluss: Intervention

Einzelstudien

Cook JA, Shore S, Burke-Miller JK, Jonikas JA, Hamilton M, Ruckdeschel B, Norris W, Markowitz AF, Ferrara M, Bhaumik D. Mental Health Self-Directed Care Financing: Efficacy in Improving Outcomes and Controlling Costs for Adults With Serious Mental Illness. *Psychiatr Serv*. 2019 Mar 1;70(3):191-201. doi: 10.1176/appi.ps.201800337.

Ausschluss: Intervention

Brin F S Grenyer, Kate L Lewis, Mahnaz Fanaian, Beth Kotze. Treatment of personality disorder using a whole of service stepped care approach: A cluster randomized controlled trial. *PLoS One* 2018;13(11): e0206472. doi: 10.1371/journal.pone.0206472.

Ausschluss: Intervention

Luo X, Law SF, Wang X, Shi J, Zeng W, Ma X, Chow W, Liu S, Zhao W, Liu X, Yao S, Phillips MR. Effectiveness of an Assertive Community Treatment program for people with severe schizophrenia in mainland China - a 12-month randomized controlled trial. *Psychol Med*. 2019 Apr;49(6):969-979. doi: 10.1017/S0033291718001629.

Ausschluss: Rückstellung von Einzelstudien im Bereich ACT/ICM, da umfangreicher Cochrane Review vorliegt

Li J, Huang YG, Ran MS, Fan Y, Chen W, Evans-Lacko S, Thornicroft G. **Community-based comprehensive intervention** for people with schizophrenia in Guangzhou, China: Effects on clinical symptoms, social functioning, internalized stigma and discrimination. *Asian J Psychiatr*. 2018; 34:21-30. doi: 10.1016/j.ajp.2018.04.017.

Ausschluss: Intervention

Chwastiak LA, Luongo M, Russo J, Johnson L, Lowe JM, Hoffman G, McDonell MG, Wisse B. Use of a Mental Health Center Collaborative Care Team to Improve Diabetes Care and Outcomes for Patients With Psychosis. *Psychiatr Serv*. 2018 Mar 1;69(3):349-352. doi: 10.1176/appi.ps.201700153.

Ausschluss: Intervention

Kivelitz L, Kriston L, Christalle E, Schulz H, Watzke B, Härter M, Götzmann L, Bailer H, Zahn S, Melchior H. Effectiveness of telephone-based aftercare case management for adult patients with unipolar depression compared to usual care: A randomized controlled trial. *PLoS One*. 2017 Oct 27;12(10):e0186967. doi: 10.1371/journal.pone.0186967.

Ausschluss: Population (Schweregrad der Erkrankung)

Castillo EG, Shaner R, Tang L, Chung B, Jones F, Whittington Y, Miranda J, Wells KB. Improving Depression Care for Adults With Serious Mental Illness in Underresourced Areas: Community Coalitions Versus Technical Support. *Psychiatr Serv*. 2018 Feb 1;69(2):195-203. doi: 10.1176/appi.ps.201600514.

Ausschluss: Intervention

Vergunst F, Rugkåsa J, Koshiaris C, Simon J, Burns T. Community treatment orders and social outcomes for patients with psychosis: a 48-month follow-up study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2017 Nov;52(11):1375-1384. doi: 10.1007/s00127-017-1442-5.

Ausschluss: Intervention

Barfar E, Sharifi V, Amini H, Mottaghipour Y, Yunesian M, Tehranidoost M, Sobhebidari P, Rashidian A. Cost-effectiveness Analysis of an Aftercare Service vs Treatment-As-Usual for Patients with Severe Mental Disorders. *J Ment Health Policy Econ*. 2017 Sep 1;20(3):101-110.

Ausschluss: Intervention

Lovell K, Bower P, Gellatly J, et al. Clinical effectiveness, cost-effectiveness and acceptability of low-intensity interventions in the management of obsessive-compulsive disorder: the Obsessive-Compulsive Treatment Efficacy randomised controlled Trial (OCTET). *Health Technol Assess* 2017;21(37):1-132. doi: 10.3310/hta21370.

Ausschluss: Intervention

She S, Deng Y, Chen Y, Wu C, Yi W, Lu X, Chen X, Li J, Li R, Zhang J, Xiao D, Wu H, Ning Y, Zheng Y. Two-stage integrated care versus antipsychotic medication alone on outcomes of schizophrenia: One-year randomized controlled trial and follow-up. *Psychiatry Res*. 2017;254:164-172. doi: 10.1016/j.psychres.2017.04.054.

Ausschluss: Intervention

Sigrunarson V, Moljord IE, Steinsbekk A, Eriksen L, Morken G. A randomized controlled trial comparing self-referral to inpatient treatment and treatment as usual in patients with severe mental disorders. *Nord J Psychiatry*. 2017 Feb;71(2):120-125. doi: 10.1080/08039488.2016.1240231.

Ausschluss: Intervention

Panagioti M, Bower P, Kontopantelis E, et al.. Association Between Chronic Physical Conditions and the Effectiveness of Collaborative Care for Depression: An Individual Participant Data Meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2016;73(9):978-89. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2016.1794.

Ausschluss: Population (Schweregrad der Erkrankung)/Intervention

Ines Hungerbuehler, Leandro Valiengo, Alexandre A Loch, Wulf Rössler, Wagner F Gattaz Home-Based Psychiatric Outpatient Care Through Videoconferencing for Depression: A Randomized Controlled Follow-Up Trial. *JMIR Ment Health* 2016;3(3):e36. doi: 10.2196/mental.

Ausschluss: Population (Schweregrad der Erkrankung)/Intervention

Seyed Kazem Malakouti, Marzieh Nojomi, Arash Mirabzadeh, Yasaman Mottaghipour, Alireza Zahiroddin, Hamed Mohammadi Kangrani. A Comparative Study of Nurses as Case Manager and Telephone

Follow-up on Clinical Outcomes of Patients with Severe Mental Illness. Iran J Med Sci 2016;41(1):19-27.

Ausschluss: Intervention (CM)

V Leppänen, H Hakko, H Sintonen, S Lindeman: Comparing Effectiveness of Treatments for Borderline Personality Disorder in Communal Mental Health Care: The Oulu BPD Study. Community Ment Health J 2016;52(2):216-27.

Ausschluss: Intervention

Hanlon C, Medhin G, Dewey ME, Prince M, Assefa E, Shibre T, Ejigu DA, Negussie H, Timothewos S, Schneider M, Thornicroft G, Wissow L, Susser E, Lund C, Fekadu A, Alem A. Efficacy and cost-effectiveness of task-shared care for people with severe mental disorders in Ethiopia (TaSCS): a single-blind, randomised, controlled, phase 3 non-inferiority trial. Lancet Psychiatry. 2022;9(1):59-71. doi: 10.1016/S2215-0366(21)00384-9.

Ausschluss: Intervention

Gallinat C, Moessner M, Apondo S, Thomann PA, Herpertz SC, Bauer S. Feasibility of an Intervention Delivered via Mobile Phone and Internet to Improve the Continuity of Care in Schizophrenia: A Randomized Controlled Pilot Study. Int J Environ Res Public Health. 2021 Nov 25;18(23):12391. doi: 10.3390/ijerph182312391.

Ausschluss: Intervention

Kessing LV, Kyster NB, Bondo-Kozuch P, Christensen EM, Vejstrup B, Smidt B, Jørgensen AB, Rosenberg R, Mardosas D, Rasmussen LB, Vinberg M, Hageman I, Faurholt-Jepsen M; CAG Bipolar Study group. Effect of specialised versus generalised outpatient treatment for bipolar disorder: the CAG Bipolar trial - study protocol for a randomised controlled trial. BMJ Open. 2021;11(10):e048821. doi: 10.1136/bmjopen-2021-048821.

Ausschluss: Protokoll

Oxford ML, Hash JB, Lohr MJ, Bleil ME, Fleming CB, Unützer J, Spieker SJ. Randomized trial of promoting first relationships for new mothers who received community mental health services in pregnancy. Dev Psychol. 2021 Aug;57(8):1228-1241. doi: 10.1037/dev0001219.

Ausschluss: Population

Svenningsson I, Hange D, Udo C, Törnbohm K, Björkelund C, Petersson EL. The care manager meeting the patients' unique needs using the care manager model-A qualitative study of experienced care managers. BMC Fam Pract. 2021 Sep 3;22(1):175. doi: 10.1186/s12875-021-01523-8.

Ausschluss: Population (Schweregrad der Erkrankung)

Chilman N, Morant N, Lloyd-Evans B, Wackett J, Johnson S. Twitter Users' Views on Mental Health Crisis Resolution Team Care Compared With Stakeholder Interviews and Focus Groups: Qualitative Analysis. JMIR Ment Health. 2021;8(6):e25742. doi: 10.2196/25742.

Ausschluss: kein RCT

van Veen M, Koekkoek B, Teerenstra S, Adang E, Mulder CL. Effectiveness and cost effectiveness of interpersonal community psychiatric treatment (ICPT) for people with long-term severe non-psychotic

mental disorders: a multi-Centre randomized controlled trial. BMC Psychiatry. 2021;21(1):261. doi: 10.1186/s12888-021-03264-5.

Ausschluss: Intervention

Plappert H, Hobson-Merrett C, Gibbons B, Baker E, Bevan S, Clark M, Creanor S, Davies L, Denyer R, Frost J, Gask L, Gibson J, Gill L, Gwernan-Jones R, Hardy P, Hosking J, Huxley P, Jeffrey A, Jones B, Marwaha S, Pinold V, Planner C, Rawcliffe T, Reilly S, Richards D, Williams L, Birchwood M, Byng R. Evaluation of a primary care-based collaborative care model (PARTNERS2) for people with diagnoses of schizophrenia, bipolar, or other psychoses: study protocol for a cluster randomised controlled trial. BJGP Open. 2021;5(3):BJGPO.2021.0033. doi: 10.3399/BJGPO.2021.0033.

Ausschluss: Protokoll/Intervention

Ansam Barakat, Matthijs Blankers, Jurgen E Cornelis, Louk van der Post, Nick M Lommerse, Aartjan T F Beekman, Jack J M Dekker. Police Encounters, Agitation, Diagnosis, and Employment Predict Psychiatric Hospitalisation of Intensive Home Treatment Patients During a Psychiatric Crisis. Front Psychiatry 2021;12:602912. doi: 10.3389/fpsy.2021.602912.

Ausschluss: Fragestellung, Sekundärdatenanalyse

Budi Anna Keliat, Ni Made Riasmini, Novy Helena Catharina Daulima, Erna Erawati. Applying the community mental health nursing model among people with schizophrenia. Enferm Clin (Engl Ed) 2020; S1130-8621(20)30521-0. doi: 10.1016/j.enfcli.2020.10.024.

Ausschluss: Intervention/Setting

Dave Carlyle, Robert Green, Maree Inder, Richard Porter, Marie Crowe, Roger Mulder, Chris Frampton. A Randomized-Controlled Trial of Mentalization-Based Treatment Compared With Structured Case Management for Borderline Personality Disorder in a Mainstream Public Health Service. Front Psychiatry 2020;11:561916. doi: 10.3389/fpsy.2020.561916

Ausschluss: Intervention

O'Donnell R, Savaglio M, Fast D, Vincent A, Vicary D, Skouteris H. MyCare study: protocol for a controlled trial evaluating the effect of a community-based intervention on psychosocial, clinical outcomes and hospital admission rates for adults with severe mental illness. BMJ Open 2020;10(11):e040610. doi: 10.1136/bmjopen-2020-040610.

Ausschluss: Protokoll/Intervention

Nielsen CM, Hjorthøj C, Killaspy H, Nordentoft M. The effect of flexible assertive community treatment in Denmark: a quasi-experimental controlled study. Lancet Psychiatry. 2021;8(1):27-35. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30424-7.

Ausschluss: Design (kein RCT)

Mueller-Stierlin AS, Meixner F, Kohlmann A, Schumacher M, Hänsel A, Pouwels M, Bias N, Hartl S, Reichstein J, Prestin E, Greve N, Becker T, Kilian R. Effectiveness and cost-effectiveness of a community-based mental health care programme (GBV) for people with severe mental illness in Germany: study protocol for a randomised controlled trial. Trials. 2020 Jun 30;21(1):598. doi: 10.1186/s13063-020-04492-y.

Ausschluss: Protokoll

Norimoto K, Ikeshita K, Kishimoto T, Okuchi K, Yonemoto N, Sugimoto T, Chida F, Shimoda S, Hirayasu Y, Kawanishi C. Effect of assertive case management intervention on suicide attempters with comorbid Axis I and II psychiatric diagnoses: secondary analysis of a randomised controlled trial. *BMC Psychiatry*. 2020;20(1):311. doi: 10.1186/s12888-020-02723-9.

Ausschluss: Rückstellung von Einzelstudien im Bereich ACT/ICM, da umfangreicher Cochrane Review vorliegt

Ben F M Wijnen, Filip Smit, Ana Ivičević Uhernik, Ana Istvanovic, Jovo Dedovic, Roumyana Dinolova, Raluca Nica, Robert Velickovski, Michel Wensing, Ionela Petrea, Laura Shields-Zeeman. Sustainability of Community-Based Specialized Mental Health Services in Five European Countries: Protocol for Five Randomized Controlled Trial-Based Health-Economic Evaluations Embedded in the RECOVER-E Program. *JMIR Res Protoc* 2020;9(6):e17454. doi: 10.2196/17454.

Ausschluss: Protokoll

Lambert M, Karow A, Gallinat J, Lüdecke D, Kraft V, Rohenkohl A, Schröter R, Finter C, Siem AK, Tlach L, Werkle N, Bargel S, Ohm G, Hoff M, Peter H, Scherer M, Mews C, Pruskil S, Lücke J, Härter M, Dirmaier J, Schulte-Markwort M, Löwe B, Briken P, Peper H, Schweiger M, Mösko M, Bock T, Wittzack M, Meyer HJ, Deister A, Michels R, Herr S, Konnopka A, König H, Wegscheider K, Daubmann A, Zapf A, Peth J, König HH, Schulz H. Study protocol for a randomised controlled trial evaluating an evidence-based, stepped and coordinated care service model for mental disorders (RECOVER). In: *BMJ open* 10 (5), e036021. DOI: 10.1136/bmjopen-2019-036021.

Ausschluss: Protokoll

Shanaya Rathod, Kerensa Thorne, Elizabeth Graves, Peter Phiri, Carolyn Asher, Alison Griffiths, Tracy Read, David Kingdon Results of a prospective, mixed methods study to assess feasibility, acceptability and effectiveness of TRIumPH (Treatment and Recovery In Psychosis): an integrated care pathway for psychosis, compared to usual treatment. *BMJ Open*. 2020; 10(4): e033711.

Ausschluss: Population/kein RCT

Errichetti KS, Flynn A, Gaitan E, Ramirez MM, Baker M, Xuan Z. Randomized Trial of Reverse Colocated Integrated Care on Persons with Severe, Persistent Mental Illness in Southern Texas. *J Gen Intern Med*. 2020 Jul; 35(7): 2035–2042.

Ausschluss: Intervention

Shields-Zeeman, L; Petrea, I; Smit, F; Walters, BH; Dedovic, J; Kuzman, MR; Nakov, V; Nica, R; Novotni, A; Roth, C; Tomcuk, A; Wijnen, BFM; Wensing, M (2020) Towards community-based and recovery-oriented care for severe mental disorders in Southern and Eastern Europe: aims and design of a multi-country implementation and evaluation study (RECOVER-E). *Int J Ment Health Syst* 2020;14:30. doi: 10.1186/s13033-020-00361-y

Ausschluss: Protokoll/Implementierungsstudie

Gelkopf, M; Lapid, L; Werbeloff, N; Levine, SZ; Telem, A; Zisman-Ilani, Y; Roe, D A strengths-based case management service for people with serious mental illness in Israel: a randomized controlled trial. DOI: [10.1016/j.psychres.2016.04.106](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.04.106)

Ausschluss: Intervention (CM)

Varga, E; Endre, S; Bugya, T; Tenyi, T; Herold, R (2018) Community-based psychosocial treatment has an impact on social processing and functional outcome in schizophrenia. DOI: [10.3389/fpsyt.2018.00247](https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00247)

Ausschluss: in Review enthalten

Brynmor Lloyd-Evans, Johanna Frerichs, Theodora Stefanidou, Jessica Bone, Vanessa Pinfold, Glyn Lewis, Jo Billings, Nick Barber, Anjie Chhapia, Beverley Chipp, Rob Henderson, Prisha Shah, Anna Shorten, Maria Giorgalli, James Terhune, Rebecca Jones, Sonia Johnson. The Community Navigator Study: Results from a feasibility randomised controlled trial of a programme to reduce loneliness for people with complex anxiety or depression. PLoS One 2020 May 29;15(5):e0233535. doi: 10.1371/journal.pone.0233535. eCollection 2020.

Ausschluss: Intervention

Hengartner, MP; Klauser, M; Heim, G; Passalacqua, S; Andreae, A; Rössler, W; von Wyl, A. Introduction of a Psychosocial Post-Discharge Intervention Program Aimed at Reducing Psychiatric Rehospitalization Rates and at Improving Mental Health and Functioning. Perspect Psychiatr Care 2017 Jan;53(1):10-15. doi: 10.1111/ppc.12131

Ausschluss: kein RCT

Roos, E; Bjerkeset, O; Steinsbekk, A. Health care utilization and cost after discharge from a mental health hospital; an RCT comparing community residential aftercare and treatment as usual. BMC Psychiatry 2018 Nov 12;18(1):363. doi: 10.1186/s12888-018-1941-2.

Ausschluss: Intervention (Schnittstellengestaltung)

Rogers, ES; Maru, M; Kash-MacDonald, M; Archer-Williams, M; Hashemi, L; Boardman, J. A Randomized Clinical Trial Investigating the Effect of a Healthcare Access Model for Individuals with Severe Psychiatric Disabilities. Community Ment Health J 2016 Aug;52(6):667-74. doi: 10.1007/s10597-016-0009-3. Epub 2016 May 2.

Ausschluss: Intervention (Schnittstellengestaltung)

Asher, L; Birhane, R; Weiss, HA; Medhin, G; Selamu, M; Patel, V; De Silva, M; Hanlon, C; Fekadu, A. Community-based rehabilitation intervention for people with schizophrenia in Ethiopia (RISE): results of a 12-month cluster-randomised controlled trial. Lancet Glob Health 2022 Apr;10(4):e530-e542. doi: 10.1016/S2214-109X(22)00027-4.

Ausschluss: Intervention

Kidd, SA; Mutschler, C; Lichtenstein, S; Yan, S; Virdee, G; Blair, F; Mihalakakos, G; McKinney, C; Collins, A; Guimond, T; George, TP; Davidson, L; Velligan, D; Voineskos, A. Randomized trial of a brief peer support intervention for individuals with schizophrenia transitioning from hospital to community. Schizophr Res 2021; 231:214-220. doi: 10.1016/j.schres.2021.03.019.

Ausschluss: Intervention (Schnittstellengestaltung)

Cai, Y; Gong, W; He, H; Hughes, JP; Simoni, J; Xiao, S; Gloyd, S; Lin, M; Deng, X; Liang, Z; He, W; Dai, B; Liao, J; Hao, Y; Xu, DR. Mobile Texting and Lay Health Supporters to Improve Schizophrenia Care in a Resource-Poor Community in Rural China (LEAN Trial): randomized Controlled Trial Extended Implementation. J Med Internet Res 2020;22(12):e22631. doi: 10.2196/22631.

Ausschluss: Intervention

Cai, Y; Gong, W; He, W; He, H; Hughes, JP; Simoni, J; Xiao, S; Gloyd, S; Lin, M; Deng, X; Liang, Z; Dai, B; Liao, J; Hao, Y; Xu, DR. Residual Effect of Texting to Promote Medication Adherence for Villagers with Schizophrenia in China: 18-Month Follow-up Survey After the Randomized Controlled Trial Discontinuation. *JMIR Mhealth Uhealth* 2022 Apr 19;10(4):e33628. doi: 10.2196/33628.

Ausschluss: Intervention

Roizing, MP; Jonsson, A; Koster-Rasmussen, R; Due, TD; Brodersen, J; Bissenbakker, KH; Siersma, V; Mercer, SW; Guassora, AD; Kjellberg, J; Kjellberg, PK; Nielsen, MH; Christensen, I; Bardram, JE; Martiny, F; Moller, A. The SOFIA pilot trial: a cluster-randomized trial of coordinated, co-produced care to reduce mortality and improve quality of life in people with severe mental illness in the general practice setting. *Pilot Feasibility Stud* 2021 Sep 3;7(1):168. doi: 10.1186/s40814-021-00906-z

Ausschluss: Intervention

Kessing, LV; Kyster, NB; Bondo-Kozuch, P; Christensen, EM; Vejstrup, B; Smidt, B; Jorgensen, A-MB; Rosenberg, R; Mardosas, D; Rasmussen, LB; Vinberg, M; Hageman, I; Faurholt-Jepsen, M. Effect of specialised versus generalised outpatient treatment for bipolar disorder: The CAG Bipolar trial-study protocol for a randomised controlled trial. *BMJ Open* 2021 Oct 13;11(10):e048821. doi: 10.1136/bmjopen-2021-048821.

Ausschluss: Intervention

Kravariti, E; Reeve-Mates, C; Da Gama Pires, R; Tsakanikos, E; Hayes, D; Renshaw, S; McAllister, S; Bhavsar, V; Patterson, P; Daley, E; Stewart, J; Pritchard, M; Shetty, H; Ramsay, R; Perez-Iglesias, R; McGuire, P. Effectiveness of automated appointment reminders in psychosis community services: a randomised controlled trial. *BJPsych Open*. 2018 Jan;4(1):15-17. doi: 10.1192/bjo.2017.7.

Ausschluss: Intervention

Moghadam, M; Saed, G; Sohrabi, F; Modaresi, S; Shams-Alizadeh, N. Effectiveness of Psychiatric Home-Care in the Treatment Outcome in Newly Discharged Patients with Schizophrenia- A Randomized Control Trial. *DOAJ* 2022; 26 (7): 97-107. DOI: [10.52547/sjku.26.7.97](https://doi.org/10.52547/sjku.26.7.97)

Ausschluss: Intervention

Cieslak, K; Cather, C; Thorndike, A; Maclaurin, S; Vilme, M; Pachas, G; Schoenfeld, D; Chang, T; Potter, K; Dechert, A; Freudenreich, O; Wexler, D; Evins, AE. Integrated diabetes management for individuals with serious mental illness (SMI). *Schizophr Bull*. 2019; 45(Suppl 2): S327. doi: [10.1093/schbul/sbz020.599](https://doi.org/10.1093/schbul/sbz020.599)

Ausschluss: Intervention

Cechnicki, A; Bielaska, A. The influence of early psychosocial intervention on the long-term clinical outcomes of people suffering from schizophrenia. *Psychiatr Pol* 2017 Feb 26;51(1):45-61. doi: 10.12740/PP/61903.

Ausschluss: Intervention/nicht in englischer Sprache

Li, J-B; Liu, W-I; Huang, M-W. Integrating Evidence-Based Community-Care Services to Improve Schizophrenia Outcomes: a Preliminary Trial. *Arch Psychiatr Nurs* 2016 Feb;30(1):102-8. doi: 10.1016/j.apnu.2015.08.018.

Ausschluss: Intervention

Berghöfer A, Martin L, Hense S, Weinmann S, Roll S. Quality of life in patients with severe mental illness: a cross-sectional survey in an integrated outpatient health care model. Qual Life Res. 2020 Aug;29(8):2073-2087. doi: 10.1007/s11136-020-02470-0

Ausschluss: Design

Anwendung von GRADE: Beurteilung der Vertrauenswürdigkeit der Evidenz von gemeindepsychiatrischen, teambasierten und multiprofessionellen Interventionen

Faktoren, die Vertrauenswürdigkeit in die Evidenz verringern können:

- I. Risiko für Bias
- II. Inkonsistenz (Effekt in Studien gleich bez. Richtung und Stärke)
- III. Indirektheit (Passung Studie und PICO-Frage)
- IV. Ungenauigkeit (Gibt es Unsicherheiten/breite KIs)
- V. Publikationsbias

Summary of findings: Vergleich multiprofessionelle gemeindepsychiatrische Teams (CMHT) vs. herkömmliche Therapie (TAU)

Population: Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung

Quelle: Malone D, Marriott SVL, Newton-Howes G, Simmonds S, Tyrer P. Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 3. Art. No.: CD000270.

Endpunkt	Datengrundlage & Messwerte	Effektschätzer (95% CI)	Qualität (Vertrauenswürdigkeit) der Evidenz (RCTs)	Kommentare
Behandlungszufriedenheit (Patienten nach 12 Monaten)	Basierend auf Daten von 87 Patient:innen aus 1 Studie (Fragebogen zur Erhebung der Zufriedenheit)	Relatives Risiko= 0.37 CI 95% 0.2 bis 0.8 Number Needed to Treat= 4 CI 95% 3 bis 11	⊕⊕⊕⊖ Gering ^a	Die Behandlungszufriedenheit war in der CMHT-Gruppe höher als in der Kontrollgruppe (Unterschied statistisch signifikant) Heterogenität I ² = nicht darstellbar.
Stationäre Aufnahmen (Einweisung nach 12 Monaten)	Basierend auf Daten von 587 Patient:innen aus 3 Studien	Relatives Risiko= 0.81 CI 0.7 bis 1.0 Number Needed to Treat= 17 CI 95% 10 bis 104	⊕⊕⊕⊖ Gering ^{b,c}	Das Risiko für die stationäre Aufnahme (Einweisung) war in der CMHT- Gruppe geringer als in der Kontrollgruppe (Unterschied statistisch signifikant)

				Heterogenität $I^2= 28\%$
Sterbefälle (alle Ursachen nach 12 Monaten)	Basierend auf Daten von 587 Patient:innen aus 3 Studien	Risiko Ratio= 0.47 95 CI 0.17 bis 1.34	⊕⊕⊖⊖ Gering ^{b,c}	Die Anzahl der Sterbefälle war in der CMHT-Gruppe ggü. der Kontrollgruppe tendenziell etwas geringer (Unterschied statistisch nicht signifikant) Heterogenität $I^2= 0\%$
Symptomschwere (nach 12 Monaten)	Basierend auf Daten von 100 Patient:innen aus 1 Studie (Comprehensive Psychopathological Rating Scale)	Durchschnittlicher Endpunktscore: 22.8 vs 23.6	⊕⊕⊖⊖ Gering ^a	Tendenzielle Überlegenheit der der CMHT-Gruppe im Hinblick auf die Symptomreduzierung ggü. der Kontrollgruppe (Unterschied statistisch nicht signifikant) Heterogenität $I^2=$ nicht darstellbar

^aAbstufung um zwei Stufen aufgrund von Ungenauigkeit, wenige Ereignisse und geringe Stichprobengröße.

^b Abstufung um eine Stufe aufgrund von unklarer Darstellung in Bezug auf die Geheimhaltung und Unvorhersehbarkeit der Gruppenzuteilung.

^cAbstufung um eine Stufe aufgrund von Ungenauigkeit, breite Konfidenzintervalle

Summary of findings: Vergleich Akutbehandlung im häuslichem Umfeld (HT) vs. herkömmliche Therapie (TAU)

Population: Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung (in psychischer Krise und stationärer Behandlungsnotwendigkeit)

Quelle: Murphy SM, Irving CB, Adams CE, Waqar M. Crisis intervention for people with severe mental illnesses. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 12. Art. No.: CD001087.

Endpunkt	Datengrundlage & Messwerte	Effektschätzer	Qualität (Vertrauenswürdigkeit) der Evidenz (RCTs)	Kommentare
Stationäre Wiederaufnahme (nach 6 Monaten ohne Indexbehandlung)*	Basierend auf Daten von 369 Patient:innen aus 2 Studie	Relatives Risiko= 0.75 [95% CI: 0.50 bis 1.13] Reduzierung der Wiederaufnahmewahrscheinlichkeit bei HT um 25%	⊕⊕⊕⊖ Moderat ^a	Das Risiko für die stationäre Wiederaufnahme war in der HT- Gruppe geringer als in der Kontrollgruppe (Unterschied statistisch signifikant) Heterogenität I ² = 80%
Stationäre Behandlungszeit (nach 6 Monaten)	Basierend auf Daten von 257 Patient:innen aus 1 Studie (Anmerkung: nur Einbezug der Studie von Johnson et al. 2005, da die weitere eingeschlossene deutlich weniger aktuell ist (Fenton et al. 1998))	Mittlere Differenz= -17.30, [95% CI: -27.80 bis -6.80] Reduzierung der stationären Behandlungszeit bei HT 17 Tage	⊕⊕⊕⊖ Moderat ^b	Die stationäre Behandlungszeit war in der HT- Gruppe geringer als in der Kontrollgruppe (Unterschied statistisch signifikant) Heterogenität I ² = nicht darstellbar
Behandlungsabbruch (Patient, nach 12 Monaten)	Basierend auf Daten von 594 Patient:innen aus 4 Studien	Relatives Risiko= 0.74 [95%CI 0.56 bis 0.98]	⊕⊕⊕⊖ Moderat ^d	Das Risiko für Behandlungsabbrüche war in der HT- Gruppe geringer als in der Kontrollgruppe (Unterschied statistisch signifikant) Heterogenität I ² = 0%
Behandlungszufriedenheit (Patient, nach 20 Monaten)*	Basierend auf Daten von 137 Patient:innen aus 1 Studie	Relatives Risiko= 0.48 95% CI 0.31 bis 0.74 Die durchschnittliche Patientenzufriedenheit in den Interventionsgruppen war um	⊕⊕⊖⊖ Gering ^{c,d}	Die Behandlungszufriedenheit war in der HT- Gruppe höher als in der Kontrollgruppe (Unterschied statistisch signifikant)

	(Client Satisfaction Questionnaire)	5,4 höher (3,91 bis 6,89 höher)		Heterogenität I^2 = nicht darstellbar
Behandlungszufriedenheit (Angehörige, nach 6 Monaten)	Basierend auf Daten von 120 Patient:innen aus 1 Studie (k. A.)	Relatives Risiko=0.71 95% CI [0.53 bis 0.97]	⊕⊕⊕⊕ Gering ^{c,d}	Angehörige waren zufriedener mit dem Behandlungsergebnis in der HT-Gruppe ggü. der TAU-Gruppe
Symptomschwere (nach 3 Monaten)	Basierend auf Daten von 129 Patient:innen aus 1 Studien (Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS))	Mittlere Differenz= -2.7 95% CI [-7.96 bis 2.29]	⊕⊕⊕⊕ Gering ^{b,c}	Tendenzielle Verbesserung der Symptomschwere durch die HT-Intervention ggü. der TAU-Gruppe (Unterschied statistisch nicht signifikant) Heterogenität I^2 = nicht darstellbar
Belastungserleben (Angehörige nach 6 Monaten)*	Basierend auf Daten von 120 Patient:innen aus 1 Studie (Anzahl der Familien, die angeben dass die Gesamtbelastung groß ist)	Relatives Risiko=0.34 95% CI [0.2 bis 0.59] 198 per 1000 in der HAT-Gruppe 583 per 1000 in der TAU-Gruppe	⊕⊕⊕⊕ Gering ^{b,c}	Verbesserung des Belastungserlebens bei den Angehörigen durch die HAT-Intervention ggü. der TAU-Gruppe (Unterschied statistisch signifikant) Heterogenität I^2 = nicht darstellbar
Sterbefälle (alle Ursachen)	Basierend auf Daten von 980 Patient:innen aus 6 Studien	Relatives Risiko=0.88 95% CI [0.37 bis 2.07]	⊕⊕⊕⊕ Gering ^{b,d}	Die Anzahl an Sterbefällen ist in den beiden Gruppen vergleichbar (Unterschied nicht statistisch signifikant) Heterogenität I^2 = 0%

^a Abstufung um eine Stufe aufgrund von Ungenauigkeit; breite CIs und hohe Heterogenität.

^b Abstufung um eine Stufe aufgrund von Ungenauigkeit; breite CIs.

^c Abstufung um eine Stufe aufgrund von Ungenauigkeit; wenige Ereignisse und geringe Stichprobengröße.

^d Abstufung um eine Stufe aufgrund von mgl. Einschränkungen im Randomisierungs- und Verblindungsprozess sowie einer selektiven Endpunktberichterstattung.

*Qualität der Evidenz wurde nach eigener Prüfung neu bewertet (Herabstufung); zudem bewerteten Murphy et al. 2015 die markierten Outcomes ausschließlich auf Grundlage der Einschätzung des Risk of Bias.

Summary of findings: Vergleich Intensive Case Management (ICM) vs. herkömmliche Therapie (TAU) | ICM vs. Nicht-ICM (NICM)

Population: Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen (z.T. komorbider Substanzmissbrauch und Wohnungslosigkeit)

Quelle: Dieterich M, Irving CB, Bergman H, Khokhar MA, Park B, Marshall M. Intensive case management for severe mental illness. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 1. Art. No.: CD007906.

Endpunkt	Datengrundlage & Messwerte	Effektschätzer (95% CI)	Qualität (Vertrauenswürdigkeit) der Evidenz (RCTs)	Kommentare
stationäre Behandlungszeiten (ICM vs. TAU) (nach 24 Monaten)	Basierend auf Daten von 3.595 Patient:innen aus 24 Studien	Mittlere Differenz= -0,86, 95% CI -1,37 bis -0,34 Durchschnittliche Reduzierung um 0.86 Tage im Monate	⊕⊕⊕⊖ Gering ^{a,b}	ICM senkt die stationären Behandlungszeiten ggü. TAU (Unterschied statistisch signifikant) Heterogenität I ² =74%
Behandlungsabbrüche (ICM vs. TAU) (nach mind. 12 Monaten)	Basierend auf Daten von 1.798 Patient:innen aus 13 Studien	Relatives Risiko= 0,68, 95% CI 0,58 bis 0,79	⊕⊕⊕⊖ Gering ^{a,c}	ICM senkt das Risiko für einen vorzeitigen Behandlungsabbruch ggü. TAU (Unterschied statistisch signifikant) Heterogenität I ² =2%
unabhängiges Wohnen (ICM vs. TAU) (nach 36 Monaten)	Basierend auf Daten von 547 Patient:innen aus 1 Studie	Mittlere Differenz -22.2 95% CI -38.5 bis 5.9	⊕⊕⊕⊖ Moderat ^a	ICM erhöht die Wahrscheinlichkeit des unabhängigen Wohnens ggü. der TAU (Unterschied statistisch signifikant) Heterogenität I ² =nicht darstellbar
Sterbefälle (ICM vs. TAU) (alle Ursachen, nach mind. 12 Monaten)	Basierend auf Daten von 1.456 Patient:innen aus 9 Studien	Risk Ratio= 0.84 95% CI [0.48 bis 1.47]	⊕⊕⊕⊖ Moderat ^a	Die Anzahl an Sterbefällen ist in den beiden Gruppen vergleichbar (Unterschied nicht statistisch signifikant) Heterogenität I ² =0%
Zufriedenheit (Patienten) (ICM vs. TAU) (nach mehr als 24 Monaten)	Basierend auf Daten von 423 Patient:innen aus	Mittlere Differenz= 3.23, 95% CI 2.3 bis 4.1	⊕⊕⊕⊖ Moderat ^a	ICM erhöht die Zufriedenheit der Patienten ggü. der TAU

	2 Studien			(Unterschied statistisch signifikant) Heterogenität $I^2=0\%$
stationäre Behandlungszeiten (ICM vs. NICM) (nach 24 Monaten)	Basierend auf Daten von 2.220 Patient:innen aus 21 Studien	Mittlere Differenz= -0.08, 95% CI -0.37 bis 0.21 Durchschnittliche Reduzierung um 0.08 Tage im Monat	⊕⊕⊕⊖ Moderat ^a	ICM senkt die stationären Behandlungszeiten ggü. NICM nur sehr gering (Unterschied statistisch nicht signifikant) Heterogenität $I^2=0\%$
Behandlungsabbrüche (ICM vs. NICM) (nach mind. 12 Monaten)	Basierend auf Daten von 1.970 Patient:innen aus 7 Studien	Relatives Risiko= 0,70, 95% CI 0.52 bis 0.95	⊕⊕⊕⊖ Gering ^{a,c}	ICM senkt das Risiko für einen vorzeitigen Behandlungsabbruch ggü. NICMU (Unterschied statistisch signifikant) Heterogenität $I^2=39\%$
Zufriedenheit (Patienten) (ICM vs. NICM) (nach mehr als 24 Monaten)	Basierend auf Daten von 490 Patient:innen aus 1 Studie	Mittlere Differenz= -0,4, 95% CI -1.25 bis 0.45	⊕⊕⊕⊖ Moderat ^a	ICM hat einen vergleichbaren Effekt auf die Patientenzufriedenheit wie eine Nicht-ICM Intervention (Unterschied statistisch nicht signifikant) Heterogenität I^2 =nicht darstellbar

^a Herabstufung um eine Stufe für das Risiko einer Verzerrung: Einschränkungen im Randomisierungs- und Verblindungsprozess sowie einer selektiven Endpunktberichterstattung.

^b Herabstufung um eine Stufe wegen Inkonsistenz: erhebliche Heterogenität.

^c Herabstufung um eine Stufe wegen selektiver Verzerrung der Berichterstattung über den Fluss der Teilnehmer durch die Studie.

Summary of findings: Vergleich Resource Group Assertive Community Treatment (RACT) vs. herkömmliche Therapie (TAU)Population: Menschen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen FormenkreisQuelle: Nordén T, Malm U, Norlander T. Resource Group Assertive Community Treatment (RACT) as a Tool of Empowerment for Clients with Severe Mental Illness: A Meta-Analysis. Clin Pract Epidemiol Ment Health. 2012;8:144-51. doi: 10.2174/1745017901208010144. Epub 2012 Nov 16. PMID: 23173010; PMCID: PMC3502888.

Endpunkt	Datengrundlage & Messwerte	Effektschätzer (95% CI)	Qualität (Vertrauenswürdigkeit) der Evidenz (RCTs)*	Kommentare
soziale Funktionen	Basierend auf Daten von 400 Patient:innen aus 6 Studien (Global Assessment of Functioning; GAF)	Cohen's d =0.93 [95% CI: -0.10 bis 1.96]	⊕⊕⊕⊖ moderat	RACT führt zu einer Verbesserung der sozialen Funktionen (keine Angabe zu statistischer Signifikanz); Effektstärke groß Heterogenität I ² =k. A.
Symptomschwere	Basierend auf Daten von 400 Patient:innen aus 6 Studien (Messinstrumente: k. A.)	Cohen's d=0.57 [95% CI: -0.10 bis 1.25]	⊕⊕⊕⊖ moderat	RACT führt zu einer Verbesserung der Symptomatik (keine Angabe zu statistischer Signifikanz); Effektstärke mittel Heterogenität I ² =k. A.
Wohlbefinden	Basierend auf Daten von 345 Patient:innen aus 5 Studien (Messinstrumente: k. A.)	Cohen's d=1.16 [95% CI: 0.26 bis 2.07]	⊕⊕⊕⊖ moderat	RACT führt zu einer Verbesserung des Wohlbefindens (keine Angabe zu statistischer Signifikanz); Effektstärke groß Heterogenität I ² =k. A.

*Bewertung der Qualität der Evidenz wurde durch die Studienautoren durchgeführt

Summary of findings: Vergleich Akutbehandlung im häuslichem Umfeld (HT) vs. herkömmliche Therapie (TAU)

Population: Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung

Quelle: Stulz N, Wyder L, Maeck L, Hilpert M, Lerzer H, Zander E, Kawohl W, Grosse Holtforth M, Schnyder U, Hepp U. Home treatment for acute mental healthcare: randomised controlled trial. Br J Psychiatry. 2020 Jun;216(6):323-330. doi: 10.1192/bjp.2019.31. PMID: 30864532.

Endpunkt	Datengrundlage & Messwerte	Effektschätzer (95% CI)	Qualität (Vertrauenswürdigkeit) der Evidenz (RCTs)	Kommentare
Allgemeine Symptomatik (k. A.)	Basierend auf Daten von 707 Patient:innen aus 1 Studie (Brief Symptom Inventory (BSI))	Durchschnittliche Mittelwertsdifferenz = -0.06, CI 95 % [-0.21 bis 0.09]	⊕⊕⊕⊖ Moderat ^a	Im Hinblick auf die allg. Symptomatik war die Intervention der Kontrollbedingung nicht überlegen. (Unterschied statistisch nicht signifikant)
Soziale Funktionalität (k. A.)	Basierend auf Daten von 707 Patient:innen aus 1 Studie (12 items of the Health of the Nations Outcome Scales (HoNOS))	Durchschnittliche Mittelwertsdifferenz = 0.2, CI 95 % [-0.7 bis 1.0]	⊕⊕⊕⊖ Moderat ^a	Im Hinblick auf die soziale Funktionalität war die Intervention der Kontrollbedingung nicht überlegen. (Unterschied statistisch nicht signifikant)
Behandlungszufriedenheit (k. A.)	Basierend auf Daten von 707 Patient:innen aus 1 Studie (18-item Perception of Care (PoC-18))	Durchschnittliche Mittelwertsdifferenz = -0.02, CI 95 % [-0.06 bis 0.02]	⊕⊕⊕⊖ Moderat ^a	Im Hinblick auf die Behandlungszufriedenheit war die Intervention der Kontrollbedingung nicht überlegen. (Unterschied statistisch nicht signifikant)
Stationäre Betttage (nach 24 Monaten)	Basierend auf Daten von 707 Patient:innen aus 1 Studie	Durchschnittliche stat. Betttage: <u>HT</u> : 41.3 Tage <u>TAU</u> : 59.3 Tage	⊕⊕⊕⊖ Moderat ^a	Im Hinblick auf die Anzahl der stat. Betttage war die Intervention der Kontrollbedingung überlegen. (Unterschied statistisch signifikant)

Verweildauer im Krankenhaus (nach 24 Monaten)	Basierend auf Daten von 707 Patient:innen aus 1 Studie	Durchschnittliche stat. Verweildauer: <u>HT</u> : 9.9 Tage <u>TAU</u> : 7.9 Tage	⊕⊕⊕⊖ Moderat ^a	Im Hinblick auf die stat. Verweildauer war die Intervention der Kontrollbedingung nicht überlegen. (Unterschied statistisch nicht signifikant)
Stationäre Aufnahme/Aufnahme in häusl. Akutbehandlung (nach 24 Monaten)	Basierend auf Daten von 707 Patient:innen aus 1 Studie	Durchschnittliche stat. Aufnahmen/Aufnahmen in häusl Akutbehandlung: <u>HT</u> : 1.86 <u>TAU</u> : 1.93	⊕⊕⊕⊖ Moderat ^a	Im Hinblick auf die stat. Aufnahmen/Aufnahmen in häusl Akutbehandlung war die Intervention der Kontrollbedingung nicht überlegen. (Unterschied statistisch nicht signifikant)

^aAbstufung um eine Stufe aufgrund von möglichen Verzerrungen bei der Behandlungszuteilung.

Summary of findings: Vergleich Akutbehandlung im häuslichem Umfeld (HT) vs. herkömmliche Therapie (TAU)

Population: Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung

Quelle: Cornelis J, Barakat A, Blankers M, Peen J, Lommerse N, Eikelenboom M, Zoeteman J, Van H, Beekman ATF, Dekker J. The effectiveness of intensive home treatment as a substitute for hospital admission in acute psychiatric crisis resolution in the Netherlands: a two-centre Zelen double-consent randomised controlled trial. Lancet Psychiatry. 2022 Aug;9(8):625-635. doi: 10.1016/S2215-0366(22)00187-0. Epub 2022 Jun 30. PMID: 35779532.

Endpunkt	Datengrundlage & Messwerte	Effektschätzer (95% CI)	Qualität (Vertrauenswürdigkeit) der Evidenz (RCTs)	Kommentare
Anzahl Aufnahmetage für häusliche Behandlung (nach 12 Monaten)	Basierend auf Daten von 246 Patient:innen aus 1 Studie	<u>HT</u> : 42.47 Tage <u>TAU</u> : 67.02 Tage	⊕⊕⊕⊖ Moderat ^a	Im Hinblick auf die Anzahl an Aufnahmetagen für häusliche Behandlung war die Intervention der Kontrollbedingung überlegen. (Unterschied statistisch signifikant)
Anzahl Patienten, die stationär aufgenommen wurden (nach 12 Monaten)	Basierend auf Daten von 246 Patient:innen aus 1 Studie	<u>HT</u> : n=123 (67%) <u>TAU</u> : n=48 (76%)	⊕⊕⊕⊖ Moderat ^a	Im Hinblick auf die Anzahl an Patienten, die stat. aufgenommen wurden war die Intervention der Kontrollbedingung nicht überlegen. (Unterschied statistisch nicht signifikant)
Anzahl an stat. Aufnahmen (nach 12 Monaten)	Basierend auf Daten von 246 Patient:innen aus 1 Studie	<u>HT</u> : 1.03 (SD 1.09) <u>TAU</u> : 1.19 (SD 1.16)	⊕⊕⊕⊖ Moderat ^a	Im Hinblick auf die Anzahl an stat. Aufnahmen war die Intervention der Kontrollbedingung nicht überlegen. (Unterschied statistisch nicht signifikant)
Anzahl unfreiwilliger stat. Aufnahmen	Basierend auf Daten von 246 Patient:innen aus 1 Studie	<u>HT</u> : 0.72 (SD 0.81) <u>TAU</u> : 0.69 (SD 0.72)	⊕⊕⊕⊖ Moderat ^a	Im Hinblick auf die Anzahl an unfreiwilligen stat. Aufnahmen war die Intervention der Kontrollbedingung nicht überlegen. (Unterschied statistisch nicht signifikant)
Allg. Symptomatik (nach 12 Monaten)	Basierend auf Daten von 246 Patient:innen aus 1 Studie (BPRS)	Durchschnittliche Mittelwertsdifferenz = 0.00 (SD 1.05)	⊕⊕⊕⊖ Moderat ^a	Im Hinblick auf die allg. Symptomatik war die Intervention der Kontrollbedingung nicht überlegen.

				(Unterschied statistisch nicht signifikant)
Lebensqualität (nach 12 Monaten)	Basierend auf Daten von 246 Patient:innen aus 1 Studie (EuroQol 5)	Durchschnittliche Mitteldifferenz = -0.04 (SD 0.59)	⊕⊕⊕⊖ Moderat ^a	Im Hinblick auf die Lebensqualität war die Intervention der Kontrollbedingung nicht überlegen. (Unterschied statistisch nicht signifikant)
Behandlungszufriedenheit (nach 12 Monaten)	Basierend auf Daten von 246 Patient:innen aus 1 Studie (Client Satisfaction Questionnaire)	Durchschnittliche Mitteldifferenz = 0.10 (SD 1.61)	⊕⊕⊕⊖ Moderat ^a	Im Hinblick auf Behandlungszufriedenheit war die Intervention der Kontrollbedingung nicht überlegen. (Unterschied statistisch nicht signifikant)

^aHerabstufung um eine Stufe aufgrund von möglichen Verzerrungen bei der Zuteilung der Teilnehmer in die jeweilige Gruppe.

D) Case Management

Anlage Methodenreport

Bereich: Nicht-intensives Case Management

Klinisch relevante Fragestellung: Welche Gestaltungs- und Steuerungsmöglichkeiten in der Behandlung schwer psychisch kranker Menschen in der Gemeinde – hier konkret Formen eines nicht-intensiven und nicht-teambasierten Case Managements außerhalb der Klinik - haben sich in randomisiert kontrollierten Studien hinsichtlich

- a) Recovery-orientierter Outcomes (klinisch [z.B. Symptomschwere, Erkrankungsrückfälle], funktional [z.B. Arbeit], persönlich [z.B. LQ, Empowerment]) sowie
- b) hinsichtlich behandlungsassoziierter Merkmale (z.B. stationäre Wiederaufnahmen, Inanspruchnahmeverhalten, Behandlungsabbrüche, Behandlungszufriedenheit) als wirksam erwiesen?

PICO-Schema

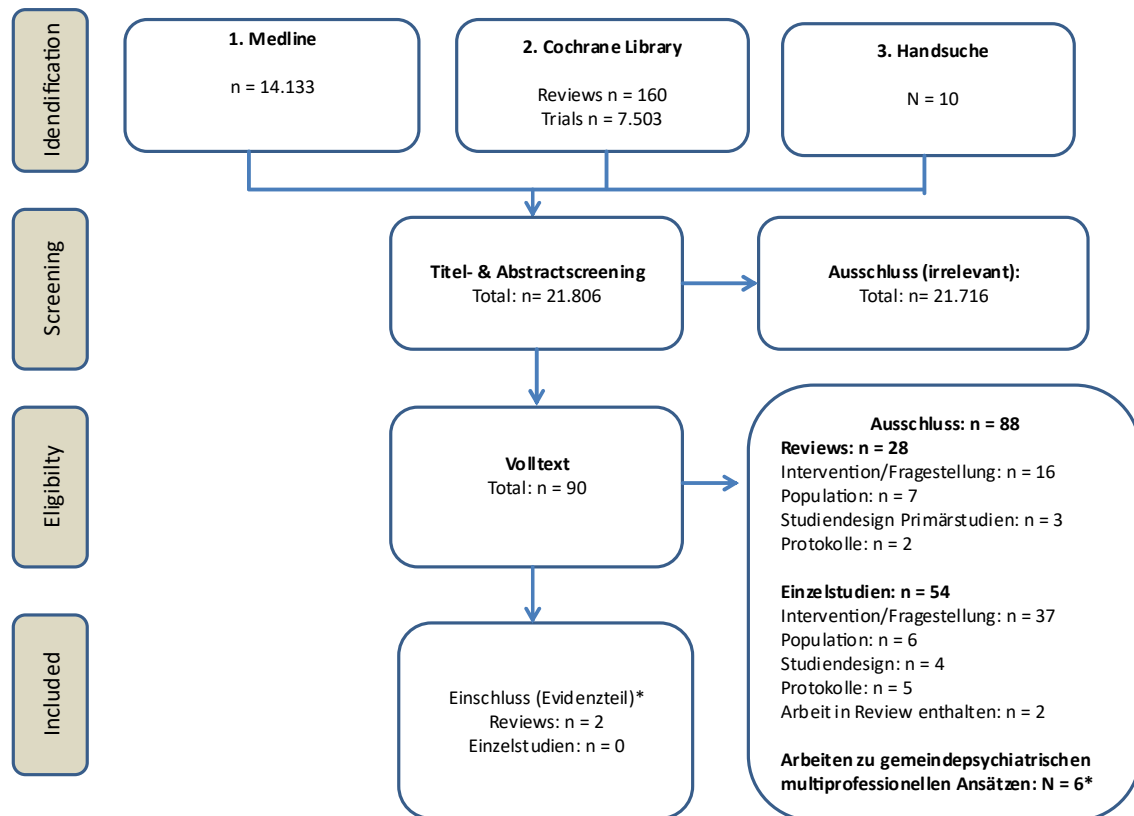
Patient(in)	Intervention*	Vergleichsintervention	Outcome	Studiendesign (S) Suchzeitraum (T)
Patient:innen mit schwerer psychischer Erkrankung zwischen 18 und 65 Jahren (Definition lt. LL/Einleitung)	Case Management - nicht-teambasiert - nicht-intensiv	Alle aktiven (Vergleichs-)Interventionen, sowie Wartegruppen-Designs als auch herkömmliche Versorgungsgegebenheiten (Routinebehandlung- bzw. -versorgung)	a) Recovery-orientierte Indikatoren: Symptomatik, Empowerment, Lebensqualität, Teilhabemöglichkeiten, psychosoziales Funktionsniveau b) Behandlungsassozierte MM: Behandlungszufriedenheit, Behandlungskontinuität, Inanspruchnahme-verhalten	S: 1.systematische Reviews und Metaanalysen aus RCTs 2.Einzelstudien (RCTs) T: 11.08.2010 bis 15.05.2022

*Die Suche erfolgte hier umfangreicher (s. Suchprotokolle); extrahiert und bewertet wurden im Rahmen dieser Fragestellung nur die Arbeiten zu den hier benannten Interventionen.

Systematische Literaturrecherche

Suchprotokolle s. Abschnitt „gemeindepsychiatrische multiprofessionelle Behandlung“

Flow-Diagramm eingeschlossener Arbeiten



PRISMA Flow-Diagramm: Gemeindepsychiatrische multiprofessionelle Ansätze

*Dieterich et al. (2017) in beiden Kapitel berücksichtigt

Es erfolgte ein zweistufiger Volltextscreeningprozess:

1. Identifikation von relevanten Übersichtsarbeiten
2. Identifikation von relevanten RCTs in Ergänzung zu den eingeschlossenen Übersichtsarbeiten

Extraktion systematische Reviews / Meta-Analysen (aktueller Einschluss)

Dieterich, M.; Irving, C. B.; Bergman, H.; Khokhar, M. A.; Park, B.; Marshall, M. (2017): Intensive case management for severe mental illness. In: *Cochrane Database Syst Rev* Issue 1. Art. No.: CD007906. DOI: 10.1002/14651858.CD007906.pub3

Extraktion & Bewertung s. Abschnitt „Intensive aufsuchende Behandlung“

Titel	Care Management for Serious Mental Illness: A Systematic Review and Meta-Analysis
Autoren	Lim CT, Caan MP, Kim CH, Chow CM, Leff HS, Tepper MC
Jahr	- 2022
Journal	- Psychiatric Services
Fragestellung / Zielsetzung	- In der Metaanalyse und dem Review werden die Auswirkungen von Versorgungsmanagement auf klinische Outcomes, Inanspruchnahme von Akutversorgung, Kosten und Zufriedenheit von Erwachsenen mit schweren psychischen Erkrankungen untersucht.
Design	- Review und Metaanalyse
Datenbanken	- Embase, MEDLINE, Web of Science, PsycINFO, CINAHL, Cochrane Database
Zeitraum	- bis zum 22. Oktober 2018
Eingeschlossene Studientypen	- Metaanalyse: ausschließlich randomisierte kontrollierte Studien (RCT; n=12) - Review: RCTs und weitere Studiendesigns (n=28)
Autoren eingeschlossener Arbeiten (nur RCTs)	n=12 RCTs in die Metaanalyse eingeschlossen (aus 15 Artikeln) - Bjorkman, 2002 - Chatterjee, 2014 - Gelkopf, 2016 - Kilbourne, 2012 - Kilbourne, 2013 - Litchenberg, 2008 - Malakouti, 2016 - Marshall 1995/Gray, 1997 - Puschner, 2011 - Simon, 2005/Simon, 2006 - Speyer, 2016/Jakobsen, 2017 - Varga, 2018
weitere relevante Einschlusskriterien	- Erwachsene jeden Alters mit SMI - Die Intervention musste zur vorher festgelegten Definition von Care Management passen („an individual performing assessment, care planning, and coordination of care (including service referral) at least partly in the outpatient setting and a nonteam-based model of service) - Die primären Aufgaben der Care Manager waren nicht Psychopharmakologie, Psychotherapie oder Medikamentenverabreichung)
relevante Ausschlusskriterien	- Studien mit Peer-Interventionen

Qualitätsbewertung durchgeführt	- Anhand einer Adaptation der Newcastle-Ottawa Quality Assessment Scale
Für welche Patienten / Subgruppen Aussagen getroffen?	- Keine
Gemessene Outcomes	– Psychiatrische Symptome – Allgemeine medizinische Gesundheitssymptome (nur im Review) – Psychische Lebensqualität – Physische Lebensqualität – Globale Lebensqualität – Patientenzufriedenheit – Gesamtkosten der Gesundheitsversorgung – Zahl stationärer psychiatrischer Krankenhausaufenthalte – Zahl stationärer psychiatrischer Krankenhaustage – Zahl der Besuche in der Notaufnahme (nur im Review)
Ergebnisse (nur für RCTs)	Metaanalysen <u>Allgemein:</u> Anzahl Teilnehmende: – n= 3960 (49-1729 Teilnehmende je Studie) – Durchschnittsalter zwischen 36 und 52,8 Jahren Länder: – United States (3 RCTs) – Schweden (1 RCT) – Indien (1 RCT) – Israel (2 RCTs) – Iran (1 RCT) – U.K. (1 RCT) – Deutschland (1 RCT) – Dänemark (1 RCT) – Ungarn (1 RCT) Art der Erkrankung (mehrere in einer Metaanalyse möglich) – Schizophrenie: 10 RCTs – Bipolare Störung: 4 RCTs – Nicht-SMI: 5 RCTs Dauer der Interventionen (Durchschnitt) aller Studien (k=28) – 16,3 Monate (SD=14.6) Setting – Wohnungslos oder Notunterkunft: 1 RCT – Standardmäßige ambulante psychiatrische Dienste oder kommunale Gesundheitsdienste am Studienort: 10 RCTs – In U.S. Veteranen-Klinik: 1 RCT Interventions- und Kontrollgruppen: – Interventionsgruppe: ambulante Standardversorgung plus die Care Management Intervention – Kontrollgruppe: ambulante Standardversorgung Ergebnisse

- Psychiatrische Symptome: Positive Effekte zugunsten des Care Managements bei geringer Effektstärke (11 RCTs, Hedges' $g = 0.15$, $p = 0.03$)
- Psychische Lebensqualität: Positive Effekte zugunsten des Care Managements bei geringer Effektstärke (3 RCTs, Hedges' $g = 0.26$, $p = 0.04$)
- Globale Lebensqualität: Positive Effekte zugunsten des Care Managements bei geringer Effektstärke (5 RCTs, Hedges' $g = 0.13$, $p = 0.0002$)
- Zahl stationärer psychiatrischer Krankenhaustage: Geringe aber signifikante Reduktion in der CM-Gruppe (4 RCTs, Hedges' $g = 0.16$, $p = 0.02$)
- Zahl stationärer psychiatrischer Krankenhausaufenthalte: Kein signifikanter Effekt
- Patientenzufriedenheit: Großer Effekt zugunsten der CM-Gruppe (2 RCTs, Hedges' $g = 0.92$, $p = 0.001$)
- Gesamtkosten der Gesundheitsversorgung: Großer Effekt zugunsten der Kontrollgruppe (2 RCTs, Hedges' $g = -1.07$, $p = 0.02$)

Statistisch signifikante Heterogenität

- Psychiatrische Symptome ($I^2 = 63,4\%$, $Q = 27,3$, $p = 0.002$)
- Gesamtkosten der Gesundheitsversorgung ($I^2 = 87,1\%$, $Q = 7,7$, $p = 0.002$)

Bemerkungen

- CM geht mit geringeren psychiatrischen Symptomen (Heterogenität vorhanden) und höherer Lebensqualität (Heterogenität nicht vorhanden) für Menschen mit SMI einher
- Heterogenität innerhalb der Studien hinsichtlich Geografie, Zeitpunkt und Population
- Signifikanter Effekt hinsichtlich der Gesamtkosten ist mit Vorsicht zu betrachten, da hierfür die Ergebnisse von zwei relativ kleinen Studien aggregiert wurden (zusätzlich gibt es keine einheitliche Berechnung der Kosten, hierfür sind Kosten-Nutzen-Analysen notwendig)
- Die Details hinsichtlich der CM-Intervention sind häufig nicht umfassend genug, sodass die entscheidenden Komponenten der Interventionen nicht herausgefiltert werden können – hierzu bedarf es weiterer Forschung
- Analysen hatten zu wenig Power, um Subgruppen-Aussagen zu treffen
- Die meisten eingeschlossenen Studien waren durch geringe Erfassungs-, Antwort- und Expositionsdaten eingeschränkt

Die Metaanalyse zeigte eine Verbesserung einiger Outcomes zugunsten der CM-Intervention. Weitere Forschung ist nötig, um Aussagen hinsichtlich der wirksamen Komponenten von CM-Interventionen treffen zu können. Darüber hinaus sollten Subgruppen-Analysen Aufschluss über die Effektivität in bestimmten Kontexten, Populationen und Arten des CM geben.

Tabellen aggregierte Evidenz

Tabelle: Übersicht aggregierter Evidenz zur Wirksamkeit von nichtintensivem Case Management

Autoren Jahr	Anzahl eingeschlossener Studien Land	Diagnosen Anzahl	Intervention	Kontroll-intervention	Studien- und Follow up
Dieterich et al. 2017	40 RCTs ¹⁴ USA, Australien, Kanada, UK, Schweden, Dänemark, Niederlande	Schwere psychische Erkrankungen, z.T. komorbider Substanzmissbrauch und Wohnungslosigkeit N=7.524	Intensive Case Management (ICM)*	- Herkömmliche Behandlung (k=28) - CM mit hohem Betreuungsschlüssel (>20 Pat./pro Mitarbeiter, k=11) - TAU und CM (k=1)	Studiendauer: - Bis zu 6 Monaten (k=1) - bis 12 Monate (k=9) - bis 4 Jahre (k=29, MW = 23,5 Monate)
Lim et al. 2022	28 Studien, davon 12 RCTs ¹⁵ in Metaanalyse USA, Schweden, Indien, Israel, Iran, U.K., Deutschland, Dänemark, Ungarn	Schwere psychische Erkrankungen, z.T. komorbider Substanzmissbrauch und Wohnungslosigkeit N=3.960	Case Management* (definiert durch Bedarfserhebung, Behandlungsplanung und -koordination)	Herkömmliche ambulante Behandlung	Dauer der Interventionen (Durchschnitt) aller Studien (k=28): 16,3 Monate (SD=14.6)

*CM konnte auch spezifische Angebote enthalten, z.B. Psychoedukation, Fertigkeitentraining, Beratung und durch verschiedene Professionen erbracht werden (häufig durch Angehörige der Psychiatrischer Pflege sowie Sozialarbeiter:innen)

¹⁴ Aberg-Wistedt-Sweden 1995, Audini-UK 1994, Bjorkman-Sweden 2002, Bond-Chicago1 1990, Bond-Indiana1 1988, Bush-Georgia 1990, Chan-Hong Kong 2000, Chandler-California1, Curtis-New York 1992, Cusack-North Carolina, Drake-NHamp 1998, Essock-Connecticut1 1995, Essock-Connecticut2 2006, Ford-UK 1995, Hampton-Illinois 1992, Harrison-Read-UK 2000, Herinckx-Oregon 1996, Holloway-UK 1996, Jerrell-SCarolina1 1991, Johnston-Australia 1998, Lehman-Maryland1 1994, Macias-Utah 1994, Marshall-UK 1995, McDonel-Indiana 1997, Morse-Missouri1 1992, Morse-Missouri3 2005, Muijen-UK2 1994, Muller-Clemm-Canada 1996, Okpaku-Tennessee 1997, OPUS-Denmark 1999, Pique-California 1999, Quinlivan-California 1995, REACT-UK 2002, Rosenheck-USA 1993, Salkever-SCarolina 1999, Shern-USA1 2000, Solomon-Pennsylvania 1994, Sytema-Netherlands 1999, Test-Wisconsin 1985, UK700-UK 1999,

¹⁵ Bjorkman, 2002, Chatterjee, 2014, Gelkopf, 2016, Kilbourne, 2012, Kilbourne, 2013, Litchenberg, 2008, Malakouti, 2016, Marshall 1995/Gray, 1997, Puschner, 2011, Simon, 2005/Simon, 2006, Speyer, 2016/Jakobsen, 2017, Varga, 2018

Tabelle: Effekte von nichtintensivem Case Management (aggregierte Evidenz aus RCTs)

	Dieterich et al. 2017	Lim et al. 2022
	ICM vs. CM	CM vs. TAU
<i>Merkmale klinischer Recovery</i>		
↓ Sterbefälle	~	
↓ Symptomschwere		++
<i>Merkmale funktionaler und persönlicher Recovery</i>		
↑ Beschäftigungssituation	~ ¹	
↑ Lebensqualität	~	++
<i>Behandlungsassoziierte Merkmale</i>		
↓ stationäre Behandlungen	~	~
↓ stationäre Behandlungszeiten	+	++
↓ Behandlungsabbrüche	++	
↑ Behandlungszufriedenheit	+	++
<i>Kosteneffektivität</i>		
Kosteneffektivität	~	-

++: signifikanter Vorteil in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe+ : tendenzielle Überlegenheit ohne signifikanten Unterschied in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe, oder kleine Stichprobe, - Effekt zuungunsten der Intervention ~: Ergebnisse vergleichbar in beiden Gruppen ↓: Reduktion, ↑: Erhöhung ¹: Befund aus einer Einzelstudie repliziert

Bewertung der eingeschlossenen Übersichtsarbeiten zu Case Management für Menschen mit schweren psych. Erkrankungen nach der AMSTAR 2 Checkliste

Autor	Lim et al. 2022
AMSTAR-Item	
1. Did the research questions and inclusion criteria for the review include the components of PICO?	ja
2. Did the report of the review contain an explicit statement that the review methods were established prior to the conduct of the review and did the report justify any significant deviations from the protocol?	ja
3. Did the review authors explain their selection of the study designs for inclusion in the review?	ja
4. Did the review authors use a comprehensive literature search strategy?	ja
5. Did the review authors perform study selection in duplicate?	ja
6. Did the review authors perform data extraction in duplicate?	ja
7. Did the review authors provide a list of excluded studies and justify the exclusions?	nein
8. Did the review authors describe the included studies in adequate detail?	ja
9. Did the review authors use a satisfactory technique for assessing the risk of bias (RoB) in individual studies that were included in the review?	nein
10. Did the review authors report on the sources of funding for the studies included in the review?	Ja
11. If meta-analysis was performed did the review authors use appropriate methods for statistical combination of results?	ja
12. If meta-analysis was performed, did the review authors assess the potential impact of RoB in individual studies on the results of the meta-analysis or other evidence synthesis?	nein
13. Did the review authors account for RoB in individual studies when interpreting/ discussing the results of the review?	nein
14. Did the review authors provide a satisfactory explanation for, and discussion of, any heterogeneity observed in the results of the review?	ja
15. If they performed quantitative synthesis did the review authors carry out an adequate investigation of publication bias (small study bias) and discuss its likely impact on the results of the review?	ja
16. Did the review authors report any potential sources of conflict of interest, including any funding they received for conducting the review?	ja
Assessment critical Items*	Kritisch niedrig

*gemeint sind die Nummern 2,4,7,9,11,13,15

Ausgeschlossene Arbeiten

Übersichtsarbeiten

Killaspy H, Harvey C, Brasier C, et al. Community-based social interventions for people with SMI: a systematic review and narrative synthesis of recent evidence. *World Psychiatry* 21:1, 2022: 96-123; doi: 10.1002/wps.20940.

Ausschluss: Intervention

DeLeo K, Maconick L, McCabe R, Broeckelmann E, Sheridan Rains L, Rowe S, Johnson S. Experiences of crisis care among service users with complex emotional needs or a diagnosis of 'personality disorder', and other stakeholders: systematic review and meta-synthesis of the qualitative literature. *BJPsych Open*. 2022 Feb 24;8(2):e53. doi: 10.1192/bjo.2022.1.

Ausschluss: Intervention

Marquant T, Van Nuffel M, Sabbe B, Goethals K. Substance Use Disorders as a Critical Element for Decision-Making in Forensic Assertive Community Treatment: A Systematic Review. *Front Psychiatry*. 2021; 12:777141. doi: 10.3389/fpsyt.2021.777141.

Ausschluss: Population und Setting

Pinho LG, Lopes MJ, Correia T, Sampaio F, Arco HRD, Mendes A, Marques MDC, Fonseca C. J. Patient-Centered Care for Patients with Depression or Anxiety Disorder: An Integrative Review. *Pers Med*. 2021 Aug 10;11(8):776. doi: 10.3390/jpm11080776.

Ausschluss: Population / Review

Heffernan J, McDonald E, Hughes E, Gray R. Tri-Response Police, Ambulance, Mental Health Crisis Models in Reducing Involuntary Detentions of Mentally Ill People: Protocol for a Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Aug 3;18(15):8230. doi: 10.3390/ijerph18158230.

Ausschluss: Protokoll

Miler JA, Carver H, Masterton W, Parkes T, Maden M, Jones L, Sumnall H. What treatment and services are effective for people who are homeless and use drugs? A systematic 'review of reviews'. *PLoS One*. 2021;16(7):e0254729. doi: 10.1371/journal.pone.0254729.

Ausschluss: Population

Fulone I, Barreto JOM, Barberato-Filho S, Bergamaschi CC, Silva MT, Lopes LC. Improving Care for Deinstitutionalized People With Mental Disorders: Experiences of the Use of Knowledge Translation Tools. *Front Psychiatry* 2021;12:575108. doi: 10.3389/fpsyt.2021.575108.

Ausschluss: Intervention (übergreifende Arbeit), keine neue Evidenz

Sheridan Rains L, Echave A, Rees J, Scott HR, Lever Taylor B, Broeckelmann E, Steare T, Barnett P, Cooper C, Jeynes T, Russell J, Oram S, Rowe S, Johnson S. Service user experiences of community services for complex emotional needs: A qualitative thematic synthesis. *PLoS One* 2021;29;16(4):e0248316. doi: 10.1371/journal.pone.0248316.

Ausschluss: Population

Tsai J, Huang M, Petering R, Tiderington E. Graduation practices and outcomes in intensive case management programs for severe mental illness: A systematic review. *Psychiatr Rehabil J* 2022;45(1):61-70. doi: 10.1037/prj0000487.

Ausschluss: Fragestellung

Keynejad R, Spagnolo J, Thornicroft G. WHO mental health gap action programme (mhGAP) intervention guide: updated systematic review on evidence and impact. *Evid Based Ment Health*. 2021 Apr 26;24(3):124-30. doi: 10.1136/ebmental-2021-300254.

Ausschluss: Fragestellung/Intervention

Kim SY, Kim AR. Effectiveness of community-based interventions for patients with schizophrenia spectrum disorders: a study protocol for a systematic review. *Syst Rev*. 2021;10(1):106. doi: 10.1186/s13643-021-01662-0.

Ausschluss: Protokoll

Christian Dalton-Locke, Louise Marston, Peter McPherson, Helen Killaspy. The Effectiveness of Mental Health Rehabilitation Services: A Systematic Review and Narrative Synthesis. *Front Psychiatry*, 2021;11:607933. doi: 10.3389/fpsyt.2020.607933.

Ausschluss: verschiedene Studiendesigns

Martens N, Destoop M, Dom G. Organization of Community Mental Health Services for Persons with a Severe Mental Illness and Comorbid Somatic Conditions: A Systematic Review on Somatic Outcomes and Health Related Quality of Life. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Jan 8;18(2):462. doi: 10.3390/ijerph18020462.

Ausschluss: verschiedene Studiendesigns

Jean-Baptiste Woods, Geva Greenfield, Azeem Majeed, Benedict Hayhoe. Clinical effectiveness and cost effectiveness of individual mental health workers colocated within primary care practices: a systematic literature review. *BMJ Open* 2020;10(12):e042052. doi: 10.1136/bmjopen-2020-042052.

Ausschluss: Intervention/ Setting

Kirsten Kjaer Johansen, Lise Hounsgaard, Tove Faber Frandsen, Frans A J Fluttert, Jens Peter Hansen. Relapse prevention in ambulant mental health care tailored to patients with schizophrenia or bipolar disorder. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 2021 Aug;28(4):549-577. doi: 10.1111/jpm.12716

Ausschluss: Intervention

O Donnell R, Savaglio M, Vicary D, Skouteris H. Effect of community mental health care programs in Australia: a systematic review. *Aust J Prim Health* 2020 Dec;26(6):443-451. doi: 10.1071/PY20147.

Ausschluss: Interventionen, verschiedene Studiendesigns, wenig aktuell, narrativ

Boege I, Schepker R, Fegert JM [From home treatment to psychiatric ward-equivalent treatment (StäB) - A systematic review of outpatient treatment in Germany]. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*. 2020 Sep;48(5):393-406. doi: 10.1024/1422-4917/a000710.

Ausschluss: Population

Natasha Tyler, Nicola Wright, Justin Waring. Interventions to improve discharge from acute adult mental health inpatient care to the community: systematic review and narrative synthesis. *BMC Health Serv Res* 2019;19(1):883. doi: 10.1186/s12913-019-4658-0.

Ausschluss: Intervention

Kromka W, Simpson S. A Narrative Review of Predictors of Adult Mental Health Emergency Department Return Visits and Interventions to Reduce Repeated Use. *J Emerg Med.* 2019;57(5):671-682. doi: 10.1016/j.jemermed.2019.08.005.

Ausschluss: Intervention

Amy Nb Johnston, Melinda Spencer, Marianne Wallis, et al. Interventions for people presenting to emergency departments with a mental health problem: A systematic scoping. *Emerg Med Australas* 2019;31(5):715-729. doi: 10.1111/1742-6723.13335

Ausschluss: Population, Intervention, Design

Storm M, Husebø AML, Thomas EC, Elwyn G, Zisman-Ilani Y. Coordinating Mental Health Services for People with Serious Mental Illness: A Scoping Review of Transitions from Psychiatric Hospital to Community. *Adm Policy Ment Health.* 2019;46(3):352-367. doi: 10.1007/s10488-018-00918-7.

Ausschluss: Intervention

Gomis O, Palma C, Farriols N. Domiciliary intervention in psychosis: a systematic review. *Actas Esp Psiquiatr.* 2017;45(6):290-302.

Ausschluss: verschiedene Interventionen / eingeschlossene Studientypen

McDonagh MS, Dana T, Selph S, Devine EB, Cantor A, Bougatsos C, Blazina I, Grusing S, Fu R, Kopelovich SL, Monroe-DeVita M, Haupt DW. Treatments for Schizophrenia in Adults: A Systematic Review. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2017 Oct. Report No.: 17(18)-EHC031-EF.

Ausschluss: verschiedene Interventionen / eingeschlossene Studientypen

Sukhato K, Lotrakul M, Dellow A, Ittasakul P, Thakkestian A, Anothaisintawee T. Efficacy of home-based non-pharmacological interventions for treating depression: a systematic review and network meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ Open.* 2017;7(7):e014499. doi: 10.1136/bmjopen-2016-014499.

Ausschluss: Population / Intervention / Studiendesigns

Stapleton A, Wright N. The experiences of people with borderline personality disorder admitted to acute psychiatric inpatient wards: a meta-synthesis. *J Ment Health.* 2019 Aug;28(4):443-457. doi: 10.1080/09638237.2017.1340594.

Ausschluss: Intervention / Studiendesigns (qualitativ)

Rodgers M, Dalton J, Harden M, Street A, Parker G, Eastwood A. Integrated care to address the physical health needs of people with severe mental illness: a rapid review. Southampton (UK): NIHR Journals Library; 2016 Apr.

Ausschluss: verschiedene Interventionen / eingeschlossene Studientypen / keine Qualitätsbewertung

Tse S, Tsoi EW, Hamilton B, O'Hagan M, Shepherd G, Slade M, Whitley R, Petrakis M. Uses of strength-based interventions for people with serious mental illness: A critical review. *Int J Soc Psychiatry*. 2016;62(3):281-91. doi: 10.1177/0020764015623970.

Ausschluss: Intervention (CM) / Studiendesigns (Aufnahme in Hintergrundtext)

Molyneaux E, Turner A, Candy B, Landau S, Johnson S, Lloyd-Evans B. Crisis-planning interventions for people with psychotic illness or bipolar disorder: systematic review and meta-analyses. *BJPsych Open*. 2019;5(4):e53. doi: 10.1192/bjo.2019.28.

Ausschluss: Intervention

Einzelstudien

Cook JA, Shore S, Burke-Miller JK, Jonikas JA, Hamilton M, Ruckdeschel B, Norris W, Markowitz AF, Ferrara M, Bhaumik D. Mental Health Self-Directed Care Financing: Efficacy in Improving Outcomes and Controlling Costs for Adults With Serious Mental Illness. *Psychiatr Serv*. 2019 Mar 1;70(3):191-201. doi: 10.1176/appi.ps.201800337.

Ausschluss: Intervention

Brin F S Grenyer, Kate L Lewis, Mahnaz Fanaian, Beth Kotze. Treatment of personality disorder using a whole of service stepped care approach: A cluster randomized controlled trial. *PLoS One* 2018;13(11): e0206472. doi: 10.1371/journal.pone.0206472.

Ausschluss: Intervention

Luo X, Law SF, Wang X, Shi J, Zeng W, Ma X, Chow W, Liu S, Zhao W, Liu X, Yao S, Phillips MR. Effectiveness of an Assertive Community Treatment program for people with severe schizophrenia in mainland China - a 12-month randomized controlled trial. *Psychol Med*. 2019 Apr;49(6):969-979. doi: 10.1017/S0033291718001629.

Ausschluss: Intervention

Li J, Huang YG, Ran MS, Fan Y, Chen W, Evans-Lacko S, Thornicroft G. **Community-based comprehensive intervention** for people with schizophrenia in Guangzhou, China: Effects on clinical symptoms, social functioning, internalized stigma and discrimination. *Asian J Psychiatr*. 2018; 34:21-30. doi: 10.1016/j.ajp.2018.04.017.

Ausschluss: Intervention

Chwastiak LA, Luongo M, Russo J, Johnson L, Lowe JM, Hoffman G, McDonell MG, Wisse B. Use of a Mental Health Center Collaborative Care Team to Improve Diabetes Care and Outcomes for Patients With Psychosis. *Psychiatr Serv*. 2018 Mar 1;69(3):349-352. doi: 10.1176/appi.ps.201700153.

Ausschluss: Intervention

Kivelitz L, Kriston L, Christalle E, Schulz H, Watzke B, Härter M, Götzmann L, Bailer H, Zahn S, Melchior H. Effectiveness of telephone-based aftercare case management for adult patients with unipolar depression compared to usual care: A randomized controlled trial. *PLoS One*. 2017 Oct 27;12(10):e0186967. doi: 10.1371/journal.pone.0186967.

Ausschluss: Population (Schweregrad der Erkrankung)

Castillo EG, Shaner R, Tang L, Chung B, Jones F, Whittington Y, Miranda J, Wells KB. Improving Depression Care for Adults With Serious Mental Illness in Underresourced Areas: Community Coalitions Versus Technical Support. *Psychiatr Serv*. 2018 Feb 1;69(2):195-203. doi: 10.1176/appi.ps.201600514.

Ausschluss: Intervention

Vergunst F, Rugkåsa J, Koshiaris C, Simon J, Burns T. Community treatment orders and social outcomes for patients with psychosis: a 48-month follow-up study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2017 Nov;52(11):1375-1384. doi: 10.1007/s00127-017-1442-5.

Ausschluss: Intervention

Barfar E, Sharifi V, Amini H, Mottaghipour Y, Yunesian M, Tehranidoost M, Sobhebidari P, Rashidian A. Cost-effectiveness Analysis of an Aftercare Service vs Treatment-As-Usual for Patients with Severe Mental Disorders. *J Ment Health Policy Econ*. 2017 Sep 1;20(3):101-110.

Ausschluss: Intervention

Lovell K, Bower P, Gellatly J, et al. Clinical effectiveness, cost-effectiveness and acceptability of low-intensity interventions in the management of obsessive-compulsive disorder: the Obsessive-Compulsive Treatment Efficacy randomised controlled Trial (OCTET). *Health Technol Assess* 2017;21(37):1-132. doi: 10.3310/hta21370.

Ausschluss: Intervention

She S, Deng Y, Chen Y, Wu C, Yi W, Lu X, Chen X, Li J, Li R, Zhang J, Xiao D, Wu H, Ning Y, Zheng Y. Two-stage integrated care versus antipsychotic medication alone on outcomes of schizophrenia: One-year randomized controlled trial and follow-up. *Psychiatry Res*. 2017;254:164-172. doi: 10.1016/j.psychres.2017.04.054.

Ausschluss: Intervention

Sigrunarson V, Moljord IE, Steinsbekk A, Eriksen L, Morken G. A randomized controlled trial comparing self-referral to inpatient treatment and treatment as usual in patients with severe mental disorders. *Nord J Psychiatry*. 2017 Feb;71(2):120-125. doi: 10.1080/08039488.2016.1240231.

Ausschluss: Intervention

Panagioti M, Bower P, Kontopantelis E, et al. Association Between Chronic Physical Conditions and the Effectiveness of Collaborative Care for Depression: An Individual Participant Data Meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2016;73(9):978-89. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2016.1794.

Ausschluss: Population (Schweregrad der Erkrankung)/Intervention

Ines Hungerbuehler, Leandro Valiengo, Alexandre A Loch, Wulf Rössler, Wagner F Gattaz: Home-Based Psychiatric Outpatient Care Through Videoconferencing for Depression: A Randomized Controlled Follow-Up Trial. *JMIR Ment Health* 2016;3(3):e36. doi: 10.2196/mental.

Ausschluss: Population (Schweregrad der Erkrankung)/Intervention

Seyed Kazem Malakouti, Marzieh Nojomi, Arash Mirabzadeh, Yasaman Mottaghipour, Alireza Zahiroddin, Hamed Mohammadi Kangrani. A Comparative Study of Nurses as Case Manager and Telephone Follow-up on Clinical Outcomes of Patients with Severe Mental Illness. *Iran J Med Sci* 2016;41(1):19-27.

Ausschluss: Kontextbezug der Intervention

V Leppänen, H Hakko, H Sintonen, S Lindeman.: Comparing Effectiveness of Treatments for Borderline Personality Disorder in Communal Mental Health Care: The Oulu BPD Study. *Community Ment Health J* 2016;52(2):216-27.

Ausschluss: Intervention

Hanlon C, Medhin G, Dewey ME, Prince M, Assefa E, Shibre T, Ejigu DA, Negussie H, Timothewos S, Schneider M, Thornicroft G, Wissow L, Susser E, Lund C, Fekadu A, Alem A. Efficacy and cost-effectiveness of task-shared care for people with severe mental disorders in Ethiopia (TaSCS): a single-blind, randomised, controlled, phase 3 non-inferiority trial. *Lancet Psychiatry*. 2022;9(1):59-71. doi: 10.1016/S2215-0366(21)00384-9.

Ausschluss: Intervention

Gallinat C, Moessner M, Apondo S, Thomann PA, Herpertz SC, Bauer S. Feasibility of an Intervention Delivered via Mobile Phone and Internet to Improve the Continuity of Care in Schizophrenia: A Randomized Controlled Pilot Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Nov 25;18(23):12391. doi: 10.3390/ijerph182312391.

Ausschluss: Intervention

Kessing LV, Kyster NB, Bondo-Kozuch P, Christensen EM, Vejstrup B, Smidt B, Jørgensen AB, Rosenberg R, Mardosas D, Rasmussen LB, Vinberg M, Hageman I, Faurholt-Jepsen M; CAG Bipolar Study group. Effect of specialised versus generalised outpatient treatment for bipolar disorder: the CAG Bipolar trial - study protocol for a randomised controlled trial. *BMJ Open*. 2021;11(10):e048821. doi: 10.1136/bmjopen-2021-048821.

Ausschluss: Protokoll

Oxford ML, Hash JB, Lohr MJ, Bleil ME, Fleming CB, Unützer J, Spieker SJ. Randomized trial of promoting first relationships for new mothers who received community mental health services in pregnancy. *Dev Psychol*. 2021 Aug;57(8):1228-1241. doi: 10.1037/dev0001219.

Ausschluss: Population

Svenningsson I, Hange D, Udo C, Törnbohm K, Björkelund C, Petersson EL. The care manager meeting the patients' unique needs using the care manager model-A qualitative study of experienced care managers. *BMC Fam Pract*. 2021 Sep 3;22(1):175. doi: 10.1186/s12875-021-01523-8.

Ausschluss: Population (Schweregrad der Erkrankung), Design

Chilman N, Morant N, Lloyd-Evans B, Wackett J, Johnson S. Twitter Users' Views on Mental Health Crisis Resolution Team Care Compared With Stakeholder Interviews and Focus Groups: Qualitative Analysis. *JMIR Ment Health*. 2021;8(6):e25742. doi: 10.2196/25742.

Ausschluss: kein RCT

van Veen M, Koekkoek B, Teerenstra S, Adang E, Mulder CL. Effectiveness and cost effectiveness of interpersonal community psychiatric treatment (ICPT) for people with long-term severe non-psychotic mental disorders: a multi-Centre randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*. 2021;21(1):261. doi: 10.1186/s12888-021-03264-5.

Ausschluss: Intervention

Plappert H, Hobson-Merrett C, Gibbons B, Baker E, Bevan S, Clark M, Creanor S, Davies L, Denyer R, Frost J, Gask L, Gibson J, Gill L, Gwernan-Jones R, Hardy P, Hosking J, Huxley P, Jeffrey A, Jones B, Marwaha S, Pinold V, Planner C, Rawcliffe T, Reilly S, Richards D, Williams L, Birchwood M, Byng R. Evaluation of a primary care-based collaborative care model (PARTNERS2) for people with diagnoses of schizophrenia, bipolar, or other psychoses: study protocol for a cluster randomised controlled trial. *BJGP Open*. 2021;5(3):BJGPO.2021.0033. doi: 10.3399/BJGPO.2021.0033.

Ausschluss: Protokoll/Intervention

Ansam Barakat, Matthijs Blankers, Jurgen E Cornelis, Louk van der Post, Nick M Lommerse, Aartjan T F Beekman, Jack J M Dekker. Police Encounters, Agitation, Diagnosis, and Employment Predict Psychiatric Hospitalisation of Intensive Home Treatment Patients During a Psychiatric Crisis. *Front Psychiatry* 2021;12:602912.

doi: 10.3389/fpsy.2021.602912.

Ausschluss: Fragestellung, Sekundärdatenanalyse

Budi Anna Keliat, Ni Made Riasmini, Novy Helena Catharina Daulima, Erna Erawati. Applying the community mental health nursing model among people with schizophrenia. *Enferm Clin (Engl Ed)* 2020; S1130-8621(20)30521-0. doi: 10.1016/j.enfcli.2020.10.024.

Ausschluss: Intervention/Setting

Dave Carlyle, Robert Green, Maree Inder, Richard Porter, Marie Crowe, Roger Mulder, Chris Frampton. A Randomized-Controlled Trial of Mentalization-Based Treatment Compared with Structured Case Management for Borderline Personality Disorder in a Mainstream Public Health Service. *Front Psychiatry* 2020; 11:561916. doi: 10.3389/fpsy.2020.561916

Ausschluss: Intervention

O'Donnell R, Savaglio M, Fast D, Vincent A, Vicary D, Skouteris H. MyCare study: protocol for a controlled trial evaluating the effect of a community-based intervention on psychosocial, clinical outcomes and hospital admission rates for adults with severe mental illness. *BMJ Open* 2020;10(11): e040610. doi: 10.1136/bmjopen-2020-040610.

Ausschluss: Protokoll/Intervention

Nielsen CM, Hjorthøj C, Killaspy H, Nordentoft M. The effect of flexible assertive community treatment in Denmark: a quasi-experimental controlled study. *Lancet Psychiatry*. 2021;8(1):27-35. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30424-7.

Ausschluss: Design (kein RCT)

Mueller-Stierlin AS, Meixner F, Kohlmann A, Schumacher M, Hänsel A, Pouwels M, Bias N, Hartl S, Reichstein J, Prestin E, Greve N, Becker T, Kilian R. Effectiveness and cost-effectiveness of a community-based mental health care programme (GBV) for people with severe mental illness in Germany: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*. 2020 Jun 30;21(1):598. doi: 10.1186/s13063-020-04492-y.

Ausschluss: Protokoll

Norimoto K, Ikeshita K, Kishimoto T, Okuchi K, Yonemoto N, Sugimoto T, Chida F, Shimoda S, Hirayasu Y, Kawanishi C. Effect of assertive case management intervention on suicide attempters with comorbid

Axis I and II psychiatric diagnoses: secondary analysis of a randomised controlled trial. *BMC Psychiatry*. 2020;20(1):311. doi: 10.1186/s12888-020-02723-9.

Ausschluss: Intervention (ACT/ICM)

Ben F M Wijnen, Filip Smit, Ana Ivičević Uhernik, Ana Istvanovic, Jovo Dedovic, Roumyana Dinolova, Raluca Nica, Robert Velickovski, Michel Wensing, Ionela Petrea, Laura Shields-Zeeman. Sustainability of Community-Based Specialized Mental Health Services in Five European Countries: Protocol for Five Randomized Controlled Trial-Based Health-Economic Evaluations Embedded in the RECOVER-E Program. *JMIR Res Protoc* 2020;9(6):e17454. doi: 10.2196/17454.

Ausschluss: Protokoll

Shields-Zeeman, L; Petrea, I; Smit, F; Walters, BH; Dedovic, J; Kuzman, MR; Nakov, V; Nica, R; Novotni, A; Roth, C; Tomcuk, A; Wijnen, BFM; Wensing, M (2020) Towards community-based and recovery-oriented care for severe mental disorders in Southern and Eastern Europe: aims and design of a multi-country implementation and evaluation study (RECOVER-E). *Int J Ment Health Syst* 2020;14:30. doi: 10.1186/s13033-020-00361-y

Ausschluss: Protokoll/Implementierungsstudie

Lambert M, Karow A, Gallinat J, Lüdecke D, Kraft V, Rohenkohl A, Schröter R, Finter C, Siem AK, Tlach L, Werkle N, Bargel S, Ohm G, Hoff M, Peter H, Scherer M, Mews C, Pruskil S, Lücke J, Härter M, Dirmaier J, Schulte-Markwort M, Löwe B, Briken P, Peper H, Schweiger M, Mösko M, Bock T, Wittzack M, Meyer HJ, Deister A, Michels R, Herr S, Konnopka A, König H, Wegscheider K, Daubmann A, Zapf A, Peth J, König HH, Schulz H. Study protocol for a randomised controlled trial evaluating an evidence-based, stepped and coordinated care service model for mental disorders (RECOVER). In: *BMJ open* 10 (5), e036021. DOI: 10.1136/bmjopen-2019-036021.

Ausschluss: Protokoll

Shanaya Rathod, Kerensa Thorne, Elizabeth Graves, Peter Phiri, Carolyn Asher, Alison Griffiths, Tracy Read, David Kingdon Results of a prospective, mixed methods study to assess feasibility, acceptability and effectiveness of TRIumPH (Treatment and Recovery In Psychosis): an integrated care pathway for psychosis, compared to usual treatment. *BMJ Open*. 2020; 10(4): e033711.

Ausschluss: Population/kein RCT

Errichetti KS, Flynn A, Gaitan E, Ramirez MM, Baker M, Xuan Z. Randomized Trial of Reverse Colocated Integrated Care on Persons with Severe, Persistent Mental Illness in Southern Texas. *J Gen Intern Med*. 2020 Jul; 35(7): 2035–2042.

Ausschluss: Intervention

Gelkopf, M; Lapid, L; Werbeloff, N; Levine, SZ; Telem, A; Zisman-Ilani, Y; Roe, D A strengths-based case management service for people with serious mental illness in Israel: a randomized controlled trial. DOI: [10.1016/j.psychres.2016.04.106](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.04.106)

Ausschluss: Intervention (CM, in aktuellem Review eingeschlossen)

Varga, E; Endre, S; Bugya, T; Tenyi, T; Herold, R (2018) Community-based psychosocial treatment has an impact on social processing and functional outcome in schizophrenia. DOI: [10.3389/fpsyt.2018.00247](https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00247)

Ausschluss: in Review enthalten

Brynmor Lloyd-Evans, Johanna Frerichs, Theodora Stefanidou, Jessica Bone, Vanessa Pinfold, Glyn Lewis, Jo Billings, Nick Barber, Anjie Chhapia, Beverley Chipp, Rob Henderson, Prisha Shah, Anna Shorten, Maria Giorgalli, James Terhune, Rebecca Jones, Sonia Johnson. The Community Navigator Study: Results from a feasibility randomised controlled trial of a programme to reduce loneliness for people with complex anxiety or depression. PLoS One 2020 May 29;15(5):e0233535. doi: 10.1371/journal.pone.0233535. eCollection 2020.

Ausschluss: Intervention

Hengartner, MP; Klauser, M; Heim, G; Passalacqua, S; Andreae, A; Rössler, W; von Wyl, A. Introduction of a Psychosocial Post-Discharge Intervention Program Aimed at Reducing Psychiatric Rehospitalization Rates and at Improving Mental Health and Functioning. Perspect Psychiatr Care 2017 Jan;53(1):10-15. doi: 10.1111/ppc.12131

Ausschluss: kein RCT

Roos, E; Bjerkeset, O; Steinsbekk, A. Health care utilization and cost after discharge from a mental health hospital; an RCT comparing community residential aftercare and treatment as usual. BMC Psychiatry 2018 Nov 12;18(1):363. doi: 10.1186/s12888-018-1941-2.

Ausschluss: Intervention (Schnittstellengestaltung)

Rogers, ES; Maru, M; Kash-MacDonald, M; Archer-Williams, M; Hashemi, L; Boardman, J. A Randomized Clinical Trial Investigating the Effect of a Healthcare Access Model for Individuals with Severe Psychiatric Disabilities. Community Ment Health J 2016 Aug;52(6):667-74. doi: 10.1007/s10597-016-0009-3. Epub 2016 May 2.

Ausschluss: Intervention (Schnittstellengestaltung)

Asher, L; Birhane, R; Weiss, HA; Medhin, G; Selamu, M; Patel, V; De Silva, M; Hanlon, C; Fekadu, A. Community-based rehabilitation intervention for people with schizophrenia in Ethiopia (RISE): results of a 12-month cluster-randomised controlled trial. Lancet Glob Health 2022 Apr;10(4):e530-e542. doi: 10.1016/S2214-109X(22)00027-4.

Ausschluss: Intervention, Setting

Kidd, SA; Mutschler, C; Lichtenstein, S; Yan, S; Virdee, G; Blair, F; Mihalakakos, G; McKinney, C; Collins, A; Guimond, T; George, TP; Davidson, L; Velligan, D; Voineskos, A. A Randomized trial of a brief peer support intervention for individuals with schizophrenia transitioning from hospital to community. Schizophr Res 2021; 231:214-220. doi: 10.1016/j.schres.2021.03.019.

Ausschluss: Intervention (Schnittstellengestaltung)

Cai, Y; Gong, W; He, H; Hughes, JP; Simoni, J; Xiao, S; Gloyd, S; Lin, M; Deng, X; Liang, Z; He, W; Dai, B; Liao, J; Hao, Y; Xu, DR. Mobile Texting and Lay Health Supporters to Improve Schizophrenia Care in a Resource-Poor Community in Rural China (LEAN Trial): randomized Controlled Trial Extended Implementation. J Med Internet Res 2020;22(12):e22631. doi: 10.2196/22631.

Ausschluss: Intervention

Cai, Y; Gong, W; He, W; He, H; Hughes, JP; Simoni, J; Xiao, S; Gloyd, S; Lin, M; Deng, X; Liang, Z; Dai, B; Liao, J; Hao, Y; Xu, DR. Residual Effect of Texting to Promote Medication Adherence for Villagers with Schizophrenia in China: 18-Month Follow-up Survey After the Randomized Controlled Trial Discontinuation. JMIR Mhealth Uhealth 2022 Apr 19;10(4):e33628. doi: 10.2196/33628.

Ausschluss: Intervention

Roizing, MP; Jonsson, A; Koster-Rasmussen, R; Due, TD; Brodersen, J; Bissenbakker, KH; Siersma, V; Mercer, SW; Guassora, AD; Kjellberg, J; Kjellberg, PK; Nielsen, MH; Christensen, I; Bardram, JE; Martiny, F; Moller, A. The SOFIA pilot trial: a cluster-randomized trial of coordinated, co-produced care to reduce mortality and improve quality of life in people with severe mental illness in the general practice setting. *Pilot Feasibility Stud* 2021 Sep 3;7(1):168. doi: 10.1186/s40814-021-00906-z

Ausschluss: Intervention, Protokoll

Kessing, LV; Kyster, NB; Bondo-Kozuch, P; Christensen, EM; Vejstrup, B; Smidt, B; Jorgensen, A-MB; Rosenberg, R; Mardosas, D; Rasmussen, LB; Vinberg, M; Hageman, I; Faurholt-Jepsen, M. Effect of specialised versus generalised outpatient treatment for bipolar disorder: The CAG Bipolar trial-study protocol for a randomised controlled trial. *BMJ Open* 2021 Oct 13;11(10):e048821. doi: 10.1136/bmjopen-2021-048821.

Ausschluss: Intervention, Protokoll

Kravariti, E; Reeve-Mates, C; Da Gama Pires, R; Tsakanikos, E; Hayes, D; Renshaw, S; McAllister, S; Bhavsar, V; Patterson, P; Daley, E; Stewart, J; Pritchard, M; Shetty, H; Ramsay, R; Perez-Iglesias, R; McGuire, P. Effectiveness of automated appointment reminders in psychosis community services: a randomised controlled trial. *BJPsych Open*. 2018 Jan;4(1):15-17. doi: 10.1192/bjo.2017.7.

Ausschluss: Intervention

Moghadam, M; Saed, G; Sohrabi, F; Modaresi, S; Shams-Alizadeh, N. Effectiveness of Psychiatric Home-Care in the Treatment Outcome in Newly Discharged Patients with Schizophrenia- A Randomized Control Trial. *DOAJ* 2022; 26 (7): 97-107. DOI: [10.52547/sjku.26.7.97](https://doi.org/10.52547/sjku.26.7.97)

Ausschluss: Intervention

Cieslak, K; Cather, C; Thorndike, A; Maclaurin, S; Vilme, M; Pachas, G; Schoenfeld, D; Chang, T; Potter, K; Dechert, A; Freudenreich, O; Wexler, D; Evins, AE. Integrated diabetes management for individuals with serious mental illness (SMI). *Schizophr Bull*. 2019; 45(Suppl 2): S327. doi: [10.1093/schbul/sbz020.599](https://doi.org/10.1093/schbul/sbz020.599)

Ausschluss: Intervention

Cechnicki, A; Bielaska, A. The influence of early psychosocial intervention on the long-term clinical outcomes of people suffering from schizophrenia. *Psychiatr Pol* 2017 Feb 26;51(1):45-61. doi: 10.12740/PP/61903.

Ausschluss: Intervention

Li, J-B; Liu, W-I; Huang, M-W. Integrating Evidence-Based Community-Care Services to Improve Schizophrenia Outcomes: a Preliminary Trial. *Arch Psychiatr Nurs* 2016 Feb;30(1):102-8. doi: 10.1016/j.apnu.2015.08.018.

Ausschluss: Intervention

Berghöfer A, Martin L, Hense S, Weinmann S, Roll S. Quality of life in patients with severe mental illness: a cross-sectional survey in an integrated outpatient health care model. *Qual Life Res*. 2020 Aug;29(8):2073-2087. doi: 10.1007/s11136-020-02470-0

Ausschluss: Design

Anwendung von GRADE: Beurteilung der Vertrauenswürdigkeit der Evidenz

Faktoren, die Vertrauenswürdigkeit in die Evidenz verringern können:

- VI. Risiko für Bias
- VII. Inkonsistenz (Effekt in Studien gleich bez. Richtung und Stärke)
- VIII. Indirektheit (Passung Studie und PICO-Frage)
- IX. Ungenauigkeit (Gibt es Unsicherheiten/breite KIs)
- X. Publikationsbias

Summary of findings: Vergleich Intensive Case Management vs. Nicht-intensives Case Management

Population: Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen

Quelle: Dieterich, M.; Irving, C. B.; Bergman, H.; Khokhar, M. A.; Park, B.; Marshall, M. (2017): Intensive case management for severe mental illness. In: *Cochrane Database Syst Rev* Issue 1. Art. No.: CD007906. DOI: 10.1002/14651858.CD007906.pub3

Endpunkt	Datengrundlage & Messwerte	Effektschätzer		Qualität (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz (RCTs))	Kommentare
		Kontrollgruppe ICM	Nicht-intensives Case Management		
Durchschnittliche Anzahl an stationären Behandlungstagen pro Monat (in 24 Monaten)	Absolute Anzahl an stationären Behandlungstagen Basierend auf Daten von 2.220 Patient:innen aus 21 Studien	Mittelwerte Differenz: SMD 0,08 kleiner für ICM (0,37 kleiner bis 0,21 höher)		⊕⊕⊕⊖ Moderat^a	ICM verkürzt stationäre Behandlungszeiten stärker als nicht-intensives CM (Unterschied nicht signifikant)
Durchschnittliche Anzahl an stationären Einweisungen (longterm: bis zu 4 Jahren)	Absolute Anzahl an Einweisungen Basierend auf Daten von 678 Patient:innen aus 1 Studie	Mittelwerte Differenz: SMD 0,18 kleiner für ICM (0,41 kleiner bis 0,05 höher)		⊕⊕⊕⊖ Moderat^a	ICM reduziert stationäre Behandlungen stärker als nicht-intensives CM (Unterschied nicht signifikant)
Behandlungsabbrüche	Absolute Anzahl an vorzeitigen Abbrüchen basierend auf Daten von 1.970 Patient:innen aus 7 Studien	159 von 1.000 Personen	111 von 1.000 Personen	⊕⊕⊖⊖ Gering ^{a,b}	ICM reduziert vorzeitige Behandlungsabbrüche stärker als nicht-intensives CM (Unterschied signifikant, 0=0.02)
		RR 0,70 (0,52 bis 0,95)			
Funktionales Recovery Erwerbsstatus		111 von 1.000 Personen	162 von 1.000 Personen	⊕⊖⊖⊖ Sehr gering ^{a,d}	

(medium term)	In Erwerbstätigkeit (mind. 1 Tag) basierend auf 73 Personen aus 1 Studie	RR 1,46 (0,45 bis 4,74)			ICM verbessert den Erwerbsstatus stärker stärker als nicht-intensives CM (Unterschied ist nicht signifikant)
Unerwünschte Ereignisse Sterbefälle durch Suizid (longterm)	Absolute Anzahl an Sterbefällen basierend auf Daten von 1.152 Personen aus 3 Studien	12 von 1.000 Personen	11 von 1.000 Personen	⊕⊕⊖⊖ Gering ^{a,c}	
		RR 0,88 (0,27 bis 2,84)			

ICM: Intensive Case Management, Nicht-ICM (mit höherem Betreuungsschlüssel von >20 Pat./Mitarbeiter*in):

a Herabstufung um eine Stufe wegen Risk of bias: Randomisierung ungenügend beschrieben, Verblindung problematisch

b Herabstufung um eine Stufe wegen selektiver Verzerrung der Berichterstattung

c Herabstufung um eine Stufe wegen Ungenauigkeit der Effektschätzer

d Herabstufung um je eine Stufe wegen Ungenauigkeit der Effektschätzer und kleinem Stichprobenumfang (N=73)

Summary of findings: Vergleich Nicht-intensives Case Management vs. Herkömmliche Behandlung**Population:** Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen**Quelle:** Lim, Christopher T.; Caan, Marissa P.; Kim, Clara H.; Chow, Clifton M.; Leff, H. Stephen; Tepper, Miriam C. (2022): Care Management for Serious Mental Illness: A Systematic Review and Meta-Analysis. In: *Psychiatric services (Washington, D.C.)* 73 (2), S. 180–187. DOI: 10.1176/appi.ps.202000473.

Endpunkt	Datengrundlage & Messwerte	Effektschätzer		Qualität (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz (RCTs))	Kommentare
		Kontrollgruppe (herkömmliche Behandlung ohne CM)	Nicht-intensives Case Management		
Klinisches Recovery Psychiatrische Symptom-schwere	Poolen von Ergebnissen unterschiedlicher Skalen basierend auf Daten von 3.743 Personen aus 11 Studien	Hedges' g = 0,15 (0,01 bis 0,3)		⊕⊕⊕⊖ Gering ^{a,b}	Positive sign. Effekte zugunsten des Care Managements bei geringer Effektstärke (p=0.03) Hohe Heterogenität (I=63,4)
Persönliches Recovery Psychische Lebensqualität	Poolen von Ergebnissen aus 12-Item/36-Item-Form (SF-12/SF-36) Mental Health Skala basierend auf Daten von 304 Personen aus 3 Studien	Hedges' g = 0,26 (0,02 bis 0,51)		⊕⊕⊕⊕ Moderat^a	Positive Effekte zugunsten des Care Managements bei geringer Effektstärke (p = 0,04)
Persönliches Recovery Globale Lebensqualität	Poolen von Ergebnissen unterschiedlicher Skalen basierend auf Daten von 2.667 Personen aus 5 Studien	Hedges' g = 0,13 (0,05 bis 0,2)		⊕⊕⊕⊖ Gering ^{a,b}	Positive Effekte zugunsten des Care Managements bei geringer Effektstärke (p = 0.0002)
Anzahl stationärer psychiatrischer Krankenhaustage	Anzahl stationärer psychiatrischer Krankenhaustage basierend auf Daten von 1.226 Personen aus 4 Studien	Hedges' g = 0,16 (0,03 bis 0,29)		⊕⊕⊕⊕ Moderat^a	Geringe aber signifikante Reduktion in der CM-Gruppe (p = 0.02)

Patientenzufriedenheit	Poolen von Ergebnissen unterschiedlicher Skalen basierend auf Daten von 198 Personen aus 2 Studien	Hedges' g = 0,92 (0,61 bis 1,22)	⊕⊕⊕⊖ Moderat^a	Großer Effekt zugunsten der CM-Gruppe (p = 0.001)

ICM: Intensive Case Management, Nicht-ICM (mit höherem Betreuungsschlüssel von >20 Pat./Mitarbeiter*in):

a Herabstufung um eine Stufe wegen Risk of bias: Qualitätsbewertung unzureichend (Adaptation der Newcastle-Ottawa Quality Assessment Scale)

b Herabstufung um eine Stufe wegen Inkonsistenz der Effekte

c Herabstufung um eine Stufe wegen Ungenauigkeit der Effektschätzer

d Herabstufung um je eine Stufe wegen Ungenauigkeit der Effektschätzer und kleinem Stichprobenumfang (N=73)

E) Peer Support

Anlage Methodenreport

Bereich: Peer-Support

Klinisch relevante Fragestellung:

Welche Evidenz gibt es für die Wirksamkeit von Ansätzen des Peer-Supports in der Behandlung schwer psychisch kranker Menschen?

Inwieweit haben sich Ansätze des Peer-Supports in randomisiert kontrollierten Studien hinsichtlich Recovery-orientierter Indikatoren (klinisch [z.B. Symptomschwere, Erkrankungsrückfälle], funktional [z.B. soziales Funktionsniveau, Teilhabemöglichkeiten], persönlich [z.B. LQ, Empowerment]) als wirksam erwiesen?

Als Kontrollinterventionen werden alle aktiven (Vergleichs-)Interventionen, sowie Wartegruppen-Designs als auch herkömmliche Versorgungsgegebenheiten (Routinebehandlung bzw. -versorgung) betrachtet.

PICO-Schema

Patient(in)	Intervention*	Vergleichsintervention	Outcome	Studiendesign (S) Suchzeitraum (T)
Patient:innen mit schwerer psychischer Erkrankung zwischen 18 und 65 Jahren (Definition lt. LL/Einleitung)	Peer-Support-Ansätze - Betroffenen-geleitet - Familien-geleitet - Formen gegenseitiger Unterstützung - Peer-Angebote innerhalb bestehender Versorgungsangebote	Alle aktiven (Vergleichs-)Interventionen, sowie Wartegruppen-Designs als auch herkömmliche Versorgungsgegebenheiten (Routinebehandlung- bzw. -versorgung)	c) Recovery-orientierte Indikatoren (klinisch [z.B. Symptomschwere, Erkrankungsrückfälle], d) funktional [z.B. soziales Funktionsniveau, Teilhabemöglichkeiten], e) persönlich [z.B. LQ, Empowerment, Hoffnung, Recovery])	Systematische Reviews und Metaanalysen aus RCTs 01/2017 bis 03/2024

Systematische Literaturrecherche

Suchprotokoll

Database:

EBM Reviews - Cochrane Database of Systematic Reviews <2005 to March 20, 2024>

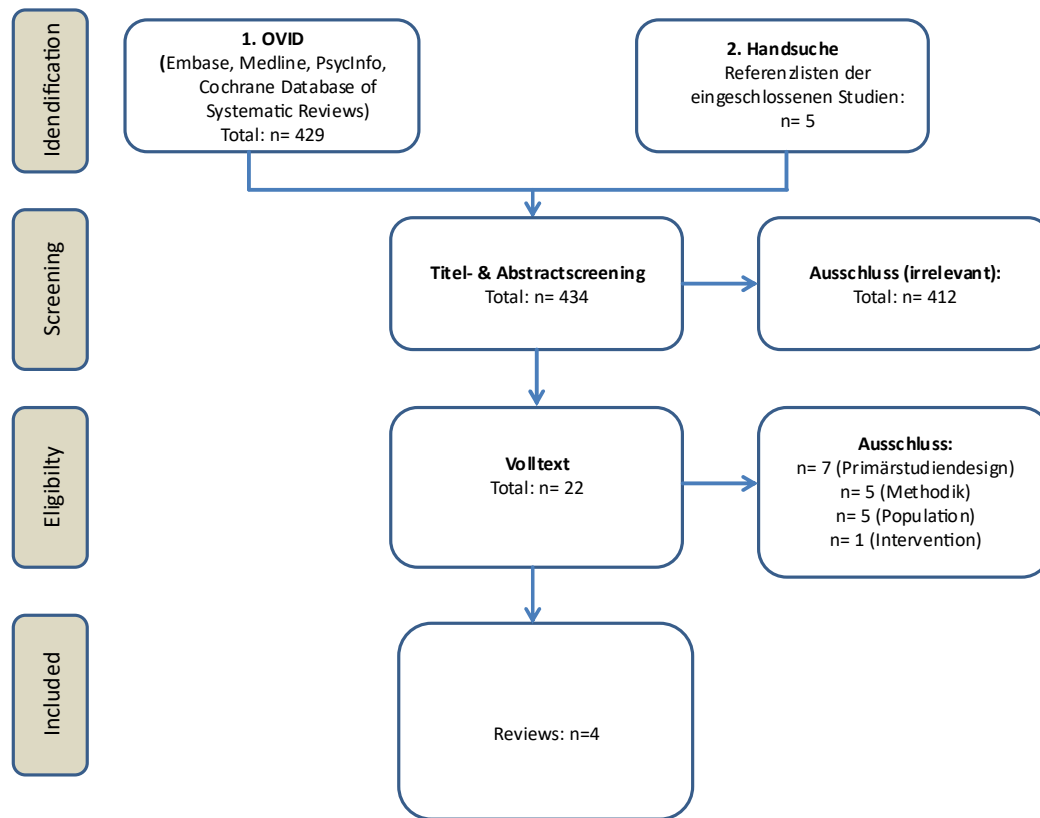
Embase <1974 to 2024 March 22>

Ovid MEDLINE(R) ALL <1946 to March 22, 2024>

APA PsycInfo <1806 to March Week 4 2024>

#	Query	Results from 25 Mar 2024
1	((serious* or sever*) and mental* and disorder*).ab,ti.	132,453
2	((serious* or sever*) and mental* and illness).ab,ti.	70,257
3	((serious* or sever*) and psychiatric and disorder*).ab,ti.	116,177
4	((serious or sever*) and mental and health and problems).ab,ti.	36,187
5	(schizophrenia or psychotic* or paranoid or schizophrenic* or psychosis).ab,ti.	637,529
6	((bipolar and disorder*) or (bipolar and affective and disorder*) or (manic and depression) or (bipolar and depression)).ab,ti.	157,943
7	((personality and disorder*) or (borderline and personality and disorder*)).ab,ti.	136,770
8	schizophrenia/th [Therapy]	21,832
9	depression/th [Therapy]	48,536
10	bipolar disorder/th [Therapy]	8,097
11	(systematic and (review or search*)).ab,ti.	902,729
12	((meta and analysis) or metaanaly* or (meta and analy*) or (scoping and re-view)).ab,ti.	818,618
13	*"systematic review"/	12,160
14	*meta analysis/	18,472
15	(peer and support).ab,ti.	72,130
16	(Peer and (((Support and Service) or Support) and Service)).ab,ti.	7,937
17	(Peer and involvement).ab,ti.	11,419
18	2,162	
19	(Mutual and support).ab,ti.	15,450
20	(Peer and (Mental and health and service*)).ab,ti.	7,936
21	(peer and ((led and research) or counseling or assistance or coach)).ab,ti.	14,600
22	(social adj (support* or network*or advise* or advice* or counsel*)).ab,ti.	184,040
23	1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10	1,091,674
24	11 or 12 or 13 or 14	1,315,396
25	15 or 16 or 17 or 18 or 19 or 20 or 21 or 22	281,957
26	23 and 24 and 25	1,118
27	remove duplicates from 26	613
28	2017-2024	429

Flow-Diagramm eingeschlossener Arbeiten



PRISMA Flow-Diagramm: Peer Support

Literatur NEU: Smit et al. 2023, Chien et al. 2019, Lyons et al. 2021, Wang et al. 2022

Extraktionstabellen Übersichtsarbeiten zu Peer Support

Titel	The effectiveness of peer support for individuals with mental illness: systematic review and meta-analysis	
Autoren	Dorien Smit, Clara Miguel, Janna N. Vrijzen, Bart Groeneweg, Jan Spijker, Pim Cuijpers	
Jahr	– 2022	
Journal	– Psychological Medicine	
Fragestellung / Zielsetzung	– Die Arbeit untersucht die Auswirkungen von Peer Support bei Personen mit psychischen Erkrankungen. Dabei werden insbesondere Effekte hinsichtlich klinischer und persönlicher Outcomes sowie von funktioneller Recovery in den Fokus gerückt.	
Design	– Systematischer Review mit Meta-Analyse	
Datenbanken	– PubMed, Embase, and PsycINFO	
Zeitraum	– bis Dezember 2020	
Eingeschlossene Studientypen	– randomisierte kontrollierte Studien (RCT; n=30)	
Autoren eingeschlossener Arbeiten (nur RCTs)	n=30: – Boevink et al. 2016 – Boevink et al. 2016 – Castelein et al. 2008 – Cook et al. 2012a – Cook et al. 2012b – Corrigan et al. 2018 – Corrigan et al. 2017 – Craig et al. 2004 – Davidson et al. 2004 – Dennis et al. 2003 – Dennis et al. 2009 – Gjerdingen et al. 2013 – Griffiths et al. 2012 – Johnson et al. 2018 – Kaplan et al. 2011 – Letourneau et al. 2011 – Ludman et al. 2007 – Mahlke et al. 2017 – O'Connell et al. 2018 – Pfeiffer et al. 2019 – Ranzenhofer et al. 2020 – Rivera et al. 2007 – Rogers et al. 2016 – Rüsch et al. 2014 – Russinova et al. 2014 – Salzer et al. 2016 – Shorey et al. 2019 – Solomon et al. 1995 – van Gestel-Timmermans et al. 2012 – Field et al. 2013 – Mathews et al. 2018	
weitere relevante Einschlusskriterien	– klinische oder selbst angegebene Diagnose einer psychischen Störung	
relevante Ausschlusskriterien	– Intervention teilweise oder gemeinsam von einem Nicht-Peer (z. B. einem medizinischen Laienhelfer) durchgeführt wurde, – Teilnehmer, bei denen der Schwerpunkt auf Substanzkonsum lag, – Personen mit psychischen Erkrankungen aufgrund ihres Berufs (z. B. Veteranen)	

Qualitätsbewertung durchgeführt	– Ja (Cochrane Risk of bias Tool)
Für welche Patienten / Subgruppen Aussagen getroffen?	– Patienten mit SMI – Patienten mit Depression
Gemessene Outcomes	– klinische (z. B. Symptomatik) – Recovery (persönliche und funktionelle)
Ergebnisse	<u>Allgemein:</u> Verteilung nach Ländern: – Amerika (n=18), Kanada (n=3), Europa (n=6), sonstige (n=3) Anzahl Teilnehmer: – n= 4.689 (Min. 25/Max. 612) Dauer der Interventionen (Spannweite): – 6 Wochen bis 12 Monate Interventionsgruppe: – Einzelintervention (n=17) – Gruppenmeetings (n=12) – sonstiges (n=1) Vergleichs-/Kontrollgruppe: – Herkömmliche Therapie oder Placebo (n=16) – Warteliste (n=9) – sonstiges (n=5) <u>Peer Support Intervention (PSI) vs. herkömmliche Therapie (HT) oder Warteliste (WL) (n=14)</u> Klinische Recovery: – stat. signifikante Unterschiede zwischen einer PSI und der Kontrollgruppe (Hedges g= 0,18 95% CI [0,1-0,26], p<0,001) <u>Peer Support Intervention (PSI) vs. herkömmliche Therapie (HT) oder Warteliste (WL) (n=17)</u> Persönliche Recovery: – stat. signifikante Unterschiede zwischen einer PSI und der Kontrollgruppe (Hedges g= 0,15 95% CI [0,02-0,28], p=0,02) <u>Peer Support Intervention (PSI) vs. herkömmliche Therapie (HT) oder Warteliste (WL) (n=14)</u> Funktionelle Recovery: – stat. signifikante Unterschiede zwischen einer PSI und der Kontrollgruppe (Hedges g= 0,18 95% CI [0,1-0,26], p<0,001)
Bemerkungen	Erstens unterschieden sich die Maßstäbe für die klinische, persönliche und funktionelle Erholung in den Studien erheblich. Zweitens waren die Langzeiteffekte auf kleinere Stichproben von Studien mit einem Follow-up von bis zu 12 Monaten beschränkt. Drittens ist eine wesentliche Einschränkung von dieser Studie das hohe Risiko der Verzerrung für die Mehrheit der Studien.

Titel	A systematic review and meta-analysis of group peer support interventions for people experiencing mental health Conditions
Autoren	Natasha Lyons , Chris Cooper und Brynmor Lloyd-Evans
Jahr	– 2021
Journal	– BMC Psychiatry
Fragestellung / Zielsetzung	– Die Arbeit zielt darauf ab, die Evidenz aus randomisierten kontrollierten Studien zur (RCTs) Wirksamkeit von Peer-Gruppenunterstützung zur Verbesserung der Ergebnisse für Menschen mit psychischen Erkrankungen narrativ und quantitativ zusammenzufassen; insbesondere Ergebnisse, die für die persönliche und klinische Genesung, die Inanspruchnahme von Akutdiensten und soziale Indikatoren für die Genesung sowie für die soziale Unterstützung und Beschäftigung, relevant sind.
Design	– Systematischer Review mit Meta-Analyse
Datenbanken	– PsycINFO, MEDLINE, Embase (via OVID interface) – Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL) (via Wiley interface) – zudem: ClinicalTrial.gov und the World Health Organization International Clinical Trials Registry platform, kontaktieren von korrespondierenden Autoren sowie Referenzlisten der eingeschlossenen Arbeiten
Zeitraum	– k. A.
Eingeschlossene Studientypen	– randomisierte kontrollierte Studien (n=8)
Autoren eingeschlossener Arbeiten (nur RCTs)	n=8: – Ben-Zeev et al. 2018 – Cook et al. 2012a – Cook et al. 2012b – Eisen et al. 2012 – Kaplan et al. 2011 – Corrigan et al. 2015 – Rüscher et al. 2014 – Russinova et al. 2014
weitere relevante Einschlusskriterien	– Inanspruchnahme von psychosozialen Diensten, der Unterstützung ausschließlich für Menschen mit psychischen Erkrankungen anbietet – eine klinische Diagnose im Rahmen der ICD (psychiatrischen Störungen)
relevante Ausschlusskriterien	– Teilnehmer mit organischen oder neurologischen Erkrankungen wie Demenz – typischerweise in der Kindheit diagnostizierten Störungen wie Verhaltensstörungen oder Entwicklungsstörungen wie Autismus

Qualitätsbewertung durchgeführt	– ja (Cochrane Risk of Bias Tool)
Für welche Patienten / Subgruppen Aussagen getroffen?	– Personen mit SMI – strukturierte vs. unstrukturierte Interventionen
Gemessene Outcomes	– persönliche Recovery – klinische Recovery – soziale Outcomes – Inanspruchnahme von akuten Versorgungsangeboten
Ergebnisse	<u>Allgemein:</u> Verteilung nach Ländern: – USA (n=7), Schweiz (n=1) Anzahl Teilnehmer: – n= 2.131 (Min. 82/Max. 555) Dauer der Interventionen (Spannweite): – 3 Wochen bis 12 Monate Interventionsgruppen: – strukturierte Interventionen (n=7; bspw. Selbstmanagementansätze zur Verbesserung von Coping Strategien oder zur Reduzierung der Stigmatisierung) – unstrukturierte Intervention (n=1) Vergleichs-/Kontrollgruppen: – Herkömmliche Therapie oder active Kontrollgruppe Post-Intervention <u>Peer Support Intervention (PSI) vs. Kontrollgruppe (KG)</u> <u>Recovery:</u> – stat. signifikante Unterschiede zwischen einer PSI und den Kontrollgruppen (n=5; SMD=0,18 95% CI [-0,07 bis 0,29], p= 0,002) <u>Hope:</u> – keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen einer PSI und den Kontrollgruppen (n=3; MD=0,18 95% CI [-0,34 bis 0,69], p= 0,5) <u>Empowerment:</u> – keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen einer PSI und den Kontrollgruppen (n=4; SMD=0,17 95% CI [-0,07 bis 0,4], p= 0,17) <u>Globale Symptomatik:</u> – keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen einer PSI und den Kontrollgruppen (n=3; SMD=-0,13 95% CI [-0,27 bis 0,01], p= 0,07) <u>Depression:</u>

	– keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen einer PSI und den Kontrollgruppen (n=4; SMD=-0,09 95% CI [-0,22 bis 0,04], p= 0,18) Follow-Up (3 Wochen bis 6 Monate) <u>Recovery:</u> – stat. signifikante Unterschiede zwischen einer PSI und den Kontrollgruppen (n=4; SMD=0,21 95% CI [0,08 bis 0,34], p= 0,002) <u>Empowerment:</u> – keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen einer PSI und den Kontrollgruppen (n=3; SMD=0,13 95% CI [-0,05 bis 0,31], p= 0,14) <u>Depression:</u> – keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen einer PSI und den Kontrollgruppen (n=3; SMD=-0,12 95% CI [-0,27 bis 0,03], p= 0,11)
Bemerkungen	– Ggf. konnten relevante Studien nicht berücksichtigt werden, da relevante Suchbegriffe ausgeschlossen wurden.

Titel	Peer support for people with schizophrenia or other serious mental illness (Review)
Autoren	Chien WT, Clifton AV, Zhao S, Lui S
Jahr	– 2019
Journal	– Cochrane Database of Systematic Reviews
Fragestellung / Zielsetzung	– Die Arbeit untersucht die Auswirkungen von Peer-Unterstützungsmaßnahmen für Menschen mit Schizophrenie oder anderen schweren psychischen Störungen im Vergleich zur Standardversorgung oder anderen unterstützenden oder psychosozialen Maßnahmen.
Design	– Systematischer Review mit Meta-Analyse
Datenbanken	– Cochrane Schizophrenia Group's Study-Based Register of Trials (beinhaltet MEDLINE, Embase, AMED, BIOSIS, CINAHL, PsycINFO, PubMed und Registries of Clinical Trials) – zudem Sichtung der Referenzlisten und Kontaktaufnahme zu Erstautoren der eingeschlossenen Arbeiten
Zeitraum	– bis Juli 2017
Eingeschlossene Studientypen	– (cluster-)randomisierte kontrollierte Studien (n=13)
Autoren eingeschlossener Arbeiten	n=13: – Castelein et al. 2008 – Cook et al. 2012a – Cook et al. 2012b – Druss et al. 2010 – Eisen et al. 2012 – Goldberg et al. 2013 – Kelly et al. 2014 – Mahlke et al. 2017 – Qian et al. 2015 – Reynolds et al. 2004 – Rowe et al. 2007 – Sells et al. 2008 – Van Gestel-Timmermanns et al. 2012
weitere relevante Einschlusskriterien	– 18-65 Jahre – schwere psychische Erkrankung besten falls im Sinne der NIMH Kriterien
relevante Ausschlusskriterien	– Personen mit ausschließlich Substanzkonsum
Qualitätsbewertung durchgeführt	– ja (Cochrane risk of Bias Tool)

Für welche Patienten / Subgruppen Aussagen getroffen?	– Menschen in ähnlichem klinischen Zustand und Stadium und mit ähnlichen Problemen
Gemessene Outcomes	– Einweisung stationär – Dauer des Krankenhausaufenthalts
Ergebnisse	<u>Allgemein:</u> Verteilung nach Ländern: – USA (n=8), Europa (n=4), Asien (n=1) Anzahl Teilnehmer: – n= 2.479 (min. 24/max. 555) Dauer der Interventionen (Spannweite): – 5 Wochen bis 12 Monate Interventionsgruppen: – Peer Support Intervention (n=13) Vergleichs-/Kontrollgruppen: – herkömmliche Therapie (n=13) Peer Support-Intervention (PSI) + herkömmliche Therapie (HT) vs. HT <u>Einweisung stationär</u> – keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen einer PSI +HT und den Kontrollgruppen (n=1; RR = 0.44, 95% CI 0.11 bis 1.75, p = 0.25) <u>Nutzung der Notaufnahme</u> – keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen einer PSI +HT und den Kontrollgruppen (n=1; RR = 0.39, 95% CI 0.11 bis 1.32, p = 0.13) <u>Mehr als eine Hausarztbesuch</u> – stat. signifikante Unterschiede zwischen einer PSI +HT und den Kontrollgruppen (n=1; RR = 1.77, 95% CI 1.09 bis 2.85, p = 0.02) <u>Schwere der Erkrankung (mittelfristig)</u> – stat. signifikante Unterschiede zwischen einer PSI +HT und den Kontrollgruppen (n=1; RR = -0.13, 95% CI -0.25 bis -0.01, p = 0.04)
Bemerkungen	– Es besteht die Annahme für einen Selektions-, Performance- und Detektionsbias.

Titel	Effectiveness of Family- and Individual-Led Peer Support for People With Serious Mental Illness - A Meta-Analysis		
Autoren	Yi Wang, Ying Chen, Hong Deng		
Jahr	–	2022	
Journal	–	JOURNAL OF PSYCHOSOCIAL NURSING	
Fragestellung / Zielsetzung	–	Die Arbeit untersucht die Auswirkungen von unterschiedlichen Peer-Support Ansätzen (individuell vs. familiengestützter Peer Support) bei Personen mit schweren psychischen Erkrankungen.	
Design	–	Systematischer Review mit Meta-Analyse	
Datenbanken	–	PubMed, Embase, Cochrane und Medline sowie Referenzen der eingeschlossenen Arbeiten	
Zeitraum	–	von Beginn bis Februar 2019	
Eingeschlossene Studientypen	–	randomisierte kontrollierte Studien	
Autoren eingeschlossener Arbeiten	n=28:	– Chien & Chan, 2004 – Chien et al., 2008 – Chien & Thompson, 2013 – Chien et al., 2018 – Dixon et al., 2011 – Barbic et al., 2009 – Castelein et al., 2008 – Chinman et al., 2013 – Cook, Steigman, et al., 2012 – Cook, Copeland, Jonikas, et al., 2012 – Cook, Copeland, Floyd, et al., 2012 – Davidson et al., 2004 – Druss et al., 2010 – 2013 – Forchuk et al., 2005 – Greenfield et al., 2008 – Goldberg et al., – Kaplan et al., 2011 – Kelly et al., 2014 – Mahlke et al., 2017 – O'Connell et al., 2020 – O'Connell et al., 2018 – Qian, 2015 – Rogers et al., 2007 – Rivera et al., 2007 – Rowe et al., 2007 – Sells et al., 2008 – Sledge et al., 2011 – van Gestel-Timmermans et al., 2012	
weitere relevante Einschlusskriterien	–	-	
relevante Ausschlusskriterien	–	-	
Qualitätsbewertung durchgeführt	–	Ja (Cochrane Risk of Bias Tool)	
Für welche Patienten / Subgruppen Aussagen getroffen?	–	individuell vs. familiengestützter Peer Support	

Gemessene Outcomes

– k. A.

Ergebnisse**Allgemein:**

Verteilung nach Ländern:

- USA (n=18), China (n=5), Europa (n=3), Kanada (n=2)

Anzahl Teilnehmer:

- n= 7.378 (Min. 24/Max. 1.827)

Dauer der Interventionen (Spannweite):

- 3 bis 48 Monate

Interventionsgruppe:

- individuell-ausgerichteter Peer Support (n=23)
- familien-geführter Peer Support (n=5)

Vergleichs-/Kontrollgruppe:

- Herkömmliche Therapie (n=28)

familien-geführter Peer Support (fPS) vs. Kontrollgruppe**FAD**

- keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen einer fPS und der Kontrollgruppe (n=4; SMD = 0.9, 95% CI -0,5 bis 2.3, p = 0.21)

Burden

- keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen einer fPS und der Kontrollgruppe (n=4; SMD = -1.75, 95% CI -3.63 bis 0.12, p = 0.07)

FSSI

- stat. signifikante Unterschiede zwischen einer fPS und der Kontrollgruppe (n=4; SMD = -1.38, 95% CI -2.19 bis -0.56, p = 0.0009)

SLOF

- stat. signifikante Unterschiede zwischen einer fPS und der Kontrollgruppe (n=3; SMD = -2.47, 95% CI -2.95 bis -1.98, p < 0.0001)

Symptoms

- stat. signifikante Unterschiede zwischen einer fPS und der Kontrollgruppe (n=5; SMD = -1.45, 95% CI -2.68 bis -0.22, p= 0.002)

Rehospitalisierung

- stat. signifikante Unterschiede zwischen einer fPS und der Kontrollgruppe (n=4; SMD = -1.34, 95% CI -1.94 bis -0.75, p < 0.00001)

Dauer

- stat. signifikante Unterschiede zwischen einer fPS und der Kontrollgruppe (n=4; SMD = -1.48, 95% CI -2.56 bis -0.41, p < 0.007)

individuell-ausgerichteter Peer Support (iPS) vs. Kontrollgruppe

Self-Efficacy

- stat. signifikante Unterschiede zwischen einer iPS und der Kontrollgruppe (n=3; SMD = 0.34, 95% CI 0.12 bis 0.57, p = 0.003)

Lebensqualität

- stat. signifikante Unterschiede zwischen einer iPS und der Kontrollgruppe (n=11; SMD = 0.14, 95% CI 0.06 bis 0.22, p = 0.006)

Recovery

- stat. signifikante Unterschiede zwischen einer iPS und der Kontrollgruppe (n=6; SMD = 0.21, 95% CI 0.05 bis 0.36, p = 0.008)

Hope

- stat. signifikante Unterschiede zwischen einer iPS und der Kontrollgruppe (n=4; SMD = 0.27, 95% CI 0.06 bis 0.49, p = 0.01)

Well Being

- stat. signifikante Unterschiede zwischen einer iPS und der Kontrollgruppe (n=1; SMD = -2.98, 95% CI -3.34 bis -2.62, p < 0.00001)

Medikations-Adhärenz

- stat. signifikante Unterschiede zwischen einer iPS und der Kontrollgruppe (n=5; SMD = -0.22, 95% CI -0.43 bis -0.01, p = 0.04)

Activation

- stat. signifikante Unterschiede zwischen einer iPS und der Kontrollgruppe (n=3; SMD = 0.34, 95% CI 0.19 bis 0.67, p = 0.0005)

Social Support

- keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen einer iPS und der Kontrollgruppe (n=4; SMD = 0.09, 95% CI -0.08 bis 0.26, p = 0.28)

Funktionalität

- keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen einer iPS und der Kontrollgruppe (n=7; SMD = -0.33, 95% CI -1.44 bis 0.77, p = 0.55)

Verbesserung psychotische Symptomatik

- keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen einer iPS und der Kontrollgruppe (n=11; SMD = -0.3, 95% CI -0.73 bis 0.13, p = 0.17)

Selbstwert

- keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen einer iPS und der Kontrollgruppe (n=3; SMD = -0.91, 95% CI -2.78 bis 0.96, p = 0.34)

Alkoholkonsum

- keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen einer iPS und der Kontrollgruppe (n=3; SMD = -0.23, 95% CI -0.49 bis 0.03, p = 0.08)

Drogenkonsum

- keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen einer iPS und der Kontrollgruppe (n=2; SMD = 0.03, 95% CI -0.33 bis 0.39, p = 0.88)

Aufbau Beziehungen (negativ)

- keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen einer iPS und der Kontrollgruppe (n=1; SMD = -0.25, 95% CI -0.64 bis 0.13, p = 0.2)

Aufbau Beziehungen (positiv)

- keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen einer iPS und der Kontrollgruppe (n=2; SMD = -0.62, 95% CI -3.02 bis 1.78, p = 0.61)

Empowerment

- keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen einer iPS und der Kontrollgruppe (n=4; SMD = -0.37, 95% CI -0.91 bis 0.17, p = 0.18)

Satisfaction

- keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen einer iPS und der Kontrollgruppe (n=3; SMD = -2.17, 95% CI -5.18 bis 0.84, p = 0.16)

Inanspruchnahme des Gesundheitswesens

- keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen einer iPS und der Kontrollgruppe (n=1; SMD = 0.44, 95% CI -0.09 bis 0.96, p = 0.1)

Bemerkungen

- Die Artikel, die in die aktuelle Metaanalyse einbezogen wurden, verwenden unterschiedliche methodische Konzepte von Peer Support. Künftige Studien müssen möglicherweise die Peer-Unterstützung in verschiedenen Kategorien analysieren, um Variablen zu kontrollieren oder Verzerrungen zu verringern.

Bewertung der eingeschlossenen Übersichtsarbeiten zu Peer Support für Menschen mit schweren psych. Erkrankungen nach der AMSTAR 2 Checkliste

Autor	Smit et al. 2022	Wang et al. 2022	Lyons et al. 2021	Chien et al. 2019
AMSTAR-Item				
1. Did the research questions and inclusion criteria for the review include the components of PICO?	Ja	Ja	Ja	Ja
2. Did the report of the review contain an explicit statement that the review methods were established prior to the conduct of the review and did the report justify any significant deviations from the protocol?	Ja	Teilweise ja	Ja	Ja
3. Did the review authors explain their selection of the study designs for inclusion in the review?	Nein	Nein	Nein	Ja
4. Did the review authors use a comprehensive literature search strategy?	Teilweise ja	Teilweise ja	Teilweise ja	Teilweise ja
5. Did the review authors perform study selection in duplicate?	Ja	Ja	Nein	Ja
6. Did the review authors perform data extraction in duplicate?	Ja	Ja	Nein	Ja
7. Did the review authors provide a list of excluded studies and justify the exclusions?	Teilweise ja	Teilweise ja	Teilweise ja	Ja
8. Did the review authors describe the included studies in adequate detail?	Ja	Ja	Ja	Ja
9. Did the review authors use a satisfactory technique for assessing the risk of bias (RoB) in individual studies that were included in the review?	Ja	Ja	Ja	Ja
10. Did the review authors report on the sources of funding for the studies included in the review?	Nein	Ja	Nein	Ja
11. If meta-analysis was performed did the review authors use appropriate methods for statistical combination of results?	Ja	Nein	Ja	Ja
12. If meta-analysis was performed, did the review authors assess the potential impact of RoB in individual studies on the results of the meta-analysis or other evidence synthesis?	Ja	Nein	Nein	Ja
13. Did the review authors account for RoB in individual studies when interpreting/ discussing the results of the review?	Ja	Nein	Ja	Ja
14. Did the review authors provide a satisfactory explanation for, and discussion of, any heterogeneity observed in the results of the review?	Ja	Ja	Ja	Ja

15. If they performed quantitative synthesis did the review authors carry out an adequate investigation of publication bias (small study bias) and discuss its likely impact on the results of the review?	Ja	Nein	Ja	Ja
16. Did the review authors report any potential sources of conflict of interest, including any funding they received for conducting the review?	Ja	Ja	Nein	Ja
Assessment Critical Items*	Moderat	Kritisch niedrig	Moderat	Hoch

Tabelle: Grundlegende Charakteristika der eingeschlossenen aggregierten Evidenz zur Peer Support

Autoren Jahr	Anzahl eingeschlossener Studien Studienland	Patienten	Intervention	Kontrollgruppe	Follow-Up
		• Diagnose • Alter, in Jahren • Anzahl N (min, max) • Setting	• Art der Interventionen • Dauer (min, max)		
NEU Smit et al. 2023	• 30 RCTs • 20 RCTs (SMI)¹⁶ • 7 RCTs (Depression)¹⁷ • Niederlande (k = 3), USA (k = 18), UK (k = 2), Kanada (k = 3), Australien (k = 1), Deutschland (k = 1), Schweiz (k = 1), Singapur (k = 1)	• Schwere psychische Erkrankungen / Depression • Durchschnittliches Alter zwischen 30 und 59 Jahren über die Studien • N = 4.152 • ambulant (k=5), stationär (k=5), gemischt (k=12), anderes Setting/unbekannt (k=8)	• Gruppentreffen k = 12, individuelle Peer-Unterstützung K = 17, gemischtes Format K = 1 • Persönlicher Support k = 16, telefonische Unterstützung k = 3, Internet-Selbsthilfegruppe K = 2, gemischte Intervention k = 9 • Dauer und Häufigkeit der Interventionen waren heterogen (drei Wochen bis zu sechs Monaten mit wöchentlichen Treffen oder einer flexibleren Häufigkeit)	• TAU k = 16 • Wartegruppe (k = 9)	6 bis 24 Monate
NEU Wang et al. 2022	• 28 RCTs¹⁸ • Familiengeleitet (5 RCTs): Hong Kong, China (k = 4), USA (k = 1) • Individuell geleitet (23 RCTs): USA (k = 17), Kanada (k = 2), Niederlande (k = 2), Deutschland (k = 1), China (k = 1)	Familiengeleitet: • Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, schwere psychische Erkrankungen • 806 Familien (76/318) • Ambulantes (k=4), gemeindepsychiatrisches Setting (k=1) Individuell geleitet: • Schwere psychische Erkrankungen • N = 6,572 (24/1.827)	Familiengeleitet (k=5) • verschiedene Elemente umfassend, u.a. Fokus auf Bedarfe, Auseinandersetzung mit neuen Rollen, Problemlöseansätze, Informationen, Umgang mit Gefühlen (Family-Led Mutual Support Group program, The NAMI Family-to-Family Education Program) • 12 bis 16 Sitzungen Individuell geleitet (k=23) • Mehrheitlich Programm-geleitet (u.a. The 12-week Recovery Workbook program, Building Recovery of Individual	• Unklar	Familiengeleitet: • 3 bis 48 Monate Individuell geleitet: • Bis nach 12 Monaten

¹⁶ Boevink (2016), Castelein (2008), Cook (2012a), Cook (2012b), Corrigan (2017), Corrigan (2018), Craig (2004), Davidson (2004), Johnson (2018), Kaplan (2011), Mahlke (2017), O'Connell (2018), Pfeiffer (2019), Rivera (2007), Rogers (2016), Rüsch (2014), Russinova (2014), Salzer (2016), Solomon (1995), Van Gestel-Timmermans (2012)

¹⁷ Dennis (2003), Dennis (2009), Field (2013), Gjerdingen (2013), Griffiths (2012), Letourneau (2011), Ludman (2007), Matthews (2018), Ranzenhofer (2020), Shorey (2019)

¹⁸ Chien & Chan (2004); Chien et al. (2018); Chien & Thompson (2013); Chien et al. (2008); Dixon et al. (2011), Barbic et al. (2009); Castelein et al. (2008); Chinman et al. (2015); Cook, Copeland, Floyd, et al. (2012); Cook, Copeland, Jonikas, et al. (2012); Cook, Steigman, et al. (2012); Davidson et al. (2004); Druss et al. (2010); Forchuk et al. (2005), Goldberg et al., 2013; Greenfield et al. (2008); Kaplan et al. (2011); Kelly et al. (2014); Mahlke et al. (2017); O'Connell et al. (2020); O'Connell et al. (2018); Qian (2015); Rivera et al. (2007); Rogers et al. (2007); Rowe et al. (2007); Sells et al. (2008); Sledge et al. (2011); van Gestel-Timmermans et al. (2012)

		Ambulant/Gemeinde (k = 11), stationär (K = 4), beide Settings (k = 4), Hostel (K = 1), Internet (K = 1), unklar (k = 2)	Dreams and Goals through Education and Support (BRIDGES), Wellness Recovery Action Planning (WRAP), Health and Recovery Program (HARP), Crisis Residential Program (CRPs), Peer Engagement Specialist Project oder freie Sitzungen - Internet peer support (k = 1) 5 Wochen bis 8 Monate		
NEU Lyons et al. 2021	8 RCTs¹⁹ - USA (k=7), Schweiz (k=1)	- Großer Anteil an Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, Bipolaren Erkrankungen, schweren Depressionen - Durchschnittlich 46 Jahre - N=2.131 (82/555) - Setting unklar	Strukturierte Peer-Support-Gruppen: Selbstmanagementansatz (k=4), Anti-Stigma-Ansatz (k=3), unstrukturierte Online-Gruppe (k=1) 3 bis 12 Sitzungen	Warteliste (k=4), aktive Kontrollgruppe (k=2), TAU (k=2)	3 Wochen bis 6 Monate (k=6)
NEU Chien et al. 2019	13 RCTs²⁰ - Niederlande (k=2), USA (k=8), UK (k=1), Deutschland (k=1), China (k=1)	- Schwere psychische Erkrankungen (k=13) - Altersspanne 30 bis 60 Jahre (k=1), Durchschnittsalter zwischen 25,2 und 49,5 Jahren (k=11) - N=2.479 (24/555) - ambulant (k=5), stationär (k=2), gemischt (k=2), unbekannt (k=4)	Peer Support + TAU (Peer-Support Group (k=6), peer-based Intensive Case Management Group (k=1), Navigation (k=1), Selbst-Management-Programm (k=2), Recovery-orientierte Programme (k=2) 5 Wochen bis zu 12 Monaten	TAU	unklar

¹⁹ Ben-Zeev (2018), Cook (2012a), Cook (2012b), Eisen (2012), Kaplan (2011), Corrigan (2015), Rüscher (2014), Russinova (2014)

²⁰ Castelein (2008); Cook (2012b); Cook (2012a); Druss (2010); Eisen (2012); Goldberg (2013); Kelly (2014); Mahlke (2017); Qian (2015); Reynolds (2004); Rowe (2007); Sells (2008); Van Gestel-Timmermans (2012)

Effekte von Peer-Support aus aggregierter Evidenz (aktuelle Evidenz)

Anzahl eingeschlossener Studien (k)	Smit et al. 2024	Wang et al. 2022		Lyons et al. 2021	Chien et al. 2019
	Peer-Support-Ansätze k=20	Familiengeleiteter Peer-Support k=5	Individuell-geleiteter Peer-Support k=23	Strukturierte Peer-Support-Gruppen k=8	Peer-Support-Ansätze + TAU vs. TAU k=13
Klinische Recovery					
Klinische Recovery ¹	++				
Allgemeine Psychopathologie				~	~5/++5
Positivsymptome		++	~		
Depressivität				~	
Funktionale Recovery					
Funktionale Recovery ²	++				~5/++5
Psychosoziale Funktionen		++	~		
Persönliche Recovery					
Persönliche Recovery ³	++		-	++ ⁴	~5/++5
Hoffnung			-	~	~5/++5
Empowerment			~	~	~5
Lebensqualität			-		
Wohlbefinden			++		
Selbstwirksamkeit			-		
Behandlungsassoziierte Merkmale					
Stationäre Behandlungen		++			~5
Stationäre Behandlungszeiten		++			~5
Nutzung von Notfallbehandlungen					~5
Gezielte Nutzung der Primärbehandlung					++ ⁵
Adhärenz (Medikation)			++		
Familienbezogene Merkmale					
Familiäre Funktionen		~			
Familiäres Belastungserleben		~			
Inanspruchnahme formeller gemeindenaher Unterstützung ⁶		++			

Erläuterungen: ¹ Klinische Recovery hier als Symptomausprägung erhoben mit spezifischen Instrumenten (Brief Symptom Inventory (BSI), Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)); ² erfasst über Lebensqualitätsskalen und das Ausmaß beruflicher und sozialer Funktionen (z. B., World Health Organization Quality of Life (WHOQOL), EuroQoL 5D (EQ-5D)); ³ Persönliche Genesung in Bezug auf das Ausmaß der individuell wahrgenommenen Genesung, das Gefühl der Sinnhaftigkeit und die persönliche Handlungsfähigkeit (z. B., Recovery Assessment Schedule (RAS), Empowerment Scale (ES)); ⁴ kleiner positiver Effekt nach der Intervention und im Follow up (3 bis 6 Monate); ⁵ Ergebnisse beruhen auf Einzelstudien; ⁶ Family Support Service Index

Ausgeschlossene Arbeiten Peer Support

Høgh Egmos C, Heinsvig Poulsen C, Hjorthøj C, Skriver Mundy S, Hellström L, Nørgaard Nielsen M, Korsbek L, Serup Rasmussen K, Falgaard Eplöv L. The Effectiveness of Peer Support in Personal and Clinical Recovery: Systematic Review and Meta-Analysis. Psychiatr Serv. 2023;74(8):847-858. doi: 10.1176/appi.ps.202100138 . Epub 2023 Feb 8. PMID: 36751908

Ausschlussgrund: Population

Peck CKH, Thangavelu DP, Li Z, Goh YS. Effects of peer-delivered self-management, recovery education interventions for individuals with severe and enduring mental health challenges: A meta-analysis. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2023 Feb;30(1):54-73. doi: 10.1111/jpm.12853. Epub 2022 Jul 18. PMID: 35737863.

Ausschlussgrund: Design Primärstudien

Cooper RE, Saunders KRK, Greenburgh A, Shah P, Appleton R, Machin K, Jaynes T, Barnett P, Allan SM, Griffiths J, Stuart R, Mitchell L, Chipp B, Jeffreys S, Lloyd-Evans B, Simpson A, Johnson S. The effectiveness, implementation, and experiences of peer support approaches for mental health: a systematic umbrella review. BMC Med. 2024 Feb 29;22(1):72. doi: 10.1186/s12916-024-03260-y. PMID: 38418998; PMCID: PMC10902990.

Ausschlussgrund: Methodik (Meta-Review)

Devoe D. Peer support for individuals with psychosis: A systematic review and meta-analysis. Early Intervention in Psychiatry. Conference: 14th International Conference on Early Intervention in Mental Health, IEPA 2023. Lausanne Switzerland. 17(Supplement 1) (pp 318), 2023. Date of Publication: May 2023.

Ausschlussgrund: Methodik (Konferenzbeitrag)

Shorey S, Chua JYX. Effectiveness of peer support interventions for adults with depressive symptoms: a systematic review and meta-analysis. J Ment Health. 2023 Apr;32(2):465-479. doi: 10.1080/09638237.2021.2022630. Epub 2022 Jan 7. PMID: 34994272.

Ausschlussgrund: Population

Simmons MB, Cartner S, MacDonald R, Whitson S, Bailey A, Brown E. The effectiveness of peer support from a person with lived experience of mental health challenges for young people with anxiety and depression: a systematic review. BMC Psychiatry. 2023 Mar 24;23(1):194. doi: 10.1186/s12888-023-04578-2. PMID: 36964523; PMCID: PMC10038377.

Ausschlussgrund: Population

Corrigan PW, Talluri SS, Shah B. Formal peer-support services that address priorities of people with psychiatric disabilities: A systematic review. Am Psychol. 2022 Dec;77(9):1104-1116. doi: 10.1037/amp0001039. PMID: 36595410.

Ausschlussgrund: Population und Design Primärstudien

Killaspy H, Harvey C, Brasier C, Brophy L, Ennals P, Fletcher J, Hamilton B. Community-based social interventions for people with severe mental illness: a systematic review and narrative synthesis of recent

evidence. World Psychiatry. 2022 Feb;21(1):96-123. doi: 10.1002/wps.20940. PMID: 35015358; PMCID: PMC8751572.

Ausschlussgrund: Design Primärstudien

Fortuna KL, Naslund JA, LaCroix JM, Bianco CL, Brooks JM, Zisman-Ilani Y, Muralidharan A, Deegan P. Digital Peer Support Mental Health Interventions for People With a Lived Experience of a Serious Mental Illness: Systematic Review. JMIR Ment Health. 2020 Apr 3;7(4):e16460. doi: 10.2196/16460. PMID: 32243256; PMCID: PMC7165313.

Ausschlussgrund: Design Primärstudien

Biagiante B, Quraishi SH, Schlosser DA. Potential Benefits of Incorporating Peer-to-Peer Interactions Into Digital Interventions for Psychotic Disorders: A Systematic Review. Psychiatr Serv. 2018 Apr 1;69(4):377-388. doi: 10.1176/appi.ps.201700283. Epub 2017 Dec 15. PMID: 29241435; PMCID: PMC5988432.

Ausschlussgrund: Design Primärstudien

Greer H, Cohen JN. Partners of Individuals with Borderline Personality Disorder: A Systematic Review of the Literature Examining Their Experiences and the Supports Available to Them. Harv Rev Psychiatry. 2018 Jul/Aug;26(4):185-200. doi: 10.1097/HRP.0000000000000164. PMID: 29975337.

Ausschlussgrund: Intervention

Villani M, Kovess-Masféty V. Les programmes de pairs aidants en santé mentale en France : état de situation et difficultés de mise en place [Peer support programs in mental health in France: Status report and challenges]. Encephale. 2018 Nov;44(5):457-464. French. doi: 10.1016/j.encep.2018.01.003. Epub 2018 Mar 24. PMID: 29580700.

Ausschlussgrund: Design Primärstudien

Mahlke C, Schulz G, Sielaff G, Nixdorf R, Bock T. Einsatzmöglichkeiten von Peerbegleitung in der psychiatrischen Versorgung [Models of peer support in psychiatric care]. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2019 Feb;62(2):214-221. German. doi: 10.1007/s00103-018-2875-z. PMID: 30671605.

Ausschlussgrund: Methodik (kein systematischer Review)

Jordan G, Grazioplene R, Florence A, Hammer P, Funaro MC, Davidson L, Bellamy CD. Generativity among persons providing or receiving peer or mutual support: A scoping review. Psychiatr Rehabil J. 2022 Jun;45(2):123-135. doi: 10.1037/prj0000498. Epub 2021 Oct 7. PMID: 34618488.

Ausschlussgrund: Design Primärstudien

Evans, Megan & Barker, Hannah & Peddireddy, Snigdha & Zhang, Angela & Luu, Samantha & Qian, Yiqing & Tang, Patrick & Fisher, Edwin. (2021). Peer-delivered services and peer support reaching people with schizophrenia: A scoping review. International Journal of Mental Health. 52. 1-23. 10.1080/00207411.2021.1975441.

Ausschlussgrund: Design Primärstudien

Schmutte, T., Guy, K., Davidson, L., & Bellamy, C. D. (2020). Peer supports in recovery. In A. Shrivastava & A. De Sousa (Eds.), Schizophrenia treatment outcomes: An evidence-based approach to recovery (pp. 245–252). Springer Nature Switzerland AG

Ausschlussgrund: Methodik (kein systematischer Review)

Pyle, Melissa & Pilling, Stephen & Machin, Karen & Allende-cullen, Ginny & Morrison, Anthony. (2018). Peer support for internalised stigma experienced by people with psychosis: rationale and recommendations. *Psychosis*. 10. 1-7. 10.1080/17522439.2018.1437212.

Ausschlussgrund: Methodik (kein systematischer Review)

Sun J, Yin X, Li C, Liu W, Sun H. Stigma and Peer-Led Interventions: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Psychiatry*. 2022 Jul 5;13:915617. doi: 10.3389/fpsyt.2022.915617. PMID: 35865307; PMCID: PMC9294224.

Ausschlussgrund: Population

F) Wohnen mit mobiler Unterstützung

Klinisch relevante Fragestellung:

Welche Evidenz gibt es für die Wirksamkeit von Ansätzen zur Unterstützung des Wohnens in der Behandlung schwer psychisch kranker Menschen?

Inwieweit haben sich verschiedene Ansätze zur Unterstützung des Wohnens in randomisiert kontrollierten Studien hinsichtlich Recovery-orientierter Indikatoren (klinisch [z.B. Symptomschwere, Erkrankungsrückfälle], funktional [z.B. soziales Funktionsniveau, selbstständiges Wohnen], persönlich [z.B. LQ, Zufriedenheit]) als wirksam erwiesen?

Als Kontrollinterventionen werden alle aktiven (Vergleichs-)Interventionen, sowie Wartegruppen-Designs als auch herkömmliche Versorgungsgegebenheiten (Routinebehandlung bzw. -versorgung) betrachtet.

PICO-Schema

Patient(in)	Intervention*	Vergleichsintervention	Outcome	Studiendesign (S) Suchzeitraum (T)
Patient:innen mit schwerer psychischer Erkrankung zwischen 18 und 65 Jahren (Definition lt. LL/Einleitung)	Ansätze zur Unterstützung des unabhängigen Wohnens	Alle aktiven (Vergleichs-)Interventionen, sowie Wartegruppen-Designs als auch herkömmliche Versorgungsgegebenheiten (Routinebehandlung- bzw. -versorgung)	- Recovery-orientierte Indikatoren (klinisch [z.B. Symptomschwere, Erkrankungsrückfälle], - funktional [z.B. soziales Funktionsniveau, wohnbezogene Outcomes], - persönlich [z.B. LQ, Recovery])	Systematische Reviews und Metaanalysen aus RCTs bis 02/2024

Systematische Literaturrecherche

Suchprotokoll

Database:

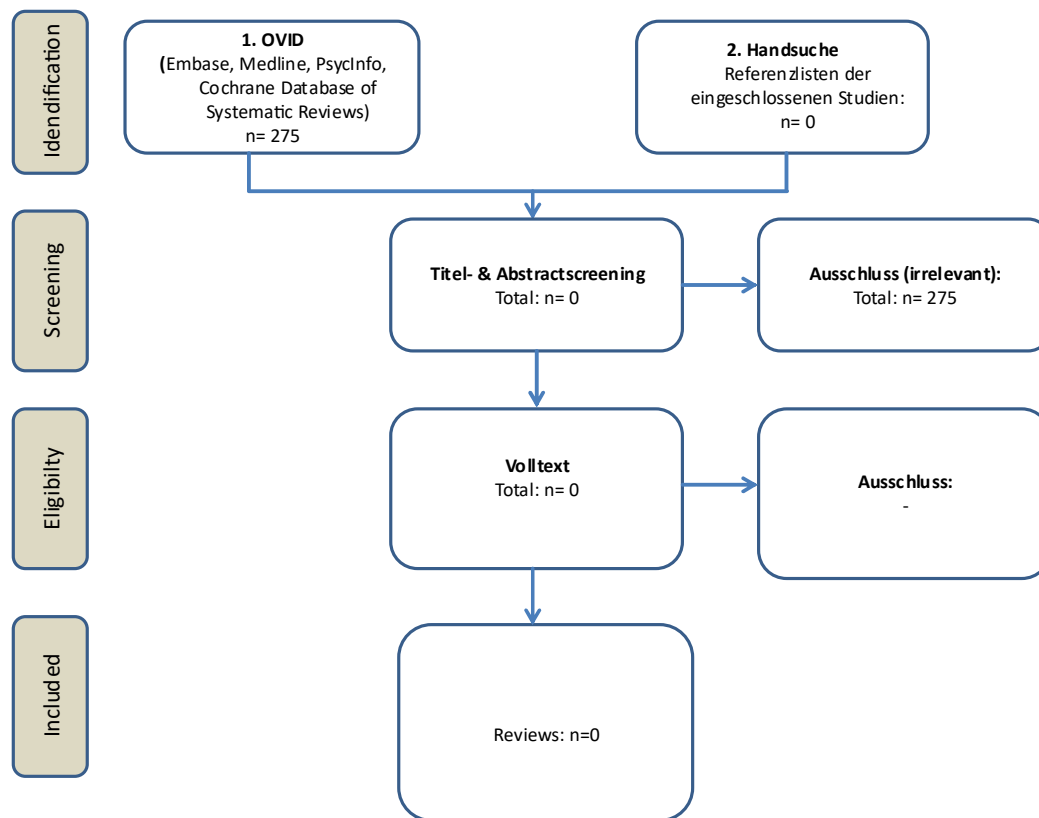
EBM Reviews - Cochrane Database of Systematic Reviews <2005 to February 28, 2024>

Embase <1974 to 2024 Week 09>

Ovid MEDLINE(R) ALL <1946 to March 01, 2024>

APA PsycInfo <1806 to February Week 5 2024>

#	Query	Results from 4 Mar 2024
1	((serious* or sever*) and mental* and disorder*).ab,ti.	131,233
2	((serious* or sever*) and mental* and illness).ab,ti.	69,773
3	((serious* or sever*) and psychiatric and disorder*).ab,ti.	115,402
4	((serious or sever*) and mental and health and problems).ab,ti.	35,784
5	(depression or (depressive and disorder) or (severe and affective and disorder)).ab,ti.	1,387,846
6	(schizophrenia or psychotic* or paranoid or schizophrenic* or psychosis).ab,ti.	634,764
7	((bipolar and disorder*) or (bipolar and affective and disorder*) or (manic and depression) or (bipolar and depression)).ab,ti.	157,116
8	((personality and disorder*) or (borderline and personality and disorder*)).ab,ti.	136,185
9	*schizophrenia/	305,353
10	*depression/	283,090
11	*bipolar disorder/	95,693
12	(systematic and (review or search*)).ab,ti.	889,190
13	((meta and analysis) or metaanaly* or (meta and analy*) or (scoping and review)).ab,ti.	806,840
14	*"systematic review"/	12,154
15	*meta analysis/	18,468
16	(residential and (services or care or group or home)).ab,ti.	60,150
17	housing.ab,ti.	104,870
18	supported housing.ab,ti.	1,261
19	assisted accommodation.ab,ti.	14
20	assisted living.ab,ti.	7,812
21	community living.ab,ti.	8,985
22	living.ab,ti.	1,175,372
23	group homes.ab,ti.	2,465
24	community based living.ab,ti.	77
25	supportive housing.ab,ti.	1,629
26	homelessness intervention.ab,ti.	30
27	housing first.ab,ti.	1,210
28	special housing.ab,ti.	206
29	*assisted living facility/	2,547
30	*residential home/	2,995
31	1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11	2,278,345
32	12 or 13 or 14 or 15	1,297,520
33	16 or 17 or 18 or 19 or 20 or 21 or 22 or 23 or 24 or 25 or 26 or 27 or 28 or 29 or 30	1,309,882
34	31 and 32 and 33	3,611
35	34 and 2016:2024.(sa_year).	277
36	remove duplicates from 35	275



PRISMA Flow-Diagramm: Wohnen

Hinweise auf relevante Literatur von beteiligten Expert:innen

Ergebnisse der Studien in Dtl. (WiEWohnen NRW, WieWohnen-BW) und der Schweiz (Psychiatrische Universitätsklinik Zürich) zu unabhängigen Wohnformen stützen die bisherigen Empfehlungen der LL im Bereich Wohnen.

- Dehn, Lorenz B., et al. "Effectiveness of supported housing versus residential care in severe mental illness: a multicenter, quasi-experimental study." *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 57.5 (2022): 927-937.
- Dehn, Lorenz B., et al. "Participating in Longitudinal Observational Research on Psychiatric Rehabilitation: Quantitative Results From a Patient Perspective Study." *Frontiers in Psychiatry* 13 (2022).
- Wienberg, Günther, et al. Die "Modelltreue-Skala Selbstbestimmtes Wohnen (MSSW)". *Kerbe-Zeitschrift für Sozialpsychiatrie* 4 (2021): 27-29.
- Wienberg, Günther, und Ingmar Steinhart. „Wirksamkeit der Eingliederungshilfe Wohnen für Menschen mit seelischen Behinderungen in Nordrhein-Westfalen –Projekt WiEWohnen NRW - Abschlussbericht
- Adamus, Christine, et al. "Independent Housing and Support for non-homeless individuals with severe mental illness: randomised controlled trial vs. observational study—study protocol." *BMC Psychiatry* 20.1 (2020): 1-11.
- Adamus, Christine, et al. "Independent Supported Housing Versus Institutionalised Residential Rehabilitation for Individuals with Severe Mental Illness: A Survey of Attitudes and Working Conditions Among Mental Healthcare Professionals." *Community Mental Health Journal* (2022): 1-9.
- Richter, Dirk, et al. "Selbstbestimmtes Wohnen mit Unterstützung—Entwicklung und Überprüfung der „Modelltreueskala Selbstbestimmtes Wohnen (MSSW)“ für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen." *Psychiatrische Praxis* 49 (2022): 103-106.

- Richter, Dirk, et al. Modelltreue-Skala Selbstbestimmtes Wohnen für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen. <https://osf.io/ztj6d/>
- Mötteli, Sonja, et al. "Independent Supported Housing for Non-homeless People With Serious Mental Illness: A Pragmatic Randomized Controlled Trial." *Frontiers in Psychiatry* 12 (2021).
- Adamus, Christine, et al. "Independent Supported Housing for non-homeless individuals with severe mental illness: Comparison of two effectiveness studies using a randomised controlled and an observational study design." *Frontiers in Psychiatry* 2022.
- Steinert T, Jaeger S, Herpertz SC. Wirksamkeit verschiedener Formen des unterstützten Wohnens für Menschen mit seelischer Behinderung im Rahmen der Eingliederungshilfe in Baden-Württemberg (WieWohnen-BW). Abschlussbericht. Unter Herausgeberschaft des Kommunalverbands für Jugend und Soziales Baden-Württemberg (KVJS). 2020.
- Adamus C, Mötteli S, Jäger M, Richter D. Independent Supported Housing vs institutional housing rehabilitation settings for non-homeless individuals with severe mental illness - longitudinal results from an observational study. *BMC Psychiatry*. 2024 Aug 9;24(1):554. doi: 10.1186/s12888-024-05995-7 .

Selektion 1 RCT

Mötteli et al. 2022 Independent Supported Housing for Non-homeless People With Serious Mental Illness: A Pragmatic Randomized Controlled Trial	
Methods	Randomized controlled trial Intervention group (IG) (n=30): - ISH; Independent Supported Housing; Individualisierte und flexible Unterstützungsangebote für Menschen mit SMI, die Unterstützung im häuslichen Umfeld benötigen Control group (CG) (n=28): - herkömmliche Therapie (TAU) Duration: - 12 Monate Patients: - Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen Exclusion criteria - starke kognitive Einschränkungen, Rauschzustände, Delir, Demenz, akutes Risiko für Selbstverletzung oder Verletzung von anderen
Participants	N=58, - Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen zwischen 18 und 65 Jahren und unterschiedlichen Problemen beim Wohnen, mit dem Ziel selbstständig zu wohnen oder zu bleiben - mit einer psychischen Störung gemäß der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) Age (years): 40 Jahre (IG); 44 Jahre (CG) Duration of illness (years): k. A.
Interventions	ISH (N=30): - psychosoziale Unterstützung um soziale Integration, Autonomie und persönliche Genesung zu unterstützen

		- Verfügbarkeit von bis zu 4h Unterstützung pro Woche, z. B. Wohnungssuche CG (N=28): - TAU
Outcomes		Primary outcome measures: - soziale Inklusion - Lebensqualität - Fähigkeiten - Soziale Unterstützung - Psychischer Zustand - Funktionalität
Results		Primary outcome measures: - soziale Inklusion: keine stat. signifikanten Unterschiede zw. ISH und TAU (p=0.2) - Lebensqualität: keine stat. signifikanten Unterschiede zw. ISH und TAU (p=0.7) - Fähigkeiten: keine stat. signifikanten Unterschiede zw. ISH und TAU (p=0.9) - Soziale Unterstützung: keine stat. signifikanten Unterschiede zw. ISH und TAU (p=0.6) - Psychischer Zustand: keine stat. signifikanten Unterschiede zw. ISH und TAU (p=0.5) - Funktionalität: keine stat. signifikanten Unterschiede zw. ISH und TAU (p=0.3)
Risk of bias		
Bias	Authors' judgement	Support for judgement
	Low – Unclear – high risk	
Random sequence generation (selection bias)	low risk	 For each participant, the result of randomization was enclosed in an envelope based on a randomization sheet, which had been calculated before the start of the study with block-randomization using the statistical software R.
Allocation concealment (selection bias)	low risk	 For each participant, the result of randomization was enclosed in an envelope based on a randomization sheet
Blinding of participants and personnel (performance bias)	high risk	 The trial was conducted without blinding
Blinding of outcome assessment (detection bias)	unclear risk	 Not reported
Incomplete outcome data (attrition bias)	high risk	 There were many study withdrawals (> 30 %)

Selective reporting (reporting bias)	low risk		All outcome measures were considered in the analysis.
Other bias (adequate therapy method, treatment fidelity, supervision, training, personal, financial, or any other interests producing bias)	low risk		-

Tabelle: Effekte von Unterstützungsangeboten zum Wohnen bei Menschen mit SMI

Autor/Jahr		Mötteli et al. 2022
Vergleichs-Gruppen		ISH vs. TAU
Krankheitsassoziierte Effekte		
↑	Lebensqualität	~
↓	Symptomatik	~
Teilhabeassoziierte Effekte		
↑	Soziale Inklusion	~
↑	Funktionalität (sozial)	~
↑	Funktionalität (GAF)	~
↑	Fähigkeiten	~
↑	Soziale Unterstützung	~

ISH- Independent Supported Housing; TAU-Treatment as usual; ++ signifikanter Vorteil in der Interventionsgruppe im Gegensatz zu den anderen Gruppen insgesamt; + tendenzielle Überlegenheit ohne signifikanten Unterschied in der Interventionsgruppe gegenüber den anderen Gruppen insgesamt; ~ Ergebnisse vergleichbar in allen Gruppen; - Nachteil in dieser Interventionsgruppe gegenüber den anderen Gruppen; k. A. keine Angaben zu diesem Outcome-Kriterium; ↓ Reduktion, ↑ Erhöhung

Risiko für Bias aus allen neu identifizierten Einzelstudien zur Effektivität von Unterstützung beim Wohnen

	Random sequence generation (selection bias)	Allocation concealment (selection bias)	Blinding of participants and personnel (performance bias) *	Blinding of outcome assessment (detection bias)	Incomplete outcome data (attrition bias)	Selective reporting (reporting bias)	Other bias
Mötteli et al. 2022							

*Blinding: Es wurde hier, wenn eindeutig erkennbar und möglich, nur die Verblindung der Teilnehmenden bewertet, da keine Verblindung der Behandler:innen im Bereich psychosozialer Therapien möglich ist.

Evidenztabellen der eingeschlossenen Einzelstudien zu Wohnen

Referenz	Teilnehmer*innen (Anzahl und Charakteristika)		Drop-out Rate (abs.)	Intervention	Kontrolle	Zielgröße(n)
Studientyp	insgesamt					
Mötteli et al. 2022 RCT	- N=58 (38) - Menschen mit einer schweren psychiatrischen (SMI) Erkrankung <u>Ausgeschlossen:</u> starke kognitive Einschränkungen, Rauschzustände, Delir, Demenz, akutes Risiko für Selbstverletzung oder Verletzung von anderen		IG = 10 KG = 10 gesamt=20	- Dauer 12 Monate - Independent Supported Housing (ISH) - Individualisierte und flexible Unterstützungsangebote für Menschen mit SMI, die Unterstützung im häuslichen Umfeld benötigen	– herkömmliche Therapie	– primäre Endpunkte: - soziale Inklusion - Lebensqualität - Fähigkeiten - Soziale Unterstützung - Psychischer Zustand - Funktionalität
	Pro Arm					
	IG= 30 (20)	KG= 28 (18)				

G) Psychosoziale Interventionen in sozialen Kontexten

Klinisch relevante Fragestellung:

Welche psychosozialen Ansätze können das soziale Eingebundensein und die soziale Teilhabe schwer psychisch kranker Menschen verbessern?

Welche psychosozialen Ansätze haben sich in randomisiert kontrollierten Studien hinsichtlich

- Recovery-orientierter Outcomes (klinisch [z.B. Symptomschwere, Erkrankungsrückfälle], funktional [z.B. Wohnen, soziale Netzwerke, Rollenübernahme], persönlich [z.B. LQ, Empowerment]),
- hinsichtlich behandlungsassoziierter Merkmale (z.B. stationäre Wiederaufnahmen, Inanspruchnahmeverhalten, Behandlungsabbrüche, Behandlungszufriedenheit) sowie
- Angehörigen-bezogener Outcomes (z.B. Belastungserleben, LQ) als wirksam erwiesen?

In der Suche werden

- psychosoziale Interventionen für Familien und Angehörige,
- spezifische Ansätze zur Stärkung elterlicher Ressourcen bei schwerer psychischer Erkrankung sowie
- psychosoziale Interventionen in einem erweiterten sozialen Umfeld berücksichtigt.

Als Kontrollinterventionen werden alle aktiven (Vergleichs-)Interventionen, sowie Wartegruppen-Designs als auch herkömmliche Versorgungsgegebenheiten (Routinebehandlung- bzw. -versorgung) betrachtet.

PICO-Schema

Patient(in)	Intervention	Vergleichsintervention	Outcome	Studiendesign	Suchzeitraum
Patient:innen mit schwerer psychischer Erkrankung zwischen 18 und 65 Jahren (Definition lt. LL/Einleitung)	1) Psychosoziale Interventionen für Familien und Angehörige (2) Interventionen im erweiterten sozialen Netz (3) Interventionen zur Unterstützten Elternschaft (4) Netzwerk-gespräche (Offener Dialog)	c) Alle aktiven (Vergleichs-)Interventionen d) Herkömmliche Versorgungsgegebenheiten (Routinebehandlung bzw. -versorgung)	Recovery-orientierte Indikatoren: Symptomatik, Empowerment, Lebensqualität, Teilhabemöglichkeiten, psychosoziales Funktionsniveau	Studiendesign c) Systematische Reviews und Metaanalysen aus RCTs d) Einzelstudien (RCTs)	

	Behandlungsassoziierte Behandlungszufriedenheit, Behandlungskontinuität, Inanspruchnahme- verhalten	MM: Be- hand- lung	e) Nicht-RCTs für den Be- reich des Offenen Dia- loges
			bis 10/2023 (1/2) bis 02/2024 (3) bis 10/2024 (4)

Systematische Literaturrecherche

Suchprotokolle

EBM Reviews - Cochrane Central Register of Controlled Trials <September 2023>

EBM Reviews - Cochrane Database of Systematic Reviews <2005 to October 4, 2023>

Embase <1974 to 2023 October 09>

Ovid MEDLINE(R) ALL <1946 to October 09, 2023>

APA PsycInfo <1806 to October Week 1 2023>

Suchstring **Strukturierte Familieninterventionen und Angehörigeninterventionen** inklusive Treffer

#	Query	Results
1	((serious* or sever*) and mental* and disorder*).ab,ti.	134989
2	((serious* or sever*) and mental* and illness).ab,ti.	71903
3	((serious* or sever*) and psychiatric and disorder*).ab,ti.	117343
4	((serious or sever*) and mental and health and problems).ab,ti.	36375
5	(depression or (depressive and disorder) or (severe and affective and disorder)).ab,ti.	1445996
6	(schizophrenia or psychotic* or paranoid or schizophrenic* or psychosis).ab,ti.	650755
7	((bipolar and disorder*) or (bipolar and affective and disorder*) or (manic and depression) or (bipolar and depression)).ab,ti.	161152
8	((personality and disorder*) or (borderline and personality and disorder*)).ab,ti.	137047
9	schizophrenia/th [Therapy]	21594
10	depression/th [Therapy]	47503
11	bipolar disorder/th [Therapy]	7986
12	((randomized and controlled and trial) or (randomised and controlled and trial)).ab,ti.	962803
13	(random* and allocation).ab,ti.	65254
14	(random* and (trial or study)).ab,ti.	3704021
15	(systematic and (review or search*)).ab,ti.	853095
16	((meta and analysis) or metaanaly* or (meta and analy*) or (scoping and review)).ab,ti.	783018
17	random allocation/	225107
18	(family or families or parent* or friend* or relative* or spous* or partner* or sibling* or close person* or significant other* or child* or children).ab,ti.	12191917
19	*family therapy/ or *structural family therapy/ or *family intervention/ or *network therapy/	35894
20	*professional-patient relationship/ or *social network/	24231
21	*social support/ or *family support/	88568
22	*family counseling/	21876
23	*participation/ or *involvement/	9790
24	*psychoeducation/	5968
25	(care?giver intervention*).ab,ti.	1467
26	(informal adj care).ab,ti.	6742

27	(family adj conference).ab,ti.	402
28	(open adj dialogue).ab,ti.	1959
29	(care adj plans).ab,ti.	15862
30	(joint adj crisis adj plan).ab,ti.	74
31	1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11	2290815
32	12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17	562919
33	18 and (19 or 20 or 21 or 22 or 23 or 24 or 25 or 26 or 27 or 28 or 29 or 30)	4836793
34	32 and 33 and 34	2314
35	remove duplicates from 34	1986

EBM Reviews - Cochrane Central Register of Controlled Trials <September 2023>

EBM Reviews - Cochrane Database of Systematic Reviews <2005 to October 4, 2023>

Embase <1974 to 2023 October 09>

Ovid MEDLINE(R) ALL <1946 to October 09, 2023>

APA PsycInfo <1806 to October Week 1 2023>

Suchstring **Erweiterung sozialer Netzwerke** inklusive Treffer

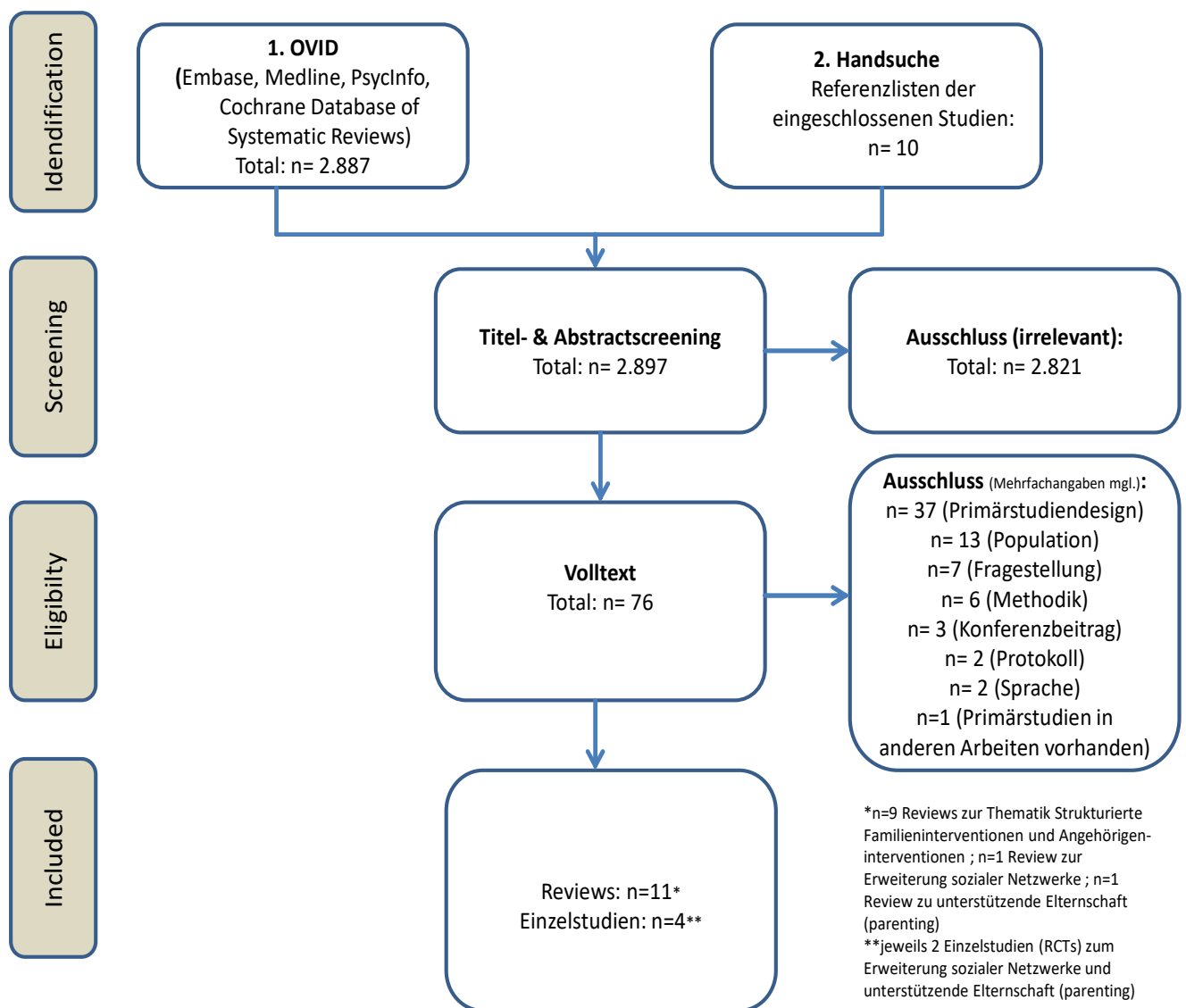
#	Query	Results
1	((serious* or sever*) and mental* and disorder*).ab,ti.	134989
2	((serious* or sever*) and mental* and illness).ab,ti.	71903
3	((serious* or sever*) and psychiatric and disorder*).ab,ti.	117343
4	((serious or sever*) and mental and health and problems).ab,ti.	36375
5	(depression or (depressive and disorder) or (severe and affective and disorder)).ab,ti.	1445996
6	(schizophrenia or psychotic* or paranoid or schizophrenic* or psychosis).ab,ti.	650755
7	((bipolar and disorder*) or (bipolar and affective and disorder*) or (manic and depression) or (bipolar and depression)).ab,ti.	161152
8	((personality and disorder*) or (borderline and personality and disorder*)).ab,ti.	137047
9	schizophrenia/th [Therapy]	21594
10	depression/th [Therapy]	47503
11	bipolar disorder/th [Therapy]	7986
12	((randomized and controlled and trial) or (randomised and controlled and trial)).ab,ti.	962803
13	(random* and allocation).ab,ti.	65254
14	(random* and (trial or study)).ab,ti.	3704021
15	(systematic and (review or search*)).ab,ti.	853095
16	((meta and analysis) or metaanaly* or (meta and analy*) or (scoping and review)).ab,ti.	783018
17	random allocation/	225107
18	*social environment/ or *community/ or *community living/ or *home environment/ or *neighborhood/ *participation/ *volunteers/ *counseling/	166289
19	(work* or intervention*).ab,ti.	9310140
20	*community counseling/	90
21	*network therapy/	49
22	*community support/	103
23	1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11	2290815
24	12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17	4836793
25	18 and 19	165791
26	20 or 21 or 22 or 25	46820
27	23 and 25 and 26	679
28	remove duplicates from 27	633

Suchstring **unterstützende Elternschaft (Medline)** inklusive Treffer

#	Query	Results
1	((serious* OR sever*) AND mental* AND disorder*)	40761
2	((serious* OR sever*) AND mental* AND illness)	20807
3	((serious* OR sever*) AND psychiatric AND disorder*)	34098
4	((serious OR sever*) AND mental AND health AND problems)	10947
5	(depression OR (depressive AND disorder) OR (severe AND affective AND disorder))	464433
6	(schizophrenia OR psychotic* OR paranoid OR schizophrenic* OR psychosis)	195137
7	((bipolar AND disorder*) OR (bipolar AND affective AND disorder*) OR (manic AND depression) OR (bipolar AND depression))	45804
8	((personality AND disorder*) OR (borderline AND personality AND disorder*))	36314
9	bipolar affective psychosis[MeSH Terms]	45735
10	borderline schizophrenia[MeSH Terms]	2996
11	(systematic AND (review OR search*))	370376
12	((meta AND analysis) OR metaanaly* OR (meta AND analy*) OR (scoping AND review))	329263
13	review, systematic[MeSH Terms]	14536
14	meta analysis[MeSH Terms]	29007
15	parenting*	27727
16	(parenting AND (intervent* OR therap* OR train* OR treat*))	12177
17	parenting[MeSH Terms]	21716
18	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10	722415
19	#11 OR #12 OR #13 OR #14	549339
20	#15 OR #16 OR #17	35984
21	#18 AND #19 AND #20	185
22	#18 AND #19 AND #20	169

Suchstring **unterstützende Elternschaft (Cochrane Library)** inklusive Treffer

#	Query	Results
#1	((serious* or sever*) and mental* and disorder*)	1267
#2	((serious* or sever*) and mental* and illness)	832
#3	((serious* or sever*) and psychiatric and disorder*)	664
#4	((serious or sever*) and mental and health and problems)	1351
#5	(depression or (depressive and disorder) or (severe and affective and disorder))	1597
#6	(schizophrenia or psychotic* or paranoid or schizophrenic* or psychosis)	469
#7	((bipolar and disorder*) or (bipolar and affective and disorder*) or (manic and depression) or (bipolar and depression))	252
#8	((personality and disorder*) or (borderline and personality and disorder*))	204
#9	MeSH descriptor: [Schizophrenia]	9761
#10	MeSH descriptor: [Depression]	17908
#11	MeSH descriptor: [Bipolar Disorder]	3559
#12	(systematic and (review or search*))	5545
#13	((meta and analysis) or metaanaly* or (meta and analy*) or (scoping and review))	5300
#14	MeSH descriptor: [Systematic Review]	1
#15	MeSH descriptor: [Meta-Analysis as Topic]	1473
#16	parenting*	114
#17	(parenting and (intervent* or therap* or train* or treat*))	4647
#18	MeSH descriptor: [Parenting]	2095
#19	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11	2324
#20	#12 OR #13 OR #14 OR #15	5545
#21	#16 OR #17 OR #18	114
#22	#19 AND #20 AND #21	99



PRISMA Flow-Diagramm: Strukturierte Familien- und Angehörigeninterventionen, Erweiterung sozialer Netzwerke und unterstützende Elternschaft

Es erfolgte ein zweistufiger Volltextscreeningprozess:

1. Identifikation von relevanten Übersichtsarbeiten im Bereich Strukturierte Familien- und Angehörigeninterventionen, Erweiterung sozialer Netzwerke und unterstützende Elternschaft (parenting)
2. zusätzlich Identifikation von relevanten RCTs in Ergänzung zu den eingeschlossenen Übersichtsarbeiten für die Bereiche Erweiterung sozialer Netzwerke und unterstützende Elternschaft (parenting)

Extraktionstabelle aggregierte Evidenz zu strukturierte Familien- und Angehörigeninterventionen

Titel	Family-based interventions versus standard care for people with schizophrenia	
Autoren	Wai Tong Chien, Dennis Chak Fai Ma, Daniel Bressington, Huanyu Mou	
Jahr	–	2024
Journal	–	Cochrane Database of Systematic Reviews
Fragestellung / Zielsetzung	–	Bewertung der Auswirkungen von familienbasierten Maßnahmen für Menschen mit Schizophrenie oder schizophrenieähnlichen Störungen und ihren Familien im Vergleich zur Standardversorgung.
Design	–	Systematischer Review mit Meta-Analyse
Datenbanken	–	CENTRAL, Medline, Embase, PsycInfo, CINAHL, WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP), Clinicaltrials.gov, SinoMed, China Network Knowledge Infrastructure (CNKI), Wanfang, Chinese Scientific Journals Database (VIP)
Zeitraum	–	von Beginn einer jeweiligen Datenbank bis April 2023
Eingeschlossene Studientypen	–	randomisierte kontrollierte Studien (n=26)
Autoren eingeschlossener Arbeiten	n=26: – Barrowclough 1999 – Buchkremer 1995 – Carra 2007 – Chan 2009 – Chien 2004 – Chien 2005 – Chien 2008a – Chien 2008b – Chien 2010 – Chien 2013 – De Giacomo 1997 – Glick 1990	– Hazel 2004 – Husain 2021 – Koolae 2010 – Kulhara 2009 – Kumar 2020 – Leff 2001 – Li 2003 – Li 2015 – Magliano 2006 – Merinder 1999 – Posner 1992 – Sharif 2012 – Vaughan 1992 – Vidal Gutiérrez 2019
weitere relevante Einschlusskriterien	–	Cluster-randomisierte kontrollierte Studien und Cross-Over Studien Mindestanzahl von Sitzungen der Interventionen n=5
relevante Ausschlusskriterien	–	Studien, die sich auf Personen mit einer primären klinischen Diagnose von Demenz, Persönlichkeitsstörung oder geistiger Behinderung konzentrieren
Qualitätsbewertung durchgeführt	–	Ja (Cochrane Risk of bias Tool)

Für welche Patienten / Subgruppen Aussagen getroffen?	– keine
Gemessene Outcomes	Patientenbezogen: – Rückfall – Globaler Zustand Familienbezogen: – klinisch relevante Outcomes oder Veränderungen der Pflegelast bzw. von Stress oder Emotionen Familien- und patientenbezogen: – unerwünschte Ereignisse
Ergebnisse	<u>Allgemein:</u> Verteilung nach Ländern: – überwiegend asiatisch (n=14), darüber hinaus Italien (n=3), USA (n=2), Großbritannien (n=2), Deutschland (n=1), Chile (n=1), Dänemark (n=1), Kanada (n=1), Australien (n=1) Anzahl Teilnehmer: – gesamt n= 4.041 (Min. 30/Max. 200) – Familienangehörige n=2.056 – Patienten n=1.985 – überwiegend ambulant (n=23) Dauer der Interventionen (Spannweite): – 5 Wochen bis 24 Monate Interventionsgruppe: – Psychoedukation (n=10) – Mutual Support Programme (n=3) – (bedürfnisorientierte) familiäre kognitive Verhaltenstherapie (n=3) – sonstiges, bspw. (multiple) familiäre Unterstützung teilweise durch Peer Personal oder gegenseitige Unterstützung, therapeutische Gruppen, Informationsgruppen, kulturell adaptierte Familienentherapie, psychosoziale Intervention, Pflegemanagement-Programm (n=10) Vergleichs-/Kontrollgruppe: – Herkömmliche Therapie (n=22) – Herkömmliche Therapie + Familienunterstützung (n=2) – Warteliste (n=2) <u>Familienorientierte Interventionen vs. Standardversorgung</u> Patientenoutcome – Rückfall nach ≤ 1 Monat Postintervention (n=4): – stat. signifikante Unterschiede zwischen einer familienorientierten Intervention und der Standardversorgung (RR 0.66 (0.49 bis 0.89), p=0.007, I² = 0%) Patientenoutcome – Rückfall nach > 6 Monate Postintervention (n=5):

- keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen einer familienorientierten Intervention und der Standardversorgung (RR 0.91 (0.76 bis 1.10), $p=0.33$, $I^2 = 25\%$)

Patientenoutcome – stat. Aufnahme nach ≤ 1 Monat Postintervention (n=2):

- keine stat. signifikante Unterschiede zwischen einer familienorientierten Intervention und der Standardversorgung (RR 0.81 (0.51 bis 1.29), $p=0.38$, $I^2=0\%$)

Patientenoutcome – stat. Aufnahme nach > 6 Monaten Postintervention (n=6):

- keine stat. signifikante Unterschiede zwischen einer familienorientierten Intervention und der Standardversorgung (RR 0.99 (0.81 bis 1.22), $p=0.96$, $I^2=0\%$)

Patientenoutcome – Medikamenten-Compliance (n=6):

- nur narrative Beschreibung möglich: 5 RCTs (369 Teilnehmer) berichteten über geringe bis keine Unterschiede zwischen den Gruppen, eine RCT (73 Teilnehmer) fand positive Auswirkungen von Familieninterventionen im Vergleich zur Standardbehandlung

Familienmitgliederoutcome – Pflegelast nach ≤ 1 Monat Postintervention (n=8):

- stat. signifikante Mittelwertunterschiede 5.84 [-6.77, -4.92] Punkte geringer zugunsten der familienorientierten Intervention ($p < 0.00001$, $I^2 = 45\%$)

Familienmitgliederoutcome – Pflegelast nach > 6 Monate Postintervention (n=3):

- stat. signifikante Mittelwertunterschiede -8.64 [-9.87, -7.41] Punkte geringer zugunsten der familienorientierten Intervention ($p < 0.00001$, $I^2 = 81\%$)

Familienmitgliederoutcome – Emotionen (positiv) (n=2):

- stat. signifikante Unterschiede zwischen einer familienorientierten Intervention und der Standardversorgung (RR 3.9 (1.11 bis 13.71), $p=0.03$, $I^2=0\%$)

Familienmitgliederoutcome – Emotionen (negativ; nach 1-6 Monaten) (n=2):

- stat. signifikante Unterschiede zwischen einer familienorientierten Intervention und der Standardversorgung (RR -1.28 (-2.17 bis -0.4), $p=0.004$, $I^2=76\%$)

Patienten- und familienbezogene Outcomes – unerwünschte Ereignisse (n=6):

- keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen einer familienorientierten Intervention und der Standardversorgung (RR 0.48 (0.18 bis 1.32), $p=0.16$, $I^2=0\%$)

Patienten- und familienbezogene Outcomes – Lebensqualität (n=2):

- nur narrative Beschreibung möglich: eine RCT (29 Teilnehmer) berichteten über geringe bis keine Unterschiede zwischen den Gruppen, eine RCT (40 Teilnehmer) fand positive Auswirkungen von Familieninterventionen im Vergleich zur Standardbehandlung

Bemerkungen

- Insgesamt war die Evidenz von familienorientierten Interventionen von mäßiger bis sehr geringer Güte.

Titel	Effectiveness of family interventions for patients with schizophrenia: A systematic review and meta-analysis	
Autoren	Sin-Hyang Kim, Sihyun Park	
Jahr	– 2023	
Journal	– International Journal of Mental Health Nursing	
Fragestellung / Zielsetzung	– Die Arbeit untersucht die Auswirkungen von Familieninterventionen bei Personen mit Schizophrenie auf die Patienten selbst sowie die Familienmitglieder.	
Design	– Systematischer Review mit Meta-Analyse	
Datenbanken	– CINAHL, MEDLINE, PubMed, Scopus, Web of Science, Embase und ProQuest Dissertations & Thesis Global	
Zeitraum	– bis November 2022	
Eingeschlossene Studientypen	– randomisierte kontrollierte Studien (n=38)	
Autoren eingeschlossener Arbeiten	n=38: – Chien and Chan 2004a – Chien and Chan 2004b – Chien et al. 2005 – Li and Authur 2005 – Bradley et al. 2006 – Chien et al. 2006 – Magliano et al. 2006 – Chien & Wong 2007 – Gutiérrez-Maldonado & Caqueo-Úrizar 2007 – Chien et al. 2008a – Chien et al. 2008b – Chan et al. 2009 – Nasr and Kausar 2009 – Kulhara et al. 2009 – Gutiérrez-Maldonado et al. 2009 – Koolae and Etemadi 2010 – Chien & Thompson 2013 – Chien & Chan 2013 – Fallahi Khoshknab et al. 2013 – Badamli and Duman 2014 – Hasan et al. 2015 – Mayoral et al. 2015 – Rami et al. 2018 – Gutiérrez et al. 2019 – Khalil et al. 2019 – Thimmajja & Rathinasamy 2019 – Raeisi et al. 2020 – Behrouian et al. 2020 – Zhou et al. 2020 – Behrouian et al. 2021 – Budiono et al. 2021 – Chen et al. 2021 – Durmaz & Okanli 2021 – Khodabakhshi-Koolae and Manoochehri 2021 – Rajai et al. 2021 – Muhić et al. 2022 – Mueser et al 2022 – Wang et al. 2022	
weitere relevante Einschlusskriterien	– k. A.	
relevante Ausschlusskriterien	– Studien, die ausschließlich die (Index-)Patienten fokussieren und keine Familienmitglieder	
Qualitätsbewertung durchgeführt	– Ja (Cochrane Risk of bias Tool)	

Für welche Patienten / Subgruppen Aussagen getroffen?	– k. A.
Gemessene Outcomes	Family-level: – Family caregiving experiences – Family coping – Family relationship – Family burden – Family functioning – Family mental health – Family health and well-being – Knowledge and attitudes – Perceived social support Patient-level: – Level of functioning – Quality of life – Medication – Rehospitalization – Psychiatric symptoms and insight – Treatment satisfaction and adherence
Ergebnisse	<u>Allgemein:</u> Verteilung nach Ländern: – überwiegend asiatisch (n=13), darüber hinaus Iran, Australien, Italien, USA, Spanien und Chile Anzahl Teilnehmer: – gesamt n= 18.105 (Min. 14/Max. 350) – Familienangehörige n=10.669 – Patienten n=7.346 Dauer der Interventionen (Spannweite): – k. A. Interventionsgruppe: – Psychoeducation (n=24) – Mutual Support Programme (n=4) – Family to Family Support (n=4) – sonstiges (n=6) Vergleichs-/Kontrollgruppe: – Herkömmliche Therapie (n=38) <u>Family Interventions (FI) vs. Herkömmliche Therapie (n=38)</u> Overall effect size Family-level: – stat. signifikante Unterschiede zwischen einer Familienintervention und der Kontrollgruppe (g = 0.71 [0.60, 0.83], p=0.0000) Overall effect size Patient-level: – stat. signifikante Unterschiede zwischen einer Familienintervention und der Kontrollgruppe (g = 0.54 [0.41, 0.68], p=0.0000)

Effect sizes of family intervention programs on family-level outcomes (n=k. A.)

Caregiving experience:

- keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen einer FI und der Kontrollgruppe ($g = 0.37 [-0.36, 1.1]$, $p=0.317$)

Family burden:

- stat. signifikante Unterschiede zwischen einer FI und der Kontrollgruppe ($g = 1.13 [0.84, 1.4]$, $p=0.000$)

Family coping:

- stat. signifikante Unterschiede zwischen einer FI und der Kontrollgruppe ($g = 0.62 [0.36, 0.89]$, $p=0.000$)

Family functioning:

- stat. signifikante Unterschiede zwischen einer FI und der Kontrollgruppe ($g = 0.49 [0.08, 0.89]$, $p=0.017$)

Family health/well-being:

- stat. signifikante Unterschiede zwischen einer FI und der Kontrollgruppe ($g = 0.56 [0.19, 0.93]$, $p=0.003$)

Family mental health:

- stat. signifikante Unterschiede zwischen einer FI und der Kontrollgruppe ($g = 1.28 [0.82, 1.73]$, $p=0.000$)

Family relationship:

- keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen einer FI und der Kontrollgruppe ($g = 0.40 [-0.14, 0.96]$, $p=0.151$)

Knowledge & attitudes:

- stat. signifikante Unterschiede zwischen einer FI und der Kontrollgruppe ($g = 1.20 [0.82, 1.58]$, $p=0.000$)

Perceived social support:

- keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen einer FI und der Kontrollgruppe ($g = 0.21 [-0.081, 0.51]$, $p=0.155$)

Overall:

- stat. signifikante Unterschiede zwischen einer FI und der Kontrollgruppe ($g = 0.71 [0.59, 0.83]$, $p=0.000$)

Effect sizes of family intervention programs on patient-level outcomes (n=k. A.)

Levels of Functioning:

- stat. signifikante Unterschiede zwischen einer FI und der Kontrollgruppe ($g = 0.56 [0.39, 0.72]$, $p=0.000$)

Medication:

- keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen einer FI und der Kontrollgruppe ($g = 0.06 [-0.28, 0.40]$, $p=0.723$)

Quality of life:

- stat. signifikante Unterschiede zwischen einer FI und der Kontrollgruppe ($g = 0.89 [0.38, 1.40]$, $p=0.001$)

Rehospitalization:

- stat. signifikante Unterschiede zwischen einer FI und der Kontrollgruppe ($g = 0.33 [0.13, 0.53]$, $p=0.001$)

Symptoms & insight:

	– stat. signifikante Unterschiede zwischen einer FI und der Kontrollgruppe ($g = 0.60 [0.43, 0.77]$, $p=0.000$) Treatment satisfaction/adherence: – stat. signifikante Unterschiede zwischen einer FI und der Kontrollgruppe ($g = 1.40 [0.93, 1.86]$, $p=0.000$) Overall: – stat. signifikante Unterschiede zwischen einer FI und der Kontrollgruppe ($g = 0.52 [0.43, 0.62]$, $p=0.000$)
Bemerkungen	– Ein Publikationsbias im Hinblick auf die geschilderten Ergebnisse ist sehr wahrscheinlich.

Titel	The effect of multiple family therapy on mental health problems and family functioning: A systematic review and meta-analysis
Autoren	Carlijn Maria van Es, Beatrice El Khoury, Eva A. M. van Dis, Hans te Brake, Elisa van Ee, Paul A. Boelen, Trudy Mooren
Jahr	– 2023
Journal	– Family Process
Fragestellung / Zielsetzung	– Die Arbeit untersucht die Auswirkungen von multipler Familientherapie bei Personen mit Schizophrenie (und anderen Populationen) auf die mentale Gesundheit sowie Family-Function.
Design	– Systematischer Review mit Meta-Analyse
Datenbanken	– PsycInfo, Ovid Medline, Ovid Evidence Based Medicine Reviews, Embase, Published International Literature on Traumatic Stress, Web of Science, Google Scholar
Zeitraum	– bis Juni 2021
Eingeschlossene Studientypen	– randomisierte kontrollierte Studien (n=9; nur Studien zu Schizophrenie)
Autoren eingeschlossener Arbeiten (nur RCTs zu Schizophrenie)	n=9: – Bradley et al., 2006 – Dyck et al., 2000 – McFarlane et al., 2015 – Valencia et al., 2010 – Liberman et al., 1984 – Chien et al., 2018 – Chien & Chan, 2004 – Jeppesen et al., 2005 – Rossberg et al., 2010
weitere relevante Einschlusskriterien	– k. A.
relevante Ausschlusskriterien	– k. A.
Qualitätsbewertung durchgeführt	– Ja (Cochrane Risk of bias Tool)
Für welche Patienten / Subgruppen Aussagen getroffen?	– u. a. für Patienten mit Schizophrenie
Gemessene Outcomes	– Symptomatik
Ergebnisse (nur RCTs zu Schizophrenie)	<u>Allgemein:</u> Verteilung nach Ländern: – USA (n=3), Hong Kong (n=2), Australien (n=1), Dänemark (n=1), Mexiko (n=1), Skandinavien (n=1)

	Anzahl Teilnehmer: – gesamt n= 1.464 (Min. 22/Max. 337) Dauer der Interventionen (Spannweite): – k. A. Interventionsgruppe: – multiple Familientherapie bspw. mit mutual support oder Psychoedukation, assertive Community Treatment (n=9) Vergleichs-/Kontrollgruppe: – Herkömmliche Therapie (n=9) <u>Multiple Familientherapie vs. Herkömmliche Therapie (n=6)</u> Symptomatik: – keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen einer multiplen Familientherapie und der Kontrollgruppe ($g = 0.96$, 95% CI $[-0.19, 2.11]$; $p > 0.05$)
Bemerkungen	– Weitere Studien sind notwendig, um mögliche positive Effekte von multipler Familientherapie zu erhalten und um eine Implementierung im Versorgungsalltag zu gewährleisten.

Titel	Effectiveness of family psychoeducation for major depressive disorder: systematic review and metaanalysis
Autoren	Fujika Katsuki, Norio Watanabe, Atsurou Yamada and Takaaki Hasegawa
Jahr	– 2022
Journal	– BJPsych Open
Fragestellung / Zielsetzung	– Die Arbeit evaluiert die Effektivität von Familien-Psychoedukation auf die Schwere der Symptomatik bei Personen mit einer schweren Depression.
Design	– Systematischer Review mit Meta-Analyse
Datenbanken	– PubMed, MEDLINE, Embase, PsycInfo, the Cochrane Library, Emcare, ProQuest Dissertation and Theses and the Web of Science databases
Zeitraum	– von Beginn bis März 2022
Eingeschlossene Studientypen	– randomisierte kontrollierte Studien
Autoren eingeschlossener Arbeiten	n=9: – Lemmens et al. 2009 – Seikkula et al. 2013 – Kumar et al. 2015 – Katsuki et al. 2018 – Hinton et al. 2020 – Clarkin et al. 1990 – Hu Xiong et al. 2007 – Fiorillo et al. 2011 – Shimazu et al. 2011
weitere relevante Einschlusskriterien	– Cluster-randomisierte Studien und Cross-Over randomisierte Studien
relevante Ausschlusskriterien	– quasi-randomisierte Studien
Qualitätsbewertung durchgeführt	– Ja (Cochrane Risk of bias Tool)
Für welche Patienten / Subgruppen Aussagen getroffen?	– ja, wenn möglich nach Anbietersystem, nach Art der Durchführung, Symptomstärke zu Beginn, Komorbiditäten, nach Unterstützung und Beziehung zu den Familienmitgliedern
Gemessene Outcomes	Primär: – Patients' depressive symptoms – Family functioning Sekundär: – Patients' general functioning – Family members' distress – Family members' quality of life

– Drop-out rate

Ergebnisse

Allgemein:

Verteilung nach Ländern:

- USA (n=2), Japan (n=2), Belgien (n=1), Finnland (n=1), Indien (n=1), China (n=1), Italien (n=1)

Anzahl Teilnehmer:

- n= 504 (Min. 23/Max. 83)

Dauer der Interventionen (Spannweite):

- 6 bis 36 Wochen

Interventionsgruppen:

- Familien-Psychoedukation (n=9; single- oder multifamiliär)

Vergleichs-/Kontrollgruppen:

- Überwiegend herkömmliche ambulante Behandlung

patients' depressive symptoms (n=4) at 16 weeks

- stat. signifikante Unterschiede zwischen einer Familien-Psychoedukation-Intervention und der Kontrollgruppe (s.m.d. = -0.52; 95% CI 1.03 to -0.01; p=0.04)

patients' depressive symptoms (n=5) at final follow up

- stat. signifikante Unterschiede zwischen einer Familien-Psychoedukation-Intervention und der Kontrollgruppe (s.m.d. = -0.53; 95% CI -0.98 to -0.08; p=0.02)

depression above the threshold (n=4) at 16 weeks

- keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen einer Familien-Psychoedukation-Intervention und der Kontrollgruppe (risk ratio 0.82; 95% CI 0.64–1.05; p=0.12)

depression above the threshold (n=5) at final follow up

- keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen einer Familien-Psychoedukation-Intervention und der Kontrollgruppe (risk ratio 0.75; 95% CI 0.64–0.89; p=0.1)

Family functioning (n=1) at 16 weeks

- keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen einer Familien-Psychoedukation-Intervention und der Kontrollgruppe (m.d. = 4.15; 95% CI -11.66 to 19.96; p=0.61)

Family functioning (n=1) at final follow up

- keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen einer Familien-Psychoedukation-Intervention und der Kontrollgruppe (m.d. = 7.50; 95% CI -7.62 to 22.62; p=0.33)

patients' general functioning (n=2) at 16 weeks

- keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen einer Familien-Psychoedukation-Intervention und der Kontrollgruppe (s.m.d. = 0.64; 95% CI -0.15 to 1.44; p=0.11)

patients' general functioning (n=3) at final follow up

	– keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen einer Familien-Psychoedukation-Intervention und der Kontrollgruppe (s.m.d. = 0.39; 95% CI -0.28 to 1.06; p=0.25) family members' distress (n=1) at 16 weeks – keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen einer Familien-Psychoedukation-Intervention und der Kontrollgruppe (m.d. = -1.85; 95% CI -7.12 to 3.42; p=0.49) family members' distress (n=1) at final follow up – keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen einer Familien-Psychoedukation-Intervention und der Kontrollgruppe (m.d. = 0.95; 95% CI -4.60 to 6.50; p=0.74) drop-out rate between the intervention and control groups (n=1) – keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen den Interventions- und Kontrollgruppen (risk ratio 0.59; 95% CI 0.24–1.47; p=0.26) drop-out rate between the intervention and control groups while assessment (n=4) – stat. signifikante Unterschiede zwischen den Interventions- und Kontrollgruppen (risk ratio 0.50; 95% CI 0.31–0.80; p=0.004)
Bemerkungen	– Die eingeschlossenen Studien weisen eine hohe klinische Heterogenität sowie geringe methodische Qualität vor.

Titel	Family interventions for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis	
Autoren	Alessandro Rodolico, Irene Bighelli, Chiara Avanzato, Carmen Con- certo, Pierfelice Cutrufelli, Ludovico Mineo, Johannes Schneider- Thoma, Spyridon Sifas, Maria Salvina Signorelli, Hui Wu, Dongfang Wang, Toshi A Furukawa, Gabi Pitschel-Walz, Eugenio Aguglia, Stefan Leucht	
Jahr	– 2022	
Journal	– Lancet Psychiatry	
Fragestellung / Zielsetzung	– Die Arbeit untersucht im Rahmen einer Netzwerk-Meta-Analyse die Auswirkungen von verschiedenen Familieninterventionen auf das Rückfallrisiko bei Personen mit Schizophrenie.	
Design	– Systematischer Review mit (Netzwerk-) Meta-Analyse	
Datenbanken	– EMBASE, MEDLINE, PsycINFO, BIOSIS, Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL), ClinicalTrials.gov, and WHO International Clinical Trials Registry Platform	
Zeitraum	– bis Januar 2020 bzw. Juli 2021	
Eingeschlossene Studienty- pen	– randomisierte kontrollierte Studien (n=93)	
Autoren eingeschlossener Arbeiten	n=93: – Aguglia et al. 2007 – Barrowclough et al. 1999 – Bertrando et al. 2006 – Bhugra et al. 2011 – Bressi et al. 2008 – Buchkremer et al. 1995 – Carpenter et al. 1986 – Carrà et al. 2007 – Cechnicki et al. 2017 – Chatterjee et al. 2014 – Chen et al. 2000 – Craig et al. 2004 – De Giacomo et al. 1997 – Drury et al. 1996 – Dyck et al. 2002 – Garety et al. 2008 – Giron et al. 2010 – Glynn et al. 1992 – Goldstein et al. 1981 – Grawe et al. 2006 – Guo et al. 2007 – Guo et al. 2010 – Hasan et al. 2015 – Luo et al. 2019 – Lv et al. 2003 – Ma et al. 2003 – Mak et al. 1997 – Marchira et al. 2017 – Mayoral et al. 2015 – McFarlane et al. 1995 – McFarlane et al. 1995b – Merinder et al. 1999 – Montero et al. 1999 – NCT02911519 – Palma et al. 2019 – Petersen et al. 2005 – Pitschel-Walz et al. 2006 – Piyavhatkul et al. 2017 – Posner et al. 1992 – Pu et al. 2003 – Qiu et al. 2002 – Ran et al. 2003 – Razali et al. 2000 – Schooler et al. 1997 – She et al. 2017 – Shimodera et al. 2000 – Shiraishi et al. 2019	

	– Herz et al. 2000 – Hogarty et al. 1986 – Hogarty et al. 1997 – Hornung et al. 1996 – Hu et al. 1994 – Jenner et al. 2004 – Jiang et al. 2007 – Kane et al. 2016 – Klingberg et al. 2010 – Köttgen et al. 1988 – Kopelowicz et al. 2003 – Kopelowicz et al. 2012 – Kopelowicz et al. 2003 – Kulhara et al. 2009 – Leff et al. 1982 – Leff et al. 1989 – Leff et al. 2001 – Li et al. 2004 – Li et al. 2005a – Li et al. 2005b – Li et al. 2008 – Ling et al. 1999 – Liu et al. 2007	– Spiegel et al. 1987 – Sungur et al. 2011 – Szmukler et al. 1996 – Szmukler et al. 2003 – Tan et al. 2005 – Tan et al. 2007 – Tarrier et al. 1988a – Tarrier et al. 1988b – Valencia et al. 2007 – Valencia et al. 2013 – Vaughan et al. 1992 – Veltro et al. 2006 – Vickar et al. 2009 – Wang et al. 1997 – Wang et al. 2005 – Xiong et al. 1994 – Yi et al. 2006 – Zastowny et al. 1992 – Zhang et al. 1994 – Zhang et al. 2003 – Zhang et al. 2006 – Zhang et al. 2006b – Zhao et al. 2001 – Zhu et al. 1998
weitere relevante Einschlusskriterien	– k. A.	
relevante Ausschlusskriterien	– Personen mit akuten Erkrankung oder weiteren med./psychiatrischen Erkrankungen, Personen mit einem hohem Risiko für schwere psych. Erkrankungen (podromal)	
Qualitätsbewertung durchgeführt	– Ja (Cochrane Risk of bias Tool)	
Für welche Patienten / Subgruppen Aussagen getroffen?	– nach first-episode patients, inpatient status, number of sessions, and baseline severity	
Gemessene Outcomes	– Rückfallquote (nach 12 Monaten)	
Ergebnisse	Allgemein: Verteilung nach Ländern: – k. A. Anzahl Teilnehmer: – n= 9.541 (min. 19/max. 1.268) Dauer der Interventionen (Durchschnitt; Min., Max.): – 52 Wochen (5-520) Interventionsgruppen: – Familien-Psychoedukation (n=59)	

- Familienangehörigen-Psychoedukation (n=20)
- systemische Familienintervention (n=6)
- gemeindebasierte Interventionen (n=6)

Vergleichs-/Kontrollgruppen:

- Herkömmliche Therapie

Event-Rate (95% CI)

Treatment as usual: 37.0% (37.0-37.0%)

Family psychoeducation: 9.7% (6.66-13,87%)

Family psychoeducation combined with family behavioural or skills training and mutual skills training support: 17,1% (12.07-23.61%)

Systemic oriented family intervention: 16.33% (8.89-28.07%)

Family psychoeducation combined with family behavioural or skills training (broad): 17,9% (12.49-25%)

Family psychoeducation combined with family behavioural or skills training (crisis-oriented): 19,9% (9.16-38.2%)

Family psychoeducation combined with patient behavioural or skills training: 21,5% (17.16-26.54%)

Relatives psychoeducation: 21,75% (15.07-30.34%)

Family psychoeducation combined with family behavioural or skills training and emotional climate focused interventions: 22,37% (17.46-28.19%)

Relatives psychoeducation combined with patient psychoeducation: 23,2% (16.8-31.16%)

Community-based care intervention: 27,0% (19.87-35.63%)

Brief family or relatives psychoeducation: 32,8% (19.81-49.05%)

Rückfallquote nach 6 Monaten – spezielle Familieninterventionen vs. herkömmliche Therapie (HT) (n=33)

Family psychoeducation:

- stat. signifikante Unterschiede zur HT (OR 0.19, 95% CI [0.08-0.44])

Family psychoeducation combined with family behavioural or skills training and mutual skills training support:

- stat. signifikante Unterschiede zur HT (OR 0.45, 95% CI [0.27-0.75])

Systemic oriented family intervention:

- keine stat. signifikanten Unterschiede zur HT (OR 0.16, 95% CI [0.01-3.22])

Family psychoeducation combined with family behavioural or skills training (broad):

- keine stat. signifikanten Unterschiede zur HT (OR 0.52, 95% CI [0.25-1.10])

Family psychoeducation combined with family behavioural or skills training (crisis-oriented):

- keine stat. signifikanten Unterschiede zur HT (OR 0.22, 95% CI [0.04-1.09])

Family psychoeducation combined with patient behavioural or skills training:

- stat. signifikante Unterschiede zur HT (OR 0.42, 95% CI [0.32-0.54])

Relatives psychoeducation:

- keine stat. signifikanten Unterschiede zur HT (OR 0.8, 95% CI [0.37-1.75])

Family psychoeducation combined with family behavioural or skills training and emotional climate focused interventions:

- keine stat. signifikanten Unterschiede zur HT (OR 0.77, 95% CI [0.47-1.27])

Relatives psychoeducation combined with patient psychoeducation:

- stat. signifikante Unterschiede zur HT (OR 0.46, 95% CI [0.28-0.74])

Community-based care intervention:

- keine stat. signifikanten Unterschiede zur HT (OR 0.06, 95% CI [0.00-1.15])

Brief family or relatives psychoeducation:

- keine stat. signifikanten Unterschiede zur HT (OR 0.83, 95% CI [0.17-3.96])

Rückfallquote nach 12 Monaten – spezielle Familieninterventionen vs. herkömmliche Therapie (HT) (n=82)

Family psychoeducation:

- stat. signifikante Unterschiede zur HT (OR 0.18, 95% CI [0.12-0.27])

Family psychoeducation combined with family behavioural or skills training and mutual skills training support:

- stat. signifikante Unterschiede zur HT (OR 0.35, 95% CI [0.23-0.53])

Systemic oriented family intervention:

- stat. signifikanten Unterschiede zur HT (OR 0.33, 95% CI [0.17-0.66])

Family psychoeducation combined with family behavioural or skills training (broad):

- stat. signifikante Unterschiede zur HT (OR 0.37, 95% CI [0.24-0.57])

Family psychoeducation combined with family behavioural or skills training (crisis-oriented):

- keine stat. signifikanten Unterschiede zur HT (OR 0.42, 95% CI [0.17-1.05])

Family psychoeducation combined with patient behavioural or skills training:

- stat. signifikante Unterschiede zur HT (OR 0.47, 95% CI [0.35-0.62])

Relatives psychoeducation:

- stat. signifikante Unterschiede zur HT (OR 0.47, 95% CI [0.3-0.74])

Family psychoeducation combined with family behavioural or skills training and emotional climate focused interventions:

- stat. signifikante Unterschiede zur HT (OR 0.49, 95% CI [0.36-0.67])

Relatives psychoeducation combined with patient psychoeducation:

- stat. signifikante Unterschiede zur HT (OR 0.51, 95% CI [0.34-0.77])

Community-based care intervention:

- stat. signifikante Unterschiede zur HT (OR 0.63, 95% CI [0.42-0.94])

Brief family or relatives psychoeducation:

- keine stat. signifikanten Unterschiede zur HT (OR 0.83, 95% CI [0.42-1.64])

Rückfallquote nach mehr als 12 Monaten – spezielle Familieninterventionen vs. herkömmliche Therapie (HT) (n=42)

Family psychoeducation:

- stat. signifikante Unterschiede zur HT (OR 0.15, 95% CI [0.09-0.24])

Family psychoeducation combined with family behavioural or skills training and mutual skills training support:

- stat. signifikante Unterschiede zur HT (OR 0.29, 95% CI [0.19-0.43])

Systemic oriented family intervention:

- stat. signifikante Unterschiede zur HT (OR 0.23, 95% CI [0.12-0.44])

Family psychoeducation combined with family behavioural or skills training (broad):

- stat. signifikante Unterschiede zur HT (OR 0.33, 95% CI [0.19-0.58])

Family psychoeducation combined with family behavioural or skills training (crisis-oriented):

- keine stat. signifikanten Unterschiede zur HT (OR 0.53, 95% CI [0.14-2.05])

Family psychoeducation combined with patient behavioural or skills training:

- stat. signifikante Unterschiede zur HT (OR 0.49, 95% CI [0.33-0.72])

Relatives psychoeducation:

- stat. signifikante Unterschiede zur HT (OR 0.46, 95% CI [0.27-0.79])

Family psychoeducation combined with family behavioural or skills training and emotional climate focused interventions:

- stat. signifikante Unterschiede zur HT (OR 0.38, 95% CI [0.27-0.54])

Relatives psychoeducation combined with patient psychoeducation:

- stat. signifikante Unterschiede zur HT (OR 0.46, 95% CI [0.28-0.76])

Community-based care intervention:

- stat. signifikante Unterschiede zur HT (OR 0.61, 95% CI [0.4-0.93])

Brief family or relatives psychoeducation:

- keine stat. signifikanten Unterschiede zur HT (OR 1.00, 95% CI [0.19-5.12])

Bemerkungen

- Integrierte Familien-Interventionen sollten als Standard in den klinischen Alltag implementiert werden.

Titel	Cognitive behavioural family intervention for people diagnosed with severe mental illness and their families: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials
Autoren	Chak Fai Ma, Sherry Kit Wa Chan, Wai Tong Chien, Daniel Bressington, Esther Yee Wai Mui, Edwin Ho Ming Lee, Eric Yu Hai Chen
Jahr	– 2020
Journal	– J Psychiatr Ment Health Nurse
Fragestellung / Zielsetzung	– Die Arbeit untersucht die Auswirkungen von Cognitive behavioural family interventions bei Personen mit schweren psychischen Erkrankungen und deren Familien.
Design	– Systematischer Review mit Meta-Analyse
Datenbanken	– BioMed Central, CINAHL Plus, ClinicalTrials.gov, Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL), EMBASE, MEDLINE, PsycINFO, PubMed and Web of Science
Zeitraum	– k. A.
Eingeschlossene Studientypen	– randomisierte kontrollierte Studien (n=4)
Autoren eingeschlossener Arbeiten	n=4: – Habib et al. 2015 – Naeem, Saeed, et al. 2015 – Polo-Lopez et al. 2015 – Sellwood et al. 2007
weitere relevante Einschlusskriterien	– k. A.
relevante Ausschlusskriterien	– Studien mit einem größeren Anteil (> 30%) an Betreuern außerhalb der Familie – keine multimodalen Interventionen (ausschließlich CBT)
Qualitätsbewertung durchgeführt	– Ja (Cochrane Risk of Bias Tool)
Für welche Patienten / Subgruppen Aussagen getroffen?	– k. A.
Gemessene Outcomes	– alle verwendbaren Ergebnisdaten von Dienstleistungsnutzern und Familien, die mit validierten Instrumenten erhoben wurden
Ergebnisse	<u>Allgemein:</u> Verteilung nach Ländern: – Pakistan (n=2), Spanien (n=1), Großbritannien (n=1) Anzahl Teilnehmer: – gesamt n= 524 (Min. 26/Max. 117) – Familienangehörige n=50

Dauer der Interventionen (Spannweite):

- 8-24 Wochen

Interventionsgruppe:

- CBT-basierte Familien Intervention (n=4)

Vergleichs-/Kontrollgruppe:

- Herkömmliche Therapie (n=4)

CBT-basierte Familien Intervention vs. Herkömmliche Therapie

overall positive symptoms (n=2)

- stat. signifikante Unterschiede zwischen einer CBT-based family intervention und der Kontrollgruppe (MD=-7,39; 95% CI [-13.86 to -0.92])

delusions (n=2)

- stat. signifikante Unterschiede zwischen einer CBT-based family intervention und der Kontrollgruppe (MD=-7.48; 95% CI [-12.38 to -2.58])

hallucination (n=2)

- keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen einer CBT-based family intervention und der Kontrollgruppe (MD=-10.38; 95% CI [-21.45 to 0.7])

overall negative symptoms (n=2)

- stat. signifikante Unterschiede zwischen einer CBT-based family intervention und der Kontrollgruppe (MD=-4.35; 95% CI [-5.62 to -3.08])

general psychopathology (n=2)

- stat. signifikante Unterschiede zwischen einer CBT-based family intervention und der Kontrollgruppe (MD=-10.26; 95% CI [-17.41 to -3.10])

insight (n=2)

- keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen einer CBT-based family intervention und der Kontrollgruppe (MD=5.38; 95% CI [-0.99 to 11.75])

Bemerkungen

- Eine allgemeingültige Übertragung der Ergebnisse auf andere Populationen (Senioren, Kinder) erscheint problematisch, da ausschließlich zwei Studien mit Erwachsenen in die Meta-Analyse eingeschlossen werden konnten.

Titel	Family intervention for caregivers of people with recent-onset psychosis: A systematic review and meta-analysis
Autoren	Chak Fai Ma, Wai Tong Chien, Daniel Thomas Bressington
Jahr	– 2018
Journal	– Early Intervention in Psychiatry
Fragestellung / Zielsetzung	– Die Arbeit untersucht die Auswirkungen von unterschiedlichen Familieninterventionen ausschließlich bei Familienangehörigen von Personen mit beginnender Psychose.
Design	– Systematischer Review mit Metaanalyse
Datenbanken	– MEDLINE, EMBASE, PsycINFO, Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL), CINAHL Complete and EBSCOhost
Zeitraum	– Juni 2016
Eingeschlossene Studientypen	– randomisierte kontrollierte Studien (n=12)
Autoren eingeschlossener Arbeiten	n=12: – Calvo et al. 2009 – Chien 2010 – Chien and Chan 2005 – Chien, Chan, and Thompson 2002 – Chien, Norman, and Thompson 2016 – Chien and Thompson 2014 – Chien and Wong 2017 – Chien, Thompson, Lubman and McCann 2015 – Leavey et al. 2012 – McCann, Cotton, and Lubman 2010 – McCann et al. 2001 – So et al. 2008
weitere relevante Einschlusskriterien	– Familienangehörige ersten und zweiten Grades
relevante Ausschlusskriterien	– Freunde, die entsprechende Personen betreuen
Qualitätsbewertung durchgeführt	– Ja (Cochrane Risk of Bias Tool)
Für welche Patienten / Subgruppen Aussagen getroffen?	– k. A.
Gemessene Outcomes	Primär: – Family's expressed emotion, – Psychological condition, – Distress, – Emotional climate,

- Care burden or strain,
- Functioning,
- Caregiving
- Experience,
- Coping skills und problem-solving ability

Sekundär:

- Supportive service utilization,
- Satisfaction,
- Perceived social support und general health condition

Ergebnisse

Allgemein:

Verteilung nach Ländern:

- Asien, Australien, Europa

Anzahl Teilnehmer:

- gesamt n= 1.644 (min. 45/max. 270)
- Patienten n=698
- Familienmitglieder n=946

Dauer der Interventionen (Spannweite):

- 5 bis 36 Wochen

Interventionsgruppe:

- überwiegend Mutual Support Groups oder Psychoeducation (n=9)
- sonstiges (n=3)

Vergleichs-/Kontrollgruppe:

- Herkömmliche Therapie oder Psychoeducation (n=12)

Familieninterventionen vs. herkömmliche Therapie

Care burden - short-term follow up (<3 months) (n=4):

- stat. signifikante Unterschiede zwischen einer irgendeiner Familienintervention und der Kontrollgruppe ($g = -0.65$, $P < .0001$; 95% CI = -0.87 to -0.42)

Care burden - medium-term follow up (3-6 months) (n=3):

- stat. signifikante Unterschiede zwischen einer irgendeiner Familienintervention und der Kontrollgruppe ($g = -0.76$, $P = .0006$; 95% CI = -1.20 to -0.32)

Care burden - long term follow up (>6-12 months) (n=3):

- stat. signifikante Unterschiede zwischen einer irgendeiner Familienintervention und der Kontrollgruppe ($g = -0.97$, $P = .0002$; 95% CI = -1.49 to -0.46)

Caregiving experience - short-term follow up (<3 months) (n=2):

- stat. signifikante Unterschiede zwischen einer irgendeiner Familienintervention und der Kontrollgruppe ($g = -0.37$, $P = .03$; 95% CI = -0.70 to -0.03)

Caregiving experience - medium-term follow up (3-6 months) (n=2):

- keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen einer irgendeiner Familienintervention und der Kontrollgruppe ($g = -0.53$, $P = .44$; 95% CI = -1.88 to 0.81)

Caregiving experience - long term follow up (>6-12 months) (n=2):

- k. A.

Formal support services utilization (n=4):

- The results show that the pooled effect sizes at short- ($g = -0.26$, $P = .17$; 95% CI = -0.63 to 0.11), medium- ($g = 0.01$, $P = .99$; 95% CI = -1.38 to 1.4) and long-term (6-12 months) ($g = 0.38$, $P = .13$; 95% CI = -0.11 to 0.88) follow ups were not statistically significant
- long term follow-up (12-24 months) stat. signifikante Unterschiede zwischen einer irgendeiner Familienintervention und der Kontrollgruppe ($g = -0.57$, $P < .00001$; 95% CI = -0.8 to -0.34)

Family functioning - short-term follow up (<3 months) (n=5):

- keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen einer irgendeiner Familienintervention und der Kontrollgruppe ($g = 0.24$, $P = .09$; 95% CI = -0.04 to 0.53)

Family functioning - long term follow up (>6-12 months) (n=3):

- stat. signifikante Unterschiede zwischen einer irgendeiner Familienintervention und der Kontrollgruppe ($g = 0.82$, $P < .0001$; 95% CI = 0.45 - 1.18)

Family functioning - long term follow up (>12-24 months) (n=2):

- stat. signifikante Unterschiede zwischen einer irgendeiner Familienintervention und der Kontrollgruppe ($g = 0.58$, $P < .0001$; 95% CI = 0.31 - 0.85)

Mutual support group vs. Psychoeducation

Family functioning – short term follow up (<3 months) (n=2):

- keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen Mutual Support Groups und Psychoeducation ($g = 0.01$, $P = .97$; 95% CI = -0.30 to 0.32)

Family functioning – long term follow up (>12-24 months) (n=2):

- stat. signifikante Unterschiede zugunsten der Mutual Support Groups ggü. Psychoeducation ($g = 0.58$, $P = .0003$; 95% CI = 0.27-0.90)

Formal support services utilization – short/long term follow up (<3 months; >12 months) (n=2;3):

- keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen Mutual Support Groups und Psychoeducation (short term: $g = -0.2$, $P = .21$; 95% CI = -0.51-0.11; long term (>12-24 months): $g = -0.18$, $P = .18$; 95% CI = -0.45-0.08)

Bemerkungen

- Auf Grundlage der Ergebnisse sollten Familieninterventionen für Angehörige von Personen mit beginnender Psychose in Rehabilitationsmaßnahmen und gemeindebasierten Programmen integriert werden.

Titel	Effectiveness of psychoeducational interventions for family carers of people with psychosis: A systematic review and meta-analysis	
Autoren	Jacqueline Sin, Steve Gillard, Debbie Spain, Victoria Cornelius, Tao Chen, Claire Henderson	
Jahr	– 2017	
Journal	– Clinical Psychology Review	
Fragestellung / Zielsetzung	– Die Arbeit untersucht die Auswirkungen von Psychoedukation bei Familienangehörigen von Personen mit Psychosen auf verschiedene familienangehörigenbezogene Outcomes. Zudem wurde untersucht, ob es bestimmte Interventionsfaktoren gibt, die einen Einfluss auf die Größe der Wirkung der jeweiligen Intervention haben.	
Design	– Systematischer Review mit Meta-Analyse	
Datenbanken	– MEDLINE (via Ovid); PsycINFO; CINAHL; EMBASE; Cochrane Reviews Library; CENTRAL; Web of Science and ASSIA	
Zeitraum	– von Beginn einer jeweiligen Datenbank bis Mai 2016	
Eingeschlossene Studientypen	– RCTs (n=48)	
Autoren eingeschlossener Arbeiten	n=48: – Carra, Montomoli, Clerici, & Cazzullo, 2007 – Chan, Yip, Tso, Cheng, & Tam, 2009 – Cheng & Chan, 2005 – Chien, Chan, & Thompson, 2006 – Chien & Chan, 2004 – Chien, Chan, Morrissey, & Thompson, 2005 – Chien & Wong, 2007 – Chien & Thompson, 2013b – Chien & Chan, 2013 – Chien, Yip, Liu, & McMaster, 2016b – Chien, Thompson, Lubman, & McCann, 2016 – Deane, Marshall, Crowe, White, & Kavanagh, 2015 – Fallahi Khoshknab, Sheikhsa, Rahgouy, Rahgozar, & Sodagari, 2014 – Fiorillo, Bassi, de Girolamo, Catapano, & Romeo, 2011 – Glick, Clarkin, et al., 1990a – Glick, Spencer, et al., 1990b	

	– Glick, Clarkin, Haas, Spencer, & Chen, 1991 – Clarkin, Glick, Haas, & Spencer, 1991 – Haas, Glick, Clarkin, & Spencer, 1988 – Haas, Glick, Clarkin, Spencer, & Lewis, 1990 – Spencer et al., 1988 – Gutierrez-Maldonado, Caqueo-Urizar, & Ferrer-Garcia, 2009b – Gutierrez-Maldonado & Caqueo-Urizar, 2007	– Rotondi et al., 2005b – Rotondi et al., 2010 – Sharif, Shaygan, & Mani, 2012 – Shin, 2004 – Smith & Birchwood, 1987 – So et al., 2006 – Szmukler et al., 2003
weitere relevante Einschlusskriterien	– –	
relevante Ausschlusskriterien	– reine Bibliotherapie – Dauer <4 Wochen	
Qualitätsbewertung durchgeführt	– Ja (Cochrane Risk of Bias Tool)	
Für welche Patienten / Subgruppen Aussagen getroffen?	– k. A.	
Gemessene Outcomes	– Wellbeing – Quality of life – Proxy-Maße wie Stress, globale Morbidität (einschließlich schlechter physischer und/oder psychischer Gesundheit) und Depression	
Ergebnisse	Allgemein: Verteilung nach Ländern: – China (n=10), Nordamerika (n=4), Europa (n=4), Großbritannien (n=4), Mittlerer Osten (n=6), Südamerika (n=1), Australien (n=2), Indien (n=1) Anzahl Teilnehmer: – gesamt n= 4.163 (Min. 21/Max. 230) – Patienten n=1.305 – Familienangehörige n=2.858 Dauer der Interventionen (Spannweite): – 4 bis 52 Wochen; Follow-Up 2 bis 24 Monate Interventionsgruppe: – überwiegend Psychoeducation Vergleichs-/Kontrollgruppe: – überwiegend herkömmliche Therapie Familiäre Psychoeducation vs. Herkömmliche Therapie	

Mental Wellbeing (n=2)

- keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen Psychoeducation und einer herkömmlichen Therapie (SMD= 0.1; 95% CI = -0.19 to 0.39)

Quality of Life (n=1)

- keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen Psychoeducation und einer herkömmlichen Therapie (SMD= 0.14; 95% CI = -0.20 to 0.49)

Stress Level (n=4)

- keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen Psychoeducation und einer herkömmlichen Therapie (SMD= -0.16; 95% CI = -0.41 to 0.072)

Global Morbidities (n=7)

- stat. signifikante Unterschiede zwischen Psychoeducation und einer herkömmlichen Therapie (SMD= -0.23; 95% CI = -0.38 to -0.075)

Depression (n=2)

- stat. signifikante Unterschiede zwischen Psychoeducation und einer herkömmlichen Therapie (SMD= -0.7; 95% CI = -0.97 to -0.44)

Sekundäre Outcomes

Positive caregiving experience

- keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen Psychoeducation und einer herkömmlichen Therapie (SMD= 0.032; 95% CI = -0.15 to 0.21; p=0.729)

Negative caregiving experience

- stat. signifikante Unterschiede zwischen Psychoeducation und einer herkömmlichen Therapie (SMD= -0.21; 95% CI = -0.39 to -0.025; p=0.026)

Perceived burden

- stat. signifikante Unterschiede zwischen Psychoeducation und einer herkömmlichen Therapie (SMD= -0.43; 95% CI = -0.56 to -0.30; p<0.001)

Coping

- keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen Psychoeducation und einer herkömmlichen Therapie (SMD= -0.17; 95% CI = -0.5 to 0.14; p=0.27)

Self-efficacy

- keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen Psychoeducation und einer herkömmlichen Therapie (SMD= 0.18; 95% CI = -0.14 to 0.52; p=0.27)

Expressed emotion

- keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen Psychoeducation und einer herkömmlichen Therapie (SMD= -0.17; 95% CI = -0.37 to 0.035; p=0.10)

Family functioning

- keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen Psychoeducation und einer herkömmlichen Therapie (SMD= 0.13; 95% CI = -0.12 to 0.39; p=0.29)

Perceived social support

- keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen Psychoeducation und einer herkömmlichen Therapie (SMD= 0.10; 95% CI = -0.09 to 0.30; p=0.731)

Knowledge

- stat. signifikante Unterschiede zwischen Psychoeducation und einer herkömmlichen Therapie (SMD= 0.36; 95% CI = 0.13 to 0.58; p=0.002)

Hope

- keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen Psychoeducation und einer herkömmlichen Therapie (SMD= 0.032; 95% CI = -0.25 to 0.32; p=0.826)

Satisfaction with support

- keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen Psychoeducation und einer herkömmlichen Therapie (SMD= 0.23; 95% CI = -0.004 to 0.48; p=0.054)

Bemerkungen

- Es ist unbedingt notwendig in weiteren künftigen Studien die pflegenden Angehörigen bei der Darstellung der Ergebnisse zu berücksichtigen.

Titel	Non-pharmacological interventions for caregivers of patients with schizophrenia: A meta-analysis
Autoren	Li-fen Chen, Jia Liu, Jing Zhang, Xiao-qin Lu
Jahr	– 2016
Journal	– Psychiatry Research
Fragestellung / Zielsetzung	– Die Arbeit untersucht die Auswirkungen von nicht-pharmakologischen Interventionen für pflegende Angehörige bei Personen mit Schizophrenie. Dabei werden insbesondere die Outcomes burden, coping, social support, satisfaction in den Fokus genommen.
Design	– Systematischer Review mit Meta-Analyse
Datenbanken	– PubMed, EMBASE, CINAHL, Cochrane Library and China National Knowledge Infrastructure
Zeitraum	– von Beginn der jeweiligen Datenbank bis März 2015
Eingeschlossene Studientypen	– randomisierte kontrollierte Studien (n=9)
Autoren eingeschlossener Arbeiten	n=9: – Szmukler et al. 1996 – Chou et al. 2002 – Chien et al. 2004 – Chien et al. 2005 – Cheng et al. 2005 – Chien et al. 2008 – Kulhara et al. 2008 – Gutiérrez et al. 2009 – Sharif et al. 2012
weitere relevante Einschlusskriterien	– k. A.
relevante Ausschlusskriterien	– Studien, bei denen die Intervention sowohl bei den Erkrankten als auch den pflegenden Angehörigen angeboten wurden
Qualitätsbewertung durchgeführt	– Ja (Cochrane Risk of Bias Tool)
Für welche Patienten / Subgruppen Aussagen getroffen?	– nach den verschiedenen Interventionen
Gemessene Outcomes	Primär: – Pflegelast Sekundär: – familiäre Unterstützung – Zufriedenheit – familiäres Funktionieren

Ergebnisse	<u>Allgemein:</u> Verteilung nach Ländern: – Hong Kong und Taiwan (n=5), Indien, Iran, Chile, Australien (jeweils n=1) Anzahl Teilnehmer: – n= 608 (Min. 45/Max. 96) Dauer der Interventionen (Spannweite): – k. A. Interventionsgruppe: – Psychoeducation (n=4) – Mutual Support (n=4) – Counseling (n=1) Vergleichs-/Kontrollgruppe: – Herkömmliche Therapie (n=9) Pflegelast (n=4) – stat. signifikante Unterschiede zwischen einer nicht-pharmakologischen Intervention und einer herkömmlichen Therapie (SMD= -2.10 95% CI = -3.46 to -0.74; p=0.002) familiäre Unterstützung (n=3) – keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen einer nicht-pharmakologischen Intervention und einer herkömmlichen Therapie (SMD= -1.01 95% CI = -2.18 to 0.15; p=0.09) familiäres Funktionieren (n=4) – keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen einer nicht-pharmakologischen Intervention und einer herkömmlichen Therapie (SMD= 2.11 95% CI = 0.25 to 4.48; p=0.08) Zufriedenheit (n=3) – Meta-analysis could not be performed due to substantial heterogeneity.
Bemerkungen	– Die Anzahl der pflegenden Angehörigen war sehr gering sowie lag eine geringe methodische Qualität bei den eingeschlossenen Studien vor, sodass ein Bias im Hinblick auf die Ergebnisse nicht ausgeschlossen werden kann.

Tabelle: Übersicht aggregierter Evidenz zur Wirksamkeit von strukturierten Familien- und Angehörigeninterventionen

Autoren Jahr	Anzahl eingeschlossener Studien Land	Diagnosen Anzahl	Intervention	Kontrollintervention	Studiendauer und Follow up Zeitraum
Chien et al. 2024	26 RCTs; davon 2 bis 8 in Meta-Analysen eingeschlossen überwiegend asiatisch, darüber hinaus Italien, USA, Großbritannien, Deutschland, Chile, Dänemark, Kanada, Australien	Schizophrenie oder schizophrenie-ähnlichen Störungen N=4.041 (Familienangehörige n=2.056; Patienten n=1.985)	überwiegend Psychoedukation, gegenseitige Unterstützung, familiäre kognitive Verhaltenstherapie, kulturell adaptierte Familientherapie, Pflegemanagement-Programm, familiäre Unterstützung teilweise durch Peer Personal	Überwiegend herkömmliche Therapie (ggf. in Kombination mit fam. Unterstützung; zudem Warteliste	5 Wochen bis 24 Monate
Kim et al. 2023	38 RCTs; davon 37 in Meta-Analyse überwiegend asiatisch, darüber hinaus Iran, Australien, Italien, USA, Spanien und Chile	Schizophrenie N=18.105 (Familienangehörige n=10.669; Patienten n=7.346)	überwiegend Psychoedukation	Herkömmliche ambulante Behandlung	Anzahl Sitzungen: – 1 bis 36 – 30 bis 120 Minuten
Katsuki et al. 2022	9 RCTs; davon 5 bis 6 in Meta-Analysen USA, Asien, Europa,	schwere Depression N=504	Familien-Psychoedukation (einzeln oder multifamiliär)	Überwiegend herkömmliche ambulante Behandlung	6 bis 36 Wochen; Dauer Follow-Up 3 bis 24 Monate
Rodolico et al. 2022	93 RCTs*; davon 90 in Meta-Analyse Europa, USA, Asien	Schizophrenie und schizophrenie-ähnliche Erkrankungen N=9.541	Familien-Psychoedukation, Familienangehörigen-Psychoedukation, systemische Familienintervention, gemeindebasierte Interventionen	Überwiegend herkömmliche ambulante Behandlung oder kurzzeitige Familien- oder Angehörigenpsychoedukation	Median Studiendauer 52 Wochen (Spannbreite 5-520 Wochen)
Ma et al. 2020	4 RCTs; davon 2 in Meta-Analyse Asien, Europa	Schwere psychische Erkrankungen (Schizophrenie, schizoaffective oder bipolare Störungen) N=524	Familieninterventionen basierend auf kognitiver Verhaltenstherapie	Überwiegend herkömmliche ambulante Behandlung	8 bis 24 Wochen; Dauer Follow-Up 6 Monate bis 5 Jahre
Ma et al. 2018	12 RCTs; davon 9 in Meta-Analyse Asien, Australien, Europa	Beginnende Psychose N= 1.644 (Familienangehörige n=946; Patienten n=698)	Psychoedukation oder gegenseitige Unterstützung	Überwiegend herkömmliche ambulante Behandlung oder Psychoedukation	5 bis 36 Wochen; Dauer Follow-Up 1 bis 36 Monate
Sin et al. 2017	48 RCTs; davon 32 in Meta-Analyse China, Nordamerika, Europa, Großbritannien, Mittlerer Osten, Südamerika, Australien, Indien	Familienangehörige von Personen mit Psychose N= 4.163 (Familienangehörige n=2.858; Patienten n=1.305)	Überwiegend Psychoedukation	Überwiegend herkömmliche ambulante Behandlung	4 bis 52 Wochen; Follow-Up 2 bis 24 Monate
Chen et al. 2016	9 RCTs, davon 5 in Meta-Analyse	Familienangehörige von Personen mit Schizophrenie	Psychoedukation, gegenseitige Unterstützung, Beratung	herkömmliche ambulante Behandlung	k. A.

	Fast ausschließ- lich Asien zudem Chile und Austra- lien	N=608			
van Es et al. 2023**	9 RCTs (alle in Meta-Analyse) USA, Asien, Eu- ropa, Australien	Schizophrenie N=1.464	Multiple Familienthe- rapie (z. B. Psycho- edukation, gegensei- tige Unterstützung)	Herkömmliche am- bulante Behandlung	9 Wochen bis 24 Monate

*auch Open Label RCTs; **teilweise eingeschlossene Übersichtsarbeit

Tabelle: Effekte von strukturierten Familien- und Angehörigeninterventionen auf Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und deren Angehörigen

	<i>Schwere psychische Erkrankungen (Schizophrenie, schizo-af-fektive oder bipolare Störungen)</i>					<i>Schwere De-pression</i>	<i>Beginnende Psychosen</i>	
	Chien et al. 2024	Kim et al. 2023	van Es et al. 2023*	Rodolico et al. 2022**	Ma et al. 2020	Katsuki et al. 2022**	Ma et al. 2018**	
	FI vs. HT	FI vs. HT		FI vs. HT	CBT FI vs. HT	FI vs. HT	FI vs. HT	MS vs. HT
Outcomes erkrankte Menschen								
<i>Krankheitsassoziierte Merkmale</i>								
↓ Wiederaufnahme stat.	~	++	++ ¹					
↓ Dauer Wiederaufnahme stat.			++ ¹					
↑ Medikation (Compliance)	~	~						
↓ Symptome (allg.)		++	~			++		
↓ Positivsymptomatik					++			
↓ Negativsymptomatik					++			
↓ Wahnvorstellungen					++			
↓ Halluzinationen					~			
↓ Psychopathologie (allg.)					++			
<i>Behandlungsassoziierte Merkmale</i>								
↑ Funktionalität		++				~		
↓ unerwünschte Ereignisse	~							
<i>Soziale Funktionen und Lebensqualität</i>								
↑ Familienlevel (gesamt)		++						
↑ Patientenlevel (gesamt)		++						
↑ Lebensqualität		++						
↑ Zufriedenheit Behandlung		++						
↓ Rückfallquote	++		++ ¹	++***				
Outcomes Angehörige								
↑ Erfahrungen Pflege		~					~	
↓ Pflegebelastung Familie	++	++	++ ¹				++	
↓ Konflikte Familie			++ ¹					
↓ Kummer/Emotionen	~					~		
↑ Bewältigung Familie (Coping)		++						
↑ fam. Funktionieren		++	++ ¹			~	++	++
↑ fam. Wohlbefinden		++						

↑ fam. mentales Wohlbefinden		++						
↑ fam. Beziehungen		~						
↑ Wissen und Einstellung		++						
↑ Erhaltene Unterstützung (sozial)		~						
↑ Nutzung formaler Unterstützung							++	~
↑ Lebensqualität	~							

(m)FI: (multiple) Familien Intervention; HT: herkömmliche Therapie; CBT: Cognitive behavioural Therapy; MS: Mutual Support (gegenseitige Unterstützung); ++: signifikanter Vorteil in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe; +: tendenzielle Überlegenheit ohne signifikanten Unterschied in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe, oder kleine Stichprobe, - Effekt zuungunsten der Intervention

~: Ergebnisse vergleichbar in beiden Gruppen

↓: Reduktion, ↑: Erhöhung

¹: Befund aus einer Einzelstudie repliziert

*teilweise eingeschlossene Arbeit; **da die Ergebnisse je Outcome im Hinblick auf unterschiedliche Beobachtungs-/Follow-Up Zeiträume unterschiedlich ausfallen können, wurden ausschließlich die Ergebnisse des am längsten verfügbaren Beobachtungs-/Follow-Up Zeitraum in der Übersicht abgebildet (bei Rodolico et al. 2022 mind. mehr als 12 Monate; bei Katsuki et al. 2022 mind. mehr als 3 Monate; bei Ma et al. 2018 mind. mehr als 6 Monate); *** keine stat. signifikanten Effekte zeigten sich beim Vergleich einer krisenorientierten Familienpsychoedukation in Kombination mit einem Verhaltens- oder Kompetenztraining für die Familie und einer Kurzzeitigen Psychoedukationsmaßnahme für die Familie oder Angehörigen im Vergleich zu einer herkömmlichen Therapie

Anmerkung: die Familieninterventionen (FI) bestehen überwiegend aus psycho-educativen Maßnahmen, die entweder einzeln oder an mehrere Familien gleichzeitig eingesetzt wurden; darüber hinaus wurden noch Interventionen zur gegenseitigen Unterstützung, systemische Familieninterventionen oder gemeindebasierte (assertive) Interventionen eingesetzt

Tabelle: Effekte von Angehörigeninterventionen auf Angehörige von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen

	<i>Schwere Psychosen</i>	<i>Schizophrenie</i>
	Sin et al. 2017	Chen et al. 2016
	FI vs. HT	FI vs. HT
↓ globale Morbidität	++	
↓ Depressionsneigung	++	
↑ mentale Gesundheit	~	
↓ Stress (-level)	~	
↓ Belastung Familie		++
↑ Unterstützung Familie		~
↑ fam. Funktionieren		~
↑ Lebensqualität	~ ¹	

FI: Familien Intervention; HT: herkömmliche Therapie; ++: signifikanter Vorteil in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe; +: tendenzielle Überlegenheit ohne signifikanten Unterschied in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe, oder kleine Stichprobe, - Effekt zuungunsten der Intervention

~: Ergebnisse vergleichbar in beiden Gruppen

↓: Reduktion, ↑: Erhöhung

¹: Befund aus einer Einzelstudie repliziert

Anmerkung: die Familieninterventionen (FI) bestehen überwiegend aus psycho-educativen Maßnahmen; darüber hinaus wurden noch Interventionen zur gegenseitigen Unterstützung oder Beratung eingesetzt

Bewertung der eingeschlossenen Übersichtsarbeiten zu Interventionen im familiären Umfeld für Menschen mit schweren psych. Erkrankungen nach der AMSTAR 2 Checkliste

Autor	Chien et al. 2024	Kim et al. 2023	Katsuki et al. 2022	Rodolico et al. 2022	Ma et al. 2020	Ma et al. 2018	Sin et al. 2017	Chen et al. 2015	Sin et al. 2015	Okpokoro et al. 2014
AMSTAR-Item										
1. Did the research questions and inclusion criteria for the review include the components of PICO?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
2. Did the report of the review contain an explicit statement that the review methods were established prior to the conduct of the review and did the report justify any significant deviations from the protocol?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Teilweise ja (definierte Fragestellung, Suchstrategie, Ein- und Ausschlusskriterien, Qualitätsbewertung)	Ja	Teilweise ja (definierte Fragestellung, Suchstrategie, Ein- und Ausschlusskriterien, Qualitätsbewertung)	Ja	Ja
3. Did the review authors explain their selection of the study designs for inclusion in the review?	Ja	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
4. Did the review authors use a comprehensive literature search strategy?	Teilweise ja	Teilweise ja	Teilweise ja	Teilweise ja	Ja	Ja	Teilweise ja	Teilweise ja	Teilweise ja	Teilweise ja
5. Did the review authors	Ja	Ja	Ja	Ja	Nein	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja

perform study selection in duplicate?										
6. Did the review authors perform data extraction in duplicate?	Ja	Ja	Ja	Ja	Nein	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja
7. Did the review authors provide a list of excluded studies and justify the exclusions?	Ja	Teilweise ja	Nein	Ja	Teilweise ja	Ja	Teilweise ja	Teilweise ja	Ja	Ja
8. Did the review authors describe the included studies in adequate detail?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
9. Did the review authors use a satisfactory technique for assessing the risk of bias (RoB) in individual studies that were included in the review?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
10. Did the review authors report on the sources of funding for the studies included in the review?	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja	Nein	Nein	Nein	Ja
11. If meta-analysis was performed did	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nein	Ja	Keine Meta-Analyse

the review authors use appropriate methods for statistical combination of results?										
12. If meta-analysis was performed, did the review authors assess the potential impact of RoB in individual studies on the results of the meta-analysis or other evidence synthesis?	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Keine Meta-Analyse
13. Did the review authors account for RoB in individual studies when interpreting/ discussing the results of the review?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nein
14. Did the review authors provide a satisfactory explanation for, and discussion of, any heterogeneity observed in the results of the review?	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein

15. If they performed quantitative synthesis did the review authors carry out an adequate investigation of publication bias (small study bias) and discuss its likely impact on the results of the review?	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nein	Ja	Nein	Keine Meta-Analyse
16. Did the review authors report any potential sources of conflict of interest, including any funding they received for conducting the review?	Ja	Ja	Nein	Nein	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja
Assessment critical Items*	Niedrig	Moderat	Niedrig	Moderat	Moderat	Moderat	Niedrig	Niedrig	Niedrig	Niedrig

* gemeint sind die Nummern 2,4,7,9,11,13,15

Extraktionstabelle aggregierte Evidenz Erweiterung sozialer Netzwerke

Titel	Can mental health interventions change social networks? A systematic review
Autoren	Kimberley Anderson, Neelam Laxhman and Stefan Priebe
Jahr	– 2015
Journal	– BMC Psychiatry
Fragestellung / Zielsetzung	– Die Arbeit untersucht die Verbesserungsmöglichkeiten von sozialen Netzwerken um die psychosozialen Interventionen bei Personen mit einer Psychose besser einsetzen zu können.
Design	– Systematischer Review
Datenbanken	– PsycINFO, MEDLINE, CINAHL, Embase und Cochrane Library – Konferenz-Papers, Buchkapitel – graue Literatur
Zeitraum	– bis Dezember 2014
Eingeschlossene Studientypen	– randomisierte kontrollierte Studien (n=5)
Autoren eingeschlossener Arbeiten	n=5: – Terzian et al. 2013 – Sheridan et al. 2014 – Castelein et al. 2008 – Hasson-Ohayon et al. 2014 – Villalta-Gil et al. 2009
weitere relevante Einschlusskriterien	– Patienten aus ambulanten, stationären und/oder gemeindebasierten Versorgungseinheiten – ausschließlich englisch-sprachig
relevante Ausschlusskriterien	– k. A.
Qualitätsbewertung durchgeführt	– Ja (Cochrane Risk of bias Tool)
Für welche Patienten / Subgruppen Aussagen getroffen?	– k. A.
Gemessene Outcomes	– Größe soziales Netzwerk
Ergebnisse	<u>Allgemein:</u> Verteilung nach Ländern: – Italien, Irland, Niederlande, Spanien, Israel (jeweils n=1) Anzahl Teilnehmer: – gesamt n= 631 (Min. 21/Max. 345) Dauer der Interventionen (Spannweite):

- k. A.

Interventionsgruppe:

- freiwillige Freundschaftsdienste (n=2)
- Peer Support (n=1)
- soziale Kognition und Interaktionstraining(n=1)
- integrative psychologische Therapie (n=1)

Vergleichs-/Kontrollgruppe:

- Herkömmliche Therapie

Ergebnisse:

- vier der fünf Studien berichten von signifikanten Zunahmen der sozialen Netzwerke (Zunahme je nach Studie von 7-56 %)
- keine Wirkungen im Hinblick auf die Aktivitäten des täglichen Lebens oder der Arbeit (n=1 Studie)
- des Weiteren positive Effekte im Hinblick auf die Lebensqualität und das Selbstwertgefühl (n=1 Studie)
- signifikanter Anstieg des sozialen Kontakt Scores (n=1 Studie)
- tendenzielle Verbesserung der persönlichen Stärken und Verringerung der Symptomatik (beides nicht stat. signifikant)

Bemerkungen

- Trotz der geringen Anzahl und Heterogenität der eingeschlossenen Studien deuten die Ergebnisse darauf hin, dass Interventionen die direkt auf die soziale Isolation abzielen, wirksam sein und die Netzwerke der Patienten sinnvoll erweitern können. Daher ist die vorhandene Evidenz ermutigend, auch wenn sie begrenzt ist, und die Bandbreite der in den berichteten Studien eingesetzten Interventionen lässt verschiedene Optionen für zukünftige Forschung und weitere Verbesserungen zu.

Tabelle: Übersicht aggregierter Evidenz zur Wirksamkeit von Interventionen zur Erweiterung sozialer Netzwerke

Autoren Jahr	Anzahl eingeschlossener Studien Land	Diagnosen Anzahl	Intervention	Kontroll-intervention	Studiendauer und Follow up Zeitraum
Anderson et al. 2015	5 RCT; Italien, Irland, Niederlande, Spanien, Israel (jeweils n=1)	Psychosen (überwiegend Menschen mit Schizophrenie) N=631	Peer Support, Partner-Programm, Unterstützung bei sozialen Aktivitäten, hundebegleitete psycholog. Therapie	Herkömmliche ambulante Behandlung	– 6 bis 9 Jahre – 12 Wochen bis 24 Monate

Tabelle: Effekte von Interventionen bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen zur Erweiterung sozialer Netzwerke

	Anderson et al. 2015				
	Unterstützung soz. Akt. vs. HT	Peer Support vs. HT	Soz. Mentoring vs. HT	IPT vs. HT	fPP vs. HT
↑ Größe soz. Netzwerk	++	++	++	++	~
↑ ADI	~				
↑ Arbeit	~				
↑ Selbstwertgefühl		++			
↑ Lebensqualität		++*			
↑ zwischenmenschl. Kommunikation			+		
↑ Anzahl sozialer Kontakte				++	

HT: herkömmliche Therapie; IPT: integrative psychologische Therapie; fPP: freiwilliges Partner-Programm; ADI: Activities of daily living; ++: signifikanter Vorteil in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe; +: tendenzielle Überlegenheit ohne signifikanten Unterschied in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe, oder kleine Stichprobe, - Effekt zuungunsten der Intervention; ~: Ergebnisse vergleichbar in beiden Gruppen; *nur bei Personen, die regelmäßig an ihren Peer-Support Gruppen teilnahmen; ↓: Reduktion, ↑: Erhöhung
 Anmerkung: alle dargestellten Ergebnisse wurden aus Einzelstudien repliziert

Bewertung der eingeschlossenen Übersichtsarbeiten zur Erweiterung sozialer Netzwerke bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen (SMI) nach der AMSTAR 2 Checkliste

Autor

Anderson et al. 2015

AMSTAR-Item	
1. Did the research questions and inclusion criteria for the review include the components of PICO?	Nein
2. Did the report of the review contain an explicit statement that the review methods were established prior to the conduct of the review and did the report justify any significant deviations from the protocol?	Teilweise ja
3. Did the review authors explain their selection of the study designs for inclusion in the review?	Nein
4. Did the review authors use a comprehensive literature search strategy?	Teilweise ja
5. Did the review authors perform study selection in duplicate?	Nein
6. Did the review authors perform data extraction in duplicate?	Ja
7. Did the review authors provide a list of excluded studies and justify the exclusions?	Teilweise ja
8. Did the review authors describe the included studies in adequate detail?	Ja
9. Did the review authors use a satisfactory technique for assessing the risk of bias (RoB) in individual studies that were included in the review?	Ja
10. Did the review authors report on the sources of funding for the studies included in the review?	Nein
11. If meta-analysis was performed did the review authors use appropriate methods for statistical combination of results?	Keine Meta-Analyse
12. If meta-analysis was performed, did the review authors assess the potential impact of RoB in individual studies on the results of the meta-analysis or other evidence synthesis?	Keine Meta-Analyse
13. Did the review authors account for RoB in individual studies when interpreting/ discussing the results of the review?	Ja
14. Did the review authors provide a satisfactory explanation for, and discussion of, any heterogeneity observed in the results of the review?	Ja
15. If they performed quantitative synthesis did the review authors carry out an adequate investigation of publication bias (small study bias) and discuss its likely impact on the results of the review?	Keine Meta-Analyse
16. Did the review authors report any potential sources of conflict of interest, including any funding they received for conducting the review?	Nein
Assessment critical Items*	Moderat

*gemeint sind die Nummern 2,4,7,9,11,13,15

Extraktionstabellen zur Evidenz aus Einzelstudien zur Erweiterung sozialer Netzwerke

Sikira et al. 2021

The effectiveness of volunteer befriending for improving the quality of life of patients with schizophrenia in Bosnia and Herzegovina – an exploratory randomised controlled trial

Methods/Design	– explorative randomisierte kontrollierte Studie		
Participants	– N= 65 (männl.= 30, weibl.=35) – ambulant – Alter (Durchschnitt): 43 Jahre – Diagnosen: Schizophrenie oder nicht-affektive Psychose – Dauer Studie: 12 Monate		
Interventions	<u>Interventionsgruppe (IG; n=33):</u> – freiwillige Freundschaftsdienste mit ähnlichen Interessen der Patienten <u>Kontrollgruppe (KG; n=32):</u> – Herkömmliche Therapie		
Outcomes	– Lebensqualität		
Results	<u>Nach 6 Monaten</u> <u>Lebensqualität</u> – stat. signifikante Ergebnisse zugunsten der Intervention (Koeffizient - 0.50 95 % CI -0.94 bis -0.07, p=0.024) <u>Nach 12 Monaten</u> <u>Lebensqualität</u> – stat. signifikante Ergebnisse zugunsten der Intervention (Koeffizient - 1.52 95 % CI -2.37 bis -0.67, p=0.001)		
Risk of bias Sikira et al. 2021			
Bias	Authors' judgement Low – Unclear – high risk	Support for judgement	
Random sequence generation (selection bias)	low		Quote: patients were randomly assigned to the intervention or treatment as usual group at a 1:1 ratio
Allocation concealment (selection bias)	low		Quote: Randomisation was conducted by an independent researcher using sequential computer-generated random numbers to determine allocation
Blinding of participants and personnel (performance bias)	unclear		Quote: -
Blinding of outcome assessment (detection bias)	low		Quote: Allocation information was provided to the unblinded research coordinator at the site who conducted baseline assessments.
Incomplete outcome data (attrition bias)	high		Quote : High drop out (>20%)
Selective reporting (reporting bias)	low		Kommentar: all outcomes reported
Other bias (adequate therapy method, treatment fidelity, supervi-	low		Kommentar: -

sion, training, personal, financial, or any other interests producing bias)	
Strengths and weaknesses of the study Conclusions	Künftige Forschungsarbeiten sind erforderlich, um die Umsetzungsprozesse besser zu verstehen und die Merkmale und Motivationen von Freiwilligen und Patienten zu untersuchen, um die Umsetzung und die potenzielle Nachhaltigkeit dieser Programme zu unterstützen.

Priebe et al. 2020

Effectiveness of a volunteer befriending programme for patients with schizophrenia: randomised controlled trial

Methods/Design	– randomisierte kontrollierte Studie		
Participants	– N= 124 (männl.= 81, weibl.=43) – ambulant – Alter (Durchschnitt): 42 Jahre – Diagnosen: Schizophrenie oder schizophrenie-ähnliche Störungen – Dauer Studie: 12 Monate		
Interventions	<u>Interventionsgruppe (IG; n=63):</u> – freiwillige Freundschaftsdienste mit ähnlichen Interessen der Patienten <u>Kontrollgruppe (KG; n=61):</u> – aktive Kontrollgruppe (Informationsblätter zu einem aktiven Lebensstil)		
Outcomes	– durchschnittlich mit Aktivitäten verbrachte Zeit		
Results	<u>Nach 12 Monaten</u> <u>durchschnittlich mit Aktivitäten verbrachte Zeit</u> – keine stat. signifikanten Ergebnisse zugunsten der Intervention (adjusted difference 9.2, 95% CI –68.9 bis 87.2, P = 0.82)		
Risk of bias Priebe et al. 2020			
Bias	Authors' judgement	Support for judgement	
	Low – Unclear – high risk		
Random sequence generation (selection bias)	low		Quote: Simple 1:1 randomisation with randomly varied block lengths of 4 and 6 was used to allocate patients to the intervention or control arms.
Allocation concealment (selection bias)	unclear		Quote: -
Blinding of participants and personnel (performance bias)	unclear		Quote: -
Blinding of outcome assessment (detection bias)	low		Quote: We aimed for all researchers conducting outcome assessments to remain masked to allocation and an unmasked researcher regularly reminded patient-participants to conceal their allocation status.
Incomplete outcome data (attrition bias)	unclear		Quote : -
Selective reporting (reporting bias)	low		Kommentar: all outcomes reported
Other bias (adequate therapy method, treatment fidelity, supervision, training, personal, financial, or any other interests producing bias)	low		Kommentar: -
Strengths and weaknesses of the study Conclusions	Die Erhebung solcher Daten in großem Maßstab kann zu einem besseren Verständnis der Möglichkeiten und Grenzen des Befriending beitragen. Dies ist wichtig, da Überprüfungen und große Erhebungen darauf hindeuten, dass Freiwillige für Befriending-Programme mit Menschen mit schweren psychi-		

schen Erkrankungen aus Gruppen mit sehr unterschiedlichen Merkmalen rekrutiert werden können und dass es einen großen Pool potenzieller Freiwilliger gibt, die einen wertvollen Beitrag für die Patienten leisten könnten

Risiko für Bias aus allen neu identifizierten Einzelstudien zur Effektivität von Interventionen zur Erweiterung sozialer Netzwerke

	Random sequence generation (selection bias)	Allocation concealment (selection bias)	Blinding of participants and personnel (performance bias) *	Blinding of outcome assessment (detection bias)	Incomplete outcome data (attrition bias)	Selective reporting (reporting bias)	Other bias
Sikira et al. 2021							
Priebe et al. 2020							

Tabelle: Charakteristika eingeschlossener Einzelstudien zur Wirksamkeit von Interventionen zur Erweiterung sozialer Netzwerke bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen (Einzelstudien)

<u>Autor/Jahr (Land)</u>	<u>Patienten</u>	<u>Intervention</u>	<u>Kontrollgruppe</u>	<u>Follow-Up Zeit- raum</u>
	– Anzahl (IG/KG) – Diagnosen – Erkrankungsdauer bzw. frühere Episoden – Alter (Ø) – Setting	– <u>Ansatz</u> – <u>Dauer</u>		
Priebe et al. 2020 (UK)	– N=124 (63/61) – Schizophrenie – durchschnittl. 14 Jahre – 42 Jahre – ambulant	– Freundschaftsprogramm auf freiwilliger Basis – 12 Monate	– herkömmliche Therapie + Informationsblätter zu Aktivitäten	– 6 Monate
Sikira et al. 2021 (Bosnia and Herzegovina)	– N=65 (33/32) – Schizophrenie – k. A. – 43 Jahre – ambulant	– Freundschaftsprogramm auf freiwilliger Basis – 6 Monate	– herkömmliche Therapie	– 6 Monate

Tabelle: Effekte von Interventionen zur Erweiterung sozialer Netzwerke bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen (Einzelstudien)

	Priebe et al. 2020	Sikira et al. 2021
	FP vs. HT + Infoblätter	FP vs. HT
↑ Lebensqualität		++
↓ soziale Isolation	~	

FP: Freundschaftsprogramm; HT: herkömmliche Therapie; ++: signifikanter Vorteil in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe; +: tendenzielle Überlegenheit ohne signifikanten Unterschied in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe, oder kleine Stichprobe, - Effekt zuungunsten der Intervention; ~: Ergebnisse vergleichbar in beiden Gruppen; ↓: Reduktion, ↑: Erhöhung

Extraktionstabelle aggregierte Evidenz unterstützende Elternschaft (Parenting)

Titel	Parenting interventions for people with schizophrenia or related serious mental illness (Review)
Autoren	Radley J, Grant C, Barlow J, Johns L
Jahr	– 2021
Journal	– Cochrane Database of Systematic Reviews
Fragestellung / Zielsetzung	– Die Arbeit untersucht die Auswirkungen von Parenting bei Personen mit Schizophrenie oder ähnlichen schweren psychischen Erkrankungen.
Design	– Systematischer Review mit Meta-Analyse
Datenbanken	– Cochrane Schizophrenia Group's Study-Based Register of Trials, which is based on the following: Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), ClinicalTrials.Gov, Embase, International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN), MEDLINE, PsycINFO, PubMed, and the World Health Organization International Clinical Trials Registry Platform
Zeitraum	– bis Februar 2021
Eingeschlossene Studientypen	– randomisierte kontrollierte Studien (n=1)
Autoren eingeschlossener Arbeiten	n=1: – Cohler et al. 1982
weitere relevante Einschlusskriterien	– auch werdende Eltern wurden eingeschlossen
relevante Ausschlusskriterien	– Mutter-Baby-Einheiten in Krisenprogrammen mit akuten psychotischen Symptomen nach der Geburt
Qualitätsbewertung durchgeführt	– Ja (Cochrane Risk of bias Tool)
Für welche Patienten / Subgruppen Aussagen getroffen?	– k. A.
Gemessene Outcomes	Primäre Endpunkte: – Parenting outcomes (Parenting behaviours, skills, attitudes, or knowledge) – Adverse events involving child or parent (e. g. parenting stress, deterioration of parent's mental state) Sekundäre Endpunkte: – Parenting outcomes – Adverse events involving child or parent – Behaviour of child – Social services involvement

	– General functioning of parent or child – Social functioning of parent or child – Global state of parent – Mental state of parent – Quality of life of parent or child
Ergebnisse	<u>Allgemein:</u> Verteilung nach Ländern: – USA (n=1) Anzahl Teilnehmer: – gesamt n= 50 (Min. -/Max. -) Dauer der Interventionen (Spannweite): – 12-24 Monate Interventionsgruppe: – Intensive pflegerische Langzeitnachsorge Vergleichs-/Kontrollgruppe: – Herkömmliche Therapie (geringfügige Nachsorge) Ergebnisse: – keine Angabe von Mittelwerten oder Standardabweichungen; daher keine Berücksichtigung in der Analyse der Arbeit
Bemerkungen	– Die Ergebnisse der Suche deuten darauf hin, dass es einen Mangel an Studien zur Bewertung solcher Interventionen gibt.

Tabelle: Übersicht aggregierter Evidenz zur Wirksamkeit von Interventionen zur unterstützenden Elternschaft (Parenting) bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und deren Kindern

Autoren Jahr	Anzahl eingeschlossener Studien Land	Diagnosen Anzahl	Intervention	Kontroll-intervention	Studiendauer und Follow up Zeitraum
Radley et al. 2021	1 RCT; USA	Psychosen N=50 (ausschließlich Mütter)	Heimische Langzeitnachsorge durch geschulte Krankenschwester	Herkömmliche ambulante Behandlung + Informationsbrochure	– 1 bis 2 Jahre

Tabelle: Effekte von Interventionen bei unterstützende Elternschaft (Parenting) bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und deren Kindern

	Radley et al. 2021
	Hausbesuche mit geschultem Personal vs. HT
↑ Anpassungsfähigkeit	~

HT: herkömmliche Therapie; ++: signifikanter Vorteil in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe; +: tendenzielle Überlegenheit ohne signifikanten Unterschied in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe, oder kleine Stichprobe, - Effekt zuungunsten der Intervention; ~: Ergebnisse vergleichbar in beiden Gruppen; ↓: Reduktion, ↑: Erhöhung

Anmerkung: das dargestellte Ergebnis wurden aus einer Einzelstudien repliziert

Bewertung der eingeschlossenen Übersichtsarbeiten zur unterstützenden Elternschaft (Parenting) bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen (SMI) nach der AMSTAR 2 Checkliste

Autor

Radley et al. 2021

AMSTAR-Item	
1. Did the research questions and inclusion criteria for the review include the components of PICO?	Ja
2. Did the report of the review contain an explicit statement that the review methods were established prior to the conduct of the review and did the report justify any significant deviations from the protocol?	Ja
3. Did the review authors explain their selection of the study designs for inclusion in the review?	Ja
4. Did the review authors use a comprehensive literature search strategy?	Teilweise ja
5. Did the review authors perform study selection in duplicate?	Ja
6. Did the review authors perform data extraction in duplicate?	Ja
7. Did the review authors provide a list of excluded studies and justify the exclusions?	Ja
8. Did the review authors describe the included studies in adequate detail?	Ja
9. Did the review authors use a satisfactory technique for assessing the risk of bias (RoB) in individual studies that were included in the review?	Ja
10. Did the review authors report on the sources of funding for the studies included in the review?	Nein
11. If meta-analysis was performed did the review authors use appropriate methods for statistical combination of results?	Keine Meta-Analyse
12. If meta-analysis was performed, did the review authors assess the potential impact of RoB in individual studies on the results of the meta-analysis or other evidence synthesis?	Keine Meta-Analyse
13. Did the review authors account for RoB in individual studies when interpreting/ discussing the results of the review?	Ja
14. Did the review authors provide a satisfactory explanation for, and discussion of, any heterogeneity observed in the results of the review?	Ja
15. If they performed quantitative synthesis did the review authors carry out an adequate investigation of publication bias (small study bias) and discuss its likely impact on the results of the review?	Keine Meta-Analyse
16. Did the review authors report any potential sources of conflict of interest, including any funding they received for conducting the review?	Ja
Assessment critical Items*	Moderat

* gemeint sind die Nummern 2,4,7,9,11,13,15

Extraktionstabellen zur Evidenz aus Einzelstudien zur unterstützenden Elternschaft (parenting)

O'Shea et al. 2019

Randomized Controlled Trial of an Internet-Based Educational Intervention for Mothers With Mental Illnesses: An 18-Month Follow-Up

Methods/Design	– randomisierte kontrollierte Studie
Participants	– N= 131 (männl.= 0, weibl.=131) – outpatient – Alter (Durchschnitt): 37 Jahre. – Diagnosen: bipolare Störungen (n=66), depressive Störung (n=51), schizoaffektive Störung (n=46) – durchschnittl. Anzahl der Kinder (Spanne): 2 (1-5) – Dauer Studie: 3 Monate + 18 Monate Follow-Up
Interventions	<u>Interventionsgruppe (IG; n=66):</u> – Internetbasiertes Bildungsprogramm für Mütter; 12 Sessions; Schwerpunkte Kinderentwicklung, Stressabbau, psychische Erkrankungen und positive Elternschaft; Online Peer Support <u>Kontrollgruppe (KG; n=65):</u> – aktive Kontrollgruppe (Informationsblätter zu einem gesunden Lebensstil)
Outcomes	– Healthy Families Parenting Inventory (Eltern-Kind-Beziehung, Lebensumfeld, elterliche Bewältigungsstrategien, persönliche Pflege, Stress, Zufriedenheit)
Results	<u>Nach 18 Monaten Follow-Up</u> <u>Stress</u> – stat. signifikanter Effekt zwischen den Gruppen zugunsten der IG (F=3.46, df=257, p=0.017) <u>Zufriedenheit</u> – stat. signifikanter Effekt zwischen den Gruppen zugunsten der IG (d=4.80, SE=1.67, df=257, t=2.88, p=0.004) <u>weitere Outcomes</u> – für alle weiteren Outcomes keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen

Risk of bias O’Shea et al. 2019			
Bias	Authors’ judgement	Support for judgement	
	Low – Unclear – high risk		
Random sequence generation (selection bias)	unclear		Quote: -
Allocation concealment (selection bias)	low		Quote: participants were randomly assigned to either an experimental or active control group
Blinding of participants and personnel (performance bias)	unclear		Quote: -
Blinding of outcome assessment (detection bias)	unclear		Quote: -
Incomplete outcome data (attrition bias)	unclear		Quote: -

Selective reporting (reporting bias)	low		Kommentar: alle Outcomes werden berichtet
Other bias (adequate therapy method, treatment fidelity, supervision, training, personal, financial, or any other interests producing bias)	low		Kommentar: -
Strengths and weaknesses of the study Conclusions	The results of this study are limited with regards to generalizability, given that the sample had higher levels of education and employment than are generally reported in research on populations of mothers with serious mental illnesses. The intervention was delivered via the Internet, which targets several barriers known to be present in face to- face programs, such as issues surrounding transportation, programmatic availability, scheduling conflicts, and a preference for anonymity.		

Kaplan et al. 2014

Assessing an Internet-Based Parenting Intervention for Mothers With a Serious Mental Illness: A Randomized Controlled Trial**Methods/Design**

- randomisierte kontrollierte Studie

Participants

- N= 60 (männl.= 0, weibl.=60)
- outpatient
- Alter (Durchschnitt): 37 Jahre.
- Diagnosen: Stimmungsstörung (87 %), Schizophrenie (13 %)
- durchschnittl. Anzahl der Kinder: k. A.
- Dauer Studie: 3 Monate

InterventionsInterventionsgruppe (IG; n=31):

- Internetbasiertes Bildungsprogramm für Mütter in Abhängigkeit zum Alter des/der Kinder; Anwendung von Techniken aus der kognitiven Verhaltenstherapie; Online Peer Support

Kontrollgruppe (KG; n=29):

- aktive Kontrollgruppe (Informationsblätter zu einem gesunden Lebensstil)

Outcomes

- Parenting Sense of Competence scale, Healthy Families Parenting Inventory

ResultsNach 3 Monaten**Parenting Sense of Competence scale (PSCS)**

- kein stat. signifikanter Effekt zwischen den Gruppen ($t=0.56$, $df=257$, $p=0.58$)

Healthy Families Parenting Inventory (HFPI) - Parenting Efficacy

- kein stat. signifikanter Effekt zwischen den Gruppen ($t=-1.39$, $df=41$, $p=0.17$)

HFPI Home Environment

- stat. signifikanter Effekt zwischen den Gruppen zugunsten der IG ($t=-1.7$, $df=43$, $p=0.015$)

HFPI Parent/Child Interaction

- kein stat. signifikanter Effekt zwischen den Gruppen ($t=-1.25$, $df=27$, $p=0.23$)

HFPI Personal Care

- stat. signifikanter Effekt zwischen den Gruppen zugunsten der IG ($t=-2.43$, $df=40$, $p=0.05$)

HFPI Mobilizing Resources

- kein stat. signifikanter Effekt zwischen den Gruppen ($t=-1.39$, $df=45$, $p=0.17$)

Family Coping Inventory

- kein stat. signifikanter Effekt zwischen den Gruppen ($t=-0.2$, $df=37$, $p=0.84$)

MOS Social Support

- kein stat. signifikanter Effekt zwischen den Gruppen ($t=0.05$, $df=42$, $p=0.96$)

<u>PSCS Satisfaction</u>		
– stat. signifikanter Effekt zwischen den Gruppen zugunsten der IG (t=-2.2, df=28, p=0.05)		
<u>HFPI Role Satisfaction</u>		
– stat. signifikanter Effekt zwischen den Gruppen zugunsten der IG (t=-1.65, df=45, p=0.015)		
Risk of bias Kaplan et al. 2014		
<i>Bias</i>	<i>Authors' judgement Low – Unclear – high risk</i>	<i>Support for judgement</i>
Random sequence generation (selection bias)	low 	Quote: Block randomization (blocks of six) was used to ensure that there were enough participants to begin communicating on the listserv
Allocation concealment (selection bias)	unclear 	Quote: -
Blinding of participants and personnel (performance bias)	unclear 	Quote: -
Blinding of outcome assessment (detection bias)	unclear 	Quote: -
Incomplete outcome data (attrition bias)	low 	Quote : Three moms asked to withdraw. Reasons for withdrawal included a cancer diagnosis, preference for face-to-face support, and being too busy.
Selective reporting (reporting bias)	low 	Kommentar: all outcomes reported
Other bias (adequate therapy method, treatment fidelity, supervision, training, personal, financial, or any other interests producing bias)	low 	Kommentar: -
Strengths and weaknesses of the study Conclusions	The demographic make-up of this sample can be viewed as a study limitation because these results may not be generalizable to individuals with a serious mental illness in the community mental health system. However, we would argue that the unique make-up of this sample is also a strength because we can learn more about the diversity of mothers with a serious mental illness, many of whom may not be involved in the community system of care and therefore are not included in the vast amount of research on individuals with serious mental illnesses in the United States.	

Risiko für Bias aus allen neu identifizierten Einzelstudien zur Effektivität von Interventionen zur unterstützenden Elternschaft

	Random sequence generation (selection bias)	Allocation concealment (selection bias)	Blinding of participants and personnel (performance bias) *	Blinding of outcome assessment (detection bias)	Incomplete outcome data (attrition bias)	Selective reporting (reporting bias)	Other bias
O'Shea et al. 2019							
Kaplan et al. 2014							

Tabelle: Charakteristika eingeschlossener Einzelstudien zur Wirksamkeit von Interventionen zur unterstützen- den Elternschaft (Parenting) mit schweren psychischen Erkrankungen und deren Kindern

<u>Autor/Jahr (Land)</u>	<u>Patienten</u> – Anzahl (IG/KG) – Diagnosen – Erkrankungsdauer bzw. frühere Episoden – Alter (Ø) – Setting	<u>Intervention</u> – <u>Ansatz</u> – <u>Dauer</u>	<u>Kontrollgruppe</u>	<u>Follow-Up Zeitraum</u>
Kaplan et al. 2014 (USA)	– N=60 (31/29) – Stimmungsstörung (87%); Schizophrenie (13 %) – k. A. – 37 Jahre – ambulant	– Internetbasiertes Bildungsprogramm + Online Peer Support – 3 Monate	– herkömmliche Therapie + Informationsblätter zu einem gesunden Lebensstil	– -
O’Shea et al. 2019 (USA)	– N=131 (66/65) – bipolare Störungen (n=66), depressive Störung (n=51), schizoaffective Störung (n=46) – k. A. – 37 Jahre – ambulant	– Internetbasiertes Bildungsprogramm + Online Peer Support – 3 Monate	– herkömmliche Therapie + Informationsblätter zu einem gesunden Lebensstil	– 18 Monate

Ergebnisse Einzelstudien zu Elternschaft-Interventionen (parenting)**Tabelle: Effekte von Interventionen zur unterstützenden Elternschaft (Parenting) bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und deren Kinder (Einzelstudien)**

	O’Shea et al. 2019 FI vs. HT + Infoblätter	Kaplan et al. 2014 FI vs. HT + Infoblätter
↑ Kompetenzgefühl der Eltern		~
↑ Wirksamkeit der Erziehung		~
↑ Wohnumfeld		++
↑ soz. Unterstützung		~
↑ Zufriedenheit	++	++
↓ Stress (-level)	++	
↑ persönl. Pflege		++
↑ elterliche Fähigkeiten	~	
↑ Coping Strategien	~	~
↑ Eltern-Kind Interaktion		~

FI: Familien Intervention; HT: herkömmliche Therapie; ++: signifikanter Vorteil in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe; +: tendenzielle Überlegenheit ohne signifikanten Unterschied in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe, oder kleine Stichprobe, - Effekt zuungunsten der Intervention

~: Ergebnisse vergleichbar in beiden Gruppen

↓: Reduktion, ↑: Erhöhung

Ausgeschlossene Arbeiten strukturierte Familien- und Angehörigeninterventionen und zur Erweiterung sozialer Netzwerke:

Übersichtsarbeiten/Reviews

Samar BŞ, Akkuş K, Kütük B. Effectiveness of Cognitive–Behavioral Family Therapy: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar - Current Approaches in Psychiatry*. March 2023;15(1):175-188. doi:10.18863/pgy.1115301

Ausschlussgrund: Population

Killaspy H, Harvey C, Brasier C, Brophy L, Ennals P, Fletcher J, Hamilton B. Community-based social interventions for people with severe mental illness: a systematic review and narrative synthesis of recent evidence. *World Psychiatry*. 2022 Feb;21(1):96-123. doi: 10.1002/wps.20940. PMID: 35015358; PMCID: PMC8751572.

Ausschlussgrund: Studiendesign der eingeschlossenen Primärstudien

Dwi Indah Iswanti, Moses Glorino Rumambo Pandin FAMILY SUPPORT-BASED PSYCHOEDUCATION IN CARING SCHIZOPHRENIC PATIENTS: A LITERATURE REVIEW. medRxiv 2022.01.11.22268923; doi: <https://doi.org/10.1101/2022.01.11.22268923>

Ausschlussgrund: Studiendesign der eingeschlossenen Primärstudien

Rafiyah I, Suryani S, Rahayuwati L, Suttharangsee W. Culturally Adapted Psychoeducation among Family Caregivers of Schizophrenic Clients: A Scoping Review. *Open Access Maced J Med Sci [Internet]*. 2021 Nov. 14 [cited 2024 Dec. 13];9(T6):143-52. Available from: <https://oamjms.eu/index.php/mjms/article/view/7315>

Ausschlussgrund: Studiendesign der eingeschlossenen Primärstudien

Guillén V, Díaz-García A, Mira A, García-Palacios A, Escrivá-Martínez T, Baños R, Botella C. Interventions for Family Members and Carers of Patients with Borderline Personality Disorder: A Systematic Review. *Fam Process*. 2021 Mar;60(1):134-144. doi: 10.1111/famp.12537. Epub 2020 Apr 17. PMID: 32304101.

Ausschlussgrund: Studiendesign der eingeschlossenen Primärstudien

Santos CF, Medeiros AB, Gomes R. Involving families in psychiatric treatment and rehabilitation. *Eur Psychiatry*. 2021 Aug 13;64(Suppl 1):S154–5. doi: 10.1192/j.eurpsy.2021.418. PMCID: PMC9471853.

Ausschlussgrund: Konferenzbeitrag

Bekiroğlu, S., & Attepe Özden, S. (2021). Psychosocial interventions for individuals with severe mental illness and their families in Turkey: A systematic review. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 13(1), 52–76.

Ausschlussgrund: Studiendesign der eingeschlossenen Primärstudien, Sprache

Mohammad A. Abu Sabra¹, Ayman M. Hamdan-Mansour. The Effectiveness of Relapse Prevention Intervention on the Ability of Patients and Their Families to Prevent Psychotic symptoms of Relapse among Patients with Schizophrenia: Systematic Literature Review. *Medico-legal Update*, July-September 2021, Vol.21, No. 3.

Ausschlussgrund: Studiendesign der eingeschlossenen Primärstudien

Schiller VF, Dorstyn DS, Taylor AM. The Protective Role of Social Support Sources and Types Against Depression in Caregivers: A Meta-Analysis. *J Autism Dev Disord*. 2021 Apr;51(4):1304-1315. doi: 10.1007/s10803-020-04601-5. PMID: 32683544.

Ausschlussgrund: Studiendesign der eingeschlossenen Primärstudien

Barbeito S, Sánchez-Gutiérrez T, Becerra-García JA, González Pinto A, Caletti E, Calvo A. A systematic review of online interventions for families of patients with severe mental disorders. *J Affect Disord*. 2020 Feb 15;263:147-154. doi: 10.1016/j.jad.2019.11.106. Epub 2019 Nov 22. PMID: 31818771.

Ausschlussgrund: Studiendesign der eingeschlossenen Primärstudien

Camacho-Gomez M, Castellvi P. Effectiveness of Family Intervention for Preventing Relapse in First-Episode Psychosis Until 24 Months of Follow-up: A Systematic Review With Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Schizophr Bull*. 2020 Jan 4;46(1):98-109. doi: 10.1093/schbul/sbz038. PMID: 31050757; PMCID: PMC6942164.

Ausschlussgrund: Population (Kinder)

Al-Sawafi A, Lovell K, Renwick L, Husain N. Psychosocial family interventions for relatives of people living with psychotic disorders in the Arab world: systematic review. *BMC Psychiatry*. 2020 Aug 20;20(1):413. doi: 10.1186/s12888-020-02816-5. PMID: 32819316; PMCID: PMC7441715.

Ausschlussgrund: Studiendesign der eingeschlossenen Primärstudien

Sutherland R, Baker J, Prince S. Support, interventions and outcomes for families/carers of people with borderline personality disorder: A systematic review. *Personal Ment Health*. 2020 May;14(2):199-214. doi: 10.1002/pmh.1473. Epub 2019 Dec 30. PMID: 31887229.

Ausschlussgrund: Studiendesign der eingeschlossenen Primärstudien

Mottaghipour Y, Tabatabaee M. Family and Patient Psychoeducation for Severe Mental Disorder in Iran: A Review. *Iran J Psychiatry*. 2019 Jan;14(1):84-108. PMID: 31114622; PMCID: PMC6505048.

Ausschlussgrund: Studiendesign der eingeschlossenen Primärstudien

Martin H., Pope M., Ferrari M., Iyer S. A scoping review and critical appraisal of guidelines for early intervention services for psychosis: A focus on family involvement and family interventions. *Early Intervention in Psychiatry*. Conference: IEPA 11th International Conference on Early Intervention in Mental Health - "Prevention and Early Intervention: Broadening the Scope". Boston, MA United States. 12(Supplement 1) (pp 212), 2018.

Ausschlussgrund: Konferenzbeitrag

Ma CF, Chien WT, Bressington DT. Family intervention for caregivers of people with recent-onset psychosis: A systematic review and meta-analysis. *Early Interv Psychiatry*. 2018 Aug;12(4):535-560. doi: 10.1111/eip.12494. Epub 2017 Oct 27. PMID: 29076263.

Ausschlussgrund: Population (auch Kinder)

Greer H, Cohen JN. Partners of Individuals with Borderline Personality Disorder: A Systematic Review of the Literature Examining Their Experiences and the Supports Available to Them. *Harv Rev Psychiatry*. 2018 Jul/Aug;26(4):185-200. doi: 10.1097/HRP.000000000000164. PMID: 29975337.

Ausschlussgrund: Studiendesign der eingeschlossenen Primärstudien

Soo SA, Zhang ZW, Khong SJ, Low JEW, Thambyrajah VS, Alhabsyi SHBT, Chew QH, Sum MY, Sengupta S, Vieta E, McIntyre RS, Sim K. Randomized Controlled Trials of Psychoeducation Modalities in the Management of Bipolar Disorder: A Systematic Review. *J Clin Psychiatry*. 2018 May/Jun;79(3):17r11750. doi: 10.4088/JCP.17r11750. PMID: 29727072.

Ausschlussgrund: kein klassischer systematischer Review

Brady P, Kangas M, McGill K. "Family Matters": A Systematic Review of the Evidence For Family Psychoeducation For Major Depressive Disorder. *J Marital Fam Ther*. 2017 Apr;43(2):245-263. doi: 10.1111/jmft.12204. Epub 2016 Nov 16. PMID: 27859391.

Ausschlussgrund: Studiendesign der eingeschlossenen Primärstudien

Selick A, Durbin J, Vu N, O'Connor K, Volpe T, Lin E. Barriers and facilitators to implementing family support and education in Early Psychosis Intervention programmes: A systematic review. *Early Interv Psychiatry*. 2017 Oct;11(5):365-374. doi: 10.1111/eip.12400. Epub 2017 Apr 18. PMID: 28418227.

Ausschlussgrund: Studiendesign der eingeschlossenen Primärstudien

Claxton M, Onwumere J, Fornells-Ambrojo M. Do Family Interventions Improve Outcomes in Early Psychosis? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Psychol*. 2017 Mar 27;8:371. doi: 10.3389/fpsyg.2017.00371. PMID: 28396643; PMCID: PMC5366348.

Ausschlussgrund: Studiendesign der eingeschlossenen Primärstudien

Napa W, Tungpunkom P, Pothimas N. Effectiveness of family interventions on psychological distress and expressed emotion in family members of individuals diagnosed with first-episode psychosis: a systematic review. *JBIS Database System Rev Implement Rep*. 2017 Apr;15(4):1057-1079. doi: 10.11124/JBIS-RIR-2017-003361. PMID: 28398985.

Ausschlussgrund: Protokoll

Day, K., & Petrakis, M. (2017). Family interventions in early psychosis service delivery: A systematized review. *Social Work in Mental Health*, 15(6), 632–650. <https://doi.org/10.1080/15332985.2016.1271381>.

Ausschlussgrund: Studiendesign der eingeschlossenen Primärstudien

McFarlane WR. Family Interventions for Schizophrenia and the Psychoses: A Review. *Fam Process*. 2016 Sep;55(3):460-82. doi: 10.1111/famp.12235. Epub 2016 Jul 14. PMID: 27411376.

Ausschlussgrund: kein systematischer Review

Reinares M, Bonnín CM, Hidalgo-Mazzei D, Sánchez-Moreno J, Colom F, Vieta E. The role of family interventions in bipolar disorder: A systematic review. *Clin Psychol Rev*. 2016 Feb;43:47-57. doi: 10.1016/j.cpr.2015.11.010. Epub 2015 Dec 3. PMID: 26691629.

Ausschlussgrund: Population (auch Kinder)

Grácio J, Gonçalves-Pereira M, Leff J. What do We Know about Family Interventions for Psychosis at the Process Level? A Systematic Review. *Fam Process*. 2016 Mar;55(1):79-90. doi: 10.1111/famp.12155. Epub 2015 Apr 21. PMID: 25900627.

Ausschlussgrund: Studiendesign der eingeschlossenen Primärstudien

Palumbo C, Volpe U, Matanov A, Priebe S, Giacco D. Social networks of patients with psychosis: a systematic review. *BMC Res Notes*. 2015 Oct 12;8:560. doi: 10.1186/s13104-015-1528-7. PMID: 26459046; PMCID: PMC4603917.

Ausschlussgrund: Studiendesign der eingeschlossenen Primärstudien

Eassom E, Giacco D, Dirik A, Priebe S. Implementing family involvement in the treatment of patients with psychosis: a systematic review of facilitating and hindering factors. *BMJ Open*. 2014 Oct 3;4(10):e006108. doi: 10.1136/bmjopen-2014-006108. PMID: 25280809; PMCID: PMC4187461.

Ausschlussgrund: Studiendesign der eingeschlossenen Primärstudien

Duckworth K, Halpern L. Peer support and peer-led family support for persons living with schizophrenia. *Curr Opin Psychiatry*. 2014 May;27(3):216-21. doi: 10.1097/YCO.000000000000051. PMID: 24662961.

Ausschlussgrund: kein systematischer Review

Napa W, Tungpunkom P, Pothimas N. Effectiveness of family interventions on psychological distress and expressed emotion in family members of individuals diagnosed with first-episode psychosis: a systematic review protocol. *JBISIRIR-2017-003361*. JBI Database System Rev Implement Rep. 2014 Apr;15(4):1057-1079. doi: 10.11124/JBISIRIR-2017-003361. PMID: 28398985.

Ausschlussgrund: Protokoll

Lobban F, Postlethwaite A, Glentworth D, Pinfold V, Wainwright L, Dunn G, Clancy A, Haddock G. A systematic review of randomised controlled trials of interventions reporting outcomes for relatives of people with psychosis. *Clin Psychol Rev*. 2013 Apr;33(3):372-82. doi: 10.1016/j.cpr.2012.12.004. Epub 2013 Jan 9. PMID: 23410719.

Ausschlussgrund: eingeschlossenen Primärstudien bereits in anderen Reviews eingeschlossen

Bailey RC, Grenyer BF. Burden and support needs of carers of persons with borderline personality disorder: a systematic review. *Harv Rev Psychiatry*. 2013 Sep-Oct;21(5):248-58. doi: 10.1097/HRP.0b013e3182a75c2c. PMID: 24651557.

Ausschlussgrund: Studiendesign der eingeschlossenen Primärstudien

Tungpunkom P, Srikhachin P, Napa W, Chaniang S. Caregiving Experiences of Families Living with Patients with Schizophrenia: a Systematic Review. *JBISIRIR-2012-324*. JBI Libr Syst Rev. 2012;10(28 Suppl):1-8. doi: 10.11124/jbisrir-2012-324. PMID: 27820403.

Ausschlussgrund: Studiendesign der eingeschlossenen Primärstudien

Meis LA, Griffin JM, Greer N, Jensen AC, Macdonald R, Carlyle M, Rutks I, Wilt TJ. Couple and family involvement in adult mental health treatment: a systematic review. *Clin Psychol Rev*. 2013 Mar;33(2):275-86. doi: 10.1016/j.cpr.2012.12.003. Epub 2012 Dec 22. PMID: 23321286.

Ausschlussgrund: Population

Sin J, Norman I. Psychoeducational interventions for family members of people with schizophrenia: a mixed-method systematic review. *J Clin Psychiatry*. 2013 Dec;74(12):e1145-62. doi: 10.4088/JCP.12r08308. PMID: 24434103.

Ausschlussgrund: Studiendesign der eingeschlossenen Primärstudien

Gayer-Anderson C, Morgan C. Social networks, support and early psychosis: a systematic review. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2013 Jun;22(2):131-46. doi: 10.1017/S2045796012000406. Epub 2012 Jul 26. PMID: 22831843; PMCID: PMC6998121.

Ausschlussgrund: Studiendesign der eingeschlossenen Primärstudien

Mara Scalese, Tiziana Frieri, Paola Rocca, La psicoeducazione nella schizofrenia: evidenze di efficacia e peculiarità di intervento su pazienti e familiari, *Quaderni Italiani di Psichiatria*, Volume 31, Issue 4, 2012, Pages 157-163, ISSN 0393-0645, <https://doi.org/10.1016/j.quip.2012.10.003>.

Ausschlussgrund: Sprache

Bademli K, Cetinkaya Duman Z. Family to family support programs for the caregivers of schizophrenia patients: a systematic review. *Turk Psikiyatri Derg.* 2011 Winter;22(4):255-65. PMID: 22143951.

Ausschlussgrund: Studiendesign der eingeschlossenen Primärstudien

Bird V, Premkumar P, Kendall T, Whittington C, Mitchell J, Kuipers E. Early intervention services, cognitive-behavioural therapy and family intervention in early psychosis: systematic review. *Br J Psychiatry.* 2010 Nov;197(5):350-6. doi: 10.1192/bjp.bp.109.074526. PMID: 21037211; PMCID: PMC2966501.

Ausschlussgrund: Population

Tania Lincoln. Effectiveness of psychoeducation for schizophrenia is family inclusion necessary? Conference: 2nd Schizophrenia International Research Society Conference, SIRS 2010. Florence Italy.

Ausschlussgrund: Konferenzbeitrag

Ausgeschlossene Arbeiten unterstützende Elternschaft (Parenting):

Steele KR, Townsend ML, Grenyer BFS. Parenting and personality disorder: An overview and meta-synthesis of systematic reviews. *PLoS One*. 2019 Oct 1;14(10):e0223038. doi: 10.1371/journal.pone.0223038. PMID: 31574104; PMCID: PMC6772038.

Ausschlussgrund: Fragestellung

Stapp EK, Mendelson T, Merikangas KR, Wilcox HC. Parental bipolar disorder, family environment, and offspring psychiatric disorders: A systematic review. *J Affect Disord*. 2020 May 1;268:69-81. doi: 10.1016/j.jad.2020.03.005. Epub 2020 Mar 3. PMID: 32158009; PMCID: PMC7175999.

Ausschlussgrund: Population/Design Primärstudien

Harries CI, Smith DM, Gregg L, Wittkowski A. Parenting and Serious Mental Illness (SMI): A Systematic Review and Metasynthesis. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2023 Jun;26(2):303-342. doi: 10.1007/s10567-023-00427-6. Epub 2023 Feb 18. PMID: 36807250; PMCID: PMC10123049.

Ausschlussgrund: Fragestellung/Design Primärstudien

Petfield L, Startup H, Droscher H, Cartwright-Hatton S. Parenting in mothers with borderline personality disorder and impact on child outcomes. *Evid Based Ment Health*. 2015 Aug;18(3):67-75. doi: 10.1136/eb-2015-102163. PMID: 26205740.

Ausschlussgrund: Population/Design Primärstudien

Byrne G, Ghráda ÁN, O'Mahony T, Brennan E. A systematic review of the use of acceptance and commitment therapy in supporting parents. *Psychol Psychother*. 2021 Apr;94 Suppl 2:378-407. doi: 10.1111/papt.12282. Epub 2020 May 13. PMID: 32406169.

Ausschlussgrund: Population/Design Primärstudien

Jami ES, Hammerschlag AR, Bartels M, Middeldorp CM. Parental characteristics and offspring mental health and related outcomes: a systematic review of genetically informative literature. *Transl Psychiatry*. 2021 Apr 1;11(1):197. doi: 10.1038/s41398-021-01300-2. PMID: 33795643; PMCID: PMC8016911.

Ausschlussgrund: Fragestellung/Design Primärstudien

Spencer CM, Topham GL, King EL. Do online parenting programs create change?: A meta-analysis. *J Fam Psychol*. 2020 Apr;34(3):364-374. doi: 10.1037/fam0000605. Epub 2019 Nov 7. PMID: 31697102.

Ausschlussgrund: Population

Domhardt M, Engler S, Nowak H, Lutsch A, Baumel A, Baumeister H. Mechanisms of Change in Digital Health Interventions for Mental Disorders in Youth: Systematic Review. *J Med Internet Res*. 2021 Nov 26;23(11):e29742. doi: 10.2196/29742. PMID: 34842543; PMCID: PMC8665396.

Ausschlussgrund: Population/Fragestellung

Senberg A, Schmucker M, Oster A, Zumbach J. Parental personality disorder and child maltreatment: A systematic review and meta-analysis. *Child Abuse Negl*. 2023 Jun;140:106148. doi: 10.1016/j.chi-abu.2023.106148. Epub 2023 Apr 14. PMID: 37060689.

Ausschlussgrund: Population/Design Primärstudien

Clayborne ZM, Kingsbury M, Sampasa-Kinyaga H, Sikora L, Lalande KM, Colman I. Parenting practices in childhood and depression, anxiety, and internalizing symptoms in adolescence: a systematic review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2021 Apr;56(4):619-638. doi: 10.1007/s00127-020-01956-z. Epub 2020 Sep 5. PMID: 32892249.

Ausschlussgrund: Design Primärstudien

Argent SE, Kalebic N, Rice F, Taylor P. Offspring outcomes when a parent experiences one or more major psychiatric disorder(s): a clinical review. *Evid Based Ment Health.* 2020 Aug;23(3):113-121. doi: 10.1136/ebmental-2019-300123. Epub 2020 Apr 17. PMID: 32303570; PMCID: PMC10231511.

Ausschlussgrund: Methodik (Meta-Review)

MacKinnon AL, Silang K, Penner K, Zalewski M, Tomfohr-Madsen L, Roos LE. Promoting Mental Health in Parents of Young Children Using eHealth Interventions: A Systematic Review and Meta-analysis. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 2022 Sep;25(3):413-434. doi: 10.1007/s10567-022-00385-5. Epub 2022 Feb 20. PMID: 35184262; PMCID: PMC8858396.

Ausschlussgrund: Population/Design Primärstudien

Georg AK, Meyerhöfer S, Taubner S, Volkert J. Is parental depression related to parental mentalizing? A systematic review and three-level meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2023 Aug;104:102322. doi: 10.1016/j.cpr.2023.102322. Epub 2023 Jul 16. PMID: 37572565.

Ausschlussgrund: Fragestellung

Yap MB, Jorm AF. Parental factors associated with childhood anxiety, depression, and internalizing problems: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2015 Apr 1;175:424-40. doi: 10.1016/j.jad.2015.01.050. Epub 2015 Jan 29. PMID: 25679197.

Ausschlussgrund: Fragestellung

Eyden J, Winsper C, Wolke D, Broome MR, MacCallum F. A systematic review of the parenting and outcomes experienced by offspring of mothers with borderline personality pathology: Potential mechanisms and clinical implications. *Clin Psychol Rev.* 2016 Jul;47:85-105. doi: 10.1016/j.cpr.2016.04.002. Epub 2016 Apr 21. PMID: 27261413.

Ausschlussgrund: keine Interventionsstudien/Design Primärstudien

Gearing RE, Alonzo D, Marinelli C. Maternal schizophrenia: psychosocial treatment for mothers and their children. *Clin Schizophr Relat Psychoses.* 2012 Apr;6(1):27-33. doi: 10.3371/CSRP.6.1.4. PMID: 22453867.

Ausschlussgrund: Methodik/Design Primärstudien

Schrank B, Moran K, Borghi C, Priebe S. How to support patients with severe mental illness in their parenting role with children aged over 1 year? A systematic review of interventions. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2015 Dec;50(12):1765-83. doi: 10.1007/s00127-015-1069-3. Epub 2015 Jun 20. PMID: 26091723.

Ausschlussgrund: Design Primärstudien

Dolman C, Jones I, Howard LM. Pre-conception to parenting: a systematic review and meta-synthesis of the qualitative literature on motherhood for women with severe mental illness. *Arch Womens Ment Health*. 2013 Jun;16(3):173-96. doi: 10.1007/s00737-013-0336-0. Epub 2013 Mar 23. PMID: 23525788.

Ausschlussgrund: Design Primärstudien

Musser N, Zalewski M, Stepp S, Lewis J. A systematic review of negative parenting practices predicting borderline personality disorder: Are we measuring biosocial theory's 'invalidating environment'? *Clin Psychol Rev*. 2018 Nov;65:1-16. doi: 10.1016/j.cpr.2018.06.003. Epub 2018 Jun 28. PMID: 30055510.

Ausschlussgrund: keine Interventionsstudien/Design Primärstudien

Bee P, Bower P, Byford S, Churchill R, Calam R, Stallard P, Pryjmachuk S, Berzins K, Cary M, Wan M, Abel K. The clinical effectiveness, cost-effectiveness and acceptability of community-based interventions aimed at improving or maintaining quality of life in children of parents with serious mental illness: a systematic review. *Health Technol Assess*. 2014 Feb;18(8):1-250. doi: 10.3310/hta18080. PMID: 24502767; PMCID: PMC4780907.

Ausschlussgrund: Methodik

Stuhrmann LY, Brodersen S, Göbel A, Alexander N, Mudra S. Elterliche Mentalisierung und frühe Eltern-Kind-Interaktion bei Müttern mit affektiven Störungen oder Borderline- Persönlichkeitsstörung: Ein systematisches Review [Parental Mentalization and Early Parent-Child Interaction in Mothers with Affective Disorders or Borderline Personality Disorder: A Systematic Review]. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr*. 2022 Mar;71(3):220-244. German. doi: 10.13109/prkk.2022.71.3.220. PMID: 35301922.

Ausschlussgrund: Fragestellung

Anwendung von GRADE: Beurteilung der Vertrauenswürdigkeit der Evidenz zu strukturierten Familien- und Angehörigeninterventionen

Faktoren, die Vertrauenswürdigkeit in die Evidenz verringern können:

- I. Risiko für Bias
- II. Inkonsistenz (Effekt in Studien gleich bez. Richtung und Stärke)
- III. Indirektheit (Passung Studie und PICO-Frage)
- IV. Ungenauigkeit (Gibt es Unsicherheiten/breite KIs)
- V. Publikationsbias

Summary of findings: Vergleich Familieninterventionen vs. herkömmliche Therapie

Population: Menschen mit Schizophrenie und deren Angehörige

Quelle: Chien WT, Ma DC, Bressington D, Mou H. Family-based interventions versus standard care for people with schizophrenia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2024, Issue 10. Art. No.: CD013541. DOI: 10.1002/14651858.CD013541.pub2.

Endpunkt	Datengrundlage & Messwerte	Effektschätzer	Qualität (Vertrauenswürdigkeit) der Evidenz (RCTs)	Kommentare
Familieninterventionen vs. herkömmliche Therapie				
Patientenoutcome – Rückfall Follow Up: ≤ 1 Monat Postintervention	Basierend auf Daten von 229 Patient:innen aus 4 Studien	Relatives Risiko (RR)= 0.66, (0.49 to 0.89)	⊕⊕⊕⊖ Gering ^{a,d}	Familienbasierte Interventionen können das Auftreten von Rückfällen im Vergleich zur Standardbehandlung kurzfristig verringern. (Unterschied signifikant p=0.007, I ² = 0%)
Patientenoutcome – Stationäre Aufnahme Follow Up: ≤ 1 Monat Postintervention	Basierend auf Daten von 153 Patient:innen aus 2 Anzahl Studien	RR= 0.81, (0.51 to 1.29)	⊕⊕⊕⊖ Gering ^{a,d}	Familienbasierte Interventionen können bei der kurzfristigen Nachbeobachtung zu einem geringen oder gar keinem Unterschied bei der

				Krankenhauseinweisung der Patienten im Vergleich zur Standardversorgung führen. (Unterschied nicht signifikant, $p=0.38$, $I^2=0\%$)
Patientenoutcome – Compliance Medikamente Follow Up: 1-36 Monate Postintervention	Basierend auf Daten von 442 Patient:innen aus 6 Anzahl Studien	5 RCTs (369 Teilnehmer) berichteten über geringe bis keine Unterschiede zwischen den Gruppen, eine RCT (73 Teilnehmer) fand positive Auswirkungen von Familien-Interventionen im Vergleich zur Standardbehandlung	⊕⊕⊕⊕ Sehr gering ^{a, c, e}	Die familienbasierten Interventionen können im Vergleich zur Standardversorgung zu geringen oder gar keinen Unterschieden bei der Medikamenteneinnahme der Patienten führen
Familienbezogenes Outcome - Pflegelast Follow Up: ≤ 1 Monat Postintervention	Basierend auf Daten von 563 Patient:innen aus 8 Anzahl Studien	Mittelwertunterschiede 5.84 [-6.77, -4.92]	⊕⊕⊕⊕ Moderat ^a	Familienbasierte Maßnahmen verringern wahrscheinlich kurzfristig die Belastung der Pflegekräfte im Vergleich zur Standardversorgung. (Unterschied signifikant; $p < 0.00001$, $I^2 = 45\%$)
Familienbezogenes Outcome – Emotionen Follow Up: 1-10 Monate Postintervention	Basierend auf Daten von 72 Patient:innen aus 2 Anzahl Studien	RR= 3.90, (1.11 to 13.71)	⊕⊕⊕⊕ Gering ^{a, d}	Familienbasierte Interventionen können dazu führen, dass mehr Familienmitglieder während des Studienzeitraums von einer hohen zu einer niedrigen Emotionsausprägung wechseln. (Unterschied signifikant; $p=0.004$, $I^2=76\%$)
Patienten- und familienbezogene Outcomes – unerwünschte Effekte (Tod) Follow Up: 1-24 Monate Postintervention	Basierend auf Daten von 304 Patient:innen aus 6 Anzahl Studien	RR= 0.48, (0.18 to 1.32)	⊕⊕⊕⊕ Gering ^{a, e}	Die familienbasierten Interventionen können im Vergleich zur Standardversorgung während des Studienzeitraums zu einem geringen oder gar keinem Unterschied bei den Todesfällen der Patienten führen (Unterschied

				nicht signifikant, $p=0.16$, $I^2=0\%$)
Patienten- und familienbezogene Outcomes – Lebensqualität Follow Up: ≤ 1 Monat Postintervention	Basierend auf Daten von 69 Patient:innen aus 2 Anzahl Studien	eine RCT (29 Teilnehmer) berichteten über geringe bis keine Unterschiede zwischen den Gruppen, eine RCT (40 Teilnehmer) fand positive Auswirkungen von Familien- Interventionen im Vergleich zur Standardbehandlung	⊕⊕⊕⊕ Sehr gering ^{a, d,e}	Unklare Studiensituation

a Herabstufung um eine Stufe wegen Risk of bias: Randomisierung ungenügend beschrieben, Verblindung problematisch.

b Herabstufung um eine Stufe wegen selektiver Verzerrung der Berichterstattung.

c Herabstufung um eine Stufe wegen Ungenauigkeit der Effektschätzer.

d Herabstufung um je eine Stufe wegen Ungenauigkeit der Effektschätzer und kleinem Stichprobenumfang.

e Herabstufung um je eine Stufe wegen Heterogenität der Ergebnisse.

Summary of findings: Vergleich Familieninterventionen vs. herkömmliche Therapie

Population: Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen

Quelle: Kim SH, Park S. Effectiveness of family interventions for patients with schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. Int J Ment Health Nurs. 2023 Dec;32(6):1598-1615. doi: 10.1111/inm.13198. Epub 2023 Aug 8. PMID: 37553813.

Endpunkt	Datengrundlage & Messwerte	Effektschätzer	Qualität (Vertrauenswürdigkeit) der Evidenz (RCTs)	Kommentare
Familieninterventionen vs. herkömmliche Therapie				
Heterogenität der Effektschätzer in den eingeschlossenen Studien		$I^2 = 87.61\%$, $p < 0.001$		Moderate bis hohe Heterogenität festgestellt
Gesamteffektgröße aus den einzelnen Studien	Basierend auf Daten von 18.105 Patient:innen aus 38 Studien	Hedges's $g = 0.90$ [0.70, 1.09]	⊕⊕⊕⊖ Gering ^{a,e}	Starke Effekte der Interventionen auf Zielergebnisse (Unterschied signifikant)
Gesamteffektgröße – familienbezogene Outcomes	Basierend auf Daten von 10.669 Patient:innen aus k. A. Anzahl Studien	Hedges's $g = 0.71$ [0.60, 0.83]	⊕⊕⊕⊖ Gering ^{a,e}	mittelstarke Effekte der Interventionen auf familienbezogene Zielergebnisse (Unterschied signifikant)
Gesamteffektgröße – patientenbezogene Outcomes	Basierend auf Daten von 7.436 Patient:innen aus k. A. Anzahl Studien	Hedges's $g = 0.54$ [0.41, 0.68]	⊕⊕⊕⊖ Gering ^{a,e}	mittelstarke Effekte der Interventionen auf patientenbezogene Zielergebnisse (Unterschied signifikant)
Betreuungserfahrung	Basierend auf Daten von 240 Patient:innen aus k. A. Anzahl Studien	Hedges's $g = 0.37$ [-0.36, 1.1], $p=0.317$	⊕⊕⊕⊖ Gering ^{a,e}	Geringe Effekte der Interventionen (Unterschied nicht signifikant; $p=0.317$)
Belastung der Familie	Basierend auf Daten von 2.109 Patient:innen aus k. A. Anzahl Studien	Hedges's $g = 1.13$ [0.84, 1.4], $p=0.000$	⊕⊕⊕⊖ Gering ^{a,e}	Starke Effekte der Interventionen (Unterschied signifikant; $p=0.000$)
Familiäre Bewältigung	Basierend auf Daten von 1.966 Patient:innen aus k. A. Anzahl Studien	Hedges's $g = 0.62$ [0.36, 0.89], $p=0.000$	⊕⊕⊕⊖ Gering ^{a,e}	mittelstarke Effekte der Interventionen (Unterschied signifikant; $p=0.000$)

Funktionieren der Familie	Basierend auf Daten von 977 Patient:innen aus k. A. Anzahl Studien	Hedges's $g = 0.49 [0.08, 0.89]$, $p=0.017$	⊕⊕⊕⊖ Gering ^{a,e}	Geringe Effekte der Interventionen (Unterschied signifikant; $p=0.017$)
Gesundheit/Wohlbefinden der Familie	Basierend auf Daten von 1.047 Patient:innen aus k. A. Anzahl Studien	Hedges's $g = 0.56 [0.19, 0.93]$, $p=0.003$	⊕⊕⊕⊖ Gering ^{a,e}	mittelstarke Effekte der Interventionen (Unterschied signifikant; $p=0.003$)
Psychische Gesundheit der Familie	Basierend auf Daten von 1.118 Patient:innen aus k. A. Anzahl Studien	Hedges's $g = 1.28 [0.82, 1.73]$, $p=0.000$	⊕⊕⊕⊖ Gering ^{a,e}	Starke Effekte der Interventionen (Unterschied signifikant; $p=0.000$)
Familiäre Beziehung	Basierend auf Daten von 414 Patient:innen aus k. A. Anzahl Studien	Hedges's $g = 0.40 [-0.14, 0.96]$, $p=0.151$	⊕⊕⊕⊖ Gering ^{a,e}	Geringe Effekte der Interventionen (Unterschied nicht signifikant; $p=0.151$)
Wissen und Einstellungen	Basierend auf Daten von 953 Patient:innen aus k. A. Anzahl Studien	Hedges's $g = 1.20 [0.82, 1.58]$, $p=0.000$	⊕⊕⊕⊖ Gering ^{a,e}	Starke Effekte der Interventionen (Unterschied signifikant; $p=0.000$)
Wahrgenommene soziale Unterstützung	Basierend auf Daten von 1.840 Patient:innen aus k. A. Anzahl Studien	Hedges's $g = 0.21 [-0.081, 0.51]$, $p=0.155$	⊕⊕⊕⊖ Gering ^{a,e}	Geringe Effekte der Interventionen (Unterschied nicht signifikant; $p=0.155$)
Funktionsniveau	Basierend auf Daten von 2.367 Patient:innen aus k. A. Anzahl Studien	Hedges's $g = 0.56 [0.39, 0.72]$, $p=0.000$	⊕⊕⊕⊖ Gering ^{a,e}	mittelstarke Effekte der Interventionen (Unterschied signifikant; $p=0.000$)
Medikation	Basierend auf Daten von 576 Patient:innen aus k. A. Anzahl Studien	Hedges's $g = 0.06 [-0.28, 0.40]$, $p=0.723$	⊕⊕⊕⊖ Gering ^{a,e}	Geringe Effekte der Interventionen (Unterschied nicht signifikant; $p=0.723$)
Lebensqualität	Basierend auf Daten von 213 Patient:innen aus k. A. Anzahl Studien	Hedges's $g = 0.89 [0.38, 1.40]$, $p=0.001$	⊕⊕⊕⊖ Gering ^{a,e}	Starke Effekte der Interventionen (Unterschied signifikant; $p=0.001$)
Rehospitalisierung	Basierend auf Daten von 1.715 Patient:innen aus k. A. Anzahl Studien	Hedges's $g = 0.33 [0.13, 0.53]$, $p=0.001$	⊕⊕⊕⊖ Gering ^{a,e}	Geringe Effekte der Interventionen (Unterschied signifikant; $p=0.001$)
Symptome und Einsicht	Basierend auf Daten von 2.290 Patient:innen aus k. A. Anzahl Studien	Hedges's $g = 0.60 [0.43, 0.77]$, $p=0.000$	⊕⊕⊕⊖ Gering ^{a,e}	mittelstarke Effekte der Interventionen (Unterschied signifikant; $p=0.000$)

Behandlungszufriedenheit/Beharrlichkeit	Basierend auf Daten von 271 Patient:innen aus k. A. Anzahl Studien	Hedges' $g = 1.40 [0.93, 1.86]$, $p=0.000$	⊕⊕⊖⊖ Gering ^{a,e}	Starke Effekte der Interventionen (Unterschied signifikant; $p=0.000$)

a Herabstufung um eine Stufe wegen Risk of bias: Randomisierung ungenügend beschrieben, Verblindung problematisch.

b Herabstufung um eine Stufe wegen selektiver Verzerrung der Berichterstattung.

c Herabstufung um eine Stufe wegen Ungenauigkeit der Effektschätzer.

d Herabstufung um je eine Stufe wegen Ungenauigkeit der Effektschätzer und kleinem Stichprobenumfang.

e Herabstufung um je eine Stufe wegen möglichen Publikationsbias.

Summary of findings: Vergleich multiple Familieninterventionen vs. herkömmliche Therapie

Population: Menschen mit Schizophrenie

Quelle: van Es CM, El Khoury B, van Dis EAM, Te Brake H, van Ee E, Boelen PA, Mooren T. The effect of multiple family therapy on mental health problems and family functioning: A systematic review and meta-analysis. Fam Process. 2023 Jun;62(2):499-514. doi: 10.1111/famp.12876. Epub 2023 Mar 27. PMID: 36973079.

Endpunkt	Datengrundlage & Messwerte	Effektschätzer	Qualität (Vertrauenswürdigkeit) der Evidenz (RCTs)	Kommentare
Symptomatik	Basierend auf Daten von 564 Patient:innen aus 6 Studien	Hedges’s $g = 0.96 [-0.19, 2.11]$; $p > 0.05$	⊕⊕⊖⊖ Gering ^{a,c}	keine Effekte der Interventionen auf Zielergebnisse (Unterschied nicht signifikant) Hohe Heterogenität ($I^2 = 97\%$)

a Herabstufung um eine Stufe wegen Risk of bias: Randomisierung ungenügend beschrieben, Verblindung problematisch, hoher Anteil fehlende Ergebnisdaten.

b Herabstufung um eine Stufe wegen selektiver Verzerrung der Berichterstattung.

c Herabstufung um eine Stufe wegen Ungenauigkeit der Effektschätzer.

d Herabstufung um je eine Stufe wegen Ungenauigkeit der Effektschätzer und kleinem Stichprobenumfang.

e Herabstufung um je eine Stufe wegen möglichen Publikationsbias.

Summary of findings: Vergleich Familieninterventionen (Psychoedukation) vs. herkömmliche Therapie

Population: Menschen mit schweren Depressionen

Quelle: Katsuki F, Watanabe N, Yamada A, Hasegawa T. Effectiveness of family psychoeducation for major depressive disorder: systematic review and meta-analysis. BJPsych Open. 2022 Aug 2;8(5):e148. doi: 10.1192/bjo.2022.543. PMID: 35915980; PMCID: PMC9380172.

Endpunkt	Datengrundlage & Messwerte	Effektschätzer	Qualität (Vertrauenswürdigkeit) der Evidenz (RCTs)	Kommentare
Depressive Symptomatik Patienten	Poolen von Ergebnissen unterschiedlicher Skalen (Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD), Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS); Beck Depression Inventory (BDI); self-reported Patient Health Questionnaire (PHQ-9) Basierend auf Daten von 147 Patient:innen aus 5 Studien	Standardmittelwertunterschiede = -0.53 [-0.98 bis -0.08]; p=0.02	⊕⊕⊕⊖ Gering ^{a,c,d}	Positive Effekte zugunsten der Familieninterventionen (Unterschied signifikant) Bei ausgeprägter Heterogenität (I ² =60%)
Depression oberhalb des Schwellenwertes	Schwellenwerte verschiedener Skalen verwendet (HRSD Score gleich 7 oder tiefer, MADRS Score gleich 9 oder tiefer, BDI Score gleich 13 oder tiefer, PHQ-9 Score gleich 9 oder tiefer) Basierend auf Daten von 147 Patient:innen aus 6 Anzahl Studien	Risk Ratio= 0.75 [0.64–0.89]; p=0.1	⊕⊕⊕⊖ Gering ^{a,c,d}	Keine Unterschiede zwischen der Intervention und Kontrollmaßnahme (Unterschied nicht signifikant) keine vorhandene Heterogenität (I ² =0%)
Familiäre Funktionen	Poolen von Ergebnissen unterschiedlicher Skalen (Family Assessment	Mittelwertunterschiede = 7.50 [-7.62 bis 22.62]; p=0.33	⊕⊕⊕⊖ Gering ^{a,c,d}	Keine Unterschiede zwischen der Intervention und Kontrollmaßnahme

	Device (FAD), Five-Minute Speech Sample (FMSS), Family Attitude Scale (FAS), Family Cohesion and Adaptability Evaluation Scale (FACES); Family Environment Scale (FES) Basierend auf Daten von 25 Patient:innen aus 1 Anzahl Studien			(Unterschied nicht signifikant)
Allgemeine Funktionsfähigkeit Patienten	Poolen von Ergebnissen unterschiedlicher Skalen (Global Assessment of Functioning (GAF) scale, Mental Component Summary (MCS), 36-item Short-Form Health Survey (SF-36)) Basierend auf Daten von 92 Patient:innen aus 3 Anzahl Studien	Standardmittelwertunterschiede = 0.39 [-0.28 bis 1.06]; p=0.25	⊕⊕⊖⊖ Gering ^{a,c,d}	Keine Unterschiede zwischen der Intervention und Kontrollmaßnahme (Unterschied nicht signifikant)
Notlage Familienmitglieder	Poolen von Ergebnissen unterschiedlicher Skalen (BDI, Symptom Checklist (SCL), Kessler Psychological Distress Scale (K6)) Basierend auf Daten von 25 Patient:innen aus 1 Anzahl Studien	Mittelwertunterschiede = 0.95 [-4.60 bis 6.50] p=0.74	⊕⊕⊖⊖ Gering ^{a,c,d}	Keine Unterschiede zwischen der Intervention und Kontrollmaßnahme (Unterschied nicht signifikant)
Drop-Out Rate (Intervention- vs. Kontrollgruppe)	Basierend auf Daten von 41 Patient:innen aus 1 Anzahl Studien	Risk Ratio= 0.59 [0.24–1.47] p=0.26	⊕⊕⊖⊖ Gering ^{a,c,d}	119 Patient:innen weniger pro 1.000

a Herabstufung um eine Stufe wegen Risk of bias: Randomisierung ungenügend beschrieben, Verblindung problematisch, hoher Anteil fehlende Ergebnisdaten.

b Herabstufung um eine Stufe wegen selektiver Verzerrung der Berichterstattung.

c Herabstufung um eine Stufe wegen Ungenauigkeit der Effektschätzer.

d Herabstufung um je eine Stufe wegen Ungenauigkeit der Effektschätzer und kleinem Stichprobenumfang.

e Herabstufung um je eine Stufe wegen möglichen Publikationsbias.

Summary of findings: Vergleich spezielle Familieninterventionen vs. herkömmliche Therapie (HT)

Population: Menschen mit Schizophrenie

Quelle: Rodolico A, Bighelli I, Avanzato C, Concerto C, Cutrufelli P, Mineo L, Schneider-Thoma J, Siafis S, Signorelli MS, Wu H, Wang D, Furukawa TA, Pitschel-Walz G, Aguglia E, Leucht S. Family interventions for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. Lancet Psychiatry. 2022 Mar;9(3):211-221. doi: 10.1016/S2215-0366(21)00437-5. Epub 2022 Jan 31. Erratum in: Lancet Psychiatry. 2022 Apr;9(4):e12. doi: 10.1016/S2215-0366(22)00064-5. PMID: 35093198.

Endpunkt	Datengrundlage & Messwerte	Effektschätzer	Qualität (Vertrauenswürdigkeit) der Evidenz (RCTs)	Kommentare
Rückfallquote nach 12 Monaten	Ein Rückfall kann definiert werden anhand von operationalisierten Kriterien, durch Einweisungen, nach klinischem Ermessen oder durch die Notwendigkeit für zusätzliche Medikation oder zusätzlicher psycho-therapeutischer Sitzungen Basierend auf Daten von 9.541 Patient:innen aus 82 Studien			Die Heterogenität zwischen den Studien wird als gering bis moderat eingeschätzt (tau=0.2344; Median 0.31 (IQR: 0.17-0.55))
		Familienpsychoedukation vs. HT	⊕⊕⊕⊖ Moderat ^a	Positive Effekte zugunsten der Familieninterventionen (Unterschied signifikant)
		OR 0.18 [0.12-0.27]		
		Familienpsychoedukation in Komb. mit Verhaltens- oder Kompetenztraining in der Familie und gegenseitiger Unterstützung beim Kompetenztraining vs. HT	⊕⊕⊕⊖ Moderat ^a	Positive Effekte zugunsten der Familieninterventionen (Unterschied signifikant)
		OR 0.35 [0.23-0.53]		
		Systemisch orientierte Familienintervention vs. HT	⊕⊕⊕⊖ Moderat ^a	Positive Effekte zugunsten der Familieninterventionen (Unterschied signifikant)
		OR 0.33 [0.17-0.66]		
		Familienpsychoedukation in Kombination mit Verhaltens- oder Kompetenztraining für die Familie (umfassend) vs. HT	⊕⊕⊕⊖ Moderat ^a	Positive Effekte zugunsten der Familieninterventionen (Unterschied signifikant)
		OR 0.37 [0.24-0.57]		

		Familienpsychoedukation in Kombination mit einem Verhaltens- oder Kompetenztraining für die Familie (krisenorientiert) vs. HT	⊕⊕⊕⊖ Moderat ^a	Keine Unterschiede zwischen der Intervention und Kontrollmaßnahme (Unterschied nicht signifikant)
		OR 0.42 [0.17-1.05]		
		Familienpsychoedukation in Kombination mit Verhaltens- oder Kompetenztraining für Patienten vs. HT	⊕⊕⊕⊖ Moderat ^a	Positive Effekte zugunsten der Familieninterventionen (Unterschied signifikant)
		OR 0.47 [0.35-0.62]		
		Psychoedukation für Angehörige vs. HT	⊕⊕⊕⊖ Moderat ^a	Positive Effekte zugunsten der Familieninterventionen (Unterschied signifikant)
		OR 0.47 [0.3-0.74]		
		Familienpsychoedukation in Kombination mit Verhaltens- oder Kompetenztraining für Familien ausgerichtet auf das emotionale Klima vs. HT	⊕⊕⊕⊖ Moderat ^a	Positive Effekte zugunsten der Familieninterventionen (Unterschied signifikant)
		OR 0.49 [0.36-0.67]		
		Psychoedukation für Angehörige kombiniert mit Psychoedukation für Patienten vs. HT	⊕⊕⊕⊖ Moderat ^a	Positive Effekte zugunsten der Familieninterventionen (Unterschied signifikant)
		OR 0.51 [0.34-0.77]		
		Intervention der gemeindenahen Pflege vs. HT	⊕⊕⊕⊖ Moderat ^a	Positive Effekte zugunsten der Familieninterventionen (Unterschied signifikant)
		OR 0.63 [0.42-0.94]		
Event-Rate	Umrechnung der OR in absolute Raten Basierend auf Daten von 9.541 Patient:innen aus 82 Studien	Kurze Psychoedukation der Familie oder der Angehörigen vs. HT	⊕⊕⊕⊖ Moderat ^a	Keine Unterschiede zwischen der Intervention und Kontrollmaßnahme (Unterschied nicht signifikant)
		OR 0.83 [0.42-1.64]		
		Herkömmliche Therapie	⊕⊕⊕⊖ Moderat ^a	-
		37.0% [37.0-37.0%]		

		Familienpsychoedukation	⊕⊕⊕⊖ Moderat ^a	-
		9.7% [6.66-13,87%]		
		Familienpsychoedukation in Komb. mit Verhaltens- oder Kompetenztraining in der Familie und gegenseitiger Unterstützung beim Kompetenztraining	⊕⊕⊕⊖ Moderat ^a	-
		17,1% [12.07-23.61%]		
		Systemisch orientierte Familienintervention	⊕⊕⊕⊖ Moderat ^a	-
		16.33% [8.89-28.07%]		
		Familienpsychoedukation in Kombination mit Verhaltens- oder Kompetenztraining für die Familie (umfassend)	⊕⊕⊕⊖ Moderat ^a	-
		17,9% [12.49-25%]		
		Familienpsychoedukation in Kombination mit einem Verhaltens- oder Kompetenztraining für die Familie (krisenorientiert)	⊕⊕⊕⊖ Moderat ^a	-
		19,9% [9.16-38.2%]		
		Familienpsychoedukation in Kombination mit Verhaltens- oder Kompetenztraining für Patienten	⊕⊕⊕⊖ Moderat ^a	-
		21,5% [17.16-26.54%]		
		Psychoedukation für Angehörige	⊕⊕⊕⊖ Moderat ^a	-
		21,75% [15.07-30.34%]		
		Familienpsychoedukation in Kombination mit Verhaltens- oder Kompetenztraining für Familien ausgerichtet auf das emotionale Klima	⊕⊕⊕⊖ Moderat ^a	-
		22,37% [17.46-28.19%]		

		Psychoedukation für Angehörige kombiniert mit Psychoedukation für Patienten	⊕⊕⊕⊖ Moderat ^a	-
		23,2% [16.8-31.16%]		
		Intervention der gemeindenahen Pflege	⊕⊕⊕⊖ Moderat ^a	-
		27,0% [19.87-35.63%]		
		Kurze Psychoedukation der Familie oder der Angehörigen	⊕⊕⊕⊖ Moderat ^a	-
		32,8% [19.81-49.05%]		

a Herabstufung um eine Stufe wegen Risk of bias: Randomisierung ungenügend beschrieben, Verblindung problematisch, hoher Anteil fehlende Ergebnisdaten.

b Herabstufung um eine Stufe wegen selektiver Verzerrung der Berichterstattung.

c Herabstufung um eine Stufe wegen Ungenauigkeit der Effektschätzer.

d Herabstufung um je eine Stufe wegen Ungenauigkeit der Effektschätzer und kleinem Stichprobenumfang.

e Herabstufung um je eine Stufe wegen möglichen Publikationsbias.

Summary of findings: Vergleich CBT-basierte Familieninterventionen vs. herkömmliche Therapie

Population: Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen

Quelle: Ma CF, Chan SKW, Chien WT, Bressington D, Mui EYW, Lee EHM, Chen EYH. Cognitive behavioural family intervention for people diagnosed with severe mental illness and their families: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2020 Apr;27(2):128-139. doi: 10.1111/jpm.12567. Epub 2019 Oct 10. PMID: 31549461.

Endpunkt	Datengrundlage & Messwerte	Effektschätzer	Qualität (Vertrauenswürdigkeit) der Evidenz (RCTs)	Kommentare
CBT-basierte Familieninterventionen vs. herkömmliche Therapie				
Positivsymptomatik Patienten	Poolen von Ergebnissen einer Skala (PANSS) Basierend auf Daten von 316 Patient:innen und Angehörigen aus 2 Studien	Mittelwertunterschiede = -7.39; 95% CI = -13.86 bis -0.92; Scoringbereich = 7–49	⊕⊕⊕⊖ Gering ^{a, c}	Positive Effekte zugunsten der CBT-basierte Familieninterventionen (Unterschied signifikant) Bei hoher Heterogenität (I ² =96%)
Negativsymptomatik Patienten	Poolen von Ergebnissen einer Skala (PANSS) Basierend auf Daten von 316 Patient:innen und Angehörigen aus 2 Studien	Mittelwertunterschiede = -4.35; 95% CI = -5.62 bis -3.08; Scoringbereich = 7–49	⊕⊕⊕⊖ Gering ^{a, c}	Positive Effekte zugunsten der CBT-basierte Familieninterventionen (Unterschied signifikant) Bei moderater Heterogenität (I ² =31%)
Wahnvorstellungen Patienten	Poolen von Ergebnissen einer Skala (PSYRATS) Basierend auf Daten von 316 Patient:innen und Angehörigen aus 2 Studien	Mittelwertunterschiede = -7.48; 95% CI = -12.38 bis -2.58; Scoringbereich = 0–24	⊕⊕⊕⊖ Gering ^{a, c}	Positive Effekte zugunsten der CBT-basierte Familieninterventionen (Unterschied signifikant) Bei hoher Heterogenität (I ² =93%)
Halluzinationen Patienten	Poolen von Ergebnissen einer Skala (PSYRATS) Basierend auf Daten von 316 Patient:innen und Angehörigen aus 2 Studien	Mittelwertunterschiede = -10.38; 95% CI = -21.45 bis 0.70; Scoringbereich = 0–44	⊕⊕⊕⊖ Gering ^{a, c}	keine Effekte zugunsten der CBT-basierte Familieninterventionen (Unterschied nicht signifikant)

				Bei hoher Heterogenität ($I^2=96\%$)
Allgemeine Psychopathologie Patienten	Poolen von Ergebnissen einer Skala (PSYRATS) Basierend auf Daten von 316 Patient:innen und Angehörigen aus 2 Studien	Mittelwertunterschiede = -10.26; 95% CI = -17.41 bis -3.10; Scoringbereich = 16–112	⊕⊕⊕⊖ Gering ^{a, c}	Positive Effekte zugunsten der CBT-basierte Familieninterventionen (Unterschied signifikant) Bei hoher Heterogenität ($I^2=94\%$)
Einsicht (insight)	Poolen von Ergebnissen einer Skala (SAI) Basierend auf Daten von 316 Patient:innen und Angehörigen aus 2 Studien	Mittelwertunterschiede = 5.38; 95% CI = -0.99 bis 11.75; Scoringbereich = 0–18)	⊕⊕⊕⊖ Gering ^{a, c}	keine Effekte zugunsten der CBT-basierte Familieninterventionen (Unterschied nicht signifikant) Bei hoher Heterogenität ($I^2=98\%$)

a Herabstufung um eine Stufe wegen Risk of bias: Randomisierung ungenügend beschrieben, Verblindung problematisch, hoher Anteil fehlende Ergebnisdaten.

b Herabstufung um eine Stufe wegen selektiver Verzerrung der Berichterstattung.

c Herabstufung um eine Stufe wegen Ungenauigkeit der Effektschätzer.

d Herabstufung um je eine Stufe wegen Ungenauigkeit der Effektschätzer und kleinem Stichprobenumfang.

e Herabstufung um je eine Stufe wegen möglichen Publikationsbias.

Summary of findings: Vergleich Familieninterventionen vs. herkömmliche Therapie

Population: Angehörige/Pflegende von Menschen mit erstmalig aufgetretener schweren psychischen Erkrankung

Quelle: Ma CF, Chien WT, Bressington DT. Family intervention for caregivers of people with recent-onset psychosis: A systematic review and meta-analysis. Early Interv Psychiatry. 2018 Aug;12(4):535-560. doi: 10.1111/eip.12494. Epub 2017 Oct 27. PMID: 29076263.

Endpunkt	Datengrundlage & Messwerte	Effektschätzer	Qualität (Vertrauenswürdigkeit) der Evidenz (RCTs)	Kommentare
Familieninterventionen vs. herkömmliche Therapie				
Pflegebelastung der Angehörigen/Pflegenden	Poolen von Ergebnissen einer Skala (FBIS) Basierend auf Daten von 132 Angehörigen aus 3 Studien	Hedges' s $g = -0.97$, $P = .0002$; 95% CI = -1.49 bis -0.46	⊕⊕⊕⊖ Gering ^{a, d}	Positive Effekte zugunsten der Familieninterventionen (Unterschied signifikant) Bei hoher Heterogenität ($I^2=74\%$)
Pflegeerfahrungen der Angehörigen/Pflegenden	Poolen von Ergebnissen einer Skala (ECI) Basierend auf Daten von 114 Angehörigen aus 2 Studien	Hedges' s $g = -0.53$, $P = .44$; 95% CI = -1.88 bis 0.81	⊕⊕⊕⊖ Gering ^{a, d}	keine Effekte zugunsten der Familieninterventionen (Unterschied nicht signifikant) Bei hoher Heterogenität ($I^2=96\%$)
Nutzung formaler Unterstützungsdienste der Angehörigen/Pflegenden	Poolen von Ergebnissen einer Skala (FSSI) Basierend auf Daten von 112 Angehörigen aus 3 Studien	Hedges' s $g = -0.57$, $P < .00001$; 95% CI = -0.8 bis -0.34	⊕⊕⊕⊖ Gering ^{a, d}	Positive Effekte zugunsten der Familieninterventionen (Unterschied signifikant) Bei keiner Heterogenität ($I^2=0\%$)
Familiäres funktionieren	Poolen von Ergebnissen einer Skala (FAD) Basierend auf Daten von 81 Angehörigen aus 2 Studien	Hedges' s $g = 0.58$, $P < .0001$; 95% CI = 0.31 bis 0.85	⊕⊕⊕⊖ Gering ^{a, d}	Positive Effekte zugunsten der Familieninterventionen (Unterschied signifikant) Bei keiner Heterogenität ($I^2=0\%$)
Gegenseitige Unterstützung vs. Psychoedukation				

Familiäres funktionieren	Poolen von Ergebnissen einer Skala (FAD) Basierend auf Daten von 80 Angehörigen aus 2 Studien	Hedges' s $g = 0.58$, $P = .0003$; 95% CI = 0.27 bis 0.90	⊕⊕⊖⊖ Gering ^{a, d}	Positive Effekte zugunsten der gegenseitigen Unterstützung (Unterschied signifikant) Bei keiner Heterogenität ($I^2=0\%$)
Nutzung formaler Unterstützungsdienste der Angehörigen/Pflegenden	Poolen von Ergebnissen einer Skala (FSSI) Basierend auf Daten von 113 Angehörigen aus 3 Studien	Hedges' s $g = -0.18$, $P = .18$; 95% CI = -0.45 bis 0.08	⊕⊕⊖⊖ Gering ^{a, d}	keine Effekte zugunsten der gegenseitigen Unterstützung (Unterschied nicht signifikant) Bei keiner Heterogenität ($I^2=0\%$)

a Herabstufung um eine Stufe wegen Risk of bias: Randomisierung ungenügend beschrieben, Verblindung problematisch, hoher Anteil fehlende Ergebnisdaten.

b Herabstufung um eine Stufe wegen selektiver Verzerrung der Berichterstattung.

c Herabstufung um eine Stufe wegen Ungenauigkeit der Effektschätzer.

d Herabstufung um je eine Stufe wegen Ungenauigkeit der Effektschätzer und kleinem Stichprobenumfang.

e Herabstufung um je eine Stufe wegen möglichen Publikationsbias.

Summary of findings: Vergleich Psychoedukation (Angehörigen) vs. herkömmliche Therapie

Population: Angehörige/Pflegende von Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung

Quelle: Sin J, Gillard S, Spain D, Cornelius V, Chen T, Henderson C. Effectiveness of psychoeducational interventions for family carers of people with psychosis: A systematic review and meta-analysis. Clin Psychol Rev. 2017 Aug;56:13-24. doi: 10.1016/j.cpr.2017.05.002. Epub 2017 May 29. PMID: 28578249.

Endpunkt	Datengrundlage & Messwerte	Effektschätzer	Qualität (Vertrauenswürdigkeit) der Evidenz (RCTs)	Kommentare
Mentales Wohlbefinden der Angehörigen/Pflegenden	Poolen von Ergebnissen von verschiedenen Skalen (k. A.) Basierend auf Daten von 184 Angehörigen aus 2 Studien	Standardmittelwertunterschied = 0.1; 95% CI = -0.19 bis 0.39	⊕⊕⊕⊖ Gering ^{a, d}	keine Effekte zugunsten der Familieninterventionen (Unterschied nicht signifikant) Bei keiner Heterogenität (I ² =0%)
Lebensqualität der Angehörigen/Pflegenden	Poolen von Ergebnissen von verschiedenen Skalen (k. A.) Basierend auf Daten von 121 Angehörigen aus 1 Studien	Standardmittelwertunterschied = 0.14; 95% CI = -0.20 bis 0.49	⊕⊕⊕⊖ Gering ^{a, d}	keine Effekte zugunsten der Familieninterventionen (Unterschied nicht signifikant) Heterogenität nicht feststellbar
Stress-Level der Angehörigen/Pflegenden	Poolen von Ergebnissen von verschiedenen Skalen (k. A.) Basierend auf Daten von 265 Angehörigen aus 4 Studien	Standardmittelwertunterschied = -0.16; 95% CI = -0.41 bis 0.072	⊕⊕⊕⊖ Moderat ^a	keine Effekte zugunsten der Familieninterventionen (Unterschied nicht signifikant) Bei keiner Heterogenität (I ² =0%)
Globale Morbiditäten der Angehörigen/Pflegenden	Poolen von Ergebnissen von verschiedenen Skalen (k. A.) Basierend auf Daten von 656 Angehörigen aus 7 Studien	Standardmittelwertunterschied = -0.23; 95% CI = -0.38 bis -0.075	⊕⊕⊕⊖ Moderat ^a	Positive Effekte zugunsten der Familieninterventionen (Unterschied signifikant) Bei geringer Heterogenität (I ² =25%)
Depression der Angehörigen/Pflegenden	Poolen von Ergebnissen von verschiedenen Skalen (k. A.)	Standardmittelwertunterschied = -0.7; 95% CI = -0.97 bis -0.44	⊕⊕⊕⊖ Sehr gering ^{a, d}	Positive Effekte zugunsten der Familieninterventionen (Unterschied signifikant)

	Basierend auf Daten von 245 Angehörigen aus 2 Studien			Bei hoher Heterogenität ($I^2=98\%$)
Belastungserleben der Angehörigen/Pflegenden	Poolen von Ergebnissen von verschiedenen Skalen (k. A.) Basierend auf Daten von 878 Angehörigen aus 10 Studien	Standardmittelwertunterschied = -0.43; 95% CI = -0.56 bis -0.30	⊕⊕⊕⊖ Moderat ^a	Positive Effekte zugunsten der Familieninterventionen (Unterschied signifikant) Bei keiner Heterogenität ($I^2=0\%$)
Familienklima/familiäres Funktionieren der Angehörigen/Pflegenden	Poolen von Ergebnissen von verschiedenen Skalen (k. A.) Basierend auf Daten von 238 Angehörigen aus 3 Studien	Standardmittelwertunterschied = 0.13; 95% CI = -0.12 bis 0.39	⊕⊕⊕⊖ Moderat ^a	keine Effekte zugunsten der Familieninterventionen (Unterschied nicht signifikant) Bei keiner Heterogenität ($I^2=0\%$)

a Herabstufung um eine Stufe wegen Risk of bias: Randomisierung ungenügend beschrieben, Verblindung problematisch, hoher Anteil fehlende Ergebnisdaten.

b Herabstufung um eine Stufe wegen selektiver Verzerrung der Berichterstattung.

c Herabstufung um eine Stufe wegen Ungenauigkeit der Effektschätzer.

d Herabstufung um je eine Stufe wegen Ungenauigkeit der Effektschätzer und kleinem Stichprobenumfang.

e Herabstufung um je eine Stufe wegen möglichen Publikationsbias.

Summary of findings: Vergleich Nicht-pharmakologische Familieninterventionen vs. herkömmliche Therapie

Population: Angehörige/Pflegende von Menschen mit Schizophrenie

Quelle: Chen LF, Liu J, Zhang J, Lu XQ. Non-pharmacological interventions for caregivers of patients with schizophrenia: A meta-analysis. Psychiatry Res. 2016 Jan 30;235:123-7. doi: 10.1016/j.psychres.2015.11.037. Epub 2015 Nov 27. PMID: 26639649.

Endpunkt	Datengrundlage & Messwerte	Effektschätzer	Qualität (Vertrauenswürdigkeit) der Evidenz (RCTs)	Kommentare
Pflegebelastung der Angehörigen/Pflegenden	Poolen von Ergebnissen unterschiedlicher Skalen (Family Burden Interview Schedule, Family Burden Questionnaire, Caregiver's Burden Inventory) Basierend auf Daten von 290 Angehörigen aus 4 Studien	Mittelwertunterschied = -2.10 95% CI = -3.46 bis -0.74; p=0.002	⊕⊕⊖⊖ Gering ^{a, c}	Positive Effekte zugunsten der nicht-pharmakologischen Intervention (Unterschied signifikant) Bei hoher Heterogenität (I ² =95%)
Unterstützung der Angehörigen/Pflegenden	Poolen von Ergebnissen unterschiedlicher Skalen (Six-Item Social Support Questionnaire, Family Support Services Index) Basierend auf Daten von 242 Angehörigen aus 3 Studien	Mittelwertunterschied = -1.01 95% CI = -2.18 bis 0.15; p=0.09	⊕⊕⊖⊖ Gering ^{a, c}	keine Effekte zugunsten der nicht-pharmakologischen Intervention (Unterschied nicht signifikant) Bei hoher Heterogenität (I ² =93%)
Familiäres funktionieren	Poolen von Ergebnissen unterschiedlichen Skala (Family assessment device, General Health Questionnaire SF-36.) Basierend auf Daten von 287 Angehörigen aus 4 Studien	Mittelwertunterschied = 2.11 95% CI = 0.25 bis 4.48; p=0.08	⊕⊕⊖⊖ Gering ^{a, c}	keine Effekte zugunsten der nicht-pharmakologischen Intervention (Unterschied nicht signifikant) Bei keiner Heterogenität (I ² =98%)
Zufriedenheit der Angehörigen/Pflegenden	Eine Meta-Analyse konnte wegen erheblicher Heterogenität nicht durchgeführt werden.	-	-	-

a Herabstufung um eine Stufe wegen Risk of bias: Randomisierung ungenügend beschrieben, Verblindung problematisch, hoher Anteil fehlende Ergebnisdaten.

b Herabstufung um eine Stufe wegen selektiver Verzerrung der Berichterstattung.

c Herabstufung um eine Stufe wegen Ungenauigkeit der Effektschätzer.

d Herabstufung um je eine Stufe wegen Ungenauigkeit der Effektschätzer und kleinem Stichprobenumfang.

e Herabstufung um je eine Stufe wegen möglichen Publikationsbias.

H) Training sozialer und sozialkognitiver Fertigkeiten sowie Alltagsfertigkeiten

Bereich: Trainierende Interventionen zur Verbesserung von Alltags- und sozialen Fertigkeiten

Klinisch relevante Fragestellung:

Welche psychosozialen Ansätze können die sozialen und kulturellen Teilhabechancen schwer psychisch kranker Menschen verbessern?

Welchen Beitrag können dabei trainierende Interventionen zur Verbesserung von Alltags- und sozialen Fertigkeiten leisten?

PICO-Schema

Patient(in)	Intervention	Vergleichsintervention	Outcome	Studiendesign (S) Suchzeitraum (T)
Patient:innen mit schwerer psychischer Erkrankung zwischen 18 und 65 Jahren (Definition lt. LL/Einleitung)	Trainingsansätze zur Verbesserung sozialer und sozial-kognitiver Fertigkeiten sowie von Alltags-fertigkeiten	Alle aktiven (Vergleichs-)Interventionen, sowie Wartegruppen-Designs als auch herkömmliche Versorgungsgegebenheiten (Routinebehandlung- bzw. -versorgung)	Zentrale Indikatoren sozialer Teilhabe-aspekte (Soziale und Alltagsfertigkeiten, Lebensqualität, Unabhängigkeit im Alltag) sowie spezifische Fertigkeiten (sozial-kognitive Fertigkeiten), psychosoziales Funktionsniveau Klassische klinische und patienten-bezogene Ergebnis-indikatoren (Erkrankungs-rückfälle, stationäre Wiederaufnahmen, psychische Symptomschwere)	S: 1.systematische Reviews und Metaanalysen aus RCTs 2.Einzelstudien (RCTs) T: 01.01.2010 bis 02.08.2022

Systematische Literaturrecherche

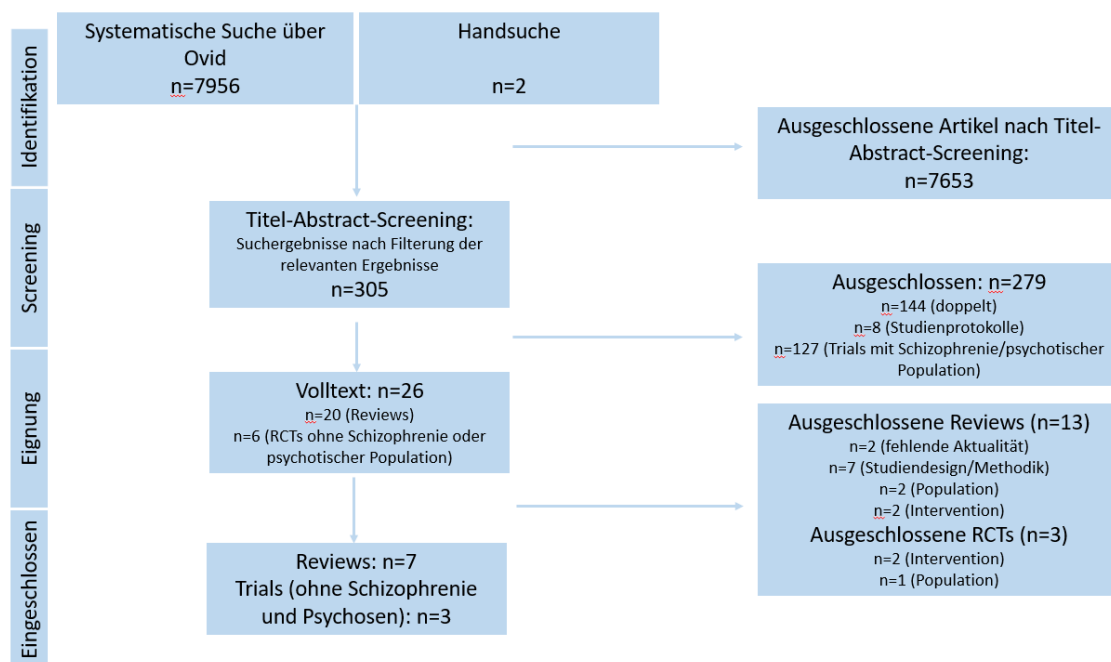
Suche in den Datenbanken MEDLINE, Cochrane Datenbanken, Embase und PsychINFO über OVID am 02.08.2022

Suchprotokoll

#	Searches	Results
1	((social and skill* and training) or (social and skill* and program*)).ti,ab,kw.	55346
2	((social and communication* and training) or (social and communication* and program*)).ti,ab,kw.	27764
3	((psychosocial and skill* and training) or (psychosocial and skill* and program*)).ti,ab,kw.	6884
4	((interpersonal* and skill* and training) or (interpersonal* and skill* and program*)).ti,ab,kw.	11276
5	((social and interaction* and training) or (social and interaction* and program*)).ti,ab,kw.	30864
6	((social and behavior and training) or (social and behavior and program*)).ti,ab,kw.	41605
7	((social and functioning* and training) or (social and functioning* and program*)).ti,ab,kw.	22105
8	((skill* adj training) or (skill* adj program*) or (social adj program*)).ti,ab,kw.	43556
9	((life* or self-care* or (daily adj living*)) or cooking or community*) and skill*).ti,ab,kw.	170918
10	sociotherapy*.ti,ab,kw.	541
11	1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10	315272
12	exp social/ adj skill*.mp. adj training.mp. [mp=ti, ab, tx, kw, ct, ot, fx, sh, hw, tn, dm, mf, dv, kf, dq, bt, nm, ox, px, rx, ui, sy, tc, id, tm]	44037
13	exp life/ adj skill*.mp. adj training.mp. [mp=ti, ab, tx, kw, ct, ot, fx, sh, hw, tn, dm, mf, dv, kf, dq, bt, nm, ox, px, rx, ui, sy, tc, id, tm]	17143
14	12 or 13	44037
15	11 or 14	321968
16	((chronic* or sever*) and mental* and disorder*).ti,ab,kw.	133814
17	((chronic* or sever*) and mental* and illness).ti,ab,kw.	64579
18	(severe and psychiatric and disorder*).ti,ab,kw.	38903
19	(severe and mental and health and problems).ti,ab,kw.	11926
20	(depression or (depressive and disorder*) or (severe and affective and disorder*)).ti,ab,kw.	1368289
21	(schizophrenia or psychotic* or paranoid or schizophrenic* or psychosis).ti,ab,kw.	618762
22	((bipolar and disorder*) or (bipolar and affective and disorder*) or (manic and depression) or (bipolar and depression)).ti,ab,kw.	150918
23	((personality and disorder*) or (obsessive and compulsive and disorder*)).ti,ab,kw.	187704
24	16 or 17 or 18 or 19 or 20 or 21 or 22 or 23	2151087
25	exp schizophrenia/	402689
26	exp depression/	730010
27	exp bipolar disorder/	151232
28	exp mental health/	337458
29	25 or 26 or 27 or 28	1427787
30	24 or 29	2635340

31	((randomized and controlled and trial) or (randomised and controlled and trial)).ti,ab.	879225
32	(random* and allocation).ti,ab.	61762
33	(random* and (trial or study)).ti,ab.	3410350
34	((meta and analysis) or metaanaly* or (meta and analy*)).ti,ab.	658563
35	(systematic and (review or search*)).ti,ab.	745738
36	exp Randomized Controlled Trials/	401474
37	exp meta analysis/	422618
38	31 or 32 or 33 or 34 or 35 or 36 or 37	4511598
39	15 and 30 and 38	12950
40	limit 39 to adulthood <18+ years> [Limit not valid in CDSR,ACP Journal Club,DARE,CCA,CCTR,CLCMR,CLHTA,CLEED,Embase,Ovid MEDLINE(R),Ovid MEDLINE(R) Daily Update,Ovid MEDLINE(R) PubMed not MEDLINE,Ovid MEDLINE(R) In-Process,Ovid MEDLINE(R) Publisher; records were retained]	12296
41	limit 40 to (english or german) [Limit not valid in CDSR,ACP Journal Club,DARE,CCA,CLCMR,CLEED; records were retained]	12088
42	limit 41 to human [Limit not valid in CDSR,ACP Journal Club,DARE,CCA,CCTR,CLCMR; records were retained]	11536
43	limit 42 to yr="2010 - 2022" [Limit not valid in DARE; records were retained]	9669
44	limit 43 to adult <18 to 64 years> [Limit not valid in CDSR,ACP Journal Club,DARE,CCA,CCTR,CLCMR,CLHTA,CLEED,Ovid MEDLINE(R),Ovid MEDLINE(R) Daily Update,Ovid MEDLINE(R) PubMed not MEDLINE,Ovid MEDLINE(R) In-Process,Ovid MEDLINE(R) Publisher,APA PsycInfo; records were retained]	7956

Flow-Diagramm eingeschlossener Arbeiten



Es erfolgte ein zweistufiger Volltextscreeningprozess:

1. Identifikation von relevanten Übersichtsarbeiten
2. Identifikation von relevanten Einzelstudien (RCTs), in denen Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung außerhalb des schizophrenen Formenkreises untersucht wurden

Extraktion systematische Reviews / Meta-Analysen

Titel	Effectiveness of IADL interventions to improve functioning in persons with Schizophrenia: A systematic Review
Autoren	– John A, Gandhi S, Prasad MK, Manjulia M
Jahr	– 2022
Journal	– International Journal of Social Psychiatry
Fragestellung / Zielsetzung	– Welchen Effekt haben Fertigkeiten-basierte Interventionen auf die Selbstständigkeit von Personen mit Schizophrenie?
Design	– Narratives systematisches Review
Datenbanken	– Google Scholar, PubMed, Science Direct, ProQuest, EBSCO
Zeitraum	– Januar 1992 bis Dezember 2020
Eingeschlossene Studientypen	– randomisierte kontrollierte Studien (RCT; n=9)
Autoren eingeschlossener Arbeiten	n=9 RCTs – Charles, 1992 – Granholm, 2005 – Grimm, 2009 – Katz, 2011 – Roldan-Merino, 2013 – Wang, 2013 – Granholm, 2014 – Abaoglu, 2020 – Kim, 2020
weitere relevante Einschlusskriterien	– k.A.
relevante Ausschlusskriterien	– Einzelgruppen-Studien – Einzelfallarbeiten – Unveröffentlichte Literatur – Interventionen, die nicht die Komponente IADL enthielten
Qualitätsbewertung durchgeführt	– Cochrane risk-of-bias tool
Für welche Patienten / Subgruppen Aussagen getroffen?	– Keine
Gemessene Outcomes	– Fähigkeiten zur selbstständigen Lebensführung (primär) – Familiäre Belastung (sekundär) – Klinische Outcomes (sekundär)
Ergebnisse Metaanalysen	Allgemein: Anzahl Teilnehmende: – n=655 Verteilung nach Ländern: – USA: 4 RCTs

- China: 1 RCTs
- Israel: 1 RCT
- Spanien: 1 RCT
- Türkei: 1 RCT
- Südkorea: 1 RCT

Dauer der Interventionen (Spannweite): 4 Wochen bis 12 Monate

Follow-Up: 3 Wochen bis 12 Monate nach der Intervention

Setting: In ambulanten, stationären und häuslichen Pflegeeinrichtungen

Interventions- und Kontrollgruppen:

- **Psychoedukation** (Informationen zur Krankheit, Symptommanagement und Medikamenten, um Medikamenteneinnahme sicherzustellen und Rückfälle zu reduzieren – 1 RCT)
- **Cognitive behavior social skill training** (verbindet verschiedene Module miteinander: Kognitive Fertigkeiten, Soziale Fertigkeiten, Problemlösefertigkeiten um die kognitiven Fertigkeiten, Kommunikationsfertigkeiten – 2 RCT)
- **Occupational Goal Intervention** (Anwendung funktioneller Aktivitäten in drei Hauptkategorien: Essensvorbereitung, Geldmanagement und Lesen, Schreibung, Nutzung des Computers zur Informationssuche – 3 RCTs)
- **Personalized in-home nursing plan** (basierend auf Marjory Gordon's Functional Pattern – 1 RCT)
- **Fertigkeiten für den Lebensmitteleinkauf** (Strategien für das interne und externe Gedächtnis, für die aufgewendete Zeit beim Einkauf und für die Organisation und Planung der Strategie – 1 RCT)
- **Life Skills Training** (Persönliches Management, Soziale Fertigkeiten, Berufliche Fertigkeiten, Freizeitgestaltung – 1 RCT)
- Kontrollgruppe: Treatment as usual mit Medikamenten (8 RCTs), zielorientiert-unterstützendes Kontaktprogramm (1 RCT)

Alter: 16 bis 74 Jahre

Ergebnisse:

- Interventionen kombiniert mit kognitiver Verhaltenstherapie brachten signifikante Verbesserungen in der psychosozialen Funktionsfähigkeit
- Alle RCTs zeigten, dass die Interventionen effektiv sind hinsichtlich der psychosozialen Funktionsfähigkeit, unabhängiger Funktionsfähigkeit, Reduktion von Rückfällen, Verringerung der Belastung der Pflegekräfte, Verbesserung der Negativsymptomatik (unabhängig von der Interventionsdauer)
- Training ist in allen Settings (ambulant, stationär, häusliche Pflegeeinrichtung) wirksam
- Gleiche Effekte für Gruppen- und Einzelsetting
- Interventionen können je nach Hintergrund des*der Patient*in angepasst werden, da die Durchführbarkeit variabel ist
- Ergebnisse zeigten, dass Fertigkeitentraining die Funktionalität von Schizophrenie-Patient*innen verbessert
- Verbesserungen in den Interventionsgruppen in den folgenden Bereichen:
 - Medikamentenmanagement ($p < 0.0001$)
 - Fähigkeiten zur selbstständigen Lebensführung ($p = 0.02$)
 - Haushaltsaufgaben, Transport, Finanzen, Kommunikation, Essensvorbereitung ($p = 0.18$)
 - IADL-Leistungen ($p = 0.003$)

	○ Exekutive Funktionen, IADL, globale kognitive Funktionen, Negativsymptomatik (p=0.009) ○ Allgemeine Psychopathologie (p=0.008) ○ Grundlegende Aktivitäten des alltäglichen Lebens (p=0.015) ○ IADL (p=0.001) ○ Funktionale Outcomes (p=0.001) – Ein RCT unterstützt Programme mit psychoedukativen Methoden zur Verbesserung und Aufrechterhaltung der IADL-Leistung – Training zur Essensvorbereitung verbesserte das Level an Unabhängigkeit (1 RCT) – Fertigkeiten zum Lebensmitteleinkauf waren klinisch wirksam für die Verbesserung der exekutiven Funktionen und IADL (1 RCT)
Bemerkungen	– Ergebnisse der Review zeigen moderate bis starke Evidenz für ein Fertigkeitentraining zur Verbesserung der individuellen Lebensführung und Verbesserung der Negativsymptomatik – Interventionen lassen sich über verschiedene Settings hinweg generalisieren – Niedrige Studienanzahl mit 9 RCTs – Die Wahrscheinlichkeit eines Bias-Einflusses in den Studien ist moderat bis hoch – Wegen der Heterogenität können die einzelnen Interventionen nicht generalisiert werden – Entwicklungsländer wurden nicht berücksichtigt

Titel	Life skills programmes for chronic mental illnesses
Autoren	- Tugpukom P, Maayan N, Soares-Weiser K
Jahr	- 2012
Journal	- Cochrane Database of Systematic Reviews
Fragestellung / Zielsetzung	- Das Review untersucht Effekte von Programmen zu Alltagsfertigkeiten (Life Skills) im Vergleich zur Standardversorgung oder vergleichbaren Therapien für Personen mit chronischen psychischen Krankheiten.
Design	- Systematischer Review
Datenbanken	- Cochrane Schizophreni Group's Register, CINAHL, EMBASE, Cochrane Library, MEDLINE, LysCLIT
Zeitraum	- Bis Juni 2010
Eingeschlossene Studientypen	- randomisierte kontrollierte Studien (RCT; n=7)
Autoren eingeschlossener Arbeiten	n=7 RCTs - Brown & Munford (1983) - Campbell & McCreddie (1983) - Chen et al. (2009) - Patterson et al. (2003) - Patterson et al (2006) - Zhao (2007) - Zheng et al. (2006)
weitere relevante Einschlusskriterien	- Alter: 18 bis 60 Jahre - Jede schwere psychische Erkrankung
relevante Ausschlusskriterien	- Studien, welche Personen mit Demenz, Alkoholismus, Suizidrisiko oder hirnanorganischem Syndrom inkludierten
Qualitätsbewertung durchgeführt	- Cochrane Collaboration's 'Risk of bias' tool
Für welche Patienten / Subgruppen Aussagen getroffen?	- Keine Subgruppenanalysen möglich, da nur 7 RCTs eingeschlossen wurden
Gemessene Outcomes	- Lebensfertigkeiten (primär/sekundär) - Rückfall (primär) - Mentaler Zustand (primär/sekundär) - Globaler Zustand (sekundär) - Service Outcomes (sekundär) - Allgemeine Funktionsfähigkeit (sekundär) - Verhalten (sekundär) - Unerwünschte Wirkungen (sekundär) - Inanspruchnahme von Leistungen (sekundär) - Zufriedenheit mit der Behandlung (sekundär) - Lebensqualität (sekundär) - Ökonomische Outcomes (sekundär)
Ergebnisse Metaanalysen	<u>Allgemein</u> Anzahl Teilnehmende: - n=483

Dauer der Intervention (Spannweite):

- 6 bis 24 Wochen

Setting

- Stationär: 6 RCTs
- Ambulant: 1 RCTs (Tagesklinik)

Interventions- und Kontrollgruppen:

- Life Skills Programmes
 - Fokus auf zwischenmenschlichen Fähigkeiten, Körperpflege und persönliche Hygiene, Stressbewältigung, Ernährung, Finanzen und Zeitmanagement (2 RCTs)
 - FAST: Funktional adaptives Training (2 RCTs)
 - Training für selbstständige Lebensführung, therapeutische Freizeitaktivität und anderes Fertigkeitentraining (1 RCT)
 - Bestehend aus einer Reihe an Lebenskompetenzen: sich selbst anziehen, die Zeit einhalten, einen Tagesablauf zu finden, Ermüdung zur Teilnahme an Freizeitaktivitäten und unangemessenes Verhalten korrigieren (1 RCT)
 - Bestehend aus dem Training der Alltagskompetenzen, sozialem Fertigkeitentraining, Freizeitaktivitäten (1 RCT)
- Aufmerksamkeits-Kontrollbedingung (Unterstützung durch Peers)
- Standardversorgung

Alter: Mittleres Alter lag zwischen 32 und 38 Jahren (3 RCTs) und 45 und 50 Jahren (3 RCTs)

1) Vergleich Life Skills Programme und Standardversorgung**Alltagsfertigkeiten**

- Spezifische Fertigkeiten: Keine signifikante Veränderung
- Durchschnittswert nach 12 bis 16 Wochen: Signifikanter Unterschied zugunsten der Kontrollgruppe (2 RCTs, MD=16.77, KI 10.56 bis 22.99, $Tau^2=9.98$; $Chi^2=1.95$, $df=1$ ($P=0.16$); $I^2=48.75\%$)

Studie früher verlassen

- Kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen (4 RCTs)

Psychisches Befinden

- Durchschnittlicher Endwert:
 - signifikanter Unterschied zugunsten der Interventionsgruppe nach 12 Wochen mit der SANS Skala (1 RCT, MD -15.82, KI -23.01 bis -8.63 – konnte von einem weiteren RCT nicht repliziert werden)
 - Kein signifikanter Unterschied bei der PANSS-Skala
- Durchschnittlicher Änderungswert:
 - Kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen bei der Profile of Mood Skala und der Zung Skala (1 RCT)
 - Kein signifikanter Unterschied hinsichtlich des Future Outlook Score

Allgemeine Funktionsfähigkeit

- Signifikanter Unterschied bei der SSPI Skala zugunsten der Interventionsgruppe (1 RCT, MD=-4.33, KI -5.23 bis -3.43)

Lebensqualität:

- Kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen nach 24 Wochen

Nicht untersuchte Outcomes:

- Gloabler Zustand, Unerwünschte Ereignisse, Service Outcomes, Inanspruchnahme von Leistungen, Zufriedenheit mit der Behandlung, Ökonomische Outcomes

2) Vergleich Life Skills Programms und Aufmerksamkeits-Kontrollbedingung (1 RCT)**Lebensfertigkeiten**

- Alltägliches Funktionieren: Kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen
- Performance der sozialen Fertigkeiten: Kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen
- Medikamentenmanagement: Verzerrte Daten

Mentaler Zustand

- Veränderungen in der Psychopathologie: Kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen
- Depressionen (HAM-D): Verzerrte Daten
- **Lebensqualität:** Kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen

Nicht untersuchte Outcomes:

- Gloabler Zustand, Unerwünschte Ereignisse, Service Outcomes, Inanspruchnahme von Leistungen, Zufriedenheit mit der Behandlung, Ökonomische Outcomes

Bemerkungen

- Geringe Qualität der Evidenz und keine Evidenz dafür, dass Life Skills Programme den Kontrollgruppen in den untersuchten Outcomes überlegen war
- Da die Stichprobe von n=483 gering war und dadurch die Konfidenzintervalle sehr breit waren, kann es sein, dass echte Effekte nicht entdeckt wurden
- Die bestehende Forschung in dem Bereich von Life Skills Programmen ist sehr begrenzt und unvollständig
- Es wurden keine Studien gefunden, die eine breite Palette an Outcomes untersucht haben
- In zwei Studien waren die Teilnehmenden weiblich und in einer Studie männlich – dies könnte die Anwendbarkeit beeinflussen
- Es wurden viele Studien ausgeschlossen, da diese Life Skills als ein Teil von sozialem Fertigkeitentraining untersuchten – evtl. waren die Auswahlkriterien für das Review zu streng
- Keine Studie beschrieb die Methode, die zur Verblindung verwendet wurde
- Zwei eingeschlossene Studien waren mit einer Stichprobengröße von unter 30 eher klein
- Gefahr des Publication und Reporting Bias, da nur veröffentlichte Studien untersucht wurden (Funnelplot war wegen der geringen Anzahl an RCTs nicht reliabel)
- Review zeigt, dass Life Skills Programmes weder hilfreich, noch schädlich bei Personen mit schweren psychischen Erkrankungen sind
- Weiter Forschung mit größeren RCTs und größerer Power sind notwendig
- Künftige Arbeiten sollten die gleichen, validierten Skalen verwenden, um die Ergebnisdaten besser zusammenfassen zu können

Titel		A Meta-Analysis of Social Skills Training and Related Interventions for Psychosis	
Autoren		- Turner DT, McGlanaghy E, Cuijpers P, van der Gaag M, Karyiotaki E, MacBeth A	
Jahr		- 2017	
Journal		- Schizophrenia Bulletin	
Fragestellung / Zielsetzung		- Die Metaanalyse untersucht Soziales Fertigkeitentraining (SST) hinsichtlich relevanter Outcomes, Kontrollgruppenvergleiche und Follow-Up Untersuchungen. Ein weiteres Ziel ist die Identifikation und Untersuchung der Wirksamkeit der Subtypen von SST	
Design		- Metaanalyse	
Datenbanken		- The Cochrane Central Register of Controlled Trials, Pubmed, PsychInfo, Embase	
Zeitraum		- Publikationen bis Mai 2016	
Eingeschlossene Studientypen		- randomisierte kontrollierte Studien (RCT; n=27)	
Autoren eingeschlossener Arbeiten (nur RCTs)	n=27 RCTs	- Anzai et al. (2002) - Bowie et al. (2012) - Chien et al. (2003) - Choi et al. (2006) - Dobson et al. (1995) - Gohar et al. (2013) - Granholm et al. (2005) - Granholm et al. (2013) - Granholm et al. (2014) - Hayes et al. (1995) - Hogarty et al. (1986) - Horan et al. (2009) - Horan et al. (2011) - Lecomte et al. (2008)	- Liberman et al. (1986) - Liberman et al. (1998) - Marder et al. (1996) - Ng et al. (2007) - Patterson et al. (2005) - Patterson et al. (2006) - Roberts et al. (2014) - Rus-Calafell et al. (2013) - Gil Sanz et al. (2009) - Tas et al. (2012) - Velligan et al. (2015) - Wang et al. (2013) - Xiang et al. (2007)
weitere relevante Einschlusskriterien		- Teilnehmende mit der Diagnose einer psychotischen Störung - Intervention wird als SST definiert oder ist auf die Verbesserung der sozialen Performance ausgerichtet - Studien waren vollständig randomisiert und beinhalteten Vergleiche mit einer aktiven Kontrollgruppe, Treatment-as-usual (TAU) oder einer Wartelisten-Kontrollgruppe - Relevante Outcomes zu psychotischen Symptomen und sozialer Performance wurden nach der Behandlung und/oder dem Follow-Up berichtet	
relevante Ausschlusskriterien		- Komorbide oder alternative Diagnose - Fehlende Daten konnten durch Kontaktaufnahme mit den Autoren nicht ermittelt werden	

	- Autoren vermischten Elemente von SST mit anderen Interventionen innerhalb der Intervention und/oder der Kontrollbedingung, was einen Vergleich erschwert
Qualitätsbewertung durchgeführt	- Cochrane Risk-of-Bias Tool
Für welche Patienten / Subgruppen Aussagen getroffen?	- Für die Wirksamkeit der
Gemessene Outcomes	- Negativsymptomatik - Alle Symptome - Positivsymptome - Generelle Symptome - Soziale Fertigkeiten
Ergebnisse Metaanalysen	Allgemein: Anzahl Teilnehmenden: - n=1437 Setting der Interventionen: - Gruppenformat: 25 RCTs - Einzelformat: 2 RCTs Dauer der Interventionen (Spannweite): 4 bis 104 Wochen Setting (Patient*innen): - Stationär: 7 RCTs - Ambulant: 18 RCTs - Anderes: 1 RCT Interventions- und Kontrollgruppen: - CBSST: Kognitiv-behaviorales soziale Fertigkeiten Training (n=4), - Allgemeines soziale Fertigkeiten Training (n=7), - Sozial-kognitives Fertigkeiten-Training (n=8) - UCLA-FAST: Funktional-adaptives Fertigkeiten Training (n=8) - Herkömmliche Therapie (TAU) - Aktive Kontrollgruppe - Unterstützende Therapie (Counseling) Effekt von SST: - SST war wirksamer als TAU für alle Symptome (6 RCTs, G=0.282, p<0.02, 95% KI 0.049 bis 0.151, I² = 0%) - SST nichts signifikant wirksamer für die positiven Symptome - SST war wirksamer als alle Vergleichsgruppen für die negativen Symptome
Ergebnisse	- SST zeigte eine Überlegenheit gegenüber allen gepoolten Vergleichen, TAU und der aktiven Kontrollgruppe (kleine, aber reliable Unterschiede) für die negativen Symptome - SST zeigte keine Überlegenheit gegenüber der unterstützenden Therapie (Supportive Counseling) für die negativen Symptome - SST zeigte eine Überlegenheit gegenüber allen Komparatoren und TAU für die allgemeinen Symptome (kleiner bis mittlerer Effekt)

- SST war dem TAU überlegen, wenn man alle Symptommaße zusammenfasst, jedoch nicht gegenüber der gepoolten Vergleichsgruppe, der aktiven Kontrollgruppe und dem SC
- Kein signifikanter Effekt auf die positiven Symptome
- SST für das Outcome soziale Kompetenz nur überlegen gegenüber der gepoolten Kontrollgruppe
- Bei den Subtypen von SST war nur SCST der gepoolten Vergleichsgruppe überlegen
- Für die negativen und allgemeinen Symptome zeigte sich, dass das Ausmaß des Effekts von SST mit abnehmendem Bias-Risiko zunimmt, was für einen robusten Effekt spricht – dies war für die sozialen Outcomes nicht der Fall
- Kein RCT erzielte den geringstmöglichen Risk-of-Bias Score
- Vergleiche in der Domäne der sozialen Performance zeigten moderate bis hohe Heterogenität (was auf die hohe Anzahl der verschiedenen verwendeten Maße zurückzuführen ist)
- UCLA-FAST schnitt schlechter ab als die anderen Interventionen: Könnte darauf hindeuten, dass praktische Lebenskompetenzen weniger positiven Auswirkungen auf die Symptome haben als andere Subtypen
- Keine Aussagen zur CBSST möglich, wegen der begrenzten Anzahl an Studien hierzu
- Die positiven Effekte von SST waren im 6-monatigen Follow-Up nicht erkennbar
- Robuste Effekte für den am längsten Follow-Up-Zeitpunkt lagen jedoch für die negativen Symptome vor und etwas weniger Robust für die alle Symptome
- Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass SST auch außerhalb der Intervention einen Effekt hat, jedoch sind weitere Nachweise zur Nachhaltigkeit und Generalisierung wichtig
- Die Effektgrößen für SST bei negativen Symptomen sind geringfügig größer als bei CBT für positive Symptome und geringfügig kleiner im Vergleich zu Neuroleptika (aktuelle Evidenz spricht aber nicht für CBT bei negativen Symptomen)
- Teilnehmendenanzahl in vielen Studien war gering, weshalb es wenige hochqualitative Studien mit einem minimalen Bias-Risiko gab – die signifikanten Ergebnisse könnten einem Bias unterliegen
- Viele RCTs mussten aufgrund der Intervention ausgeschlossen werden (z.B. weil sie eine Medikation beinhalteten)
- Die Kategorisierung der Subtypen von SST unterliegt einem gewissen Grad an Subjektivität
- Es sind noch weitere Outcomes relevant in der Behandlung von Psychosen, als die in der Metaanalyse untersucht wurden
- Die Metaanalyse lässt keine Rückschlüsse zu, welche Veränderungsmechanismen einer Veränderung der Symptomatik oder der sozialen Performance durch SST zugrundeliegen (direkter oder moderierender Effekt?)
- Weitere Forschung notwendig um Aussagen über die Anwendbarkeit und Nachhaltigkeit in der Praxis zu treffen

Die Ergebnisse und Effektstärken deuten darauf hin, dass SST als gruppenbasierte Intervention eine kostengünstige Alternative zu einer Einzeltherapie zur Behandlung von negativen und allgemeinen Symptomen darstellt.

Titel		Social skills programmes for schizophrenia (Review)
Autoren	-	Almerie MQ, Okba Al Marhi M, Jawoosh M, Alsabbagh M, Matar HE, Maayan N, Bergman H
Jahr	-	2015
Journal	-	Cochrane Database of Systematic Reviews
Fragestellung / Zielsetzung	-	Die Metaanalyse untersucht Effekte von Social Skills Trainings-Programmen im Vergleich zur Standardversorgung und aktiver Kontrollgruppe für Personen mit Schizophrenie
Design	-	Review
Datenbanken	-	CINAHL, BIOSIS, AMED, EMBASE, PubMec, Medline, PsycINFO
Zeitraum	-	November 2006 bis Dezember 2011
Eingeschlossene Studientypen	-	randomisierte kontrollierte Studien (RCT; n=13)
Autoren eingeschlossener Arbeiten	n=13 RCTs	- Chien, 2003 - Cui, 2004 - Dobson, 1995 - Hayes, 1995 - Huang, 2005 - Kopelowicz, 1998 - Lu, 2004 - Ma, 2003 - Mayang, 1990 - Ng, 2006 - Potelunas, 1982 - Saren, 2004 - Tsang, 2001
weitere relevante Einschlusskriterien	-	Erwachsene jeden Alters mit Schizophrenie oder verwandten Störungen
relevante Ausschlusskriterien	-	- Quasi-randomisierte Studien - Wenn Personen noch weitere Treatments neben dem SST zugeführt wurden, wurde die Studie nur aufgenommen, wenn das zusätzliche Treatment gleich zwischen den Gruppen verteilt wurde und nur das SST randomisiert wurde
Qualitätsbewertung durchgeführt	-	Cochrane Risk-of-bias-Tool
Für welche Patienten / Subgruppen Aussagen getroffen?	Subgruppenanalysen:	- Kurze vs. lange Programme - Klinischer Zustand - Phase oder Problem

Gemessene Outcomes

- Soziale Funktionsfähigkeit (primär und sekundär)
- Rückfall (primär)
- Rehospitalisierung (sekundär)
- Mentaler Zustand: Allgemeine Symptome (primär)
- Globaler Zustand: Keine klinische Verbesserung (Sekundär)
- Allgemeine Funktionsfähigkeit (Sekundär)
- Lebensqualität (sekundär)
- Mentaler Zustand: Positiv- und Negativsymptome (sekundär)
- Verhalten (Sekundär)
- Unterwünschte Effekte: Allgemein und spezifisch (sekundär)
- Engagement mit Leistungen (sekundär)
- Zufriedenheit mit der Behandlung (sekundär)
- Ökonomische Outcomes (sekundär)

Ergebnisse Metaanalysen**Allgemein:**

Anzahl Teilnehmende:

- n= 975 (18-148 Teilnehmende je Studie)

Verteilung nach Ländern

- USA: 3 RCTs
- China: 5 RCTs
- Taiwan: 1 RCT
- Hong Kong: 2 RCTs
- Kanada: 1 RCT
- Australien: 1 RCT

Dauer der Interventionen (Spannweite):

- 4 Wochen bis 3 Monate: 6 RCTs
- Über 3 Monate bis 6 Monate: 7 RCTs

Setting

- Stationär: 9 RCTs
- Ambulant: 4 RCTs

Interventions- und Kontrollgruppen:

- Social Skills Training Programmes
 - SST mit Fokus auf Konversation und Durchsetzungsvermögen (k=1)
 - UCLA Social and independent Living Skills programme (k=3)
 - SST mit Fokus auf Zwischenmenschliche Fertigkeiten, Problemlösen, Zeitmanagement, Verbesserung der Generalisierung (k=1)
 - SST ohne weitere Angaben (k=2)
 - SST zur Verbesserung des Problemlösens und der Planungsfertigkeiten, um das soziale Funktionieren zu verbessern (k=1)
 - SST mit Fokus auf Problemlösen (k=2)
 - SST mit Fokus auf Augenkontakt herstellen, Gesichtsexpressionen, Tonlage, flüssiges Sprechen, Haltung und Gesten, allgemeiner Enthusiasmus (k=1) und zusätzlich noch grundlegende soziale und arbeitsbezogene Überlebensfähigkeiten (k=1)

- Kontrollgruppe:
 - Standardversorgung (k=5),
 - Diskussionsgruppe (k=3)
 - Standardversorgung und Diskussionsgruppe (k=2)

Alter: Mittleres Alter lag zwischen 33 und 48 Jahren

3) Vergleich von SST und Standardversorgung

- **Soziale Funktionsfähigkeit:** 4 RCTs, KI nicht schätzbar (da verschiedene Skalen verwendet wurden)
- **Rückfall:** Signifikanter Unterschied bei einem Follow-Up von 6 und 12 Monaten: 2 RCTs, RR = 0.52, KI 0.34 bis 0., $p < 0.005$, $I^2 = 40\%$
- **Globaler Zustand:** Signifikanter Unterschied (Verbesserung in der EG) nach 6 Monaten: 1 RCT, RR = 0.29, KI 0.12 bis 0.68, $p < 0.005$, k.A. zur Heterogenität
- **Rehospitalisierung:** Signifikanter Unterschied zugunsten der EG nach 12 Monaten: 1 RCT, RR = 0.53, KI = 0.30 bis 0.93, $p = 0.03$, k.A. zur Heterogenität
- **Mentaler Zustand:** Durchschnittlicher Endscore:
 - Positivsymptome: Signifikanter Unterschied zugunsten der EG: 1 RCT, MD = -1.90, KI -3.37 bis -0.43, $p = 0.01$
 - Negativsymptome: Signifikanter Unterschied zugunsten der EG nach 8 und 18 Wochen Follow-Up: 2 RCTs, MD = -8.92, KI = -10.46 bis 7.38, $p < 0.0001$, Heterogenität: $\text{Tau}^2 = 0$, $\text{Chi}^2 = 1.78$ ($p=0.18$), $I^2 = 43,9\%$
- **Mentaler Zustand:** Durchschnittliche Veränderung des Scores
 - Im Allgemeinen: Signifikante Verbesserung der EG im Vergleich zur KG nach 12 Wochen: 1 RCT, MD = -4.01, KI -7,52 bis -0.5, $p = 0.03$
 - Negativsymptome: Signifikante Verbesserung der EG im Vergleich zur KG nach 12 Wochen: 1 RCT, MD = -7.70, KI -12.33 bis -3.17, $p > 0.005$, Heterogenität: $\text{Chi}^2 = 1.59$ ($p=0.21$), $I^2 = 37,24\%$
- **Allgemeine Funktionsfähigkeit:**
 - Durchschnittlicher Endskaletwert: Signifikanter Unterschied zugunsten der EG nach 8 Wochen Follow-Up: 1 RCT, MD = -10.60, KI 17-47 bis 3.73, $p < 0.0001$
 - Berufliche Beschäftigung nach Studie: Kein signifikanter Unterschied
- **Zufriedenheit mit Behandlung:** Studie früher verlassen: Kein signifikanter Unterschied nach 8 und 12 Wochen (2 RCTs)
- **Lebensqualität:**
 - GWB: Signifikanter Unterschied zugunsten der EG nach 8 Wochen, 1 RCT, MD = -7.6, KI -12.18 bis -3.02, $p < 0.0001$, Heterogenität: $\text{Tau}^2 = 0$, $\text{Chi}^2 = 0$ ($p < 0.0001$), $I^2=100\%$
 - SES: Signifikanter Unterschied zugunsten der EG nach 8 Wochen, 1 RCT, MD = -8.3, KI -10.07 bis -6.53, $p < 0.0001$

4) Vergleich von SST und Diskussions-Kontrollgruppe

- **Soziale Funktionsfähigkeit:** 2 RCTs mit 2 verschiedenen Skalen, kein signifikanter Unterschied
- **Rückfall:** Kein Signifikanter Unterschied (1 RCT)
- **Globaler Zustand:** Kein Signifikanter Unterschied (1 RCT)

	– Mentaler Zustand: Kein signifikanter Unterschied (2 RCTs) für allgemeine Symptome oder Negativsymptome – Zufriedenheit mit Behandlung: Studie früher verlassen: Kein signifikanter Unterschied (2 RCTs) – Lebensqualität: Kein signifikanter Unterschied (1 RCT)
Bemerkungen	– Soziale Funktionsfähigkeit wurde wenig berichtet und wenn sie berichtet wurde, wurden unterschiedliche Skalen verwendet – Kulturelle Unterschiede könnten die Übertragbarkeit der Ergebnisse begrenzen (ein Großteil der untersuchten Studien wurde in China durchgeführt) – Die Definition und der Fokus von Social Skills Trainings variierte zwischen den Studien – Kleine Stichproben bei den Studien – Für einige Outcomes wurden keine Studien gefunden: Allgemeines Verhalten, Engagement mit Leistungen, Zufriedenheit mit der Behandlung, Ökonomische Outcomes – Geringe Qualität der Evidenz bei den Studien bezüglich Methodik, Auswertung und Messkonsistenz – Gefahr des Publication Bias, da nur veröffentlichte Studien untersucht wurden – Studien sind limitiert und deuten nicht darauf hin zu schaden bzw. deuten einige darauf hin, zu helfen – Es ist nicht bewiesen, dass Social Skills Programme andere Interventionen überlegen sind – Künftige Studien sollten dem Consort-Schema folgen (war in dieser Review nur bei 4 RCTs der Fall) Social Skills Training kann, im Vergleich zur Standardversorgung, die sozialen Fertigkeiten von Personen mit Schizophrenie verbessern und Rückfälle reduzieren. Jedoch ist die Evidenz begrenzt und die Datenqualität wird als gering eingeschätzt.

Titel		Social Cognition Training for People With a Psychotic Disorder: A Network Meta-analysis	
Autoren	-	Nijman SA, Veling W, van der Stouwe ECD, Pijnenborg GHM	
Jahr	-	2020	
Journal	-	Schizophrenia Bulletin	
Fragestellung / Zielsetzung	-	Die Metaanalyse untersucht sozial-kognitives Training (SCT) um herauszufinden, welche Interventionen wirksam sind und wie Merkmale der Intervention und der Teilnehmenden die Wirksamkeit moderieren und ob die Verbesserungen nachhaltig sind	
Design	-	Metaanalyse	
Datenbanken	-	PubMec, Medline, PsycINFO, PiCarta, Embase, Web of Science	
Zeitraum	-	Bis Dezember 2018	
Eingeschlossene Studientypen	-	randomisierte kontrollierte Studien (RCT; n=46)	
Autoren eingeschlossener Arbeiten (nur RCTs)	n=46 RCTs	- Aloï et al., 2018 - Bechi et al., 2012 - Bechi et al., 2015 - Choi & Kwon, 2006 - Combs et al., 2008 - Eack et al., 2009; 2010 - Fernand-Gonzalo et al., 2015 - Fisher et al., 2017 - Garcia et al., 2003 - Gaudelus et al., 2016 - Gil-Sanz et al., 2009 - Gohar et al., 2013 - Gordon et al., 2018 - Habel et al., 2010 - Hogarty et al., 2006 - Hooker et al., 2013 - Horan et al., 2009 - Horan et al., 2011 - Kayser et al., 2006 - Lindenmayer et al., 2013 - Lindenmayer et al., 2018 - Marono Souto et al., 2018 - Mazza et al., 2010 - Mueller et al., 2015	- Palumbo et al., 2017 - Pena et al., 2016 - Penn & Combs, 2000 - Pino et al., 2015 - Popova et al., 2014 - Rakitzi et al., 2016 - Roberts et al., 2014 - Roncone et al., 2004 - Russell et al., 2008 - Sachs et al., 2012 - Sevos et al., 2018 - Tas et al., 2012 - Taylor et al., 2016 - Tsotsi et al., 2017 - Van der Gaag et al., 2002 - Veltro et al., 2011 - Wang et al., 2013 - Wölwer et al., 2005 - Wölwer & Frommann, 2011
weitere relevante Einschlusskriterien	-	RCTs, in einem Peer-reviewed Journal erschienen, auf Englisch geschrieben	
relevante Ausschlusskriterien	-	K.A.	

Qualitätsbewertung durchgeführt	- Clinical Trials Assessment Measure for Psychological Treatments (CTAM)
Für welche Patienten / Subgruppen Aussagen getroffen?	- Alle Interventionen und Kontrollgruppen können miteinander verglichen werden (Netzwerk-Metaanalyse)
Gemessene Outcomes	- Soziale Kognition (primär) - Soziale Funktionsfähigkeit (primär) - Psychiatrische Symptome (primär) - Emotionswahrnehmung (sekundär) - Soziale Wahrnehmung (sekundär) - ToM: Theory of Mind (sekundär) - Attributionsstil (sekundär) - Soziale Funktionsfähigkeit (sekundär)
Ergebnisse (nur für RCTs)	Metaanalysen <u>Allgemein:</u> Anzahl Teilnehmende: - N=1979 Dauer der Interventionen (Spannweite): - Eine bis 55 Wochen Setting der Interventionen: - Ambulant (n=22) - stationär (n=7) - Kombination (n=10) - Keine Angabe (n=5) Setting der Teilnehmenden: - Einzel (n=13) - Gruppe (n=30) Interventions- und Kontrollgruppen: - Soziales Kognitionstraining (zielgerichtet: n=23; breit gefächert: n=22) - Aktive Kontrollgruppe (n=24) - Herkömmliche Behandlung (TAU, n=19) Alter: Zwischen 24 und 51 Jahren (Mittleres Alter: 37,5) <u>Vergleich von zielgerichtetem SCT und TAU:</u> Signifikante Effekte für: - Emotionswahrnehmung: 31 RCTs, d=0.68, KI 0.38 bis 0.97, p < 0.05 - Soziale Wahrnehmung: 9 RCTs, d=1.36, KI 0.81 bis 1.91, p < 0.05 <u>Vergleich von zielgerichtetem SCT mit kognitiver Remediation und TAU:</u> Signifikante Effekte für: - Soziale Wahrnehmung: 9 RCTs, d=1.38, KI 0.41 bis 2.39, p < 0.05 <u>Vergleich von breit gefächertem SCT und TAU:</u> Signifikante Effekte für:

- Emotionswahrnehmung: 31 RCTs, $d=0.46$, KI 0.21 bis 0.72, $p < 0.05$
- Soziale Wahrnehmung: 9 RCTs, $d=1.35$, KI 0.80 bis 1.60, $p < 0.05$
- Theory of Mind: 22 RCTs, $d=0.42$, KI 0.03 bis 0.82, $p < 0.05$
- Soziale Funktionsfähigkeit: 25 RCTs, $d=0.82$, KI 0.46 bis 1.18, $p < 0.05$

Vergleich von breit gefächertem SCT mit kognitiver Remediation und TAU:

Signifikante Effekte für:

- Soziale Wahrnehmung: 9 RCTs, $d=1.45$, KI 0.98 bis 1.92, $p < 0.05$
- Soziale Funktionsfähigkeit: 25 RCTs, $d=0.41$, KI 0.06 bis 0.77, $p < 0.05$
- Heterogenität lag für alle Outcomes zwischen 99.9 und 100%
- Keine Intervention hatte einen signifikant größeren Effekt auf die psychiatrischen Symptome als TAU

Moderatoren:

- Emotionswahrnehmung: Gruppenbehandlungen signifikant schlechter ab ($b=-0.74$, $SE=0.27$, $p=0.009$); andere Merkmale moderierten die Effektgrößen nicht signifikant
- Attribution: Höhere Medikationsdosen vergrößerten den Effekt ($b=0.02$, $SE=0.00$, $p=0.058$)
- Soziale Kognition: Gesamtlänge der Intervention assoziiert mit einem größeren Effekt bei längeren Behandlungen ($b=0.02$, $SE=0.00$, $p=0.005$)
- Funktionsfähigkeit: Gruppenbehandlung signifikant wirksamer ($b=0.52$, $SE=0.52$, $p=0.029$); Anteil männlicher Patienten beeinflusst die Effektstärke: höher Anteil führt zu geringerem Effekt ($b=-0.05$, $SE=0.02$, $p=0.06$)
- Symptomatik:
 - Univariate Analysen: signifikant assoziiert mit dem Alter ($b=-0.06$, $SE=0.02$, $p=0.005$), Krankheitsdauer ($b=-0.03$, $SE=0.01$, $p=0.001$), Anteil männlicher Teilnehmenden ($b=-0.03$, $SE=0.01$, $p=0.019$)
 - Multivariate Analyse: Nur der Anteil männlicher Teilnehmenden signifikanter Prädiktor ($b=-0.02$, $SE=0.01$, $p=0.002$)
- Keine signifikante Moderation der Merkmale für die soziale Wahrnehmung, Theory of Mind,

Nachhaltigkeit: Follow-Up

- Soziale Kognition (Emotionswahrnehmung, soziale Wahrnehmung, ToM, Attribution und weitere Maße der sozialen Kognition): Nur unzureichende Follow-Up-Daten verfügbar
- Signifikante Effektgröße für:
 - Soziale Funktionsfähigkeit: (5 RCTs, $d=0.66$, $p<0.001$, KI 0.27 bis 1.04)
- Keine signifikanten Effektgrößen für: Psychiatrische Symptome

Bemerkungen

- Follow-Up-Daten deuten darauf hin, dass die Verbesserungen durch ein breit gefächertes SCT mit und ohne kognitive Remediation bestehen bleiben (jedoch mit geringen Effektstärken)

- Breit gefächertes SCT (ohne kognitive Remediation) war am konsistentesten effektiv: Verbesserte die Emotionswahrnehmung, die soziale Wahrnehmung, ToM und soziale Funktionsfähigkeit signifikant
- Zielgerichtete SCT erzielte die größten Effekte auf die Emotionswahrnehmung und die soziale Wahrnehmung
- Das Setting (Gruppe vs. Einzel) war die einzige Behandlungsvariable, die die Outcomes signifikant moderiert hat: Einzelbehandlungen wirksamer für die Emotionswahrnehmung und die Gruppenbehandlung wirksamer für soziale Funktionsfähigkeit
- Geschlecht als Prädiktor des Effekts von SCT auf soziale Funktionsfähigkeit und psychiatrische Symptome
- Nachhaltiger, moderater Effekt von SCT für soziale Funktionsfähigkeit, aber nicht für psychiatrische Symptome
- Zielgerichtete SCT funktioniert, jedoch nur für die Fertigkeiten, die explizit trainiert werden – breit gefächertes SCT weist eine konsistentere allgemeine Wirksamkeit auf
- Kognitive Remediation zum SCT hinzuzufügen verbesserte die Outcomes nicht (außer bei sozialer Wahrnehmung)
- Die signifikanten Effektgrößen für die aktive Kontrollgruppe deuten darauf hin, dass es Überschneidungen bei den wirksamen Elementen zwischen der SCT und aktiven Kontrollgruppe gibt – jedoch ist unklar, welche das genau sind
- Keine Behandlung verbesserte die Attribution oder Symptome signifikant – diese Outcomes sind eventuell zu weit von der sozialen Kognition entfernt und benötigen einen gesonderten Ansatz
- Es bleibt offen, *wieso* manche Formen von SCT besser sind als andere
- Größte Limitation der Studie: die Heterogenität der Studien: Innerhalb derselben Kategorie gab es eine große Varianz an Charakteristika
- Kein eindeutiger Hinweis darauf, dass eine längere Intervention besser ist
- Die Mechanismen von SCT sollten zukünftig untersucht werden – hierfür werden Studien mit einer hohen methodologischen Qualität, längeren Follow-Up-Zeiträumen und klar definierten Zieldomänen benötigt
- Die Generalisierbarkeit von SCT sollte zukünftig mehr Beachtung finden

Titel		Social skills programmes for schizophrenia: A Meta-Analytic Infestigation of Controlled Research
Autoren	-	Kurtz MM, Richardson CL
Jahr	-	2011
Journal	-	Schizophrenia Bulletin
Fragestellung / Zielsetzung	-	Bewertung von Verhaltenstrainingsprogrammen zu Verbesserung der sozial kognitiven Fertigkeiten
Design	-	Metaanalyse
Datenbanken	-	SciVerse ScienceDirect, PubMed, PsychInfo
Zeitraum	-	1980 bis 2010
Eingeschlossene Studientypen	-	randomisierte kontrollierte Studien (RCT; n=19)
Autoren eingeschlossener Arbeiten (nur RCTs)	n=19 RCTs	- Choi & Kwon, 2006 - Combs et al., 2009 - Combs et al. 2008 - Corrigan et al., 1995 - Eack et al., 2009 - Garcia et al., 2003 - Gil Sanz et al., 2009 - Habel et al., 2010 - Hodel et al., 2004 - Horan et al., 2009 - Horan et al., 2011 - Kayser et al., 2006 - Mazza et al., 2010 - Penn & Combs, 2000 - Roberts & Penn, 2009 - Roncone et al., 2004 - Russell et al., 2008 - Von der Gaag et al., 2002 - Wölwer et al., 2010
weitere relevante Einschlusskriterien	-	Erwachsene jeden Alters mit Schizophrenie oder verwandten Störungen
relevante Ausschlusskriterien	-	- Studien, die Interventionen untersuchen, die weniger als 50% Sessions für das soziale kognitive Training aufwendeten - Studien, die ein Training der sozialen Fertigkeiten untersuchten
Qualitätsbewertung durchgeführt	-	Design quality of selected studies on the basis of ratings of 4 elements that related to the validity of each study: (1) random assignment of participants to experimental groups, (2) use of raters

	blind to the condition of the participants, (3) establishment of interrater reliability on outcome measures, and (4) formal measures of treatment fidelity.
Für welche Patienten / Subgruppen Aussagen getroffen?	- Krankheitsdauer, Alter
Gemessene Outcomes	- Emotionswahrnehmung - Soziale Wahrnehmung - Theory of Mind (ToM) - Attributionsstil - Symptome - Soziales Funktionieren
Ergebnisse Metaanalysen (nur für RCTs)	<u>Allgemein:</u> Anzahl Teilnehmende: - n=692 Dauer der Interventionen (Spannweite): Eine Session bis 62 Wochen Setting - Stationär: 6 RCTs - Ambulant: 9 RCTs - Teilstationär: 4 RCTs Interventions- und Kontrollgruppen: - Kontrollgruppe: - o Aktiv (n=7): Problemlösen, Unterstützende Therapie, Krankheitsmanagement - o Passiv (n=11): TAU - Interventionsgruppen: - o Primär Training der Emotionswahrnehmung (n=6) - o Weiter gefasstes Training der sozialen Wahrnehmung (n=3) - o Training der ToM (n=1) - o Trainingsprogramme, die mehr als eine Domäne der sozialen Kognition betrafen (n=9) Durchschnittsalter: 36,54 Jahre Proximale Maße: 1) Effekte vom sozialen kognitiven Training auf Emotionswahrnehmung - <i>Facial affect identification:</i> - o 15 RCTs, d=0.71, KI 0.52 bis 0.90, p<0.01 - o Signifikante Heterogenität in den Gesamteffektgrößen über die Studien hinweg - <i>Facial affect discrimination:</i> - o 3 RCTs, d=1.01, KI 0.56 bis 1.47, p<0.01 - o Signifikante Heterogenität in den Gesamteffektgrößen über die Studien hinweg 2) Effekte vom sozialen kognitiven Training auf <i>Social cue perception</i> - 8 RCTs, nicht signifikant

- 3) Effekte vom sozialen kognitiven Training auf ToM
 - 7 RCTs: $d=0.46$, KI 0.15 bis 0.78, $p < 0.01$
 - Homogenitätsstatistik: $Q_W=40.31$, $p < 0.01$
- 4) Effekte vom sozialen kognitiven Training auf den Attributionsstil
 - 4 RCTs, nicht signifikant

Generalisierungsmaße:

- 5) Effekte vom sozialen kognitiven Training auf Positiv-, Negativ- und Gesamtsymptomatik
 - Positivsymptomatik: 8 RCTs, kein Einfluss
 - Negativsymptomatik: 10 RCTs, kein Einfluss
 - Gesamtsymptomatik: 7 RCTs, $d=0.68$, KI 0.33 bis 1.02, $p<0.01$, Heterogenitätsmaß: Mittlere Effektstärke für Gesamtsymptomatik nicht stabil
- 6) Effekte vom sozialen kognitiven Training auf soziales Funktionieren
 - 6 RCTs, $d=0.78$, KI 0.45 bis 1.11
 - Heterogenitätsmaß: Mittlere Effektstärke für Funktionsmaße nicht stabil

Bemerkungen

- Ergebnisse konsistent mit den Hypothesen, dass
 - Der Effekt auf die Emotionswahrnehmung (Identifikation und Diskrimination) moderat bis groß ist → Replikation bisheriger Ergebnisse
 - Der Effekt auf die ToM kleiner, aber dennoch signifikant ist
- Die Effekte auf die ToM zeigen, dass selbst die komplexen kognitiven Vorgänge für das Nachvollziehen von den mentalen Zuständen anderer, für strukturiertes Training zugänglich sind
- Ergebnisse der anderen Domänen stimmen nicht mit den Hypothesen überein
- Keine Effekte für die Generalisierungsmaße, wie zum Beispiel eine Verbesserung der Positiv- und Negativsymptomatik – die kann auf die Multideterminiertheit der Störung zurückgeführt werden
- Das vermutliche wichtigste Ergebnis ist die moderate bis große Effektstärke für das soziale Funktionieren: Dies bietet starke Evidenz für die Generalisierung der Trainingseffekte auf sozial-kognitive Outcomes
- Keine Evidenz dafür, dass Programme, die länger dauern oder intensiver sind oder mehrere Domänen behandeln größere Effekte auf sozial-kognitive Outcomes haben
- Moderatorenanalyse: Längere mittlere Krankheitsdauer sagen eine bessere Reaktion auf soziales kognitives Training vorher in Hinblick auf die Emotionswahrnehmung und ToM
- Generalisierung fand am ehesten bei einem jüngeren Durchschnittsalter statt, bei einer längeren Interventionsdauer und bei höherer Medikation
- Gesamtstichprobe von 19 RCTs ist eher klein und die Zahl der Studien für jeden Ergebnisbereich noch kleiner → Replikation der Ergebnisse notwendig

- Moderatoranalysen inkludierten nur sehr kleine Stichproben
- Ergebnisse könnten vom Publication Bias beeinflusst sein → Effekte wurden möglicherweise überschätzt
- Entscheidende Informationen über die Stichproben fehlten (z.B. Erkrankungsalter wurde nur bei 3 von 19 RCTs angegeben)
- Psychometrische Eigenschaften der untersuchten Maße nicht ausreichend bekannt
- Das Inkludieren der RCTs, die sowohl kognitives als auch sozial-kognitives Training untersuchten, könnte die Ergebnisse beeinflussen (im Vergleich zu Studien, die nur sozial-kognitives Training untersuchten) → Behandlungsüberschuss
- In zwei Studien wurde nur ein Unterprogramm der IPT (nämlich sozial-kognitives Training) ohne andere Rehabilitationsmaße gemessen angewandt, die in der Behandlung vorgesehen wären → Auswirkung dieser spezifischen Behandlung wurde eventuell unterschätzt
- Viele der Studien umfassen nur Outcomes aus ein oder zwei sozial-kognitiven und anderen funktionalen Bereichen → Die Einbeziehung von Maßen aus verschiedenen Bereichen und distaleren Bereichen könnte ein umfassenderes Bild von den Auswirkungen der Interventionen auf verschiedenste Domänen der sozialen Kognitionen geben – ebenso hinsichtlich Generalisierung
- Die Art der Studien war heterogen hinsichtlich Methode und Inhalt → reichte von simplen Verfahren zur Verhaltenssteuerung bis hin zu komplexen Gruppenübungen
- Es ist mehr Forschung notwendig um herauszufinden, weil methodologischen und thematischen Komponenten am ehesten sozial-kognitive Defizite behandeln
- Es ist unklar, in welchem Umfang Beeinträchtigungen der grundlegenden Neurokognitionen (häufig bei Schizophreniepatient*innen) die Möglichkeit vom Training zu profitieren, beeinflussen
- Nur eine geringe Anzahl an Studien hat die Dauer des Trainings untersucht, weshalb keine Aussagen bezüglich des Effekts möglich sind → da die Trainings aber sehr zeitintensiv sind, ist es notwendig zu wissen, welchen Einfluss die Trainingsdauer und mögliche Booster Sessions haben

Titel		A Meta-Analysis of Controlled Research on Social Skills Training for Schizophrenia
Autoren	-	Kurtz MM, Mueser KT
Jahr	-	2008
Journal	-	Journal of Consulting and Clinical Psychology
Fragestellung / Zielsetzung	-	Die Metaanalyse untersucht Studien zur Wirksamkeit von Social Skills Training zur Verbesserung der psychosozialen Funktionen bei Schizophrenie
Design	-	Metaanalyse
Datenbanken	-	PsycINFO MENDLINE
Zeitraum	-	1887 bis 2007 (PsycINFO) 1966 bis 2007 (MEDLINE)
Eingeschlossene Studientypen	-	randomisierte kontrollierte Studien (RCT; n=23)
Autoren eingeschlossener Arbeiten	n=23 RCTs	- Anzai et al. (2002) - Bellack et al. (1984) - Brown & Munford (1983) - Chien et al. (2003) - Dobson et al. (1995) - Eckman et al. (1992) - Finch & Wallace (1977) - Granholm et al. (2005) - Gutride et al. (1973) - Hayes et al. (1995) - Hogarty et al. (1986, 1991) - Kopelowicz et al. (1998) - Liberman et al. (1998) - Marder et al. (1996) - Meder et al. (1998) - Mueser et al. (2005) - Patterson et al. (2006) - Smith et al. (1999) - Tsang & Pearson (2001) - Valencia et al. (2007) - Wallace & Liberman (1985) - Wallace & Tauber (2004) - Xiang et al. (2006)
weitere relevante Einschlusskriterien	-	- Die Intervention in den Studien musste die zentralen Verhaltenstherapeutischen Techniken enthalten - Mind. Die Mehrheit der Patient*innen in den Studien muss eine Diagnose Schizophrenie oder schizoaffektive Störung enthalten

relevante Ausschlusskriterien	- Studien, die Social Skills Training als ein Element in einem breiten Spektrum an Interventionen enthielt - Studien, die einen familienorientierten Ansatz beim Social Skills Training verfolgten (anstelle eines patientenorientierten) - Studien, die zwei Formen von Social Skills Training miteinander verglichen - Studien, die die Pilotdaten aus später veröffentlichten Studien darstellten - Studien, die eindeutig Daten aus bereits veröffentlichten Artikeln dupliziert haben
Qualitätsbewertung durchgeführt	- Ja, Rating der Validität der Studie
Für welche Patienten / Subgruppen Aussagen getroffen?	- k.A.
Gemessene Outcomes	Proximale Outcomes – Prüfung zur Beherrschung der Inhalte Proximale mediiierende Outcomes – Performanzbasierte Maße sozialer und alltäglicher Fähigkeiten Vorläufige Outcomes – Psychosoziale Funktionsfähigkeit – Negativsymptomatik Distale Outcomes – Andere psychiatrische Symptome: – Rückfall/Rehospitalisierung
Ergebnisse Metaanalysen	<u>Allgemein:</u> Anzahl Teilnehmende – n= 1599 (16 bis 240 Teilnehmende) Geschlechterverteilung (soweit angegeben) – Weiblich: 29 % – Männlich: 71 % Dauer der Interventionen (Spannweite): – 8 Stunden bis 312 Stunden (über einen Zeitraum von 2-104 Wochen) Interventions- und Kontrollgruppen: – Soziale Interaktionsfähigkeiten: 33 % (n=8) – Medikation und Fähigkeiten zum Selbstmanagement: 23 % (n=5) – Training zur sozialen Wiedereingliederung nach Krankenhausaufenthalt: 18 % (n=4) – Soziale Fähigkeiten am Arbeitsplatz: 13 % (n= 3) – Funktionale Aktivitäten des täglichen Lebens: 9 % (n= 2) – Kognitiv-Behaviorale Strategien: 4 % (n=1) – Kontrollbedingungen: 76 % der Studien aktive Interventionen und 24 % TAU

Alter: M = 37.7 Jahre; SD = 6.9 (aus n=19 Studien)

Effekte von Social Skills Training auf:
(nur unbiased RCTs)

- 5) Proximale Outcomes
 - Prüfung zur Beherrschung der Inhalte: 6 RCTs, ES = 1.16, $p < 0.01$, 95% KI von 0.89 bis 1.43, $Q_w = 1.77$,
- 6) Proximale mediierende Outcomes
 - Performanzbasierte Maße sozialer und alltäglicher Fähigkeiten: 5 RCTs, ES = 0.48, $p < 0.01$, 95% KI von 0.27 bis 0.69, $Q_w = 31.48$
 -
- 7) Vorläufige Outcomes
 - Psychosoziale Funktionsfähigkeit: 4 RCTs, ES = 0.41, 95% KI von 0.15 bis 0.68, $p < 0.01$, $Q_w = 11.63$
 - Negativsymptomatik: 5 RCTs, ES = 0.47, 95% KI von 0.24 bis 0.71, $p < 0.01$, $Q_w = 17.26$
 -
- 8) Distale Outcomes
 - Andere psychiatrische Symptome: 7 RCTs, ES = 0.20, 95% KI von 0.00 bis 0.39, $Q_w = 9.84$
 - Rückfall/Rehospitalisierung: 9 RCTs, ES = 0.23, 95% KI von 0.04 bis 0.41, $p < 0.05$, $Q_w = 4.32$

Bemerkungen

Die Metaanalyse bestätigt die Hypothese, dass SST (Social Skills Training) den größten Einfluss auf proximale Outcomes hat und geringere bei distalen Outcomes

- Nur eine Outcomes Domäne („Andere psychiatrische Symptome“) erwies sich als nicht-signifikant
- Die Metaanalyse zeigt die Sinnhaftigkeit, die Domänen der Outcomes nach proximal und distal zu kategorisieren
- Debatte in der Forschung darüber, ob SST effektiv die psychosoziale Funktionsfähigkeit verbessern kann → Empfehlungen diesbezüglich konfliktieren. Die Metaanalyse zeigte: Die mittlere Effektgröße von SST auf psychosoziale Funktionsfähigkeit liegt in einem moderaten Bereich und ist hoch signifikant
- Ergebnisse können als robust angesehen werden und zeigen starke Evidenz für die Generalisierung von SST Interventionen von einem Trainingskontext in komplexere Sphären des täglichen Lebens
- Es bedarf mehr Forschung darüber zu verstehen, wie SST die psychosoziale Funktionsfähigkeit verbessert und welche Rolle der Erwerb von Fähigkeiten für den Funktionsgewinn spielt
- Effekte von SST auf andere Symptome und Rückfälle → lässt sich auf die Multideterminiertheit der Krankheit zurückführen
- Weitere RCTs sollten eine verblindete Bewertung, ein Interrater-Reliabilitäts-Training und eine formalisierte Bewertung der Interventionsgenauigkeit (Fidelity) umfassen
- Es sollte in Betracht gezogen werden, ein gesondertes SST-Programm für ältere Patient*innen zu entwickeln, um den Bedürfnissen und der Negativsymptomatik gerecht zu werden

- Geringere Dauer und Intensität erzielten größere Effekte → kürzere Interventionen führen evtl. zu konzentrierteren Effekten
- Geringe Stichprobe von 22 RCTs
- Einige wesentliche Informationen fehlten in einem Großteil der eingeschlossenen Studien → begrenzt die Anzahl der untersuchten Variablen, die einen Effekt haben könnten
- Unklar, inwieweit die Ergebnisse der Metaanalyse vom Publication Bias beeinflusst sind → Effekt wird eventuell überschätzt

Es ist noch weitere Forschung bezüglich des Effekts von SST notwendig. Diese sollte unter anderem mehr Variablen beinhalten (v.a. den Krankheitsbeginn), größere Stichproben und Follow-Up-Daten umfassen.

Bewertung der eingeschlossenen Übersichtsarbeiten nach der AMSTAR 2 Checkliste

AMSTAR-Item	Almerie 2015	John 2022	Kurtz 2011	Nijman 2020	Turner 2018	Tungpunkom 2012
1. Did the research questions and inclusion criteria for the review include the components of PICO?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
2. Did the report of the review contain an explicit statement that the review methods were established prior to the conduct of the review and did the report justify any significant deviations from the protocol?	Ja	Teilweise ja (definierte Fragestellung, Suchstrategie, Ein- und Ausschlusskriterien, Qualitätsbewertung)	Nein	Teilweise ja (definierte Fragestellung, Suchstrategie, Ein- und Ausschlusskriterien, Qualitätsbewertung)	Ja	Ja
3. Did the review authors explain their selection of the study designs for inclusion in the review?	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
4. Did the review authors use a comprehensive literature search strategy?	Ja	Teilweise ja	Teilweise ja	Teilweise ja	Ja	Teilweise ja
5. Did the review authors perform study selection in duplicate?	Ja	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja
6. Did the review authors perform data extraction in duplicate?	Ja	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja
7. Did the review authors provide a list of excluded studies and justify the exclusions?	Ja	Teilweise ja	Nein	Teilweise ja	Teilweise ja	Ja
8. Did the review authors describe the included studies in adequate detail?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
9. Did the review authors use a satisfactory technique for assessing the risk of bias (RoB) in individual studies that were included in the review?	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja
10. Did the review authors report on the sources of funding for the studies included in the review?	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja
11. If meta-analysis was performed did the review authors use appropriate methods for statistical combination of results?	Ja	Keine Meta-Analyse	Ja	Ja	Ja	Ja
12. If meta-analysis was performed, did the review authors assess the potential impact of RoB in individual studies on the results of the meta-analysis or other evidence synthesis?	Nein	Keine Meta-Analyse	Nein	Nein	Ja	Ja
13. Did the review authors account for RoB in individual studies when interpreting/ discussing the results of the review?	Ja	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja

14. Did the review authors provide a satisfactory explanation for, and discussion of, any heterogeneity observed in the results of the review?	Nein	Keine Meta-Analyse	Nein	Ja	Ja	Nein
15. If they performed quantitative synthesis did the review authors carry out an adequate investigation of publication bias (small study bias) and discuss its likely impact on the results of the review?	Ja	Keine Meta-Analyse	Nein	Ja	Ja	Ja
16. Did the review authors report any potential sources of conflict of interest, including any funding they received for conducting the review?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Assessment critical Items*	Moderat	Moderat	Kritisch niedrig	Niedrig	Moderat	Moderat

* gemeint sind die Nummern 2,4,7,9,11,13,15

Tabelle: Übersicht aggregierter Evidenz zur Wirksamkeit von Ansätzen zur Stärkung von Alltagsfertigkeiten und sozialer Fertigkeiten

Autor:in Jahr	Anzahl eingeschlossener Studien Studiendesign Originalstudien (Autor:in, Jahr)	Patient:innen - Diagnose - Alter, in Jahren - Anzahl - Setting	Intervention - Art der Intervention - Dauer gesamt - Dauer pro Session - Häufigkeit (pro Woche) - Setting (Gruppe, Einzel)	Kontrollintervention	Follow-up
Training von Alltagsfertigkeiten					
NEU John et al. 2022 Systematischer Review	9 RCTs: - Charles et al. 1992 - Granholm et al. 2005 - Grimm et al. 2009 - Katz & Keren 2011* - Roldan-Merino et al. 2013 - Wang et al. 2013 - Granholm et al. 2014 - Abaoglu et al. 2020 - Kim et al. 2020	- Schizophrenie - 16-74 Jahre - N = 655 - Ambulant, stationär, häusliche Pflege-einrichtungen (k = k. A.)	- Psychoedukation (k = 1), Cognitive Behavior Social Skills Training (k = 2), Occupational Goal Intervention (k = 3), Personalized In-Home Nursing Plan (k = 1), Training täglicher Einkauf (k = 1), Life Skills Training (k = 1) - 4 Wochen bis 12 Monate - 1 bis 2 Stunden - 1-mal pro Monat bis 3-mal pro Woche - Einzel (k = 3), Gruppe (k = 6)	- Treatment as Usual mit Medikamenten (k = 8) - zielorientiert-unterstützendes Kontaktprogramm (k = 1)	3 Wochen bis 15 Monate
NEU Tugpunkom et al. 2012 Cochrane Review	7 RCTs: - Brown & Munford (1983) - Campbell & McCreddie (1983) - Chen et al. (2009) - Patterson et al. (2003) - Patterson et al. (2006) - Zhao (2007) - Zheng et al. (2006)	- V. a. Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis - Mittleres Alter zwischen 32 und 50 Jahren - N = 483 - Teilstationär (k = 1), stationär (k = 6)	- Kombinierte Trainings-programme: Training der Alltagskompetenzen (persönliche Hygiene, Ernährung, Finanzen, Zeitmanagement), Stressbewältigung, Freizeitaktivitäten (k = 7) - 6 bis 24 Wochen - Bis zu 4 Stunden pro Tag - Bis zu 5-mal pro Woche	- Medikamentöse Standardversorgung/TAU (k = 5), - Supportive Gruppenangebote (k = 1) - Traditionelle Rehabilitationsmaßnahmen mit Freizeit-, Kunst- und Beschäftigungstherapie (k = 1)	Bis zu 12 Wochen
Training sozialer Fertigkeiten					
NEU	27 RCTs ²¹	- Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis - K. A. - N = 1437	- Kognitiv-behaviorales Training sozialer Fertigkeiten (k = 4), Klassisches Training sozialer Fertigkeiten (k = 7), Training so-	- Herkömmliche Therapie (TAU), aktive Kontrollgruppe, Unterstützende Therapie (Counseling)	Wenn vorhanden: 12 Wochen bis 18 Monate

²¹ Anzai et al. (2002), Bowie et al. (2012), Chien et al. (2003), Choi et al. (2006), Dobson et al. (1995), Gohar et al. (2013), Granholm et al. (2005), Granholm et al. (2013), Granholm et al. (2014), Hayes et al. (1995), Hogarty et al. (1986), Horan et al. (2009), Horan et al. (2011), Lecomte et al. (2008), Liberman et al. (1986), Liberman et al. (1998), Marder et al. (1996), Ng et al. (2007), Patterson et al. (2005), Patterson et al. (2006), Roberts et al. (2014), Rus-Calafell et al. (2013), Gil Sanz et al. (2009), Tas et al. (2012), Velligan et al. (2015), Wang et al. (2013), Xiang et al. (2007)

Turner et al. 2017		- Stationär (k = 7), ambulant (k = 18), Andere (k = 1)	- zial-kognitiver Fertigkeiten (k = 8), Training funktional-adaptiver Fertigkeiten (k = 8) 4 bis 104 Wochen K. A. K. A. - Gruppensetting (k = 25), Einzelsetting (k = 2)		
Systematischer Review mit Metaanalyse					
NEU	13 RCTs ²²	- Schwere psychische Erkrankungen (überwiegend Schizophrenie oder schizoaffektive Störungen) 33-48 Jahre - N = 975 (18,148) - Ambulant (k = 4); stationär (k = 9)	- Klassische Ansätze eines Trainings sozialer Fertigkeiten mit verschiedenen Elementen (Konversation, nonverbaler Ausdruck, Durchsetzungsvermögen, Problemlösen, Zeitmanagement, Elemente für eine unabhängige Lebensführung und Aufgaben zum Transfer, k = 13) 4 bis 24 Wochen 45 bis 120 Minuten 1- bis 4-mal pro Woche - Gruppensetting (k = 7), k. A (k = 6)	- Psychiatrische Standardversorgung (k = 5) - Diskussionsgruppe (k = 3) - Standardversorgung und Diskussionsgruppe (k = 2)	3 bis 6 Monate
Almerie et al. 2015					
Cochrane Review mit Metaanalyse					
Kurtz et al. 2008	23 RCTs ²³	- Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis 37,7 Jahre im Durchschnitt - N = 1521 (16,240) - Ambulant (63 %)	- Soziale Interaktionsfähigkeiten (k = 8), Medikation und Fähigkeiten zum Selbstmanagement (k = 5), Training zur sozialen Wiedereingliederung nach Hospitalisierung (k = 4), Arbeitsplatzspezifisches soziales Fertigkeitentraining (k = 3), Funktionale Aktivitäten des täglichen Lebens (k = 2), Kognitiv-Behaviorale Strategien (k = 1) 2 bis 104 Wochen K. A. K. A.	Aktive Interventionen (73 %), Treatment as Usual (27 %)	3 bis 6 Monate
Systematischer Review mit Metaanalyse					
Training sozial-kognitiver Fertigkeiten					

²² Chien et al (2003), Cui et al. (2004), Dobson et al. (1995), Hayes et al. (1995), Huang et al. (2005), Kopelowicz et al. (1998), Lu et al. (2004), Ma et al. (2003), Mayang (1990), Ng & Cheung (2006), Potelunas (1982), Saren et al. (2004), Tsang (2001)

²³ Anzai et al. (2002), Bellack et al. (1984), Brown & Munford (1983), Chien et al. (2003), Dobson et al. (1995), Eckman et al. (1992), Finch & Wallace (1977), Granholm et al. (2005), Gutride et al. (1973), Hayes et al. (1995), Hogarty et al. (1986, 1991), Kopelowicz et al. (1998), Liberman et al. (1998), Marder et al. (1996), Meder et al. (1998), Mueser et al. (2005), Patterson et al. (2006), Smith et al. (1999), Tsang & Pearson (2001), Valencia et al. (2007), Wallace & Liberman (1985), Wallace & Tauber (2004), Xiang et al. (2006)

NEU Nijman et al. 2020 Systematischer Review mit Netzwerk-Metaanalyse	-46 RCTs ²⁴	- Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis - 24 bis 51 Jahre (Durchschnittsalter 37,5 Jahre) - N = 1979 - Ambulant (k = 22), stationär (k = 7), Kombination (k = 10), Keine Angabe (k = 5)	- Soziales Kognitionstraining (zielgerichtet: N = 23), breit gefächert: N = 22) mit/ohne kognitive Remediation - 1 bis 55 Wochen - 20 bis 120 Minuten - 1 bis 5 Sitzungen/Woche - Einzelsetting (k = 13), Gruppensetting (k = 30)	- Aktive Kontrollgruppe (k = 24), Herkömmliche Behandlung (TAU, k = 19)	3 bis 12 Monate (k = 7)
	19 RCTs ²⁵	- Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis - 36,5 Jahre im Durchschnitt - N = 692 - Stationär (k = 6), ambulant (k = 9), teilstationär (k = 4)	- Primär Training der Emotionswahrnehmung (k = 6); Weiter gefasstes Training der sozialen Wahrnehmung (k = 3); Training der ToM (k = 1); Trainingsprogramme, die mehr als eine Domäne der sozialen Kognitionen betrafen (k = 9) - 1 bis 93 Stunden bei einer Gesamtdauer von einer Session bis zu 62 Wochen - K. A.	- Passive KG: Herkömmliche Therapie (TAU, k = 11) - Aktive KG (k = 7): Problemlösen, unterstützende Therapie, Krankheitsmanagement	Nach bis zu 6 Monaten

*quasiexperimentelles Design

²⁴ Aloï et al. (2018), Bechi et al. (2012), Bechi et al. (2015), Choi & Kwon (2006), Combs et al. (2008), Eack et al. (2009; 2010), Fernand-Gonzalo et al. (2015), Fisher et al. (2017), Garcia et al. (2003), Gaudelus et al. (2016), Gil-Sanz et al. (2009), Gohar et al. (2013), Gordon et al. (2018), Habel et al. (2010), Hogarty et al. (2006), Hooker et al. (2013), Horan et al. (2009), Horan et al. (2011), Kayser et al. (2006), Lindenmayer et al. (2013), Lindenmayer et al. (2018), Marono Souto et al. (2018), Mazza et al. (2010), Mueller et al. (2015), Palumbo et al. (2017), Pena et al. (2016), Penn & Combs (2000), Pino et al. (2015), Popova et al. (2014), Rakitzi et al. (2016), Roberts et al. (2014), Roncone et al. (2004), Russell et al. (2008), Sachs et al. (2012), Sevos et al. (2018), Tas et al. (2012), Taylor et al. (2016), Tsotsi et al. (2017), Van der Gaag et al. (2002), Veltro et al. (2011), Wang et al. (2013), Wölwer et al. (2005), Wölwer & Frommann (2011)

²⁵ Choi & Kwon (2006), Combs et al. (2007), Combs et al. (2008), Corrigan et al. (1995), Eack et al. (2009), Garcia et al. (2003), Gil Sanz et al. (2009), Habel et al. (2010), Hodel et al. (2004), Horan et al. (2009), Horan et al. (2011), Kayser et al. (2006), Mazza et al. (2010), Penn & Combs (2000), Roberts & Penn (2009), Roncone et al. (2004), Russell et al. (2008), Von der Gaag et al. (2002), Wölwer et al. (2005)

Tabelle: Effekte von trainierenden Interventionen zur Verbesserung von Alltags- und sozialen Fertigkeiten aus aggregierter Evidenz

	Nijmen et al. 2020	Turner et al. 2018	Almerie et al. 2015	Kurtz et al. 2012	Kurtz & Mueser 2008	John et al. 2022	Tugponkom et al. 2012
Experimental- vs. Kontrollinter- vention	Sozial-kognitives Training vs. TAU oder aktive Kon- trolle	Training sozialer, sozial-kognitiver und von Alltags- fertigkeiten vs. TAU oder aktive KG	Training sozialer Fertigkeiten vs. TAU oder aktive KG	Sozial-kognitives Training vs. TAU oder aktive KG	Training sozialer Fertigkeiten vs. TAU oder aktive KG	Training von Alltags- fertigkeiten vs. TAU/supportive Gruppen	Training von Alltags- fertigkeiten vs. TAU/supportive Gruppen
Anzahl Studien (k)	k = 46	k = 27	k = 13	k = 19	k = 23	k = 9	k = 7
Merkmale klinischer Recovery							
Allgemeine Symptomatik	~	++	++ ¹	++		++ ¹	~ ¹
Positivsymptomatik		~	++ ¹	~			~ ¹
Negativsymptomatik		++	++	~		++ ¹	++ ¹
Rückfallrisiko und stationäre Wiederaufnahmeraten			++/++ ¹		++		
Merkmale funktionaler Recovery							
Kognitive Funktionen						++ ¹	
Soziales Funktionsniveau				++	++		
Unabhängigkeit im Alltag						++ ¹	
Alltagsfertigkeiten						++ ¹	~ ¹
Soziale Fertigkeiten	++	++	++ ¹		++		
Beschäftigungsrate			~				
Aktivitäten, allg.						++ ¹	
Medikamentenmanagement						++ ¹	
Emotionswahrnehmung	++			++			
Soziale Wahrnehmung	++			~			
Theory of Mind	++			++			
Attributionsstile	~			~			
Exekutive Funktionen						++ ¹	
Merkmale persönlicher Recovery							
Lebensqualität			++ ¹				~ ¹
Behandlungsassoziierte Outcomes							
Abbruchrate			~				~

Erläuterungen: ++ signifikanter Vorteil in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe; + tendenzielle Überlegenheit ohne signifikanten Unterschied in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe oder kleine Stichprobe; ~ Ergebnisse vergleichbar in beiden Gruppen; TAU Treatment as Usual, KG Kontrollgruppe, ¹ Daten beziehen sich auf Einzelergebnisse,

Evidenz aus Einzelstudien

Lahera et al. (2015) Social Cognition and interaction training (SCIT) for outpatients with bipolar disorder	
Methods	Randomized controlled trial Intervention group (IG): A group based, manualized intervention originally developed for individuals with schizophrenia that is designed to improve emotion perception, attributional style, and theory of mind abilities Control group (CG): Standard follow-up including clinical management and medication by a psychiatrist Duration: 18-24 weeks Patients: people aged 18–65 years with a diagnosis of a bipolar I or schizoaffective disorder receiving regular outpatient treatment (for at least a year) and being within an euthymic phase Exclusion criteria Patients with a Axis I comorbidity (except for nicotine or caffeine dependence), receiving any psychotherapy beyond TAU standard of care, mental retardation (IQ <70), organic brain damage, deafness or difficulty speaking and understanding Spanish
Participants	N=37, Participants were receiving outpatient treatment Participants had diagnosis of a bipolar I (n=28) or II (n=5) or schizoaffective disorder (n=4) according to the DSM-IV-TR; Age (years): IG = 40.6; TAU = 37.4 Duration of illness (years): IG = 13.4; TAU = 13.2
Interventions	IG (N=21): SCIT consisted of three phases: emotional training (definition of emotions, facial expression training, understanding of paranoid symptoms as an emotion); role-play social situations (distinguishing facts from guesses, jumping to conclusions, understanding bad events); and integration of learning. Two SCIT groups were carried out under similar conditions and with the same co-therapists (two experienced psychologists trained in cognitive behavioral therapy). Each group comprised a maximum of 12 patients with each session lasting approximately 60 min. CG (N=16): Standard follow-up including clinical management and medication by a psychiatrist
Outcomes	Social Cognition - Emotion Perception: Face Emotion Identification Task (FEIT), Face Emotion Discrimination Task (FEDT) - Emotion Recognition: Emotion Recognition-40 (ER40) task - Theory of Mind: Hinting Task - Social cognitive biases: Ambiguous Intentions Hostility Questionnaire (AIHQ) Clinical and functional variables - Depression Symptoms: Hamilton Depression Rating Scale (HAMD) - Manic Symptoms: Young Mania Rating Scale (YMRS) - Psychosocial Functioning: Functioning Assessment Short Test (FAST) and Global Assessment of Functioning scale (GAF, DSM-IV)
Results	Measures were assessed by trained raters who were blinded to treatment condition Statistical significant differences in baseline measures: - Hostility Bias scores (AIHQ) were higher in the SCIT group than the TAU group: $t(35)=2.98, p=.005$ - HAMD scores were higher in the SCIT group than in the TAU group: $t(35)=2.70, p=.011$ Statistical significant group differences (post-treatment): - AIHQ: ○ Hostility: F-Test (Group Effect)=7.11, $p<.05$; $\eta_p^2=.18$

○ Blame: F-Test (Group Effect) = 12.84, $p < .01$; $\eta_p^2 = .28$ - ER-40: F-Test (Group Effect)=6.32, $p < .05$; $\eta_p^2 = .16$ - FEDT: F-Test (Group-Effect)=14.47, $p < .01$; $\eta_p^2 = .31$ - FEIT: F-Test (Group Effect)=4.81, $p < 0.5$; $\eta_p^2 = .13$ - Hinting Task: F-Test (Group Effect)=5.19, $p < .05$; $\eta_p^2 = .14$ Non-significant group differences (post-treatment): - AIHQ (Intention) - HAMD - YMRS - GAF - FAST		
Risk of bias		
Bias	Authors' judgement Low – Unclear – high risk	Support for judgement
Random sequence generation (selection bias)	high risk 	Participants were allocated in a 2:1 ratio using a computer-generated list of random numbers. Five subjects were reassigned after randomization (four from SCIT to TAU and one from TAU to SCIT).
Allocation concealment (selection bias)	Unclear risk 	No information concerning the procedure of the allocation concealment
Blinding of participants and personnel (performance bias)	high risk 	The raters were blind to treatment condition, no more information concerning the blinding procedure
Blinding of outcome assessment (detection bias)	Low risk 	The raters were blind to treatment condition
Incomplete outcome data (attrition bias)	Low risk 	No differences were detected between completers and non-completers on any socio-demographic or baseline clinical measures. A maximum likelihood value was imputed for one participant missing baseline HAMD data
Selective reporting (reporting bias)	low risk 	All outcome measures were reported in the analysis.
Other bias (adequate therapy method, treatment fidelity, supervision, training, personal, financial, or any other interests producing bias)	low risk 	-

Hasson-Ohayon 2014		
Social Cognition and Interaction Training: Preliminary Results of and RCT in a Community Setting in Israel		
Methods	Randomized controlled trial Intervention group (IG): Social Cognition and Interaction Training (SCIT) with social mentoring Control group (CG): Social mentoring Duration: Patients: People aged 21-62 years Exclusion criteria Substance use disorder, developmental disability, dementia and age older than 65 years	
Participants	N=55 Participants were required to have a diagnosis in their case record of serious mental illness (schizophrenia, schizoaffective disorder, depression, and bipolar disorder) which yielded at least a 40% disability recognized by a medical committee Participants were fluent in Hebrew Age (years): 38.5 (SD=11.3) Duration of illness (years):	
Interventions	IG (N=34): Social cognition and interaction training (SCIT) is a manualized, group-based intervention that targets impairments in social cognition that are associated with schizophrenia. Although SCIT was initially created and tested among persons with schizophrenia, recent research suggests that it may be beneficial for persons coping with other types of mental illnesses and problems, such as affective disorders and schizotypal personality characteristics Sessions lasted approximately an hour and were held weekly. Additionally, they received two weekly social-mentoring sessions CG (N=21): Social mentoring Social-mentoring service includes three weekly meetings with a mentor to support in vivo efforts by consumers to take practical steps toward achieving personally meaningful goals, for example, organizing their finances, obtaining needed information, filling in forms, and registering for a course. All of the participants received the standard services provided at participating rehabilitation centers and the same social-mentoring service (IG and CG)	
Outcomes	At baseline and about 6 months later, upon completion of the intervention - Social Functioning (assessed with the Social Functioning Scale, SFS) - o Subscales: Social-engagement, interpersonal communication - Emotion Recognition (assessed with the face emotion identification task, FEIT) - Theory of mind (assessed by the faux pas tasks, short version) - Attributional style (assessed by the Ambiguous Intentions Hostility Questionnaire, AIHQ)	
Results	Significant time x group interaction (Improvement of Participant completing SCIT between baseline and post-assessment compared to participants of the control group): - Social Engagement: $F=28.9$, $df=1.53$, $p<.001$, $\eta_p^2=.35$ - Theory of mind: $F=4.6$, $df=1.53$, $p=.037$, $\eta_p^2=.08$ Significant group effects: - Social Engagement: $F=26.4$, $df=1.53$, $p<.001$ Significant time effects: - Emotion Recognition: $F=4.9$, $df=1.53$, $p=.031$ (scores improved significantly from time 1 to time 2 in IG and not in CG)	
Risk of bias		
Bias	Authors' judgement	Support for judgement

<i>Low – Unclear – high risk</i>			
Random sequence generation (selection bias)	Unclear risk		No information concerning the assignment
Allocation concealment (selection bias)	unclear risk		No information concerning the allocation concealment
Blinding of participants and personnel (performance bias)	unclear risk		The clinicians leading the SCIT were not blinded
Blinding of outcome assessment (detection bias)	Unclear risk		No information concerning the blinding of the assessors
Incomplete outcome data (attrition bias)	unclear risk		No information
Selective reporting (reporting bias)	low risk		All outcome measures were considered and reported in the analysis.
Other bias (adequate therapy method, treatment fidelity, supervision, training, personal, financial, or any other interests producing bias)	low risk		Clinicians completed a two-day workshop on SCIT training and were experienced in teaching psychosocial interventions for people with SMI

Chen et al. (2015) Life Adaptation Skills Training (LAST) for persons with depression: A randomized controlled study	
Methods	Randomized controlled trial Intervention group (IG): A manualized intervention program of the "Life Adaptation Skills Training" Part of the contents and concept were from Occupational Therapy Practice Framework, Model of Human Occupation Standardized phone contact procedure Control group (CG): Standardized phone contact procedure Duration: 12 weeks + 3 months follow-up Patients: people aged 21–77 years with a diagnosis of a major depressive disorder of dysthymia Participants were literate and had adequate cognitive capabilities. Exclusion criteria Patients with a Axis I diagnosis as a psychotic disorder, bipolar disorder, substance related disorder, or mental disorder caused by organic factors; patients who refused to random assignment; and individuals who were unwilling to participate in the intervention program were excluded
Participants	N=68 Participants were recruited from psychiatric outpatient clinics in Taipei, Taiwan Participants had a diagnosis of a major depressive disorder (single or recurrent episode), or dysthymia, according to the DSM-IV-TR by psychiatrists; participated in a treatment program at an outpatient clinic and were aged 18 and older During the intervention period, both groups still received their usual care, including the pharmacotherapy and other psychotherapeutic activities Age (years): 48.85 Duration of illness (years): 9.85
Interventions	IG (N=33): Four modules of treatments spanning a total of twenty-four Life Adaptation Skills Training (LAST) group sessions was offered twice a week, with each session lasting approximately 1-1.5 hours, for a total of 12 weeks. The program contents encompass areas covering occupational performance and skills enabling the performance via the practice of skills, education and discussion. They included concept and skills related to "living a balanced and satisfied life", "appraisal of emotional expression", "illness management skills", "interpersonal relationship skills", "stress management skills" etc. The standardized phone-contact procedure delivered to both groups was provided twice a week within 10 minutes duration. The conversation during the phone 9 call would include inquiry of daily routines, vitality status, quality of sleep, mood and social activity participation which aims at conveying the caring component as well as ensuring the sense of connectiveness CG (N=35): Standardized phone contact (24 times)
Outcomes	At baseline and post-treatment and 3 month follow-up Primary outcome measures: - World Health Organization Quality of Life-BREF-Taiwan version Secondary outcome measures: - Occupational self-assessment - Mastery scale - Social support questionnaire - Beck anxiety inventory - Beck depression inventory-II - Beck scale for suicide ideation
Results	Measured after time 1 (pre), time 2 (post), time 3 (follow-up) QOL: Within-group-effects were larger than that of the CG - Overall QOL: $\eta_p^2 = 0.328$, 95% CI [0.0083, 0.5361], n.s. - Overall health: $\eta_p^2 = 0.344$, 95% CI [0.0160, 0.5492], n.s.

	- Physical health: $\eta_p^2 = 0.420$, 95% CI 14 [0.0616, 0.6065], n.s. - Psychological health: $\eta_p^2 = 0.362$, 95% CI [0.0251, 0.5627], n.s. - Level of anxiety: $\eta_p^2 = 0.544$, 95% CI [0.1743, 0.6948], significant zu Zeitpunkt 2 - Level of depression: $\eta_p^2 = 0.380$, 95% CI [0.0354, 0.5764], n.s. - Suicidal ideation: $\eta_p^2 = 0.101$, 95% CI [0.0014, 0.2671], significant zu Zeitpunkt 2 und 3		
Risk of bias			
Bias	Authors' judgement Low – Unclear – high risk		Support for judgement
Random sequence generation (selection bias)	Low risk		Participant were randomly assigned to either the intervention group or the control group based on numbers placed in sealed envelopes
Allocation concealment (selection bias)	Low risk		Participant were randomly assigned to either the intervention group or the control group based on numbers placed in sealed envelopes
Blinding of participants and personnel (performance bias)	High risk		Single blind
Blinding of outcome assessment (detection bias)	Low risk		All assessments were performed by the assessors who were blinded to the treatment group assignment.
Incomplete outcome data (attrition bias)	high risk		There was a higher dropout rate in the intervention group (N=11) in comparison to the control group (N=4) (χ^2 test, $p=0.029$). It was found that the subjects who dropped out of the study not only had more hospitalizations ($p=0.026$), but also were more likely to take their medications on an irregular basis ($p=0.032$) and inconsistently participate in follow-up visits at the outpatient clinic ($p=0.042$) at the beginning of the study. The reasons subjects gave for dropping out of the study included unwillingness to participate in the group sessions, increased physical and economical (transportation costs) burdens, as well as difficulty maintaining the necessary time commitment to participate in the study. On the other hand, the subjects in the control group only needed to receive 5-10 minute phone conversations from the researcher which may explain why the drop-out rate in the control group was lower than that of the experimental group.
Selective reporting (reporting bias)	low risk		All outcome measures were considered in the analysis.
Other bias (adequate therapy method, treatment fidelity, supervision, training, personal, financial, or any other interests producing bias)	unclear risk		Standardisation of the intervention programme unclear. Choice of modules.

Risiko für Bias aus allen identifizierten Einzelstudien

	Random sequence generation (selection bias)	Allocation concealment (selection bias)	Blinding of participants and personnel (performance bias)*	Blinding of outcome assessment (detection bias)	Incomplete outcome data (attrition bias)	Selective reporting (reporting bias)	Other bias
Lahera et al. 2015							
Hasson-Ohayon et al. 2014							
Chan et al. 2015							

*Blinding: Es wurde hier nur die Verblindung der Teilnehmenden bewertet, da keine Verblindung der Behandler:innen im Bereich psychosozialer Therapien möglich ist.

	Niedriges Verzerrungsrisiko
	Unklares Verzerrungsrisiko
	Hohes Verzerrungsrisiko

Ausgeschlossene Arbeiten und Ausschlussgründe

Reviews

Gühne U, Weinmann S, Arnold K, Becker T, Riedel-Heller S. [Social skills training in severe mental illness]. *Psychiatrische Praxis*. 2014 May;41(4):e1-e17. DOI: 10.1055/s-0033-1359873. PMID: 24254422.

Ausschlussgrund: fehlende Aktualität, da Bezug zu Ergebnissen aus 1. Auflage der Leitlinie

Farooq, S., Johal, R. K., Ziff, C., & Naeem, F. (2017). Different communication strategies for disclosing a diagnosis of schizophrenia and related disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (10).

Ausschlussgrund: Intervention

McDonagh, M. S., Dana, T., Kopelovich, S. L., Monroe-DeVita, M., Blazina, I., Bougatsos, C., ... & Selph, S. S. (2022). Psychosocial interventions for adults with schizophrenia: an overview and update of systematic reviews. *Psychiatric Services*, 73(3), 299-312.

Ausschlussgrund: Studiendesign (breiter narrativer Review)

Nagy, E., & Moore, S. (2017). Social interventions: An effective approach to reduce adult depression?. *Journal of affective disorders*, 218, 131-152.

Ausschlussgrund: Population

Öngün, E., Ünsal, G., & Karaca, S. (2022). Meta-analysis of the effect of psychosocial skills training on the quality of life of people with schizophrenia. *Perspectives in Psychiatric Care*.

Ausschlussgrund: Studiendesign (Randomized controlled trials and non-randomized pretest–posttest controlled trials)

Papageorgiou, A., Loke, Y. K., & Fromage, M. (2017). Communication skills training for mental health professionals working with people with severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6).

Ausschlussgrund: Intervention

PILLING, S., BEBBINGTON, P., KUIPERS, E., GARETY, P., GEDDES, J., MARTINDALE, B., MORGAN, C. (2002). Psychological treatments in schizophrenia: II. Meta-analyses of randomized controlled trials of social skills training and cognitive remediation. *Psychological Medicine*, 32(5), 783-791. doi:10.1017/S0033291702005640.

Ausschlussgrund: fehlende Aktualität (aus erster Auflage der Leitlinie)

Riches, S., Pisani, S., Bird, L., Rus-Calafell, M., Garety, P., & Valmaggia, L. (2021). Virtual reality-based assessment and treatment of social functioning impairments in psychosis: a systematic review. *International Review of Psychiatry*, 33(3), 337-362.

Ausschlussgrund: Studiendesign (Beobachtungsstudien und randomisierte kontrollierte Studien)

Smart, E. L., Brown, L., Palmier-Claus, J., Raphael, J., & Berry, K. (2020). A systematic review of the effects of psychosocial interventions on social functioning for middle-aged and older-aged adults with severe mental illness. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 35(5), 449-462.

Ausschlussgrund: Studiendesign (verschiedene Designs)

Tan, B. L., Lee, S. A., & Lee, J. (2018). Social cognitive interventions for people with schizophrenia: a systematic review. *Asian Journal of Psychiatry*, 35, 115-131.

Ausschlussgrund: Studiendesign (nicht ausschließlich RCTs)

Thase, M. E. (2012). Social skills training for depression and comparative efficacy research: A 30-year retrospective. *Behavior Modification*, 36(4), 545-557.

Ausschluss: Studiendesign (Kein syst. Review)

Yeo, H., Yoon, S., Lee, J., Kurtz, M.M. and Choi, K. (2022), A meta-analysis of the effects of social-cognitive training in schizophrenia: The role of treatment characteristics and study quality. *Br J Clin Psychol*, 61: 37-57. <https://doi.org/10.1111/bjc.12320>.

Ausschlussgrund: Studiendesign (kontrolliertes Design, überwiegend quasi-randomisiertes Design)

Hunt GE, et al. (2019) Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019. PMID: 31829430

Ausschlussgrund: Population (spezifisch)/Intervention (breites Spektrum)

Randomized Controlled Trials (Fokus auf Studien, in denen Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung außerhalb des schizophrenen Formenkreises untersucht wurden)

Apurba, S. A. H. A. (2020). *Psychiatric social work intervention and social functioning for people with bipolar affective disorder: a randomized control trial*. *Minerva Psichiatrica*, 61(3), 63-76.

Ausschlussgrund: Intervention

MacKenzie, A. (2014). *Effect of Communication Skills Training for Residents and Nurse Practitioners on Quality of Communication with Patients with Serious Illness: A Randomized Trial*; *Journal of Emergency Medicine*, 46(3).

Ausschlussgrund: Intervention

Knight, M. J., Lyrtzis, E., Fourrier, C., Aboustate, N., Sampson, E., Hori, H., ... & Baune, B. T. (2021). *Psychological training to improve psychosocial function in patients with major depressive disorder: A randomised clinical trial*. *Psychiatry Research*, 300, 113906.

Ausschlussgrund: Population

Anwendung von GRADE: Beurteilung der Vertrauenswürdigkeit der Evidenz zum Training von Fertigkeiten (Alltags- und sozialen Fertigkeiten)

Faktoren, die Vertrauenswürdigkeit in die Evidenz verringern können:

- I. Risiko für Bias
- II. Inkonsistenz (Effekt in Studien gleich bez. Richtung und Stärke)
- III. Indirektheit (Passung Studie und PICO-Frage)
- IV. Ungenauigkeit (Gibt es Unsicherheiten/breite KIs)
- V. Publikationsbias

Summary of findings: Vergleich Training sozial-kognitiver Fertigkeiten vs. herkömmliche Therapie (TAU) oder aktive Kontrolle

Population: Menschen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis

Quelle: Nijman SA, Veling W, van der Stouwe ECD, Pijnenborg GHM. Social Cognition Training for People With a Psychotic Disorder: A Network Meta-analysis. Schizophr Bull. 2020 Sep 21;46(5):1086-1103. doi: 10.1093/schbul/sbaa023. PMID: 32162658; PMCID: PMC7505203.

Endpunkt	Datengrundlage & Messwerte	Effektschätzer (95% CI)	Qualität (Vertrauenswürdigkeit) der Evidenz (RCTs)	Kommentare
Soziale Fertigkeiten	Basierend auf Daten von k. A. Patient:innen aus 25 Studien (bevorzugte Messinstrumente: PSP, UPSA, SFS, GAS, GAF, SAS, SOFAS, DAS)	Cohen's d= 0.82, 95% CI 0.46 bis 1.18	⊕⊕⊕⊖ Moderat ^{a,b,c}	Starker Effekt der Intervention auf die Verbesserung der sozialen Fertigkeiten ggü. der Kontrollbedingung (Unterschied statistisch signifikant) Heterogenität I ² = 100%
Allgemeine Symptomatik	Basierend auf Daten von k. A. Patient:innen aus 24 Studien (bevorzugte Messinstrumente: Positive and Negative Syndrome Scale, Brief Psychiatric Rating Scale, Wing Negative Symptoms Scale)	Cohen's d= 0.44, 95% CI -0.06 bis 0.93	⊕⊕⊖⊖ Gering ^{a,b}	Geringer Effekt der Intervention auf die Verbesserung der allgemeinen Symptomatik ggü. der Kontrollbedingung (Unterschied statistisch nicht signifikant) Heterogenität I ² = 100%

Emotionswahrnehmung	Basierend auf Daten von k. A. Patient:innen aus 31 Studien (bevorzugte Messinstrumente: Bell-Lysaker Emotion Recognition Test, ER-40, FEIT/FEDT)	Cohen's d= 0.68, 95% CI 0.38 bis 0.97	⊕⊕⊕⊖ Gering ^{a,b}	Moderater Effekt der Intervention auf die Verbesserung der Emotionswahrnehmung ggü. der Kontrollbedingung (Unterschied statistisch signifikant) Heterogenität I ² = 100%
Soziale Wahrnehmung	Basierend auf Daten von k. A. Patient:innen aus 9 Studien (bevorzugte Messinstrumente: RAD, (Half-)PONS)	Cohen's d= 1.38, 95% CI 0.41 bis 2.36	⊕⊕⊕⊖ Moderat ^{a,b,c}	Starker Effekt der Intervention auf die Verbesserung der sozialen Wahrnehmung ggü. der Kontrollbedingung (Unterschied statistisch signifikant) Heterogenität I ² = 100%

^aAbstufung um eine Stufe aufgrund von Unklarheiten bei der Bewertung des Risk of Bias; Verwendung des CTAM-Score (Clinical Trials Assessment Measure for Psychological Treatments). Der Median CTAM-Score aller Studien betrug 47.5 (eine adequate methodische Qualität wird ab einem Score von > 65 angenommen. Am häufigsten traten methodische Mängel bei der Beschreibung der Randomisierung und der Verblindung auf.

^bAbstufung um eine Stufe aufgrund von Ungenauigkeit, hohe Heterogenität.

^cHeraufstufung um eine Stufe aufgrund eines starken Effekts.

Summary of findings: Vergleich Training von Alltagsfertigkeiten (TAF) vs. herkömmliche Therapie (TAU) oder supportive Gruppen (sG)

Population: Menschen mit überwiegend Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis

Quelle: Tungpunkom P, Maayan N, Soares-Weiser K. Life skills programmes for chronic mental illnesses. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 1. Art. No.: CD000381. DOI: 10.1002/14651858.CD000381.pub3.

Endpunkt	Datengrundlage & Messwerte	Effektschätzer (95% CI)	Qualität (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz (RCTs))	Kommentare
Alltagsfertigkeiten: Haushaltaktivitäten allg. (nach 12 Wochen) (TAF vs. TAU)	Basierend auf Daten von 10 Patient:innen aus 1 Studie (Royal Edinburgh Occupational Therapy Assessment Form)	Relatives Risiko= 0.24, 95% CI 0.01 bis 4.72	⊕⊕⊕⊕ Sehr gering ^{a,b,c}	Im Hinblick auf die Alltagsfertigkeiten im Allgemeinen war die Intervention der Kontrollbedingung nicht überlegen. (Unterschied statistisch nicht signifikant) Heterogenität I ² = nicht darstellbar
Alltagsfertigkeiten: Küchenaktivitäten (nach 12 Wochen) (TAF vs. TAU)	Basierend auf Daten von 10 Patient:innen aus 1 Studie (Royal Edinburgh Occupational Therapy Assessment Form)	Nicht einschätzbar lt. Studienautoren	⊕⊕⊕⊕ Sehr gering ^{a,b,c}	Im Hinblick auf die Alltagsfertigkeiten (Küchenaktivitäten) war die Intervention der Kontrollbedingung nicht überlegen. (Stat. Signifikanz lt. Autoren der Studie nicht einschätzbar) Heterogenität I ² = nicht darstellbar
Alltagsfertigkeiten: Wäsche waschen (nach 12 Wochen) (TAF vs. TAU)	Basierend auf Daten von 10 Patient:innen aus 1 Studie (Royal Edinburgh Occupational Therapy Assessment Form)	Relatives Risiko= 0.14, 95% CI 0.01 bis 2.38	⊕⊕⊕⊕ Sehr gering ^{a,b,c}	Im Hinblick auf die Alltagsfertigkeiten (Wäsche waschen) war die Intervention der Kontrollbedingung nicht überlegen. (Unterschied statistisch nicht signifikant) Heterogenität I ² = nicht darstellbar
Alltagsfertigkeiten: Selbstpflege (nach 12 Wochen) (TAF vs. TAU)	Basierend auf Daten von 10 Patient:innen aus	Relatives Risiko= 1.0, 95% CI 0.28 bis 3.54	⊕⊕⊕⊕ Sehr gering ^{a,b,c}	Im Hinblick auf die Alltagsfertigkeiten (Selbstpflege) war

	1 Studie (Royal Edinburgh Occupational Therapy Assessment Form)			die Intervention der Kontrollbedingung nicht überlegen. (Stat. Signifikanz lt. Autoren der Studie nicht einschätzbar) Heterogenität I^2 = nicht darstellbar
Allg. Symptomatik (nach 24 Wochen) (TAF vs. TAU)	Basierend auf Daten von 32 Patient:innen aus 1 Studie (PANSS)	Mittlere Differenz= 0, 95% CI - 3.12 bis 3.12	⊕⊕⊕⊕ Sehr gering ^{c,d,e}	Im Hinblick auf die Reduzierung der Symptomatik im Allgemeinen war die Intervention der Kontrollbedingung nicht überlegen. (Unterschied statistisch nicht signifikant) Heterogenität I^2 = nicht darstellbar
Alltagsfertigkeiten: insgesamt (nach 24 Wochen) (TAF vs. sG)	Basierend auf Daten von 158 Patient:innen aus 1 Studie (UCSD Performance-based Skills Assessment – UPSA)	Im Durchschnitt war der Alltagsfertigkeiten-Score in der Interventionsgruppe um 2.5 Punkte niedriger	⊕⊕⊕⊕ Sehr gering ^{a,b,c}	Im Hinblick auf die Alltagsfertigkeiten im Allgemeinen war die Intervention der Kontrollbedingung nicht überlegen. (Unterschied statistisch nicht signifikant) Heterogenität I^2 = nicht darstellbar
Allg. Symptomatik (nach 24 Wochen) (TAF vs. sG)	Basierend auf Daten von 158 Patient:innen aus 1 Studie (PANSS)	Im Durchschnitt war der Allgemeinsymptomatik-Score in der Interventionsgruppe um 2.7 Punkte höher	⊕⊕⊕⊕ Sehr gering ^{a,b,c}	Im Hinblick auf die Reduzierung der Symptomatik im Allgemeinen war die Intervention der Kontrollbedingung nicht überlegen. (Unterschied statistisch nicht signifikant) Heterogenität I^2 = nicht darstellbar

^aHerabstufung um eine Stufe, weil die eine RCT, die Daten zu diesem Ergebnis lieferte, wies eine unklare Sequenzierung und verdeckte Zuteilung auf. Sie war nicht verblindet. Sie war nicht frei von selektiver Berichterstattung und es war unklar, ob sie frei von anderen Verzerrungen war.

^bDie 95 %-Konfidenzintervalle sind sehr breit und schließen sowohl einen signifikanten Nutzen als auch einen Schaden der Intervention ein.

^cNur eine Studie berichtete über dieses Ergebnis.

^dDie eine RCT, die Daten zu diesem Ergebnis lieferte, wies eine unklare Sequenzierung und verdeckte Zuteilung auf. Sie war nicht frei von selektiver Berichterstattung und ging nicht auf unvollständige Daten. Es war unklar, ob die Studie frei von anderen Verzerrungen war.

^eDie 95%-Konfidenzintervalle umfassen sowohl den signifikanten Nutzen als auch den Schaden der Intervention.

Summary of findings: Vergleich Training sozialer Fertigkeiten vs. herkömmliche Therapie (TAU) oder aktive Kontrolle

Population: Menschen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis

Quelle: Turner DT, McGlanaghy E, Cuijpers P, van der Gaag M, Karyotaki E, MacBeth A. A Meta-Analysis of Social Skills Training and Related Interventions for Psychosis. Schizophr Bull. 2018 Apr 6;44(3):475-491. doi: 10.1093/schbul/sbx146. PMID: 29140460; PMCID: PMC5890475.

Endpunkt	Datengrundlage & Messwerte	Effektschätzer (95% CI)	Qualität (Vertrauenswürdigkeit) der Evidenz (RCTs)	Kommentare
Soziale Fertigkeiten (nach k. A.)	Basierend auf Daten von 1.216. Patient:innen aus 17 Studien (bevorzugte Messinstrumente: Global Social Functioning Scale, Maryland Assessment of Social Competence, Personal and Social Performance Scale, Social Functioning Scale)	Hedges $g = 0.326$, 95% CI - 0.079 bis 0.572	⊕⊕⊕⊖ Moderat ^a	Im Hinblick auf Verbesserung der sozialen Fertigkeiten war die Intervention der Kontrollbedingung überlegen (schwacher Effekt). (Unterschied statistisch signifikant) Heterogenität $I^2 = 68\%$
Allgemeine Symptomatik (nach k. A.)	Basierend auf Daten von 341 Patient:innen aus 6 Studien (bevorzugte Messinstrumente: PANSS, BPRS, BSI)	Hedges $g = 0.318$, 95% CI - 0.043 bis 0.594	⊕⊕⊕⊖ Moderat ^b	Im Hinblick auf die Reduzierung der Symptomatik im Allgemeinen war die Intervention der Kontrollbedingung überlegen (schwacher Effekt). (Unterschied statistisch signifikant) Heterogenität $I^2 = 31\%$

^a Herabstufung um eine Stufe aufgrund von Einschränkungen in der Generierung der Randomisierungssequenz.

^b Herabstufung um eine Stufe aufgrund von fehlenden Daten bei der Endpunkterhebung.

Summary of findings: Vergleich Training sozialer Fertigkeiten (TsF) vs. herkömmliche Therapie (TAU) oder aktive Kontrolle (aK)

Population: Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen

Quelle: Almerie MQ, Okba Al Marhi M, Jawoosh M, Alsabbagh M, Matar HE, Maayan N, Bergman H. Social skills programmes for schizophrenia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 6. Art. No.: CD009006. DOI: 10.1002/14651858.CD009006.pub2.

Endpunkt	Datengrundlage & Messwerte	Effektschätzer (95% CI)	Qualität (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz (RCTs))	Kommentare
Soziale Fertigkeiten (nach 8 bis 52 Wochen) (TsF vs. TAU)	Basierend auf Daten von 585 Patient:innen aus 4 Studien (verschiedene Skalen)	<u>Studie 1:</u> n = 112, mittlere Differenz = -1.50, 95% CI -2.39 bis -0.61 <u>Studie 2:</u> n = 143, mittlere Differenz = -10.00, 95% CI -11.35 bis -8.65 <u>Studie 3:</u> n = 143, mittlere Differenz = -16.00, 95% CI -17.04 bis -14.96 <u>Studie 4:</u> n = 67, mittlere Differenz = -6.06, 95% CI -7.17 bis -4.95	⊕⊕⊕⊕ Sehr gering ^{a,b,c,d}	Die vier RCTs, die Daten für diesen Vergleich lieferten, verwendeten unterschiedliche Skalen zur Messung des sozialen Funktionierens, so dass die Daten für diesen Vergleich nicht gepoolt wurden. Heterogenität I ² = nicht darstellbar
Allgemeine Symptomatik (nach 12 Wochen) (TsF vs. TAU)	Basierend auf Daten von 91 Patient:innen aus 1 Studie (BPRS)	Die allgemeine Symptomatik war in der Interventionsgruppe um 4.01 Punkte geringer (7.52 bis 0.5 geringer)	⊕⊕⊕⊕ Sehr gering ^{d,e}	Im Hinblick auf die Reduzierung der Symptomatik im Allgemeinen war die Intervention der Kontrollbedingung überlegen. (Unterschied statistisch signifikant) Heterogenität I ² = nicht darstellbar
Soziale Fertigkeiten (nach 6 Monaten) (TsF vs. aK)	Basierend auf Daten von 63 Patient:innen aus 2 Studien (verschiedene Skalen)	<u>1.Studie:</u> n = 63, mittlere Differenz = -1.10, 95% CI -11.14 bis 8.94 <u>2. Studie:</u> n = 36, mittlere Differenz = 4.60, 95% CI -7.54 bis 16.74	⊕⊕⊕⊕ Sehr gering ^{f,g,h}	Die zwei RCTs, die Daten für diesen Vergleich lieferten, verwendeten unterschiedliche Skalen zur Messung des sozialen Funktionierens, so dass die Daten für diesen Vergleich nicht gepoolt wurden.

				Heterogenität I^2 = nicht darstellbar
Allgemeine Symptomatik (nach 6 Monaten) (TsF vs. aK)	Basierend auf Daten von 99 Patient:innen aus 2 Studien (k. A.)	Mittlere Differenz= 0.22, 95% CI -4.05 bis 4.49	⊕⊕⊕⊕ Sehr gering ^{f,h,i}	Im Hinblick auf die Reduzierung der Symptomatik im Allgemeinen war die Intervention der Kontrollbedingung nicht überlegen. (Unterschied statistisch nicht signifikant) Heterogenität I^2 = 53%

^aRisiko der Verzerrung: sehr ernst. Nur bei einer der Studien wurde eine adäquate Reihenfolge erstellt. Die Verschleierung der Zuweisung war in allen Studien unklar, und keine der Studien war verblindet. Zwei Studien behandelten unvollständige Daten adäquat behandelt und drei Studien waren frei von selektiver Berichterstattung. Bei allen Studien war unklar, ob sie frei von anderen Verzerrungen waren.

^bInkonsistenz: schwerwiegend.

^cUngenauigkeit: sehr schwerwiegend. Die Daten wurden nicht kombiniert, aber für jede einzelne Studie sind die 95%-Konfidenzintervalle um die gepoolte Effektschätzung sehr breit.

^dPublikationsverzerrung: stark vermutet. Weniger als fünf Studien lieferten Daten für dieses Ergebnis.

^eRisiko der Verzerrung: sehr hoch. Die RCT, die Daten zu diesem Ergebnis lieferte, wies eine unklare Zuteilungsverschleierung auf und war nicht verblindet. Es war unklar, ob sie frei von anderen Verzerrungen war.

^fRisiko der Verzerrung: ernst. Nur eine der RCTs wies eine adäquate Sequenzierung und verdeckte Zuteilung auf, beide waren nicht verblindet und unvollständige Daten wurden nicht adäquat behandelt. Nur eine Studie war frei von selektiver Berichterstattung, und es war unklar, ob eine der beiden Studien frei von selektiver Berichterstattung war.

^gUngenauigkeit: schwerwiegend. Die 95 %-Konfidenzintervalle sind sehr breit und schließen sowohl den signifikanten Nutzen als auch den Schaden der Intervention ein.

^hPublikationsverzerrung: stark vermutet. Weniger als drei Studien lieferten Daten zu diesem Ergebnis.

ⁱRisiko der Verzerrung: schwerwiegend. Die RCT, die Daten für dieses Ergebnis lieferte, war nicht verblindet. Es war unklar, ob unvollständige Daten adäquat berücksichtigt wurden und ob die Studie frei von anderen Verzerrungen war.

I) Künstlerische Therapien

Anlage Methodenreport

Bereich: Künstlerische Therapie

Klinisch relevante Fragestellung

Welche Evidenz gibt es für die Wirksamkeit Künstlerischer Therapien (Kunst-, Musik-, Tanz- und Theatertherapie) in der Behandlung schwer psychisch kranker Menschen?

Inwieweit haben sich Künstlerische Therapien in randomisiert kontrollierten Studien hinsichtlich

Recovery-orientierter Indikatoren (klinisch [z.B. Symptomschwere, Erkrankungsrückfälle], funktional [z.B. soziales Funktionsniveau, Teilhabemöglichkeiten], persönlich [z.B. LQ, Empowerment]) als wirksam erwiesen?

Als Kontrollinterventionen werden alle aktiven (Vergleichs-)Interventionen, sowie Wartegruppen-Designs als auch herkömmliche Versorgungsgegebenheiten (Routinebehandlung bzw. -versorgung) betrachtet.

PICO-Schema

Patient(in)	Intervention*	Vergleichsintervention	Outcome	Studiendesign Suchzeitraum
Patient:innen mit schwerer psychischer Erkrankung zwischen 18 und 65 Jahren (Definition lt. LL/Einleitung)	Kunst-, Musik-, Tanz- und Theatertherapie	Alle aktiven (Vergleichs-)Interventionen, sowie Wartegruppen-Designs als auch herkömmliche Versorgungsgegebenheiten (Routinebehandlung- bzw. -versorgung)	Recovery-orientierte Indikatoren (klinisch [z.B. Symptomschwere, Erkrankungsrückfälle], funktional [z.B. soziales Funktionsniveau], persönlich [z.B. LQ, Empowerment]) als wirksam erwiesen?	1.systematische Reviews und Metaanalysen aus RCTs bis 04.03.2024

Systematische Literaturrecherche

Suchprotokolle

Database:

EBM Reviews - Cochrane Database of Systematic Reviews <2005 to February 28, 2024>

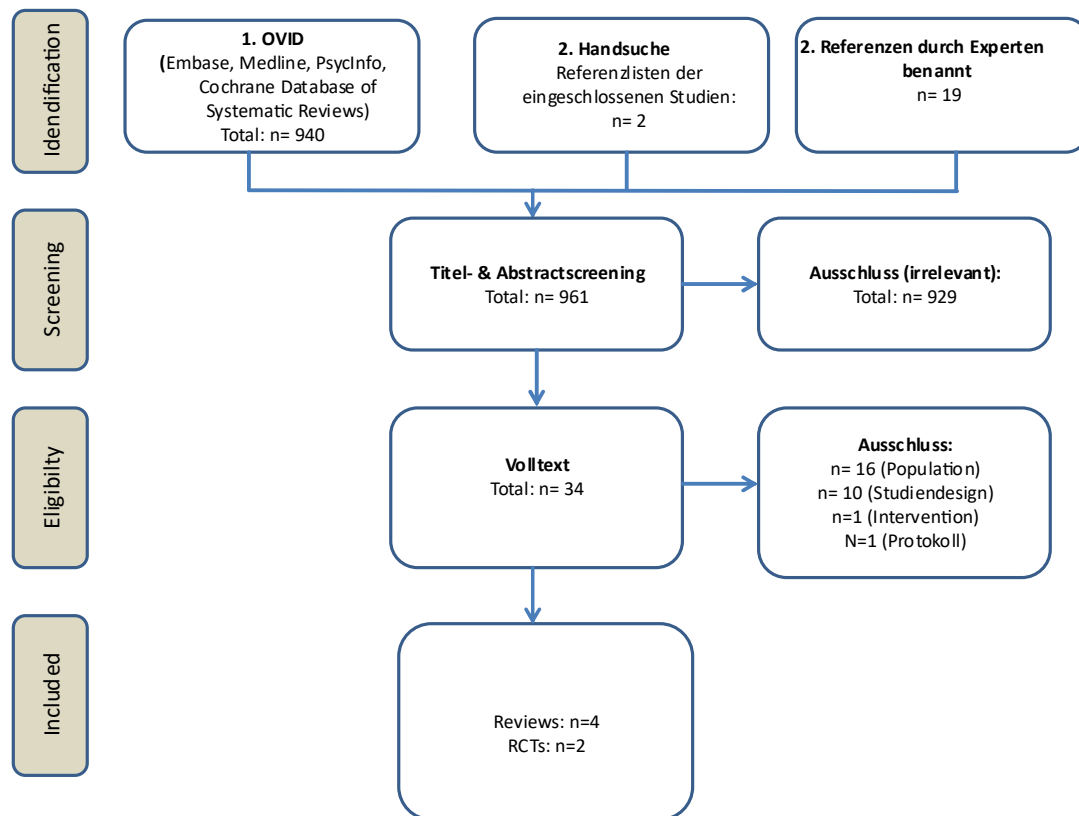
Embase <1974 to 2024 Week 09>

Ovid MEDLINE(R) ALL <1946 to March 01, 2024>

APA PsycInfo <1806 to February Week 5 2024>

#	Query	Results from 4 Mar 2024
1	((serious* or sever*) and mental* and disorder*).ab,ti.	131,233
2	((serious* or sever*) and mental* and illness).ab,ti.	69,773
3	((serious* or sever*) and psychiatric and disorder*).ab,ti.	115,402
4	((serious or sever*) and mental and health and problems).ab,ti.	35,784
5	(depression or (depressive and disorder) or (severe and affective and disorder)).ab,ti.	1,387,846
6	(schizophrenia or psychotic* or paranoid or schizophrenic* or psychosis).ab,ti.	634,764
7	((bipolar and disorder*) or (bipolar and affective and disorder*) or (manic and depression) or (bipolar and depression)).ab,ti.	157,116
8	((personality and disorder*) or (borderline and personality and disorder*)).ab,ti.	136,185
9	*schizophrenia/	305,353
10	*depression/	283,090
11	*bipolar disorder/	95,693
12	(systematic and (review or search*)).ab,ti.	889,190
13	((meta and analysis) or metaanaly* or (meta and analy*) or (scoping and review)).ab,ti.	806,840
14	*"systematic review"/	12,154
15	*meta analysis/	18,468
16	((art* or painting* or drawing* or creative* or projective* or craft) and (therap* or intervention)).ab,ti.	1,506,119
17	((drama* or play* or story* or improvisation* or fairy* or theat* or ritual* or myth* or role-play*) and (therap* or intervention)).ab,ti.	795,437
18	(music and (therap* or intervention)).ab,ti.	24,259
19	((danc* or body or action or activ or express*) and (therap* or intervention)).ab,ti.	2,220,138
20	*art therapy/	9,281
21	1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11	2,278,345
22	12 or 13 or 14 or 15	1,297,520
23	16 or 17 or 18 or 19 or 20	3,919,877
24	21 and 22 and 23	12,625
25	remove duplicates from 24	7,940
26	25 and 2015:2024.(sa_year).	940

Flow-Diagramm eingeschlossener Arbeiten



PRISMA Flow-Diagramm: Künstlerische Therapien

Evidenzgrundlage

- Ältere internationale Leitlinie des National Institute for Health and Clinical Excellence zur Behandlung der Schizophrenie von 2009 bzw. 2014 und die schottische Leitlinie zum Management of Schizophrenia aus 2013,
- 4 ältere Übersichtsarbeiten der Cochrane Collaboration sowie 4 Übersichtsarbeiten (Künstlerische Therapien, Musiktherapie, Kunsttherapie) aus der aktualisierten Recherche zur 3. Auflage
- Einzelstudien: 5 weitere RCTs zur Musiktherapie, 2 relevante RCTs zur Kunsttherapie und 4 weitere RCTs zur Tanz- und Bewegungstherapie (2 RCTs davon neu identifiziert).

Tabelle: Übersicht aggregierter Evidenz zur Wirksamkeit Künstlerischer Therapien

Therapieform	Autoren Jahr	Anzahl eingeschlossener Studien	Patienten Diagnosen Anzahl (N)	Länge der Behandlung	Länge des Follow-Up
Künstlerische Therapien	NICE 2009	6 RCTs ²⁶	Schizophrenie SMI N=382	5-20 Wochen	Bis zu 6 Monaten
	Laws & Conway 2019 NEU	9 RCTs ²⁷	Schizophrenie N=948	Bis zu 12 Wochen	Behandlungsende
Musiktherapie	Geretsegger et al. 2017 NEU	18 RCTs ²⁸	Schizophrenie SMI N=1.215	1 bis 9 Monate	Medium term: 3 bis 6 Monate
	Jia et al. 2020 ²⁹ NEU	14 RCTs 4 Nicht-RCTs	Schizophrenie N=1.212	7 bis 120 Sitzungen	Behandlungsende
Kunsttherapie	Ruddy & Milnes 2005	2 RCTs ³⁰	Schizophrenie SMI N=137	12-20 Wochen	6 bis 9 Monate
	Ruiz et al. 2017 NEU	4 RCTs ³¹	Schizophrenie SMI N=612	6 Wochen bis 1 Jahr	bis zu 24 Monaten
Dramatherapie	Ruddy & Dent-Brown 2007	5 RCTs ³²	Schizophrenie SMI N=210	4-22 Wochen	Behandlungsende
Tanztherapie	Ren & Xia 2013	1 RCT ³³	Schizophrenie SMI N=45	10 Wochen	4 Monate
	Mekums et al. 2015*	Röhrich 2013	Depression N=31	10 Wochen	Behandlungsende

²⁶ Green 1987, Richardson 2007, Röhrich 2006, Talwar 2006, Ulrich 2007, Yang 1998

²⁷ Yang 1998, Röhrich 2006, Ulrich 2007, Richardson 2007, Talwar 2008, Crawford 2010, Montag 2014, Lee 2015, Priebe 2016

²⁸ Ceccato et al. 2009, Cha et al. 2012, Chang et al. 2013, Fu et al. 2013, Gold et al. 2013, He et al. 2005, Li et al. 2007a, Liu et al. 2013, Lu et al. 2013, Mao et al. 2013, Mohammadi et al. 2012, Qu et al. 2012, Talwar et al. 2006, Tang et al. 1994, Ulrich et al. 2007, Wang et al. 2013, Wen et al. 2005, Yang et al. 1998

²⁹ Han et al. 2014, He et al. 2017, Jia et al. 2018, Li et al. 2007, Lu et al. 2013, Peng et al. 2010, Tang et al. 1994, Wen et al. 2005, Yan et al. 2018, Yang et al. 1998, Yin et al. 2019, Jeon et al. 2017, Lee et al. 2014, Ulrich et al. 2007, Talwar et al. 2006, Hayashi et al. 2002, Morgan et al. 2011, Volpe et al. 2018

³⁰ Green 1987, Richardson 2007

³¹ Richardson 2007, Montag 2014, Crawford 2010, 2012, Leurent 2014, Borchers 1985, Jones 1998, Green 1987

³² Zhou 2002, Qu 2000, Whetstone 1986, Gutridge 1973, Nitsun 1974

³³ Röhrich & Priebe 2006

Erläuterungen: RCTs Randomisierte kontrollierte Studien, SMI schwere psychische Erkrankungen, *Extraktion relevanter Primärstudien

Zitierungen

Neu identifizierte Reviews³⁴:

Jia R, Liang D, Yu J, Lu G, Wang Z, Wu Z, Huang H, Chen C. The effectiveness of adjunct music therapy for patients with schizophrenia: A meta-analysis. *Psychiatry Res.* 2020 Nov;293:113464. doi: 10.1016/j.psychres.2020.113464.

Ruiz MI, Aceituno D, Rada G. Art therapy for schizophrenia? *Medwave.* 2017 Jan 19;17(Suppl1):e6845. Spanish, English. doi: 10.5867/medwave.2017.6845

Laws KR, Conway W. Do adjunctive art therapies reduce symptomatology in schizophrenia? A meta-analysis. *World J Psychiatry.* 2019 Dec 19;9(8):107-120. doi: 10.5498/wjp.v9.i8.107

Geretsegger, Monika; Mössler, Karin A.; Bieleninik, Łucja; Chen, Xi-Jing; Heldal, Tor Olav; Gold, Christian (2017): Music therapy for people with schizophrenia and schizophrenia-like disorders. In: The Cochrane database of systematic reviews 5 (5), CD004025. DOI: 10.1002/14651858.CD004025.pub4.

Neu identifizierte RCTs:

Gökçen, Arif; Ekici, Gamze; Abaoğlu, Hatice; Tiryaki Şen, Duygu (2020): The healing effect of goal-oriented dance and movement therapy in schizophrenia: A rater-blinded randomized controlled trial. In: *The Arts in Psychotherapy* 71, S. 101702. DOI: 10.1016/j.aip.2020.101702.

Bryl, Karolina; Bradt, Joke; Cechnicki, Andrzej; Fisher, Kathleen; Sossin, K. Mark; Goodill, Sharon (2022): The role of dance/movement therapy in the treatment of negative symptoms in schizophrenia: a mixed methods pilot study. In: *Journal of mental health* (Abingdon, England) 31 (5), S. 613–623. DOI: 10.1080/09638237.2020.1757051.

³⁴ Ausführlich dargestellt und bewertet wird hier lediglich neu identifizierte Evidenz. Für ältere Arbeiten sind die Leitlinienreporte der Vorversionen der Leitlinie zu nutzen.

Extraktionsbögen der aktuellen eingeschlossenen systematischen Reviews

Titel	The effectiveness of adjunct music therapy for patients with schizophrenia: A meta-analysis
Autoren	Ruiying Jia, Dandan Liang, Jingfen Yu, Guangli Lu, Zihui Wang, Zhen Wu, Haitao Huang, Chaoran Chen
Jahr	– 2020
Journal	– Psychiatry Research
Fragestellung / Zielsetzung	– Die Arbeit untersucht die Wirkung von ergänzender Musiktherapie bei Personen mit Schizophrenie auf unterschiedliche Outcomes wie bspw. negative bzw. positive Symptomatik.
Design	– Systematischer Review mit Meta-Analyse
Datenbanken	– CNKI, PubMed, EMBASE, Cochrane Library, PsycINFO, Web of Science, Psychology and behavioural Sciences Collection, and Medline
Zeitraum	– von Beginn einer jeweiligen Datenbank bis Januar 2020
Eingeschlossene Studientypen	– randomisierte kontrollierte Studien (n=14) und kontrollierte Studien (n=4)
Autoren eingeschlossener Arbeiten (nur RCTs)	n=14: – Lu et al. 2013 – Peng et al. 2010 – Ulrich et al. 2007 – Tang et al. 1994 – Talwar et al. 2006 – Jia et al. 2018 – Yin et al. 2019 – Han et al. 2014 – Wen et al. 2005 – Yan et al. 2018 – Yang et al. 1998 – HJ Lee et al. 2014 – Volpe et al. 2018 – Li et al. 2007
weitere relevante Einschlusskriterien	– keine Sprach- oder Zeitfilter
relevante Ausschlusskriterien	–
Qualitätsbewertung durchgeführt	– Ja (Jadad Score)

Für welche Patienten / Subgruppen Aussagen getroffen?	– nach Studiendesign (RCT vs. non RCT) – Dauer der Intervention (< 3 months vs. > 3 months)
Gemessene Outcomes	– total symptoms, negative symptoms, positive symptoms, depression symptoms and quality of life.
Ergebnisse (nur RCTs)	<u>Allgemein:</u> Verteilung nach Ländern: – China (n=10), Deutschland (n=1), Großbritannien (n=1), Südkorea (n=1), Italien (n=1) Anzahl Teilnehmer: – n= 1.012 (Min. 20/Max. 133) Dauer der Interventionen (Spannweite): – 2 Wochen bis 7,5 Monate Interventionsgruppe: – Gruppenmusiktherapie (n=8) – (Individual-) Musiktherapie (n=6) Vergleichs-/Kontrollgruppe: – medikamentöse Therapie (n=7) – Herkömmliche Therapie (n=4) – Warteliste (n=1) – sonstiges (n=2) Nach Studiendesign (wenn nur Ergebnisse von RCTs ausgewertet wurden) <u>ergänzende Musiktherapie vs. Kontrollgruppen</u> Symptomatik (total; n=10): – stat. signifikante Unterschiede zwischen einer ergänzenden Musiktherapie und der Kontrollgruppe, wenn ausschließlich die Ergebnisse von RCTs berücksichtigt wurden (SMD = -0.48, 95% CI: -0.8 to -0.17, p = 0.003, I²=78%) Symptomatik (positiv; n=8): – keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen einer ergänzenden Musiktherapie und der Kontrollgruppe, wenn ausschließlich die Ergebnisse von RCTs berücksichtigt wurden (SMD = -0.24, 95% CI: -0.61 to 0.13, p = 0.2, I²=79%) Symptomatik (negativ; n=11): – stat. signifikante Unterschiede zwischen einer ergänzenden Musiktherapie und der Kontrollgruppe, wenn ausschließlich die Ergebnisse von RCTs berücksichtigt wurden (SMD = -0.61, 95% CI: -0.8 to -0.42, p < 0.001, I²=38%)
Bemerkungen	– Aufgrund der heterogenen Studienpopulationen und der fehlenden Langzeitergebnisse sind die dargestellten (positiven) Resultate eingeschränkt zu bewerten.

Titel	Do adjunctive art therapies reduce symptomatology in schizophrenia? A meta-analysis
Autoren	Keith R Laws, William Conway
Jahr	– 2019
Journal	– World Journal of Psychiatry
Fragestellung / Zielsetzung	– Die Arbeit untersucht die Auswirkungen von künstlerischen Therapien bei Personen mit Schizophrenie (und anderen Populationen) auf die Symptomatik (negativ Symptomatik).
Design	– Systematischer Review mit Meta-Analyse
Datenbanken	– PubMed und Scopus
Zeitraum	– von 2008 bis Mai 2019
Eingeschlossene Studientypen	– randomisierte kontrollierte Studien (n=9)
Autoren eingeschlossener Arbeiten	n=9: – Yang et al., 1998 – Röhricht et al., 2006 – Ulrich et al., 2007 – Richardson et al., 2007 – Talwar et al., 2008 – Crawford et al., 2010 – Montag et al., 2014 – Lee et al., 2015 – Priebe et al., 2016
weitere relevante Einschlusskriterien	– k. A.
relevante Ausschlusskriterien	– k. A.
Qualitätsbewertung durchgeführt	– Ja (Cochrane Risk of bias Tool)
Für welche Patienten / Subgruppen Aussagen getroffen?	– k. A.
Gemessene Outcomes	– Symptomatik
Ergebnisse (nur RCTs zu Schizophrenie)	<u>Allgemein:</u> Verteilung nach Ländern: – k. A. Anzahl Teilnehmer:

- gesamt n= 948 (Min. 35/Max. 277)

Dauer der Interventionen (Spannweite):

- k. A.

Interventionsgruppe:

- Musiktherapie (n=3)
- Kunsttherapie (n=3)
- Körper-orientierte Psychotherapie (n=2)
- sonstiges (n=1)

Vergleichs-/Kontrollgruppe:

- Herkömmliche Therapie (n=6)
- aktive Kontrollgruppe (n=3)

Künstlerische Therapie vs. Kontrollgruppe

Symptomatik (Total; n=6):

- keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen einer künstlerischen Therapie und der Kontrollgruppe ($g = -0.27$, 95% CI -0.60 to 0.05, $P = 0.10$)

Symptomatik (positive; n=6):

- keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen einer künstlerischen Therapie und der Kontrollgruppe ($g = -0.10$, 95%CI -0.34 to 0.15, $P = 0.44$)

Symptomatik (negativ; n=9):

- stat. signifikante Unterschiede zwischen einer künstlerischen Therapie und der Kontrollgruppe ($g = -0.42$, 95%CI -0.70 to -0.14, $P = 0.004$)

Bemerkungen

Die Meta-Analyse ergab zudem, dass die Verringerung der Negativsymptome vorwiegend in Studien mit einem größeren Anteil an Frauen und in Studien mit jüngeren Patienten auftraten. Darüber hinaus wurde festgestellt, dass die Verringerung der Negativsymptome mittels Kunsttherapien jedoch nicht in Studien auftrat, die eine verblindete Bewertung der Ergebnisse verwendeten.

Titel		Art therapy for schizophrenia?	
Autoren		María Isabel Ruiz, David Aceituno, Gabriel Rada	
Jahr		– 2017	
Journal		– Medwave	
Fragestellung / Zielsetzung		– Die Arbeit untersucht die Effektivität von Künstlerischen Therapien auf die Schwere der Symptomatik, die Funktionalität und die Lebensqualität bei Personen mit einer Schizophrenie.	
Design		– Systematischer Review	
Datenbanken		– Epistemonikos Datenbank (beinhaltet: Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR), Pubmed, EMBASE, CINAHL, PsycINFO, LILACS, Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE), The Campbell Collaboration online library, JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports, EPPI-Centre Evidence Library)	
Zeitraum		– k. A.	
Eingeschlossene Studientypen		– systematische Reviews (n=5) und randomisierte kontrollierte Studien (RCTs) (n=4)	
Autoren eingeschlossener Arbeiten		Systematische Reviews n=5:	RCTs n=4 (8 Referenzen):
		– Apotsos P et al. 2012	– Richardson P et al. 2007
		– Attard A, et al. 2016	– Montag C et al. 2014
		– Maujean A, et al. 2014	– Crawford MJ et al.
		– Ruddy R, et al. 2005	2012/2010; Leurent B et al.
		– Van Lith T et al. 2016	2014
			– Green BL et al. 1987
			– Borchers KK et al. 1985
			– Jones K et al. 1998
weitere relevante Einschlusskriterien		– k. A	
relevante Ausschlusskriterien		– k. A	
Qualitätsbewertung durchgeführt		– nein	
Für welche Patienten / Subgruppen Aussagen getroffen?		– k. A.	
Gemessene Outcomes		– Effectiveness (Scale for the Assessment of Negative Symptoms [SANS], Brief Psychiatric Rating Scale [BPRS], Brief Symptom Inventory [BSI], scales of social functioning and quality of life (QoL))	
		– Acceptability	
Ergebnisse		<u>Allgemein:</u> Verteilung nach Ländern:	

- k. A.

Anzahl Teilnehmer:

- n= 612 (Min. k. A. /Max. k. A.)

Dauer der Interventionen (Spannweite):

- 6 Wochen bis 12 Monate

Interventionsgruppen:

- Art therapy/psychodynamic art therapy (n=4)

Vergleichs-/Kontrollgruppen:

- Herkömmliche Therapie (n=3)
- aktive Kontrollgruppe (n=1)

Ausgewählte Ergebnisse (schon in 2. Auflage der LL enthalten)

Ergebnisse von Montag et al. 2014

SAPS (Scale for the assessment of positive symptoms)

- stat. signifikante Unterschiede zwischen einer Kunsttherapie und der Kontrollgruppe (F=6.960; $p < 0.05$)

SANS (Scale for the assessment of negative symptoms)

- stat. signifikante Unterschiede zwischen einer Kunsttherapie und der Kontrollgruppe (F=7.820; $p < 0.01$)

CDSS (Calgary depression scale for schizophrenia)

- keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen einer Kunsttherapie und der Kontrollgruppe (F=0.372; $p < k. A.$)

GAF (Global assessment of functioning)

- stat. signifikante Unterschiede zwischen einer Kunsttherapie und der Kontrollgruppe (F=5.005; $p < 0.05$)

LEAS-self (Levels of Emotional Awareness Scale)

- keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen einer Kunsttherapie und der Kontrollgruppe (F=2.129; $p < k. A.$)

LEAS-other (Levels of Emotional Awareness Scale)

- stat. signifikante Unterschiede zwischen einer Kunsttherapie und der Kontrollgruppe (F=5.632; $p < 0.05$)

RME (Reading the Mind in the Eyes Test)

- keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen einer Kunsttherapie und der Kontrollgruppe (F=0.653; $p < k. A.$)

FKK SKI (sum score self-efficacy)

- keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen einer Kunsttherapie und der Kontrollgruppe (F=1.646; $p < k. A.$)

FKK PC (sum score externality)

- keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen einer Kunsttherapie und der Kontrollgruppe (F=0.782; $p < k. A.$)

MSQoL (Modular system for quality of life)

- keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen einer Kunsttherapie und der Kontrollgruppe (F=0.098; $p < k. A.$)

ZUF 8 (satisfaction with care)

- keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen einer Kunsttherapie und der Kontrollgruppe ($F=1.522$; $p < k. A.$)

Ergebnisse von Crawford et al. 2012

GAF (Global assessment of functioning):

- keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen einer Kunsttherapie und der Kontrollgruppe ($MD = -0.9$; $[95\% (CI) = -3.8 \text{ to } 2.1]$, $p = 0.57$)

PANSS:

- keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen einer Kunsttherapie und der Kontrollgruppe ($MD = 0.7$; $[95\% (CI) = -3.1 \text{ to } 4.6]$, $p = 0.71$)

Bemerkungen

In der umfangreichen Suche konnten keine weiteren Studien identifiziert, die nicht schon bekannt und in der LL eingeschlossen waren. Die Arbeit von Ruiz zeigt auf, dass es keine neue Evidenz gibt; hat aber selbst deutliche Schwächen, um ausreichend bewertet zu werden.

Titel	Music therapy for people with schizophrenia and schizophrenia-like disorders (Review)
Autoren	Geretsegger M, Mössler KA, Bieleninik Ł, Chen XJ, Haldal TO, Gold C
Jahr	– 2017
Journal	– Cochrane Database of Systematic Reviews
Fragestellung / Zielsetzung	– Die Arbeit untersucht die Wirkung von ergänzender Musiktherapie (zur Standardtherapie) bei Personen mit Schizophrenie auf unterschiedliche Outcomes wie bspw. negative bzw. positive Symptomatik.
Design	– Systematischer Review mit Meta-Analyse
Datenbanken	– Cochrane Schizophrenia Group's Trials Study-Based Register – supplemented this by contacting relevant study authors, handsearching of music therapy journals and manual searches of reference lists
Zeitraum	– Dezember 2010 bis Januar 2015
Eingeschlossene Studientypen	– randomisierte kontrollierte Studien (n=18)
Autoren eingeschlossener Arbeiten	n=18: – Ceccato et al. 2009 – Cha et al. 2012 – Chang et al. 2013 – Fu et al. 2013 – Gold et al. 2013 – He et al. 2005 – Li et al. 2007a – Liu et al. 2013 – Lu et al. 2013 – Mao et al. 2013 – Mohammadi et al. 2012 – Qu et al. 2012 – Talwar et al. 2006 – Tang et al. 1994 – Ulrich et al. 2007 – Wang et al. 2013 – Wen et al. 2005 – Yang et al. 1998
weitere relevante Einschlusskriterien	–
relevante Ausschlusskriterien	–
Qualitätsbewertung durchgeführt	– Ja (Risk of bias tool)

Für welche Patienten / Subgruppen Aussagen getroffen?	– nein
Gemessene Outcomes	Primary: – Global state, Mental state, Functioning Secondary: – Leaving the study early, Service outcomes, Behaviour, Adverse effects/event, Engagement with services, Satisfaction with treatment, Quality of life, Economic outcomes
Ergebnisse (nur RCTs)	<u>Allgemein:</u> Verteilung nach Ländern: – China (n=10), Deutschland (n=1), Großbritannien (n=1), Südkorea (n=1), Italien (n=1) Anzahl Teilnehmer: – n= 1.215 (Min. 30/Max. 96) Dauer der Interventionen (Spannweite): – 1 bis 9 Monate Interventionsgruppe: – Gruppenmusiktherapie (n=14) – Individualmusiktherapie (n=2) – Individual- und Gruppenmusiktherapie (n=2) Vergleichs-/Kontrollgruppe: – Herkömmliche Therapie (n=18) Ergebnisse <u>ergänzende Musiktherapie vs. Kontrollgruppen</u> Global state – kurzfristige Effekte (n=1): – keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen einer ergänzenden Musiktherapie und der Kontrollgruppe (RR 0.82 95% CI (0.55 to 1.24); Z=0.94 (P=0.35); I²=100%) Global state – mittelfristige Effekte (n=2): – stat. signifikante Unterschiede zwischen einer ergänzenden Musiktherapie und der Kontrollgruppe (RR 0.38 95% CI (0.24 to 0.59); Z=4.31(P<0.0001); I²=92.3%) Mental state - kurzfristige Effekte (general PANSS; n=1): – stat. signifikante Unterschiede zwischen einer ergänzenden Musiktherapie und der Kontrollgruppe (RR -0.69 95% CI (-1.16 to -0.23); Z=2.91(P=0); I²= Not applicable) Mental state - mittelfristige Effekte (general PANSS; n=2): – stat. signifikante Unterschiede zwischen einer ergänzenden Musiktherapie und der Kontrollgruppe (RR -0.97 95% CI (-1.31 to -0.63); Z=5.6 (P<0.0001); I²=91.5%) Mental state - langfristige Effekte (general PANSS; n=1):

- stat. signifikante Unterschiede zwischen einer ergänzenden Musiktherapie und der Kontrollgruppe (RR -3.41 95% CI (-4.07 to -2.76); Z=10.19 (P<0.0001); I²= Not applicable)

Mental state - kurzfristige Effekte (general BPRS; n=1)

- **keine** stat. signifikanten Unterschiede zwischen einer ergänzenden Musiktherapie und der Kontrollgruppe (RR 0.27 95% CI (-0.45 to 0.99); Z=0.73 (P=0.47); I²= Not applicable)

Mental state - mittelfristige Effekte (general BPRS; n=1)

- stat. signifikante Unterschiede zwischen einer ergänzenden Musiktherapie und der Kontrollgruppe (RR -1.25 95% CI (-1.77 to -0.73); Z=4.73 (P<0.0001); I²=100%)

Mental state - kurzfristige Effekte (SANS negativ; n=5)

- stat. signifikante Unterschiede zwischen einer ergänzenden Musiktherapie und der Kontrollgruppe (RR -0.5 95% CI (-0.73 to -0.27); Z=4.24 (P<0.0001); I²= 67.07%)

Mental state - mittelfristige Effekte (SANS negativ; n=3)

- stat. signifikante Unterschiede zwischen einer ergänzenden Musiktherapie und der Kontrollgruppe (RR -0.55 95% CI (-0.87 to -0.24); Z=3.5 (P=0); I²=88,67%)

Mental state - kurzfristige Effekte (SAPS positiv; n=1)

- **keine** stat. signifikanten Unterschiede zwischen einer ergänzenden Musiktherapie und der Kontrollgruppe (RR -0.18 95% CI (-0.6 to 0.24); Z=0.85 (P=0.39); I²= Not applicable)

Mental state - kurzfristige Effekte (SDS specific Depression; n=2)

- stat. signifikante Unterschiede zwischen einer ergänzenden Musiktherapie und der Kontrollgruppe (RR -0.63 95% CI (-1.06 to -0.21); Z=2.91 (P=0); I²= 0 %)

Mental state - kurzfristige Effekte (Ham-D specific Depression; n=1)

- **keine** stat. signifikanten Unterschiede zwischen einer ergänzenden Musiktherapie und der Kontrollgruppe (RR -0.52 95% CI (-1.25 to 0.21); Z=1.4 (P=0.16); I²= Not applicable)

Mental state - kurzfristige Effekte (CDSS specific Depression; n=1)

- stat. signifikante Unterschiede zwischen einer ergänzenden Musiktherapie und der Kontrollgruppe (RR -0.73 95% CI (-1.2 to -0.26); Z=3.06 (P=0); I²= Not applicable)

Mental state - kurzfristige Effekte (SAS specific Anxiety; n=1)

- stat. signifikante Unterschiede zwischen einer ergänzenden Musiktherapie und der Kontrollgruppe (RR -0.61 95% CI (-1.13 to -0.09); Z=2.31 (P=0.02); I²= Not applicable)

Functioning - kurzfristige Effekte (general GAF; n=1)

- **keine** stat. signifikanten Unterschiede zwischen einer ergänzenden Musiktherapie und der Kontrollgruppe (RR 0.08 95% CI (-0.47 to 0.62); Z=0.28 (P=0.78); I²=100.0%)

Functioning - mittelfristige Effekte (general GAF; n=2)

- **keine** stat. signifikanten Unterschiede zwischen einer ergänzenden Musiktherapie und der Kontrollgruppe (RR -0.19 (95% CI -0.56 to 0.18); Z=1.02(P=0.31); I²=0%)

Functioning - mittelfristige Effekte (general IADL; n=1)

- stat. signifikante Unterschiede zwischen einer ergänzenden Musiktherapie und der Kontrollgruppe (RR -1.2 95% CI (-1.65 to -0.75); Z=5.22 (P<0.0001); I²=Not applicable)

Functioning - langfristige Effekte (general IADL; n=1)

- stat. signifikante Unterschiede zwischen einer ergänzenden Musiktherapie und der Kontrollgruppe (RR -1.8 95% CI (-2.29 to -1.3); Z=7.15 (P<0.0001); I²=Not applicable)

Functioning - kurzfristige Effekte (social SDSS; n=1)

- stat. signifikante Unterschiede zwischen einer ergänzenden Musiktherapie und der Kontrollgruppe (RR -1.25 95% CI (-1.94 to -0.57); Z=3.59 (P=0); I²=Not applicable)

Functioning - mittelfristige Effekte (social SDSS; n=2)

- stat. signifikante Unterschiede zwischen einer ergänzenden Musiktherapie und der Kontrollgruppe (RR -0.72 95% CI (-1.04 to -0.4); Z=4.37 (P<0.0001); I²=Not applicable)

Functioning - langfristige Effekte (social SDSS; n=1)

- stat. signifikante Unterschiede zwischen einer ergänzenden Musiktherapie und der Kontrollgruppe (RR -0.56 95% CI (-0.98 to -0.14); Z=2.61 (P<0.01); I²=Not applicable)

Functioning - mittelfristige Effekte (attention PASAT; n=1)

- stat. signifikante Unterschiede zwischen einer ergänzenden Musiktherapie und der Kontrollgruppe (RR 0.72 95% CI (0.22 to 1.21); Z=2.82 (P=0); I²=Not applicable)

Functioning - mittelfristige Effekte (vigilance and attention CCPT; n=1)

- **keine** stat. signifikanten Unterschiede zwischen einer ergänzenden Musiktherapie und der Kontrollgruppe (RR 0.25 95% CI (-0.23 to 0.74); Z=1.03 (P=0.3); I²=Not applicable)

Functioning - mittelfristige Effekte (memory WMS; n=1)

- **keine** stat. signifikanten Unterschiede zwischen einer ergänzenden Musiktherapie und der Kontrollgruppe (RR 0.43 95% CI (-0.06 to 0.92); Z=1.73 (P=0.08); I²=Not applicable)

Functioning - kurzfristige Effekte (memory CMT; n=1)

- stat. signifikante Unterschiede zwischen einer ergänzenden Musiktherapie und der Kontrollgruppe (RR 0.58 95% CI (0.06 to 1.09); Z=2.18 (P=0.03); I²=Not applicable)

Functioning - mittelfristige Effekte (abstract thinking BCST; n=1)

- **keine** stat. signifikanten Unterschiede zwischen einer ergänzenden Musiktherapie und der Kontrollgruppe (RR 0.09 95% CI (-0.39 to 0.58); Z=0.38 (P=0.7); I²=Not applicable)

Functioning - kurzfristige Effekte (abstract thinking WCST-Cc; n=2)

- **keine** stat. signifikanten Unterschiede zwischen einer ergänzenden Musiktherapie und der Kontrollgruppe (RR -0.02 95% CI (-0.07 to 0.03); Z=0.85 (P=0.4); I²=0%)

Functioning - mittelfristige Effekte (abstract thinking WCST-Cc; n=1)

- stat. signifikante Unterschiede zwischen einer ergänzenden Musiktherapie und der Kontrollgruppe (RR 1.18 95% CI (0.33 to 2.03); Z=7.68 (P=0.01); I²=Not applicable)

Quality of life - kurzfristige Effekte (genera GWBI; n=1)

- stat. signifikante Unterschiede zwischen einer ergänzenden Musiktherapie und der Kontrollgruppe (RR 1.82 95% CI (1.27 to 2.38); Z=6.45 (P<0.0001); I²=Not applicable)

Quality of life - kurzfristige Effekte (specific mental health SPG; n=1)

- **keine** stat. signifikanten Unterschiede zwischen einer ergänzenden Musiktherapie und der Kontrollgruppe (RR 0.05 95% CI (-0.66 to 0.75); Z=0.13 (P=0.9); I²=Not applicable)

Quality of life - kurzfristige Effekte (Perceived social support SSQ; n=1)

- stat. signifikante Unterschiede zwischen einer ergänzenden Musiktherapie und der Kontrollgruppe (RR 0.73 95% CI (0.26 to 1.21); Z=3.01 (P=0); I²=Not applicable)

Bemerkungen

- Weitere Forschung im Rahmen von RCTs ist erforderlich

Bewertung der eingeschlossenen Übersichtsarbeiten zu den Künstlerischen Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen (SMI) nach der AMSTAR 2 Checkliste

Autor	Jia et al. 2022	Laws et al. 2019	Geretsegger et al. 2017
AMSTAR-Item			
1. Did the research questions and inclusion criteria for the review include the components of PICO?	Ja	Ja	Ja
2. Did the report of the review contain an explicit statement that the review methods were established prior to the conduct of the review and did the report justify any significant deviations from the protocol?	Teilweise ja (definierte Fragestellung, Suchstrategie, Ein- und Ausschlusskriterien, Qualitätsbewertung)	Teilweise ja (definierte Fragestellung, Suchstrategie, Ein- und Ausschlusskriterien, Qualitätsbewertung)	Ja
3. Did the review authors explain their selection of the study designs for inclusion in the review?	Nein	Nein	Nein
4. Did the review authors use a comprehensive literature search strategy?	Teilweise ja	Teilweise ja	Teilweise ja
5. Did the review authors perform study selection in duplicate?	Ja	Ja	Ja
6. Did the review authors perform data extraction in duplicate?	Ja	Ja	Ja
7. Did the review authors provide a list of excluded studies and justify the exclusions?	Teilweise ja	Teilweise ja	Ja
8. Did the review authors describe the included studies in adequate detail?	Ja	Nein	Ja
9. Did the review authors use a satisfactory technique for assessing the risk of bias (RoB) in individual studies that were included in the review?	Nein	Ja	Ja
10. Did the review authors report on the sources of funding for the studies included in the review?	Nein	Nein	Nein
11. If meta-analysis was performed did the review authors use appropriate methods for statistical combination of results?	Ja	Ja	Ja
12. If meta-analysis was performed, did the review authors assess the potential impact of RoB in individual studies on the results of the meta-analysis or other evidence synthesis?	Ja	Nein	Nein
13. Did the review authors account for RoB in individual studies when interpreting/ discussing the results of the review?	Ja	Ja	Ja
14. Did the review authors provide a satisfactory explanation for, and discussion of, any heterogeneity observed in the results of the review?	Ja	Ja	Ja
15. If they performed quantitative synthesis did the review authors carry out an adequate investigation of publication bias (small study bias) and discuss its likely impact on the results of the review?	Ja	Ja	Ja
16. Did the review authors report any potential sources of conflict of interest, including any funding they received for conducting the review?	Ja	Ja	Ja
Assessment critical Items*	Niedrig	Moderat	Moderat

*gemeint sind die Nummern 2,4,7,9,11,13,15

Eingeschlossene Einzelstudien (Extraktion und Bewertung)

Tabelle: Grundlegende Charakteristika der eingeschlossenen Einzelstudien

Referenz	Teilnehmer*innen (Anzahl und Charakteristika)	Drop-out Rate (abs.)	Intervention	Kontrolle	Zielgröße(n)
Studientyp	insgesamt				
Gökçen et al. 2020 RCT NEU	– N=36 (32) – Patienten mit Schizophrenie (mind. 2 Jahre) – Pat. erhalten ambulante Versorgung (community outpatient center, Türkei) – Ausgeschlossen: Patienten, bei (1) Vorliegen einer bekannten körperlichen oder neurologischen Erkrankung, bei (2) Nachweis einer aktiven Substanzabhängigkeit innerhalb von zwei Jahren (außer Nikotin) oder andere komorbide psychiatrische Störungen, im Falle (3) – jedes anderen Zustandes, der eine Studienteilnahme oder die Erteilung einer informierten Zustimmung ausschließen würde.	IG = 2 KG = 2	– Goal-oriented dance/movement therapy (DMT) zusätzlich zur herkömmlichen ambulanten Behandlung (inkl. Psychopharmakotherapie und ärztliche Sprechstunden) – Die DMT umfasste insgesamt 16 Sitzungen an zwei Tagen pro Woche über einen Zeitraum von acht Wochen und wurde in zwei Gruppen von je acht Personen durchgeführt. Die Sitzungen dauerten etwa 40 - 50 Minuten. – Der DMT-Leitfaden wurde von den Autoren erstellt (Ergotherapeut, zwei Physiotherapeuten und einem spezialisierten Psychiater).	– herkömmliche ambulante Behandlung (inkl. Psychopharmakotherapie und ärztliche Sprechstunden) – Wartegruppendedesign	– primäre Endpunkte: • Positive and negative syndrome scale (PANSS) • The Functional Remission of General Schizophrenia (FROGS)
	Pro Arm				
	IG= 16 (18) KG= 16 (18)				
Bryl et al. 2020 RCT NEU	– N=31 (28) – Patienten mit Schizophrenie – ambulante Versorgung (Community Mental Health Center) – Ausgeschlossen: (1) organische Hirnerkrankung oder Substanzmissbrauch als Hauptdiagnose; (2) kogni-	IG/KG = 3	– Dance/movement therapy – Zwanzig zweimal wöchentlich stattfindende einstündige Sitzungen über zehn Wochen	– TAU	– primäre Endpunkte: – Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) – Brief Negative Symptoms Scale (BNSS) – sekundäre Endpunkte:

	tive Beeinträchtigung, die die Fähigkeit zur Einwilligung in die Teilnahme beeinträchtigen würde; und (3) eine allgemeine medizinische Erkrankung.					– World Health Organization – Disability Assessment Schedule 2.0 (WHO-DAS 2.0) – Sheehan Disability Scale (SDS)
	Pro Arm					
	IG= 18	KG= 13				

Tabelle: Effekte von Künstlerischen Therapien aus aggregierter Evidenz

	Künstlerische Therapien		Musiktherapie		Kunsttherapie		Drama-therapie	Tanzthe- rapie
	NICE 2009	Laws & Con- way 2019 NEU	Geret- segger et al. 2017 NEU	Jia et al. 2020 NEU	Ruddy & Mil- nes 2005	Ruiz et al. 2017 NEU	Ruddy & Dent- Brown 2007	Ren & Xia 2013
Krankheitsassoziierte Merkmale								
↓ Symptomschwere (all- gemein)	~	~	++	++				~
• Negativsympto- matik	++	++	++	++	++ ¹	++ ¹		++ ¹
• Positivsympto- matik	~	~		~		++/~ ¹		~
• Depressive Symptomatik				++				
↑ Allgemeinbefinden			++					
Behandlungsassoziierte Merkmale								
↓ Behandlungsabbrüche	~				~	~ ¹	~	
↑ Behandlungszufrieden- heit	~							~
Soziale Funktionen und Lebensqualität								
↑ Soziale Funktionen	~		~/+ ¹		~	~ ¹		
↑ Lebensqualität	~		++ ¹	++	~	~ ¹		~
↑ Selbstbewusstsein							++ ¹	
↓ Minderwertigkeitsge- fühle							++ ¹	

Erläuterungen: ++ Signifikanter Vorteil in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe; + Tendenzielle Überlegenheit ohne signifikanten Unterschied in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe; ~ Ergebnisse vergleichbar in beiden Gruppen; - Nachteil in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe; ↓ Reduktion, ↑ Erhöhung; ¹ Ergebnisse beziehen sich auf Einzeldaten

Tabelle: Effekte von Musiktherapie aus Einzelstudien

	Grocke et al. 2014	Gold et al. 2013*	Yang et al. 2012	Mohammadi et al. 2012*	Radulovic et al. 1997
Zahl Teilnehmende N	N=75	N=144	N=24	N=96	N=60
Diagnose	SMI	SMI	SMI	Schizophrenie	Depression
Setting	Gemeindepsychiatrie	Stationär, ambulant	stationär	stationär	stationär
Merkmale der Intervention	Song-writing Gruppe	Ressourcen-orientiert Einzel	Rezeptiv Einzel	I aktiv II rezeptiv Gruppe	Rezeptiv Gruppe
Erhebung/Follow-Up	Behandlungsende	9 Monate	1 Woche nach Behandlung	Behandlungsende	Behandlungsende
Krankheitsassoziierte Merkmale					
↓ Symptomschwere (allg.)	+	~			
▪ Negativsymptomatik		++		++	
▪ Positivsymptomatik				++1	
▪ Depressive Symptomatik					++
▪ Angstsymptomatik			++		
↑ Allgemeinbefinden					
Behandlungsassoziierte Merkmale					
↓ Behandlungsabbrüche		~			
↑ Zufriedenheit Behandl.					
Soziale Funktionen und Lebensqualität					
↑ Soziales Funktionsniveau		++			
↑ Lebensqualität	++				
↑ Selbstbewusstsein/ Selbstwirksamkeitserleben	+	~			

Erläuterungen: * im aktuellen Cochrane Review enthalten; ++ Signifikanter Vorteil in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe, + Tendenzielle Überlegenheit ohne signifikanten Unterschied in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe; ~ Ergebnisse vergleichbar in beiden Gruppen; - Nachteil in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe; ↓ Reduktion; ↑ Erhöhung; ¹ Effekt bei weiblichen Studienteilnehmern innen; SMI Severe Mental Illness, PTBS Posttraumatische Belastungsstörung

Tabelle: Effekte von Kunsttherapie aus Einzelstudien

	Montag et al. 2014	Crawford et al. 2012
Anzahl Teilnehmende N (gesamt)	N=58	N=417
Diagnose	Schizophrenie	Schizophrenie
Setting	akut stationär	Gemeindepsychiatrie
Follow-Up	12 Wochen nach Behandlungs- ende	24 Monate nach Randomisierung
Krankheitsassoziierte Merkmale		
↓ Symptomschwere (allgemein)		
▪ Negativsymptomatik	++	~
▪ Positivsymptomatik	++	~
▪ Depressive Symptomatik	~	
↑ Allgemeinbefinden		~
Behandlungsassoziierte Merkmale		
↓ Behandlungsabbrüche		
↑ Behandlungszufriedenheit		
Soziale Funktionen und Lebensqualität		
↑ Soziales Funktionsniveau	++	~
↑ Lebensqualität		~

Erläuterungen: ++ Signifikanter Vorteil in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe; + Tendenzielle Überlegenheit ohne signifikanten Unterschied in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe; ~ Ergebnisse vergleichbar in beiden Gruppen; ↓ Reduktion, ↑ Erhöhung

Tabelle: Effekte von Tanz- und Bewegungstherapie aus Einzelstudien

	Röhrich et al. 2013	Priebe et al. 2016		Martin et al. 2016	Lee et al. 2015	Gökçen et al. 2020	Bryl et al. 2022
Patienten Teilnehmerzahl N (gesamt), Diagnose, Setting	N=31 Depres- sion ambulant	N=275 Schizophrenie ambulant		N=68 Schizophre- nie ambulant	N=38 Schizo- phrenie stationär	N=32 Schizo- phrenie ambulant	N=31 Schizophre- nie ambulant
Follow-Up	Behand- lungs- ende	Be- hand- lungs- ende	Nach 6 Mona- ten	Behand- lungs- ende	Behand- lungs- ende	Behand- lungs- ende	Behand- lungs- ende
Krankheitsassoziierte Merkmale							
↓ Symptom- schwere (allge- mein)		~	~			++	
▪ Negativsymp- tomatik		~	~	++	++	++	~
▪ Positivsymp- tomatik		~	~		~		
▪ Depressive Symptomatik	++	~	~		++		
▪ Angstsympto- matik					~		
▪ Ärger und - kontrolle					++		
Behandlungsassoziierte Merkmale							
Behandlungszu- friedenheit		~	~				
Soziale Funktio- nen und Lebens- qualität							
Lebensqualität	~	~	~				
Selbstbewusstsein	~						
Soziale Aktivitä- ten/Kontakte		~	~				
Funktionelle Re- mission / Funktio- nen						++	~

Erläuterungen: ++ Signifikanter Vorteil in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe; + Tendenzielle Überlegenheit ohne signifikanten Unterschied in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe; ~ Ergebnisse vergleichbar in beiden Gruppen; ↓ Reduktion, ↑ Erhöhung

Risiko für Bias aus allen neu identifizierten Einzelstudien zur Effektivität von Künstlerischen Therapien (Bewertung älterer Arbeiten finden sich in älteren LL-Reporten)

Extraktion neue Einzelstudien

Gökçen et al. 2020 The healing effect of goal-oriented dance and movement therapy in schizophrenia: A rater-blinded randomized controlled trial.	
Methods	A rater-blinded, randomized controlled, prospective parallel-group design study Intervention group (IG): Goal-oriented DMT in groups Control group (CG): TAU/At the end of the study, the same goal-oriented DMT was offered to the control group. Duration: total of 16 sessions of 2 days per week for 8 weeks / approximately 40 - 50 min per session Patients: with DSM-V diagnosis of schizophrenia for two years
Participants	N=32, Thirty-two individuals currently receiving services at the community outpatient center were recruited in the study. Inclusion criteria for the study were: (1) DSM-V diagnosis of schizophrenia for two years, (2) 18–65 years of age, (3) clinically stable under antipsychotic medication (no psychiatric hospitalization in the past three months), (4) no changes in antipsychotic medication for a minimum three months, (5) Turkish speaking. Exclusion criteria (1) presence of known physical or neurologic disease, (2) evidence of active substance dependence within two years (except nicotine) or other comorbid psychiatric disorders, (3) any other condition that would preclude study participation or provision of informed consent. Age (years): DMT-gropu: 40.25 ± 10.09; CG: 46.87 ± 10.25 Duration of illness (years): DMT-gropu: 17.75 ± 9.14; CG: 21 ± 11.93
Interventions	IG (N=16): goal-oriented DMT in addition to traditional outpatient care, including medication and physician visits. Music was used in each session. The suggestions of Romero, Hurwitz, and Carranza (1983) were considered in the selection of the music. The music, which is thought to be meaningful for the psychological state of the participants, was determined by considering their requests. Turkish folk/traditional instrumental music was preferred in the sessions. At the beginning of the sessions, slower tempo and consistent rhythm were selected, while it was progressed into rapid tempo and a complex rhythm at the end of the sessions. The goal-oriented DMT guide was created by the authors, consisting of an occupational therapist, two physiotherapists with 14 and 24 years of clinical and academic experience, and a specialized psychiatrist. Although this guide has been designed considering the previous literature (Lee, Jang, Lee, & Hwang, 2015; Oganessian, 2008; Pylvänäinen, Muotka, & Lappalainen, 2015) and general DMT principles, it includes a goal-oriented treatment specifically developed for this study, with the aim of addressing the needs and expectations of people with schizophrenia. The DMT sessions were structured in accordance with cultural characteristics of the participants, including music, dance forms, traditions and customs. The first author who attended a 150 -h Dance Movement Psychotherapy certified course in a series of classes led the sessions. The goal-oriented DMT, which was developed for this study, was designed as a structured, goal-oriented group intervention and involved professionally guided participation. There was a clear common end goal for each session. The progress of the sessions developed in five phases: greeting/warm-up, mirroring, theme

	building, cool down and closing. All sessions began with a short greeting and verbal sharing, sitting on the chairs created in a circle. During the warm-up phase, different body parts and movements and body awareness exercises were used through visual and verbal cues in a standing circle. The focus was on breathing, postural alignment and mind-body preparation to concentrate. After the warm-up and creation of an atmosphere of trust, dyadic and group mirroring followed. Mirroring is a commonly used DMT technique that involves imitating qualities of movement to increase empathy and emotional understanding between the therapist and client or among a group's members (McGarry & Russo, 2011). The theme building phases of the goal-oriented DMT sessions aimed at developing following goals: trust, group interaction, good posture and releasing tension, body awareness, spatial orientation, self-expression, interpersonal relationship, emotional awareness, and expression. After that, the cool-down phase aimed facilitating awareness to the self with breathing, stretching and grounding. Lastly, the closing phase (verbal processing) included sharing experiences and receiving feedback about the session. CG (N=16): In the control group, participants received only traditional outpatient care. At the end of the study, the same goal-oriented DMT was offered to the control group.
Outcomes	Demographic and clinical characteristics, symptomatology and functional remission of the participants were measured before and after DMT. Measurements were performed by the psychiatrist who was not involved in the clinical care of the participants and blinded to group assignments. Primary outcome measures: – Positive and negative syndrome scale (PANSS) – The Functional Remission of General Schizophrenia (FROGS) Secondary outcome measures: -
Results	- baseline to follow-up results Primary outcome measures: There were no statistical differences in the subscales and total scores of the PANSS and the FROGS at baseline between groups except the social functioning subscale of the FROGS. The DMT group started the study with a higher level of social functioning. Significant differences were observed in negative symptoms, general psychopathology and total PANSS scores between the DMT and control groups <u>after the treatment</u>. There were also significant differences between the groups in social functioning, occupational functioning and total FROGS scores after the treatment. PANSS - positive: $z=0.857$, $p = 0.391$ - negative: $z = - 3.132$, $p = 0.001$ - General psychopathology: $z = - 3.400$, $p = 0.001$ - total: $z = - 3.413$, $p = 0.001$ FROGS – Social functioning: $z = - 2.927$, $P = 0.003$ – Healthcare and Treatment $z = - 0.403$, $P = 0.687$ – Daily life skills: $z = - 1.930$, $p = 0.054$ – Occupational functioning: $z = -2.236$, $p = 0.025$ – FROGS Total: $z = - 2.300$ 0.021
Risk of bias	

Bias	Authors' judgement Low – Unclear – high risk		Support for judgement
Random sequence generation (selection bias)	low risk		Randomization was carried out via a web-based system enabling computer-generated random assignment into treatment and control groups (1:1).
Allocation concealment (selection bias)	unclear risk		The participants were informed of group allocation after randomization.
Blinding of participants and personnel (performance bias)	high risk		The patients and the therapist were aware of treatment allocation.
Blinding of outcome assessment (detection bias)	low risk		The patients and the therapist were aware of treatment allocation, but all measurements were performed by a psychiatrist (fourth author) blind to treatment allocation.
Incomplete outcome data (attrition bias)	low risk		After randomization, four patients discontinued the study with two of those lost due to personal reasons and two for increased psychosis. Drop-outs were equally distributed among the groups. Data were analysed for 16 patients who received DMT and for 16 control patients.
Selective reporting (reporting bias)	low risk		All outcome measures were considered in the analysis.
Other bias (adequate therapy method, treatment fidelity, supervision, training, personal, financial, or any other interests producing bias)	Unclear risk		The goal-oriented DMT guide was created by the authors; Potential conflict of interest. Initial differences in the treatment groups

Bryl et al. 2020 The role of dance/movement therapy in the treatment of negative symptoms in schizophrenia: a mixed methods pilot study	
Methods	Mixed methods intervention design (with explanatory intent) in which the randomized controlled trial (RCT) was followed by the semi-structured exit interviews; RCT used a two-arm parallel group design; pilot study Intervention group (IG): TAU plus DMT Control group (CG): TAU, weekly schedule of morning community meetings, group metacognitive training, psychoeducation and social skills training, vocational therapy, individual therapy, and medication supervision Duration: Twenty twice weekly hour-long sessions were offered over ten weeks Patients: individuals in a chronic condition of schizophrenia
Participants	N=31 Inclusion criteria: (1) outpatients, 18 years or older; and (2) diagnosis of chronic schizophrenia with presence of negative symptoms. Exclusion criteria: (1) organic brain disease or substance misuse as the primary diagnosis; (2) cognitive impairment that would interfere with competence to consent to participation; and (3) a general medical disease. Age (years): DMT group: 44.67 ± 10.97, range 29–67; CG: 48.38 ± 12.70, range 30–65 Duration of illness (years): DMT group: 18.94 ± 11.36, range 7–47; CG: 28.92 ± 11.08, range 12–45
Interventions	IG (N=18): Dance/movement therapy Sessions were provided by a credentialed dance/movement therapist who had prior experience delivering DMT for this population. The intervention protocol was specifically designed to meet the needs of individuals in a chronic condition of schizophrenia and was derived from the researcher's experience, theoretical frameworks, and research on DMT and schizophrenia (discussed in detail elsewhere; Bryl & Goodill). Fifteen of 18 participants attended at least 50% of the DMT sessions, with eight attending more than 70% of sessions. CG (N=13): TAU, weekly schedule of morning community meetings, group metacognitive training, psychoeducation and social skills training, vocational therapy, individual therapy, and medication supervision
Outcomes	Pretest, Posttest Primary outcome measures: - negative symptoms - Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) - Brief Negative Symptoms Scale (BNSS) Secondary outcome measure: - psychosocial functioning - World Health Organization – Disability Assessment Schedule 2.0 (WHO-DAS 2.0) - Sheehan Disability Scale (SDS)
Results	before and after treatment Primary outcome measures:

PANSS negative: $r = -0.3$ [95% CI: $-0.08, 0.61$], n.s. BNSS BNSS total: $r = -0.2$ [95% CI: $-0.16, 0.55$], n.s. Secondary outcome measure: WHO-DAS 2.0 total: $r = -0.4$ [95% CI: $-0.08, 0.70$], n.s. SDS total: -0.0 [95% CI: $-0.37, 0.38$], n.s.		
Risk of bias		
Bias	Authors' judgement <i>Low – Unclear – high risk</i>	Support for judgement
Random sequence generation (selection bias)	unclear risk 	After baseline assessment, treatment allocation was conducted by using a simple randomization method.
Allocation concealment (selection bias)	low risk 	Sealed, sequentially numbered, envelopes were used to ensure allocation concealment.
Blinding of participants and personnel (performance bias)	high risk 	Not possible
Blinding of outcome assessment (detection bias)	unclear risk 	We attempted to blind outcome assessors however blinding was frequently broken by participants sharing about their intervention experience.
Incomplete outcome data (attrition bias)	low risk 	Three participants attended fewer than 50% of the sessions; their data were excluded from analysis, resulting in a 16.7% attrition rate in DMT. Reported reasons for not attending sessions were mainly due to something urgent/else to attend ($n = 5$), doctor/therapist appointments ($n = 3$), and feeling unwell ($n = 6$).
Selective reporting (reporting bias)	low risk 	All outcome measures were considered in the analysis.
Other bias (adequate therapy method, treatment fidelity, supervision, training, personal, financial, or any other interests producing bias)	Unclear risk 	This was a pilot study with a small sample and therefore was not intended to produce generalizable findings. Participants were self-referred and therefore the sample might have been biased towards those interested in this form of therapy. No active control group

	Random sequence generation (selection bias)	Allocation concealment (selection bias)	Blinding of participants and personnel (performance bias)*	Blinding of outcome assessment (detection bias)	Incomplete outcome data (attrition bias)	Selective reporting (reporting bias)	Other bias
Gökcen et al. 2022							
Bryl et al. 2020							

*Blinding: Es wurde hier nur die Verblindung der Teilnehmenden bewertet, da keine Verblindung der Behandler:innen im Bereich psychosozialer Therapien möglich ist.

	Niedriges Verzerrungsrisiko
	Unklares Verzerrungsrisiko
	Hohes Verzerrungsrisiko

Montag et al. 2014**A Pilot RCT of Psychodynamic Group Art Therapy for Patients in Acute Psychotic Episodes: Feasibility, Impact on Symptoms and Mentalising Capacity**

Methods	– pilot study – single-blind, parallel-group RCT, comparing a 6 week-course of 90 minutes of art therapy twice weekly in addition to TAU with standard treatment alone in patients with schizophrenia during acute episodes that required hospitalisation.
Participants	– N=58 (122 screened) inpatients of the Charité Universitätsmedizin Berlin (Psychiatric University Hospital at St. Hedwig Krankenhaus) – Age (years): 39 – Diagnoses according to DSM-IV-TR comprised: paranoid (n= 45), disorganised (n= 4) and undifferentiated schizophrenia (n= 5), and first episodes of schizophreniform disorder (n = 4). – Duration of illness (years): AT: 12.1 (12.1) TAU: 15.2 (9.3)
Interventions	1. Art therapy (N=29) was administered in 12 sessions of 90 minutes for 6 weeks. Groups included between 3 and 6 patients. The approach was non-directive – patients could choose to create whatever they wanted and use any available material they liked. The last 30 minutes of a session were reserved for a shared viewing and reflecting on the images. 2. control group (N=29): TAU without an offer of art therapy. All patients were demanded to refrain from taking part in any other visual artistic activity apart from the sessions provided in the hospital during the trial phase. In addition to supportive contact and pharmacotherapy, TAU covered a broad spectrum of verbal targeted psychotherapies for patients with psychoses like cognitive behavioural therapy and modified psychodynamic interventions in individual and group settings, as well as occupational therapy, music therapy, cognitive and social skills training, excursions, relaxation and sports.
Outcomes	at baseline and post-treatment Psychopathology, GAF, self-efficacy and quality of life measures were re-evaluated at a 12 weeks follow-up in both samples. Primary outcome measures: – -psychotic and depressive symptoms (Scale for the assessment of negative symptoms (SANS, [30]) and the Scale for the assessment of positive symptoms (SAPS, [31]), the Calgary depression scale for schizophrenia (CDSS, [32]) – -psychosocial outcome (GAF, [33]). Secondary outcome measures: – -parameters of mentalising function (Mentalising was covered by the constructs of 1) cognitive empathy, determined with the Reading the mind in the eyes test (RME, [34]; German translation [35]) that requires the inference of complex affective mental states from photographs depicting the eye regions of 36 persons, and 2) the Levels of emotional awareness scale (LEAS, [36]; German version [37]), assessing the ability to imagine, to recognize and to express one's own and others' emotions when presented with 10 emotionally evocative written scenarios. – -self-efficacy/locus of control (Questionnaire for competence and control (Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen, FKK, [42]), a translation and extension of Levenson's IPC scales [43]) – -quality of life during the past 4 weeks was evaluated using the core module of the Modular system for quality of life (MSQoL, [44]). – -satisfaction with care (General satisfaction with hospital care was self-rated on an 8-item questionnaire (Fragebogen zur Patientenzufriedenheit, ZUF- 8 [45]). Potential confounders like verbal intelligence and verbal working memory and learning were estimated by a multiple choice vocabulary test (Mehrfachwahl-

	Wortschatztest, MWT-B, [46]) and the Auditory Verbal Learning Test (AVLT, [47])).		
Results	In the per-protocol sample , art therapy was associated with a significantly greater mean reduction of positive symptoms and improved psychosocial functioning at post-treatment and follow-up, and with a greater mean reduction of negative symptoms at follow-up compared to standard treatment. The significant reduction of positive symptoms at post-treatment was maintained in an attempted intention-to-treat analysis. There were no group differences regarding depressive symptoms. Of secondary outcome parameters, patients in the art therapy group showed a significant improvement in levels of emotional awareness, and particularly in their ability to reflect about others’ emotional mental states.		
Risk of bias			
Bias	Authors’ judgement Low – Unclear – high risk		Support for judgement
Random sequence generation (selection bias)	Low risk		using a randomisation list provided by the Charité’ central pharmacy
Allocation concealment (selection bias)	Low risk		The allocation sequence was concealed until assignment by telephone
Blinding of participants and personnel (performance bias)	High risk		Participants and clinical staff involved in the administration and supervision of art therapy were aware of allocation status
Blinding of outcome assessment (detection bias)	<u>Low risk</u> for Clinical ratings and scoring of Levels of emotional awareness scale (LEAS)		Clinical ratings and scoring of Levels of emotional awareness scale (LEAS) transcripts were performed by psychiatrists not involved in the direct treatment of patients and blind to randomisation. Patients were instructed not to inform the assessors of their allocation status. Neuropsychological tests and questionnaires were administered by a researcher aware of therapy assignment
	<u>High risk</u> for Neuropsychological tests and questionnaires		
Incomplete outcome data (attrition bias)	high risk		AT: 16 (55%) participants completed the trial. TAU: 19 (66%) participants completed the trial.  intention-to-treat analysis: yes (Dropout occurred mainly in case of unplanned discharge from hospital or when patients were unable to attend the group as outpatients because of alternative occupations)
Selective reporting (reporting bias)	Low risk		All outcome measures were considered in the analysis.
Other bias (adequate therapy method, treatment fidelity, supervision, training, personal, financial, or any other interests producing bias)	High risk		- adequate therapy method : yes (For a thorough description of therapeutic attitude, specific interventions and their rationale we refer to Dannecker (2010), serving as a therapeutic guideline for the art therapist. -training/supervision: unclear/yes (One art therapist (D.S.) conducted the AT intervention and was accompanied by a co-worker who video-taped the sessions. All AT sessions were video-taped to assure treatment fidelity that was also confirmed during regular, joint video-based supervisions) - No personal, financial, or any other interests

producing bias could be found
- No active comparison controlling for unspecific group dynamics

Crawford et al. 2012 Laurent et al. 2014 The MATISSE (Multicenter study of Art Therapy In Schizophrenia: Systematic Evaluation) study	
Methods	Three arm, rater blinded, pragmatic, randomised controlled trial
Participants	– 417 people aged 18 or over, who had a diagnosis of schizophrenia – recruited from community based mental health and social care services in four centres in England and Northern Ireland. – Mean (SD) age (years): 41 (12) – Global assessment of functioning, baseline (n=355): 44.9 (12.6) Exclusion criteria: – -severe cognitive impairment, – -unable to speak sufficient English to complete the baseline assessment, - those already receiving art or another creative therapy.
Interventions	1. Group art therapy (n=140): weekly sessions of 90 minutes' duration for an average of 12 months. Patients were given access to a range of art materials and encouraged to use these to express themselves freely. Art therapists generally adopted a supportive approach, offering empathy and encouragement. 2. activity groups (n=140): weekly basis and for an average of 12 months. Facilitators of these groups encouraged participants to agree activities collectively; these included playing board games, watching and discussing DVDs, and visiting local cafes. The use of art materials was prohibited. 3. standard care alone (n=137) (follow-up from secondary care mental health services, care coordination, pharmacotherapy, and the option of referral to other services as clinically indicated, except other creative therapies)
Outcomes	primary outcomes – global functioning (GAF) – mental health symptoms (positive and negative syndrome scale) – 24 months after randomization secondary outcomes – levels of group attendance – social functioning (social function questionnaire) – adherence with prescribed drugs (Morisky scale) – satisfaction with care (client satisfaction questionnaire) – mental wellbeing (general wellbeing scale) – health related quality of life (five item EQ-5D) – at 12 and 24 months after randomisation
Results Crawford 2012	Primary outcomes between the three study arms did not differ. The adjusted mean difference between art therapy and standard care at 24 months on the global assessment of functioning scale was -0.9 (95% confidence interval -3.8 to 2.1), and on the positive and negative syndrome scale was 0.7 (-3.1 to 4.6). Wellbeing, satisfaction with care, or other secondary outcomes at 12 and 24 months did not differ significantly, except that those referred to an activity group had fewer positive symptoms of schizophrenia at 12 and 24 months compared with those randomised to group art therapy (adjusted mean difference 1.4, 95% confidence interval 0.1 to 2.6, P=0.03).
Results Laurent 2014	Methods Secondary analysis of data from a randomized controlled trial of group art therapy as an adjunctive treatment for schizophrenia (n = 140) versus standard care alone (n = 137). Positive and Negative Syndrome Scale scores at 12 months were compared between trial arms. Interaction between intervention effect and different subgroups, including those with more severe negative symptoms of schizophrenia, and those who expressed a preference for art therapy prior to randomisation, was tested using a linear mixed model. Results The clinical effectiveness of group art therapy did not significantly differ between participants with more or less severe negative symptoms [inter-

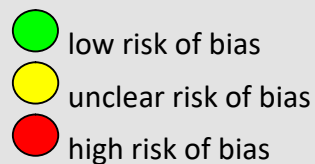
action for difference in PANSS = 1.7, 95 % CI (-8.6 to 12.1), $P = 0.741$], or between those who did and did not express a preference for art therapy [interaction = 3.9, 95 % CI (-6.7 to 14.5), $P = 0.473$]. None of the other exploratory subgroups suggested differences in intervention effect. Conclusions There was no evidence of greater improvement in clinical symptoms of schizophrenia for those with more severe negative symptoms or those with a preference for art therapy. Identification of patients with schizophrenia who may benefit most from group art therapy remains elusive.		
Risk of bias		
Bias	Authors' judgement Low – Unclear – high risk	Support for judgement
Random sequence generation (selection bias)	Low risk 	"Participants were randomised through an independent and remote telephone randomisation service provided by the Aberdeen Clinical Trials Unit. We used permuted blocks, stratified by site. Block size was randomly assigned between three and six."
Allocation concealment (selection bias)	Low risk 	See above
Blinding of participants and personnel (performance bias)	High risk 	"Participants and clinical staff were aware of the trial arm to which the study participants were allocated ..."
Blinding of outcome assessment (detection bias)	Low risk 	"... but all interviews were done by researchers blinded to allocation status."
Incomplete outcome data (attrition bias)	Low risk 	361 (87%) were followed up at 12 months, and 355 (85%) were followed up at 24 months. The attrition rate was similar across arms, and reasons for attrition did not differ (death, withdrawal, lost to follow-up). None of the deaths or other serious adverse events seemed to be related to the interventions being examined in the study. All primary statistical analyses were done using the intention to treat principle. We imputed missing baseline data using regression or mean imputation. Follow-up data were not imputed.
Selective reporting (reporting bias)	low risk 	"We report any significant findings."
Other bias (adequate therapy method, treatment fidelity, supervision, training, personal, financial, or any other interests producing bias)	Low risk 	- adequate therapy method : yes (Art therapy was carried out in keeping with recommendations of the British Association of Art Therapists ...) - training/supervision : yes/yes (All art therapy and activity groups were cofacilitated by a member of staff or volunteer who received training in the trial and intervention. During the treatment phase of the trial, art therapists and activity group facilitators received monthly group supervision from a senior practitioner with relevant expertise) - No personal, financial, or any other interests producing bias could be found
Strengths and weaknesses of the study Conclusions	► The main strengths of the study are that it was adequately powered, used a rigorous approach to minimising bias, and used broad inclusion criteria to assess whether the intervention could help most people with schizophrenia. ► Almost 40% of participants randomised to group art therapy did not attend any sessions. Among those who did, few attended regularly. Possible explanations for the low level of attendance are that the interventions may not have been acceptable to participants or that participants lacked the motivation and organisational skills to attend. ► Previous accounts of the potential benefits of group art therapy suggest that it may help people in ways that are difficult to quantify	

► Results of randomised trials of other creative therapies for people with schizophrenia, such as music therapy and body movement therapy, are more promising. These interventions combine creativity with other approaches specifically aimed at providing an enjoyable experience, stimulating physical movement, and increasing interactions with others. Although it has been argued that involvement in creative activities is inherently good for mental health, it may be that for people with severe mental illnesses such as schizophrenia it is only when such activities are used in combination with other interventions that benefits are seen.

Risiko für Bias aus allen Einzelstudien zur Effektivität von Kunsttherapie (alte Auflage mit Relevanz für 3. Auflage)

	Random sequence generation (selection bias)	Allocation concealment (selection bias)	Blinding of participants and personnel (performance bias)	Blinding of outcome assessment (detection bias)	Incomplete outcome data (attrition bias)	Selective reporting (reporting bias)	Other bias
Montag 2014*							
Crawford 2012							

*:Clinical ratings and scoring of Levels of emotional awareness scale (LEAS) transcripts were performed by psychiatrists blind to randomisation. Neuropsychological tests and questionnaires were administered by a researcher aware of therapy assignment.



Ausgeschlossene Arbeiten Künstlerische Therapien

Wang M, Wu J, Yan H. Effect of music therapy on older adults with depression: A systematic review and meta-analysis. *Complement Ther Clin Pract*. 2023 Nov;53:101809. doi: 10.1016/j.ctcp.2023.101809. Epub 2023 Nov 7. PMID: 37952258.

Ausschlussgrund: Population

Jenabi E, Bashirian S, Ayubi E, Rafiee M, Bashirian M. The Effect of the Art Therapy Interventions on Depression Symptoms Among Older Adults: A Meta-analysis of Controlled Clinical Trials. *J Geriatr Psychiatry Neurol*. 2023 May;36(3):185-192. doi: 10.1177/08919887221130264. Epub 2022 Sep 27. PMID: 36165582.

Ausschlussgrund: Population

Yin Z, Dong X, Zhang M. Effects of visual-art therapy on depression in patients: A systematic review and meta-analysis. *Asian J Surg*. 2023 May;46(5):2259-2260. doi: 10.1016/j.asjsur.2022.12.005. Epub 2022 Dec 20. PMID: 36550007.

Ausschlussgrund: Methodik (kein systematischer Review)

Yuan Z, Li B, Ye X, Zhu X. Systematic review and meta-analysis of the effects of group painting therapy on the negative emotions of depressed adolescent patients. *Ann Palliat Med*. 2021 Oct;10(10):10744-10755. doi: 10.21037/apm-21-2474. PMID: 34763436.

Ausschlussgrund: Population

Tang Q, Huang Z, Zhou H, Ye P. Effects of music therapy on depression: A meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS One*. 2020 Nov 18;15(11):e0240862. doi: 10.1371/journal.pone.0240862. PMID: 33206656; PMCID: PMC7673528.

Ausschlussgrund: Population

Newland P, Bettencourt BA. Effectiveness of mindfulness-based art therapy for symptoms of anxiety, depression, and fatigue: A systematic review and meta-analysis. *Complement Ther Clin Pract*. 2020 Nov;41:101246. doi: 10.1016/j.ctcp.2020.101246. Epub 2020 Oct 13. PMID: 33075726.

Ausschlussgrund: Population

Aalbers S, Fusar-Poli L, Freeman RE, Spreen M, Ket JC, Vink AC, Maratos A, Crawford M, Chen XJ, Gold C. Music therapy for depression. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Nov 16;11(11):CD004517. doi: 10.1002/14651858.CD004517.pub3. PMID: 29144545; PMCID: PMC6486188.

Ausschlussgrund: Population

Zhao K, Bai ZG, Bo A, Chi I. A systematic review and meta-analysis of music therapy for the older adults with depression. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2016 Nov;31(11):1188-1198. doi: 10.1002/gps.4494. Epub 2016 Apr 19. PMID: 27094452.

Ausschlussgrund: Population

Tseng PT, Chen YW, Lin PY, Tu KY, Wang HY, Cheng YS, Chang YC, Chang CH, Chung W, Wu CK. Significant treatment effect of adjunct music therapy to standard treatment on the positive, negative, and mood symptoms of schizophrenic patients: a meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2016 Jan 26;16:16. doi:

10.1186/s12888-016-0718-8. Erratum in: BMC Psychiatry. 2016;16:150. PMID: 26812906; PMCID: PMC4728768.

Ausschlussgrund: Population/Design Primärstudien

Aktuellere Studien von der Sammlung des Berufsverbandes BTd

Baker, F. A., Metcalf, O., Varker, T., & O'Donnell, M. (2018). A systematic review of the efficacy of creative arts therapies in the treatment of adults with PTSD. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 10(6), 643-651.

Ausschlussgrund: verschiedene Studiendesigns

Karkou, V., Aithal, S., Zubala, A., & Meekums, B. (2019). Effectiveness of Dance Movement Therapy in the Treatment of Adults with Depression: A Systematic Review with Meta-Analyses. *Front. Psychol.* 10:936. doi: 10.3389/fpsyg.2019.00936

Ausschlussgrund: Population (mild to severe depression)

Koch, S. C., Riege, R., Tisborn, K., Biondo, J., Martin, L., & Beelmann, A. (2019). Effects of Dance Movement Therapy and Dance on Health-Related Psychological Outcomes. A Meta-Analysis Update. *Frontiers in psychology*, 10, 1806. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01806>

Ausschlussgrund: Population (sehr unterschiedliche Patientengruppen)

Hyvönen, K., Pylvänäinen, P., Muotka, J., Lappalainen, R. (2020): The effects of dance movement therapy in the treatment of depression: a multicenter, randomized controlled trial in Finland. *Frontiers in psychology* 11, 1687.

Ausschlussgrund: kein SMI, Population Depressionen unterschiedlicher Schweregrade

Beck, B. D. et al. (2021): Music therapy was noninferior to verbal standard treatment of traumatized refugees in mental health care: Results from a randomized clinical trial. *Eur J Psychotraumatol.* 2021 Jul 6; 12(1):1930960.

Ausschlussgrund: kein SMI

Gever, V. C. et al. (2023): Comparing the effect of social media-based drama, music and art therapies on reduction in post-traumatic symptoms among Nigerian refugees of Russia's invasion of Ukraine. - *Journal of pediatric nursing*, 2023, 68, e96-e102

Ausschlussgrund: kein SMI

Koch, S. C. et al. (2019): Embodied Self in Trauma and Self-Harm: a Pilot Study of Effects of Flamenco Therapy on Traumatized Inpatients. - *Journal of loss & trauma*, 2019, 24(5/6), 441-459

Ausschlussgrund: kein SMI

Morison, L. et al. (2022): Effectiveness of creative arts-based interventions for treating children and adolescents exposed to traumatic events: a systematic review of the quantitative evidence and meta-analysis. *Arts & Health* 2022, Vol. 14, No. 3, 237-262.

Ausschlussgrund: kein SMI, Alterskriterium

Rudstam, G. et al. (2022): Trauma-focused group music and imagery with women suffering from PTSD/Complex PTSD: A randomized controlled study. - *European Journal of Trauma & Dissociation* 6 (2022) 100277

Ausschlussgrund: nicht sicher SMI, schwere Störungen im Sinne von SMI werden explizit ausgeschlossen

Tomaszewski, C. et al. (2023): Impact of dance therapy on adults with psychological trauma: a systematic review, *European Journal of Psychotraumatology*, 14:2, 2225152

Ausschlussgrund: kein SMI, sehr unterschiedliche Designs

Weitere Arbeiten zur Prüfung im Rahmen des Konsensusprozesses:

Samaritter R. The Aesthetic Turn in Mental Health: Reflections on an Explorative Study into Practices in the Arts Therapies. *Behav Sci (Basel)*. 2018 Apr 23;8(4):41. doi: 10.3390/bs8040041. PMID: 29690592; PMCID: PMC5946100.

Ausschlussgrund: Studiendesign (Übersichtsartikel ohne klassischen Methodikteil)

Dominik Havsteen-Franklin, Suzanne Haeyen, Claire Grant, Vicky Karkou, A thematic synthesis of therapeutic actions in arts therapies and their perceived effects in the treatment of people with a diagnosis of Cluster B personality disorder, *The Arts in Psychotherapy*, Volume 63, 2019, Pages 128-140, ISSN 0197-4556, <https://doi.org/10.1016/j.aip.2018.10.001>.

Ausschlussgrund: Primärstudiendesign (eher qualitativ z. B. Interviews, Fallstudien, qualitative Studien)

Gerge, Anna, Jane Hawes, Lotti Eklöf and Inge Nygaard Pedersen. "Proposed Mechanisms of Change in Arts-based Psychotherapies." *Voices: A World Forum for Music Therapy* (2019): n. pag.

Ausschlussgrund: Studiendesign (Übersichtsartikel ohne klassischen Methodikteil)

Chiang M, Reid-Varley WB, Fan X. Creative art therapy for mental illness. *Psychiatry Res*. 2019 May;275:129-136. doi: 10.1016/j.psychres.2019.03.025. Epub 2019 Mar 16. PMID: 30901671.

Ausschlussgrund: Primärstudiendesign

de Witte M, Orkibi H, Zarate R, Karkou V, Sajjani N, Malhotra B, Ho RTH, Kaimal G, Baker FA, Koch SC. From Therapeutic Factors to Mechanisms of Change in the Creative Arts Therapies: A Scoping Review. *Front Psychol*. 2021 Jul 15;12:678397. doi: 10.3389/fpsyg.2021.678397. PMID: 34366998; PMCID: PMC8336579.

Ausschlussgrund: Primärstudiendesign

Millard E, Medlicott E, Cardona J, Priebe S, Carr C. Preferences for group arts therapies: a cross-sectional survey of mental health patients and the general population. *BMJ Open*. 2021 Aug 9;11(8):e051173. doi: 10.1136/bmjopen-2021-051173. PMID: 34373313; PMCID: PMC8354273.

Ausschlussgrund: Studiendesign (Querschnittsstudie; Survey)

Carr, Catherine & Feldtkeller, Barbara & French, Jennifer & Havsteen-Franklin, Dominik & Huet, Val & Karkou, Vicky & Priebe, Stefan & Sandford, Stephen. (2020). What makes us the same? What makes us different? Development of a shared model and manual of group therapy practice across art therapy, dance movement therapy and music therapy within community mental health care. *The Arts in Psychotherapy*. 10.1016/j.aip.2020.101747.

Ausschlussgrund: Intervention

Carr CE, Medlicott E, Hooper R, Feng Y, Mihaylova B, Priebe S. Effectiveness of group arts therapies (art therapy, dance movement therapy and music therapy) compared to group counselling for diagnostically heterogeneous psychiatric community patients: study protocol for a randomised controlled trial in mental health services (the ERA study). *Trials*. 2023 Aug 26;24(1):557. doi: 10.1186/s13063-023-07232-0. PMID: 37626418; PMCID: PMC10464011.

Ausschlussgrund: Studienprotokoll

Baker FA, Metcalf O, Varker T, O'Donnell M. A systematic review of the efficacy of creative arts therapies in the treatment of adults with PTSD. *Psychol Trauma*. 2018 Nov;10(6):643-651. doi: 10.1037/tra0000353. Epub 2017 Dec 4. PMID: 29199839.

Ausschlussgrund: Primärstudiendesign

Anwendung von GRADE: Beurteilung der Vertrauenswürdigkeit der Evidenz

Faktoren, die Vertrauenswürdigkeit in die Evidenz verringern können:

- I. Risiko für Bias
- II. Inkonsistenz (Effekt in Studien gleich bez. Richtung und Stärke)
- III. Indirektheit (Passung Studie und PICO-Frage)
- IV. Ungenauigkeit (Gibt es Unsicherheiten/breite KIs)
- V. Publikationsbias

Summary of findings: Vergleich von Ansätzen Künstlerischer Therapien vs. Kontrollgruppe (TAU, Warteliste und aktive Kontrolle)

Population: Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen

Quelle: Geretsegger, Monika; Mössler, Karin A.; Bieleninik, Łucja; Chen, Xi-Jing; Haldal, Tor Olav; Gold, Christian (2017): **Music therapy** for people with schizophrenia and schizophrenia-like disorders. In: The Cochrane database of systematic reviews 5 (5), CD004025. DOI: 10.1002/14651858.CD004025.pub4. (AMSTAR-Score 12,5/16)

Endpunkt	Datengrundlage & Messwerte	Effektschätzer	Qualität (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz (RCTs))	Kommentare
Negativsymptomatik (medium term, follow-up 3 bis 6 Monate)	Basierend auf Daten von 177 Patient:innen aus 3 Studien Instrument: SANS (hoher Score = schlecht)	Mittelwerte Differenz: SMD 0,55 kleiner für Musiktherapie (MT) (95%KI: 0.87 bis 0,24)	⊕⊕⊕⊖ Gering ^{a,c}	MT reduziert die Negativsymptomatik stärker als eine Behandlung ohne MT (Unterschied signifikant, p=0,000)
Generelle psychopathologische Symptomatik (medium term, follow-up 3 bis 6 Monate)	Basierend auf Daten von 159 Patient:innen aus 2 Studien Instrument: PANSS (hoher Score = schlecht)	Mittelwerte Differenz: SMD 0,97 kleiner für MT (95%KI: 1.31 bis 0.63)	⊕⊕⊕⊖ Gering ^{a,b,c,d}	MT reduziert die Generelle psychopathologische Symptomatik stärker als eine Behandlung ohne MT (Unterschied signifikant, p=0,0001)
Generelle psychopathologische Symptomatik (medium term, follow-up 3 bis 6 Monate)	Basierend auf Daten von 70 Patient:innen aus 1 Studien Instrument: BPRS (hoher Score = schlecht)	Mittelwerte Differenz: SMD 0,97 kleiner für MT (95%KI: 1.31 bis 0.63)	⊕⊕⊕⊖ moderat ^{a,d}	MT reduziert die Generelle psychopathologische Symptomatik stärker als eine Behandlung ohne MT (Unterschied signifikant, p=0,0001)

Soziale Funktionen (medium term, follow-up 3 bis 6 Monate)	basierend auf Daten von 160 Patient:innen aus 2 Studien Instrument: Social Disability Screening Schedule, SDSS (hoher Score = schlecht)	Mittelwerte Differenz: SMD 0.72 kleiner für MT (95%KI: 1.04 bis 0.4)	⊕⊕⊕⊖ moderat ^{a, c, d}	MT verbessert die sozialen Funktionen stärker als eine Behandlung ohne MT (Unterschied signifikant, p<0.0001)
Soziale Funktionen (medium term, follow-up 3 bis 6 Monate)	basierend auf Daten von 118 Patient:innen aus 2 Studien Instrument: Global Assessment of Functioning (GAF) (hoher Score = gut)	Mittelwerte Differenz: SMD 0.19 kleiner für MT (95%KI: 0.56 bis 0.18)	⊕⊕⊕⊖ moderat ^c	MT verbessert die sozialen Funktionen nicht stärker als eine Behandlung ohne MT (Unterschied nicht signifikant, p=0,36)
Lebensqualität (follow-up, weniger als 3 Monate)	basierend auf Daten von 72 Patient:innen aus 1 Studie Instrument: Generell Wellbeing Schedule, GWB (hoher Score = gut)	Mittelwerte Differenz: SMD 1.82 höher für MT (95%KI: 1.27 bis 2.38)	⊕⊕⊕⊖ Moderat ^{a, b, d}	MT verbessert die Lebensqualität stärker als eine Behandlung ohne MT (Unterschied signifikant, p<0,0001)

a Herabstufung um eine Stufe wegen Risk of bias in Studien: z.B. Randomisierung ungenügend beschrieben, Verblindung problematisch, selektives Berichten

b Herabstufung um eine Stufe wegen hoher Inkonsistenz zwischen den Studien

c Ungenauigkeit - die optimale Informationsgröße ist kleiner als 300 Ereignisse.

d großer Effekt

Hinweis: Die Autoren um Jia R (AMSTAR Score 11,5/16) kommen ebenfalls zur Überzeugung, dass die Vertrauenswürdigkeit in die Evidenz zur Wirksamkeit von Musiktherapie in der Behandlung von Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung gering ist. Es erfolgt hier keine Darstellung eines Evidenzprofils.

Vergleich von Tanztherapie (TT) vs. Kontrollgruppe (TAU)**Population:** Menschen mit Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis**Quelle:** Ren, J.; Xia, J. (2013): Dance therapy for schizophrenia. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews* (10). DOI: 10.1002/14651858.CD006868.pub3.

Endpunkt	Datengrundlage & Messwerte	Effektschätzer	Qualität (Vertrauenswürdigkeit) der Evidenz (RCTs)	Kommentare
Negativsymptomatik (follow-up 4 Monate)	Basierend auf Daten von 43 Patient:innen aus 1 Studie Instrument: PANSS (hoher Score = schlecht)	Mittelwerte Differenz: SMD 4.4 kleiner für Tanztherapie (TT) (95%KI: 8.15 bis 0.65)	⊕⊕⊕⊖ Moderat ^a	TT reduziert die Negativsymptomatik stärker als eine Behandlung ohne MT (Unterschied signifikant, p=0,021)
Lebensqualität (follow-up 4 Monate)	basierend auf Daten von 39 Patient:innen aus 1 Studie Instrument: Quality of life Manchester Short Assessment (hoher Score = gut)	Mittelwerte Differenz: SMD 0.0 höher für TT (95%KI: 0.48 bis 0.48)	⊕⊕⊕⊖ Moderat ^a	TT verbessert nicht die Lebensqualität stärker als eine Behandlung ohne TT (Unterschied nicht signifikant, p=1.0)
Behandlungszufriedenheit (follow-up 4 Monate)	basierend auf Daten von 42 Patient:innen aus 1 Studie Instrument: Satisfaction with care (hoher Score = gut)	Mittelwerte Differenz: SMD 0.4 höher für TT (95%KI: 0.78 bis 1.58)	⊕⊕⊕⊖ Moderat ^a	TT verbessert nicht die Behandlungszufriedenheit stärker als eine Behandlung ohne TT (Unterschied nicht signifikant, p=1.0)

a Herabstufung um eine Stufe wegen Risk of bias in Studien: z.B. Randomisierung ungenügend beschrieben, Verblindung problematisch, selektives Berichten

Vergleich von Kunsttherapie (KT) vs. Kontrollgruppe (TAU)**Population: Menschen mit Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis****Quelle:** Ruiz MI, Aceituno D, Rada G. Art therapy for schizophrenia? Medwave. 2017 Jan 19;17(Suppl1):e6845. (Crawford; Montag)

Endpunkt	Datengrundlage & Messwerte	Effektschätzer	Qualität (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz (RCTs))	Kommentare
Psychosoziale Funktionen	basierend auf Daten aus 1 Studie N=58 GAF (Global assessment of functioning)	stat. signifikante Unterschiede zwischen einer Kunsttherapie und der Kontrollgruppe (F=5.005) zugunsten der KT	(⊕⊕⊕⊕) Sehr gering^a	KT verbessert die psychosoz. Funktionen stärker als eine Behandlung ohne KT (Unterschied signifikant, p<0,05)
Psychosoziale Funktionen	basierend auf Daten aus 1 Studie N=355 GAF (Global assessment of functioning)	Mittelwerte Differenz: SMD -0.9 kleiner für KT [95% (CI)=-3.8 bis 2.1]	(⊕⊕⊕⊕) Sehr gering^a	KT verbessert nicht die psychosoz. Funktionen gegenüber einer Behandlung ohne KT (Unterschied nicht signifikant, p=0.57)
Negativsymptomatik	basierend auf Daten aus 1 Studie, N=58 SANS (Scale for the assessment of negative symptoms)	stat. signifikanter Unterschied zwischen einer Kunsttherapie und der Kontrollgruppe (F=7.820) zugunsten der KT	(⊕⊕⊕⊕) Sehr gering^a	KT reduziert die Negativsymptomatik stärker als eine Behandlung ohne KT (Unterschied signifikant, p<0,01)
Positiv- und Negativsymptomatik	basierend auf Daten aus 1 Studie, N=348 Positive and negative syndrome scale total score	Mittelwerte Differenz: SMD 0.7 größer für KT (95% KI: -3.1 bis 4.6)	(⊕⊕⊕⊕) Sehr gering^a	KT reduziert die Symptomatik nicht stärker als eine Behandlung ohne KT (Unterschied nicht signifikant, p<0,71)
Positivsymptomatik	Basierend auf einer Studie, N=58 SAPS (Scale for the assessment of positive symptoms)	stat. signifikante Unterschiede zwischen einer Kunsttherapie und der Kontrollgruppe (F=6.960) zugunsten der KT	(⊕⊕⊕⊕) Sehr gering^a	KT reduziert die Positivsymptomatik stärker als eine Behandlung ohne KT (Unterschied signifikant, p<0.05)

^a Abstufung der Vertrauenswürdigkeit, da GRADE-Ansatz nur unsicher herleitbar auf Basis der Analysen und des Berichtens (kein hochwertiger Review), Hinweise auf Heterogenität und Inkonsistenzen, Effektgrößen z.T. unbedeutend, basierend auf Einzelstudien

J) Spezifische ergotherapeutische Interventionen

Anlage: Methodenreport

Bereich: Spezifische ergotherapeutische Ansätze

Klinisch relevante Fragestellung:

Welche psychosozialen Ansätze können die sozialen und kulturellen Teilhabechancen schwer psychisch kranker Menschen verbessern?

Welchen Beitrag können dabei spezifische ergotherapeutische Interventionen mit dem Ziel der Stärkung von Selbstversorgung und Freizeitgestaltung leisten?

PICO-Schema

Patient(in)	Intervention	Vergleichsintervention	Outcome	Studiendesign (S) Suchzeitraum (T)
Patient:innen mit schwerer psychischer Erkrankung zwischen 18 und 65 Jahren (Definition lt. LL/Einleitung)	Spezifische ergotherapeutische Interventionen Ausschluss: spezifische Ansätze zur Verbesserung beruflicher Teilhabe, spezifische Trainings von Alltags- und sozialen Fertigkeiten und gesundheitsfördernde Interventionen	Alle aktiven (Vergleichs-) Interventionen, sowie Wartegruppen-Designs als auch herkömmliche Versorgungsgegebenheiten (Routinebehandlung- bzw. -versorgung)	Zentrale Indikatoren sozialer Teilhabe-aspekte (z.B. Wohnzufriedenheit, Wohnstabilität, Lebensqualität, soziales Eingebundensein) Klassische klinische und patientenbezogene Ergebnis-indikatoren (z.B. Erkrankungsrückfälle, stationäre Wieder-aufnahmen, psychische Symptomschwere, psychosoziales Funktionsniveau)	S: 1.systematische Reviews und Metaanalysen aus RCTs 2.Einzelstudien (RCTs) T: 11.08.2010 bis 15.05.2022

Systematische Literaturrecherche

Neben den Standarddatenbanken wurde auch in OTseeker recherchiert.

Suchprotokolle

Cochrane Library / CENTRAL (24.05.2022):

Search number	Query	Results
1	((chronic* or sever*) and mental* and disorder*):ti,ab,kw	11530
2	MeSH descriptor: [Mental Disorders] this term only	4104
3	((chronic* or sever*) and mental* and illness):ti,ab,kw	5180
4	(severe and psychiatric and disorder*):ti,ab,kw	2364
5	(severe and mental and health and problems):ti,ab,kw	690
6	(depression or (depressive and disorder*) or (severe and affective and disorder*)):ti,ab,kw	88779
7	(schizophrenia or psychotic* or paranoid or schizophrenic* or psychosis):ti,ab,kw	24634
8	((bipolar and disorder*) or (bipolar and affective and disorder*) or (manic and depression) or (bipolar and depression)):ti,ab,kw	7396
9	((personality and disorder*) or (obsessive and compulsive and disorder*)):ti,ab,kw	8199
10	MeSH descriptor: [Schizophrenia] this term only	7934
11	MeSH descriptor: [Depression] this term only	13893
12	MeSH descriptor: [Bipolar Disorder] this term only	2859
13	((randomized and controlled and trial) or (randomised and controlled and trial)):ti,ab,kw	637722
14	(random* and allocation):ti,ab,kw	41327
15	(random* and (trial or study)):ti,ab,kw	105909 9
16	MeSH descriptor: [Randomized Controlled Trial] this term only	119
17	MeSH descriptor: [Random Allocation] this term only	20672
18	(systematic AND (review OR search*)):ti,ab,kw	13250
19	((meta AND analysis) OR metaanaly* OR (meta AND analy*)):ti,ab,kw	21019
20	occupational therap*:ti,ab,kw	7758
21	ambulator* occupational therap*:ti,ab,kw	225
22	occupational rehabilitation:ti,ab,kw	3342
23	ergotherap*:ti,ab,kw	67
24	vocational therap*:ti,ab,kw	795
25	vocational rehabilitation or occupational intervention*:ti,ab,kw	8871
26	MeSH descriptor: [Occupational Therapy] this term only	821
27	occupational stress:ti,ab,kw	1630
28	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12	122237
29	#13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19	106814 4
30	#20 OR #21 OR #22 OR #23 OR #24 OR #25 OR #26 OR #27	12722
31	#28 AND #29 AND #30 with Publication Year from 2010 to 2022, with Cochrane Library publication date Between Jul 2010 and May 2022, in Trials	1265

Cochrane Library / Cochrane Reviews (25.05.2022)

Search number	Query	Results
1	((chronic* or sever*) and mental* and disorder*):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Aug 2010 and May 2022, in Cochrane Reviews	238
2	MeSH descriptor: [Mental Disorders] this term only	4208
3	((chronic* or sever*) and mental* and illness):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Aug 2010 and May 2022, in Cochrane Reviews	119
4	(severe and psychiatric and disorder*):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Aug 2010 and May 2022, in Cochrane Reviews	35
5	(severe and mental and health and problems):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Aug 2010 and May 2022, in Cochrane Reviews	50
6	(depression or (depressive and disorder*) or (severe and affective and disorder*)):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Aug 2010 and May 2022, in Cochrane Reviews	581
7	(schizophrenia or psychotic* or paranoid or schizophrenic* or psychosis):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Aug 2010 and May 2022, in Cochrane Reviews	193
8	((bipolar and disorder*) or (bipolar and affective and disorder*) or (manic and depression) or (bipolar and depression)):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Aug 2010 and May 2022, in Cochrane Reviews	39
9	((personality and disorder*) or (obsessive and compulsive and disorder*)):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Aug 2010 and May 2022, in Cochrane Reviews	25
10	MeSH descriptor: [Schizophrenia] this term only	8036
11	MeSH descriptor: [Depression] this term only	14364
12	MeSH descriptor: [Bipolar Disorder] this term only	2902
13	((randomized and controlled and trial) or (randomised and controlled and trial)):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Aug 2010 and May 2022, in Cochrane Reviews	4089
14	(random* and allocation):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Aug 2010 and May 2022, in Cochrane Reviews, Trials	19016
15	(random* and (trial or study)):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Aug 2010 and May 2022, in Cochrane Reviews	5986
16	((meta and analysis) or metaanaly* or (meta and analy*)):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Aug 2010 and May 2022, in Cochrane Reviews	2724
17	(systematic and (review or search*)):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Aug 2010 and May 2022, in Cochrane Reviews	1594
18	MeSH descriptor: [Randomized Controlled Trial] explode all trees	118
19	MeSH descriptor: [Random Allocation] this term only	20686
20	MeSH descriptor: [Meta-Analysis as Topic] this term only	292
21	MeSH descriptor: [Systematic Review] explode all trees	0
22	occupational therap*:ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Aug 2010 and May 2022, in Cochrane Reviews	458
23	ambulator* occupational therap*:ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Aug 2010 and May 2022, in Cochrane Reviews	106
24	occupational rehabilitation:ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Aug 2010 and May 2022, in Cochrane Reviews	129
25	ergotherapie*:ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Aug 2010 and May 2022, in Cochrane Reviews	18

26	vocational therap*:ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Aug 2010 and May 2022, in Cochrane Reviews	106
27	vocational rehabilitation or occupational intervention*:ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Aug 2010 and May 2022, in Cochrane Reviews	518
28	occupational stress:ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Aug 2010 and May 2022, in Cochrane Reviews	64
29	MeSH descriptor: [Occupational Therapy] this term only	838
30	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 with Cochrane Library publication date Between Aug 2010 and May 2022, in Cochrane Reviews	805
31	#13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21 with Cochrane Library publication date Between Aug 2010 and May 2022, in Cochrane Reviews	6338
32	#22 OR #23 OR #24 OR #25 OR #26 OR #27 OR #28 OR #29 with Cochrane Library publication date Between Aug 2010 and May 2022, in Cochrane Reviews	655
33	#30 AND #31 AND #32 with Cochrane Library publication date Between Aug 2010 and May 2022, in Cochrane Reviews	224

Pubmed (15.05.2022):

Search number	Query	Results
1	((chronic* OR sever*) AND mental* AND disorder*)	40,124
2	((chronic* OR sever*) AND mental* AND illness)	18,726
3	(severe AND psychiatric AND disorder*)	11,424
4	(severe AND mental AND health AND problems)	3,705
5	(depression OR (depressive AND disorder*) OR (severe AND affective AND disorder*))	436,021
6	(schizophrenia OR psychotic* OR paranoid OR schizophrenic* OR psychosis)	186,516
7	((bipolar AND disorder*) OR (bipolar AND affective AND (manic OR depression) AND depression)) OR AND	1,390,400
8	((personality AND disorder*) OR (obsessive AND compulsive AND disorder*))	51,215
9	bipolar disorder[MeSH Terms]	44,44
10	mental disorder[MeSH Terms]	1,402,920
11	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10	2,998,252
12	((randomized AND controlled AND trial) OR (randomised AND trial)) AND	252,133
13	(random* AND allocation)	15,867
14	(random* AND (trial OR study))	970,94
15	(systematic AND (review OR search*))	316,431
16	((meta AND analysis) OR metaanaly* OR (meta AND analy*)) OR scoping review	280,825
17	allocation, random[MeSH Terms]	106,895
18	clinical trials, randomized[MeSH Terms]	163,039
19	#12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18	1,478,424
20	occupational therapy	13,371
21	ambulator* occupational therap*	229
22	occupational rehabilitation	689
23	ergotherapy	217
24	vocational therap*	30
26	occupational stress	3,091
27	vocational rehabilitation OR occupational intervention*	2,832
28	occupational therapy[MeSH Terms]	14,585
29	#20 OR #21 OR #22 OR #23 OR #24 OR #26 OR #27 OR #28	26,558
30	#29 AND #19 AND #11	1,204

OTSeekers (16.09.2022):

- kein Zeitfilter/erweiterte Suche möglich

Suchbegriff „mental health“ (Title/Abstract); n=135 Treffer

Suchbegriff „severe mental illness“ (Title/Abstract); n=53

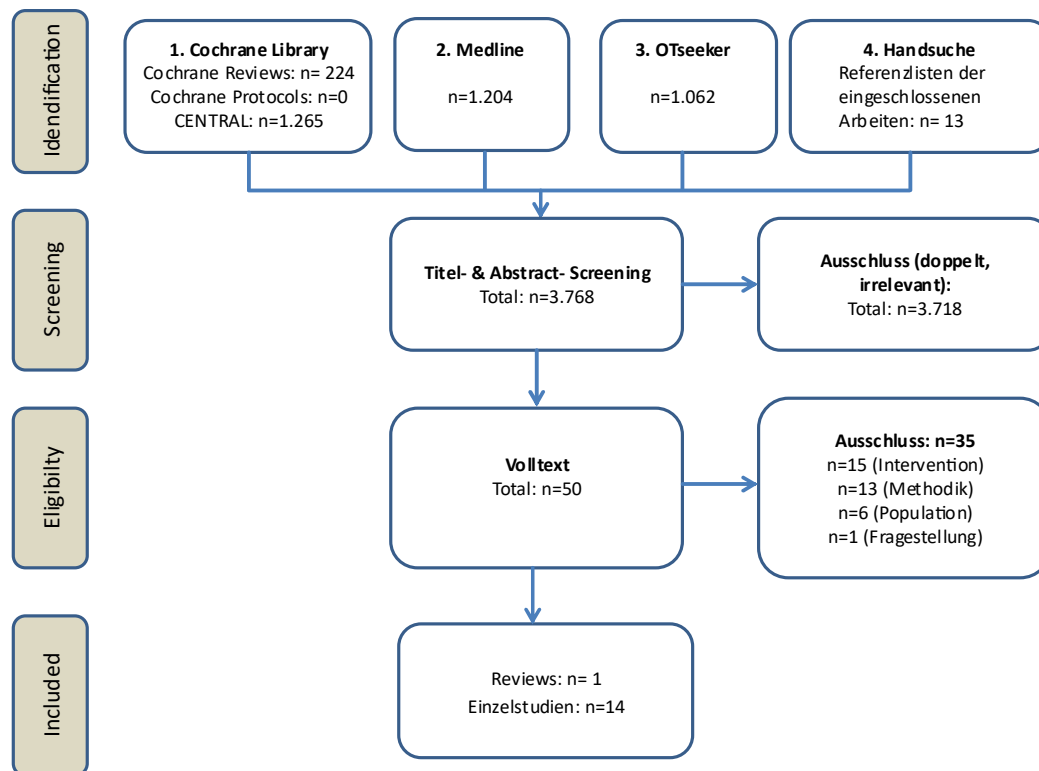
Suchbegriff „bipolar“ (Title/Abstract); n=0

Suchbegriff „psychotic“ (Title/Abstract); n=27

Suchbegriff „schizophrenia“ (Title/Abstract); n=267

Suchbegriff „depression“ (Title/Abstract); n=580

Flow-Diagramm eingeschlossener Arbeiten



PRISMA Flow-Diagramm: Ergotherapie

Es erfolgte ein zweistufiger Volltextscreeningprozess:

1. Identifikation von relevanten Übersichtsarbeiten
2. Identifikation von relevanten RCTs seit 2000 in Ergänzung zu den RCTs aus der Vorversion der LL

Extraktion systematische Reviews / Meta-Analysen

Titel	Effectiveness of Horticultural Therapy in People with Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-Analysis	
Autoren	Shan Lu, Yajie Zhao, Jianjiao Liu, Feng Xu, Zhiwen Wang	
Jahr	–	2021
Journal	–	Int. J. Environ. Res. Public Health
Fragestellung / Zielsetzung	–	Die Arbeit untersucht die Auswirkungen von einer Gartenbautherapie als Behandlungsansatz bei Patienten mit Schizophrenie. Zudem wurde geprüft, welchen Einfluss das Setting (nicht-stationär vs. stationär) auf die Behandlung hat.
Design	–	Systematischer Review mit Meta-Analyse
Datenbanken	–	PubMed, Cochrane Library, Embase, Science Direct, and China National Knowledge Infrastructure
Zeitraum	–	Januar 2000 bis Dezember 2020
Eingeschlossene Studientypen	–	randomisierte kontrollierte Studien (RCT; n=17) und quasi-experimentelle Studien* (n=6)
Autoren eingeschlossener Arbeiten (RCTs und quasi-exp. Studien*)	▪	n=23 Ban et al. (2001) Huang et al. (2017) Gao et al. (2014) Tang et al. (2010) Cao & Wu et al. (2013) Chen & Jia et al. (2013) Tao & Sun et al. (2017) Zhu et al. (2016) Hu et al. (2019) Zhu & Zhang et al. (2019) Lei et al. (2019) Liu et al. (2018) Yang et al. (2018) Xie et al. (2018) Liang et al. (2019) Zhang et al. (2015) Lu & Wang et al. (2010) Ban et al. (2002)* Gao et al. (2016)* Liu et al. (2017)* Oh et al. (2018)* Xu et al. (2018)* Zhang et al. (2014)*
weitere relevante Einschlusskriterien	–	Sprache: Englisch, Chinesisch
relevante Ausschlusskriterien	–	keine Originalarbeiten
Qualitätsbewertung durchgeführt	–	Ja (ROB; Joanna Briggs Institute (JBI) critical appraisal tools for quasi-experimental studies)
Für welche Patienten / Subgruppen Aussagen getroffen?	–	nach Setting

Gemessene Outcomes

- Symptomschwere (primär)
- rehabilitative Outcomes (primär)
- Lebensqualität (primär)
- soziale Funktionalität (primär)

Ergebnisse**Allgemein:**

- Verteilung nach Ländern:
- China (n=22), Korea (n=1)
- Anzahl Teilnehmer:
- n= 2.204 (Min. 28/Max. 615)
- Dauer der Interventionen (Spannweite):
- 8 bis 96 Wochen
- Interventionsgruppe:
- Gartenanbautherapie (z. B. Bepflanzung; Gemüse-/Früchteanbau; Bewässern, Pflege etc.) (n=17)
- Vergleichs-/Kontrollgruppe:
- Herkömmliche Therapie (n=11)
- konventionelle Arbeit + Unterhaltung (z. B. Musiktherapie) oder körperliche Aktivität (n=6)
- Psychotherapie und Social Skills Training (n=2)
- sonstiges (n=4)

Ergebnisse Symptomschwere – insgesamt

- stat. signifikante Unterschiede zwischen einer Gartenanbautherapie und den Kontrollgruppen (n=11; $p < 0.00001$, 95% CI -1,56 [-2.08 — -1.04] $\text{Tau}^2 = 1.09$, $\text{Chi}^2 = 287.4$, $I^2 = 94\%$)

Ergebnisse Symptomschwere – stationäres Umfeld

- stat. signifikante Unterschiede zwischen einer Gartenanbautherapie und den Kontrollgruppen (n=10; $p < 0.00001$, 95% CI -0,90 [-1.21 — -0.59] $\text{Tau}^2 = 0.20$, $\text{Chi}^2 = 47.7$, $I^2 = 81\%$)

Ergebnisse Symptomschwere – nicht-stationäres Umfeld

- stat. signifikante Unterschiede zwischen einer Gartenanbautherapie und den Kontrollgruppen (n=7; $p < 0.00001$, 95% CI -2,62 [-3.87 — -1.38] $\text{Tau}^2 = 2.64$, $\text{Chi}^2 = 123.7$, $I^2 = 95\%$)

Ergebnisse rehabilitative Outcomes – insgesamt

- stat. signifikante Unterschiede zwischen einer Gartenanbautherapie und den Kontrollgruppen (n=9; $p < 0.00001$, 95% CI -16,67 [-26.33 — -8.54] $\text{Tau}^2 = 34.3$, $\text{Chi}^2 = 87.4$, $I^2 = 91\%$)

Ergebnisse rehabilitative Outcomes – stationäres Umfeld

- stat. signifikante Unterschiede zwischen einer Gartenanbautherapie und den Kontrollgruppen (n=5; p<0.0003, 95% CI -16,07 [-19.8— -12.34] $\text{Tau}^2=14.3$, $\text{Chi}^2=20.9$, $I^2= 81\%$)

Ergebnisse rehabilitative Outcomes – nicht-stationäres Umfeld

- stat. signifikante Unterschiede zwischen einer Gartenanbautherapie und den Kontrollgruppen (n=5; p<0.00001, 95% CI -17,44 [-26.3— -8.54] $\text{Tau}^2=78.5$, $\text{Chi}^2=66.5$, $I^2= 95\%$)

Ergebnisse Lebensqualität – insgesamt

- stat. signifikante Unterschiede zwischen einer Gartenanbautherapie und den Kontrollgruppen → zugunsten der Kontrollgruppe (n=3; p<0.00001, 95% CI 1,31 [0.73—1.89] $\text{Tau}^2=0.21$, $\text{Chi}^2=9.59$, $I^2= 79\%$)

Ergebnisse Lebensqualität – stationäres Umfeld

- stat. signifikante Unterschiede zwischen einer Gartenanbautherapie und den Kontrollgruppen → zugunsten der Kontrollgruppe (n=2; p<0.006, 95% CI 1,17 [0.34—2.0] $\text{Tau}^2=0.31$, $\text{Chi}^2=7.19$, $I^2= 86\%$)

Ergebnisse Lebensqualität – nicht-stationäres Umfeld

- stat. signifikante Unterschiede zwischen einer Gartenanbautherapie und den Kontrollgruppen → zugunsten der Kontrollgruppe (n=1; p<0.00001, 95% CI 1,61 [1.1—2.12])

Ergebnisse soziale Funktionalität – insgesamt

- keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen einer Gartenanbautherapie und den Kontrollgruppen (n=9; p=0.81, 95% CI -0.16 [-1.43-1.12] $\text{Tau}^2=3.74$, $\text{Chi}^2=455.97$, $I^2= 98\%$)

Ergebnisse soziale Funktionalität – stationäres Umfeld

- keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen einer Gartenanbautherapie und den Kontrollgruppen (n=2; p=0.98, 95% CI -0.03 [-3.40-3.33] $\text{Tau}^2=5.82$, $\text{Chi}^2=68.78$, $I^2= 99\%$)

Ergebnisse soziale Funktionalität – nicht-stationäres Umfeld

- keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen einer Gartenanbautherapie und den Kontrollgruppen (n=7; p=0.80, 95% CI -0.19 [-1.69-1.3] $\text{Tau}^2=4.01$, $\text{Chi}^2=386.86$, $I^2= 98\%$)

Bemerkungen

Ausschlussgrund: Intervention (sehr spezifische Intervention/Gartenbautherapie) und Methodik (1/3 der eingeschlossenen Arbeiten mit quasi-exp. Design)

Alle Studien wurden im asiatischen Raum durchgeführt.

Titel	Occupational therapy delivered by specialists versus non-specialists for people with schizophrenia (Review)
Autoren	Morris K, Reid G, Spencer S
Jahr	– 2018
Journal	– Cochrane Database of Systematic Reviews
Fragestellung / Zielsetzung	– Untersuchung der Wirkung von ergotherapeutischen Maßnahmen, die durch ausgebildete Ergotherapeuten durchgeführt werden gegenüber entsprechenden Maßnahmen, die von anderer Profession erbracht werden bei Personen mit Schizophrenie.
Design	– Systematischer Review
Datenbanken	– Allied and Complementary Medicine Database (AMED), BIOSIS, Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), ClinicalTrials.gov, Embase, MEDLINE, PsycINFO, PubMed, World Health Organization International Clinical Trials Registry Platform (WHO ICTRP)), ProQuest Dissertations, Theses A&I, Chinese Biomedical Literature (CBM), China National Knowledge Infrastructure (CNKI), WANFANG – zudem Handsuche, graue Literatur und Konferenzbeiträge
Zeitraum	– bis Juli 2018
Eingeschlossene Studientypen	– randomisierte kontrollierte Studien (n=0)
Autoren eingeschlossener Arbeiten (nur RCTs)	–
weitere relevante Einschlusskriterien	– keine Sprach-, Datum-, Dokumententyp- oder Publikationsstatusrestriktion
relevante Ausschlusskriterien	–
Qualitätsbewertung durchgeführt	– Ja, geplant (RCT - Risk of Bias Tool der Cochrane Collaboration)
Für welche Patienten / Subgruppen Aussagen getroffen?	–
Gemessene Outcomes	–
Ergebnisse	<u>Allgemein:</u> – Verteilung nach Ländern: – Anzahl Teilnehmer: – Dauer der Interventionen (Spannweite):

	– Interventionsgruppen: –
Bemerkungen	Keine Bewertung möglich, da keine RCTs identifiziert werden konnten.

Eingeschlossene Einzelstudien (Extraktion und Bewertung)

Tabelle: Grundlegende Charakteristika der eingeschlossenen Einzelstudien

Referenz	Teilnehmer*innen (Anzahl und Charakteristika)	Drop-out Rate (abs.)	Intervention	Kontrolle	Zielgröße(n)
Studientyp	insgesamt				
Vizzotto et al. 2021 RCT NEU	– N=54 (48) – Patienten mit Schizophrenie – Pat. erhalten ambulante Versorgung (Institute of Psychiatry, University of São Paulo) – Ausgeschlossen: Patienten, die innerhalb der letzten drei Monate eine stationäre Aufnahme vorwiesen, Substanzmissbrauch oder Abhängigkeit, kognitive Einschränkungen	IG = 2 KG = 4	– Dauer 15 Wochen; Follow-Up: 6 Monate – Occupational Goal Intervention; Schwerpunkt der Intervention liegt auf der Förderung von Alltagsfertigkeiten, wie bspw. Essen-zubereitung, Umgang mit Geld und Lesen und Schreiben sowie die Nutzung von PCs zur Informationsbeschaffung	– handwerkliche Tätigkeiten, wie bspw. zeichnen oder malern	– primäre Endpunkte: • Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome scale (BADs) • Positive and negative syndrome scale (PANSS) • Clinical Global Impression Scale (CGI) – sekundäre Endpunkte: • Direct Assessment of Functional Status-Revised (DAFS-BR) Brazilian Version • Portuguese version of the Independent Living Skills Survey (ILSS-BR) • Brazilian version of the Wechsler Abbreviated Intelligence Scale
	Pro Arm				
	IG= 28 (26) KG= 26 (22)				
Ercan Dogu et al. 2021 RCT NEU	– N=66 (60) – Patienten mit Schizophrenie – Pat. erhalten ambulante Versorgung (Mental Health Center of Diskapi Training and Research Hospital, Ankara) – Ausgeschlossen: Patienten, die innerhalb der letzten sechs Monate eine stationäre Aufnahme vorwiesen, psychiatrische	IG = 2 KG = 4	– Dauer 1 Wochen; Follow-Up: 6 Monate – Occupational Therapy and Social Skills Training; personen-orientierter Ansatz mit Schwerpunkt auf Kommunikation und Problemlösung sowie Planung (Freizeit, Aktivitäten etc.)	– Social Skills Training; Kommunikation und Problemlösung	– primäre Endpunkte: • Canadian Occupational Performance Measure (COPM) Turkish Version • Community Integration Questionnaire (CIQ) Turkish Version – sekundäre Endpunkte:

	Komorbiditäten wie bspw. mentale Retardierung, Substanzmissbrauch oder Abhängigkeit, organische Gehirnerkrankungen				- Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) Turkish Version - Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS)
	Pro Arm				
	IG= 32 (30)	KG= 34 (30)			
Mashimo et al. 2020 RCT NEU	- N=60 (49) - Patienten mit einer F2- oder F3-Diagnose nach ICD 10 (z. B. Schizophrenie, wahnhafte Erkrankungen, affektive Störungen) - Pat. erhalten ambulante Versorgung durch sog. Outreach Teams in Japan Ausgeschlossen: Patienten mit einer weiteren Diagnose zur mentalen Retardierung (moderat bis schwer), Substanzmissbrauch, bei keiner hinreichenden Einwilligung zur Teilnahme, bei psychiatrischen Symptomen, die sich im Laufe der Zeit sehr wahrscheinlich verschlechtern werden und somit ggf. ein Ausscheiden bedingen. Daten von Teilnehmern, die während der Dauer der Studie für länger als einen Monat stationär behandelt wurden, wurden nicht verwendet.	IG = 4 KG = 7	- Dauer 4 Monate - Home-Visit Occupational Therapy (OT) using a Management Tool for Daily Life Performance (MTDLP); alle Maßnahme werden im häuslichen Umfeld angeboten, individuelle Bedürfnisse des Pat. stehen im Mittelpunkt; zunächst Umsetzung von Maßnahmen zu körperlichen und strukturellen Domänen, anschließend für Aktivitäten und Teilnahme und schließlich für das soziale Umfeld	Home-Visit Occupational Therapy (OT); Zielsetzung durch Therapeuten, handwerkliche Aktivitäten, Sport, Medikamenten- und Geldmanagement	primäre Endpunkte: - Global Assessment of Functioning (GAF) - Japanese version of the Social Functioning Scale (SFS)
	Pro Arm				
	IG= 29 (25)	KG= 31 (24)			
Shimada et al. 2018 RCT NEU	- N=136 (129) - Patienten mit Schizophrenie oder einer schizo-afektiven Störung - Pat. erhalten stationäre psychiatrische Versorgung (in fünf privaten Krankenhäusern im Nagano, Japan) Ausgeschlossen: Patienten mit mentaler Retardierung, Substanzmissbrauch oder Ab	IG = 2 KG = 5	- Dauer 3 Monate - activity-oriented group occupational therapy (GOT) + individualized OT (IOT); psychosozialer Behandlungsansatz mit Fokus auf motivierende Interviews, Selbstreflektion, handwerkliche Tätigkeiten, indivi	activity-oriented group occupational therapy (GOT); Gruppentherapie körperliche Aktivität, handwerkliche Tätigkeiten, Teilnahme an Koch- oder Musikprogramm, Psychoedukation und ein Freizeitprogramm	primäre Endpunkte: - Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia Japanese version (BACS-J) - Schizophrenia Cognition Rating Scale Japanese version (SCoRS-J)

	hängigkeit, mit einer neurologischen Störung/Erkrankung (z. B. Epilepsie) oder der Notwendigkeit einer spezifischen individuellen Intervention für eine körperliche Dysfunktion		duelle Psychoedukation und Entlassplanung + Gruppentherapie körperliche Aktivität, handwerkliche Tätigkeiten, Teilnahme an Koch- oder Musikprogramm, Psychoedukation und ein Freizeitprogramm		• Social Functioning Scale Japanese version (SFS-J) • Global Assessment of Functioning (GAF) • Intrinsic Motivation Inventory Japanese version (IMI-J) • Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) • Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) • Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8J)
	Pro Arm IG= 68 (66) KG= 68 (63)				
Eklund et al. 2017 RCT NEU	– N=226 (180) – breites Spektrum an Patienten mit bspw. Psychosen oder neuropsychiatrischen Störungen – Pat. erhalten gemeindebasierte Versorgung und eine spezialisierte psychiatrische Versorgung (Schweden) Ausgeschlossen: Patienten mit Substanzmissbrauch oder einer demenziellen Erkrankung	IG = 33 KG = 13	– Dauer 15 Wochen – Balancing Everyday Life (BEL) Programm; gruppen- und aktivitätszentrierter Lifestyle-Ansatz, wesentliche Themen sind Aktivitätenplanung, Motivation und Meinung, gesundes Leben, Freizeit, Entspannung und soziale Aktivitäten	– herkömmliche Therapie (überwiegend Ergotherapie); Alltagsfertigkeitentraining, soziale und kreative Aktivitäten	– primäre Endpunkte: • Profiles of Occupational Engagement among people with Severe mental illness (POES) • Satisfaction with daily occupations and occupational balance (SDO-OB) • Occupational Value with predefined items (OValpd) – Sekundäre Endpunkte • Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA) • Rosenberg Self-Esteem Scale • MOS SF- 36 • Global Assessment of Functioning (GAF) scale
	Pro Arm IG= 133 (100) KG= 93 (80)				
Vizzotto et al. 2016 RCT	– N= 46 (39) – Patienten mit behandlungsresistenter Schizophrenie (TRS)	IG = 4 KG = 3	– Dauer 16 Wochen; 6 Monate Follow-Up	– handwerkliche Tätigkeiten, wie bspw. zeichnen oder malen	– primäre Endpunkte:

NEU	– Pat. erhalten ambulante Versorgung (Institute of Psychiatry, University of São Paulo) Ausgeschlossen: Patienten, die innerhalb der letzten sechs Monate eine stationäre Aufnahme vorwiesen, psychiatrische Komorbiditäten wie bspw. mentale Retardierung, Substanzmissbrauch oder Abhängigkeit, organische Gehirnerkrankungen		– Occupational Goal Intervention; Schwerpunkt der Intervention liegt auf der Förderung von Alltagsfertigkeiten, wie bspw. Essenzubereitung, Umgang mit Geld und Lesen und Schreiben sowie die Nutzung von PCs zur Informationsbeschaffung		• Direct Assessment of Functional Status-Revised–DAFS-R • Independent Living Skills Survey – ILSS • Wechsler Abbreviated Intelligence Scale (IQ) • PANSS
	Pro Arm				
	IG= 26 (22)	KG= 20 (17)			
Foruzandeh et al.* 2013 RCT	– N=60 (k. A.) – Patienten mit Schizophrenie – Pat. erhalten stationäre (Langzeit-) Versorgung (an einem Klinikum in Shahrekord, Iran) Ausgeschlossen: Patienten mit physischen, sensorischen, neurologischen Beeinträchtigungen oder bei Substanzmissbrauch	IG = k. A. KG = k. A.	– Dauer 3 Monate – Ergotherapie; im Sinne von Ausdrucks-, Kunst- und Erholungstherapie	– herkömmliche Therapie	– primäre Endpunkte: • Andreasen's Scale for Assessment of Positive Symptoms (SAPS) • Andreasen's Scale for Assessment of Negative Symptoms (SANS)
	Pro Arm				
	IG= 30 (k. A.)	KG= 30 (k. A.)			
Tatsumi et al. 2011 RCT NEU	– N=38 (34) – Patienten mit Schizophrenie (und schweren negativen Symptomen) – Pat. erhalten stationäre Versorgung (in einem Klinikum in Japan) Ausgeschlossen: Patienten mit schweren diätetischen Einschränkungen und Schluckstörungen, Einschränkungen beim Gehen oder Demenz	IG = 3 KG = 1	– Dauer 15 Wochen – Ergotherapie + Kochkurs	– herkömmliche Therapie	– primäre Endpunkte: • Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) • Scale for Assessment of Negative Symptoms (SANS) • Rehabilitation Evaluation Hall and Baker (Rehab; social skills) • Profile of Mood States (POMS) scale
	Pro Arm				
	IG= 19 (16)	KG= 19 (18)			

Cook et al. 2009* RCT	– N=44 (42) – Patienten mit Schizophrenie oder anderen psychotischen Konditionen du funktionellen Problemen – Pat. erhalten ambulante Versorgung (durch NHS Community Mental Health Teams in UK) Ausgeschlossen: Patienten mit organischen Gehirnstörungen Pro Arm IG= 30 (30) KG= 14 (12)	IG = 0 KG = 2	– Dauer 12 Monate – individuelle Ergotherapie + herkömmliche Therapie	– herkömmliche Therapie	– primäre Endpunkte: • Social Functioning Scale • Scale for the Assessment of Negative Symptoms and employment
Chan et al. 2007 RCT NEU	– N=81 (77) – Patienten mit Schizophrenie – Pat. erhalten stationäre Akut-Versorgung (Pamela Youde Nethersole Eastern Hospital) Ausgeschlossen: Patienten mit Substanzmissbrauch, organischen Gehirnstörungen oder mentaler Retardierung Pro Arm IG= 44 (44) KG= 37 (33)	IG = 0 KG = 4	– Dauer 2 Wochen; 12 Monate Follow-Up – TRIP (Transforming Relapse and Instilling Prosperity); im Wesentlichen zielt die Intervention darauf ab, eine Krankheits- und Gesundheitsorientierung zu erarbeiten; folgende Bereiche spielen dabei eine Rolle: psychische Gesundheit, Emotionen, Beginn der Krankheit, Rehabilitations-ressourcen, Medikations-management, soziale und berufliche Dienste etc.)	– Ergotherapie	– primäre Endpunkte: • Scale of Unawareness of Mental Disorder (SUMD; awareness of illness-related issues) • 36-Item Short Form (SF-36) health survey • Relapse
Länge et al. 2006* RCT	– N=227 (163) – Patienten mit Diagnosen aus dem schizophrenen Formenkreis – Pat. erhalten stationäre oder teilstationäre Behandlung Ausgeschlossen: Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen Pro Arm IG= k. A. (90) KG= k. A. (73)	IG = k. A. KG = k. A.	– Dauer 4 Wochen; 24 Monate Follow-Up – arbeitstherapeutische Maßnahmen (z. B. Belastungserprobung in der realen Arbeitswelt, berufliches Integrationsprogramm, Grundarbeitsfähigkeiten, spezifische Ressourcen und Motivation, klinische Arbeitstherapie)	– kreativitätsorientierte Ergotherapie	– primäre Endpunkte: • Arbeitsfähigkeitenprofils AFP (Lernfähigkeit“, Fähigkeit zur sozialen Kommunikation“, Anpassung“) • Global Assessment of Functioning Scale (GAF) • Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) • Symptom-Check-Liste (SCL-90-R)

						Berliner Lebens-qualitäts-profils (BeLP)
Reuster et al. 2002/2006* RCT	- N=262 (216) - Patienten mit den Diagnosen Schizophrenie, manische Episode, depressive Episode, bipolare affektive Störung oder rezidivierende depressive Störung - Pat. erhalten stationäre Behandlung <u>Ausgeschlossen:</u> Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen		IG = 19 KG = 27	- Dauer 4 Wochen - ergotherapeutische Krankenbehandlung	Eigenbeschäftigung mit aus-gegebenen Materialien	primäre Endpunkte: - State-Trait-Angstinventar (STAI-G) - Selbstbild sozialer Funktionspotenzen (SSF-Skala) - Kieler änderungssensitive Symptomliste (KASSL) - Erfassung von Hoffnungslosigkeit (H-SA-Skala) - Trierer Persönlichkeitsfragebogen (TPF) - Mehrfach-Wortwahltest (MWT-B) - Psychopathologieskalen (BRMES, BRMAS, BPRS) - Test d2 Aufmerksamkeits-Belastungs-Test - Patienteneinschätzung der Beschäftigung
	Pro Arm					
	IG= 139 (120)	KG= 123 (96)				
Buchain et al. 2003* RCT	- N=26 (k. A.) - Patienten mit behandlungsresistenter Schizophrenie (TRS) - Pat. erhalten ambulante Versorgung (Clinical Hospital of the Medical School of the University of São Paulo, ambulatory) <u>Ausgeschlossen:</u> k. A.		IG = k. A. KG = k. A.	- Dauer 6 Monate - med. Therapie + Ergotherapie; im Wesentlichen sollen durch kognitive Defizite verbessert werden z. B. Aufgaben, Papier und Bleistift-Aufgaben und Bewältigung von Alltagssituationen	medikamentöse Therapie	primäre Endpunkte: - EOITO (Escala de Observação Interativa de Terapia Ocupacional)
	Pro Arm					
	IG= 12 (k. A.)	KG= 14 (k. A.)				
Hadas-Lidor et al. 2001	- N=58 (58) - Patienten mit Schizophrenie		IG = 0 KG = 0	Dauer 12 Monate; 6 Monate Follow-Up	Ergotherapie	primäre Endpunkte:

RCT NEU	– Pat. erhalten ambulante Versorgung (durch gemeindebasierte Teams in Israel) Ausgeschlossen: Patienten mit Substanzmissbrauch, organische Gehirnstörungen oder mentaler Retardierung		– Instrumental Enrichment (IE); im Wesentlichen sollen durch kognitive Defizite verbessert werden z. B. Aufgaben, Papier und Bleistift-Aufgaben und Bewältigung von Alltagssituationen			• Memory and thought processes, measured by structured tests from the Learning Potential Assessment Device (LPAD) • Raven Progressive Matrices and General Aptitude Test Battery (GATB) • Functional outcomes • Instrumental Activities of Daily Living (IADL) • Work and Residence Status • self-concept measured with Fitts questionnaire
	Pro Arm					
	IG= 29 (29)	KG= 29 (29)				

* in vorheriger Version der Leitlinie schon berücksichtigt

Vizzotto et al. 2021 Occupational Goal Intervention Method for the Management of Executive Dysfunction in People with Treatment-Resistant Schizophrenia: A Randomized Controlled Trial	
Methods	Single blind randomized controlled Trial Intervention group (IG): Occupational Goal Intervention Control group (CG): craft activities Duration: 15 week, 6 months follow-up Patients: People diagnosed with schizophrenia according to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th edition)
Participants	N=54, Participants were outpatients receiving routine treatment in the Schizophrenia Program at the Institute of Psychiatry, University of São Paulo (Programa de Esquizofrenia [PROJESQ]), School of Medicine, Sao Paulo, Brazil. Ages between 18 and 55 yr. All participants were receiving treatment with clozapine. Daily doses of clozapine ranged from 230 mg to 350 mg and remained stable during the intervention period. Participants were required to have a minimum of 5 yr of primary school. Exclusion criteria Potential participants were excluded on the following grounds: hospitalization in the past 3 mo, diagnosis of substance abuse or dependence, or history of traumatic brain injury or intellectual disability. Age (years): 38 Duration of illness (years): not reported
Interventions	IG (N=28): The OGI method focuses on strategy learning using activities and everyday tasks. The steps of the program followed GMT but with a focus at the beginning on the individual choice of activities and at the end on the debriefing of activity performance. Each step relates to a specific aspect of goal-directed behavior. The treatment process emphasizes the use of functional activities in the three main domains originally proposed by Katz and Keren (2011): (1) Food Preparation; (2) Money Management; and (3) Reading, Writing, and Using Computers for Information Seeking. CG (N=26): In the control group, participants engaged in craft activities such as painting or drawing on canvas and wood, but no therapeutic techniques were used.
Outcomes	Patients were measured at baseline and at postintervention and follow-up Primary outcome measures: – Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome scale (BADS) – PANSS – CGI Secondary outcome measures: – Direct Assessment of Functional Status-Revised (DAFS-BR) Brazilian Version – Portuguese version of the Independent Living Skills Survey (ILSS-BR) – Brazilian version of the Wechsler Abbreviated Intelligence Scale
Results	- baseline to follow-up results Primary outcome measures: BADS – Rule Shift Cards: d=0.95; 95% CI 0.26-1.59 – Action Program: d=0.62; 95% CI -0.04-1.26 – Key Search: d=0.48; 95% CI -0.17-1.11 – Zoo Map: d=0.29; 95% CI -0.35-0.92

- Modified Six Element: **d=0.31**; 95% CI -0.33-0.94
- total: **d=0.69**; 95% CI 0.03-1.33

PANSS

- positive: d=0.08; 95% CI -0.55-0.71
- negative: d=-0.41; 95% CI -1.04-0.24
- General Pathology: d=-0.42; 95% CI -1.05-0.23
- total: d=-0.33; 95% CI -0.96-0.31

CGI

- total: d=-0.97; 95% CI -1.62- -0.28

Secondary outcome measures:**DAFS-BR**

- Time Orientation: **d=0.44**; 95% CI -0.20-1.08
- Communication Skills: **d=0.50**; 95% CI -0.14-1.14
- Dealing With Finances: **d=0.22**; 95% CI -0.42-0.85
- Shopping Skills: **d=0.24**; 95% CI -0.40-0.87
- Grooming Skills: **d=0.60**; 95% CI -0.05-1.25
- Eating Skills: d=0.07; 95% CI -0.57-0.70
- total: **d=0.39**; 95% CI -0.25-1.03

ILSS-BR

- Self-Nourishment: **d=0.48**; 95% CI -0.17-1.12
- Personal Hygiene: **d=0.86**; 95% CI 0.18-1.50
- Household Activities: **d=0.98**; 95% CI 0.28-1.63
- Food Preparation: **d=1.37**; 95% CI 0.63-2.05
- Health Maintenance: **d=1.08**; 95% CI 0.37-1.75
- Money Management: **d=1.15**; 95% CI 0.43-1.82
- Transportation: **d=0.75**; 95% CI 0.08-1.39
- Leisure: **d=0.89**; 95% CI 0.21-1.53
- Employment: d=-0.36; 95% CI -1.99-1.42
- total: **d=1.19**; 95% CI 0.48-1.85

Fett markiert Effektgrößen sind signifikant (p<0.05)

Risk of bias			
Bias	Authors' judgement	Support for judgement	
	Low – Unclear – high risk		
Random sequence generation (selection bias)	unclear risk		-
Allocation concealment (selection bias)	unclear risk		-
Blinding of participants and personnel (performance bias)	low risk		All participants were blinded to the assigned interventions.
Blinding of outcome assessment (detection bias)	unclear risk		-
Incomplete outcome data (attrition bias)	low risk		-
Selective reporting (reporting bias)	low risk		All outcome measures were considered in the analysis.
Other bias	low risk		-

(adequate therapy
method, treatment fi-
delity, supervision,
training, personal, fi-
nancial, or any other in-
terests
producing bias)

Hadas-Lidor et al. 2001 Effectiveness of dynamic cognitive intervention in rehabilitation of clients with schizophrenia	
Methods	Randomized controlled trial Intervention group (IG): treated by Instrumental Enrichment; delivered two- to three-weekly one-hour sessions of IE (Instrumental Enrichment), the IE is divided into 15 tools, each focusing on a specific cognitive deficiency Control group (CG): treated with traditional <u>occupational therapy methods</u> Duration: 12 month; 6 months follow-up Patients: clients with schizophrenia in different stages of rehabilitation
Participants	N=58, Clients participated in a community day rehabilitation centre at Petah-Tiqva in Israel Subjects were diagnosed according to the Diagnostic and statistical manual of mentally disordered, fourth edition Patients with a co-morbid diagnosis of substance abuse, organic brain syndromes or mental retardation were excluded. Age (years): 36 Duration of illness (years): not reported
Interventions	IG (N=29): Cognitive intervention by means of IE (Instrumental Enrichment) based on Feuerstein's theory of Structural Cognitive Modifiability (SCM) that maintains individual cognitive structures can be changed at any age and in any health status using the Mediated Learning Experience (MLE) interventional approach. Each session was divided into three parts: The first part included cognitive exercises to improve special cognitive skills, The second part included an analysis of the paper-and-pencil exercise performance by both the client and the therapist. The third part included examples from the client's daily living situations, like work, residence or social skills CG (N=29): traditional occupational therapy treatment (functional tasks and expressive activities), individually and in groups, by experienced occupational therapists, according to the same schedule and time frame as the study group)
Outcomes	Pretest, Posttest (after 12 months) and Follow-up (6 months after post-test) measurements Primary outcome measures: – memory and thought processes, measured by structured tests from the Learning Potential Assessment Device (LPAD) – Raven Progressive Matrices (RPM) and General Aptitude Test Battery (GATB) – functional outcomes – instrumental activities of daily living (IADL) – work and residence status – self-concept measured with Fitts questionnaire
Results	before and after treatment Primary outcome measures: Cognitive ability (LPAD; RPM; GATB) LPAD – Complex figure drawing test: $F(1,52) = 5,47, p < 0.05$ – Word memory test: $F(1,52) = 19.11, p < 0.01$

Raven Progressive Matrices

- $F(1.52)=205.07, p<0.001$

GATB

- Proofreading: $F(1.52)=7.29, p<0.05$
- Shape perception: $F(1.52)=10.51, p<0.01$
- Arithmetic problems: $F(1.52)=5.92, p<0.05$
- Arithmetic exercises: $F(1.52)=0.79$, not ss

Daily function (IADL)

- no between-group difference in IADL

work status

30% of the control group (nine subjects) remained in the adaptation unit, though none of the study group did; 46% of the control group (14 subjects) moved to other advanced rehabilitation units compared with 69% of the study group (20 subjects); and 14% of the control group (five subjects) were working in the open market compared with 31% of the study group (nine subjects). These differences were significant by chi-square analysis (18 months; $\chi^2 = 14.30, df = 2, p < 0.001$)

residence status

44.4% of the study group (13 subjects) had moved to a hostel or independent residence compared with only 17.4% of the control group (five subjects) (18 months; $\chi^2 = 3.86, df = 1, p < 0.05$)

Self-concept

No significant differences were found on the Fitts Self-Report Scale scores either before or after treatment for any of the groups

Risk of bias

<i>Bias</i>	<i>Authors' judgement</i> <i>Low – Unclear – high risk</i>	<i>Support for judgement</i>
Random sequence generation (selection bias)	unclear risk 	For the purposes of the study, the cohort was randomly assigned into two equal groups
Allocation concealment (selection bias)	unclear risk 	-
Blinding of participants and personnel (performance bias)	unclear risk 	-
Blinding of outcome assessment (detection bias)	unclear risk 	-
Incomplete outcome data (attrition bias)	unclear risk 	-
Selective reporting (reporting bias)	low risk 	All outcome measures were considered in the analysis.
Other bias (adequate therapy method, treatment fidelity, supervision, training, personal, financial, or any other interests producing bias)	low risk 	-

Chan et al. 2007 TRIP: a psycho-educational programme in Hong Kong for people with schizophrenia	
Methods	Randomized controlled trial Intervention group (IG): A ward-based illness management programme – TRIP (Transforming Relapse and Instilling Prosperity) TRIP comprises the notions of relapse reduction and health promotion within the programme. Control group (CG): <u>WOT programme</u>; the WOT programme comprises the <u>existing occupational therapy services</u> provided to inpatients in psychiatric admission wards. Duration: 2 weeks; 12 month follow-up Patients: people aged 18–65 years with schizophrenia Participants had a stable mental condition after admission. Exclusion criteria Patients with a co-morbid diagnosis of substance abuse, organic brain syndromes or mental retardation were excluded.
Participants	N=77, Participants who were admitted to the acute psychiatric unit of Pamela Youde Nethersole Eastern Hospital (PYNEH) A diagnosis of schizophrenia or schizo-affective disorder, with the criteria stated in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition (DSM-IV) (American Psychiatric Association, 1994). Age (years): 36 Duration of illness (years): not reported
Interventions	TRIP (N=44): two-week, ward-based illness management programme including 10 sessions: each session lasts for approximately 50 minutes The sessions can be further categorized into two themes: ‘illness orientation’ and ‘health orientation, which cover 10 topics (mental health, emotion management, introduction to schizophrenia, rehabilitation resources, residential and family services, rehabilitation resources, vocational and social services, medication management and compliance, relapse prevention plan development, symptom management, healthy diet and lifestyle, stress management. WOT (N=33): The WOT programme was developed based on the ‘activities health approach’ (Robinson and Avallone, 1990) that aims to maintain activities health during hospitalization by providing a normal routine selected by the patient from a typical array of work, rest and leisure activities. Programme content includes a variety of clerical or craft work tasks, and recreational and leisure activities
Outcomes	At baseline and post-treatment and 12 month follow-up Primary outcome measures: – Scale of Unawareness of Mental Disorder (SUMD; awareness of illness-related issues) – 36-item Short Form (SF-36) health survey – - Relapse
Results	measured after follow-up Primary outcome measures: SUMD – $F = 4.73$; $p < 0.05$ SF-36 – Physical $F = 1.99$; $p = 0.162$

- Role-physical F= 5.27; **p< 0.05**
 - Bodily pain F= 1.52; p=0.222
 - General health F= 5.56; **p< 0.05**
 - Vitality F= 9.29; **p< 0.05**
 - Social functioning F= 14.5; **p< 0.05**
 - Role-emotional F= 7.70; **p< 0.05**
 - Mental health F= 10.1; **p< 0.05**
 - Physical health component F= 8.75; **p< 0.05**
 - Mental health component F= 19.4; **p< 0.05**
- Relapse rate**
- - relapse rate (after 9-12 months; OR 1.75)

Risk of bias

Bias	Authors' judgement Low – Unclear – high risk		Support for judgement
Random sequence generation (selection bias)	unclear risk		They were randomly assigned to the study group and comparison group, respectively (about 8–10 participants for each group) to attend either the TRIP programme or the WOT programme for two weeks.
Allocation concealment (selection bias)	unclear risk		-
Blinding of participants and personnel (performance bias)	unclear risk		-
Blinding of outcome assessment (detection bias)	unclear risk		-
Incomplete outcome data (attrition bias)	unclear risk		-
Selective reporting (reporting bias)	low risk		All outcome measures were considered in the analysis.
Other bias (adequate therapy method, treatment fidelity, supervision, training, personal, financial, or any other interests producing bias)	low risk		-

Tatsumi et al. 2011		
Effects of Occupational Therapy on Hospitalized Chronic Schizophrenia Patients with Severe Negative Symptoms		
Methods	Small-scale randomized controlled study Intervention group (IG): Occupational therapy (OT) group participated in cooking activities Control group (CG): usual care Duration: 15 weeks Patients: hospitalized chronic schizophrenia patients with severe negative symptoms Patients with severe dietary restrictions, difficulty in swallowing (patients on minced diets were accepted), disability of independent walking, dementia or brain injury were excluded. Those under a major change of psychotic medication were also excluded.	
Participants	N=38 , study facilities were an urban private psychiatric single-department hospital (306 beds) and a psychiatric ward (173 beds) of an urban general hospital in Japan inpatients diagnosed with schizophrenia based on DSM-IV criteria inclusion criteria were a disease duration of 10 years or longer; the absence of working experience after onset due to the disease condition; rejection or negative involvement in treatments including programs in an OT room, psychological education, and social skills training Age (years): 58 Duration of illness (years): 33	
Interventions	IG (N=19): Patients in the OT group did cooking activities The cooking activities had the following three factors; [1] participation in activities, [2] having a goal, and [3] doing step by step CG (N=19): usual care	
Outcomes	Assessment was performed before the intervention and after completion of 15 sessions of OT Primary outcome measures: – Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) – Scale for Assessment of Negative Symptoms (SANS) – Rehabilitation Evaluation Hall and Baker (Rehab; social skills) – Profile of Mood States (POMS) scale	
Results	Primary outcome measures: BPRS – no significant differences SANS – no significant differences Rehab – no significant differences POMS – no significant differences	
Risk of bias		
Bias	Authors' judgement	Support for judgement
	Low – Unclear – high risk	

Random sequence generation (selection bias)	unclear risk		patients were randomly divided into two groups
Allocation concealment (selection bias)	unclear risk		-
Blinding of participants and personnel (performance bias)	unclear risk		-
Blinding of outcome assessment (detection bias)	low risk		The attending psychiatrists evaluated BPRS and SANS under blinded conditions for each intervention.
Incomplete outcome data (attrition bias)	unclear risk		-
Selective reporting (reporting bias)	low risk		All outcome measures were considered in the analysis.
Other bias (adequate therapy method, treatment fidelity, supervision, training, personal, financial, or any other interests producing bias)	low risk		-

Vizzotto et al. 2016 A pilot randomized controlled trial of the Occupational Goal Intervention method for the improvement of executive functioning in patients with treatment-resistant schizophrenia	
Methods	Randomized, controlled, single blind pilot study Intervention group (IG): Occupational Goal Intervention (OGI) method Control group (CG): craft activities Duration: 15 weeks Patients: patients with Treatment-Resistant Schizophrenia (TRS) Patients diagnosed with schizophrenia according to the DSM- IV-TR (American Psychiatric Association,2000), aged between 18 and 55 years were selected for the study. Patients were defined as having TRS based on the Kane et al.(1988) historical criteria i.e., persistence of psychotic symptoms after at least two adequate trials with two different antipsychotics and were receiving clozapine. Daily doses of clozapine ranged from 230 to 350mg and remained stable during the intervention period Patients were excluded if they had been hospitalized in the last three months, had a diagnosis of substance abuse or dependence or had a history of traumatic brain injury or intellectual disability
Participants	N=30, Participants were outpatients of the Schizophrenia Research Program of the Institute of Psychiatry of the University of São Paulo School of Medicine, in São Paulo, Brazil. Age (years): 39 (IG), 38 (CG) Duration of illness (years): 21 (IG), 19 (CG)
Interventions	IG (N=16): In the OGI group, the initial sessions targeted ADL (personal hygiene), followed by IADL (housework, money management, and use of transportation), social activities, and leisure. Each patient was given four homework assignments in order to practice the daily living tasks they had learned. All sessions were held in the OT Service of the Institute of Psychiatry, which has the necessary materials and environment to allow patients to perform real- world complex tasks such as cooking, paying bills, money management, buying goods at the supermarket, meeting people in coffee shops or other cultural spaces as well as undertaking other domestic tasks. CG (N=14): patients engaged in craft activities such as painting or drawing on canvas and wood, but no therapeutic techniques were used
Outcomes	Patients were evaluated at baseline and at the endpoint. Primary outcome measures: – Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome (BADS) Secondary outcome measures: – Direct Assessment of Functional Status-Revised– DAFS-R – Independent Living Skills Survey – ILSS – Wechsler Abbreviated Intelligence Scale (IQ) – PANSS
Results	Primary outcome measures: BADS – Total significant differences; d= 0.87; CI 95% 0.04-1.7, p=0.035 – Rule Shift Cards; d= 0.23; CI 95% -0.57-1.02, p=0.569 – Action Program; d= 0.72; CI 95% -0.09-1.54, p=0.076 – Key Search; d= 0.87; CI 95% 0.05-1.7, p=0.035

- Zoo Map; $d = 0.81$; CI 95% -0.01-1.63, **$p = 0.050$**

Secondary outcome measures:**DAFS-R**

- total no significant differences; $d = 0.68$; CI 95% -0.13-1.5, $p = 0.093$
- Time Orientation; $d = 0.54$; CI 95% -0.27-1.34, $p = 0.182$
- Communication Skills; $d = 0.85$; CI 95% 0.02-1.67, **$p = 0.04$**
- Dealing with Finances; $d = 0.45$; CI 95% -0.35-1.25, $p = 0.263$
- Shopping Skills; $d = 0.12$; CI 95% -0.67-0.91, $p = 0.768$
- Grooming Skills; $d = 0.64$; CI 95% -0.17-1.45, $p = 0.112$
- Eating skills; not reported

PANSS

- total no significant differences; $d = -0.31$; CI 95% -1.11-0.48, $p = 0.428$
- Positive; $d = -0.29$; CI 95% -1.08-0.50, $p = 0.464$
- Negative; $d = -0.35$; CI 95% -1.14-0.45, $p = 0.382$

ILSS

- total significant differences; $d = 1.82$; CI 95% 0.88-2.75, **$p = 0.000$**
- Self-Nourishment; $d = 0.72$; CI 95% -0.09-1.53, $p = 0.078$
- Personal Hygiene; $d = 1.27$; CI 95% 0.40-2.13, **$p = 0.004$**
- Household Activities; $d = 1.27$; CI 95% 0.41-2.14, **$p = 0.003$**
- Food Prepar./Storage; $d = 1.76$; CI 95% 0.83-2.68, **$p = 0.000$**
- Health Maintenance; $d = 0.93$; CI 95% 0.10-1.76, **$p = 0.026$**
- Money Management; $d = 1.72$; CI 95% 0.8-2.64, **$p = 0.000$**
- Transportation; $d = 0.74$; CI 95% -0.08-1.55, $p = 0.071$
- Leisure; $d = 1.07$; CI 95% 0.88-2.75, **$p = 0.000$**

Risk of bias

Bias	Authors' judgement Low – Unclear – high risk	Support for judgement
Random sequence generation (selection bias)	unclear risk 	They were randomized using the randomly permuted blocks method
Allocation concealment (selection bias)	unclear risk 	They were randomized using the randomly permuted blocks method
Blinding of participants and personnel (performance bias)	unclear risk 	-
Blinding of outcome assessment (detection bias)	unclear risk 	-
Incomplete outcome data (attrition bias)	low risk 	-
Selective reporting (reporting bias)	low risk 	All outcome measures were considered in the analysis.
Other bias (adequate therapy method, treatment fidelity, supervision, training, personal, financial, or any other interests producing bias)	low risk 	-

Eklund et al. 2017 Effectiveness of Balancing Everyday Life (BEL) versus standard occupational therapy for activity engagement and functioning among people with mental illness – a cluster RCT study	
Methods	Randomized, controlled, study based on cluster randomization Intervention group (IG): Balancing Everyday Life (BEL) program Control group (CG): care as usual, <u>mainly standard occupational therapy</u> (OT) Duration: 16 weeks, 6 month follow-up Patients: patients with a broad spectrum of disorders, such as psychoses, mood disorders and neuropsychiatric disorders.
Participants	N=226, All settings in both specialized psychiatry (outpatient units within general psychiatry and psychosis care) and community-based psychiatry (activity-based day centers) in three regions in southern and western Sweden were invited to enter the project. Identified clients according to the following criteria: a) self-reported imbalance between everyday activities (assessed in an interview with the gatekeeper), b) age of 18–65 years, c) substance abuse not the main diagnosis (according to team conference), d) no comorbidity of dementia or developmental disorder (according to team conference) Age (years): 40 Duration of illness (years): not reported
Interventions	IG (N=133): BEL is a group and activity-based lifestyle intervention BEL is a group-based program (5–8 participants) consisting of 12 sessions, one session a week, and 2 booster sessions with two-week intervals. The themes for the group sessions are, e.g., activity balance, meaning and motivation, healthy living, work-related activities, leisure and relaxation, and social activities. CG (N=93): care as usual (CAU), mainly OT The CAU occupational therapy sometimes included some form of group intervention, addressing for example daily living skills, social skills or creative activities, while some occupational therapists offered individual therapy only Those who received CAU occupational therapy generally also received psychotropic medication, sometimes also some form of supportive therapy and/or follow-up.
Outcomes	Patients were measured at baseline and at the endpoint. Primary outcome measures: – Profiles of Occupational Engagement among people with Severe mental illness (POES) – Satisfaction with daily occupations and occupational balance (SDO-OB) – Occupational Value with predefined items (OValpd) Secondary outcome measures: – Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA) – Rosenberg self-esteem scale – MOS SF- 36 – Global Assessment of Functioning (GAF) scale
Results	Primary outcome measures: Occupational engagement – significant differences favouring IG ($p < 0.001$)

Activity level – significant differences favouring IG ($p < 0.05$) Satisfaction with daily occupations and occupational balance – no significant differences Occupational balance – significant differences favouring IG ($p < 0.05$) Occupational value – no significant differences Secondary outcome measures: General QoL – no significant differences Satisfaction with life domains – no significant differences Self esteem – no significant differences Self rated health – no significant differences GAF-symptoms – significant differences favouring IG ($p < 0.05$) GAF function – significant differences favouring IG ($p < 0.05$)		
Risk of bias		
Bias	Authors' judgement <i>Low – Unclear – high risk</i>	Support for judgement
Random sequence generation (selection bias)	low risk 	Blockrandomisierung durch unabhängige Gruppe, Computer-gesteuert
Allocation concealment (selection bias)	low risk 	On the basis of blocks of four units, two were randomized to the BEL and two to the CAU condition. The units were included successively during 2012–2015. The randomization procedure meant that with every fourth included setting, four lots were drawn by a colleague at the department, allotting two settings to each intervention condition. This procedure ensured allocation concealment, seen as most important to prevent bias
Blinding of participants and personnel (performance bias)	low risk 	The cluster design did not allow for blinding, but other measures were taken to counteract bias. Besides allocation concealment, efforts were made to treat all participants similarly. Both groups received the same information letter, which did not indicate whether their treatment was a new method or CAU
Blinding of outcome assessment (detection bias)	low risk 	Nor was treatment allocation specified to the research assistants who collected outcome data.
Incomplete outcome data (attrition bias)	low risk 	-
Selective reporting (reporting bias)	low risk 	All outcome measures were considered in the analysis.

Other bias

(adequate therapy method, treatment fidelity, supervision, training, personal, financial, or any other interests producing bias)

low risk



-

Shimada et al. 2018 A multicenter, randomized controlled trial of individualized occupational therapy for patients with schizophrenia in Japan	
Methods	Open-labeled, blinded-endpoint, randomized controlled trial Intervention group (IG): activity-oriented group occupational therapy (GOT) + individualized OT (IOT) Control group (CG): activity-oriented group occupational therapy (GOT) Duration: 3 months Patients: with a diagnosis of schizophrenia or schizoaffective disorder based on a structured clinical interview using the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition's criteria
Participants	N=136, from Japanese psychiatric hospitals, including one public hospital and five private hospitals in Nagano Prefecture, Japan aged 20±65 years; recently hospitalized patients in a psychiatric hospital; with a diagnosis of schizophrenia or schizoaffective disorder based on a structured clinical interview using the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition's criteria; and eligibility of the study was assessed by the occupational therapist and psychiatrist in charge. Exclusion criteria were a diagnosis of mental retardation or alcohol or drug disorders (abuse or dependence); any current or history of neurological disorders including head injury, cerebral vascular disorders, epilepsy, or dementia; and the need for a specific individual intervention for a physical dysfunction Age (years): 41.4 (IG); 43.4 (CG) Duration of illness (years): not reported
Interventions	IG (N=68): Activity-oriented group occupational therapy (GOT) + individualized OT (IOT). The devised IOT program aimed to facilitate proactive participation in treatment and improving outcomes. It consists of a combination of effective psychosocial treatment programs that are very relevant to OT practice: motivational interviewing, self-monitoring, individualized visits, handicraft activities, individualized psychoeducation, and discharge planning. is provided on a one-on-one basis with occupational therapists in charge and is tailored to each participant 1±2 hours at a time, 3±5 times per week CG (N=68): activity-oriented group occupational therapy (GOT) The GOT program is an activity-oriented group treatment program usually implemented based on a weekly OT schedule at each study site. The GOT includes the following programs: a group physical fitness program (stretching exercise, relaxation, and breathing); a group handicraft activities program, where participants choose and participate in desired activities programs; a group cooking program; a group music program (music appreciation and singing); a recreation program; and a group psychoeducation program. These programs were held either in hospital ward halls or OT rooms.
Outcomes	Patients were measured at baseline and at the endpoint (after 3 months). Primary outcome measures: – Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia Japanese version (BACS-J) – Schizophrenia Cognition Rating Scale Japanese version (SCoRS-J) – Social Functioning Scale Japanese version (SFS-J)

	– Global Assessment of Functioning (GAF) – Intrinsic Motivation Inventory Japanese version (IMI-J) – Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) – Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) – - Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8J)		
Results	Primary outcome measures: <u>BACS-J</u> – Verbal memory: F [1, 126] = 11.225, p < 0.01, Cohen's d = 0.58 – Working memory: F [1, 126] = 6.471, p = 0.02, Cohen's d = 0.28 – Motor speed: F [1, 126] = 0.253; Cohen's d = 0.1) – Verbal fluency: F [1, 126] = 21.099, p < 0.01, Cohen's d = 0.27 – Attention: F [1, 126] = 22.924, p < 0.01, Cohen's d = 0.30 – Executive function: F [1, 126] = 0.253; Cohen's d = 0.32) – Composite score: F [1, 126] = 14.160, p < 0.01, Cohen's d = 0.44 <u>SCoRS-J</u> – SCoRS-J total: F [1, 126] = 1.122; Cohen's d = 0.22 – Patient global rating: F [1, 126] = 3.805; Cohen's d = 0.48 – Interviewer global rating: F [1, 126] = 0.236; Cohen's d = 0.30 <u>GAF</u> – GAF score: F [1, 126] = 0.702; Cohen's d = 0.36 <u>IMI-J</u> – Interest/enjoyment: F [1, 126] = 16.605, p < 0.01, Cohen's d = 0.55 – Value/usefulness: F [1, 126] = 10.673, p < 0.01, Cohen's d = 0.46 – Perceived choice: F [1, 126] = 19.124, p < 0.01, Cohen's d = 0.62 – IMI-J total: F [1, 126] = 21.773, p < 0.01, Cohen's d = 0.61 <u>MMAS-8</u> – MMAS-8 score: F [1, 126] = 8.458, p < 0.01, Cohen's d = 0.35 <u>PANSS</u> – Positive: F [1, 126] = 2.775; Cohen's d = 0.85 – Negative: F [1, 126] = 3.943; Cohen's d = 0.31 – General psychopathology: F [1, 126] = 0.262; Cohen's d = 0.52 – - PANSS total: F [1, 126] = 1.761; Cohen's d = 0.59		
Risk of bias			
Bias	Authors' judgement	Support for judgement	
	Low – Unclear – high risk		
Random sequence generation (selection bias)	low risk		Following completion of the baseline assessment, participants were randomized to either the GOT + IOT or the GOT alone groups by the project coordinator using a computer-generated randomization program.
Allocation concealment (selection bias)	unclear risk		-
Blinding of participants and personnel (performance bias)	high risk		only endpoint blinded
Blinding of outcome assessment (detection bias)	low risk		Treatment assignment was not known in advance by study personnel.

Incomplete outcome data (attrition bias)	low risk		-
Selective reporting (reporting bias)	low risk		All outcome measures were considered in the analysis.
Other bias (adequate therapy method, treatment fidelity, supervision, training, personal, financial, or any other interests producing bias)	low risk		-

Mashimo et al. 2020 Effects of Home-visit Occupational Therapy Using a Management Tool for Daily Life Performance on Severe Mental Illness: A Multicenter Randomized Controlled Trial	
Methods	Multicenter Randomized Controlled Trial Intervention group (IG): home-visit occupational therapy (OT) using a Management Tool for Daily Life Performance (MTDLP) Control group (CG): home-visit OT Duration: 4 months Patients: adults with an ICD-10 diagnosis of F2 (i.e., schizophrenia, schizotypal and delusional disorders) or F3 (i.e., mood [affective] disorders)
Participants	N=49 , adult aged 18–65 years, having an ICD-10 diagnosis of F2 (i.e., schizophrenia, schizotypal and delusional disorders) or F3 (i.e., mood [affective] disorders) by an attending physician, and having already received or planning to receive the usual home-visit OT (i.e.; not using MTDLP) and who utilized one of the 20 psychiatric outreach teams in Japan. Exclusion criteria included a diagnosis of severe and moderate mental retardation, dementia, or a substance-use disorder; refusing to participate, being evaluated as unable to give sufficient consent by the attending physician or the director of the psychiatric outreach team, having psychiatric symptoms that were predicted to worsen because of participation, and being unable to complete the pre-test. In addition, the data from individuals who were hospitalized for more than one month during the intervention period were excluded from analysis. Age (years): 46.7 (IG); 50.5 (CG) Duration of illness (years): 21 (IG); 22 (CG)
Interventions	IG (N=25): All interventions and related processes were implemented at participants' homes and at the actual performance place utilizing the MTDLP sheets and the following protocols. First, the occupational therapists clarified participants' desired daily life activities by asking them. Second, the occupational therapists evaluated the factors related to the promotion and inhibition of the activities that participants desired using the ICF. Third, occupational therapists and participants created a "collaborative goal". Last, occupational therapists implemented a three-step program: 1) a basic program (an approach for body functions and structures domain), 2) an application program (an approach for activity and participation domain, and 3) a social adjustment program (an adaptive approach for environmental factors domain). CG (N=24): All interventions were implemented at participants' homes. Occupational therapists assumed participants' needs by having natural conversations without utilizing the MTDLP sheets. The goals for participants of continuous community living were set by the occupational therapist, and the participants were not involved in the goal-setting process. The control group received interventions that occupational therapists deemed necessary for participants' community living. The home-visit OT contents included craft work, exercise therapy, medication management, money management, etc.
Outcomes	Patients were measured at baseline and at the endpoint (after 4 months). Primary outcome measures: – Global Assessment of Functioning (GAF) – Japanese version of the Social Functioning Scale (SFS)

Results	Primary outcome measures: <u>GAF</u> – Total: F (1, 47) = 5.92, p = 0.019 , $\eta^2_p = 0.11$ <u>SFS</u> – Total: F (1, 47) =3.69, p= 0.061, $\eta^2_p = 0.07$ – Social engagement/withdrawal: F (1, 47) = 1.02, p = 0.318, $\eta^2_p = 0.02$ – Interpersonal behavior/communication: F (1, 47) = 1.23, p = 0.273, $\eta^2_p = 0.03$ – Independence-performance: F (1, 47) = 3.61, p = 0.064, $\eta^2_p = 0.07$ – Independence-competence: F (1, 47) = 1.54, p = 0.222, $\eta^2_p = 0.03$ – Recreation: F (1, 47) = 0.54, p = 0.466, $\eta^2_p = 0.01$ – Prosocial activities: F (1, 47) = 0.57, p = 0.456, $\eta^2_p = 0.01$ – - Employment/occupation: F (1, 47) = 4.66, p = 0.036 , $\eta^2_p = 0.09$		
Risk of bias			
Bias	Authors' judgement Low – Unclear – high risk		Support for judgement
Random sequence generation (selection bias)	low risk		Randomization was conducted by the first author (M.I.) using stratification by psychiatric outreach teams and random computer-generated numbers.
Allocation concealment (selection bias)	unclear risk		Consequently, a participant – the attending occupational therapist pair was allocated into MTDLP or control group. The pairs of participants and therapists were determined by each outreach team prior to the randomization process and were not known to the first author (M.I.). However, the first author was responsible for four participants (MTDLP =2, control = 2) and only had information on them. The occupational therapists were notified of the allocation; however, participants were not.
Blinding of participants and personnel (performance bias)	high risk		The occupational therapists were notified of the allocation; however, participants were not.
Blinding of outcome assessment (detection bias)	low risk		Consequently, a participant – the attending occupational therapist pair was allocated into MTDLP or control group. The pairs of participants and therapists were determined by each outreach team prior to the randomization process and were not known to the first author (M.I.).
Incomplete outcome data (attrition bias)	low risk		-
Selective reporting (reporting bias)	low risk		All outcome measures were considered in the analysis.
Other bias (adequate therapy method, treatment fidelity, supervision,	low risk		-

training, personal, financial, or any other interests producing bias)

Ercan Dogu et al. 2021 The effectiveness of a combination of Occupational Therapy and Social Skills Training in people with schizophrenia: A rater-blinded randomized controlled trial	
Methods	Rater-blinded randomized controlled trial Intervention group (IG): Occupational Therapy and Social Skills Training (OT+SST) Control group (CG): Social Skills Training (SST) Duration: 16 weeks, 6 months follow-up Patients: people with schizophrenia
Participants	N=60 , 60 people with schizophrenia who were followed up at the Community Mental Health Center of Dis_kapı Training and Research Hospital, Ankara, Turkey. The diagnosis of schizophrenia was confirmed according to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed., text rev.; American Psychiatric Association, 2000) by the treating physician. The clients with schizophrenia aged 18–60 years and who agreed to participate in the research were included in the study. Exclusion criteria if they were hospitalized within the past 6 months, or had psychiatric comorbidities such as mental retardation, organic brain disease, or alcohol/ substance abuse. Age (years): 37 (IG); 40.8 (CG) Duration of illness (years): most (over 80 %) more than 5 years
Interventions	IG (N=30): The OT+SST program is a person-centered program addressing the needs and desires of people with schizophrenia and a group-based program (six participants) consisting of the SST (basic conversation skills and problemsolving skills) and OT programs (activity planning skills and recreational skills programs). The Occupational Therapy program was administered on a group basis, giving priority to individual needs. Individual needs were determined according to the problem areas of occupational performance in the COPM at onset and goals set with the client. Encouragement and motivational interviewing were used to generalize the skills learned in the clinical environment to real-life conditions, enhance adherence to therapy, and thereby be able to meet activity needs and to use personal capacity. The first two sessions were devoted to both meeting the group members and introducing the program, and then sessions 3–6 focused on basic conversation skills. Sessions 7–9 engaged the clients in problem-solving skills with examples of daily living difficulties. Sessions 10–12 included activity training and follow-up of individualized occupational therapy programs determined in a one-on-one interview. CG (N=30): The SST consists of two modules: conversation skills and problem-solving skills. It is a group-based program. The first module comprised four sessions (3–6) and aimed to introduce basic conversation skills and practice the skills with role-playing. The second module covering sessions 7–9 focused on teaching the basic principles of problem-solving skills and reinforced the ways of problem-solving with examples. The final session was devoted to reviewing and evaluating all the sessions.
Outcomes	Patients were measured at baseline and at postintervention and follow-up Primary outcome measures:

	– Canadian Occupational Performance Measure (COPM) Turkish Version – Community Integration Questionnaire (CIQ) Turkish Version Secondary outcome measures: – Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) Turkish Version – - Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS)	
Results	baseline to follow-up results Primary outcome measures: <u>COPM</u> – <u>total performance</u>: $F=17.262$, $p= 0.001$ – Self-care: $F=24.022$, $p= 0.001$ – Productivity: $F=7.434$, $p= 0.001$ – Leisure: $F=3.290$, $p= 0.001$ – <u>total satisfaction</u>: $F=28.068$, $p= 0.001$ – Self-care: $F=27.027$, $p= 0.001$ – Productivity: $F=13.457$, $p= 0.001$ – Leisure: $F=5.487$, $p= 0.001$ <u>CIQ</u> – total: $F=17.601$, $p= 0.001$ – home integration: $F=11.453$, $p= 0.001$ – social Integration: $F=14.362$, $p= 0.001$ – productivity: $F=3.921$, $p= 0.001$ Secondary outcome measures: <u>BPRS</u> – total $F=3.643$, $p= 0.035$ <u>SANS</u> – - total $F=10.247$, $p= 0.001$	
Risk of bias		
<i>Bias</i>	<i>Authors' judgement</i> <i>Low – Unclear –</i> <i>high risk</i>	<i>Support for judgement</i>
Random sequence generation (selection bias)	low risk 	Randomization was carried out via a web-based system enabling computer-generated random assignment into treatment and control groups.
Allocation concealment (selection bias)	unclear risk 	-
Blinding of participants and personnel (performance bias)	unclear risk 	-
Blinding of outcome assessment (detection bias)	unclear risk 	-
Incomplete outcome data (attrition bias)	low risk 	-
Selective reporting (reporting bias)	low risk 	All outcome measures were considered in the analysis.
Other bias	low risk 	-

(adequate therapy
method, treatment fi-
delity, supervision,
training, personal, fi-
nancial, or any other in-
terests
producing bias)

**Risiko für Bias aus allen neu identifizierten Einzelstudien zur Effektivität von Ergotherapie
(Bewertung älterer Arbeiten finden sich in älteren LL-Reporten)**

	Random sequence generation (selection bias)	Allocation concealment (selection bias)	Blinding of participants and personnel (performance bias)*	Blinding of outcome assessment (detection bias)	Incomplete outcome data (attrition bias)	Selective reporting (reporting bias)	Other bias
Vizotto et al. 2021							
Ercan Dogu et al. 2021							
Mashimo et al. 2020							
Shimada et al. 2018							
Eklund et al. 2017							
Vizotto et al. 2016							
Tatsumi et al. 2011							
Chan et al. 2007							
Hadas-Lidor et al. 2001							

*Blinding: Es wurde hier nur die Verblindung der Teilnehmenden bewertet, da keine Verblindung der Behandler:innen im Bereich psychosozialer Therapien möglich ist.

	Niedriges Verzerrungsrisiko
	Unklares Verzerrungsrisiko
	Hohes Verzerrungsrisiko

Tabelle: Charakteristika der Einzelstudien zur Wirksamkeit ergotherapeutischer Ansätze

Autor:in/Jahr Design	Teilnehmende (Anzahl nach Abbrüchen), Charakteris- tika, Setting	Intervention • Art • Dauer (gesamt) • Follow-up	Kontrollgruppe
NEU Vizzotto et al. 2021 RCT	• N = 54 (48) • Patient:innen mit Schizophrenie • Ambulante Versorgung (Institute of Psychiatry, University of São Paulo, Brasilien)	• Occupational Goal Intervention (OGI): Förderung von Alltagsfertigkeiten (Zubereitung von Mahlzeiten, Umgang mit Geld, Lesen und Schreiben, Nutzung von PCs zur Informationsbeschaffung) • Dauer 15 Wochen • Follow-up: 6 Monate	• Handwerkliche Tätigkeiten wie bspw. Zeichnen oder Malen
NEU Ercan Dogu et al. 2021 RCT	• N = 66 (60) • Patient:innen mit Schizophrenie • Ambulante Versorgung (Mental Health Center of Diskapi Training and Research Hospital, Ankara)	• Occupational Therapy and Social Skills Training: personenzentrierter Ansatz mit Schwerpunkt auf Kommunikation und Problemlösung sowie Planung von Aktivitäten des täglichen Lebens und Freizeit • Dauer 16 Wochen; Follow-up: 6 Monate	• Social Skills Training; Kommunikation und Problemlösung (10 Sitzungen)
NEU Mashimo et al. 2020 RCT	• N = 60 (49) • Patient:innen mit einer Diagnose einer Schizophrenie, wahnhaften oder affektiven Erkrankung • Ambulante Versorgung durch mobile multiprofessionelle Teams, Japan	• Home-Visit Occupational Therapy (OT) und Management Tool for Daily Life Performance (MTDLP): alle Maßnahmen erfolgen im häuslichen Umfeld, individuelle Bedürfnisse im Mittelpunkt (körperliche und strukturelle Domänen, Aktivitäten, soziale Teilhabe) • Dauer 4 Monate	• Home-Visit Occupational Therapy (OT); Zielsetzung durch Therapeut:innen, handwerkliche Aktivitäten, bewegungstherapeutische Angebote, Medikamenten- und Finanzmanagement
NEU Shimada et al. 2018 RCT	• N = 136 (129) • Patient:innen mit Schizophrenie oder einer schizoaffektiven Störung • Stationäre psychiatrische Versorgung, Japan	• Activity-Oriented Group Occupational Therapy (GOT: körperliche Aktivität, handwerkliche Tätigkeiten, Teilnahme an Koch- oder Musikprogramm, Psychoedukation, Freizeitprogramm) + Individualized OT (IOT: psychosozialer Behandlungsansatz mit Fokus auf motivierende Interviews, Selbstreflektion, handwerkliche Tätigkeiten, individuelle Psychoedukation und Entlassplanung) • Dauer 3 Monate, hohe Kontaktdichte pro Woche	• Activity-Oriented Group Occupational Therapy (GOT, Gruppentherapie mit körperlicher Aktivität, handwerklicher Tätigkeit, Teilnahme an Koch- oder Musikprogrammen, Psychoedukation und Freizeitprogramm)
NEU Eklund et al. 2017 RCT	• N = 226 (180) • Mehrheitlich Patient:innen mit Psychosen, bipolaren Störungen, Depressionen, Angststörungen • 28 Einrichtungen der gemeindebasierten, psychiatrischen Versorgung, Schweden	• Balancing Everyday Life (BEL) Programm: gruppen- und aktivitätszentrierter Lifestyle-Ansatz (Aktivitätenplanung, Motivation und Bedeutung, gesundes Leben, Freizeit, Entspannung und soziale Aktivitäten) • Dauer 16 Wochen	• Herkömmliche, nicht-manualisierte Ergotherapie; Alltagsfertigkeitentraining, soziale und kreative Aktivitäten

Autor:in/Jahr Design	Teilnehmende (Anzahl nach Abbrüchen), Charakteris- tika, Setting	Intervention • Art • Dauer (gesamt) • Follow-up	Kontrollgruppe
NEU Vizzotto et al. 2016 RCT	• N = 46 (39) • Patient:innen mit behandlungsresistenter Schizophrenie • Ambulante Versorgung (Institute of Psychiatry, University of São Paulo)	• Occupational Goal Intervention (OGI): Förderung von Alltagsfertigkeiten (Essenzubereitung, Umgang mit Geld, Lesen und Schreiben, Nutzung von PCs zur Informationsbeschaffung) • Dauer 16 Wochen; 6 Monate Follow-up	• Handwerkliche Tätigkeiten wie bspw. Zeichnen oder Malen
Foruzandeh et al. 2013 RCT	• N = 60 (k. A.) • Patient:innen mit Schizophrenie • Stationäre (Langzeit-) Versorgung, Iran	• Ergotherapie; im Sinne von Ausdrucks-, Kunst- und Erholungstherapie • Dauer 3 Monate	• Herkömmliche Therapie
NEU Tatsumi et al. 2012 RCT	• N = 38 (34) • Patient:innen mit Schizophrenie (und schweren negativen Symptomen) • Stationäre Versorgung, Japan	• Ergotherapie und Kochaktivitäten • Dauer 15 Wochen	• Herkömmliche Therapie
Cook et al. 2009 RCT	• N = 44 (42) • Patient:innen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis und funktionellen Problemen • Ambulante Versorgung (Community Mental Health Teams, UK)	• Individuelle Ergotherapie + herkömmliche Therapie • Dauer 12 Monate, individuelle Einheiten • Kein Follow-up	• Herkömmliche Therapie
NEU Chan et al. 2007 RCT	• N = 81 (77) • Männliche Patienten mit Schizophrenie • Stationäre Akut-Versorgung, Hong Kong	• Transforming Relapse and Instilling Prosperity (TRIP): Ziel gesundheitsförderliche Haltung und Rückfallreduktion (Themen psychische Gesundheit, Emotionen, Symptom-, Stress- und Medikationsmanagement, soziale und berufliche Ressourcen) • 10 Sitzungen über 2 Wochen; 12 Monate Follow-up	• Herkömmliche Ergotherapie auf Station (Arbeits-, Ruhe- und Freizeitaktivitäten)
Längle et al. 2006 RCT	• N = 227 (163) • Patient:innen mit Diagnosen aus dem schizophrenen Formenkreis • Stationäre oder teil-stationäre Behandlung, Deutschland	• Arbeitstherapeutische Maßnahmen (z. B. Belastungserprobung in der realen Arbeitswelt, berufliches Integrationsprogramm, Grundarbeitsfähigkeiten, spezifische Ressourcen und Motivation, klinische Arbeitstherapie) • Dauer 4 Wochen; 24 Monate Follow-up	• Kreativitätsorientierte Ergotherapie (ausdruckszentrierte Methode)
Reuster et al. 2002/2006 RCT	• N = 262 (216) • Patient:innen mit schwerer psychischer Erkrankung • Stationäre Behandlung, Deutschland	• Ergotherapie (offene Gruppenarbeit in Werkräumen) • Dauer 4 Wochen (ca. 120 Min. täglich)	• Eigenbeschäftigung mit ausgegebenen Materialien, Ermunterung durch Pflegepersonen

Autor:in/Jahr Design	Teilnehmende (Anzahl nach Abbrüchen), Charakteris- tika, Setting	Intervention • Art • Dauer (gesamt) • Follow-up	Kontrollgruppe
Buchain et al. 2003 RCT	• N = 26 (k. A.) • Patient:innen mit behandlungsresistenter Schizophrenie (TRS) • Ambulante Versorgung, Brasilien	• Medikamentöse Therapie + Ergotherapie (2 Formen von Gruppenarbeit) • Dauer 6 Monate • Kein Follow-up	• Medikamentöse Therapie allein
NEU Hadas-Lidor et al. 2001 RCT	• N = 58 (58) • Patient:innen mit Schizophrenie • Ambulante Versorgung durch gemeindebasierte Teams, Israel	• Kognitives Training (Instrumental Enrichment, IE): Training spezifischer kognitiver Funktionen mit einem starken Fokus auf Alltagsaktivitäten und Unabhängigkeit im Alltag • 2 bis 3 einstündige Sitzungen/Woche über 12 Monate; 6 Monate Follow-up	• Traditionelle ergotherapeutische Methode (funktionelle Aufgaben, Ausdruckszentrierte Methoden)

Erläuterungen: N Anzahl Teilnehmender; k. A. keine Angabe; ET Ergotherapie; RCT Randomisierte kontrollierte Studie

Tabelle: Effekte spezifischer ergotherapeutischer Interventionen in einem ambulanten/gemeindepsychiatrischen Setting (Evidenz aus Einzelstudien)

Autor:in/Jahr	Vizzotto et al. 2016/2021	Ercan Dogu et al. 2021	Mashimo et al. 2020	Eklund et al. 2017	Cook et al. 2009	Buchain et al. 2003	Hadas-Lidor et al. 2001
Experimental- vs. Kontroll-Intervention	Occupational Goal Intervention (Alltagsbezug) vs. Handwerkliche Tätigkeiten	ET (Alltagsbezug) & Training sozialer Fertigkeiten vs. Training sozialer Fertigkeiten allein	ET im häuslichen Umfeld (Alltagsbezug) & MTDLP vs. ET im häuslichen Umfeld ohne MTDLP	Balancing Everyday Life Program (Alltagsbezug) vs. herkömmliche ET	CMHT & ET (Alltagsbezug) vs. CMHT allein	ET (Gruppenarbeit) & Psychopharmakotherapie vs. Psychopharmakotherapie allein	Kognitives Training (Alltagsbezug, Instrumental Enrichment) vs. traditionelle ET
Stichprobe (N)	46/54	66	60	226	44	26	58
Merkmale klinischer Recovery							
Allg. psych. Symptomatik	~	++		~		++ ³	
Positivsymptomatik	~						
Negativsymptomatik	~	++			~		
Merkmale funktionaler Recovery							
Unabhängigkeit im Alltag	++		~				
Unabhängigkeit im Wohnen							++
Alltagsfertigkeiten	++	++					~
Soziale Aktivitäten/Teilhabe		++	~				
Freizeitaktivitäten		++	~				
Berufliche Teilhabe			++				++
Aktivitäten, allg.				++			
Exekutive Funktionen	++						
Kognitive Funktionen							++
Soziales Funktionsniveau			++ ¹ /~ ²	++	~		
Merkmale persönlicher Recovery							
Zufriedenheit mit Aktivitäten		++		~			

Lebensqualität				~			
Selbstwertgefühl				~			~
Behandlungsassoziierte Outcomes							
Abbruchrate				-			

Erläuterungen: ++ signifikanter Vorteil in der Interventionsgruppe gegenüber Kontrollgruppe; + tendenzielle Überlegenheit ohne signifikanten Unterschied in der Interventionsgruppe gegenüber der Kontrollgruppe; ~ Ergebnisse vergleichbar in beiden Gruppen; - Nachteil in der Interventionsgruppe gegenüber der Kontrollgruppe; ET Ergotherapie; CMHT Community Mental Health Team; MTDLP Management Tool for Daily Life Performance; LQ Lebensqualität

¹ GAF Global Assessment of Functioning; ² SFS Social Functioning Scale; ³EOITO Scale for Interactive Observation in Occupational Therapy

Tabelle: Effekte spezifischer ergotherapeutischer Interventionen in einem stationären Setting (Evidenz aus Einzelstudien)

Autor/Jahr	Shimada et al. 2018	Foruzandeh und Parvin 2013	Tatsumi et al. 2011	Chan et al. 2007	Längle et al. 2006	Reuster et al. 2002/2006
Experimental- vs. Kontrollintervention	GOT & Individualisierte ET vs. GOT allein	Gruppenbehandlung in Werkräumen vs. TAU	ET & Kochkurs vs. TAU	TRIP vs. herkömmliche ET	Ausdruckszentrierte ET vs. Arbeitstherapie	Kompetenzzentrierte ET vs. Selbstbeschäftigung
Stichprobe (N)	136	60	38	81	227	262
Merkmale klinischer Recovery						
Allg. Symptomatik			~	++	~	~ (alle) / ++ (depressive Subgruppe)
Positivsymptomatik		++				
Negativsymptomatik		++	~			
Rückfallwahrscheinlichkeit				++		
Merkmale funktionaler Recovery						
Alltagsfertigkeiten	~					
Kommunikabilität					~	++ (1 Messzeitpunkt)
Berufliche Teilhabe					~	
Kognitive Funktionen	++				~	~
Soziales Funktionsniveau	~				~	
Soziale Fertigkeiten			~			
Merkmale persönlicher Recovery						
Hoffnung						~
Lebensqualität					~	
Selbstwertgefühl					~	~
Behandlungsassoziierte Outcomes						
Behandlungszufriedenheit	++					+

Erläuterungen: ++ signifikanter Vorteil in der Interventionsgruppe gegenüber Kontrollgruppe; + tendenzielle Überlegenheit ohne signifikanten Unterschied in der Interventionsgruppe gegenüber der Kontrollgruppe; ~ Ergebnisse vergleichbar in beiden Gruppen; - Nachteil in der Interventionsgruppe gegenüber der Kontrollgruppe; GOT Activity-Oriented Group Occupational Therapy; ET Ergotherapie; TAU Treatment as Usual; TRIP Transforming Relapse and Instilling Prosperity

Ausgeschlossene Arbeiten

Gunnarsson AB, Håkansson C, Hedin K, Wagman P. Outcomes of the Tree Theme Method versus regular occupational therapy: A longitudinal follow-up. *Aust Occup Ther J.* 2022 Aug;69(4):379-390. doi: 10.1111/1440-1630.12796. Epub 2022 Mar 7. PMID: 35257386.

Ausschlussgrund: Population (kein SMI)

Birgitta Gunnarsson A, Wagman P, Hedin K, Håkansson C. Treatment of depression and/or anxiety - outcomes of a randomised controlled trial of the tree theme method® versus regular occupational therapy. *BMC Psychol.* 2018 May 23;6(1):25. doi: 10.1186/s40359-018-0237-0. PMID: 29792226; PMCID: PMC5967043.

Ausschlussgrund: Population (kein SMI)

Birken, M., Henderson, C. & Slade, M. The development of an occupational therapy intervention for adults with a diagnosed psychotic disorder following discharge from hospital. *Pilot Feasibility Stud* 4, 81 (2018). <https://doi.org/10.1186/s40814-018-0267-7>

Ausschlussgrund: Fragestellung

Hees HL, de Vries G, Koeter MW, Schene AH. Adjuvant occupational therapy improves long-term depression recovery and return-to-work in good health in sick-listed employees with major depression: results of a randomised controlled trial. *Occup Environ Med.* 2013 Apr;70(4):252-60. doi: 10.1136/oe-med-2012-100789. Epub 2012 Nov 1. PMID: 23117218.

Ausschlussgrund: Intervention (arbeitsrehabilitativer Ansatz)

Schene, A & Hees, Hiske & Koeter, Maarten & Vries, Gabe. (2011). Effectiveness of adjuvant occupational therapy in employees with Major Depression: a randomized controlled trial. *Psychiatrische Praxis.* 38. 10.1055/s-0031-1277843.

Ausschlussgrund: Intervention (arbeitsrehabilitativer Ansatz)

Seoane-Bouzas M, De-Rosende-Celeiro I, Meijide-Failde R. A pilot randomized controlled trial of aquatic-based activities in a group occupational therapy program for adults living with serious mental illness in Spain. *Health Soc Care Community.* 2022 Jul;30(4):e1364-e1374. doi: 10.1111/hsc.13544. Epub 2021 Aug 17. PMID: 34402133.

Ausschlussgrund: Methodik (N<20)

Buschert V, Prochazka D, Bartl H, Diemer J, Malchow B, Zwanzger P, Brunnauer A. Effects of physical activity on cognitive performance: a controlled clinical study in depressive patients. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2019 Aug;269(5):555-563. doi: 10.1007/s00406-018-0916-0. Epub 2018 Jun 27. PMID: 29951850.

Ausschlussgrund: Population (kein SMI)

Castle D, White C, Chamberlain J, Berk M, Berk L, Lauder S, Murray G, Schweitzer I, Piterman L, Gilbert M. Group-based psychosocial intervention for bipolar disorder: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry.* 2010 May;196(5):383-8. doi: 10.1192/bjp.bp.108.058263. PMID: 20435965.

Ausschlussgrund: Intervention

Jahn T, Pitschel-Walz G, Gsottschneider A, Froböse T, Kraemer S, Bäuml J. Neurocognitive prediction of illness knowledge after psychoeducation in schizophrenia: results from the Munich COGPIP study. *Psychol Med.* 2011 Mar;41(3):533-44. doi: 10.1017/S0033291710001029. Epub 2010 May 19. PMID: 20482934.

Ausschlussgrund: Intervention

Pos K, Meijer CJ, Verkerk O, Ackema O, Krabbendam L, de Haan L. Metacognitive training in patients recovering from a first psychosis: an experience sampling study testing treatment effects. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2018 Feb;268(1):57-64. doi: 10.1007/s00406-017-0833-7. Epub 2017 Aug 21. PMID: 28828697; PMCID: PMC5778181.

Ausschlussgrund: Population (kein SMI)

Tanaka C, Yotsumoto K, Tatsumi E, Sasada T, Taira M, Tanaka K, Maeda K, Hashimoto T. Improvement of functional independence of patients with acute schizophrenia through early occupational therapy: a pilot quasi-experimental controlled study. *Clin Rehabil*. 2014 Aug;28(8):740-747. doi: 10.1177/0269215514521440. Epub 2014 Feb 19. PMID: 24554687.

Ausschlussgrund: Methodik/Studiendesign (quasi-experimentell)

Duncombe LW. Comparing learning of cooking in home and clinic for people with schizophrenia. *Am J Occup Ther*. 2004 May-Jun;58(3):272-8. doi: 10.5014/ajot.58.3.272. PMID: 15202624.

Ausschlussgrund: Methodik/Studiendesign (quasi-experimentell)

Arbesman M, Logsdon DW. Occupational therapy interventions for employment and education for adults with serious mental illness: a systematic review. *Am J Occup Ther*. 2011 May-Jun;65(3):238-46. doi: 10.5014/ajot.2011.001289. PMID: 21675329.

Ausschlussgrund: Methodik (kein syst. Review, unterschiedliche Designs eingeschlossen, Stichprobe nicht korrekt beschrieben)

Bell M, Bryson G, Greig T, Corcoran C, Wexler BE. Neurocognitive enhancement therapy with work therapy: effects on neuropsychological test performance. *Arch Gen Psychiatry*. 2001 Aug;58(8):763-8. doi: 10.1001/archpsyc.58.8.763. PMID: 11483142.

Ausschlussgrund: Intervention

Gutman SA, Kerner R, Zombek I, Dulek J, Ramsey CA. Supported education for adults with psychiatric disabilities: effectiveness of an occupational therapy program. *Am J Occup Ther*. 2009 May-Jun;63(3):245-54. doi: 10.5014/ajot.63.3.245. PMID: 19522133.

Ausschlussgrund: Intervention (SEd hier ausgeschlossen)

Sharon A. Gutman PhD, OTR, Victoria P. Schindler PhD, OTR, FAOTA, Kimberly A. Furphy MS, OTR, Kathleen Klein MS, OTR, BCP, Janet M. Lisak MOT, OTR, CHT & Diane P. Durham MS, OTR (2007) The Effectiveness of a Supported Education Program for Adults with Psychiatric Disabilities, *Occupational Therapy in Mental Health*, 23:1, 21-38, DOI: 10.1300/J004v23n01_02

Ausschlussgrund: Intervention (SEd hier ausgeschlossen)

Velligan DI, Bow-Thomas CC, Huntzinger C, Ritch J, Ledbetter N, Prihoda TJ, Miller AL. Randomized controlled trial of the use of compensatory strategies to enhance adaptive functioning in outpatients with schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2000 Aug;157(8):1317-23. doi: 10.1176/appi.ajp.157.8.1317. PMID: 10910797.

Ausschlussgrund: Intervention

Edgelow M, Krupa T. Randomized controlled pilot study of an occupational time-use intervention for people with serious mental illness. *Am J Occup Ther*. 2011 May-Jun;65(3):267-76. doi: 10.5014/ajot.2011.001313. PMID: 21675332.

Ausschlussgrund: Methodik (N<20)

Tan BL, King R. The effects of cognitive remediation on functional outcomes among people with schizophrenia: a randomised controlled study. *Aust N Z J Psychiatry*. 2013 Nov;47(11):1068-80. doi: 10.1177/0004867413493521. Epub 2013 Jun 19. PMID: 23785044.

Ausschlussgrund: Intervention

Tao J, Zeng Q, Liang J, Zhou A, Yin X, Xu A. Effects of cognitive rehabilitation training on schizophrenia: 2 years of follow-up. *Int J Clin Exp Med*. 2015 Sep 15;8(9):16089-94. PMID: 26629117; PMCID: PMC4659006.

Ausschlussgrund: Intervention

Gibson RW, D'Amico M, Jaffe L, Arbesman M. Occupational therapy interventions for recovery in the areas of community integration and normative life roles for adults with serious mental illness: a systematic review. *Am J Occup Ther*. 2011 May-Jun;65(3):247-56. doi: 10.5014/ajot.2011.001297. PMID: 21675330.

Ausschlussgrund: Methodik (entspricht nicht den Einschlusskriterien systematischer Reviews)

Höhl W, Moll S, Pfeiffer A. Occupational therapy interventions in the treatment of people with severe mental illness. *Curr Opin Psychiatry*. 2017 Jul;30(4):300-305. doi: 10.1097/YCO.0000000000000339. PMID: 28459731.

Ausschlussgrund: Methodik (entspricht nicht den Einschlusskriterien systematischer Reviews)

Puolakka K, Pitkänen A. Effectiveness of psychosocial interventions on quality of life of patients with schizophrenia and related disorders: A systematic review. *Arch Psychiatr Nurs*. 2019 Oct;33(5):73-82. doi: 10.1016/j.apnu.2019.07.001. Epub 2019 Jul 4. PMID: 31711598.

Ausschlussgrund: Intervention

Rocamora-Montenegro M, Compañ-Gabucio LM, Garcia de la Hera M. Occupational therapy interventions for adults with severe mental illness: a scoping review. *BMJ Open*. 2021 Oct 29;11(10):e047467. doi: 10.1136/bmjopen-2020-047467. PMID: 34716157; PMCID: PMC8559113.

Ausschlussgrund: Methodik (entspricht nicht den Einschlusskriterien systematischer Reviews)

Noyes S, Sokolow H, Arbesman M. Evidence for Occupational Therapy Intervention With Employment and Education for Adults With Serious Mental Illness: A Systematic Review. *Am J Occup Ther*. 2018 Sep/Oct;72(5):7205190010p1-7205190010p10. doi: 10.5014/ajot.2018.033068. PMID: 30157005.

Ausschlussgrund: Methodik (entspricht nicht den Einschlusskriterien systematischer Reviews)

Christie L, Inman J, Davys D, Cook PA. A systematic review into the effectiveness of occupational therapy for improving function and participation in activities of everyday life in adults with a diagnosis of depression. *J Affect Disord*. 2021 Mar 1;282:962-973. doi: 10.1016/j.jad.2020.12.080. Epub 2020 Dec 25. PMID: 33601741.

Ausschlussgrund: Methodik (entspricht nicht den Einschlusskriterien systematischer Reviews)

Conn A, Bourke N, James C, Haracz K. Occupational therapy intervention addressing weight gain and obesity in people with severe mental illness: A scoping review. *Aust Occup Ther J*. 2019 Aug;66(4):446-457. doi: 10.1111/1440-1630.12575. Epub 2019 Apr 10. PMID: 30972772.

Ausschlussgrund: Intervention (Lebensstilinterventionen)

Ikiugu MN, Nissen RM, Bellar C, Maassen A, Van Peurse K. Clinical Effectiveness of Occupational Therapy in Mental Health: A Meta-Analysis. *Am J Occup Ther*. 2017 Sep/Oct;71(5):7105100020p1-7105100020p10. doi: 10.5014/ajot.2017.024588. PMID: 28809647.

Ausschlussgrund: Population (kein SMI)

Perilli, Viviana & Stasolla, Fabrizio & Maselli, Stefania & Morelli, Isabel. (2018). Occupational Therapy and Social Skills Training for Enhancing Constructive Engagement of Patients with Schizophrenia: A Review. *Clinical Research in Psychology*. 1. 10.33309/2639-9113.010108.

Ausschlussgrund: Methodik (selektiver Review)

Khadijah, S., Darni, D., & Sulaihah, S. (2019). Analysis of Occupational Therapy In Schizophrenic Patients. *Jurnal Ners*, 14(3si), 336-339. doi: [http://dx.doi.org/10.20473/jn.v14i3\(si\).17178](http://dx.doi.org/10.20473/jn.v14i3(si).17178)

Ausschlussgrund: Intervention (job training in schizophrenic patients at the Mental Hospital)

Ibrahim, M., & Samiaji, . (2021). The Effectiveness of Drawing Occupation Therapy on the Ability to Control Hallucinations in Schizophrenia: Literature Review. *KnE Life Sciences*, 6(1), 635-641. <https://doi.org/10.18502/kls.v6i1.8737>

Ausschlussgrund: Methodik (kein systematischer Reviews)

Anggraini,Y,Wahyudi, A., Larasati, D. I., &Yusuf, A.(2020). The Effectiveness of Occupational Therapy on Patients with Schizophrenia or Another Mental Illness: A Systematic Review. *Jurnal Ners, Special Issues*,538-547.doi:http://dx.doi.org/10.20473/jn.v15i2(si).20523

Ausschlussgrund: Methodik (entspricht nicht den Einschlusskriterien systematischer Reviews)

Lu S, Zhao Y, Liu J, Xu F, Wang Z. Effectiveness of Horticultural Therapy in People with Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health* 2021 Jan 22;18(3):964. doi: 10.3390/ijerph18030964.

Ausschlussgrund: Intervention (sehr spezifische Intervention/Gartenbautherapie) und Methodik (1/3 der eingeschlossenen Arbeiten mit quasi-exp. Design)

D’Amico, M. L., Jaffe, L. E., & Gardner, J. A. (2018). Evidence for interventions to improve and maintain occupational performance and participation for people with serious mental illness: A systematic review. *American Journal of Occupational Therapy*, 72, 7205190020. <https://doi.org/10.5014/ajot.2018.033332>

Ausschlussgrund: Intervention (u.a. berufliche Teilhabe, Psychoedukation, kognitives Training) und Methodik (verschiedene Studiendesigns eingeschlossen)

Kirsh B, Martin L, Hultqvist J, Eklund M. Occupational Therapy Interventions in Mental Health: A Literature Review in Search of Evidence. *Occupational Therapy in Mental Health* 2019; 35 <https://doi.org/10.1080/0164212X.2019.1588832>

Ausschlussgrund: Population und Methodik (verschiedene Studiendesigns eingeschlossen)

K) Bereich psychosozialer Interventionen zur Verbesserung von beruflicher Bildung und Teilhabe

Bereich: Berufliche Teilhabe

Klinisch relevante Fragestellung:

Welche Evidenz gibt es für die Wirksamkeit von Ansätzen zur Unterstützung der beruflichen Teilhabe in der Behandlung schwer psychisch kranker Menschen?

Inwieweit haben sich verschiedene Ansätze zur Unterstützung beruflicher Teilhabe in randomisiert kontrollierten Studien hinsichtlich Recovery-orientierter Indikatoren (klinisch [z.B. Symptomschwere, Erkrankungsrückfälle], funktional [z.B. soziales Funktionsniveau, berufliche Teilhabemöglichkeiten], persönlich [z.B. LQ, Empowerment]) als wirksam erwiesen?

Als Kontrollinterventionen werden alle aktiven (Vergleichs-)Interventionen, sowie Wartegruppen-Designs als auch herkömmliche Versorgungsgegebenheiten (Routinebehandlung bzw. -versorgung) betrachtet.

PICO-Schema

Patient(in)	Intervention*	Vergleichsintervention	Outcome	Studiendesign (S) Suchzeitraum (T)
Patient:innen mit schwerer psychischer Erkrankung zwischen 18 und 65 Jahren (Definition lt. LL/Einleitung)	Ansätze zur Unterstützung beruflicher Teilhabe -Supported Employment, IPS -Supported Education -Traditionelle Ansätze beruflicher Rehabilitation (Pre-Vocational-Training) -augmentierte Ansätze (zusätzliches spezifisches Training)	Alle aktiven (Vergleichs-)Interventionen, sowie Wartegruppen-Designs als auch herkömmliche Versorgungsgegebenheiten (Routinebehandlung- bzw. -versorgung)	a. Recovery-orientierte Indikatoren (klinisch [z.B. Symptomschwere, Erkrankungsrückfälle], b. funktional [z.B. soziales Funktionsniveau, arbeitsbezogene Outcomes], c. persönlich [z.B. LQ, Recovery])	Systematische Reviews und Metaanalysen aus RCTs für Supported Education auch nach RCTs bis 05/2024

Systematische Literaturrecherche

Suchprotokoll

Database:

EBM Reviews - Cochrane Database of Systematic Reviews <2005 to May 29, 2024>

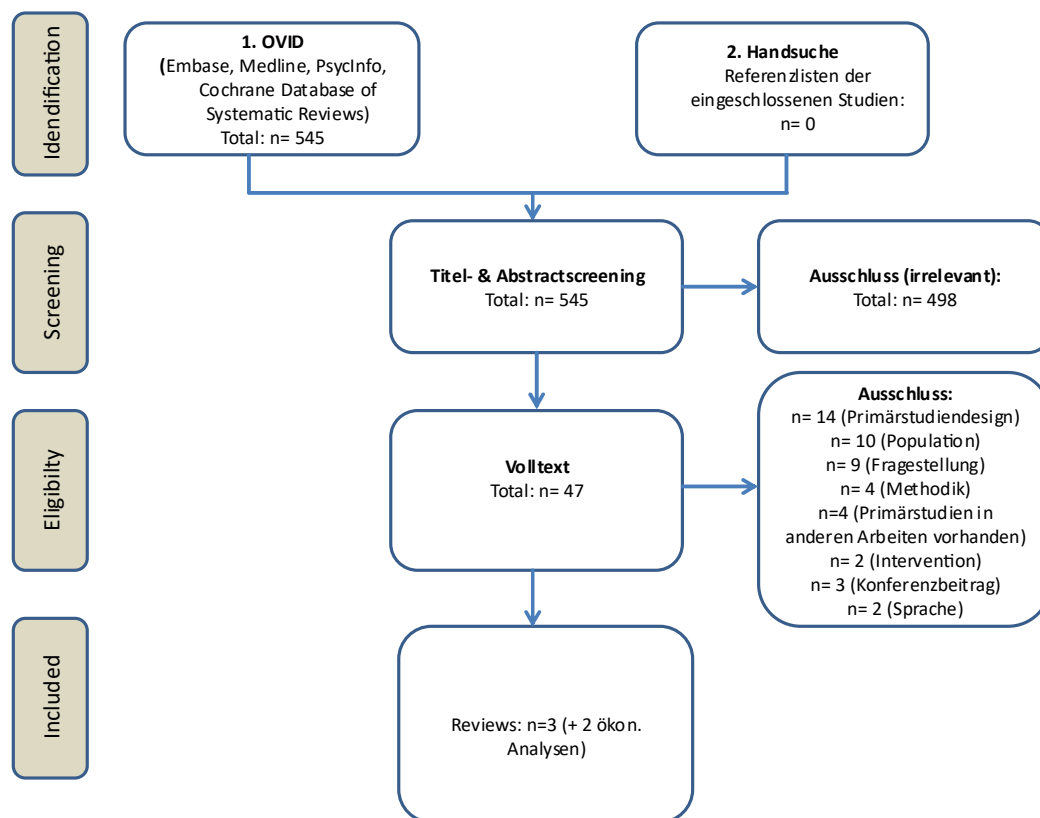
Embase <1974 to 2024 May 29>

Ovid MEDLINE(R) ALL <1946 to May 29, 2024>

APA PsycInfo <1806 to May Week 4 2024>

#	Query	Results from 30 May 2024
1	((serious* or sever*) and mental* and disorder*).ab,ti.	134,658
2	((serious* or sever*) and mental* and illness).ab,ti.	71,254
3	((serious* or sever*) and psychiatric and disorder*).ab,ti.	117,620
4	((serious or sever*) and mental and health and problems).ab,ti.	36,754
5	(depression or (depressive and disorder) or (severe and affective and disorder)).ab,ti.	1,414,995
6	(schizophrenia or psychotic* or paranoid or schizophrenic* or psychosis).ab,ti.	643,044
7	((bipolar and disorder*) or (bipolar and affective and disorder*) or (manic and depression) or (bipolar and depression)).ab,ti.	159,772
8	((personality and disorder*) or (borderline and personality and disorder)).ab,ti.	137,909
9	schizophrenia/th [Therapy]	21,929
10	depression/th [Therapy]	48,997
11	bipolar disorder/th [Therapy]	8,149
12	(systematic and (review or search*)).ab,ti.	924,843
13	((meta and analysis) or metaanaly* or (meta and analy*) or (scoping and review)).ab,ti.	838,556
14	*"systematic review"/	12,172
15	*meta analysis/	18,496
16	(supported and employment).ab,ti.	9,412
17	(individual and placement and support).ab,ti.	3,208
18	ips.ab,ti.	30,972
19	(vocational and rehabilitation).ab,ti.	14,416
20	(employment and (outcome or competitive)).ab,ti.	22,663
21	(job and coach*).ab,ti.	2,361
22	job-coach*.ab,ti.	556
23	(supported and education).ab,ti.	44,516
24	(augmented and supported and employment).ab,ti.	32
25	(prevocational and training).ab,ti.	376
26	(pre-vocational and training).ab,ti.	127
27	(job adj (retention or reintegration)).ab,ti.	1,138
28	return to work.ab,ti.	30,269
29	*employment, supported/ or *return to work/	8,261
30	29 or 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11	2,260,884
31	12 or 13 or 14 or 15	1,345,191
32	16 or 17 or 18 or 19 or 20 or 21 or 22 or 23 or 24 or 25 or 26 or 27 or 28 or 29	148,775
33	30 and 31 and 32	1,392
34	remove duplicates from 33	818
35	2017-2024	545

Flow-Diagramm eingeschlossener Arbeiten



PRISMA Flow-Diagramm: Arbeitsrehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben

Literatur NEU: Winter et al. 2022, Wallström et al. 2021, Vázquez-Estupinán et al. 2018

Extraktionsbögen der eingeschlossenen systematischen Reviews

Titel		Who benefits from individual placement and support? A meta-analysis
Autoren		– Lars de Winter, Chrisje Couwenbergh, Jaap van Weeghel, Sarita Sanches, Harry Michon and Gary R. Bond
Jahr		– 2022
Journal		– Epidemiology and Psychiatric Sciences
Fragestellung / Zielsetzung		– Bewertung der Wirksamkeit von Individual Placement and Support-Interventionen (IPS) bei verschiedenen Nutzern mit schweren psychischen Erkrankungen (SMI).
Design		– Syst. Review und Metaanalyse
Datenbanken		– PubMed, PsycInfo and Cochrane of peer-reviewed journals
Zeitraum		– bis Juli 2019
Eingeschlossene Studientypen		– Alle randomisierten kontrollierten Studien (RCTs)
Autoren eingeschlossener Arbeiten	Anzahl RCTs n=32	– Bejerholm 2015, Bejerholm 2017, Bond 2007, Bond 2015, Burns 2007, Christensen 2019, Davis 2012, Davis 2018, Drake 1996, Drake 1999, Drake 2013, Erickson 2021, Gold 2006, Hellström 2017, Howard 2010, Hoffmann 2012, Killackey 2008, Killackey 2019, Latimer 2006, Lehman 2002, Lones 2017, Michon 2014, Mueser 2004, Oshima 2014, Poremski 2017, Reme 2019, Tsang 2009, Twamley 2012, Vierung 2015, Waghorn 2014, Wong 2008, Zhang 2017
weitere relevante Einschlusskriterien		– Teilnehmende: Personen, bei denen eine psychische Störung gemäß den Kriterien des DSM-III bis DSM-5 oder des ICD 10-11 diagnostiziert wurde – Intervention: IPS als eigenständige Intervention, nicht ergänzt durch eine andereaktive Intervention, wie kognitive Förderung oder Training sozialer Fähigkeiten – Vergleich: aktive oder passive Kontrollgruppe
relevante Ausschlusskriterien		– Teilnehmer ohne psychische Störungen oder mit einem Risiko für die Entwicklung (at risk) psychischer Probleme
Qualitätsbewertung durchgeführt		– Cochrane Collaboration Risk of Bias Tool
Für welche Patienten / Subgruppen Aussagen getroffen?		– nach Art der Kontrollgruppe – nach Dauer des Follow-Ups – nach Region (europäisch vs. nicht-europäisch)
Gemessene Outcomes		– arbeitsbezogene (competitive Employment) Outcomes

Ergebnisse Metaanalysen**Allgemein:**

Teilnehmende:

- Schizophrenie (45,1 %), schwere Depression (33,8 %), andere (21,2 %; z. B. Angststörungen)
- 39 Jahre
- N=7.665 (32; 555)
- Mittlere Dauer der Erkrankung: k.A.
- Gemeinde (k= k. A.); Klinik (k= k. A.)

Verteilung nach Ländern

- Europa (n=10); nicht-europäisch (n=22)

Setting

- Stationär: k. A.
- Ambulant: k. A.

Interventions- und Kontrollgruppen:

- **Intervention:**
- IPS
- Dauer: k. A.
- **Kontrolle:** aktive Kontrollgruppe (k=21), passive Kontrollgruppe (k=11)
- Follow-Up-Zeiträume (FU): 6-24 Monate

Ergebnisse**Beschäftigungsquote****IPS vs. aktive Kontrollgruppe**

- alle Studien (n=20); stat. signifikanter Effekt (OR: 3,15; CI 95 % 2,74-3,62, $p < 0,01$, $I^2=79$ %)
- Studien mit FU $\leq$ 12 Monate (n=10); stat. signifikanter Effekt (OR: 2,5; CI 95 % 2,07-3,02, $p < 0,01$, $I^2=68$ %)
- Studien mit FU $>$ 12 Monate (n=15); stat. signifikanter Effekt (OR: 2,88; CI 95 % 2,48-3,36, $p < 0,01$, $I^2=81$ %)
- europäische Studien (n=7); stat. signifikanter Effekt (OR: 2,27; CI 95 % 1,84-2,79, $p < 0,01$, $I^2=62$ %)
- nicht-europäische Studien (n=13); stat. signifikanter Effekt (OR: 4,09; CI 95 % 3,4-4,92, $p < 0,01$, $I^2=79$ %)

IPS vs. passive Kontrollgruppe

- alle Studien (n=12); stat. signifikanter Effekt (OR: 2,26; CI 95 % 1,97-2,68, $p < 0,01$, $I^2=61$ %)
- Studien mit FU $\leq$ 12 Monate (n=7); stat. signifikanter Effekt (OR: 2,12; CI 95 % 1,52-2,96, $p < 0,01$, $I^2=65$ %)
- Studien mit FU $>$ 12 Monate (n=6); stat. signifikanter Effekt (OR: 2,3; CI 95 % 1,97-2,68, $p < 0,01$, $I^2=55$ %)
- europäische Studien (n=3); stat. signifikanter Effekt (OR: 1,64; CI 95 % 1,18-2,27, $p < 0,01$, $I^2=34$ %)
- nicht-europäische Studien (n=9); stat. signifikanter Effekt (OR: 2,44; CI 95 % 2,09-2,85, $p < 0,01$, $I^2=62$ %)

Gesamtergebnis Beschäftigungsquote (n=31 Studien); stat. signifikanter Effekt (OR: 2,62; CI 95 % 2,37-2,89, $p < 0,01$, $I^2=74$ %)

Test auf Subgruppenunterschiede:

- Aktive vs. passive Kontrollgruppe: $\chi^2 = 10.77$; df = 1; $p < 0.01$

- ≤ 12 Monate vs. > 12 Monate Follow-up: $\chi^2 = 0.29$; $df = 1$; $p = 0.59$
- europäische vs. nicht-europäische Studien: $\chi^2 = 10.54$; $df = 1$; $p < 0.01$

Wirksamkeit IPS nach verschiedenen Diagnose (Outcome: Beschäftigungsquote)

a) Schwere der psychiatrischen Störungen

- CMD (common mental disorder) (n=4); stat. signifikanter Effekt (OR: 1,99; CI 95 % 1,51-2,63, $p < 0,01$, $I^2=72$ %)
- SMI (severe mental disorder) (n=20); stat. signifikanter Effekt (OR: 3,37; CI 95 % 2,9-3,9, $p < 0,01$, $I^2=76$ %)
- Subgruppenunterschiede: $\chi^2 = 10.79$; $df = 1$; $p < 0.01$

b) Schizophrenie

- $>50\%$ der Studienpopulation mit entsprechender Diagnose (n=20); stat. signifikanter Effekt (OR: 3,46; CI 95 % 2,98-4,03, $p < 0,01$, $I^2=75$ %)
- $\leq 50\%$ der Studienpopulation mit entsprechender Diagnose (n=10); stat. signifikanter Effekt (OR: 2,23; CI 95 % 1,95-2,55, $p < 0,01$, $I^2=57$ %)
- Subgruppenunterschiede: $\chi^2 = 18.24$; $df = 1$; $p < 0.01$

c) Schwere Depression

- $>50\%$ der Studienpopulation mit entsprechender Diagnose (n=3); stat. signifikanter Effekt (OR: 2,17; CI 95 % 1,82-2,58, $p < 0,01$, $I^2=0$ %)
- $\leq 50\%$ der Studienpopulation mit entsprechender Diagnose (n=22); stat. signifikanter Effekt (OR: 2,8; CI 95 % 2,46-3,19, $p < 0,01$, $I^2=74$ %)
- Subgruppenunterschiede: $\chi^2 = 5.36$; $df = 1$; $p < 0.05$

Wirksamkeit IPS für verschiedene klinische, funktionelle und persönliche Moderatoren (Outcome: Beschäftigungsquote)

a) Dauer der Erkrankung (Baseline)

- kurz (n=6); stat. signifikanter Effekt (OR: 2,45; CI 95 % 1,92-3,14, $p < 0,01$, $I^2=69$ %)
- lang (n=5); stat. signifikanter Effekt (OR: 2,45; CI 95 % 1,82-3,29, $p < 0,01$, $I^2=34$ %)
- Subgruppenunterschiede $\chi^2 = 0.00$; $df = 1$; $p = 0.99$

b) Symptomstärke (Baseline)

- hoch (n=11); stat. signifikanter Effekt (OR: 2,2; CI 95 % 1,94-2,49, $p < 0,01$, $I^2=70$ %)
- niedrig hoch (n=12); stat. signifikanter Effekt (OR: 3,95; CI 95 % 3,24-4,82, $p < 0,01$, $I^2=59$ %)
- Subgruppenunterschiede $\chi^2 = 23.99$; $df = 1$; $p < 0.01$

c) Level of Functioning

- hoch (n=7); stat. signifikanter Effekt (OR: 3,59; CI 95 % 1,95-6,61, $p < 0,01$, $I^2=77$ %)
- niedrig (n=7); stat. signifikanter Effekt (OR: 3,54; CI 95 % 2,08-6,04, $p < 0,01$, $I^2=84$ %)
- Subgruppenunterschiede $\chi^2 = 0.00$; $df = 1$; $p = 0.97$

d) Alter (Baseline)

- ≤ 25 . Perzentile (n=8); stat. signifikanter Effekt (OR: 2,56; CI 95 % 1,75-3,74, $p < 0,01$, $I^2=56$ %)

- ≥ 75 . Perzentile (n=8); stat. signifikanter Effekt (OR: 2,94; CI 95 % 2,0-4,31, $p < 0,01$, $I^2=74$ %)
- Subgruppenunterschiede $\chi^2 = 0.24$; df = 1; **p = 0.62**
- e) Komorbiditäten (Alkohol)**
- hoher Konsum (n=6); stat. signifikanter Effekt (OR: 3,51; CI 95 % 1,93-6,39, $p < 0,01$, $I^2=72$ %)
- geringer Konsum (n=6); stat. signifikanter Effekt (OR: 6,44; CI 95 % 4,67-8,88, $p < 0,01$, $I^2=14$ %)
- Subgruppenunterschiede $\chi^2 = 3.05$; df = 1; **p = 0.08**
- f) Arbeitserfahrung (Baseline)**
- hoch geringer Konsum (n=8); stat. signifikanter Effekt (OR: 3,78; CI 95 % 2,7-5,3, $p < 0,01$, $I^2=34$ %)
- niedrig (n=8); stat. signifikanter Effekt (OR: 5,24; CI 95 % 2,95-9,3, $p < 0,01$, $I^2=83$ %)
- Subgruppenunterschiede $\chi^2 = 0.93$; df = 1; **p = 0.34**
- g) Bildungslevel**
- hoch (n=10); stat. signifikanter Effekt (OR: 3,03; CI 95 % 2,23-4,12, $p < 0,01$, $I^2=64$ %)
- niedrig (n=10); stat. signifikanter Effekt (OR: 4,01; CI 95 % 2,33-6,93, $p < 0,01$, $I^2=83$ %)
- Subgruppenunterschiede $\chi^2 = 0.77$; df = 1; **p = 0.38**

Jobdauer

IPS vs. aktive Kontrollgruppe

- alle Studien (n=17); stat. signifikanter Effekt (d: 0,47; CI 95 % 0,33-0,61, $p < 0,01$, $I^2=81$ %)
- Studien mit FU ≤ 12 Monate (n=7); stat. signifikanter Effekt (d: 0,42; CI 95 % 0,16-0,68, $p < 0,01$, $I^2=76$ %)
- Studien mit FU > 12 Monate (n=10); stat. signifikanter Effekt (d: 0,47; CI 95 % 0,3-0,63, $p < 0,01$, $I^2=82$ %)
- europäische Studien (n=7); stat. signifikanter Effekt (d: 0,4; CI 95 % 0,2-0,61, $p < 0,01$, $I^2=83$ %)
- nicht-europäische Studien (n=10); stat. signifikanter Effekt (d: 0,52; CI 95 % 0,33-0,71, $p < 0,01$, $I^2=77$ %)

IPS vs. passive Kontrollgruppe

- alle Studien (n=7); stat. signifikanter Effekt (d: 0,31; CI 95 % 0,12-0,49, $p < 0,01$, $I^2=69$ %)
- Studien mit FU ≤ 12 Monate (n=4); stat. signifikanter Effekt (d: 0,23; CI 95 % 0,07-0,4, $p < 0,01$, $I^2=0$ %)
- Studien mit FU > 12 Monate (n=3); stat. signifikanter Effekt (d: 0,36; CI 95 % 0,02-0,71, **p < 0,05**, $I^2=87$ %)
- europäische Studien (n=1); **kein** stat. signifikanter Effekt (d: -0,02; CI 95 % -0,27-0,23, $p=0,88$, $I^2=n.a.$)
- nicht-europäische Studien (n=6); stat. signifikanter Effekt (d: 0,37; CI 95 % 0,2-0,54, $p < 0,01$, $I^2=54$ %)

Gesamtergebnis Jobdauer (n=23 Studien); stat. signifikanter Effekt (d: 0,41; CI 95 % 0,3-0,52, $p < 0,01$, $I^2=77$ %)

Test auf Subgruppenunterschiede:

- Aktive vs. passive Kontrollgruppe: $\chi^2 = 1.98$; df = 1; **p = 0.16**

- ≤ 12 Monate vs. > 12 Monate Follow-up: $\chi^2 = 0.27$; $df = 1$; $p = 0.60$
- europäische vs. nicht-europäische Studien: $\chi^2 = 0.65$; $df = 1$; $p = 0.42$

Wirksamkeit IPS nach verschiedenen Diagnose (Outcome: Jobdauer)

d) Schwere der psychiatrischen Störungen

- CMD (common mental disorder) ($n=3$); kein stat. signifikanter Effekt ($d: 0,35$; CI 95 % $-0,03-0,74$, $p = 0,07$, $I^2=90$ %)
- SMI (severe mental disorder) ($n=12$); stat. signifikanter Effekt ($d: 0,45$; CI 95 % $0,29-0,61$, $p < 0,01$, $I^2=78$ %)
- Subgruppenunterschiede: $\chi^2 = 0.19$; $df = 1$; $p = 0.66$

e) Schizophrenie

- $>50\%$ der Studienpopulation mit entsprechender Diagnose ($n=13$); stat. signifikanter Effekt ($d: 0,42$; CI 95 % $0,27-0,56$, $p < 0,01$, $I^2=77$ %)
- $\leq 50\%$ der Studienpopulation mit entsprechender Diagnose ($n=9$); stat. signifikanter Effekt ($d: 0,39$; CI 95 % $0,21-0,57$, $p < 0,01$, $I^2=80$ %)
- Subgruppenunterschiede: $\chi^2 = 0.04$; $df = 1$; $p = 0.84$

f) Schwere Depression

- $>50\%$ der Studienpopulation mit entsprechender Diagnose ($n=3$); stat. signifikanter Effekt ($d: 0,33$; CI 95 % $0,11-0,56$, $p < 0,01$, $I^2=80$ %)
- $\leq 50\%$ der Studienpopulation mit entsprechender Diagnose ($n=16$); stat. signifikanter Effekt ($d: 0,44$; CI 95 % $0,28-0,6$, $p < 0,01$, $I^2=81$ %)
- Subgruppenunterschiede: $\chi^2 = 0.55$; $df = 1$; $p = 0.46$

Wirksamkeit IPS für verschiedene klinische, funktionelle und persönliche Merkmale (Outcome: Jobdauer)

h) Symptomstärke (Baseline)

- hoch ($n=9$); stat. signifikanter Effekt ($d: 0,37$; CI 95 % $0,2-0,54$, $p < 0,01$, $I^2=84$ %)
- niedrig hoch ($n=9$); stat. signifikanter Effekt ($d: 0,51$; CI 95 % $0,37-0,65$, $p < 0,01$, $I^2=59$ %)
- Subgruppenunterschiede $\chi^2 = 1.69$; $df = 1$; $p = 0.19$

i) Level of Functioning

- hoch ($n=3$); stat. signifikanter Effekt ($d: 0,59$; CI 95 % $0,09-1,09$, $p = 0,02$, $I^2=83$ %)
- niedrig ($n=7$); stat. signifikanter Effekt ($d: 0,46$; CI 95 % $0,21-0,72$, $p < 0,01$, $I^2=88$ %)
- Subgruppenunterschiede $\chi^2 = 0.19$; $df = 1$; $p = 0.66$

j) Alter (Baseline)

- ≤ 25 . Perzentile ($n=6$); stat. signifikanter Effekt ($d: 0,28$; CI 95 % $0,1-0,47$, $p < 0,01$, $I^2=52$ %)
- ≥ 75 . Perzentile ($n=5$); stat. signifikanter Effekt ($d: 0,35$; CI 95 % $0,08-0,61$, $p < 0,05$, $I^2=85$ %)
- Subgruppenunterschiede $\chi^2 = 0.14$; $df = 1$; $p = 0.71$

k) Komorbiditäten (Substanzen)

- hoher Konsum (n=4); stat. signifikanter Effekt (d: 0,54; CI 95 % 0,21-0,86, $p < 0,01$, $I^2=46$ %)
- geringer Konsum (n=6); stat. signifikanter Effekt (d: 0,62; CI 95 % 0,40-0,85, $p < 0,01$, $I^2=74$ %)
- Subgruppenunterschiede $\chi^2 = 0.19$; df = 1; $p = 0.66$

l) Arbeitserfahrung (Baseline)

- hoch geringer Konsum (n=6); stat. signifikanter Effekt (d: 0,51; CI 95 % 0,30-0,73, $p < 0,01$, $I^2=67$ %)
- niedrig (n=7); stat. signifikanter Effekt (d: 0,49; CI 95 % 0,26-0,71, $p < 0,01$, $I^2=83$ %)
- Subgruppenunterschiede $\chi^2 = 0.03$; df = 1; **p = 0.87**

m) Bildungslevel

- hoch (n=8); stat. signifikanter Effekt (d: 0,39; CI 95 % 0,25-0,52, $p < 0,01$, $I^2=61$ %)
- niedrig (n=7); stat. signifikanter Effekt (d: 0,46; CI 95 % 0,2-0,72, $p < 0,01$, $I^2=83$ %)
- Subgruppenunterschiede $\chi^2 = 0.24$; df = 1; **p = 0.63**

Lohn

IPS vs. aktive Kontrollgruppe

- alle Studien (n=10); stat. signifikanter Effekt (d: 0,39; CI 95 % 0,2-0,58, $p < 0,01$, $I^2=76$ %)
- Studien mit FU ≤ 12 Monate (n=2); stat. signifikanter Effekt (d: 0,63; CI 95 % 0,26-0,99, $p < 0,01$, $I^2=0$ %)
- Studien mit FU > 12 Monate (n=8); stat. signifikanter Effekt (d: 0,35; CI 95 % 0,15-0,56, $p < 0,01$, $I^2=80$ %)
- europäische Studien (n=2); **kein** stat. signifikanter Effekt (d: 0,17; CI 95 % -0,07-0,41, $p = 0,17$, $I^2=52$ %)
- nicht-europäische Studien (n=8); stat. signifikanter Effekt (d: 0,46; CI 95 % 0,22-0,69, $p < 0,01$, $I^2=77$ %)

IPS vs. passive Kontrollgruppe

- alle Studien (n=6); stat. signifikanter Effekt (d: 0,28; CI 95 % 0,14-0,42, $p < 0,01$, $I^2=23$ %)
- Studien mit FU ≤ 12 Monate (n=4); **kein** stat. signifikanter Effekt (d: 0,15; CI 95 % -0,07-0,36, $p = 0,19$, $I^2=0$ %)
- Studien mit FU > 12 Monate (n=2); stat. signifikanter Effekt (d: 0,39; CI 95 % 0,11-0,67, $p < 0,01$, $I^2=64$ %)
- europäische Studien (n=0)
- nicht-europäische Studien (n=6); stat. signifikanter Effekt (d: 0,28; CI 95 % 0,14-0,42, $p < 0,01$, $I^2=23$ %)

Gesamtergebnis Lohn (n=15 Studien); stat. signifikanter Effekt (d: 0,31; CI 95 % 0,19-0,44, $p < 0,01$, $I^2=65$ %)

Test auf Subgruppenunterschiede:

- Aktive vs. passive Kontrollgruppe: $\chi^2 = 0.84$; df = 1; **p = 0.36**
- ≤ 12 Monate vs. > 12 Monate Follow-up: $\chi^2 = 0.14$; df = 1; **p = 0.70**
- europäische vs. nicht-europäische Studien: $\chi^2 = 1.58$; df = 1; **p = 0.21**

Wirksamkeit IPS nach verschiedenen Diagnose (Outcome: Lohn)

g) Schwere der psychiatrischen Störungen

- CMD (common mental disorder) (n=3); stat. signifikanter Effekt (d: 0,32; CI 95 % -0,07-0,56, p= 0,01, I²=41 %)
- SMI (severe mental disorder) (n=7); stat. signifikanter Effekt (d: 0,31; CI 95 % 0,04-0,58, p= 0,03, I²=83 %)
- Subgruppenunterschiede: $\chi^2 = 0.00$; df = 1; **p = 0.96**

h) Schizophrenie

- >50% der Studienpopulation mit entsprechender Diagnose (n=7); stat. signifikanter Effekt (d: 0,29; CI 95 % 0,03-0,55, p= 0,03, I²=82 %)
- ≤ 50% der Studienpopulation mit entsprechender Diagnose (n=7); stat. signifikanter Effekt (d: 0,3; CI 95 % 0,22-0,37, p< 0,01, I²=2 %)
- Subgruppenunterschiede: $\chi^2 = 0.00$; df = 1; **p = 0.96**

i) Schwere Depression

- >50% der Studienpopulation mit entsprechender Diagnose (n=2); stat. signifikanter Effekt (d: 0,29; CI 95 % 0,21-0,37, p< 0,01, I²=0 %)
- ≤ 50% der Studienpopulation mit entsprechender Diagnose (n=11); stat. signifikanter Effekt (d: 0,33; CI 95 % 0,15-0,51, p< 0,01, I²=75 %)
- Subgruppenunterschiede: $\chi^2 = 0.15$; df = 1; **p = 0.70**

Wirksamkeit IPS für verschiedene klinische, funktionelle und persönliche Merkmale (Outcome: Lohn)**n) Symptomstärke (Baseline)**

- hoch (n=5); stat. signifikanter Effekt (d: 0,34; CI 95 % 0,15-0,54, p< 0,01, I²=81 %)
- niedrig hoch (n=5); stat. signifikanter Effekt (d: 0,36; CI 95 % 0,12-0,6, p< 0,01, I²=61 %)
- Subgruppenunterschiede $\chi^2 = 0.01$; df = 1; **p = 0.93**

o) Bildungslevel

- hoch (n=7); stat. signifikanter Effekt (d: 0,29; CI 95 % 0,21-0,37, p< 0,01, I²=4 %)
- niedrig (n=4); stat. signifikanter Effekt (d: 0,38; CI 95 % 0,07-0,7, p= 0,02, I²=83 %)
- Subgruppenunterschiede $\chi^2 = 0.32$; df = 1; **p = 0.57**

Bemerkungen

- Insgesamt hat diese Metaanalyse gezeigt, dass IPS für eine Vielzahl von Dienstleistungsnutzern eingesetzt wird: IPS ist für verschiedene Subgruppen wirksam, unabhängig von unterschiedlichen diagnostischen, klinischen, funktionalen und persönlichen Merkmalen.
- Heterogenität der Ergebnisse, da Kontext und Umgebung, in der die Studien durchgeführt werden, unterschiedlich sind
- ausschließlich Wirksamkeit von IPS als alleinige Intervention (nicht mit Add-on), deshalb nicht alle Studien berücksichtigt

Titel		A Systematic Review of Individual Placement and Support, Employment, and Personal and Clinical Recovery
Autoren	Iben Gammelgaard Wallstroem, M.D., Ph.D., Pernille Pedersen, M.Sc., Ph.D., Thomas Nordahl Christensen, M.Sc., Ph.D., Lone Hellstrom, M.Sc., Ph.D., Anders Bo Bojesen, M.Sc., Elsebeth Stenager, M.D., Ph.D., Sarah White, Ph.D., Kim T. Mueser, Ph.D., Ulrika Bejerholm, Ph.D., Jooske Tanna van Busschbach, Ph.D., Harry Michon, Ph.D., Lene Falgaard Eplov, M.D., Ph.D.	
Jahr	2021	
Journal	Psychiatric Services	
Fragestellung / Zielsetzung	Ziel der Arbeit war, den Zusammenhang von Individual Placement and Support (IPS) im Hinblick auf die persönliche und klinische Genesung sowie hinsichtlich von Beschäftigung zu untersuchen.	
Design	Syst. Review und Metaanalyse	
Datenbanken	MEDLINE, Embase, PsycINFO, Scopus, Web of Science, Cochrane, CINAHL, Sociological Abstracts und OTseeker. Zusätzlich ClinicalTrials.gov und die World Health Organization International Trials Registry Platform	
Zeitraum	die Suche wurde am 11. Januar 2019 durchgeführt	
Eingeschlossene Studientypen	Alle randomisierten kontrollierten Studien (RCTs)	
Autoren eingeschlossener Arbeiten	Anzahl RCTs n=7 Bejerholm 2013, Bejerholm 2015, Burns 2007, Burns 2009, Christensen 2019, Michon 2014, Mueser 2004	
weitere relevante Einschlusskriterien	Teilnehmende: arbeitslose Erwachsene zwischen 18-65 Jahren mit einer schweren psychischen Erkrankung (Schizophrenie; schizoaffektive, schizotypal, or delusional disorders; bipolar disorder; or severe depression nach ICD-10 oder DSM-5) Intervention: IPS Vergleich: aktive Kontrollgruppe oder herkömmliche Therapie - keine Eingrenzung hinsichtlich Sprache und Publikationsjahr 18 Monate Follow-Up Zeitraum	
relevante Ausschlusskriterien	k. A.	
Qualitätsbewertung durchgeführt	Nein	
Für welche Patienten / Subgruppen Aussagen getroffen?	k. A.	
Gemessene Outcomes	- Selbstwertgefühl, Empowerment, Lebensqualität, Depression, psychotische und negative Symptome, Angstzustände und Niveau der Funktionsfähigkeit - Anzahl gearbeiteter Wochen	

Ergebnisse Metaanalysen**Allgemein:**

Teilnehmende:

- Schizophrenie (79 %), schwere Depression (9 %), bipolare Störungen (12 %), unklar (< 1 %)
- 35 Jahre
- N=1.056 (32; 555)
- Mittlere Dauer der Erkrankung: k.A.
- Gemeinde (k= k. A.); Klinik (k= k. A.)

Verteilung nach Ländern

- Europa (n=6), USA (n=1)

Setting

- Stationär: k. A.
- Ambulant: k. A.

Interventions- und Kontrollgruppen:

- **Intervention:**
- IPS
- Dauer: k. A.
- **Kontrolle:** aktive Kontrollgruppe (k=k. A.), passive Kontrollgruppe (k=k. A.)
- Follow-Up-Zeiträume (FU): 18 Monate

Ergebnisse**Persönliche Genesungsoutcomes****Selbstwertgefühl**

- Anzahl Studien (n=5); kein stat. signifikanter Effekt (SMD: 0,06; CI 95 % -0,07-0,20, p= k. A., $I^2=0$ %)

Empowerment

- Anzahl Studien (n=3); kein stat. signifikanter Effekt (SMD: 0,16; CI 95 % -0,04-0,35, p= k. A., $I^2=0$ %)

Lebensqualität

- Anzahl Studien (n=7); kein stat. signifikanter Effekt (SMD: 0,08; CI 95 % -0,06-0,23, p= k. A., $I^2=45,9$ %)

Klinische Genesungsoutcomes**Depressive Symptomatik**

- Anzahl Studien (n=4); kein stat. signifikanter Effekt (OR: 0,85; CI 95 % 0,63-1,13, p= k. A., $I^2=0$ %)

Psychotische Symptomatik

- Anzahl Studien (n=5); kein stat. signifikanter Effekt (SMD: -0,00; CI 95 % -0,13-0,13, p= k. A., $I^2=0$ %)

Negative Symptomatik

- Anzahl Studien (n=5); kein stat. signifikanter Effekt (SMD: -0,01; CI 95 % -0,13-0,12, p= k. A., $I^2=0$ %)

Angst

- Anzahl Studien (n=4); kein stat. signifikanter Effekt (SMD: -0,04; CI 95 % -0,20-0,11, p= k. A., $I^2=0$ %)

Niveau der Funktionsfähigkeit

- Anzahl Studien (n=4); kein stat. signifikanter Effekt (SMD: 0,14; CI 95 % -0,01-0,28, p= k. A., $I^2=0$ %)

Weitere Auswertungen in Abhängigkeit der Anzahl gearbeiteter Wochen (0 Wochen, geringer als der Median, mehr als der Median)

- Es konnte kein Zusammenhang zwischen IPS in Kombination mit Wochen in Beschäftigung und klinischer und persönlicher Genesung festgestellt werden

Bemerkungen

- geringe Anzahl an Studien in der Meta-Analyse
- Fokus ausschließlich auf Wirksamkeit von IPS

Titel		Effectiveness of augmented Individual Placement and Support interventions for competitive employment in people with schizophrenia: Systematic review and meta-analysis
Autoren	–	Martin Felipe Vázquez-Estupiñán, Sol Durand-Arias, Claudia Iveth Astudillo-García, Eduardo Ángel Madrigal de León
Jahr	–	2018
Journal	–	Salud Mental
Fragestellung / Zielsetzung	–	Untersucht wurde, inwieweit erweiterte IPS-Maßnahmen (Individual Placement and Support) bei Menschen mit Schizophrenie oder anderer psychotischer Erkrankungen wirksam sind; im Hinblick darauf, eine Beschäftigung (competitive) zu erhalten.
Design	–	Syst. Review und Metaanalyse
Datenbanken	–	Medline (PubMed), ScienceDirect und EBSCO
Zeitraum	–	zwischen 2007 und 2017
Eingeschlossene Studientypen	–	Alle randomisierten kontrollierten Studien (RCTs)
Autoren eingeschlossener Arbeiten	Anzahl RCTs n=10	– Au et al. 2015, Baksheev et al. 2012 (First Episode Psychosis), Bell et al. 2008, Bell et al. 2014, Craig et al. 2014 (First Episode Psychosis), Glynn et al. 2017, Killackey 2008, McGurk et al. 2009, McGurk et al. 2007, Tsang 2009, Tsang 2010, Tsang et al. 2016
weitere relevante Einschlusskriterien	–	Teilnehmende: Personem mit der Diagnose einer Psychose, hauptsächlich Schizophrenie (bei mehr als 60 % der Gesamtstichprobe), die über 18 Jahre alt waren – Intervention: IPS in Kombination mit einer anderen psychosozialen Intervention, mit dem Ziel, eine wettbewerbsfähige Beschäftigung zu erlangen oder zu erhalten (augmented IPS) – Vergleich: k. A.
relevante Ausschlusskriterien	–	k. A.
Qualitätsbewertung durchgeführt	–	Cochrane Collaboration Risk of Bias Tool
Für welche Patienten / Subgruppen Aussagen getroffen?	–	k. A.
Gemessene Outcomes	–	Beschäftigung (primär), Anzahl gearbeiteter Stunden/Wochen und Gehalt (sekundär)
Ergebnisse Metaanalysen	Allgemein:	Teilnehmende: – Schizophrenie (n=8 Studien), First Episode Psychosis (n=2 Studien)

	– 34-45 Jahre (durchschnittliche Spannweite bei Personen mit Schizophrenie) – N=1.073 (32; 555) – Mittlere Dauer der Erkrankung: k.A. – Gemeinde (k= k. A.); Klinik (k= k. A.)
	Verteilung nach Ländern – USA (n=5), China (n=3), Australien (n=1), Großbritannien (n=1)
	Setting – Stationär: k. A. – Ambulant: k. A.
	Interventions- und Kontrollgruppen: – Intervention: – IPS + kognitive Remediation (n=5) oder soziale Skills (n=2) oder motivierende Interventionen (n=2) oder Job Skills (n=1) – Dauer: k. A. – Kontrolle: erweitertes IPS (n=5), Standard-IPS (n=4), herkömmliche Therapie (n=1) – Follow-Up-Zeiträume (FU): 6-39 Monate
	Ergebnisse (nur für Personen mit Schizophrenie)
	Erweitertes IPS (insgesamt) vs. IPS
	Sicherung Beschäftigung (competitive) – Anzahl Studien (n=8); kein stat. signifikanter Effekt (RR: 1,37; CI 95 % -0,97-1,95, p= 0,08, I²=82 %)
	Erweitertes IPS (kognitive Remediation) vs. IPS
	Sicherung Beschäftigung (competitive) – Anzahl Studien (n=5); kein stat. signifikanter Effekt (RR: 1,33; CI 95 % -0,85-2,10, p= k. A., I²= k. A. %)
Bemerkungen	– hohe Heterogenität hinsichtlich der erweiterten IPS Interventionen – teilweise hohe Ausfallraten in den Follow-Ups der Studien

ECONOMIC

Titel			Trial-Based Economic Evaluations of Supported Employment for Adults with Severe Mental Illness: A Systematic Review
Autoren			– Katherine Zheng, Brocha Z. Stern, Q. Eileen Wafford, Ciaran N. Kohli-Lynch
Jahr			– 2022
Journal			– Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research
Fragestellung / Zielsetzung			– Ziel dieser systematischen Übersichtsarbeit war es, Ergebnisse zu identifizieren, zu bewerten und zusammenzufassen, die in studienbasierten wirtschaftlichen Evaluierungen im Zusammenhang mit IPS-Programmen für Erwachsene mit schweren psychischen Erkrankungen berichtet wurden.
Design			– Syst. Review
Datenbanken			– Medline (Ovid), The Cochrane Library (Wiley), PsycINFO (Ebsco), Scopus (Elsevier), CINAHL Plus (Ebsco) und EconLit (Ebsco)
Zeitraum			– von Beginn einer jeweiligen Datenbak bis 22. Februar 2022
Eingeschlossene Studientypen			– Alle randomisierten kontrollierten Studien (RCTs)
Autoren eingeschlossener Arbeiten		Anzahl RCTs n=7	– Clark et al. 1998, Dixon et al. 2002, Hoffmann et al. 2014, Howard et al. 2010, Heslin et al. 2011, Knapp et al. 2013, Yamaguchi et al. 2017
weitere relevante Einschlusskriterien			– Teilnehmende: Personem mit SMI, die über 18 Jahre alt waren – Intervention: Supported Employment (SE), Individual Placement an Support (IPS) – Vergleich: traditionelle berufliche Rehabilitation – wirtschaftliche Bewertungen von Supported Employment (z. B. Kosten-Wirksamkeits-, Kosten-Nutzen- oder Kosten-Nutzwert Studien)
relevante Ausschlusskriterien			– Sprache (nicht-englischsprachig) – Model-basierte wirtschaftl. Evaluationen
Qualitätsbewertung durchgeführt			– CHEERS Checklist
Für welche Patienten / Subgruppen Aussagen getroffen?			– k. A.
Gemessene Outcomes			– inkrementelle Kosten pro Einheit der Verbesserung der Nutzenmessung der Studie (z. B. Beschäftigungsquote, Arbeitstage), inkrementelle Kosten pro qualitätsbereinigtem Lebensjahr (QALY), Nettonutzen, Kosten-Nutzen-Verhältnis und der Prozentsatz der Investitionsrendite (ROI)

Ergebnisse Metaanalysen**Allgemein:**

Teilnehmende:

- 34-38 Jahre (durchschnittliche Spannweite)
- N=1.073 (32; 555)
- Mittlere Dauer der Erkrankung: k.A.
- Gemeinde (k= k. A.); Klinik (k= k. A.)

Verteilung nach Ländern

- USA (n=2), Japan (n=1), Europa (n=4)

Setting

- Stationär: k. A.
- Ambulant: k. A.

Interventions- und Kontrollgruppen:

- **Intervention:**
- IPS (n=6), erweitertes IPS + kognitive Remediation (n=1)
- Dauer: k. A.
- **Kontrolle:** traditionelle berufliche Rehabilitation (n=7)
- Follow-Up-Zeiträume (FU): 1-5 Jahre

Ergebnisse (allg.)

- die Ergebnisse innerhalb und zwischen den Studien variieren nach Studienland, Länge des Nachbeobachtungszeitraum und der Art der Messung
- zwei Studien aus England (Howard et al. 2010 und Heslin et al. 2011) berechneten nach einjährigem Follow-Up eine Kostenersparnis von 2.176 Pfund zugunsten der IPS-Maßnahme
- zudem ergab eine Unsicherheitsanalyse (Heslin et al. 2011) eine 90 %ige Wahrscheinlichkeit, dass IPS sowohl kostensparend und wirksamer als die herkömmliche berufliche Reha sei
- eine Unsicherheitsanalyse bei Knapp et al. 2013 ergab eine fast 100 %ige Wahrscheinlichkeit der Kostensparsamkeit ggü. der herkömmlichen beruflichen Reha
- bei Yamaguchi ergab die Unsicherheitsanalyse eine fast 95 %ige Wahrscheinlichkeit der Kostensparsamkeit ggü. der herkömmlichen beruflichen Reha

Bemerkungen

- hohe Heterogenität und geringe Anzahl an entsprechenden Studien
- Analyse von erweiterten und modifizierten IPS-Interventionen; jedoch nicht von IPS alleinig

Titel		Cost-effectiveness of occupational therapy return-to-work interventions for people with mental health disorders
Autoren		– Johanson, Suzanne; Oestergaard, Lisa Gregersen; Bejerholm, Ulrika; Nygren, Carita; Tulder, M.W. van; Zingmark, Magnus
Jahr		– 2023
Journal		– Scandinavian Journal of Occupational Therapy
Fragestellung / Zielsetzung		– Ziel dieser systematischen Übersichtsarbeit war es, die Kosteneffektivität von Maßnahmen, die darauf ausgerichtet sind zurück ins Berufsleben zu führen, zu bewerten.
Design		– Syst. Review
Datenbanken		– Medline (PubMed), CINAHL und PsychInfo
Zeitraum		– bis Januar 2023
Eingeschlossene Studientypen		– randomisierte kontrollierte Studien (RCTs), quasi-experimentelle Studien und model-basierte Studiendesigns
Autoren eingeschlossener Arbeiten	Anzahl Studien n=9 (RCTs n= 8; model-basierte Studie n=1)	– Chalamat et al. 2005, Christensen et al. 2021, Dixon et al. 2002, Hellström et al. 2021, Knapp et al. 2013, Saha et al. 2018, Schene et al. 2007, Stroupe et al. 2021, Yamaguchi et al. 2017
weitere relevante Einschlusskriterien		– Teilnehmende: Menschen mit psychischen Störungen; wie Depressionen, Angst- und Panikstörungen, posttraumatischen Belastungsstörungen und Erschöpfungsstörungen (oder Common Mental Disorders; CMD), bipolaren Störungen, Schizophrenie oder anderen Psychose, die krankgeschrieben, voll- oder teilbeschäftigt oder arbeitslos und zwischen 18 und 67 Jahre alt waren – Intervention: Interventionen nach dem Supported Employment-(SE) oder Individual Placement an Support (IPS) Modell – Vergleich: alle möglichen Vergleichsgruppen wurden eingeschlossen
relevante Ausschlusskriterien		– Sprache (nicht-englischsprachig)
Qualitätsbewertung durchgeführt		– Checklist for economic evaluation by Joanna Briggs Institute
Für welche Patienten / Subgruppen Aussagen getroffen?		– k. A.
Gemessene Outcomes		– Kosten-Nutzwert, Kosteneffektivität, Kosten-Minimierung oder Kosten-Nutzen
Ergebnisse Metaanalysen	Allgemein: Teilnehmende: – Alter: k. A. – N=2.283 (61; 720)	

	– Mittlere Dauer der Erkrankung: k.A. – Gemeinde (k= k. A.); Klinik (k= k. A.)
	Verteilung nach Ländern – USA (n=2), Japan (n=1), Europa (n=5), Australien (n=1)
	Setting – Stationär: k. A. – Ambulant: k. A.
	Interventions- und Kontrollgruppen: – Intervention: – Supported Employment (SE) (n=6); Arbeitsorientierte ergotherapeutische Intervention (n=1), SE + kognitive Remediation (n=1), SE + Social Skills Training – Dauer: 12 – 24 Monate – Kontrolle: traditionelle berufliche Rehabilitation (n=7), traditionelle berufliche Rehabilitation + Programme für Übergangsmaßnahmen (n=1), erweiterte berufl. Reha mit zusätzlichen Rehabilitations-Betreuer (n=1), – Follow-Up-Zeiträume (FU): k. A.
	Ergebnisse (allg.) – zwei Studien berichten von besseren Ergebnissen durch SE hinsichtlich der Beschäftigungsquote ggü. einer herkömmlichen berufl. Reha – eine Studie berichtet von Vorteilen von SE hinsichtlich der Dauer des Beschäftigungsverhältnisses
Bemerkungen	– hohe Heterogenität und geringe Anzahl an entsprechenden Studien

Tabelle: Übersicht aktueller aggregierter Evidenz zur Wirksamkeit von Maßnahmen zur Arbeitsrehabilitation bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen

Autoren Jahr	Anzahl eingeschlossener Studien Land	Patienten - Diagnose(n) - Anzahl Teilnehmende - Alter - Arbeitsstatus	Intervention Art d. Interventionen	Kontrollgruppe	Länge des Follow up's
NEU de Winter et al. 2022	32 RCTs³⁵ - Schweden (K = 2), USA (K = 12), Multicenter-Studie Europa (k = 1), Dänemark (k = 2), Kanada (k = 3), UK (k = 1), Schweiz (k = 2), Australien (k = 4), Niederlande (k = 1), Japan (k = 1), Norwegen (k = 1), Hongkong (k = 3), China ((k = 1)	- Schizophrenie-Spektrum-Störung (N = 3.454, 45,1 %), Major Depression (N = 2.587, 33,8 %), Common mental Disorder (k = 5, N = 1624, 21,2 %), SMI (k = 20) - N = 7.665, N = 3.818 (IPS), N = 3.847 (Kontrollintervention) - MW = 38,9 Jahre (20,4 bis 51,0) K. A.	- IPS 75,0 % der Studien mit mindestens „guter“ Programmtreue von IPS	- Aktive Kontrollgruppe (k = 21, traditionelle Ansätze beruflicher Reha, übergangsweise Beschäftigung, Skillstraining) - Passive Kontrollgruppe (k = 12, TAU, Warteliste)	6 bis 24 Monate
NEU Vázquez-Estupiñán et al. 2018	12 RCTs³⁶ - USA (k = 5), China (k = 3), Australien (k = 1), Großbritannien (k = 1)	- Schizophrenie (k = 8), erste Episode Psychose (k = 2) - N=1.073 (32; 555) 34-45 Jahre (durchschnittliche Spannweite) K. A.	- IPS + kognitive Remediation (k = 5) oder soziale Skills (k = 2) oder motivierende Interventionen (k = 2) oder Job Skills (k = 1) 8 der RCTs mit guter Programmtreue (> 80 %), k = 2 mit fehlender Angabe	Erweitertes IPS (k = 5), Standard-IPS (k = 4), herkömmliche Therapie (K = 1)	6 bis 39 Monate

³⁵ Bejerholm 2015, Bejerholm 2017, Bond 2007, Bond 2015, Burns 2007, Christensen 2019, Davis 2012, Davis 2018, Drake 1996, Drake 1999, Drake 2013, Erickson 2021, Gold 2006, Hellström 2017, Howard 2010, Hoffmann 2012, Killackey 2008, Killackey 2019, Latimer 2006, Lehman 2002, Lones 2017, Michon 2014, Mueser 2004, Oshima 2014, Poremski 2017, Reme 2019, Tsang 2009, Twamley 2012, Vierung 2015, Waghorn 2014, Wong 2008, Zhang 2017

³⁶ Au et al. 2015, Baksheev et al. 2012 (First Episode Psychosis), Bell et al. 2008, Bell et al. 2014, Craig et al. 2014 (First Episode Psychosis), Glynn et al. 2017, Killackey 2008, McGurk et al. 2009, McGurk et al. 2007, Tsang 2009, Tsang 2010, Tsang et al. 2016

Suijkerbuijk et al. 2017	48 RCTs - Nordamerika (k = 30); China (k = 5); Großbritannien (k = 4); Australien (k = 3); Schweiz (k = 2); Japan (k = 1); Niederlande (k = 1); Schweden (k = 1); 6 Standorte in Europa (k = 1, u.a. Dtl.)	- Schwere psychische Erkrankungen (v. a. Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis) - N = 8.743 (min. 21; max. 2.238) 36 Jahre (Ø Alter) 100 % Arbeitslosigkeit (k = 44); 8-27 % mit geringer Beschäftigung und Wunsch nach beruflicher Veränderung (k = 4) .	- Supported Employment (Experimental- oder Kontrollintervention) (k=30³⁷, davon high-fidelity IPS: k=24) - Supported Employment + Augmentationsstrategie (Social Skills Training, Kognitives Training, Job Skills Training, Assertive Community Treatment, Kontingenzmanagement, Motivationaler Ansatz (k=13³⁸) - PVT (Experimental- oder Kontrollintervention) (k=17³⁹) - Übergangsweise Beschäftigung (Experimental- oder Kontrollintervention), Beschütztes Arbeiten (k=9⁴⁰) und Clubhouse Modell (k=5⁴¹) - Psychiatrische Behandlung allein (Kontrollintervention) (k=13⁴²)		3 Monate bis 5 Jahre Short term (bis 12 Monate) vs. long term (mehr als 12 Monate)
Modini et al. 2016	19 RCTs⁴³ - USA (k=8); Kanada (k=1); UK (k=3); Deutschland (k=1); Italien (k=1); Schweiz (k=3); Niederlande (k=1); Bulgarien (k=1); Schweden (k=1); Australien (k=1); Japan (k=1); Hong Kong (k=2)	- Pat. mit schweren psychischen Erkrankungen - N = 4.404 (min 37; max. 2.055) k. A. k. A.	- Supported Employment (IPS; k=19) k. A.	Herkömmliche Therapie / traditionelle berufl. Reha. (k= 14), angepasste/erweiterte berufl. Reha. (k=3), Gruppentraining sozialer Fertigkeiten (k= 1), psychosoziale Rehabilitation (k=1)	6-60 Monate
Chan et al. 2015	9 RCTs⁴⁴ + 1 prospektive kontrollierte Studie⁴⁵	Pat. mit schweren psychischen Erkrankungen (Schizophrenien oder bipolare Störungen)	Computer-gestützte kognitive Remediation + Supported Employment (k=5), Computer-gestützte	Supported Employment allein (k=4), Arbeitstherapie allein	12-36 Monate

³⁷ Au (2015), Bejerholm (2015), Bond (1995), Bond (2007), Bond (2015), Burns (2007), Burns (2015), Chandler (1996), Craig (2014), Drake (1996), Drake (1999), Drake (2013), Drebing (2005, 2007), Gervy (1994), Gold (2006), Hoffmann (2012), Howard (2010), Killackey (2008), Killackey (2014), Latimer (2006), Lecomte (2014), Lehmann (2002), McFarlane (2000), McGurk (2007, 2009), Michon (2014), Mueser (2004), O'Brian (2003), Oshima (2014), Tsang (2010), Twamley (2012), Vierung (2015), Waghorn (2014), Wong (2008),

³⁸ Au (2015), Tsang (2010), Nuechterlein (2012), Lecomte (2014), McGurk (2007), McGurk (2009), Bond (1995), Chandler (1996), Gold (2006), McFarlane (2000), Schonebaum (2006), Drebing (2005, 2007), Craig (2014)

³⁹ Blankertz (1996), Eack (2009), Tsang (2001), Xiang (2007), Bejerholm (2015), Bond (2015), Burns (2007), Drake (1996), Howard (2010), Lehman (2002), Michon (2014), Tsang (2010), Twamley (2012), Vierung (2015), Wong (2008), Penk (2010), Nuechterlein (2012)

⁴⁰ Beard (1963), Becker (1967), Dincin (1982), Drake (1999), Gold (2006), Hoffmann (2012), Latimer (2006), McFarlane (2000), Penk (2010)

⁴¹ Beard (1963), Bond (1986), Bond (2007), Dincin (1982), Mueser (2004)

⁴² Beard (1963), Becker (1967), Blankertz (1996), Chandler (1996), Dincin (1982), Drake (2013), Eack (2009), Killackey (2008); Killackey (2014), O'Brien (2003), Tsang (2001), Walker (1969), Xiang (2007)

⁴³ Drake 1996, Drake 1999, Lehmann 2002, Mueser 2004, Gold 2006, Latimer 2006, Bond 2007, Burns 2007, Wong 2008, Killackey 2008, Tsang 2009, Howard 2010, Heslin 2011, Twamley 2012, Hoffmann 2012, Drake 2013, Hoffmann 2014, Oshima 2014, Bejerholm 2015

⁴⁴ Bell (2005), McGurk (2005), Vauth (2005), Bell (2008), Lindenmayer (2008), McGurk (2009), Eack (2009), Eack (2011), Tan (2013)

⁴⁵ Sayaka (2014)

	USA (k=6); Deutschland (k=1); Japan (k=1); Singapore (k=1)	36.4 Jahre (Ø Alter) - Spannweite Jahre in Arbeitslosigkeit: 2-13 Jahre - N=740 (34; 145) - Ambulant (k=7), stationär (k=2)	kognitiv Training + Arbeitstherapie (k= 3), kognitive Erweiterungstherapie (cognitive enhancement therapy) (n=1) 2 Monate bis 2 Jahre (24 bis 130 Stunden)	oder in Kombination mit Selbstmanagementansatz oder computergestützte Kontrollintervention (k=3), Supported Employment + Sport (k=1), Supportive Therapie (k=1)	

Tabelle: Effekte von Interventionen zur Arbeitsrehabilitation bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen auf verschiedene Zielgrößen aus aktuellen systematischen Übersichtsarbeiten

Autor/Jahr	Chan et al. 2015	Modini et al. 2016	Suijkerbuijk et al. 2017				Vázquez-Estupiñán et al. 2018	de Winter et al. 2022
Intervention vs. Kontrollintervention	Kognitives Training + berufliche Reha vs. Berufliche Reha allein	IPS vs. herkömmliche berufliche Reha (TAU, PVT, andere)	SE vs. PVT	SE plus Augmentationsstrategie vs. SE allein	SE vs. Übergangsweise Beschäftigung	SE plus Augmentationsstrategie vs. PVT	SE plus Augmentationsstrategie vs. verschiedene Kontrollen	SE vs. PVT/TAU
Merkmale klinischer Recovery								
Psychische Symptomatik			~	~	~	~		
Stationäre Wiederaufnahme			~	~	~	~		
Merkmale funktionaler Recovery								
Beschäftigungsrate 1. AM	++	++	++	++	++	++		++
Rate irgendeiner Form von Beschäftigung	++							
Jobhaltedauer auf 1. AM	~		++	++	++	++	~*	++
Jobhaltedauer in irgendeiner Beschäftigung	++							
Durchschnittlicher monatlicher Verdienst	++							++
Unerwünschte Ereignisse								
Abbruch der Maßnahme			~	~	~	~		

Erläuterung: ++: signif. Vorteil in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe, +: tendenzielle Überlegenheit ohne signif. Unterschied in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe, ~: Ergebnisse vergleichbar in beiden Gruppen, AM Arbeitsmarkt, SE Supported Employment; IPS Individual Placement and Support, PVT Pre-Vocational Training, TAU Herkömmliche Behandlung, *statistisch signifikanter Vorteil bei Menschen mit erster psychotischer Episode

Bewertung der eingeschlossenen Übersichtsarbeiten zur Arbeitsrehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen (SMI) nach der AMSTAR 2 Checkliste

Autor	Winter et al. 2022	Wallstroem et al. 2021	Vázquez-Estupiñán et al. 2018
AMSTAR-Item			
1. Did the research questions and inclusion criteria for the review include the components of PICO?	Ja	Ja	Ja
2. Did the report of the review contain an explicit statement that the review methods were established prior to the conduct of the review and did the report justify any significant deviations from the protocol?	Ja	Nein	Teilweise ja (definierte Fragestellung, Suchstrategie, Ein- und Ausschlusskriterien, Qualitätsbewertung)
3. Did the review authors explain their selection of the study designs for inclusion in the review?	Nein	Nein	Nein
4. Did the review authors use a comprehensive literature search strategy?	Teilweise ja	Teilweise ja	Teilweise ja
5. Did the review authors perform study selection in duplicate?	Ja	Ja	Ja
6. Did the review authors perform data extraction in duplicate?	Ja	Nein	Ja
7. Did the review authors provide a list of excluded studies and justify the exclusions?	Teilweise ja	Nein	Teilweise ja
8. Did the review authors describe the included studies in adequate detail?	Ja	Ja	Ja
9. Did the review authors use a satisfactory technique for assessing the risk of bias (RoB) in individual studies that were included in the review?	Ja	Nein	Ja
10. Did the review authors report on the sources of funding for the studies included in the review?	Nein	Nein	Nein
11. If meta-analysis was performed did the review authors use appropriate methods for statistical combination of results?	Ja	Ja	Ja
12. If meta-analysis was performed, did the review authors assess the potential impact of RoB in individual studies on the results of the meta-analysis or other evidence synthesis?	Nein	Nein	Nein
13. Did the review authors account for RoB in individual studies when interpreting/ discussing the results of the review?	Nein	Nein	Ja
14. Did the review authors provide a satisfactory explanation for, and discussion of, any heterogeneity observed in the results of the review?	Ja	Ja	Ja

15. If they performed quantitative synthesis did the review authors carry out an adequate investigation of publication bias (small study bias) and discuss its likely impact on the results of the review?	Ja	Nein	Ja
16. Did the review authors report any potential sources of conflict of interest, including any funding they received for conducting the review?	Ja	Ja	Ja
Assessment critical Items*	Niedrig	Kritisch niedrig	Moderat

*gemeint sind die Nummern 2,4,7,9,11,13,15

Ausgeschlossene Arbeiten Arbeitsrehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben

van Duin D, de Winter L, Oud M, Kroon H, Veling W, van Weeghel J. The effect of rehabilitation combined with cognitive remediation on functioning in persons with severe mental illness: systematic review and meta-analysis. *Psychol Med*. 2019 Jul;49(9):1414-1425. doi: 10.1017/S003329171800418X. Epub 2019 Jan 30. PMID: 30696500.

Ausschlussgrund: Fragestellung

Carmona VR, Gómez-Benito J, Huedo-Medina TB, Rojo JE. Employment outcomes for people with schizophrenia spectrum disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Int J Occup Med Environ Health*. 2017 May 8;30(3):345-366. doi: 10.13075/ijomh.1896.01074. Epub 2017 Apr 26. PMID: 28481370.

Ausschlussgrund: eingeschlossene Primärstudien (überwiegend) in anderen Arbeiten vorhanden

Brämberg E, Åhsberg E, Fahlström G, Furberg E, Gornitzki C, Ringborg A, Thoursie PS. Effects of work-directed interventions on return-to-work in people on sick-leave for to common mental disorders-a systematic review. *Int Arch Occup Environ Health*. 2024 May 6. doi: 10.1007/s00420-024-02068-w. Epub ahead of print. PMID: 38710801.

Ausschlussgrund: Population

Baxter S, Cullingworth J, Whitworth A, Runswick-Cole K, Clowes M. Understanding interventions and outcomes in supported employment and individual placement support: A qualitative evidence synthesis. *Disabil Health J*. 2024 Apr;17(2):101579. doi: 10.1016/j.dhjo.2024.101579. Epub 2024 Jan 12. PMID: 38242753.

Ausschlussgrund: Methodik

Barlatti S, Nibbio G, Vita A. Evidence-based psychosocial interventions in schizophrenia: a critical review. *Curr Opin Psychiatry*. 2024 May 1;37(3):131-139. doi: 10.1097/YCO.0000000000000925. Epub 2024 Feb 15. PMID: 38410981; PMCID: PMC10990032.

Ausschlussgrund: Methodik

Thekkumkara S, Rawat VS, Jagannathan A, Muliya KP. Vocational rehabilitation in persons with mental illness in India: A scoping review. *Int J Soc Psychiatry*. 2024 Feb;70(1):13-22. doi: 10.1177/00207640231183920. Epub 2023 Jun 30. PMID: 37387462.

Ausschlussgrund: Design Primärstudien

McDonagh MS, Dana T, Kopelovich SL, Monroe-DeVita M, Blazina I, Bougatsos C, Grusing S, Selph SS. Psychosocial Interventions for Adults With Schizophrenia: An Overview and Update of Systematic Reviews. *Psychiatr Serv*. 2022 Mar 1;73(3):299-312. doi: 10.1176/appi.ps.202000649. Epub 2021 Aug 13. PMID: 34384230.

Ausschlussgrund: Methodik und Design Primärstudien

Chimara M, Van Niekerk L, van Biljon HM. Scoping review exploring vocational rehabilitation interventions for mental health service users with chronic mental illness in low-income to upper-middle-income countries. *BMJ Open*. 2022 May 9;12(5):e059211. doi: 10.1136/bmjopen-2021-059211. PMID: 35534058; PMCID: PMC9086611.

Ausschlussgrund: Design Primärstudien

Kernot J, Baker A, Oster C, Petrakis M, Dawson S. Employment interventions to assist people who experience borderline personality disorder: A scoping review. *Int J Soc Psychiatry*. 2023 Dec;69(8):1845-1855. doi: 10.1177/00207640231189424. Epub 2023 Jul 27. PMID: 37497932; PMCID: PMC10685697.

Ausschlussgrund: Design Primärstudien

Mavindidze E, Nhunzvi C, Van Niekerk L. Supported employment interventions for workplace mental health of persons with mental disabilities in low-to-middle income countries: A scoping review. *PLoS One*. 2023 Sep 21;18(9):e0291869. doi: 10.1371/journal.pone.0291869. PMID: 37733732; PMCID: PMC10513264.

Ausschlussgrund: Design Primärstudien

Khanthavudh, C., Grealish, A., Tzouvara, V., & Leamy, M. (2023). Implementation and evaluation of recovery-oriented practice interventions for people with mental illness in Asia: An integrative review . *International Journal of Nursing Studies*, 147, Article 104591. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2023.104591>

Ausschlussgrund: Design Primärstudien

Frawley E, Cowman M, Lepage M, Donohoe G. Social and occupational recovery in early psychosis: a systematic review and meta-analysis of psychosocial interventions. *Psychol Med*. 2023 Apr;53(5):1787-1798. doi: 10.1017/S003329172100341X. Epub 2021 Sep 3. PMID: 34474696; PMCID: PMC10106304.

Ausschlussgrund: Population

Bond GR, Al-Abdulmunem M, Marbacher J, Christensen TN, Sveinsdottir V, Drake RE. A Systematic Review and Meta-analysis of IPS Supported Employment for Young Adults with Mental Health Conditions. *Adm Policy Ment Health*. 2023 Jan;50(1):160-172. doi: 10.1007/s10488-022-01228-9. Epub 2022 Oct 11. PMID: 36219318; PMCID: PMC10221953.

Ausschlussgrund: Population

Killaspy H, Harvey C, Brasier C, Brophy L, Ennals P, Fletcher J, Hamilton B. Community-based social interventions for people with severe mental illness: a systematic review and narrative synthesis of recent evidence. *World Psychiatry*. 2022 Feb;21(1):96-123. doi: 10.1002/wps.20940. PMID: 35015358; PMCID: PMC8751572.

Ausschlussgrund: Population und Design Primärstudien

Khoronzhevych M, Maximova-Mentzoni T, Gubrium E, Muller AE. Participant Engagement in Supported Employment: A Systematic Scoping Review. *J Occup Rehabil*. 2022 Sep;32(3):414-425. doi: 10.1007/s10926-021-09987-2. Epub 2021 Jun 4. PMID: 34086158; PMCID: PMC9576634.

Ausschlussgrund: Fragestellung

Park AL, Rinaldi M, Brinchmann B, Killackey E, Aars NAP, Mykletun A, McDaid D. Economic analyses of supported employment programmes for people with mental health conditions: A systematic review. *Eur Psychiatry*. 2022 Aug 19;65(1):e51. doi: 10.1192/j.eurpsy.2022.2309. PMID: 35983840; PMCID: PMC9491084.

Ausschlussgrund: Design Primärstudien

John A, Gandhi S, Prasad MK, Manjula M. Effectiveness of IADL interventions to improve functioning in persons with Schizophrenia: A systematic review. *Int J Soc Psychiatry*. 2022 May;68(3):500-513. doi: 10.1177/00207640211060696. Epub 2021 Nov 22. PMID: 34802260.

Ausschlussgrund: Intervention

Venning A, Oswald TK, Stevenson J, Tepper N, Azadi L, Lawn S, Redpath P. Determining what constitutes an effective psychosocial 'return to work' intervention: a systematic review and narrative synthesis. *BMC Public Health*. 2021 Nov 25;21(1):2164. doi: 10.1186/s12889-021-11898-z. PMID: 34823501; PMCID: PMC8620530.

Ausschlussgrund: Population

Igarashi M, Yamaguchi S, Kawaguchi T, Ogawa M, Sato S, Fujii C. Outcomes frequently specified in Cochrane reviews of community-based psychosocial interventions for adults with severe mental illness: A systematic search and narrative synthesis. *Neuropsychopharmacol Rep*. 2021 Dec;41(4):459-463. doi: 10.1002/npr2.12216. Epub 2021 Nov 1. PMID: 34725970; PMCID: PMC8698675.

Ausschlussgrund: Fragestellung

Christie L, Inman J, Davys D, Cook PA. A systematic review into the effectiveness of occupational therapy for improving function and participation in activities of everyday life in adults with a diagnosis of depression. *J Affect Disord*. 2021 Mar 1;282:962-973. doi: 10.1016/j.jad.2020.12.080. Epub 2020 Dec 25. PMID: 33601741.

Ausschlussgrund: Design Primärstudien

Blank D, Brieger P, Hamann J. Rückkehr an den Arbeitsplatz nach psychischer Erkrankung – Ein Scoping Review [Return to Work after Mental Disorders - A Scoping Review]. *Psychiatr Prax*. 2021 Apr;48(3):119-126. German. doi: 10.1055/a-1310-2591. Epub 2020 Dec 3. PMID: 33271622.

Ausschlussgrund: Design Primärstudien

Chen N, Lal S. Stakeholder Perspectives on IPS for Employment: A Scoping Review. *Can J Occup Ther*. 2020 Oct;87(4):307-318. doi: 10.1177/0008417420946611. Epub 2020 Aug 7. PMID: 32762348.

Ausschlussgrund: Fragestellung

Zalzala A, Fiszdon JM, Moritz S, Wardwell P, Petrik T, Mathews L, Shagan D, Bracken D, Bell MD, Pearson GD, Choi J. Metacognitive Training to Improve Insight and Work Outcome in Schizophrenia. *J Nerv Ment Dis*. 2022 Sep 1;210(9):655-658. doi: 10.1097/NMD.0000000000001512. Epub 2022 Mar 25. PMID: 36037322; PMCID: PMC9424738.

Mikkelsen MB, Rosholm M. Systematic review and meta-analysis of interventions aimed at enhancing return to work for sick-listed workers with common mental disorders, stress-related disorders, somatoform disorders and personality disorders. *Occup Environ Med*. 2018 Sep;75(9):675-686. doi: 10.1136/oemed-2018-105073. Epub 2018 Jun 28. PMID: 29954920.

Ausschlussgrund: Design Primärstudien und Population

Leverich, A.-E., Acke, S., Verbrugghe, M., Schmickler, M.-N., & De Brouwer, C. (2018). Efficiency of vocational rehabilitation programs for workers with schizophrenia : a systematic literature review according to the prisma guidelines. *OCCUPATIONAL AND ENVIRONMENTAL MEDICINE*, 75(suppl. 2), A612–A613. <https://doi.org/10.1136/oemed-2018-icoabstracts.1726>

Ausschlussgrund: Konferenzbeitrag

Cullen K, Irvin E, Van Eerd D, et al 549 Preventing work disability in workers with depression; a systematic review Occupational and Environmental Medicine 2018;75:A589.

Ausschlussgrund: Konferenzbeitrag

Noyes S, Sokolow H, Arbesman M. Evidence for Occupational Therapy Intervention With Employment and Education for Adults With Serious Mental Illness: A Systematic Review. Am J Occup Ther. 2018 Sep/Oct;72(5):7205190010p1-7205190010p10. doi: 10.5014/ajot.2018.033068. PMID: 30157005.

Ausschlussgrund: Intervention

Kondrátová, L. & Winkler, Petr. (2017). The supported employment of people with severe mental illness - The Czech and international experience: A narrative synthesis. Ceska a Slovenska Psychiatrie. 113. 132-139.

Ausschlussgrund: Sprache

Thompson JL, Holloway K, Karyczak S, Serody MR, Lane IA, Ellison ML, Gill KJ, Davis M, Mullen MG. Evaluating Educational and Employment Services for Young People With Psychiatric Conditions: A Systematic Review. Psychiatr Serv. 2022 Jul;73(7):787-800. doi: 10.1176/appi.ps.202000033. Epub 2021 Dec 8. PMID: 34875848.

Ausschlussgrund: Population

Zafar N, Rotenberg M, Rudnick A. A systematic review of work accommodations for people with mental disorders. Work. 2019;64(3):461-475. doi: 10.3233/WOR-193008. PMID: 31658080.

Ausschlussgrund: Design Primärstudien

Axiotidou, Maria & Papakonstantinou, Doxa. (2021). The meaning of work for people with severe mental illness: a systematic review. Mental Health Review Journal. ahead-of-print. 10.1108/MHRJ-12-2020-0088.

Ausschlussgrund: Methodik

Arena AF, Mobbs S, Sanatkar S, Williams D, Collins D, Harris M, Harvey SB, Deady M. Mental health and unemployment: A systematic review and meta-analysis of interventions to improve depression and anxiety outcomes. J Affect Disord. 2023 Aug 15;335:450-472. doi: 10.1016/j.jad.2023.05.027. Epub 2023 May 17. PMID: 37201898.

Ausschlussgrund: Population und Fragestellung

Amiri S. Depression symptoms reducing return to work: a meta-analysis of prospective studies. Int J Occup Saf Ergon. 2023 Mar;29(1):347-357. doi: 10.1080/10803548.2022.2044640. Epub 2022 Apr 27. PMID: 35291917.

Ausschlussgrund: Population und Fragestellung

Manoli R, Cervello S, Franck N. Impact of insight and metacognition on vocational rehabilitation of individuals with severe mental illness: A systematic review. Psychiatr Rehabil J. 2021 Dec;44(4):337-353. doi: 10.1037/prj0000481. Epub 2021 Apr 15. PMID: 33856845.

Ausschlussgrund: Fragestellung und Design Primärstudien

van Duin D, de Winter L, Oud M, Kroon H, Veling W, van Weeghel J. The effect of rehabilitation combined with cognitive remediation on functioning in persons with severe mental illness: systematic review and meta-analysis. *Psychol Med.* 2019 Jul;49(9):1414-1425. doi: 10.1017/S003329171800418X. Epub 2019 Jan 30. PMID: 30696500.

Ausschlussgrund: Konferenzbeitrag

Sundermann LM, Haunberger S, Gisler F, Kita Z. How do supported employment programs work? Answers from a systematic literature review. *Int J Educ Vocat Guid.* 2023;23(3):659-679. doi: 10.1007/s10775-022-09533-3. Epub 2022 Feb 27. PMID: 37621963; PMCID: PMC10444632.

Ausschlussgrund: Design Primärstudien

Solmi M, Croatto G, Piva G, Rosson S, Fusar-Poli P, Rubio JM, Carvalho AF, Vieta E, Arango C, DeTore NR, Eberlin ES, Mueser KT, Correll CU. Efficacy and acceptability of psychosocial interventions in schizophrenia: systematic overview and quality appraisal of the meta-analytic evidence. *Mol Psychiatry.* 2023 Jan;28(1):354-368. doi: 10.1038/s41380-022-01727-z. Epub 2022 Aug 23. PMID: 35999275.

Ausschlussgrund: eingeschlossene Primärstudien (überwiegend) in anderen Arbeiten vorhanden

Puolakka K, Pitkänen A. Effectiveness of psychosocial interventions on quality of life of patients with schizophrenia and related disorders: A systematic review. *Arch Psychiatr Nurs.* 2019 Oct;33(5):73-82. doi: 10.1016/j.apnu.2019.07.001. Epub 2019 Jul 4. PMID: 31711598.

Ausschlussgrund: Population und Fragestellung

Frederick DE, VanderWeele TJ. Supported employment: Meta-analysis and review of randomized controlled trials of individual placement and support. *PLoS One.* 2019 Feb 20;14(2):e0212208. doi: 10.1371/journal.pone.0212208. PMID: 30785954; PMCID: PMC6382127.

Ausschlussgrund: eingeschlossene Primärstudien (überwiegend) in anderen Arbeiten vorhanden

Geneviève Sauvé, Martin Lepage, Marc Corbière, Impacts de la combinaison de programmes de soutien à l'emploi et de remédiation cognitive sur le maintien en emploi de personnes souffrant de schizophrénie : une méta-analyse, *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, Volume 177, Issue 6, 2019, Pages 534-543, ISSN 0003-4487, <https://doi.org/10.1016/j.amp.2018.01.015>.

Ausschlussgrund: Sprache

Dewa CS, Loong D, Trojanowski L, Bonato S. The effectiveness of augmented versus standard individual placement and support programs in terms of employment: a systematic literature review. *J Ment Health.* 2018 Apr;27(2):174-183. doi: 10.1080/09638237.2017.1322180. Epub 2017 May 10. PMID: 28488948.

Ausschlussgrund: eingeschlossene Primärstudien (überwiegend) in anderen Arbeiten vorhanden und Design Primärstudien

Abidin MZRZ, Yunus FW, Rasdi HFM, Kadar M. Employment programmes for schizophrenia and other severe mental illness in psychosocial rehabilitation: a systematic review. *British Journal of Occupational Therapy.* 2021;84(10):605-619. doi:10.1177/0308022620980683

Ausschlussgrund: Fragestellung

Suche nach RCTs zu Supported Education

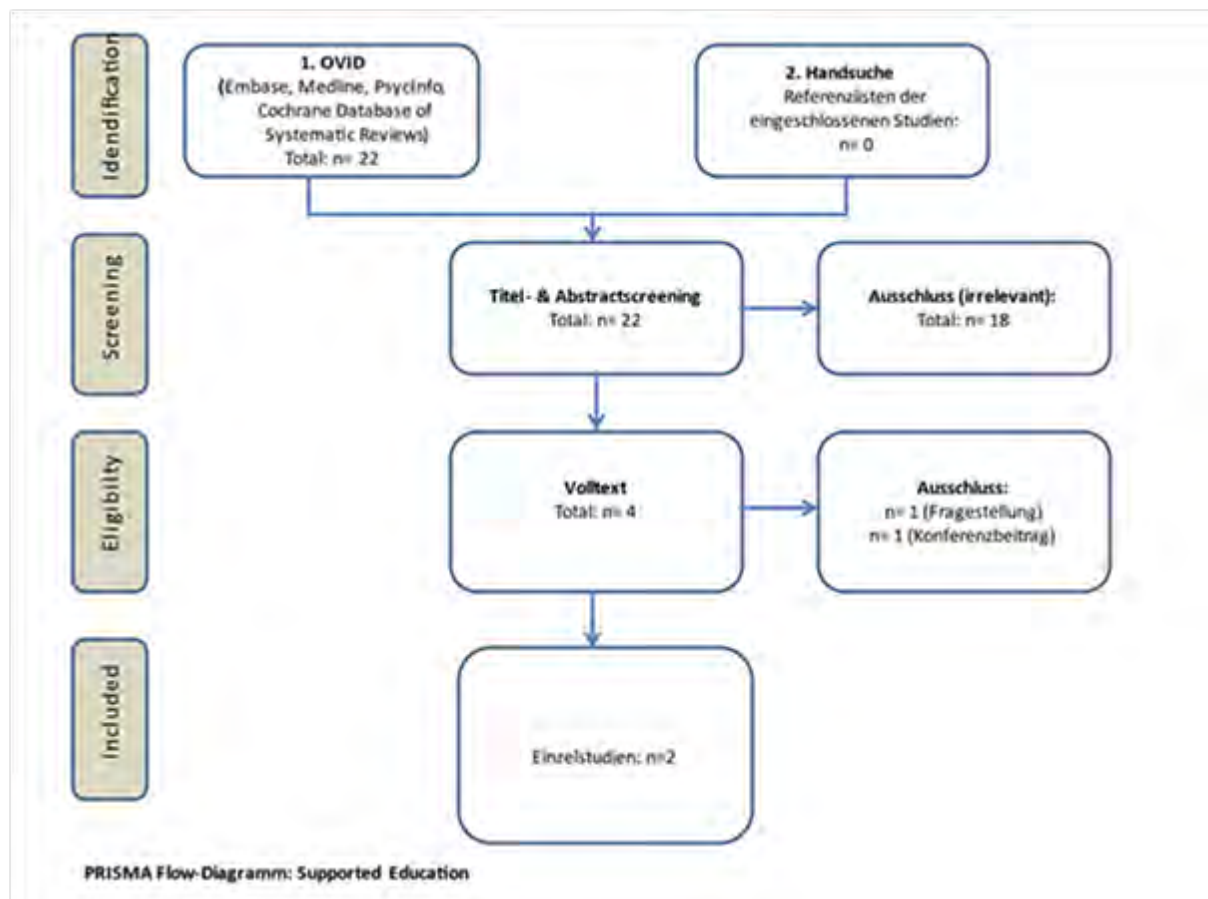
EBM Reviews - Cochrane Central Register of Controlled Trials <May 2024>

Embase <1974 to 2024 June 17>

Ovid MEDLINE(R) ALL <1946 to June 17, 2024>

APA PsycInfo <1806 to June Week 2 2024>

#	Query	Results from 17 Jun 2024
1	((serious* or sever*) and mental* and disorder*).ab,ti.	143,458
2	((serious* or sever*) and mental* and illness).ab,ti.	75,346
3	((serious* or sever*) and psychiatric and disorder*).ab,ti.	122,606
4	((serious or sever*) and mental and health and problems).ab,ti.	38,844
5	(depression or (depressive and disorder) or (severe and affective and disorder)).ab,ti.	1,513,972
6	(schizophrenia or psychotic* or paranoid or schizophrenic* or psychosis).ab,ti.	668,498
7	((bipolar and disorder*) or (bipolar and affective and disorder*) or (manic and depression) or (bipolar and depression)).ab,ti.	167,152
8	((personality and disorder*) or (borderline and personality and disorder*)).ab,ti.	141,201
9	schizophrenia/th [Therapy]	21,974
10	depression/th [Therapy]	49,158
11	bipolar disorder/th [Therapy]	8,181
12	((randomized and controlled and trial) or (randomised and controlled and trial)).ab,ti.	1,025,481
13	(random* and allocation).ab,ti.	68,881
14	(random* and (trial or study)).ab,ti.	3,910,191
15	random allocation/	227,652
16	"supported education*".ab,ti.	749
17	1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11	2,384,133
18	12 or 13 or 14 or 15	4,038,047
19	16 and 17 and 18	53
20	remove duplicates from 19	25
21	2010-2024	22



Extraktion und Bewertung Einzelstudien

<u>Kidd et al. 2014</u> Cognitive remediation for individuals with psychosis in a supported education setting: A randomized controlled trial			
Methods/Design	– randomisierte kontrollierte Studie		
Participants	– N= 37 (männl.=17, weibl.=20) – outpatient – Alter (Durchschnitt): 34 Jahre. – Diagnosen: Schizophrenie (n=21), schizoaffektive Störungen (n=3), bipolare Störungen (n=7), sonstige (n=6) – Dauer der Erkrankung: 7 Jahre – Dauer Studie: 8 Monate		
Interventions	<u>Interventionsgruppe (n=19):</u> – supported education program + kognitive Remediation (computerbasierte kognitive Übungen und Gruppendiskussionen über bestimmte Themen) <u>Kontrollgruppe (n=18):</u> – supported education		
Outcomes	– academic functioning (contributions, attitude, preparedness, focus on the task, professionalism, effort)		
Results	<u>Contributions</u> – stat. signifikanter Effekt ($t(27) = 2.03, p = 0.05; ES = 0.746$) <u>Attitude</u> – kein stat. signifikanter Effekt ($t(27) = 1.73, p = k. A.; ES = 0.64$) <u>Preparedness</u> – kein stat. signifikanter Effekt ($t(27) = 1.71, p = k. A.; ES = 0.64$) <u>Focus on the task</u> – kein stat. signifikanter Effekt ($t(27) = 1.71, p = k. A.; ES = 0.64$) <u>Professionalism</u> – kein stat. signifikanter Effekt ($t(27) = 1.87, p = k. A.; ES = 0.70$) <u>Effort</u> – kein stat. signifikanter Effekt ($t(27) = 1.89, p = k. A.; ES = 0.71$) <u>Composite Score</u> – kein stat. signifikanter Effekt ($t(27) = 1.93, p = k. A.; ES = 0.72$)		
Risk of bias Kidd et al. 2014			
Bias	Authors' judgement Low – Unclear – high risk	Support for judgement	
Random sequence generation (selection bias)	low		Quote: The randomization process was completed using a random number generator
Allocation concealment (selection bias)	low		Quote: Participants were randomly assigned to either the cognitive remediation and Supported Education group (CR+SE) or the Supported Education only (SE only) group by the study coordinator.
Blinding of participants and personnel (performance bias)	low		Quote: Assessors were blinded to group assignment
Blinding of outcome assessment (detection bias)	unclear		Quote: -
Incomplete outcome data (attrition bias)	high		Quote : 35 % loss to follow up
Selective reporting (reporting bias)	low		Kommentar: all outcomes are reported
Other bias	low		Kommentar: -

(adequate therapy method, treatment fidelity, supervision, training, personal, financial, or any other interests producing bias)

Strengths and weaknesses of the study Conclusions

Rosenheck et al. 2017

Supported employment and education in comprehensive, integrated care for first episode psychosis: Effects on work, school, and disability income

Methods/Design	–	Kluster-randomisierte kontrollierte Studie (Sekundärdatenanalyse)
Participants	–	N= 404 (männl.=k. A., weibl.=k. A.) – outpatient – Alter (Spanne): 15-40 Jahre. – Diagnosen: erste Psychose-Episode – Dauer der Erkrankung: k. A. – Dauer Studie: 24 Monate
Interventions		<u>Interventionsgruppe (n=223):</u> – NAVIGATE= umfassendes, teambasiertes Behandlungsprogramm, basierend auf den Grundsätzen des Individual Placement and Support Modell des Supported Employment mit zusätzlich unterstützenden Bildungsdiensten – vier Hauptkomponenten: a) personalisiertes Medikamentenmanagement, b) Psychoedukation für Familien; c) individuelles, resilienzorientiertes Training (IRT) im Krankheits-Selbstmanagement; und d) Supported Employment und Education <u>Kontrollgruppe (n=181):</u> – ambulante gemeinschaftliche Pflege
Outcomes	–	Anzahl der Tage der bezahlten Beschäftigung und des Schulbesuchs
Results		<u>Anzahl der Tage in Arbeit oder Schule pro Monat</u> – kein stat. signifikanter Effekt (estimate=0.12, p = 0.07) <u>Anzahl der Tage nur in Arbeit</u> – kein stat. signifikanter Effekt (estimate =0.097, p=0.16) <u>Anzahl der Tage nur in Schule</u> – kein stat. signifikanter Effekt (estimate =0.10, p = 0.18) <u>monatliches Einkommen</u> – kein stat. signifikanter Effekt (estimate=5.51, p = 0.71) <u>der Anteil der Patienten, die ein Einkommen aus öffentlicher Unterstützung beziehen</u> – kein stat. signifikanter Effekt (estimate = 23.55, p = 0.10) <u>der Anteil von Beziehern von Einkommen aus der sozialen Sicherheit</u> – kein stat. signifikanter Effekt (estimate =0.0086, p = 0.89) <u>monatliches Einkommen aus Sozialversicherungsleistungen</u> – kein stat. signifikanter Effekt (estimate = 4.25, p = 0.71)
Risk of bias Rosenheck et al. 2017		
<i>Bias</i>	<i>Authors' judgement</i> <i>Low – Unclear – high risk</i>	<i>Support for judgement</i>
Random sequence generation (selection bias)	unclear 	Quote: -
Allocation concealment (selection bias)	unclear 	Quote: -
Blinding of participants and personnel (performance bias)	high 	Quote: Once the study teams returned home, they learned whether they had been randomized to NAVIGATE or Community Care.
Blinding of outcome assessment (detection bias)	high 	Quote: Once the study teams returned home, they learned whether they had been randomized to NAVIGATE or Community Care.
Incomplete outcome data (attrition bias)	high 	Quote : Because of extensive missing data (51% on the sample completed the two-year assessment)
Selective reporting (reporting bias)	low 	Kommentar: alle Outcomes werden berichtet

Other bias (adequate therapy method, treatment fidelity, supervision, training, personal, financial, or any other interests producing bias)	low		Kommentar: -
Strengths and weaknesses of the study Conclusions			

Risiko für Bias aus allen Einzelstudien zur Effektivität von Supported Education

	Random sequence generation (selection bias)	Allocation concealment (selection bias)	Blinding of participants and personnel (performance bias)	Blinding of outcome assessment (detection bias)	Incomplete outcome data (attrition bias)	Selective reporting (reporting bias)	Other bias
Rosenheck et al. 2017							
Kidd et al. 2014							

-  low risk of bias
-  unclear risk of bias
-  high risk of bias

Ausgeschlossene Arbeiten Supported Education

Nuechterlein K, Subotnik K, Ventura J, Turner L, Becker D, Drake R. O9.7. THE COMPLEMENTARY ROLES OF COGNITION AND SUPPORTED EDUCATION/EMPLOYMENT IN THE EARLY COURSE OF SCHIZOPHRENIA. Schizophr Bull. 2019 Apr;45(Suppl 2):S189. doi: 10.1093/schbul/sbz021.247. Epub 2019 Apr 9. PMID: PMC6455324.

Ausschlussgrund: Konferenzbeitrag

Nuechterlein KH, Subotnik KL, Turner LR, Ventura J, Becker DR, Drake RE. Individual placement and support for individuals with recent-onset schizophrenia: integrating supported education and supported employment. Psychiatr Rehabil J. 2008 Spring;31(4):340-9. doi: 10.2975/31.4.2008.340.349. PMID: 18407884.

Ausschlussgrund: Fragestellung

L) Gesundheitsfördernde Interventionen

Klinisch relevante Fragestellung:

Welche psychosozialen Ansätze können die körperliche Gesundheit schwer psychisch kranker Menschen verbessern?

Betrachtet und bewertet werden folgende psychosoziale Ansätze:

Gesundheitsfördernde Interventionen mit einem multimodalen Ansatz.

Grundsätzlich soll der Fokus auf nicht-medikamentösen Ansätzen und möglichen motivierenden Ansätzen liegen. Über die körperliche Gesundheit hinaus sollen auch andere Auswirkungen, v.a. auch auf die seelische Gesundheit erfasst werden.

Patient(in)	Intervention	Vergleichsintervention	Outcome	Studien-design (S) Suchzeitraum (T)
Patient*innen mit schwerer psychischer Erkrankung zwischen 18 und 65 Jahren (Definition lt. LL/Einleitung)	Nicht-medikamentöse, multimodale gesundheitsfördernde Interventionen, die mind. die Komponenten körperliche Bewegung und Ernährung umfassen	alle aktiven (Vergleichs-) Interventionen, sowie Wartegruppen-Designs als auch herkömmliche Versorgungsgegebenheiten (Routinebehandlung- bzw. -versorgung)	zentrale Indikatoren bezogen auf die körperliche Gesundheit (z.B. Gewichtsreduktion, BMI, Blutdruck, Blutzuckerspiegel, Cholesterinspiegel) klassische klinische und patientenbezogene Ergebnisindikatoren (z.B. Lebensqualität, Erkrankungsrückfälle, stationäre Wieder-aufnahmen, psychische Symptomschwere)	S: 1.systematische Reviews und Metaanalysen aus RCTs 2.Einzelstudien (RCTs) T: 11/2015 bis 01/2022

Systematische Literaturrecherche

Datenbanken: MEDLINE, Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR), **Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL)**

Suche am 17.01.2022 in Cochrane Reviews "Ernährung"

ID	Search	Hits
#1	((chronic* or sever*) and mental* and disorder*):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Jan 2022, in Cochrane Reviews	163
#2	MeSH descriptor: [Mental Disorders] this term only	4119
#3	((chronic* or sever*) and mental* and illness):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Jan 2022, in Cochrane Reviews	76
#4	(severe and psychiatric and disorder*):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Jan 2022, in Cochrane Reviews	18
#5	(severe and mental and health and problems):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Jan 2022, in Cochrane Reviews	31
#6	(depression or (depressive and disorder*) or (severe and affective and disorder*)):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Jan 2022, in Cochrane Reviews	360
#7	(schizophrenia or psychotic* or paranoid or schizophrenic* or psychosis):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Jan 2022, in Cochrane Reviews	106
#8	((bipolar and disorder*) or (bipolar and affective and disorder*) or (manic and depression) or (bipolar and depression)):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Jan 2022, in Cochrane Reviews	18
#9	((personality and disorder*) or (obsessive and compulsive and disorder*)):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Jan 2022, in Cochrane Reviews	9
#10	MeSH descriptor: [Schizophrenia] this term only	7957
#11	MeSH descriptor: [Depression] this term only	13990
#12	MeSH descriptor: [Bipolar Disorder] this term only	2873
#13	((randomized and controlled and trial) or (randomised and controlled and trial)):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Jan 2022, in Cochrane Reviews	2270
#14	(random* and allocation):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Jan 2022, in Cochrane Reviews	416
#15	(random* and (trial or study)):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Jan 2022, in Cochrane Reviews	3409
#16	((meta and analysis) or metaanaly* or (meta and analy*)):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Jan 2022, in Cochrane Reviews	1579
#17	(systematic and (review or search*)):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Jan 2022, in Cochrane Reviews	893
#18	MeSH descriptor: [Randomized Controlled Trial] explode all trees	119
#19	MeSH descriptor: [Random Allocation] this term only	20677
#20	MeSH descriptor: [Meta-Analysis as Topic] this term only	302
#21	MeSH descriptor: [Systematic Review] explode all trees	0
#22	(diet*):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Jan 2022, in Cochrane Reviews	294
#23	(diet* next therap*):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Jan 2022, in Cochrane Reviews	37

#24	(diet\$ adj1 (therap\$ or chang\$ or intervention\$ or treatment\$)):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Jan 2022, in Cochrane Reviews	0
#25	diet* adj2 (modif* or therapy or intervention* or strateg* or weight*):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Jan 2022, in Cochrane Reviews	243
#26	(nutri* or eat* or consum* or intake* or food*):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Jan 2022, in Cochrane Reviews	701
#27	(intake\$ adj3 (increas\$ or decreas\$ or reduc\$ or rais\$ or low\$ or chang\$ or restrict\$ or high\$)):ti,ab,kw	0
#28	(nutrition* intervention*):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Jan 2022, in Cochrane Reviews	143
#29	(healthy eating):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Jan 2022, in Cochrane Reviews	21
#30	(calor* adj2 (restrict* or reduc* or low*)):ti,ab,kw	0
#31	(weight adj2 (loss or lost or losing or reduc* or eliminat* or decreas*)):ti,ab,kw	0
#32	((body mass index or bmi) adj3 (los* or reduc* or decreas* or low*)):ti,ab,kw	0
#33	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Jan 2022, in Cochrane Reviews	491
#34	#13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21 with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Jan 2022, in Cochrane Reviews	3573
#35	#22 OR #23 OR #24 OR #25 OR #26 OR #27 OR #28 OR #29 OR #30 #31 OR #32 with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Jan 2022, in Cochrane Reviews	922
#36	#33 AND #34 AND #35 with Publication Year from 2015 to 2022, with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Jan 2022, in Trials	0

Suche am 17.01.2022 in Cochrane Reviews “körperliche Aktivität“

ID	Search	Hits
#1	((chronic* or sever*) and mental* and disorder*):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Jan 2022, in Cochrane Reviews	163
#2	MeSH descriptor: [Mental Disorders] this term only	4119
#3	((chronic* or sever*) and mental* and illness):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Jan 2022, in Cochrane Reviews	76
#4	(severe and psychiatric and disorder*):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Jan 2022, in Cochrane Reviews	18
#5	(severe and mental and health and problems):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Jan 2022, in Cochrane Reviews	31
#6	(depression or (depressive and disorder*) or (severe and affective and disorder*)):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Jan 2022, in Cochrane Reviews	360
#7	(schizophrenia or psychotic* or paranoid or schizophrenic* or psychosis):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Jan 2022, in Cochrane Reviews	106
#8	((bipolar and disorder*) or (bipolar and affective and disorder*) or (manic and depression) or (bipolar and depression)):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Jan 2022, in Cochrane Reviews	18
#9	((personality and disorder*) or (obsessive and compulsive and disorder*)):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Jan 2022, in Cochrane Reviews	9
#10	MeSH descriptor: [Schizophrenia] this term only	7957
#11	MeSH descriptor: [Depression] this term only	13990
#12	MeSH descriptor: [Bipolar Disorder] this term only	2873
#13	((randomized and controlled and trial) or (randomised and controlled and trial)):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Jan 2022, in Cochrane Reviews	2270
#14	(random* and allocation):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Jan 2022, in Cochrane Reviews	416
#15	(random* and (trial or study)):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Jan 2022, in Cochrane Reviews	3409
#16	((meta and analysis) or metaanaly* or (meta and analy*)):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Jan 2022, in Cochrane Reviews	1579
#17	(systematic and (review or search*)):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Jan 2022, in Cochrane Reviews	893
#18	MeSH descriptor: [Randomized Controlled Trial] explode all trees	119
#19	MeSH descriptor: [Random Allocation] this term only	20677
#20	MeSH descriptor: [Meta-Analysis as Topic] this term only	302
#21	MeSH descriptor: [Systematic Review] explode all trees	0
#22	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Jan 2022, in Cochrane Reviews	491
#23	#13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21 with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Jan 2022, in Cochrane Reviews	3573
#24	(exercis\$ or physic\$ activit\$ or exert\$ or physic\$ fit\$ or sport\$):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Jan 2022, in Cochrane Reviews	40

#25	exercise* adj (therap* or program* or intervention* or test* or physical* or aerobic* or isometric*):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Jan 2022, in Cochrane Reviews	450
#26	(exercise or exercise therapy):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Jan 2022, in Cochrane Reviews	305
#27	(physical adj1 (therap* or education* or training* or intervention* or fitness* or endurance* or recreation or exercise* or program* or modalit* or effort* or exertion* or condition*)):ti,ab,kw	0
#28	(Physical Education and Training):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Jan 2022, in Cochrane Reviews	40
#29	#24 OR #25 OR #26 OR #27 OR #28 with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Jan 2022, in Cochrane Reviews	651
#30	#22 AND #23 AND #29 with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Jan 2022, in Cochrane Reviews	134

Suche am 22.12.2021 in Cochrane Reviews “Lebensstil“

ID	Search	Hits
#1	((chronic* or sever*) and mental* and disorder*):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Dec 2021, in Cochrane Reviews	163
#2	MeSH descriptor: [Mental Disorders] this term only	4119
#3	((chronic* or sever*) and mental* and illness):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Dec 2021, in Cochrane Reviews	76
#4	(severe and psychiatric and disorder*):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Dec 2021, in Cochrane Reviews	18
#5	(severe and mental and health and problems):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Dec 2021, in Cochrane Reviews	31
#6	(depression or (depressive and disorder*) or (severe and affective and disorder*)):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Dec 2021, in Cochrane Reviews	359
#7	(schizophrenia or psychotic* or paranoid or schizophrenic* or psychosis):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Dec 2021, in Cochrane Reviews	106
#8	((bipolar and disorder*) or (bipolar and affective and disorder*) or (manic and depression) or (bipolar and depression)):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Dec 2021, in Cochrane Reviews	18
#9	((personality and disorder*) or (obsessive and compulsive and disorder*)):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Dec 2021, in Cochrane Reviews	9
#10	MeSH descriptor: [Schizophrenia] this term only	7957
#11	MeSH descriptor: [Depression] this term only	13990
#12	MeSH descriptor: [Bipolar Disorder] this term only	2873
#13	((randomized and controlled and trial) or (randomised and controlled and trial)):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Dec 2021, in Cochrane Reviews	2251
#14	(random* and allocation):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Dec 2021, in Cochrane Reviews	414
#15	(random* and (trial or study)):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Dec 2021, in Cochrane Reviews	3380
#16	((meta and analysis) or metaanaly* or (meta and analy*)):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Dec 2021, in Cochrane Reviews	1566
#17	(systematic and (review or search*)):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Dec 2021, in Cochrane Reviews	884
#18	MeSH descriptor: [Randomized Controlled Trial] explode all trees	119
#19	MeSH descriptor: [Random Allocation] this term only	20677
#20	MeSH descriptor: [Meta-Analysis as Topic] this term only	302
#21	MeSH descriptor: [Systematic Review] explode all trees	0
#22	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Dec 2021, in Cochrane Reviews	490
#23	#13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21 with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Dec 2021, in Cochrane Reviews	3543
#24	(Health education):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Dec 2021, in Cochrane Reviews	242

#25	(Health Promotion):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Dec 2021, in Cochrane Reviews	64
#26	(Health Behavior):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Dec 2021, in Cochrane Reviews	219
#27	(Cognitive* behavio* therap*):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Dec 2021, in Cochrane Reviews	164
#28	(Behaviour therapy):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Dec 2021, in Cochrane Reviews	178
#29	(Cognitive therapy):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Dec 2021, in Cochrane Reviews	231
#30	(cognit* near/3 (therap* or technique* or modif* or intervention*)):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Dec 2021, in Cochrane Reviews	145
#31	(behavio?r* near/3 (therap* or technique* or modif* or intervention*)):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Dec 2021, in Cochrane Reviews	221
#32	(lifestyl\$ or life styl\$):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Dec 2021, in Cochrane Reviews	0
#33	(Healthy People Programs):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Dec 2021, in Cochrane Reviews	18
#34	#24 OR #25 OR #26 OR #27 OR #28 OR #29 OR #30 OR #31 OR #32 OR #33 with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Dec 2021, in Cochrane Reviews	643
#35	#22 AND #23 AND #34 with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Dec 2021, in Cochrane Reviews	226

Suche am 22.12.2021 in Cochrane Protokollen “Lebensstil“

ID	Search	Hits
#1	((chronic* or sever*) and mental* and disorder*):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Dec 2021, in Cochrane Protocols	1
#2	MeSH descriptor: [Mental Disorders] this term only	4119
#3	((chronic* or sever*) and mental* and illness):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Dec 2021, in Cochrane Protocols	2
#4	(severe and psychiatric and disorder*):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Dec 2021, in Cochrane Protocols	0
#5	(severe and mental and health and problems):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Dec 2021, in Cochrane Protocols	0
#6	(depression or (depressive and disorder*) or (severe and affective and disorder*)):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Dec 2021, in Cochrane Protocols	34
#7	(schizophrenia or psychotic* or paranoid or schizophrenic* or psychosis):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Dec 2021, in Cochrane Protocols	49
#8	((bipolar and disorder*) or (bipolar and affective and disorder*) or (manic and depression) or (bipolar and depression)):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Dec 2021, in Cochrane Protocols	5
#9	((personality and disorder*) or (obsessive and compulsive and disorder*)):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Dec 2021, in Cochrane Protocols	1
#10	MeSH descriptor: [Schizophrenia] this term only	7957
#11	MeSH descriptor: [Depression] this term only	13990
#12	MeSH descriptor: [Bipolar Disorder] this term only	2873
#13	((randomized and controlled and trial) or (randomised and controlled and trial)):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Dec 2021, in Cochrane Protocols	0
#14	(random* and allocation):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Dec 2021, in Cochrane Protocols	0
#15	(random* and (trial or study)):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Dec 2021, in Cochrane Protocols	1
#16	((meta and analysis) or metaanaly* or (meta and analy*)):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Dec 2021, in Cochrane Protocols	65
#17	(systematic and (review or search*)):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Dec 2021, in Cochrane Protocols	84
#18	MeSH descriptor: [Randomized Controlled Trial] explode all trees	119
#19	MeSH descriptor: [Random Allocation] this term only	20677
#20	MeSH descriptor: [Meta-Analysis as Topic] this term only	302
#21	MeSH descriptor: [Systematic Review] explode all trees	0
#22	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Dec 2021, in Cochrane Protocols	88
#23	#13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21 with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Dec 2021, in Cochrane Protocols	123
#24	(Health education):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Dec 2021, in Cochrane Protocols	7
#25	(Health Promotion):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Dec 2021, in Cochrane Protocols	4
#26	(Health Behavior):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Dec 2021, in Cochrane Protocols	4

#27	(Cognitive* behavio* therap*):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Dec 2021, in Cochrane Protocols	15
#28	(Behaviour therapy):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Dec 2021, in Cochrane Reviews	178
#29	(Cognitive therapy):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Dec 2021, in Cochrane Protocols	17
#30	(cognit* near/3 (therap* or technique* or modif* or intervention*)):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Dec 2021, in Cochrane Protocols	21
#31	(behavio?r* near/3 (therap* or technique* or modif* or intervention*)):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Dec 2021, in Cochrane Protocols	22
#32	(lifestyl\$ or life styl\$):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Dec 2021, in Cochrane Protocols	0
#33	(Healthy People Programs):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Dec 2021, in Cochrane Protocols	0
#34	#24 OR #25 OR #26 OR #27 OR #28 OR #29 OR #30 OR #31 OR #32 OR #33 with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Dec 2021, in Cochrane Protocols	45
#35	#22 AND #23 AND #34 with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Dec 2021, in Cochrane Protocols	6

Suche am 17.01.2022 in Cochrane Protokollen „Körperliche Aktivität“

ID	Search	Hits
#1	((chronic* or sever*) and mental* and disorder*):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Jan 2022, in Cochrane Protocols	1
#2	MeSH descriptor: [Mental Disorders] this term only	4119
#3	((chronic* or sever*) and mental* and illness):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Jan 2022, in Cochrane Protocols	2
#4	(severe and psychiatric and disorder*):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Jan 2022, in Cochrane Protocols	0
#5	(severe and mental and health and problems):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Jan 2022, in Cochrane Protocols	0
#6	(depression or (depressive and disorder*) or (severe and affective and disorder*)):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Jan 2022, in Cochrane Protocols	36
#7	(schizophrenia or psychotic* or paranoid or schizophrenic* or psychosis):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Jan 2022, in Cochrane Protocols	49
#8	((bipolar and disorder*) or (bipolar and affective and disorder*) or (manic and depression) or (bipolar and depression)):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Jan 2022, in Cochrane Protocols	5
#9	((personality and disorder*) or (obsessive and compulsive and disorder*)):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Jan 2022, in Cochrane Protocols	1
#10	MeSH descriptor: [Schizophrenia] this term only	7957
#11	MeSH descriptor: [Depression] this term only	13990
#12	MeSH descriptor: [Bipolar Disorder] this term only	2873
#13	((randomized and controlled and trial) or (randomised and controlled and trial)):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Jan 2022, in Cochrane Protocols	0
#14	(random* and allocation):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Jan 2022, in Cochrane Protocols	0
#15	(random* and (trial or study)):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Jan 2022, in Cochrane Protocols	1
#16	((meta and analysis) or metaanaly* or (meta and analy*)):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Jan 2022, in Cochrane Protocols	65
#17	(systematic and (review or search*)):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Jan 2022, in Cochrane Protocols	85
#18	MeSH descriptor: [Randomized Controlled Trial] explode all trees	119
#19	MeSH descriptor: [Random Allocation] this term only	20677
#20	MeSH descriptor: [Meta-Analysis as Topic] this term only	302
#21	MeSH descriptor: [Systematic Review] explode all trees	0
#22	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Jan 2022, in Cochrane Protocols	90
#23	#13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21 with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Jan 2022, in Cochrane Protocols	124
#24	(exercis\$ or physic\$ activit\$ or exert\$ or physic\$ fit\$ or sport\$):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Jan 2022, in Cochrane Protocols	0
#25	exercise* adj (therap* or program* or intervention* or test* or physical* or aerobic* or isometric*):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Jan 2022, in Cochrane Protocols	51

#26	(exercise or exercise therapy):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Jan 2022, in Cochrane Protocols	37
#27	(physical adj1 (therap* or education* or training* or intervention* or fitness* or endurance* or recreation or exercise* or program* or modalit* or effort* or exertion* or condition*)):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Dec 2021, in Cochrane Protocols	0
#28	(Physical Education and Training):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Jan 2022, in Cochrane Protocols	0
#29	#24 OR #25 OR #26 OR #27 OR #28 with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Jan 2022, in Cochrane Protocols	85
#30	#22 AND #23 AND #29 with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Jan 2022, in Cochrane Protocols	0

Suche am 17.01.2022 in Cochrane Protokollen „Ernährung“

ID	Search	Hits
#1	((chronic* or sever*) and mental* and disorder*):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Jan 2022, in Cochrane Protocols	1
#2	MeSH descriptor: [Mental Disorders] this term only	4119
#3	((chronic* or sever*) and mental* and illness):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Jan 2022, in Cochrane Protocols	2
#4	(severe and psychiatric and disorder*):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Jan 2022, in Cochrane Protocols	0
#5	(severe and mental and health and problems):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Jan 2022, in Cochrane Protocols	0
#6	(depression or (depressive and disorder*) or (severe and affective and disorder*)):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Jan 2022, in Cochrane Protocols	36
#7	(schizophrenia or psychotic* or paranoid or schizophrenic* or psychosis):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Jan 2022, in Cochrane Protocols	49
#8	((bipolar and disorder*) or (bipolar and affective and disorder*) or (manic and depression) or (bipolar and depression)):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Jan 2022, in Cochrane Protocols	5
#9	((personality and disorder*) or (obsessive and compulsive and disorder*)):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Jan 2022, in Cochrane Protocols	1
#10	MeSH descriptor: [Schizophrenia] this term only	7957
#11	MeSH descriptor: [Depression] this term only	13990
#12	MeSH descriptor: [Bipolar Disorder] this term only	2873
#13	((randomized and controlled and trial) or (randomised and controlled and trial)):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Jan 2022, in Cochrane Protocols	0
#14	(random* and allocation):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Jan 2022, in Cochrane Protocols	0
#15	(random* and (trial or study)):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Jan 2022, in Cochrane Protocols	1
#16	((meta and analysis) or metaanaly* or (meta and analy*)):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Jan 2022, in Cochrane Protocols	65
#17	(systematic and (review or search*)):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Jan 2022, in Cochrane Protocols	85
#18	MeSH descriptor: [Randomized Controlled Trial] explode all trees	119
#19	MeSH descriptor: [Random Allocation] this term only	20677
#20	MeSH descriptor: [Meta-Analysis as Topic] this term only	302
#21	MeSH descriptor: [Systematic Review] explode all trees	0
#22	(diet*):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Jan 2022, in Cochrane Protocols	11
#23	(diet* next therap*):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Jan 2022, in Cochrane Protocols	0
#24	(diet\$ adj1 (therap\$ or chang\$ or intervention\$ or treatment\$)):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Jan 2022, in Cochrane Protocols	0
#25	diet* adj2 (modif* or therapy or intervention* or strateg* or weight*):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Jan 2022, in Cochrane Protocols	55
#26	(nutri* or eat* or consum* or intake* or food*):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Jan 2022, in Cochrane Protocols	41

#27	(intake\$ adj3 (increas\$ or decreas\$ or reduc\$ or rais\$ or low\$ or chang\$ or restrict\$ or high\$)):ti,ab,kw	0
#28	(nutrition* intervention*):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Jan 2022, in Cochrane Protocols	8
#29	(healthy eating):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Jan 2022, in Cochrane Protocols	1
#30	(calor* adj2 (restrict* or reduc* or low*)):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Jan 2022, in Cochrane Protocols	0
#31	(weight adj2 (loss or lost or losing or reduc* or eliminat* or decreas*)):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Jan 2022, in Cochrane Protocols	0
#32	((body mass index or bmi) adj3 (los* or reduc* or decreas* or low*)):ti,ab,kw with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Jan 2022, in Cochrane Protocols	0
#33	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Jan 2022, in Cochrane Protocols	90
#34	#13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21 with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Jan 2022, in Cochrane Protocols	124
#35	#22 OR #23 OR #24 OR #25 OR #26 OR #27 OR #28 OR #29 OR #30 #31 OR #32 with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Jan 2022, in Cochrane Protocols	98
#36	#33 AND #34 AND #35 with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Jan 2022, in Cochrane Protocols	0

Suche am 17.01.2022 in CENTRAL „Körperliche Aktivität“

ID	Search	Hits
#1	((chronic* or sever*) and mental* and disorder*):ti,ab,kw	11295
#2	MeSH descriptor: [Mental Disorders] this term only	4026
#3	((chronic* or sever*) and mental* and illness):ti,ab,kw	5120
#4	(severe and psychiatric and disorder*):ti,ab,kw	2325
#5	(severe and mental and health and problems):ti,ab,kw	681
#6	(depression or (depressive and disorder*) or (severe and affective and disorder*)):ti,ab,kw	87727
#7	(schizophrenia or psychotic* or paranoid or schizophrenic* or psychosis):ti,ab,kw	24420
#8	((bipolar and disorder*) or (bipolar and affective and disorder*) or (manic and depression) or (bipolar and depression)):ti,ab,kw	7358
#9	((personality and disorder*) or (obsessive and compulsive and disorder*)):ti,ab,kw	8131
#10	MeSH descriptor: [Schizophrenia] this term only	7841
#11	MeSH descriptor: [Depression] this term only	13531
#12	MeSH descriptor: [Bipolar Disorder] this term	2812
#13	((randomized and controlled and trial) or (randomised and controlled and trial)):ti,ab,kw	645818
#14	(random* and allocation):ti,ab,kw	40932
#15	(random* and (trial or study)):ti,ab,kw	1054162
#16	MeSH descriptor: [Randomized Controlled Trial] this term only	119
#17	MeSH descriptor: [Random Allocation] this term only	20668
#18	(exercis\$ or physic\$ activit\$ or exert\$ or physic\$ fit\$ or sport\$):ti,ab,kw	9500
#19	exercise* adj (therap* or program* or intervention* or test* or physical* or aerobic* or isometric*):ti,ab,kw	952
#20	(exercise or exercise therapy):ti,ab,kw	106644
#21	(physical adj (therap* or education* or training* or intervention* or fitness* or endurance* or recreation or exercise* or program* or modalit* or effort* or exertion* or condition*)):ti,ab,kw	30
#22	(Physical Education and Training):ti,ab,kw	5300
#23	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12	120934
#24	#13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17	1059777
#25	#18 OR #19 OR #20 OR #21#22	116694
#26	#23 AND #24 AND #25 with Publication Year from 2015 to 2022, with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Jan 2022, in Trials	3813

Suche am 17.01.2022 in CENTRAL “Ernährung“

ID	Search	Hits
#1	((chronic* or sever*) and mental* and disorder*):ti,ab,kw	11295
#2	MeSH descriptor: [Mental Disorders] this term only	4026
#3	((chronic* or sever*) and mental* and illness):ti,ab,kw	5120
#4	(severe and psychiatric and disorder*):ti,ab,kw	2325
#5	(severe and mental and health and problems):ti,ab,kw	681
#6	(depression or (depressive and disorder*) or (severe and affective and disorder*)):ti,ab,kw	87727
#7	(schizophrenia or psychotic* or paranoid or schizophrenic* or psychosis):ti,ab,kw	24420
#8	((bipolar and disorder*) or (bipolar and affective and disorder*) or (manic and depression) or (bipolar and depression)):ti,ab,kw	7358
#9	((personality and disorder*) or (obsessive and compulsive and disorder*)):ti,ab,kw	8131
#10	MeSH descriptor: [Schizophrenia] this term only	7841
#11	MeSH descriptor: [Depression] this term only	13531
#12	MeSH descriptor: [Bipolar Disorder] this term	2812
#13	((randomized and controlled and trial) or (randomised and controlled and trial)):ti,ab,kw	645818
#14	(random* and allocation):ti,ab,kw	40932
#15	(random* and (trial or study)):ti,ab,kw	1054162
#16	MeSH descriptor: [Randomized Controlled Trial] this term only	119
#17	MeSH descriptor: [Random Allocation] this term only	20668
#18	(diet*):ti,ab,kw	99032
#19	(diet* next therap*):ti,ab,kw	12372
#20	(diet\$ adj (therap\$ or chang\$ or intervention\$ or treatment\$)):ti,ab,kw	17
#21	diet* adj (modif* or therapy or intervention* or strateg* or weight*):ti,ab,kw	796
#22	(nutri* or eat* or consum* or intake* or food*):ti,ab,kw	180805
#23	(intake\$ adj (increas\$ or decreas\$ or reduc\$ or rais\$ or low\$ or chang\$ or restrict\$ or high\$)):ti,ab,kw	15
#24	(nutrition* intervention*):ti,ab,kw	22782
#25	(healthy eating):ti,ab,kw	5283
#26	calor* adj (restrict* or reduc* or low*):ti,ab,kw	5
#27	(weight adj (loss or lost or losing or reduc* or eliminat* or decreas*)):ti,ab,kw	31
#28	((body mass index or bmi) adj (los* or reduc* or decreas* or low*)):ti,ab,kw	33
#29	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12	120934
#30	#13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17	1059777
#31	#18 OR #19 OR #20 OR #21#22 OR #23 OR #24 OR #25 OR #26 OR #27 OR #28	220464
#32	#29 AND #30 AND #31 with Publication Year from 2015 to 2022, with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Jan 2022, in Trials	4820

Suche am 17.01.2022 in CENTRAL "Lebensstil"

ID	Search	Hits
#1	((chronic* or sever*) and mental* and disorder*):ti,ab,kw	11295
#2	MeSH descriptor: [Mental Disorders] this term only	4026
#3	((chronic* or sever*) and mental* and illness):ti,ab,kw	5120
#4	(severe and psychiatric and disorder*):ti,ab,kw	2325
#5	(severe and mental and health and problems):ti,ab,kw	681
#6	(depression or (depressive and disorder*) or (severe and affective and disorder*)):ti,ab,kw	87727
#7	(schizophrenia or psychotic* or paranoid or schizophrenic* or psychosis):ti,ab,kw	24420
#8	((bipolar and disorder*) or (bipolar and affective and disorder*) or (manic and depression) or (bipolar and depression)):ti,ab,kw	7358
#9	((personality and disorder*) or (obsessive and compulsive and disorder*)):ti,ab,kw	8131
#10	MeSH descriptor: [Schizophrenia] this term only	7841
#11	MeSH descriptor: [Depression] this term only	13531
#12	MeSH descriptor: [Bipolar Disorder] this term	2812
#13	((randomized and controlled and trial) or (randomised and controlled and trial)):ti,ab,kw	645818
#14	(random* and allocation):ti,ab,kw	40932
#15	(random* and (trial or study)):ti,ab,kw	1054162
#16	MeSH descriptor: [Randomized Controlled Trial] this term only	119
#17	MeSH descriptor: [Random Allocation] this term only	20668
#18	(Health education):ti,ab,kw	39871
#19	(Health Promotion):ti,ab,kw	12438
#20	(Health Behavior):ti,ab,kw	36561
#21	(Cognitive* behavio* therap*):ti,ab,kw	25384
#22	(Behaviour therapy):ti,ab,kw	36407
#23	(Cognitive therapy):ti,ab,kw	40906
#24	(cognit* near/3 (therap* or technique* or modif* or intervention*)):ti,ab,kw	28729
#25	behavio?r* near/3 (therap* or technique* or modif* or intervention*)):ti,ab,kw	40702
#26	(lifestyl\$ or life styl\$):ti,ab,kw	2
#27	(Healthy People Programs):ti,ab,kw	570
#28	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12	120096
#29	#13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17	1051456
#30	#18 OR #19 OR #20 OR #21#24 OR #25 OR #26 OR #27	110186
#31	#28 AND #29 AND #30 with Publication Year from 2015 to 2022, with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Jan 2022, in Trials	11127

Gesamttreffer (CENTRAL): 19.760

Über Filterfunktion wurden Treffer aus PubMed, ICTRP (Trialregisterplattform) und CT.gov (Trialregisterplattform) entfernt, so dass die **Treffer auf 6.371 reduziert** wurden. Erhalten blieben die Treffer aus CENTRAL, Embase und CINAHL.

Suche am 22.12.2021 in Pubmed „Lebensstil“

Search number	Query	Results
33	#11 AND #21 AND #32	1,477
32	#22 OR #23 OR #24 OR #25 OR #26 OR #27 OR #28 OR #29 OR #30 OR #31	14,834
31	(Healthy People Programs)	0
30	(lifestyl? OR life styl?)	0
29	(behavio?r* near/3 (therap* OR technique* OR modif* OR intervention*))	0
28	(cognit* near/3 (therap* OR technique* OR modif* OR intervention*))	0
27	(Cognitive therapy)	342
26	(Behaviour therapy)	199
25	(Cognitive* behavio* therap*)	3,071
24	(Health Behavior)	334
23	(Health Promotion)	772
22	(Health education)	754
21	#12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20	121,617
20	meta analysis[MeSH Terms]	707
19	review, systematic[MeSH Terms]	46
18	random allocation[MeSH Terms]	94
17	randomized controlled trial[MeSH Terms]	7,997
16	(systematic AND (review OR search*))	25,553
15	((meta AND analysis) OR metaanaly* OR (meta AND analy*))	21,025
14	(random* AND (trial OR study))	96,403
13	(random* AND allocation)	2,558
12	((randomized AND controlled AND trial) OR (randomised AND trial)) AND	47,986
11	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10	46,698
10	bipolar disorder[MeSH Terms]	665
9	mental disorder[MeSH Terms]	19,713
8	((personality AND disorder*) OR (obsessive AND compulsive AND disorder*))	718
7	((bipolar AND disorder*) OR (bipolar AND affective AND (manic OR depression) AND depression)) OR AND	25,121
6	(schizophrenia OR psychotic* OR paranoid OR schizophrenic* OR psychosis)	2,24
5	(depression OR (depressive AND disorder*) OR (severe AND affective AND disorder*))	9,575
4	(severe AND mental AND health AND problems)	71
3	(severe AND psychiatric AND disorder*)	190
2	((chronic* OR sever*) AND mental* AND illness)	438
1	((chronic* OR sever*) AND mental* AND disorder*)	891

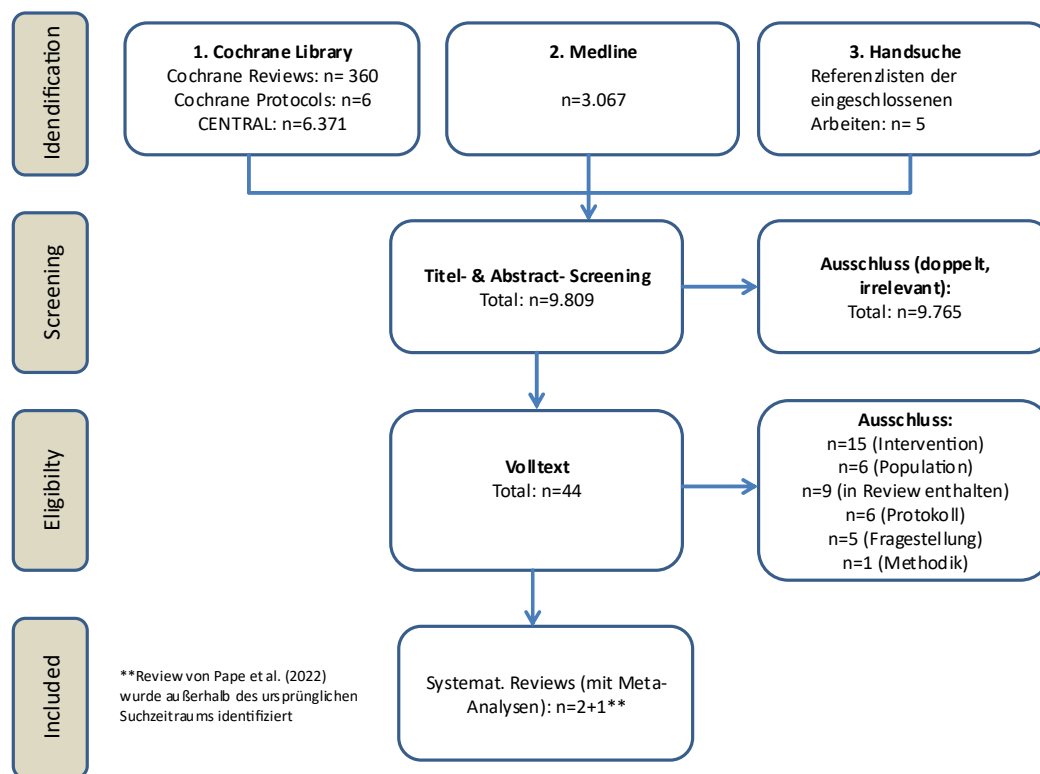
Suche am 17.01.2022 in Pubmed “Körperliche Aktivität“

Search number	Query	Results
28	#11 AND #21 AND #27	957
27	#22 OR #23 OR #24 OR #25 OR #26	13,436
26	(Physical Education AND Training)	10
25	(physical adj1 (therap* OR education* OR training* OR intervention* OR fitness* OR endurance* or recreation OR exercise* OR program* OR modalit* OR effort* OR exertion* OR condition*))	0
24	(exercise OR exercise therapy)	12,409
23	exercise* adj (therap* OR program* OR intervention* OR test* OR physical* OR aerobic* OR isometric*)	10
22	(exercis? OR physic? activit? OR exert? OR physic? fit? OR sport?)	1,349
21	#12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20	121,617
20	meta analysis[MeSH Terms]	707
19	review, systematic[MeSH Terms]	46
18	random allocation[MeSH Terms]	94
17	randomized controlled trial[MeSH Terms]	7,997
16	(systematic AND (review OR search*))	25,553
15	((meta AND analysis) OR metaanaly* OR (meta AND analy*))	21,025
14	(random* AND (trial OR study))	96,403
13	(random* AND allocation)	2,558
12	((randomized AND controlled AND trial) OR (randomised AND trial)) AND	47,986
11	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10	46,698
10	bipolar disorder[MeSH Terms]	665
9	mental disorder[MeSH Terms]	19,713
8	((personality AND disorder*) OR (obsessive AND compulsive AND disorder*))	718
7	((bipolar AND disorder*) OR (bipolar AND affective AND (manic OR depression) AND depression)) OR AND	25,121
6	(schizophrenia OR psychotic* OR paranoid OR schizophrenic* OR psychosis)	2,24
5	(depression OR (depressive AND disorder*) OR (severe AND affective AND disorder*))	9,575
4	(severe AND mental AND health AND problems)	71
3	(severe AND psychiatric AND disorder*)	190
2	((chronic* OR sever*) AND mental* AND illness)	438
1	((chronic* OR sever*) AND mental* AND disorder*)	891

Suche am 17.01.2022 in Pubmed „Ernährung“

Search number	Query	Results
34	#11 AND #21 AND #33	633
33	#22 OR #23 OR #24 OR #25 OR #26 OR #27 OR #28 OR #29 OR #30 OR #31 OR #32	8,419
32	((body mass index OR bmi) adj3 (los* OR reduc* OR decreas* OR low*))	0
31	(weight adj2 (loss OR lost OR losing OR reduc* OR eliminat* OR decreas*))	0
30	(calor* adj2 (restrict* OR reduc* OR low*))	0
29	(healthy eating)	353
28	(nutrition* intervention*)	206
27	(intake? adj3 (increas? OR decreas? OR reduc? OR rais? OR low? OR chang? OR restrict? OR high?))	0
26	(nutri* OR eat* OR consum* OR intake* OR food*)	19,036
25	diet* adj2 (modif* OR therapy OR intervention* OR strateg* OR weight*)	0
24	(diet? adj1 (therap? OR chang? OR intervention? OR treatment?))	0
23	(diet* next therap*)	0
22	(diet*)	9,195
21	#12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20	121,617
20	meta analysis[MeSH Terms]	707
19	review, systematic[MeSH Terms]	46
18	random allocation[MeSH Terms]	94
17	randomized controlled trial[MeSH Terms]	7,997
16	(systematic AND (review OR search*))	25,553
15	((meta AND analysis) OR metaanaly* OR (meta AND analy*))	21,025
14	(random* AND (trial OR study))	96,403
13	(random* AND allocation)	2,558
12	((randomized AND controlled AND trial) OR (randomised AND trial)) AND	47,986
11	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10	46,698
10	bipolar disorder[MeSH Terms]	665
9	mental disorder[MeSH Terms]	19,713
8	((personality AND disorder*) OR (obsessive AND compulsive AND disorder*))	718
7	((bipolar AND disorder*) OR (bipolar AND affective AND (manic OR depression) AND depression)) OR AND	25,121
6	(schizophrenia OR psychotic* OR paranoid OR schizophrenic* OR psychosis)	2,24
5	(depression OR (depressive AND disorder*) OR (severe AND affective AND disorder*))	9,575
4	(severe AND mental AND health AND problems)	71
3	(severe AND psychiatric AND disorder*)	190
2	((chronic* OR sever*) AND mental* AND illness)	438
1	((chronic* OR sever*) AND mental* AND disorder*)	891

Flow-Chart eingeschlossener Arbeiten



PRISMA Flow-Diagramm: Gesundheitsfördernde Interventionen

Es erfolgte ein zweistufiger Volltextscreeningprozess:

1. Identifikation von relevanten Übersichtsarbeiten
2. Identifikation von relevanten RCTs, die nach dem Suchzeitraum der letzten Übersichtsarbeit publiziert wurden (2018)/diese wurden mit dem Auffinden des aktuellsten, nach dem Suchzeitraum erschienenen Reviews ausgeschlossen, da sie dort enthalten waren

Extraktionsbögen der eingeschlossenen systematischen Reviews / Meta-Analysen zu Gesundheitsfördernden Interventionen

Titel		Patient-reported outcomes of lifestyle interventions in patients with severe mental illness: a systematic review and meta-analysis	
Autoren		Laura M. Pape, Marcel C. Adriaanse, Jelle Kol, Annemieke van Straten, Berno van Meijel	
Jahr	–	2022	
Journal	–	BMC Psychiatry	
Fragestellung / Zielsetzung	–	Die Arbeit untersucht die Effekte von Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) in Bezug auf Lebensstilinterventionen bei Personen mit schweren psychischen Erkrankungen.	
Design	–	Systematischer Review mit Metaanalyse	
Datenbanken	–	PubMed/Medline, Embase, PsycINFO, CINAHL und Web of Science	
Zeitraum	–	von Beginn einer jeweiligen Datenbank bis 12. November 2020	
Eingeschlossene Studientypen	–	randomisierte kontrollierte Studien (RCT)	
Autoren eingeschlossener Arbeiten	▪	n=36	– Jakobsen et al. (2017) – Kaltsatou et al. (2015) – Kwon et al. (2006) – Looijmans et al. (2019) – Marzolini et al. (2009) – Masa-Font et al. (2015) – Mauri et al. (2008) – McCreddie et al. (2005) – McKibbin et al. (2006) – Mota-Pereira et al. (2006) – Muralidharan et al. (2020) – Ryu et al. (2020) – Silva et al. (2015) – Skirnar et al. (2005) – Speyer et al. (2016) – Stiekema et al. (2018) – Sylvia et al. (2019) – Usher et al. (2013) – Yarborough et al. (2016) [
weitere relevante Einschlusskriterien	–	Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis oder andere psychotische Erkrankungen, bipolare Störungen, schwere Persönlichkeitsstörungen oder chronische depressive Erkrankungen	

relevante Ausschlusskriterien	– Patienten mit Angststörungen, subst. Abhängigkeiten, Essstörungen oder demenziellen Erkrankungen (als Primärdiagnose)
Qualitätsbewertung durchgeführt	– ja (Risk of bias tool 2 Cochrane Collaboration)
Für welche Patienten / Subgruppen Aussagen getroffen?	– hinsichtlich der Lebensqualität wurde nach Studienregion, Dauer der Intervention, Art der Intervention, Risk of bias und Teilnahmebereitschaft
Gemessene Outcomes	– Patient Reported Outcomes Measures (biologische und psychologische Parameter, Symptomstatus, Funktionalität, Lebensqualität)
Ergebnisse	<u>Allgemein:</u> • Verteilung nach Ländern: – USA (n=10), Italien (n=4), Australien (n=3), Großbritannien (n=3), Brasilien (n=2), Spanien (n=2), Südkorea (n=2), Niederlande (n=2), Dänemark (n=2), Schweden (n=1), China (n=1), Griechenland (n=1), Kanada (n=1), Schottland (n=1), Portugal (n=1) – Anzahl Teilnehmer: – n = 5.907 (Min. 13/Max. 814) – Dauer der Interventionen (Spannweite): – 5 Wochen bis 12 Monate – Interventionsgruppen: – komb. Lifestyleintervention aus körperlicher Aktivität und Ernährung (n=28) – ausschließlich Trainingsintervention (n=7) – ausschließlich Ernährungsintervention (n=1) – Vergleichs-/Kontrollgruppen: – Herkömmliche Therapie (n=18) – Warteliste (n=3) – Kräftigung (n=3) – Fitnessstudio-Mitgliedschaft und Beratung (n=2) – sonstige (n=10) <u>Ergebnisse Lebensqualität</u> – tendenziell bedeutsamer Unterschied zwischen einer Lifestyleintervention und der Kontrollgruppe: $g = 0,13$; 95% CI = - 0,02 bis 0,27, $p = 0,09$, $k = 18$, $I^2 = 68.7\%$ <u>Ergebnisse Symptomschwere Depression</u> – stat. signifikanter Unterschied zwischen einer Lifestyleintervention und der Kontrollgruppe bezogen auf den Schweregrad der Depression: $g = 0,30$, 95% CI = 0,00 bis 0,58, $p = 0,047$, $I^2 = 65,2\%$, $k = 9$ <u>Ergebnisse Symptomschwere Angst</u>

- stat. signifikanter Unterschied zwischen einer Lifestyleintervention und der Kontrollgruppe bezogen auf den Schweregrad von Ängsten: $g = 0,56$, 95 % CI = 0,16 bis 0,95, $p = 0,006$, $I^2 = 0\%$, $k = 4$

Subgruppenanalyse: Interventionsdauer

- Interventionen mit längerer Dauer (9-12 Monate) wiesen tendenziell eine geringere gepoolte Effektgröße ($g = -0,05$, verglichen mit 1-3 Monaten, $g = 0,2$, und 4-8 Monaten $g = 0,37$) auf.

Subgruppenanalyse: Strukturierungsgrad der Intervention

- stark strukturierte Interventionen mit hochintensiver körperlicher Aktivität zeigen einen großen gepoolten Effekt ($g = 0,92$, 95% CI = 0,31 bis 1,53, $p < 0,05$, $I^2 = 65,2\%$, $k = 5$) gegenüber weniger stark strukturierten Interventionen

Subgruppenanalyse: Risk of bias

- Studien mit höherem Risk of bias schienen höheren Effekt zu zeigen gegenüber Studien mit geringerem Risk of bias ($g = 0,27$ vs. $-0,06$, $p = 0,01$)

Subgruppenanalyse: Studienregion

- Studien aus Asian/ Pazifik-Region zeigten tendenziell größere Effektgrößen im Vergleich zu anderen Regionen ($g = 0,23$; compared to Europe $g = 0,12$, North America $g = 0,07$, and South America $g = 0,1$, $p = 0,94$)

Subgruppenanalyse: Teilnahme an Sitzungen

- Bei hoher Teilnahmefrequenz (mehr als 60%) wurden höhere Effekte erhoben gegenüber geringer Teilnahmefrequenz ($g = 0,46$ vs. $-0,02$, $p = 0,001$)

Titel	Comparative efficacy of lifestyle intervention strategies targeting weight outcomes in people with psychosis: a systematic review and network meta-analysis		
Autoren	Doreen Mucheru, Mary-Claire Hanlon, Mark McEvoy, Ammarin Thakinstian, Lesley MacDonald-Wicks		
Jahr	– 2019		
Journal	– JBI Database System Rev Implement Rep		
Fragestellung / Zielsetzung	– Die Arbeit untersucht die Effekte von Lifestyleinterventionen hinsichtlich der Outcomes BMI, Taillenumfang und Taillen-Hüft-Verhältnis. Zudem wurde geprüft, inwieweit Lifestyleinterventionen mit gleichen Zielstellungen stratifiziert werden konnten.		
Design	– Systematischer Review mit (Netzwerk-) Meta-Analyse		
Datenbanken	– Cochrane Library, MEDLINE/PreMEDLINE, Embase, CINAHL, Scopus and PsycINFO		
Zeitraum	– von 1985 bis Juni 2018		
Eingeschlossene Studientypen	– randomisierte kontrollierte Studien (RCT)		
Autoren eingeschlossener Arbeiten	n=32	– Milano et al. (2007) – Erickson et al. (2016) – Daumit et al. (2013) – Speyer et al. (2013) – Khazaal et al. (2013) – Weber und Wyne (2006) – Ratliff et al. (2015) – Scheewe et al. (2011) – Masa Font et al. (2015) – Greil et al. (2011) – Verhaege et al. (2013) – McKibbin et al. (2006) – McKibbin et al. (2010) – Frank et al. (2015) – Goldberg et al. (2013) – Evans et al. (2005) – Methapatara und Srisurapanont (2011) – Forsberg et al. (2008) – Jean-Baptiste et al. (2007) – Mauri et al. (2008) – Usher et al. (2013) – Green et al. (2015) – Scocco et al. (2006) – Kwon et al. (2006) – Attux et al. (2013) – Skrinar et al. (2005) – Battaglia et al. (2013) – Brar et al. (2005) – Erickson et al. (2017) – Gaughran et al. (2017) – Kilbourne et al. (2017)	
weitere relevante Einschlusskriterien	– Erwachsene mit schweren psychischen Erkrankungen (hauptsächlich aus dem schizophrenen Formenkreis). Auch Erwachsene mit somatischer pder psychischer Komorbidität wurden eingeschlossen.		
relevante Ausschlusskriterien	– Lifestyleinterventionen basierend auf Internetanwendungen oder Mobile Health Technologie (mhealth)		

	– Lifestyleinterventionen in stationären Settings
Qualitätsbewertung durchgeführt	– ja (JBI, critical appraisal checklist for RCTs)
Für welche Patienten / Subgruppen Aussagen getroffen?	– Subgruppen nach den verschiedenen Lifestyleinterventionen (z. B. strukturierte vs. nicht-strukturierte Programme)
Gemessene Outcomes	– Gewicht – BMI – Taillenumfang – Taillen-Hüft-Verhältnis
Ergebnisse (sowohl für die Metaanalyse als auch die Netzwerk-Metaanalyse)	<u>Allgemein:</u> - Verteilung nach Ländern: - USA (n=15), Italien (n=3), Schweiz (n=2), Schweden (n=1), Brasilien (n=1), Dänemark (n=1), Korea (n=1), Australien (n=1), Spanien (n=1), Belgien (n=1), Thailand (n=1), Niederlande (n=1), Großbritannien (n=1) - Anzahl Teilnehmer: - n= 3.671 (Min. 17/Max. 428) - Dauer der Interventionen (Spannweite): - 5 Wochen bis 24 Monate - Interventionsgruppen: - Nicht strukturierte Diät bzw. Training (n=9) - strukturierte Diät bzw. Training (n=9) - strukturierte Diät und nicht strukturiertes Training (n=3) - nicht strukturierte Diät und strukturiertes Training (n=5) - strukturiertes Training (n=2) - andere (n=2) - Vergleichs-/Kontrollgruppen: - Herkömmliche Therapie (TAU; n=17) - kurze Ernährungsberatung oder Informationen zu Sport, Ernährung, Gesundheit oder Diabetes (n=10) - andere (n=5) <u>Ergebnisse Gewicht in kg</u> - Gewicht – stat. signifikante Unterschiede zwischen einer strukturierten Diät und strukturierten körperlichen Aktivität und der Kontrollgruppe (n=4; ES = - 5.356, 95% CI = - 7.431 bis - 3.282, p=0.000, $I^2 = 0\%$) - Gewicht – keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen einer nicht strukturierten Diät bzw. körperliche Aktivitäten und der Kontrollgruppe (n=8; ES = 0.39, 95% CI = -2.308 bis 3.098, p=0.777, $I^2 = 38.4\%$)

- Gewicht – keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen einer strukturierten Diät und nicht strukturierten körperlichen Aktivitäten und der Kontrollgruppe (n=2; ES = 0.377, 95% CI = -5.335 bis 6.098, p=0.897, I² = 0%)
- Gewicht – keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen einer nicht strukturierten Diät und strukturierten körperlichen Aktivität und der Kontrollgruppe (n=4; ES = 1.111, 95% CI = -2.315 bis 4.538, p=0.525, I² = 0%)

Ergebnisse BMI

- BMI – stat. signifikante Unterschiede zwischen einer strukturierten Diät und strukturierten körperlichen Aktivität und der Kontrollgruppe (n=5; ES = -1.068, 95% CI = -1.780 bis -0.357, **p=0.003**, I² = 0%)
- BMI – keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen einer strukturierten körperlichen Aktivität und der Kontrollgruppe (n=2; ES = -1.123, 95% CI = -3.157 bis 0.910, p=0.279, I² = 0%)
- BMI – keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen einer nicht strukturierten Diät bzw. körperliche Aktivitäten und der Kontrollgruppe (n=7; ES = 0.161, 95% CI = -1.302 bis 1.624, p=0.829, I² = 50.4%)
- BMI – keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen einer nicht strukturierten Diät und strukturierten körperlichen Aktivität und der Kontrollgruppe (n=5; ES = 0.021, 95% CI = -0.850 bis 0.981, p=0.962, I² = 0%)

Ergebnisse Taillenumfang

- Taillenumfang – stat. signifikante Unterschiede zwischen einer nicht strukturierten Diät bzw. körperliche Aktivitäten und der Kontrollgruppe (n=3; ES = -3.677, 95% CI = -6.897 bis -0.456, **p=0.025**, I² = 0%)
- Taillenumfang – keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen einer nicht strukturierten Diät und strukturierten körperlichen Aktivität und der Kontrollgruppe (n=4; ES = 0.013, 95% CI = -2.156 bis 2.183, p=0.990, I² = 0%)
- Weitere gepoolte Analysen waren hinsichtlich des Taillenumfangs nicht möglich

Network Metaanalyse

Gewicht in kg

- Größter Gewichtsverlust in Gruppe strukturierte Diät und strukturierte körperliche Aktivität (n=4; ES = - 4.12, 95% CI = - 7.772 bis - 2.760, **p=0.000**)

BMI

	- Größter Effekt in Gruppe strukturierte Diät und strukturierte körperliche Aktivität (ES = - 2,94, 95% CI = - 1,780 bis - 0,357, p = 0,003, k = 5)
Bemerkungen	Es gibt verschiedene Faktoren, die die Ergebnisse schmälern, dazu tragen u. a. ein erhöhtes Risiko für Verzerrungen, ein komplexes und mehrkomponentiges Design von Lebensstil-Interventionen und mangelnde Klarheit bei der Berichterstattung der Studienmethodik bei.

Titel	Lifestyle Interventions for Weight Management in People with Serious Mental Illness: A Systematic Review with Meta-Analysis, Trial Sequential Analysis, and Meta-Regression Analysis Exploring the Mediators and Moderators of Treatment Effects		
Autoren	Helene Speyer, Ane Storch Jakobsen, Casper Westergaard, Hans Christian Brix Nørgaard, Charlotta Pisinger, Jesper Krogh, Carsten Hjorthøj, Merete Nordentoft, Christian Gluud, Christoph U. Correll, Kirstine Bro Jørgensen		
Jahr	– 2019		
Journal	– Psychotherapy and Psychosomatics		
Fragestellung / Zielsetzung	– US des Nutzens und möglicher Nachteile gesundheitsfördernder Interventionen auf individueller Ebene zur Gewichtsreduktion bei Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung und möglicher Moderatoren (<i>baseline variable</i>) und Mediatoren (<i>intratreatment variable</i>)		
Design	– Systematischer Review mit Meta-Analyse und Meta-Regression		
Datenbanken	– CENTRAL, MEDLINE, EMBASE, and Science Citation Index (Web of Science)		
Zeitraum	– von Einführung bis 30.10.2018		
Eingeschlossene Studientypen	– randomisierte kontrollierte Studien (RCT), k = 41		
Autoren eingeschlossener Arbeiten	– Alvarez-Jiménez (2006) – Attux (2013) – Bartels (2013) – Bartels (2015) – Battaglia (2013) – Beebe (2010) – Brar (2015) – Cordes (2014) – Daumit (2013) – Evans (2005) – Forsberg (2008) – Gaughran (2017) – Gillhoff (2010) – Goldberg (2013) – Green (2015) – Holt (2019) – Iglesias-García (2010) – Kilbourne (2013) – Kilbourne (2017) – Kwon (2006) – Masa-Font (2015) – Methapatara (2011) – Khazaal (2007) – Kilbourne (2012) – Marzolini (2009) – Mauri (2008) – Milano (2007) – Lee (2014) – Littrell (2003) – Lovell (2014) – McKibbin (2006) – Osborn (2010) – Ratliff (2012) – Scheewe (2013) – Scocco (2006) – Skrinar (2005) – Speyer (2016) – Usher (2013) – Weber (2006) – Wu (2007) – Wu (2008)		
weitere relevante Einschlusskriterien	– Erwachsene mit schweren psychischen Erkrankungen (Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, Major Depression, Bipolare Erkrankungen). – Männer und Frauen mind. 18 Jahre		

	– Zuweisung der Teilnehmenden zu einer Lebensstil-Intervention im Vergleich zu einer gleichzeitigen Kontrollgruppe oder Zuweisung zu einer Lebensstil-Intervention als Zusatz zur üblichen Behandlung gegenüber der üblichen Behandlung – Individuelle Lebensstilinterventionen Veränderung auf individueller Ebene) – mit dem Ziel der Reduktion von Körpergewicht durch Veränderung des Energiehaushalts durch verbesserte Ernährung, erhöhte körperliche Aktivität oder beides.
relevante Ausschlusskriterien	– Interventionen, die auf eine strukturelle Ebene zielen – Studien, die eine Kombination von Lebensstilinterventionen und pharmakologischen Wirkstoffen untersuchen
Qualitätsbewertung durchgeführt	– ja (Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions)
Für welche Patienten / Subgruppen Aussagen getroffen?	– Analyse verschiedener Mediator- und Moderatorvariablen – Patientenmerkmale zeigten keinen Effekt (Alter, Geschlecht, Erkrankungsdauer)
Gemessene Outcomes	– Gewicht – BMI – klinisch signifikanter Gewichtsverlust ($\geq 5\%$) – Taillenumfang – Taillen-Hüft-Verhältnis Sekundäre Ergebnisse: – Erhaltungseffekt der BMI-Veränderung bei der Nachuntersuchung – kardiometabolische Risikofaktoren (Nüchtern glukose, Cholesterin, Blutdruck) – Lebensqualität – unerwünschte Wirkungen (Anteil mit studienbedingter Gewichtszunahme, Abbruch, Krankenhausaufenthalt und Tod)
Ergebnisse	<u>Allgemein:</u> – N = 4.267 – Durchschnittsalter: 39,1 $\pm$ 18,2 Jahre – N = 3.105 (73%) der eingeschlossenen Personen mit der Diagnose Schizophrenie-Spektrum-Störungen, 852 (20%) mit bipolaren Spektrum-Störungen und 184 (4 %) mit schweren depressiven Störungen – gewichteter durchschnittlicher BMI in der Interventions- und Kontrollgruppe: 32,7 $\pm$ 3,5 und 32,2 $\pm$ 4,0 kg/m² (Studienbeginn) – Behandlungsdauer: 8 bis 52 Wochen (Mittelwert/Median = 22/22) <u>Gewicht in kg</u> – Risikoverhältnis (RR) für einen Gewichtsverlust von ≥ 5 % des Ausgangsgewichts: 1,51 (95% CI = 1,07 bis 2,13; p = 0,02) im Vergleich zu den Kontrollgruppen Gruppen (27,5 % der Teilnehmenden in den IG vs. 18,1 % der Teilnehmenden in den KG)

- Gewicht: SMD = -2,2 kg (95% CI = -3,0 bis -1,4; $p < 0,0001$; $I^2 = 35,0\%$; 32 Studien)

BMI in kg/m²

- mittlere Differenz des BMI in den IG um -0,63 kg/m² (95% CI = -1,02 bis -0,23; $p = 0,002$; $I^2 = 70,7\%$, 40 RCTs) im Vergleich zu den Kontrollgruppen
- Nachbeobachtung (17 RCTs): BMI = -0,63 kg/m² (95% CI = -1,30 bis 0,04; $p = 0,07$; $I^2 = 48,8\%$)

klinisch signifikanter Gewichtsverlust ($\geq 5\%$)

- SMD = 1,51 (95% CI = 1,07 bis 2,13; $p < 0,02$; $I^2 = 48,0\%$; 8 Studien)

Taillenumfang in cm

- SMD = -2,1 cm (95% CI = -2,92 bis -1,32; $p < 0,001$; $I^2 = 24,0\%$; 23 Studien)

Glucose in mmol/l

- SMD = -0,04 (95% CI = -0,20 bis -0,28; $p = 0,070$; $I^2 = 68,5\%$; 12 Studien)

Cholesterol in mmol/l

- SMD = -0,06 (95% CI = -0,14 bis 0,01; $p = 0,12$; $I^2 = 0\%$; 15 Studien)

Systolischer Blutdruck in mm Hg

- SMD = -0,58 (95% CI = -1,70 bis 0,54; $p = 0,58$; $I^2 = 0\%$; 18 Studien)

Studienabbrüche

- In 37 RCTs wurden Studienabbrüche berichtet. Diese wurden bei 17,2 Prozent der Teilnehmenden in der IG gegenüber 15,4 Prozent der Teilnehmenden in der KG dokumentiert (RR = 1,10; 95% CI = 0,97 bis 1,25; $p = 0,12$; $I^2 = 0\%$). Bezogen auf stationäre Aufenthalte aufgrund somatischer und psychischer Indikation sowie bezogen auf die Mortalität ergaben sich keine signifikanten Unterschiede in den beiden Gruppen.

Lebensqualität

- Effekte auf die Lebensqualität waren nicht signifikant (SMD⁴⁶ = 0,03 (95% CI = -0,11 bis 0,17; $p = 0,66$; $I^2 = 64,5\%$; 15 Studien).

Moderator- und Mediatoreffekte

⁴⁶ SMD standardisierte mittlere Differenz

- Hinsichtlich möglicher Moderator- und Mediatoreffekte auf den BMI ergaben sich Hinweise auf die Abhängigkeit vom Studienstandort (Asien > USA > Europa, erklärt 37 % der Heterogenität, $p = 0,028$) und vom Setting (Einzelsetting > Gruppensetting, erklärt 31 % der Heterogenität, $p = 0,005$)

Tabelle: Übersicht grundlegender Charakteristika der aggregierten Evidenz zur Wirksamkeit von Maßnahmen zu Lebensstilinterventionen bei Personen mit schweren psychischen Erkrankungen

Autoren Jahr	- Einschluss gesamter Review - Anzahl eingeschlossener Studien - Studienland	Patienten - Diagnose(n) - Alter - Ø BMI - Anzahl (min, max.) - Setting	Intervention - Art d. Interventionen - Dauer (min, max) - Häufigkeit pro Woche - Einzel-/Gruppentherapie - Ausrichtung der Intervention	Kontrollgruppe	Länge des Follow up's
Pape et al. 2022	- ja 36 RCTs - USA (n=10), Italien (n=4), Australien (n=3), Großbritannien (n=3), Brasilien (n=2), Spanien (n=2), Südkorea (n=2), Niederlande (n=2), Dänemark (n=2), Schweden (n=1), China (n=1), Griechenland (n=1), Kanada (n=1), Schottland (n=1), Portugal (n=1)	- Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis oder andere psychotische Erkrankungen, bipolare Störungen, schwere Persönlichkeitsstörungen oder chronische depressive Erkrankungen) 31-60 Jahre (Ø-Spannweite) k. A. - n= 5.907 (13, 814) - ambulant (n=31), stationär (n=4), beides (n=1)	- komb. Lifestyleintervention aus körperlicher Aktivität und Ernährung (n=28), ausschließlich Trainingsintervention (n=7), ausschließlich Ernährungsintervention (n=1) 5 Wochen bis 12 Monate k. A. - Gruppentherapie (n=20), Einzeltherapie (n=7), Kombination aus beiden (n=9) - überwiegend Gewichtsreduzierung	eher inaktiv bis leicht aktive Ausrichtung; Herkömmliche Therapie (n=18), Warteliste (n=3), Kräftigung (n=3), Fitnessstudio-Mitgliedschaft und Beratung (n=2), sonstige (n=10)	3-24 Monate
Mucheru et al. 2019	- ja 32 RCTs - USA (n=15), Italien (n=3), Schweiz (n=2), Schweden (n=1), Brasilien (n=1), Dänemark (n=1), Korea (n=1), Australien (n=1),	- Patienten mit psychotischen Erkrankungen (überwiegend Schizophrenie, schizoaffektive Störungen oder bipolare Störungen) k. A.	Nicht strukturierte Diät bzw. körperliche Aktivitäten (n=9), strukturierte Diät bzw. körperliche Aktivitäten (n=9), strukturierte Diät und nicht strukturierte körperliche Aktivitäten (n=3), nicht strukturierte Diät	Herkömmliche Therapie (TAU; n=17), kurze Ernährungsberatung oder Informationen zu Sport, Ernährung, Gesundheit oder Diabetes (n=10), andere (n=5)	3 – 24 Monate

	Spanien (n=1), Belgien (n=1), Thailand (n=1), Niederlande (n=1), Großbritannien (n=1)	• k. A. • N=3.671 (1, 428) • ambulant	• und strukturierte körperliche Aktivitäten (n=5), strukturierte körperliche Aktivitäten (n=2), andere (n=2) • 5 Wochen bis 24 Monate • k. A. • überwiegend Gewichts-reduzierung		
NEU Speyer et al. 2019	41 RCTs ³ •	• Schwere psychische Erkrankung (73 % Schizophrenie, 20 % Bipolare Erkrankungen, 4 % Depression) • MW = 39,1 (SD = 18,2) • Ø 32,7 kg/m² (IG), 32,2 kg/m² (KG) • N = 4.267 (10, 412) • Ambulant (k = 36), stationär (k = 2), beides (k = 3)	• Maßnahme zur Gewichts-reduktion durch sportliche Aktivität oder Ernährungs-beratung/Diät oder beides auf individueller Ebene • 8 bis 52 Wochen • k. A. • k. A. • Gewichtsreduzierung (k = 27), Prävention (k = 8), beides (k = 4) k. A. (k = 2)	• Herkömmliche Therapie (k = 19), Informationen/News-letter zu Sport, Ernährung, Gesundheit (k = 9), Warteliste (k = 1), Ergotherapie (k = 1), Fitnessstudio-Mitgliedschaft (k = 2), niedrigschwellige Kontaktangebote und wöchentliches Wiegen (k = 6) sonstige (k = 3)	• 8 bis 84 Wochen

Tabelle: Effekte von Lebensstilinterventionen bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen auf verschiedene Zielgrößen (Systematische Übersichtsarbeiten)

	SMI						
	Pape et al. 2022	Mucheru et al. 2019					
Intervention vs. Kontrolle	Lifestyleintervention vs. KG	<u>Nicht strukturiert:</u> - Diät - Training vs. KG	<u>Strukturiert:</u> - Diät - Training vs. KG	<u>Strukturiert:</u> - Diät <u>Nicht strukturiert:</u> - Training vs. KG	<u>Strukturiert:</u> - Training <u>Nicht strukturiert:</u> - Diät vs. KG	<u>Strukturiert:</u> - Training vs. KG	
Biologische Effekte							
Gewicht ↓	k. A.	~	++	~	~	k. A.	++
BMI ↓	k. A.	~	++	k. A.	~	~	++
Taillenumfang ↓	k. A.	++	k. A.	k. A.	~	k. A.	++
Psychologische Effekte							
Depressionssymptomatik ↓	++	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	
Angstsymptomatik ↓	++						
Manieschwere ↓	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	
Lebensqualität ↑	+						~

Anmerkungen:

++: signifikanter Vorteil in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe, ~: Ergebnisse vergleichbar in beiden Gruppen, ↓: Reduktion; KG=Kontrollgruppe

Bewertung der eingeschlossenen Übersichtsarbeiten zu Gesundheitsfördernden Interventionen nach der AMSTAR 2 Checkliste

Autor	Pape et al. 2022	Mucheru et al. 2019	Speyer et al. 2019
AMSTAR-Item			
1. Did the research questions and inclusion criteria for the review include the components of PICO?	Ja	Ja	Ja
2. Did the report of the review contain an explicit statement that the review methods were established prior to the conduct of the review and did the report justify any significant deviations from the protocol?	Teilweise ja (definierte Fragestellung, Suchstrategie, Ein- und Ausschlusskriterien, Qualitätsbewertung)	Ja	Teilweise ja (definierte Fragestellung, Suchstrategie, Ein- und Ausschlusskriterien, Qualitätsbewertung)
3. Did the review authors explain their selection of the study designs for inclusion in the review?	Nein	Ja	Nein
4. Did the review authors use a comprehensive literature search strategy?	Teilweise ja	Teilweise ja	Teilweise ja
5. Did the review authors perform study selection in duplicate?	Ja	Ja	Ja
6. Did the review authors perform data extraction in duplicate?	Ja	Nein	Ja
7. Did the review authors provide a list of excluded studies and justify the exclusions?	Teilweise ja	Ja	Nein
8. Did the review authors describe the included studies in adequate detail?	Ja	Ja	Nein
9. Did the review authors use a satisfactory technique for assessing the risk of bias (RoB) in individual studies that were included in the review?	Ja	Ja	Ja
10. Did the review authors report on the sources of funding for the studies included in the review?	Nein	Nein	Nein
11. If meta-analysis was performed did the review authors use appropriate methods for statistical combination of results?	Ja	Ja	Ja

12. If meta-analysis was performed, did the review authors assess the potential impact of RoB in individual studies on the results of the meta-analysis or other evidence synthesis?	Ja	Ja	Ja
13. Did the review authors account for RoB in individual studies when interpreting/ discussing the results of the review?	Ja	Ja	Ja
14. Did the review authors provide a satisfactory explanation for, and discussion of, any heterogeneity observed in the results of the review?	Ja	Ja	Ja
15. If they performed quantitative synthesis did the review authors carry out an adequate investigation of publication bias (small study bias) and discuss its likely impact on the results of the review?	Ja	Ja	Ja
16. Did the review authors report any potential sources of conflict of interest, including any funding they received for conducting the review?	Ja	Ja	Ja
Assessment critical Items*	Moderat	Moderat	Moderat

* gemeint sind die Nummern 2,4,7,9,11,13,15

Ausgeschlossene Arbeiten und Ausschlussgründe

Reviews

Mucheru D, Hanlon MC, McEvoy M, MacDonald-Wicks L. An appraisal of methodology reporting in lifestyle interventions among people with psychosis: A systematic review. *Health Promot J Austr.* 2020 Sep;31(3):540-552. doi: 10.1002/hpja.293. Epub 2019 Sep 19. PMID: 31495017.

Ausschlussgrund: Fragestellung

Nyboe L, Lemcke S, Møller AV, Stubbs B. Non-pharmacological interventions for preventing weight gain in patients with first episode schizophrenia or bipolar disorder: A systematic review. *Psychiatry Res.* 2019 Nov;281:112556. doi: 10.1016/j.psychres.2019.112556. Epub 2019 Sep 4. PMID: 31521840.

Ausschlussgrund: Population

Hassan S, Ross J, Marston L, Osborn D, Walters K. Factors prospectively associated with physical activity and dietary related outcomes in people with severe mental illness: A systematic review of longitudinal studies. *Psychiatry Res.* 2019 Mar;273:181-191. doi: 10.1016/j.psychres.2018.12.115. Epub 2018 Dec 25. PMID: 30654303.

Ausschlussgrund: Fragestellung

Appleton KM, Sallis HM, Perry R, et al. ω -3 Fatty acids for major depressive disorder in adults: an abridged Cochrane review. *BMJ Open* 2016;6:e010172. doi:10.1136/bmjopen-2015-010172

Ausschlussgrund: Intervention

Ashton MM, Kavanagh BE, Marx W, Berk M, Sarris J, Ng CH, Hopwood M, Williams LJ, Dean OM. A Systematic Review of Nutraceuticals for the Treatment of Bipolar Disorder. *Can J Psychiatry.* 2021 Mar;66(3):262-273. doi: 10.1177/0706743720961734. Epub 2020 Sep 23. PMID: 32966097; PMCID: PMC7958203.

Ausschlussgrund: Intervention

Smart EL, Brown L, Palmier-Claus J, Raphael J, Berry K. A systematic review of the effects of psychosocial interventions on social functioning for middle-aged and older-aged adults with severe mental illness. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2020 May;35(5):449-462. doi: 10.1002/gps.5264. Epub 2020 Feb 13. PMID: 31919890.

Ausschlussgrund: Population

Deane KHO, Jimoh OF, Biswas P, O'Brien A, Hanson S, Abdelhamid AS, Fox C, Hooper L. Omega-3 and polyunsaturated fat for prevention of depression and anxiety symptoms: systematic review and meta-analysis of randomised trials. *Br J Psychiatry.* 2021 Mar;218(3):135-142. doi: 10.1192/bjp.2019.234. PMID: 31647041.

Ausschlussgrund: Population

Brown C, Geiszler LC, Lewis KJ, Arbesman M. Effectiveness of Interventions for Weight Loss for People With Serious Mental Illness: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Occup Ther.* 2018 Sep/Oct;72(5):7205190030p1-7205190030p9. doi: 10.5014/ajot.2018.033415. PMID: 30157007.

Ausschlussgrund: Primärstudien in aktuelleren Reviews enthalten, keine zusätzliche Fragestellung

Gurusamy J, Gandhi S, Damodharan D, Ganesan V, Palaniappan M. Exercise, diet and educational interventions for metabolic syndrome in persons with schizophrenia: A systematic review. *Asian J Psychiatr.* 2018 Aug;36:73-85. doi: 10.1016/j.ajp.2018.06.018. Epub 2018 Jun 30. PMID: 29990631.

Ausschlussgrund: narrative Synthese

Vancampfort D, Firth J, Correll CU, Solmi M, Siskind D, De Hert M, Carney R, Koyanagi A, Carvalho AF, Gaughran F, Stubbs B. The Impact of Pharmacological and Non-Pharmacological Interventions to Improve Physical Health Outcomes in People With Schizophrenia: A Meta-Review of Meta-Analyses of Randomized Controlled Trials. *World Psychiatry* 2019;18:53–66.

Ausschlussgrund: (auch pharmakologische Interventionen betrachtet, enthält identifizierte Reviews, Fragestellung)

Naslund JA, Whiteman KL, McHugoc GJ, Aschbrenner KA, Marsch LA, Bartelsa SJ. Lifestyle interventions for weight loss among overweight and obese adults with serious mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry.* 2017 July ; 47: 83–102. doi:10.1016/j.genhosppsy.2017.04.003.

Ausschlussgrund: Primärstudien in aktuelleren Reviews enthalten, keine zusätzliche Fragestellung

Einzelstudien

Han, Y.M.Y., Sze, S.L., Wong, Q.Y. et al. A mind-body lifestyle intervention enhances emotional control in patients with major depressive disorder: a randomized, controlled study. *Cogn Affect Behav Neurosci* 20, 1056–1069 (2020).

Ausschlussgrund: Intervention

Holt RIG, Gossage-Worrall R, Hind D, Bradburn MJ, McCrone P, Morris T, Edwardson C, Barnard K, Carey ME, Davies MJ, Dickens CM, Doherty Y, Etherington A, French P, Gaughran F, Greenwood KE, Kalidindi S, Khunti K, Laugharne R, Pendlebury J, Rathod S, Saxon D, Shiers D, Siddiqi N, Swaby EA, Waller G, Wright S. Structured life-style education for people with schizophrenia, schizoaffective disorder and first-episode psychosis (STEPWISE): randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2019 Feb;214(2):63-73. doi: 10.1192/bjp.2018.167. Epub 2018 Sep 25. PMID: 30251622; PMCID: PMC6330076.

Ausschlussgrund: im Review von Pape et al. (2022) enthalten

Kelly DL, Demyanovich HK, Rodriguez KM, Ciháková D, Talor MV, McMahon RP, Richardson CM, Vyas G, Adams HA, August SM, Fasano A, Cascella NG, Feldman SM, Liu F, Sayer MA, Powell MM, Wehring HJ, Buchanan RW, Gold JM, Carpenter WT, Eaton WW. Randomized controlled trial of a gluten-free diet in patients with schizophrenia positive for antigliadin antibodies (AGA IgG): a pilot feasibility study. *J Psychiatry Neurosci*. 2019 Jul 1;44(4):269-276. doi: 10.1503/jpn.180174. PMID: 30938127; PMCID: PMC6606425.

Ausschlussgrund: Intervention

Sylvia LG, Pegg SL, Dufour SC, Janos JA, Bernstein EE, Chang WC, Hall NE, Ellard KK, Nierenberg AA, Deckersbach T. Pilot study of a lifestyle intervention for bipolar disorder: Nutrition exercise wellness treatment (NEW Tx). *J Affect Disord*. 2019 May 1;250:278-283. doi: 10.1016/j.jad.2019.03.033. Epub 2019 Mar 6. PMID: 30875669; PMCID: PMC6766479.

Ausschlussgrund: im Review von Pape et al. (2022) enthalten

Abbott RD, Sherwin K, Klopff H, Mattingly HJ, Brogan K. Efficacy of a Multimodal Online Lifestyle Intervention for Depressive Symptoms and Quality of Life in Individuals With a History of Major Depressive Disorder. *Cureus*. 2020;12(7):e9061. Published 2020 Jul 8. doi:10.7759/cureus.9061

Ausschlussgrund: Population

Muralidharan A, Brown CH, E Peer J, A Klingaman E, M Hack S, Li L, Walsh MB, Goldberg RW. Living Well: An Intervention to Improve Medical Illness Self-Management Among Individuals With Serious Mental Illness. *Psychiatr Serv*. 2019 Jan 1;70(1):19-25. doi: 10.1176/appi.ps.201800162. Epub 2018 Oct 24. PMID: 30353790; PMCID: PMC6494087.

Ausschlussgrund: im Review von Pape et al. (2022) enthalten

Tolahunase MR, Sagar R, Faiq M, Dada R. Yoga- and meditation-based lifestyle intervention increases neuroplasticity and reduces severity of major depressive disorder: A randomized controlled trial. *Restor Neurol Neurosci*. 2018;36(3):423-442. doi: 10.3233/RNN-170810. PMID: 29614706.

Ausschlussgrund: Intervention

Stiekema APM, Looijmans A, van der Meer L, Bruggeman R, Schoevers RA, Corpeleijn E, Jörg F. Effects of a lifestyle intervention on psychosocial well-being of severe mentally ill residential patients: ELIPS, a cluster randomized controlled pragmatic trial. *Schizophr Res*. 2018 Sep;199:407-413. doi: 10.1016/j.schres.2018.02.053. Epub 2018 Mar 2. PMID: 29503230.

Ausschlussgrund: im Review von Pape et al. (2022) enthalten

Sabet JA, Ekman MS, Lundvall AS, Risérus U, Johansson U, Öström Å, Adamsson V, Cao Y, Msghina M, Brummer RJ. Feasibility and Acceptability of a Healthy Nordic Diet Intervention for the Treatment of Depression: A Randomized Controlled Pilot Trial. *Nutrients*. 2021 Mar 10;13(3):902. doi: 10.3390/nu13030902. PMID: 33802181; PMCID: PMC7999972.

Ausschlussgrund: Intervention

González-Domínguez S, González-Sanguino C, Muñoz M. Efficacy of a combined intervention program for the reduction of internalized stigma in people with severe mental illness. *Schizophr Res*. 2019 Sep;211:56-62. doi: 10.1016/j.schres.2019.07.010. Epub 2019 Jul 24. PMID: 31351829.

Ausschlussgrund: Intervention

Kazemi A, Noorbala AA, Djafarian K. Effect of probiotic and prebiotic versus placebo on appetite in patients with major depressive disorder: post hoc analysis of a randomised clinical trial. *J Hum Nutr Diet.* 2020 Feb;33(1):56-65. doi: 10.1111/jhn.12675. Epub 2019 Jul 23. PMID: 31338923.

Ausschlussgrund: Intervention

Kazemi A, Noorbala AA, Azam K, Eskandari MH, Djafarian K. Effect of probiotic and prebiotic vs placebo on psychological outcomes in patients with major depressive disorder: A randomized clinical trial. *Clin Nutr.* 2019 Apr;38(2):522-528. doi: 10.1016/j.clnu.2018.04.010. Epub 2018 Apr 24. PMID: 29731182.

Ausschlussgrund: Intervention

Li J, Huang YG, Ran MS, Fan Y, Chen W, Evans-Lacko S, Thornicroft G. Community-based comprehensive intervention for people with schizophrenia in Guangzhou, China: Effects on clinical symptoms, social functioning, internalized stigma and discrimination. *Asian J Psychiatr.* 2018 Apr;34:21-30. doi: 10.1016/j.ajp.2018.04.017. Epub 2018 Apr 3. PMID: 29627721.

Ausschlussgrund: Intervention

Döbler A, Herbeck Belnap B, Pollmann H, Farin E, Raspe H, Mittag O. Telephone-delivered lifestyle support with action planning and motivational interviewing techniques to improve rehabilitation outcomes. *Rehabil Psychol.* 2018 May;63(2):170-181. doi: 10.1037/rep0000224. PMID: 29878825.

Ausschlussgrund: Population

Jones SH, Knowles D, Tyler E, Holland F, Peters S, Lobban F, Langshaw B, Hilton C, Long R, Gantt K, Owen R, Roberts C, Riste L. The feasibility and acceptability of a novel anxiety in bipolar disorder intervention compared to treatment as usual: A randomized controlled trial. *Depress Anxiety.* 2018 Oct;35(10):953-965. doi: 10.1002/da.22781. Epub 2018 Jul 19. PMID: 30024639.

Ausschlussgrund: Intervention

Palma C, Farriols N, Frías A, Cañete J, Gomis O, Fernández M, Alonso I, Signo S. Randomized controlled trial of cognitive-motivational therapy program (PIPE) for the initial phase of schizophrenia: Maintenance of efficacy at 5-year follow up. *Psychiatry Res.* 2019 Mar; 273:586-594. doi: 10.1016/j.psychres.2019.01.084. Epub 2019 Jan 28. PMID: 30716598.

Ausschlussgrund: Intervention

Bernardelli G, Roncaglione C, Damanti S, Mari D, Cesari M, Marcucci M. Adapted physical activity to promote active and healthy ageing: the PoliFIT pilot randomized waiting list-controlled trial. *Aging Clin Exp Res.* 2019 Apr;31(4):511-518. doi: 10.1007/s40520-018-1002-1. Epub 2018 Jul 17. PMID: 30019265.

Ausschlussgrund: Population

Thorsteinsson EB, Bhullar N, Williams E, Loi NM. Schizophrenia literacy: the effects of an educational intervention on populations with and without prior health education. *J Ment Health.* 2019 Jun;28(3):229-237. doi: 10.1080/09638237.2018.1521923. Epub 2018 Nov 16. PMID: 30445875.

Ausschlussgrund: Intervention

Depp CA, Perivoliotis D, Holden J, Dorr J, Granholm EL. Single-Session Mobile-Augmented Intervention in Serious Mental Illness: A Three-Arm Randomized Controlled Trial. *Schizophr Bull.* 2019 Jun 18;45(4):752-762. doi: 10.1093/schbul/sby135. PMID: 30281086; PMCID: PMC6581143.

Ausschlussgrund: Intervention

Bonfioli E, Mazzi MA, Berti L, Burti L. Physical health promotion in patients with functional psychoses receiving community psychiatric services: results of the PHYSICO-DSM-VR study. *Schizophr Res.* 2018;193:406–11.

Ausschlussgrund: im Review von Pape et al. (2022) enthalten

Fernandez Guijarro S, Pomarol-Clotet E, Rubio Munoz MC, Miguel Garcia C, Egea Lopez E, Fernandez Guijarro R, et al. Effectiveness of a community- based nurse-led lifestyle-modification intervention for people with serious mental illness and metabolic syndrome. *Int J Ment Health Nurs.* 2019;28(6):1328–37.

Ausschlussgrund: im Review von Pape et al. (2022) enthalten

Fernandez Guijarro S, Pomarol-Clotet E, Rubio Munoz MC, Miguel Garcia C, Egea Lopez E, Fernandez Guijarro R, et al. Effectiveness of a community- based nurse-led lifestyle-modification intervention for people with serious mental illness and metabolic syndrome. *Int J Ment Health Nurs.* 2019;28(6):1328–37.

Ausschlussgrund: im Review von Pape et al. (2022) enthalten

Ryu J, Jung JH, Kim J, Kim CH, Lee HB, Kim DH, et al. Outdoor cycling improves clinical symptoms, cognition and objectively measured physical activity in patients with schizophrenia: a randomized controlled trial. *J Psychiatr Res.* 2020;120:144–53.

Ausschlussgrund: im Review von Pape et al. (2022) enthalten

Looijmans A, Jörg F, Bruggeman R, Schoevers RA, Corpeleijn E. Multimodal lifestyle intervention using a web-based tool to improve cardiometabolic health in patients with serious mental illness: results of a cluster randomized controlled trial (LION). *BMC Psychiatry.* 2019;19(1):339.

Ausschlussgrund: im Review von Pape et al. (2022) enthalten

Vilamala-Orra M, Vaqué-Crusellas C, Foguet-Boreu Q, Guimerà Gallent M, del Río Sáez R. Applying the Stages of Change Model in a Nutrition Education Programme for the Promotion of Fruit and Vegetable Consumption among People with Severe Mental Disorders (DIETMENT). *Nutrients* 2021, 13, 2105. <https://doi.org/10.3390/nu13062105>.

Ausschlussgrund: Intervention

Protokolle

Sampogna G, Fiorillo A, Luciano M, Del Vecchio V, Steardo L Jr, Pocai B, Barone M, Amore M, Pacitti F, Dell'Osso L, Di Lorenzo G, Maj M; LIFESTYLE Working Group. A Randomized Controlled Trial on the Efficacy of a Psychosocial Behavioral Intervention to Improve the Lifestyle of Patients With Severe Mental Disorders: Study Protocol. *Front Psychiatry.* 2018 Jun 7;9:235. doi: 10.3389/fpsy.2018.00235. PMID: 29930520; PMCID: PMC6001842.

Ausschlussgrund: Protokoll

Ip AK, Ho FY, Yeung WF, Chung KF, Ng CH, Oliver G, Sarris J. Effects of a group-based lifestyle medicine for depression: A pilot randomized controlled trial. *PLoS One.* 2021 Oct 8;16(10):e0258059. doi: 10.1371/journal.pone.0258059. PMID: 34624047; PMCID: PMC8500430.

Ausschlussgrund: Protokoll

Averill IRE, Beaglehole B, Douglas KM, Jordan J, Crowe MT, Inder M, Lacey CJ, Frampton CM, Bowie CR, Porter RJ. Activation therapy for the treatment of inpatients with depression - protocol for a randomised control trial compared to treatment as usual. *BMC Psychiatry.* 2019 Feb 1;19(1):52. doi: 10.1186/s12888-019-2038-2. PMID: 30709391; PMCID: PMC6359820.

Ausschlussgrund: Protokoll

Dorscht, L., Karg, N., Book, S. et al. A German climbing study on depression: a bouldering psychotherapeutic group intervention in outpatients compared with state-of-the-art cognitive behavioural group therapy and physical activation – study protocol for a multicentre randomised controlled trial. *BMC Psychiatry* 19, 154 (2019).

Ausschlussgrund: Protokoll

Tréhout M, Leroux E, Bigot L, Jegou S, Leconte P, Reboursière E, Morello R, Chapon PA, Herbinet A, Quarck G, Dollfus S. A web-based adapted physical activity program (e-APA) versus health education program (e-HE) in patients with schizophrenia and healthy volunteers: study protocol for a randomized controlled trial (PEPSY V@Si). *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2021 Mar;271(2):325-337. doi: 10.1007/s00406-020-01140-z. Epub 2020 May 26. PMID: 32458107.

Ausschlussgrund: Protokoll

Gerber M, Beck J, Brand S, Cody R, Donath L, Eckert A, Faude O, Fischer X, Hatzinger M, Holsboer-Trachsler E, Imboden C, Lang U, Mans S, Mikoteit T, Oswald A, Pühse U, Rey S, Schreiner AK, Schweinfurth N, Spitzer U, Zahner L. The impact of lifestyle Physical Activity Counselling in IN-PATients with major depressive disorders on physical activity, cardiorespiratory fitness, depression, and cardiovascular health risk markers: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials.* 2019 Jun 20;20(1):367. doi: 10.1186/s13063-019-3468-3. PMID: 31221205; PMCID: PMC6585067.

Ausschlussgrund: Protokoll

Anwendung von GRADE: Beurteilung der Vertrauenswürdigkeit der Evidenz zur Gesundheitsförderung
Faktoren, die Vertrauenswürdigkeit in die Evidenz verringern können:

- I. Risiko für Bias
- II. Inkonsistenz (Effekt in Studien gleich bez. Richtung und Stärke)
- III. Indirektheit (Passung Studie und PICO-Frage)
- IV. Ungenauigkeit (Gibt es Unsicherheiten/breite KIs)
- V. Publikationsbias

Summary of findings: Vergleich multimodale Lebensstilinterventionen vs. herkömmliche Therapie (TAU)

Population: Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen

Quelle: Maurus I, Wagner S, Spaeth J, Vogel A, Muenz S, Seitz V, von Philipsborn P, Solmi M, Firth J, Stubbs B, Vancampfort D, Hallgren M, Kurimay T, Gerber M, Correll CU, Gaebel W, Möller HJ, Schmitt A, Hasan A, Falkai P. EPA guidance on lifestyle interventions for adults with severe mental illness: A meta-review of the evidence. Eur Psychiatry. 2024 Dec 10;67(1):e80. doi: 10.1192/j.eurpsy.2024.1766. PMID: 39655999; PMCID: PMC11733621.

Endpunkt	Datengrundlage & Messwerte	Effektschätzer (95% CI)	Qualität (Vertrauenswürdigkeit) der Evidenz (RCTs)	Kommentare
Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen (im Allgemeinen)				
Gewicht (k. A.)	Basierend auf Daten von k. A. Patient:innen aus 25 systematische Übersichtsarbeiten mit Meta-Analysen (k. A.)	k. A.	⊕⊕⊕⊕ Hoch	Multimodale Lebesstilinterventionen sollten Personen mit SMI angeboten werden, um das Körpergewicht zu verringern. Heterogenität I ² = k. A.
Depressive Symptome (k. .A)	Basierend auf Daten von k. A. Patient:innen aus 25 systematische Übersichtsarbeiten mit Meta-Analysen (k. A.)	k. A.	⊕⊕⊕⊕ Hoch	Multimodale Lebesstilinterventionen sollten Personen mit SMI angeboten werden, um die depressiven Symptome zu verringern. Heterogenität I ² = k. A.
Angstsymptome	Basierend auf Daten von k. A. Patient:innen aus 25 systematische Übersichtsarbeiten mit Meta-Analysen (k. A.)	k. A.	⊕⊕⊕⊕ Hoch	Multimodale Lebesstilinterventionen sollten Personen mit SMI angeboten werden, um die Angstsymptome zu verringernbesern. Heterogenität I ² = k. A.

Menschen mit bipolaren Störungen				
Funktionalität (k. A.)	Basierend auf Daten von k. A. Patient:innen aus 3 systematische Übersichtsarbeiten mit Meta-Analysen (k. A.)	k. A.	⊕⊕⊕⊖ Moderat	Multimodale Lebensstilinterventionen können bei Personen mit bipolaren Störungen angeboten werden, um die Funktionalität zu verbessern. Heterogenität I ² = k. A.
Depressive Symptome (k. .A)	Basierend auf Daten von k. A. Patient:innen aus 3 systematische Übersichtsarbeiten mit Meta-Analysen (k. A.)	k. A.	⊕⊕⊕⊖ Moderat	Multimodale Lebensstilinterventionen können bei Personen mit bipolaren Störungen angeboten werden, um die depressive Symptomatik zu verbessern. Heterogenität I ² = k. A.
Menschen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis				
Verbesserung gesundes Gewichtsmanagement (k. A.)	Basierend auf Daten von k. A. Patient:innen aus 15 systematische Übersichtsarbeiten mit Meta-Analysen (k. A.)	k. A.	⊕⊕⊕⊕ Hoch	Multimodale Lebensstilinterventionen sollten bei Personen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis angeboten werden, um ein gesundes Gewichtsmanagement umsetzen und verbessern zu können. Heterogenität I ² = k. A.

Anmerkung: Bewertung der Evidenz erfolgte durch Autoren der Arbeit. Alle eingeschlossenen Übersichtsarbeiten wurden einzeln nach der SIGN-Methodology-Checklist bewertet. Auf Grundlage dessen erfolgte die GRADE-Empfehlung durch die Autoren der Arbeit.

Summary of findings: Vergleich überwiegend kombinierte Intervention aus körperlicher Aktivität und Ernährung vs. überwiegend herkömmliche Therapie (TAU)

Population: Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung (aus dem schizophrenen Formenkreis, bipolare Störungen, schwere Persönlichkeitsstörungen, depressive Erkrankungen)

Quelle: Pape LM, Adriaanse MC, Kol J, van Straten A, van Meijel B. Patient-reported outcomes of lifestyle interventions in patients with severe mental illness: a systematic review and meta-analysis. BMC Psychiatry. 2022 Apr 13;22(1):261. doi: 10.1186/s12888-022-03854-x. PMID: 35418082; PMCID: PMC9006587.

Endpunkt	Datengrundlage & Messwerte	Effektschätzer (95% CI)	Qualität (Vertrauenswürdigkeit) der Evidenz (RCTs)	Kommentare
Lebensqualität (k. A.)	Basierend auf Daten von 3.129 Patient:innen aus 18 Studien (WHO-QOL-BREF, SF-12, I-WOQOL-lite, HRQoL, EQ-5D, MANSA, RAND SF-36, Q-LES-Q)	Hedges $g = 0,13$ [95 % KI: -0,02 bis 0,27]; $p = 0,09$	⊕⊕⊕⊕ Sehr gering ^a	Geringer Behandlungseffekt der gesundheitsfördernden Interventionen auf die Lebensqualität (Unterschied statistisch nicht signifikant). Heterogenität $I^2 = 69$ %.
Schweregrad Depression (k. A.)	Basierend auf Daten von 790 Patient:innen aus 9 Studien (BDI-II, HAD, SCL-90-R, PHQ-9, BDI)	Hedges $g = 0,30$ [95 % KI: 0,00 bis 0,58]; $p = 0,047$	⊕⊕⊕⊕ Sehr gering ^a	Geringer Behandlungseffekt der gesundheitsfördernden Interventionen auf den Schweregrad der Depression (Unterschied statistisch signifikant) Heterogenität $I^2 = 65$ %
Schweregrad Ängste (k. A.)	Basierend auf Daten von 121 Patient:innen aus 4 Studien (HAD, STAI)	Hedges $g = 0,56$ [95 % KI: 0,16 bis 0,95]; $p = 0,006$	⊕⊕⊕⊕ Sehr gering ^a	Moderater Behandlungseffekt der gesundheitsfördernden Interventionen auf den Schweregrad der Ängste (Unterschied statistisch signifikant) Heterogenität $I^2 = 0$ %

^aEinschätzung der Qualität der Vertrauenswürdigkeit erfolgte durch die Autoren der Arbeit; konkrete Angaben für die Abstufung im Einzelnen liegen nicht vor

Summary of findings: Vergleich multimodale gesundheitsfördernde Interventionen vs. überwiegend herkömmliche Therapie (TAU)

Population: Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung (überwiegend Schizophrenie)

Quelle: Speyer H, Jakobsen AS, Westergaard C, Nørgaard HCB, Jørgensen KB, Pisinger C, Krogh J, Hjorthøj C, Nordentoft M, Gluud C, Correll CU. Lifestyle Interventions for Weight Management in People with Serious Mental Illness: A Systematic Review with Meta-Analysis, Trial Sequential Analysis, and Meta-Regression Analysis Exploring the Mediators and Moderators of Treatment Effects. *Psychother Psychosom.* 2019;88(6):350-362. doi: 10.1159/000502293. Epub 2019 Sep 13. Erratum in: *Psychother Psychosom.* 2019;88(6):386. doi: 10.1159/000503872. PMID: 31522170.

Endpunkt	Datengrundlage & Messwerte	Effektschätzer	Qualität (Vertrauenswürdigkeit) der Evidenz (RCTs)	Kommentare
Gewichtsredukt. ≥ 5 % (k. A.)	Basierend auf Daten von 1.121. Patient:innen aus 8 Studien	Relatives Risiko RR = 1,51 ([95 % KI: 1,07 bis 2,13]; p = 0,02) <u>Interventionsgruppe:</u> 27,5 % der Teilnehmenden <u>Kontrollgruppe:</u> 18,1 % der Teilnehmenden	⊕⊕⊕⊖ Sehr gering ^a	Die gesundheitsfördernde Intervention hat einen positiven Effekt im Hinblick auf eine Gewichtsreduktion ≥ 5 % (Unterschied statistisch signifikant). Heterogenität $I^2 = 48$ %
BMI (Post Intervention)	Basierend auf Daten von 1.412 Patient:innen aus 17 Studien	Mittlere Differenz = - 0,63 kg/m ² ([95 % KI = - 1,02 bis - 0,23]; p = 0,002	⊕⊕⊕⊖ Sehr gering ^a	Die gesundheitsfördernde Intervention hat einen positiven Effekt im Hinblick auf die Reduktion des BMI (Unterschied statistisch signifikant)
Taillenumfang (k. A.)	Basierend auf Daten von 2.128 Patient:innen aus 24 Studien	Mittlere Differenz = -2,1; 95% KI: - 2,92 bis - 1,32; p < 0,001;	⊕⊕⊕⊖ Sehr gering ^a	Die gesundheitsfördernde Intervention hat einen positiven Effekt im Hinblick auf Reduzierung des Taillenumfangs (Unterschied statistisch signifikant) Heterogenität $I^2 = 24$ %
Lebensqualität (k. A.)	Basierend auf Daten von 1.309 Patient:innen aus 15 Studien (k. A.)	SMD = 0,03 [95 % KI: - 0,11 bis 0,17]; p = 0,66;	⊕⊕⊕⊖ Sehr gering ^a	Die gesundheitsfördernde Intervention hat keinen positiven Effekt im Hinblick auf die Lebensqualität (Unterschied statistisch nicht signifikant) Heterogenität $I^2 = 64,5$ %
Abbruchraten (k. A.)	Basierend auf Daten von k. A. Patient:innen aus 37 Studien	Relatives Risiko RR = 1,10 [95 % KI: 0,97 bis 1,25]; p = 0,12	⊕⊕⊕⊖ Sehr gering ^a	Die Abbruchrate in der Interventionsgruppe war ggü. der

Interventionsgruppe: 17,2 %
der Teilnehmenden

Kontrollgruppe: 15,4 % der
Teilnehmenden

Kontrollgruppe erhöht (Un-
terschied statistisch nicht sig-
nifikant)

Heterogenität $I^2 = 0\%$

^aEinschätzung der Qualität der Vertrauenswürdigkeit erfolgte durch die Autoren der Arbeit; konkrete Angaben für die Abstufung im Einzelnen: Die GRADE-Bewertungen waren sehr niedrig/gering aufgrund eines hohen Risikos der Verzerrung (fehlende Verdeckung der Zuteilung und Verblindung), Inkonsistenz (hohe Heterogenität), Unpräzision (erforderliche Informationsgröße nicht erreicht), und Indirektheit).

Summary of findings: Vergleich Nicht-strukturierte Ansätze Ernährung und körperliche Aktivität vs. herkömmliche Therapie (TAU)**Strukturierte Ansätze Ernährung und körperliche Aktivität vs. TAU****Strukturierter Ansatz Ernährung und nicht- strukturierter Ansatz körperlicher Aktivität vs. TAU****Strukturierter Ansatz körperlicher Aktivität und nicht-strukturierter Ansatz Ernährung vs. TAU****Strukturierter Ansatz körperlicher Aktivität vs. TAU**

Population: Menschen mit schweren psychotischen Erkrankungen (überwiegend Schizophrenie, schizoaffektive Störungen oder bipolare Störungen)

Quelle: Mucheru D, Hanlon MC, McEvoy M, Thakkinstian A, MacDonald-Wicks L. Comparative efficacy of lifestyle intervention strategies targeting weight outcomes in people with psychosis: a systematic review and network meta-analysis. JBI Database System Rev Implement Rep. 2019 Sep;17(9):1770-1825. doi: 10.11124/JBISIRIR-2017-003943. PMID: 31343494.

Endpunkt	Datengrundlage & Messwerte	Effektschätzer (95% CI)	Qualität (Vertrauenswürdigkeit) der Evidenz (RCTs)	Kommentare
Nicht-strukturierte Ansätze Ernährung und körperliche Aktivität vs. (TAU)				
Gewicht (12 Wochen bis 12 Monaten)	Basierend auf Daten von 585 Patient:innen aus 8 Studien	Standardisierte mittlere Dffferenz SMD= -0.24 Standardabweichungen geringer (-3.365 geringer bis 2.639 höher)	⊕⊕⊕⊕ Sehr gering ^{a,b,c,d}	Die eingesetzte Intervention zeigte ggü. der TAU keine überlegenen Effekte bzgl. des Gewichts (Unterschied statistisch nicht signifikant) Heterogenität I ² =38%
BMI (8 Wochen bis 12 Monaten)	Basierend auf Daten von 421 Patient:innen aus 7 Studien	SMD= 0.03 Standardabweichungen höher (-0.936 geringer bis 0.962 höher)	⊕⊕⊕⊕ Sehr gering ^{b,e}	Die eingesetzte Intervention zeigte ggü. der TAU keine überlegenen Effekte bzgl. des BMI (Unterschied statistisch nicht signifikant) Heterogenität I ² =50%
Taillenumfang (6 Monaten)	Basierend auf Daten von 217 Patient:innen aus 3 Studie	SMD= -2.24 Standardabweichungen geringer (-6.897 geringer bis -0.456 geringer)	⊕⊕⊕⊕ Sehr gering ^{b,e}	Die eingesetzte Intervention zeigte ggü. der TAU einen überlegenen Effekt bzgl. des Taillenumfangs (Unterschied statistisch signifikant) Heterogenität I ² =0%
a. Echte Randomisierung, verdeckte Zuteilung, Verblindung der Prüfer, Verwendung geeigneter Analysen und Abschluss der Nachbeobachtung waren nicht bei allen Studien gegeben. b. Möglicherweise gab es Unterschiede in der Stringenz der Durchführung und die Ergebnisse wurden zu unterschiedlichen Zeitpunkten erhoben. c. Es wurde ein Publikationsbias festgestellt. d. Funnel Plots zeigten Asymmetrie. e. Echte Randomisierung, verdeckte Zuteilung, Verblindung der Prüfer, Verwendung einer geeigneten Analyse, Abschluss der Nachbeobachtung und zuverlässige Ergebnismessung waren nicht in allen Studien erkennbar.				
Strukturierte Ansätze Ernährung und körperliche Aktivität vs. TAU				

Gewicht (16 Wochen bis 24 Monate)	Basierend auf Daten von 541 Patient:innen aus 4 Studien	SMD= -4.12 Standardabweichungen geringer (-7.772 geringer bis -2.76 geringer)	⊕⊕⊕⊕ Sehr gering ^{a,b,c,d,e}	Die eingesetzte Intervention zeigte ggü. der TAU einen überlegenen Effekt bzgl. des Gewichts (Unterschied statistisch signifikant) Heterogenität I ² =0%
BMI (12 Wochen bis 24 Monaten)	Basierend auf Daten von 589 Patient:innen aus 5 Studien	SMD= -2.94 Standardabweichungen geringer (-1.78 geringer bis -0.357 geringer)	⊕⊕⊕⊕ Sehr gering ^{b,c,f}	Die eingesetzte Intervention zeigte ggü. der TAU einen überlegenen Effekt bzgl. des BMI (Unterschied statistisch signifikant) Heterogenität I ² =0%
Taillenumfang (12 Monaten)	Basierend auf Daten von 280 Patient:innen aus 1 Studie	SMD= -0.97 Standardabweichungen höher (-5.741 geringer bis 1.941 höher)	⊕⊕⊕⊕ Sehr gering ^{b,c,g}	Die eingesetzte Intervention zeigte ggü. der TAU keine überlegenen Effekte bzgl. des Taillenumfangs (Unterschied statistisch nicht signifikant) Heterogenität I ² =nicht darstellbar

a. In 2 der Studien war die Allocation Concealment unklar.

b. Der Interventionseffekt war nicht bei allen Studienergebnissen konsistent.

c. Möglicherweise gab es Unterschiede in der Strenge der Durchführung und die Ergebnisse wurden zu unterschiedlichen Zeitpunkten erhoben.

d. Es wurde ein Publikationsbias festgestellt.

e. Funnel Plots zeigten Assymetrie.

f. In 3 der Studien war das Allocation Concealment unklar.

g. Es war unklar, ob die Interventions- und Kontrollgruppen zu Beginn der Studie ähnlich waren.

Strukturierter Ansatz Ernährung und nicht- strukturierter Ansatz körperlicher Aktivität vs. TAU

Gewicht (32 Wochen bis 6 Monaten)	Basierend auf Daten von 71 Patient:innen aus 2 Studien	SMD= 0.14 Standardabweichungen höher (-5.565 geringer bis 6.416 höher)	⊕⊕⊕⊕ Sehr gering ^{a,b,c,d}	Die eingesetzte Intervention zeigte ggü. der TAU keine überlegenen Effekte bzgl. des Gewichts (Unterschied statistisch nicht signifikant) Heterogenität I ² =0%
BMI (6 Monaten)	Basierend auf Daten von 51 Patient:innen aus 1 Studie	SMD= 0.24 Standardabweichungen geringer (-2.144 geringer bis 2.744 höher)	⊕⊕⊕⊕ Gering ^{a,c}	Die eingesetzte Intervention zeigte ggü. der TAU keine überlegenen Effekte bzgl. des BMI (Unterschied statistisch nicht signifikant) Heterogenität I ² =nicht darstellbar
Taillenumfang (6 Monaten)	Basierend auf Daten von 51 Patient:innen aus 1 Studie	SMD= 0.12 Standardabweichungen höher (-7.684 geringer bis 8.684 höher)	⊕⊕⊕⊕ Gering ^{a,c}	Die eingesetzte Intervention zeigte ggü. der TAU keine überlegenen Effekte bzgl. des Taillenumfangs (Unterschied statistisch nicht signifikant) Heterogenität I ² =nicht darstellbar

a. In 1 der Studien war die Verdeckung der Zuteilung unklar.

b. Es war unklar, ob die Interventions- und die Kontrollgruppe bei Studienbeginn ähnlich waren.

c. Möglicherweise gab es Unterschiede in der Strenge der Durchführung und die Ergebnisse wurden zu unterschiedlichen Zeitpunkten gemessen.

d. Das Funnel-Plot zeigte eine Assymetrie.

Strukturierter Ansatz körperlicher Aktivität und nicht-strukturierter Ansatz Ernährung vs. TAU

Gewicht (12 bis 34 Wochen)	Basierend auf Daten von 479 Patient:innen aus 4 Studien	SMD= 0.58 Standardabweichungen höher (-2.589 geringer bis 4.76 höher)	⊕⊕⊕⊕ Sehr gering ^{a,b,c,d}	Die eingesetzte Intervention zeigte ggü. der TAU keine überlegenen Effekte bzgl. des Gewichts (Unterschied statistisch nicht signifikant) Heterogenität I ² =0%
BMI (12 bis 34 Wochen)	Basierend auf Daten von 811 Patient:innen aus 5 Studien	SMD= 0.05 Standardabweichungen höher (-0.85 geringer bis 0.891 höher)	⊕⊕⊕⊕ Sehr gering ^{b,e}	Die eingesetzte Intervention zeigte ggü. der TAU keine überlegenen Effekte bzgl. des BMI (Unterschied statistisch nicht signifikant) Heterogenität I ² =0%
Taillenumfang (12 bis 34 Wochen)	Basierend auf Daten von 527 Patient:innen aus 4 Studien	SMD= 0.01 Standardabweichungen höher (-2.156 geringer bis 2.183 höher)	⊕⊕⊕⊕ Sehr gering ^{b,e}	Die eingesetzte Intervention zeigte ggü. der TAU keine überlegenen Effekte bzgl. des Taillenumfangs (Unterschied statistisch nicht signifikant) Heterogenität I ² =0%

a. Echte Randomisierung, verdeckte Zuteilung, Verblindung der Prüfer, Verwendung geeigneter Analysen und Abschluss der Nachbeobachtung waren nicht bei allen Studien gegeben.

b. Möglicherweise gab es Unterschiede in der Stringenz der Durchführung und die Ergebnisse wurden zu unterschiedlichen Zeitpunkten erhoben.

c. Es wurde ein Publikationsbias festgestellt.

d. Funnel Plots zeigten Asymmetrie.

e. Echte Randomisierung, verdeckte Zuteilung, Verblindung der Prüfer, Verwendung einer geeigneten Analyse, Abschluss der Nachbeobachtung und zuverlässige Ergebnismessung waren nicht in allen Studien erkennbar.

Strukturierter Ansatz körperlicher Aktivität vs. TAU

Gewicht (12 Wochen)	Basierend auf Daten von 28 Patient:innen aus 1 Studie	SMD= -0.81 Standardabweichungen geringer (-14.754 geringer bis 6.154 höher)	⊕⊕⊕⊕ Sehr gering ^{a,b,c}	Die eingesetzte Intervention zeigte ggü. der TAU einen überlegenen Effekt bzgl. des Gewichts (Unterschied statistisch signifikant) Heterogenität I ² =nicht darstellbar%
BMI (12 Wochen bis 6 Monaten)	Basierend auf Daten von 91 Patient:innen aus 2 Studien	SMD= -1.08 Standardabweichungen höher (-3.157 geringer bis 0.91 höher)	⊕⊕⊕⊕ Gering ^a	Die eingesetzte Intervention zeigte ggü. der TAU keine überlegenen Effekte bzgl. des BMI (Unterschied statistisch nicht signifikant) Heterogenität I ² =0%
Taillenumfang (6 Monaten)	Basierend auf Daten von 63 Patient:innen aus 1 Studie	SMD= -0.99 Standardabweichungen geringer (-11.288 geringer bis 3.688 höher)	⊕⊕⊕⊕ Gering ^a	Die eingesetzte Intervention zeigte ggü. der TAU keine überlegenen Effekte bzgl. des Taillenumfangs (Unterschied statistisch nicht signifikant) Heterogenität I ² =nicht darstellbar

a. Es könnte Unterschiede in der Strenge der Umsetzung gegeben haben und die Ergebnisse wurden zu unterschiedlichen Zeitpunkten gemessen.

b. Publikationsverzerrung festgestellt.

c. Funnel-Plot zeigte Asymmetrie.

M) Bewegungsinterventionen und Körperpsychotherapeutische Verfahren

Klinisch relevante Fragestellung:

Welche psychosozialen Ansätze können die körperliche Gesundheit schwer psychisch kranker Menschen verbessern?

Betrachtet und bewertet werden folgende psychosoziale Ansätze:

- Bewegungsinterventionen und Körperpsychotherapeutische Ansätze.

Grundsätzlich soll der Fokus auf nicht-medikamentösen Ansätzen und möglichen motivierenden Ansätzen liegen. Über die körperliche Gesundheit hinaus sollen auch andere Auswirkungen, v.a. auch auf die seelische Gesundheit erfasst werden.

Patient(in)	Intervention	Vergleichsintervention	Outcome	Studien-design (S) Suchzeitraum (T)
Patient*innen mit schwerer psychischer Erkrankung zwischen 18 und 65 Jahren (Definition lt. LL/Einleitung)	Bewegungs- und Sporttherapie (breites Spektrum inkl. körperpsychotherapeutischer Verfahren)	alle aktiven (Vergleichs-) Interventionen, sowie Wartegruppen-Designs als auch herkömmliche Versorgungsgegebenheiten (Routinebehandlung- bzw. -versorgung)	zentrale Indikatoren bezogen auf die körperliche Gesundheit und Fitness (z.B. Gewichtsreduktion, BMI, Muskelkräftigung) klassische klinische und patientenbezogene Ergebnis-indikatoren (z.B. Lebensqualität, psychische Symptom schwere, psychosoziales Funktionsniveau)	S: 1.systematische Reviews und Metaanalysen aus RCTs 2.Einzelstudien (RCTs) T: 11/2015 bis 11/2021

Systematische Literaturrecherche (November 2015 bis November/November 2021)

Datenbanken: Pubmed, Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR), Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL)

PUBMED:

Search number	Query	Results
1	((chronic* OR sever*) AND mental* AND disorder*)	38,866
2	((chronic* OR sever*) AND mental* AND illness)	18,216
3	(severe AND psychiatric AND disorder*)	11,142
4	(severe AND mental AND health AND problems)	3,584
5	(depression OR (depressive AND disorder*) OR (severe AND affective AND disorder*))	425,500
6	(schizophrenia OR psychotic* OR paranoid OR schizophrenic* OR psychosis)	183,942
7	((bipolar AND disorder*) OR (bipolar AND affective AND (manic OR depression) AND depression)) OR AND	1,361,317
8	((personality AND disorder*) OR (obsessive AND compulsive AND disorder*))	50,351
9	bipolar disorder[MeSH Terms]	44,027
10	(bipolar depression[MeSH Terms]) OR (mental disorder[MeSH Terms])	1,385,876
11	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10	2,945,880
12	((randomized AND controlled AND trial) OR (randomised AND trial)) AND	245,044
13	(random* AND allocation)	15,459
14	(random* AND (trial OR study))	946,366
15	((meta AND analysis) OR metaanaly* OR (meta AND analy*))	253,575
16	(systematic AND (review OR search*))	300,812
17	randomized controlled trial[MeSH Terms]	160,785
18	random allocation[MeSH Terms]	106,869
19	meta analysis as topic[MeSH Terms]	25,379
20	review, systematic[MeSH Terms]	13,860
21	#12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20	1,446,506
22	(movement therap*)	1,296
23	(movement-oriented)	24
24	(movement adj (intervention* OR education* OR training* OR therap*))	57
25	(physical activit*)	140,963
26	(physical adj (promot* OR uptake* OR encourage* OR increase* OR start* OR sustain* OR maintain* OR conditioning*))	315
27	(physical adj (therap* OR education* OR training* OR intervention* OR fitness* OR endurance* OR recreation OR exercise* OR program* OR modalit* OR effort* OR exertion* OR condition*))	329
28	((physical OR bodily OR body-oriented) AND activ*)	262,064
29	motion adj (therap* OR training* OR intervention* OR education* OR program*)	5
30	(athletic*)	21,641
31	(exercise*)	341,071
32	(exercise* adj (therap* OR program* OR intervention* OR test* OR physical* OR aerobic* OR isometric*))	138

33	(exercise movement technique*)	63
34	((physical OR bod*) AND exertion*)	6,639
35	(training adj (strength* OR endurance* OR power* OR function*))	124
36	((physical OR bod*) AND intervention*)	111,930
37	((physical OR bod*) AND motion*)	15,628
38	(motor* AND (training OR intervention* OR education OR activ* OR function))	188,658
39	(sport*)	97,276
40	(psychomotor* AND (training OR intervention* OR education))	3,318
41	(sensomotor* AND (training OR intervention* OR education))	63
42	(sensorimotor* AND (training OR intervention* OR education))	3,701
43	(Workout)	1,365
44	(Aerobic)	97,314
45	(Jogging)	1,846
46	(Walking)	84,437
47	(Running)	68,277
48	(gymnastic*)	2,710
49	(fitness)	90,528
50	(swimming)	32,503
51	(cycl*)	1,293,821
52	(bicycl*)	26,873
53	(endurance sport*)	834
54	(tai chi)	2,070
55	(movement psychotherapy)	10
56	(movement-oriented psychotherapy)	0
57	(movement-oriented psychotherapy)	0
58	(yoga)	6,095
59	(physiotherap*)	31,882
60	aerobic exercise[MeSH Terms]	234,716
61	#22 OR #23 OR #24 OR #25 OR #26 OR #27 OR #28 OR #29 OR #30 #31 OR #32 OR #33 OR #34 OR #35 OR #36 OR #37 OR #38 OR #39 #40 OR #41 OR #42 OR #43 OR #44 OR #45 OR #46 OR #47 OR #48 #49 OR #50 OR #51 OR #52 OR #53 OR #54 OR #55 OR #56 OR #57 #58 OR #59 OR #60	264,949
62	#61 AND #21 AND #12	13,365
63	#61 AND #21 AND #12	2,136*

*ohne Dubletten

CENTRAL:

Search number	Query	Results
#1	((chronic* or sever*) and mental* and disorder*):ti,ab,kw	5,610
#2	MeSH descriptor: [Mental Disorders] this term only	4,156
#3	((chronic* or sever*) and mental* and illness):ti,ab,kw	2,234
#4	(severe and psychiatric and disorder*):ti,ab,kw	1,010
#5	(severe and mental and health and problems):ti,ab,kw	378
#6	(depression or (depressive and disorder*) or (severe and affective and disorder*)):ti,ab,kw	37,386
#7	(schizophrenia or psychotic* or paranoid or schizophrenic* or psychosis):ti,ab,kw	8,027
#8	((bipolar and disorder*) or (bipolar and affective and disorder*) or (manic and depression) or (bipolar and depression)):ti,ab,kw	2,678
#9	((personality and disorder*) or (obsessive and compulsive and disorder*)):ti,ab,kw	2,437
#10	MeSH descriptor: [Schizophrenia] this term only	7,994
#11	MeSH descriptor: [Depression] this term only	14,144
#12	MeSH descriptor: [Bipolar Disorder] this term only	2,885
#13	((randomized and controlled and trial) or (randomised and controlled and trial)):ti,ab,kw	338,699
#14	(random* and allocation):ti,ab,kw	11,850
#15	(random* and (trial or study)):ti,ab,kw	462,477
#16	((meta and analysis) or metaanaly* or (meta and analy*)):ti,ab,kw	6,361
#17	(systematic and (review or search*)):ti,ab,kw	3,989
#18	MeSH descriptor: [Randomized Controlled Trial] explode all trees	118
#19	MeSH descriptor: [Random Allocation] this term only	20,678
#20	MeSH descriptor: [Meta-Analysis as Topic] this term only	302
#21	MeSH descriptor: [Systematic Review] explode all trees	0
#22	(movement therap*):ti,ab,kw	6,322
#23	(movement-oriented):ti,ab,kw	8
#24	(movement oriented):ti,ab,kw	225
#25	(movement adj (intervention* or education* or training* or therap*)):ti,ab,kw	4
#26	(physical activit*):ti,ab,kw	29,081
#27	(physical adj1 (promot* or uptake* or encourage* or increase* or start* or sustain* or maintain* or conditioning*)):ti,ab,kw	0
#28	(physical adj1 (therap* or education* or training* or intervention* or fitness* or endurance* or recreation or exercise* or program* or modalit* or effort* or exertion* or condition*)):ti,ab,kw	0
#29	((physical or bodily or body-oriented) and activ*):ti,ab,kw	33,244
#30	motion adj1 (therap* or training* or intervention* or education* or program*):ti,ab,kw	0
#31	(athletic*):ti,ab,kw	2,905
#32	(exercise*):ti,ab,kw	55,258
#33	(exercise* adj (therap* or program* or intervention* or test* or physical* or aerobic* or isometric*)):ti,ab,kw	20
#34	(exercise movement technique*):ti,ab,kw	539
#35	((physical or bod*) and exertion*):ti,ab,kw	1,864
#36	(training adj1 (strength* or endurance* or power* or function*)):ti,ab,kw	0
#37	((physical or bod*) and intervention*):ti,ab,kw	65,591

#38	((physical or bod*) and motion*):ti,ab,kw	3,938
#39	(motor* and (training or intervention* or education or activ* or func- tion)):ti,ab,kw	16,105
#40	(sport*):ti,ab,kw	5,799
#41	(psychomotor* and (training or intervention* or education)):ti,ab,kw	1,039
#42	(sensomotor* and (training or intervention* or education)):ti,ab,kw	21
#43	(sensorimotor* and (training or intervention* or education)):ti,ab,	763
#44	(Workout):ti,ab,kw	382
#45	(Aerobic):ti,ab,kw	9,182
#46	(Jogging):ti,ab,kw	251
#47	(Walking):ti,ab,kw	12,514
#48	(Running):ti,ab,kw	3,498
#49	(gymnastic*):ti,ab,kw	192
#50	(fitness):ti,ab,kw	6,273
#51	(swimming):ti,ab,kw	525
#52	(cycl*):ti,ab,kw	37,838
#53	(bicycl*):ti,ab,kw	1,973
#54	(endurance sport*):ti,ab,kw	600
#55	(tai chi):ti,ab,kw	713
#56	(movement psychotherapy):ti,ab,kw	113
#57	(movement-oriented psychotherapy):ti,ab,kw	3
#58	(yoga):ti,ab,kw	2,426
#59	(physiotherap*):ti,ab,kw	9,978
#60	MeSH descriptor: [Exercise] this term only	18,571
#61	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12	34,463
#62	#13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 #19 OR #20 OR #21	389,458
#63	#22 OR #23 OR #24 OR #25 OR #26 OR #27 OR #28 OR #29 OR #30 OR #31 OR #32 OR #33 OR #34 OR #35 OR #36 OR #37 OR #38 OR #39 OR #40 OR #41 OR #42 OR #43 OR #44 OR #45 OR #46 OR #47 OR #48 OR #49 OR #50 OR #51 OR #52 OR #53 OR #54 OR #55 OR #56 OR #57 OR #58 OR #59 OR #60	114,563
#64	#61 AND #62 AND #63 with Publication Year from 2015 to 2021, with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Nov 2021, in Trials	5,057

Cochrane Reviews:

Search number	Query	Results
#1	((chronic* or sever*) and mental* and disorder*):ti,ab,kw	159
#2	MeSH descriptor: [Mental Disorders] this term only	4,156
#3	((chronic* or sever*) and mental* and illness):ti,ab,kw	74
#4	(severe and psychiatric and disorder*):ti,ab,kw	18
#5	(severe and mental and health and problems):ti,ab,kw	30
#6	(depression or (depressive and disorder*) or (severe and affective and disorder*)):ti,ab,kw	354
#7	(schizophrenia or psychotic* or paranoid or schizophrenic* or psychosis):ti,ab,kw	104
#8	((bipolar and disorder*) or (bipolar and affective and disorder*) or (manic and depression) or (bipolar and depression)):ti,ab,kw	17
#9	((personality and disorder*) or (obsessive and compulsive and disorder*)):ti,ab,kw	9
#10	MeSH descriptor: [Schizophrenia] this term only	7,994
#11	MeSH descriptor: [Depression] this term only	14,144
#12	MeSH descriptor: [Bipolar Disorder] this term only	2,885
#13	((randomized and controlled and trial) or (randomised and controlled and trial)):ti,ab,kw	2,214
#14	(random* and allocation):ti,ab,kw	407
#15	(random* and (trial or study)):ti,ab,kw	3,323
#16	((meta and analysis) or metaanaly* or (meta and analy*)):ti,ab,kw	1,539
#17	(systematic and (review or search*)):ti,ab,kw	872
#18	MeSH descriptor: [Randomized Controlled Trial] explode all trees	118
#19	MeSH descriptor: [Random Allocation] this term only	20,678
#20	MeSH descriptor: [Meta-Analysis as Topic] this term only	302
#21	MeSH descriptor: [Systematic Review] explode all trees	0
#22	(movement therap*):ti,ab,kw	146
#23	(movement-oriented):ti,ab,kw	0
#24	(movement oriented):ti,ab,kw	2
#25	(movement adj (intervention* or education* or training* or therap*)):ti,ab,kw	0
#26	(physical activit*):ti,ab,kw	193
#27	(physical adj1 (promot* or uptake* or encourage* or increase* or start* or sustain* or maintain* or conditioning*)):ti,ab,kw	0
#28	(physical adj1 (therap* or education* or training* or intervention* or fitness* or endurance* or recreation or exercise* or program* or modalit* or effort* or exertion* or condition*)):ti,ab,kw	0
#29	((physical or bodily or body-oriented) and activ*):ti,ab,kw	264
#30	motion adj1 (therap* or training* or intervention* or education* or program*):ti,ab,kw	25
#31	(athletic*):ti,ab,kw	2
#32	(exercise*):ti,ab,kw	338
#33	(exercise* adj (therap* or program* or intervention* or test* or physical* or aerobic* or isometric*)):ti,ab,kw	0
#34	(exercise movement technique*):ti,ab,kw	7
#35	((physical or bod*) and exertion*):ti,ab,kw	4
#36	(training adj1 (strength* or endurance* or power* or function*)):ti,ab,kw	0

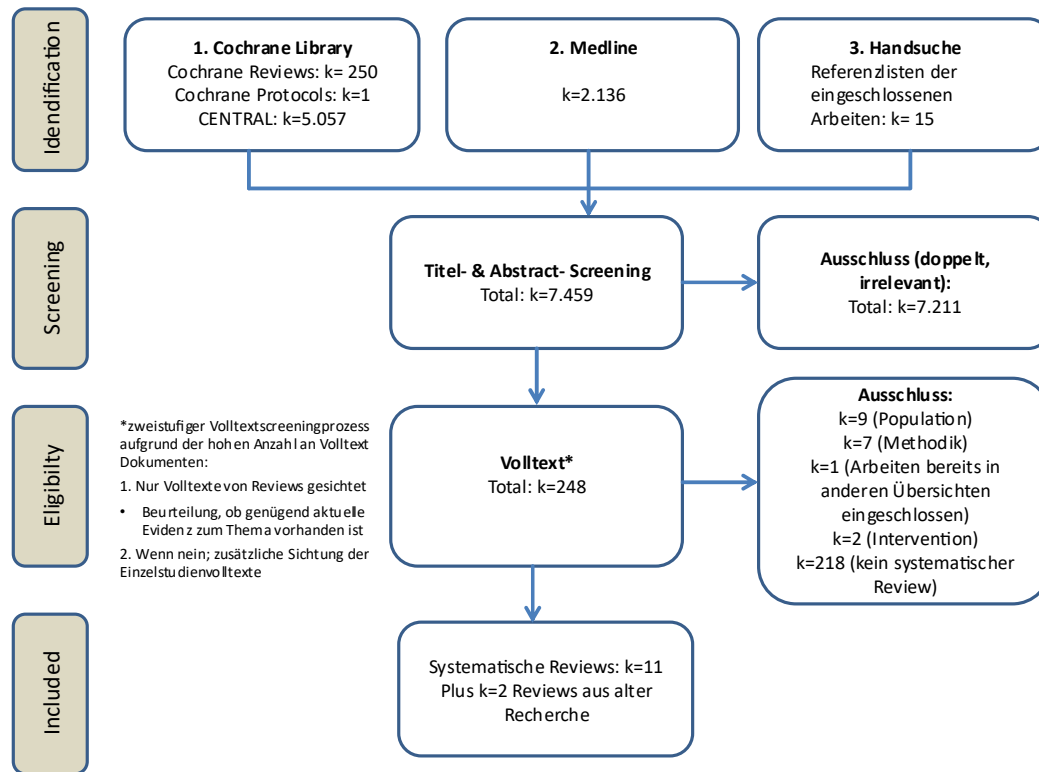
#37	((physical or bod*) and intervention*):ti,ab,kw	898
#38	((physical or bod*) and motion*):ti,ab,kw	22
#39	(motor* and (training or intervention* or education or activ* or function)):ti,ab,kw	93
#40	(sport*):ti,ab,kw	60
#41	(psychomotor* and (training or intervention* or education)):ti,ab,kw	17
#42	(sensomotor* and (training or intervention* or education)):ti,ab,kw	0
#43	(sensorimotor* and (training or intervention* or education)):ti,ab,	0
#44	(Workout):ti,ab,kw	0
#45	(Aerobic):ti,ab,kw	39
#46	(Jogging):ti,ab,kw	0
#47	(Walking):ti,ab,kw	119
#48	(Running):ti,ab,kw	23
#49	(gymnastic*):ti,ab,kw	0
#50	(fitness):ti,ab,kw	38
#51	(swimming):ti,ab,kw	5
#52	(cycl*):ti,ab,kw	229
#53	(bicycl*):ti,ab,kw	8
#54	(endurance sport*):ti,ab,kw	8
#55	(tai chi):ti,ab,kw	5
#56	(movement psychotherapy):ti,ab,kw	0
#57	(movement-oriented psychotherapy):ti,ab,kw	0
#58	(yoga):ti,ab,kw	25
#59	(physiotherap*):ti,ab,kw	87
#60	MeSH descriptor: [Exercise] this term only	18,581
#61	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12	484
#62	#13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 #19 OR #20 OR #21	3,483
#63	#22 OR #23 OR #24 OR #25 OR #26 OR #27 OR #28 OR #29 OR #30 OR #31 OR #32 OR #33 OR #34 OR #35 OR #36 OR #37 OR #38 OR #39 OR #40 OR #41 OR #42 OR #43 OR #44 OR #45 OR #46 OR #47 OR #48 OR #49 OR #50 OR #51 OR #52 OR #53 OR #54 OR #55 OR #56 OR #57 OR #58 OR #59 OR #60	1,374
#64	#61 AND #62 AND #63 with Publication Year from 2015 to 2021, with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Nov 2021, in Trials	250

Cochrane Protocols:

Search number	Query	Results
#1	((chronic* or sever*) and mental* and disorder*):ti,ab,kw	1
#2	MeSH descriptor: [Mental Disorders] this term only	4,156
#3	((chronic* or sever*) and mental* and illness):ti,ab,kw	2
#4	(severe and psychiatric and disorder*):ti,ab,kw	0
#5	(severe and mental and health and problems):ti,ab,kw	0
#6	(depression or (depressive and disorder*) or (severe and affective and disorder*)):ti,ab,kw	34
#7	(schizophrenia or psychotic* or paranoid or schizophrenic* or psychosis):ti,ab,kw	48
#8	((bipolar and disorder*) or (bipolar and affective and disorder*) or (manic and depression) or (bipolar and depression)):ti,ab,kw	5
#9	((personality and disorder*) or (obsessive and compulsive and disorder*)):ti,ab,kw	1
#10	MeSH descriptor: [Schizophrenia] this term only	7,994
#11	MeSH descriptor: [Depression] this term only	14,144
#12	MeSH descriptor: [Bipolar Disorder] this term only	2,885
#13	((randomized and controlled and trial) or (randomised and controlled and trial)):ti,ab,kw	0
#14	(random* and allocation):ti,ab,kw	0
#15	(random* and (trial or study)):ti,ab,kw	1
#16	((meta and analysis) or metaanaly* or (meta and analy*)):ti,ab,kw	61
#17	(systematic and (review or search*)):ti,ab,	82
#18	MeSH descriptor: [Randomized Controlled Trial] explode all trees	118
#19	MeSH descriptor: [Random Allocation] this term only	20,678
#20	MeSH descriptor: [Meta-Analysis as Topic] this term only	302
#21	MeSH descriptor: [Systematic Review] explode all trees	0
#22	(movement therap*):ti,ab,kw	0
#23	(movement-oriented):ti,ab,kw	0
#24	(movement oriented):ti,ab,kw	0
#25	(movement adj (intervention* or education* or training* or therap*)):ti,ab,kw	0
#26	(physical activit*):ti,ab,kw	12
#27	(physical adj1 (promot* or uptake* or encourage* or increase* or start* or sustain* or maintain* or conditioning*)):ti,ab,kw	0
#28	(physical adj1 (therap* or education* or training* or intervention* or fitness* or endurance* or recreation or exercise* or program* or modalit* or effort* or exertion* or condition*)):ti,ab,kw	0
#29	((physical or bodily or body-oriented) and activ*):ti,ab,kw	12
#30	motion adj1 (therap* or training* or intervention* or education* or program*):ti,ab,kw	0
#31	(athletic*):ti,ab,kw	0
#32	(exercise*):ti,ab,kw	38
#33	(exercise* adj (therap* or program* or intervention* or test* or physical* or aerobic* or isometric*)):ti,ab,kw	0
#34	(exercise movement technique*):ti,ab,kw	0
#35	((physical or bod*) and exertion*):ti,ab,kw	0
#36	(training adj1 (strength* or endurance* or power* or function*)):ti,ab,kw	0

#37	((physical or bod*) and intervention*):ti,ab,kw	28
#38	((physical or bod*) and motion*):ti,ab,kw	0
#39	(motor* and (training or intervention* or education or activ* or func- tion)):ti,ab,kw	11
#40	(sport*):ti,ab,kw	1
#41	(psychomotor* and (training or intervention* or education)):ti,ab,kw	0
#42	(sensomotor* and (training or intervention* or education)):ti,ab,kw	0
#43	(sensorimotor* and (training or intervention* or education)):ti,ab,kw	0
#44	(Workout):ti,ab,kw	0
#45	(Aerobic):ti,ab,kw	1
#46	(Jogging):ti,ab,kw	0
#47	(Walking):ti,ab,kw	4
#48	(Running):ti,ab,kw	1
#49	(gymnastic*):ti,ab,kw	0
#50	(fitness):ti,ab,kw	3
#51	(swimming):ti,ab,kw	0
#52	(cycl*):ti,ab,kw	8
#53	(bicycl*):ti,ab,kw	0
#54	(endurance sport*):ti,ab,kw	0
#55	(tai chi):ti,ab,kw	3
#56	(movement psychotherapy):ti,ab,kw	0
#57	(movement-oriented psychotherapy):ti,ab,kw	0
#58	(yoga):ti,ab,kw	4
#59	(physiotherap*):ti,ab,kw	1
#60	MeSH descriptor: [Exercise] this term only	18,581
#61	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12	85
#62	#13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 #19 OR #20 OR #21	118
#63	#22 OR #23 OR #24 OR #25 OR #26 OR #27 OR #28 OR #29 OR #30 OR #31 OR #32 OR #33 OR #34 OR #35 OR #36 OR #37 OR #38 OR #39 OR #40 OR #41 OR #42 OR #43 OR #44 OR #45 OR #46 OR #47 OR #48 OR #49 OR #50 OR #51 OR #52 OR #53 OR #54 OR #55 OR #56 OR #57 OR #58 OR #59 OR #60	92
#64	#61 AND #62 AND #63 with Publication Year from 2015 to 2021, with Cochrane Library publication date Between Nov 2015 and Nov 2021, in Trials	1

Flow-Chart eingeschlossener Arbeiten



PRISMA Flow-Diagramm: Bewegungs- und Sporttherapie

Extraktionsbögen der eingeschlossenen systematischen Reviews

Titel	Effects of Aerobic, Resistance, and Combined Exercise Training on Psychiatric Symptom Severity and Related Health Measures in Adults Living With Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-Analysis
Autoren	Shannon S. D. Bredin, Kai L. Kaufman, Maddison I. Chow, Donna J. Lang, Nana Wu, David D. Kim and Darren E. R. Warburton
Jahr	– 2022
Journal	– Frontiers in Cardiovascular Medicine
Fragestellung / Zielsetzung	– Die Arbeit untersucht die unterschiedlichen Auswirkungen von aerober körperlicher Aktivität, muskelkräftigenden Aktivitäten und einer Kombination aus aeroben und muskelkräftigenden Aktivitäten auf die Erkrankungsschwere und andere gesundheitsbezogene Faktoren bei Personen mit einer Schizophrenie.
Design	– Systematischer Review mit Meta-Analyse
Datenbanken	– MEDLINE, Embase, Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL), Web of Science, SPORTDiscus und Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL)
Zeitraum	– Vom Beginn einer jeweiligen Datenbank bis Dezember 2020
Eingeschlossene Studientypen	– randomisierte kontrollierte Studien (RCT; n=12) und andere Studiendesigns (n=10)
Autoren eingeschlossener Arbeiten (nur RCTs)	n=12 RCTs – Maurus et al. (2020) – Senormanci et al. (2020) – Silva et al. (2015) – Svatkova et al. (2015) – Scheewe et al. (2013) – Curcic et al. (2017) – Kern et al. (2020) – Loh et al. (2016) – Pajonk et al. (2010) – Ryu et al. (2020) – Shimada et al. (2019) – Su et al. (2016)
weitere relevante Einschlusskriterien	– Mindestdauer der Intervention: 6 Wochen – Messung der Symptomschwere mit einem angemessenen Instrument (PANSS, BPRS, SANS, SAPS)
relevante Ausschlusskriterien	– Studien die folgenden Interventionen untersuchten: HIIT-Training, Yoga, Tai-Chi
Qualitätsbewertung durchgeführt	– Ja (Downs and Black Quality Index)

Für welche Patienten / Subgruppen Aussagen getroffen?	– Wenn möglich nach Dauer der Intervention, Häufigkeit und Intensität
Gemessene Outcomes	– Depressionsschwere (primär) – Gewicht (sekundär) – BMI (sekundär) – VO₂max/peak (sekundär)
Ergebnisse (nur für RCTs)	Metaanalysen Allgemein: ▪ Verteilung nach Ländern: – Europa (n=6), Asien (n=4), USA (n=1), Südamerika (n=1) ▪ Anzahl Teilnehmer: – n= 554 (Min. 15/Max. 104) ▪ Dauer der Interventionen (Spannweite): – 2 bis 26 Wochen ▪ Interventionsgruppe: – Walking/Jogging/Biking (n=7) – Muskelkräftigung (n=2) – Kombination aerobes Training und Muskelkräftigung (n=3) ▪ Vergleichs-/Kontrollgruppe: – Herkömmliche Therapie (n=4) – Intervention mit geringer Intensität (n=3) – Beschäftigungstherapie (n=4) – sonstiges (n=1) Aerobes Training: - signifikanter Rückgang der Negativsymptomatik (PANSS negative Score⁴⁷: ES: -2,28, 95 % CI -3,57 bis -1,00; p = 0,0005, (I²: 0 %), 4 RCTs) - PANSS positiver Score – keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen einem aeroben Training und den Kontrollgruppen (n=4; p=0.57) - Signifikante Differenz des allgemeinen Scores der Skala (PANSS general score: ES: -2,51, 95 % CI -3,47 bis -1,55; p < 0,00001, I²: 14%, 3 RCTs) Muskelkräftigungstraining: – PANSS insgesamt – kein stat. signifikanter Unterschiede zwischen einem Muskelkräftigungstraining gegenüber den Kontrollgruppen (ES: -0.87, 95% CI -3.52 to 1.78; p = 0.52, I²: 0%; p = 0.45, 3 RCTs) Kombination aus aerobem Training und Muskelkräftigung: – PANSS positiver Score – keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen einem kombinierten Training gegenüber den Kontrollgruppen (ES: -1.18 95% CI -4.09 bis 1.73; p = 0.43, I²: 67%; p = 0.05, 3 RCTs) – PANSS gesamt – keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen einem kombinierten Training gegenüber den Kontrollgruppen (ES: 0.19, 95% CI -2.30 to 2.69; p = 0.88, I²: 29 %; p = 0.24) – BMI – keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen einem kombinierten Training gegenüber den Kontrollgruppen (ES 0.47, 95% CI -2.76 to 3.71; p = 0.77) (I²: 77%; p = 0.01) (n=3; p=0.77)

⁴⁷ Positive and Negative Syndrome Scale

Gesamtbetrachtung der Ergebnisse über die verschiedenen Trainingsmodalitäten

- Body-Mass-Index (ES: 1,86, 95 % CI 0,84 bis 2,88; $p = 0,0003$; I^2 : 42 %; $p = 0.14$, 4 RCTs)
- maximaler/Spitzen-Sauerstoffverbrauch (ES: 2,54, 95 % CI 1,47 bis 3,62; $p < 0,00001$, I^2 : 0 %; 4 RCTs)
- Körpergewicht (ES: 6,58, 95 % CI 2,94 bis 10,22; $p = 0,0004$, I^2 : 0 %; 2 RCTs),
- negativer PANSS-Scores (ES: -1,90, 95 % CI -2,70 bis -1,10; $p < 0,00001$; I^2 : 18%; $p = 0.28$; 8 RCTs)
- Skala zur Bewertung negativer Symptome (SANS) insgesamt (ES: -14,90, 95 % CI -22,07 bis -7,74; $p < 0,0001$, I^2 : 0 %; $p = 0.46$)
- Positivsymptomatik kein Effekt ($p = 0.16$; $p = 0.80$)

Bemerkungen

Aktuellste eingeschlossene systematische Übersichtsarbeit, in der versucht wurde, das optimale Trainingsprogramm zur Verbesserung der gesundheitsbezogenen körperlichen Fitness und anderer Gesundheitsindikatoren bei Personen, die mit Schizophrenie leben, zu ermitteln.

Verschiedene Limitationen:

- Lediglich $k = 12$ der 22 eingeschlossenen Studien sind RCTs / bei der großen Mehrheit der übrigen Artikel handelte es sich um Pilot- oder Machbarkeitsstudien / nur Studien mit KG in Analysen einbezogen
- relativ kleine Stichproben
- lediglich einige der Studien gaben spezifische Mengen an antipsychotischen Medikamenten an; der Einfluss der antipsychotischen Medikation auf die Ergebnisse wurde nicht berücksichtigt
- viele der Kontrollgruppen entsprechen einer alternativen Form der körperlichen Aktivität, daher ist es schwierig zu bestimmen, ob die berichteten Outcomes ein Ergebnis der durchgeführten Bewegungsintervention sind
- Aufgrund der begrenzten Anzahl von Studien, waren nur wenige Daten für die MA zur Verfügung, um verschiedene Ergebnisse zu interpretieren auch in Abhängigkeit der verschiedenen Trainingsmodalitäten durchzuführen. Zur Unterstützung einer größeren Anzahl von Ergebnissen, wurden Meta-Analysen durchgeführt, die alle Trainingsmodalitäten kombinierten
- Aufgrund der geringen Zahl an Studien, die in die Meta-Analyse einbezogen wurden, war es nicht möglich Untergruppenanalysen für Dauer, Häufigkeit und Intensität innerhalb jeder Trainingsgruppe durchzuführen.
- Grad der Heterogenität innerhalb der Metaanalysen von gering bis beträchtlich (bei der Mehrheit jedoch gering)

Titel	High Intensity Interval training (HIIT) for people with severe mental illness: A systematic review & meta-analysis of intervention studies—considering diverse approaches for mental and physical recovery
Autoren	Nicole Korman, Michael Armour, Justin Chapman, Simon Rosenbaum, Steve Kisely, Shuichi Suetani, Joseph Firth, Dan Siskind
Jahr	– 2020
Journal	– Psychiatry Research
Fragestellung / Zielsetzung	– Die Arbeit untersucht neben den psychologischen Outcomes der HIIT-Intervention bei Personen mit SMI zusätzlich die Durchführbarkeit und Sicherheit der Maßnahmen.
Design	– Systematischer Review mit Meta-Analyse
Datenbanken	– Embase, Pubmed, Cochrane Central trials Register und PsycINFO
Zeitraum	– von Beginn der jeweiligen Datenbank bis Juni 2019
Eingeschlossene Studientypen	– randomisierte kontrollierte Studien (n=5) sowie nicht-randomisierte kontrollierte Studien, für LL wurden die RCTs betrachtet
Autoren eingeschlossener Arbeiten (nur RCTs)	n=5 – Chapman et al. (2017) – Gerber et al. (2018) – Hanssen et al. (2018) – Minghetti et al. (2018) – Romain et al. (2018)
weitere relevante Einschlusskriterien	– Erwachsene mit schweren psychischen Erkrankungen (schwere depressive Störungen, bipolare Störungen und psychotische Störungen).
relevante Ausschlusskriterien	– k. A.
Qualitätsbewertung durchgeführt	– ja (RCT - Risk of Bias Tool der Cochrane Collaboration)
Für welche Patienten / Subgruppen Aussagen getroffen?	– Keine Subgruppenanalysen
Gemessene Outcomes	– Körperliche Fitness ($VO_{2max/peak}$) – Metabolische Parameter (BMI, Gewicht, Taillenumfang, Nüchternblutglukose, Blutfette, Blutdruck, Körperkomposition) – Psychiatrische Symptome (Positiv-Negativ-Symptomatik, depressive Stimmung) – Lebensqualität – Funktionalität

Ergebnisse (nur für RCTs)

Allgemein:

- Verteilung nach Ländern:
 - k. A.
- Anzahl Teilnehmer:
 - n= 273 (Min. 16/Max. 72)
- Dauer der Interventionen (Spannweite):
 - 4 bis 26 Wochen
- Interventionsgruppen:
 - HIIT (High Intensity Interval training)
- Vergleichs-/Kontrollgruppen:
 - MCT (moderate intensity continuous training; n=4)
 - Herkömmliche Therapie (TAU; n=1)
- Motivationaler Ansatz:
 - n=3 (kostenlose Mitgliedschaft Fitnessstudio oder finanzielle Anreize)

Ergebnisse körperliche Fitness

- $VO_{2max/peak}$ (Maß für die Fähigkeit einer Person, während der Bewegung Sauerstoff aufzunehmen und zu verbrauchen, Ruheherzfrequenz, Leistung und Kraft) – keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen HIIT und MCT: ES = 0,243, p = 0,127, $I^2 = 0\%$, 4 RCTs

Ergebnisse metabolische Parameter

- Metabolische Parameter – keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen HIIT und MCT (n=1)
- Nur eine RCT verglich HIIT mit MCT in Bezug auf Stoffwechselergebnisse (Gewicht, Taille, Körperzusammensetzung) und fand keine Veränderungen, allerdings handelte es sich um eine sehr kleine Studie (n=16) mit hoher Fluktuation (43,5%)

Ergebnisse Psychiatrische Symptome

- Depressive Stimmung (DASS-21, BDI-II) *: stat. signifikante Unterschiede zwischen HIIT und MCT, 4 RCTs, moderate Verbesserung der depressiven Stimmung in der HIIT-Gruppe im Vergleich zu MCT, ES = -0,420, p = 0,007; Heterogenität $I^2 = 0\%$
- Positiv-Symptomatik (PANSS)**: keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen HIIT und MCT bzw. TAU (n=4)
- Negativ-Symptomatik (PANSS)**: stat. signifikante Unterschiede zwischen HIIT und TAU (n=1)

* Depression and Anxiety Subscale 21, Beck Depression Inventory Version 2

** Positive and Negative Symptoms Scale

Ergebnisse Lebensqualität

- Lebensqualität (physisch, mental) – keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen HIIT und TAU (n=1)

Ergebnisse Funktionalität

- GAF – stat. signifikante Unterschiede zwischen HIIT und TAU (n=1)

Ergebnisse Durchführbarkeit

- Drop-Outs HIIT zwischen 24 bis 50 %
- Drop-Outs Kontrollgruppe zwischen 11 bis 37,5 %

Ergebnisse Sicherheit

- Unerwünschte Ereignisse HIT – Verschlimmerung bereits bestehender körperlicher Beschwerden (Hüft-/Rückenschmerzen n=2); Auftreten neuer körperlicher Beschwerden (Rückenschmerzen, n=2; Knieschmerzen, n=2; Muskelschmerzen, n=1; Krämpfe, n=1; leichte Knöchelverstauchung, n=1; Brustschmerzen, n=1)
- Unerwünschte Ereignisse MCT – Schienbein- und Knöchelschmerzen (n=2)

Bemerkungen

Die Ergebnisse sind sehr heterogen. Dazu sehr wenige Studien eingeschlossen mit geringer Anzahl an Teilnehmern.

Titel	Yoga as part of a package of care versus non-standard care for schizophrenia (Review)
Autoren	Broderick J, Vancampfort D
Jahr	– 2019
Journal	– Cochrane Database of Systematic Reviews
Fragestellung / Zielsetzung	– Die Arbeit untersucht die Auswirkungen von Yoga (als Teilintervention) gegenüber einer nicht-herkömmlichen Standardtherapie bei Personen mit Schizophrenie.
Design	– Systematischer Review
Datenbanken	– MEDLINE, PubMed, Embase, CINAHL, BIOSIS, AMED, PsycINFO und Register klinischer Studien – Referenzlisten aller eingeschlossen Arbeiten
Zeitraum	– von Beginn der jeweiligen Datenbank bis 15. Mai 2018
Eingeschlossene Studientypen	– randomisierte kontrollierte Studien
Autoren eingeschlossener Arbeiten	– k=0
weitere relevante Einschlusskriterien	– Keine Sprachrestriktion
relevante Ausschlusskriterien	– k. A.
Qualitätsbewertung durchgeführt	– ja, geplant (RCT - Risk of Bias Tool der Cochrane Collaboration)
Für welche Patienten / Subgruppen Aussagen getroffen?	– Keine Subgruppenanalysen
Gemessene Outcomes	– Primär ▪ Mentaler Zustand (PANSS, Calgary Depression Scale (CDS), The Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)) ▪ Globaler Zustand (Clinical Global Impression Severity (CGIS)) ▪ Funktionalität (Social Occupational Functioning Scale (SOFS), TRENDS Accuracy Score) ▪ Unerwünschte Ereignisse – Sekundär ▪ Lebensqualität (WHOQOL-BREF, SF-36) ▪ Kognitive Funktionen ▪ Vorzeitiger Studienabbruch ▪ Kosten (ökonom.)

	▪ Physische Gesundheit ▪ Inanspruchnahme weitere Leistungen ▪ Behinderung ▪ Aktivitäten des tägl. Lebens
Ergebnisse	<u>Allgemein:</u> ▪ Verteilung nach Ländern: – k. A. ▪ Anzahl Teilnehmer: – k. A. ▪ Dauer der Interventionen (Spannweite): – k. A. ▪ Interventionsgruppen: – k. A. ▪ Vergleichs-/Kontrollgruppen: – k. A.
Bemerkungen	– Keine Studien zur Thematik gefunden

Titel	The pro-cognitive mechanisms of physical exercise in people with schizophrenia
Autoren	Joseph Firth, Jack Cotter, Rebekah Carney and Alison R Yung
Jahr	– 2017
Journal	– British Journal of Pharmacology
Fragestellung / Zielsetzung	– Die Arbeit untersucht die Auswirkungen von körperlicher Aktivität auf die kognitiven Funktionen bei Personen mit einer Schizophrenie.
Design	– Systematischer Review
Datenbanken	– MEDLINE, PsycINFO, Embase, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Health Technology Assessment Database, AMED (Allied and Complementary Medicine) und HMIC (Health Management Information Consortium) – zusätzlich Google Scholar
Zeitraum	– von Beginn der jeweiligen Datenbank bis 22. September 2016
Eingeschlossene Studientypen	– randomisierte kontrollierte Studien (RCT; k=9) und andere Studiendesigns (kontrollierte Studien k=3; einarmige Studie k=2)
Autoren eingeschlossener Arbeiten (nur RCTs)	k=9 – Lin et al. (2015) – Malchow et al. (2015) – Pajonk et al. (2010); Falkai et al. (2013) – Scheewe et al. (2013) – Svatkova et al. (2015) – Cassilhas et al. (2015) – Ho et al. (2016) – Kim et al. (2014) – Kimhy et al. (2015)
weitere relevante Einschlusskriterien	– k. A.
relevante Ausschlusskriterien	– Interventionen wie Yoga oder Tai-Chi – Fallstudien
Qualitätsbewertung durchgeführt	– k. A.
Für welche Patienten / Subgruppen Aussagen getroffen?	– k. A.
Gemessene Outcomes	– Parameter der Kognition – Neurobiologische Veränderungen

Ergebnisse (nur für die RCTs)

Allgemein:

- Verteilung nach Ländern:
 - k. A.
- Anzahl Teilnehmer:
 - n= 350 (Min. 16/Max. 100)
- Dauer der Interventionen (Spannweite):
 - 12 Wochen bis 6 Monate
- Interventionsgruppe:
 - Aerobe Übungen (z. B. Laufband, Fahrradergometer, (n=7))
 - Muskelkräftigung (z. B. progressive Übungen, Thera-Bänder) (n=2)
- Vergleichs-/Kontrollgruppe:
 - Herkömmliche Therapie (n=3)
 - Tischfußball (n=2)
 - Aktivitäten mit geringer Intensität (n=2)
 - Tai-Chi (n=1)
 - Beschäftigungstherapie (n=1)

Ergebnisse verbale Erfassung

- (Steigerung) Verbale Erfassung –stat. signifikante Unterschiede zwischen einer aeroben Intervention und einer herkömmlichen Therapie (n=1; p=0.02) (Lin et al. 2015)

Ergebnisse verbale Beibehaltung

- (Steigerung) Verbale Beibehaltung –stat. signifikante Unterschiede zwischen einer aeroben Intervention und einer herkömmlichen Therapie (n=1; p=0.016) (Lin et al. 2015)

Ergebnisse Ziffernspanne vorwärts

- (Steigerung) Ziffernspanne vorwärts –stat. signifikante Unterschiede zwischen einer aeroben Intervention und einer herkömmlichen Therapie bzw. Tai-Chi (n=2; p=0.014; p<0.05) (Lin et al. 2015)

Ergebnisse Ziffernspanne rückwärts

- (Steigerung) Ziffernspanne rückwärts –stat. signifikante Unterschiede zwischen einer aeroben Intervention und einer herkömmlichen Therapie (n=1; p<0.01) (Lin et al. 2015)

Ergebnisse Volumen der grauen Substanz des Hippocampus

- (Steigerung) Volumen der grauen Substanz des Hippocampus –stat. signifikante Unterschiede zwischen einer aeroben Intervention und einer herkömmlichen Therapie (n=3; p=0.002 bis 0.05) (Lin et al. 2015)

- (Steigerung) Volumen der grauen Substanz des Hippocampus – keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen einer aeroben Intervention und einer Beschäftigungstherapie

Ergebnisse verbales Kurzzeitgedächtnis

- (Steigerung) verbales Kurzzeitgedächtnis – stat. signifikante Unterschiede zwischen einer aeroben Intervention und einer Tischfußballintervention (n=2; p=0.03 bis 0.04) (Malchow et al. 2015)

Ergebnisse verbales Langzeitgedächtnis

- (Steigerung) verbales Langzeitgedächtnis – stat. signifikante Unterschiede zwischen einer aeroben Intervention und einer Tischfußballintervention (n=1; p=0.03) (Malchow et al. 2015)

Ergebnisse globaler IQ

- (Steigerung) globaler IQ – keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen einer aeroben Intervention und einer herkömmlichen Therapie (n=1; p=0.33) (Svatkova et al. 2015)

Ergebnisse globale Kognition

- Steigerung globale Kognition – stat. signifikante Unterschiede zwischen einer muskelkräftigenden Intervention mit aeroben Komponenten und einer herkömmlichen Therapie (n=1; p=0.031) (Kimhy et al. 2015)

Ergebnisse hirnnorganischer neurotropher Faktor (BDNF)

- BDNF – keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen einer Muskelkräftigungsintervention (mit aeroben Komponenten) und einer Intervention mit geringer Intensität bzw. herkömmlicher Therapie (n=2; p=0.3 bis 0.5) (Cassilhas et al. (2015), Kimhy et al. (2015))
- BDNF – stat. signifikante Unterschiede zwischen einer aeroben und muskelkräftigenden Intervention gegenüber einer Intervention mit geringer Intensität (p=0.007) (Kim et al. 2014)

Bemerkungen

Durchgeführt wurde eine systematische Suche und eine narrative Zusammenfassung; eine Qualitätsbewertung der eingeschlossenen Arbeiten erfolgte jedoch nicht.

Titel	Combined aerobic and resistance exercise interventions for individuals with schizophrenia: A systematic review
Autoren	Heather Martin, Samuel Beard, Nathan Clissold, Kameel Andraos, Luke Currey
Jahr	– 2017
Journal	– Mental Health and Physical Activity
Fragestellung / Zielsetzung	– Die Arbeit untersucht die Auswirkungen von kombinierten aeroben körperlicher Aktivität und muskelkräftigenden Aktivitäten und deren Effekte auf die mentale Gesundheit, die kardiovaskuläre Fitness und der Muskelzunahme bei Personen mit einer Schizophrenie.
Design	– Systematischer Review
Datenbanken	– AusportMed (1989-present), AMED (1985-present), Medline (1946-present), Physiotherapy Evidence Database (PEDro) (1929-present), Cinahl (1982-present), NISCAN (1988-present), Scopus, Web of Science (1990-present) und ScienceDirect
Zeitraum	– Vom Beginn einer jeweiligen Datenbank bis September 2016
Eingeschlossene Studientypen	– randomisierte kontrollierte Studien (RCT)
Autoren eingeschlossener Arbeiten	k=7 – Ho et al. (2016) – Kim et al. (2014) – Silva et al. (2015) – Marzolini et al. (2009) – Scheewe et al. (2013a) – Scheewe et al. (2013b) – Scheewe et al. (2012)
weitere relevante Einschlusskriterien	– Bestätigte Diagnose einer Schizophrenie durch DSM-IV oder DSMV – Kombinierte Intervention (aerob und muskelkräftigend)
relevante Ausschlusskriterien	– Studien mit medikamentösen oder verhaltenstherapeutischen Interventionen
Qualitätsbewertung durchgeführt	– Ja (PEDro-Scale und Risk of Bias Tool Cochrane Collaboration)
Für welche Patienten / Subgruppen Aussagen getroffen?	– k. A.
Gemessene Outcomes	– Depressionsschwere (PANSS; MHI) – VO₂max oder VO₂peak – Muskelkräftigung (Anzahl Wiederholungen)

Ergebnisse**Allgemein:**

- Verteilung nach Ländern:
 - k. A.
- Anzahl Teilnehmer:
 - n= 326 (Min. 13/Max. 100)
- Dauer der Interventionen (Spannweite):
 - 12 bis 24 Wochen
- Interventionsgruppe:
 - Walking/Jogging/Running in Komb. mit Muskelkräftigung (n=4)
 - Nicht berichtet (n=3)
- Vergleichs-/Kontrollgruppe:
 - Aktive Kontrollgruppe (n=4)
 - Herkömmliche Therapie (n=2)
 - Beschäftigungstherapie (n=1)

Ergebnisse Kardiovaskuläre Fitness (VO_{2max} oder VO_{2peak})

- VO_{2max} oder VO_{2peak} – keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen einem kombinierten Training gegenüber den Kontrollgruppen (n=3)
 - Scheewe et al. (2012)* 2.5 [7.35, -2.35]; An improvement of 0.3 ml/min/kg in VO_{2peak} in combined exercise compared to a decrease of 2.2 ml/min/kg in the control group
 - Scheewe et al. (2013a)* 2.3 [5.97, -1.37]; A mean decrease in VO_{2max} of 0.4 ml/min/kg in combined exercise compared to 2.3 ml/min/kg decrease in the control when using intention-to-treat analysis A mean decrease of 0.1 mL/min/kg in VO_{2max} by combined exercise compared to a decrease of 3.1 ml/min/kg by the control
 - Scheewe et al. (2013b)* 3.9 [8.87, -1.07]; A mean improvement of 0.6 ml/min/kg in VO_{2peak} by combined exercise group compared to a mean reduction of 0.1 ml/min/kg in control

Ergebnisse Muskelkräftigung

- Muskelkräftigung – stat. signifikante Unterschiede zwischen einem kombinierten Training gegenüber den Kontrollgruppen (n=3)
 - Kim et al. (2014): 17.7 [26.58, 8.82]; An improvement in grip strength of 1.6 kg in combined exercise compared to a mean reduction of 2.5 kg by control. An improvement in leg strength of 20.2 kg in combined exercise compared to 2.5 kg increase in control
 - Marzolini et al. (2009): 6.9 [7.9, 5.9]; A mean improvement of 10.6 kg in a bicep curl 1RM test by combined exercise compared to minor improvement of 3.7 kg by control
 - Silva et al. (2015): 27.81 [44.89, 10.73]; A mean improvement by combined exercise group in chest press, leg press and leg curl of 11.17 kg, 40.81 kg & 42.53 kg respectively compared

to control group improvement of 4.81 kg, 13 kg & 9.55 kg respectively

Ergebnisse Psychische Gesundheit (PANSS; MHI)

- Psychische Gesundheit – stat. signifikante Unterschiede zwischen einem kombinierten Training gegenüber den Kontrollgruppen (n=4)
 - Ho et al. (2016): 0.8 [2.2, 0.6]; A mean reduction of 0.1 in positive symptoms via combined exercise compared to an exacerbation of 0.6 in control group. A mean reduction of 0.5 in negative symptoms via combined exercise compared to an exacerbation of 0.3 in control group.
 - Marzolini et al. (2009): 6.4 [13.04, -0.24]; A mean improvement of total score in the MHI of 9.2 by combined exercise compared to 2.8 in overall mental health.
 - Scheewe et al. (2013a): 2.8 [7.02, -1.42]; A mean reduction in PANSS total score of 4.3 by combined exercise compared to control reduction of 1.5 when using intention-to-treat analysis. A mean reduction in PANSS total score of 6.7 by combined exercise compared to a mean exacerbation of 1.1 in control group.
 - Scheewe et al. (2013b): 6.5 [11.8, 1.2]; A mean reduction in PANSS total score of 6.6 by combined exercise compared to control group reduction of 0.1 (n.s.)
 - Silva et al. (2015): 11.58 [14.22, 8.94]; A mean reduction in PANSS total score of 11.03 by combined exercise compared to a mean exacerbation of 0.55 in control group

Bemerkungen

Die verfügbaren Studien haben ein hohes Gesamtrisiko der Verzerrung (6/7 Studien) und eine geringe Studienqualität, was bedeutet, dass die Ergebnisse nicht schlüssig sind.

Titel		Exercise for patients with major depression: a systematic review with meta-analysis and trial sequential analysis	
Autoren		Jesper Krogh, Carsten Hjorthøj, Helene Speyer, Christian Glud, Merete Nordentoft	
Jahr		– 2017	
Journal		– BMJ Open	
Fragestellung / Zielsetzung		– Die Arbeit untersucht die (nützlichen und schädlichen) Auswirkungen von körperlicher Aktivität u. a. auf die Erkrankungsschwere und Lebensqualität bei Personen mit einer schweren Depression.	
Design		– Systematischer Review mit Meta-Analyse	
Datenbanken		– CENTRAL, MEDLINE, EMBASE, Science Citation Index (Web of Science), LILACS und Wanfang	
Zeitraum		– bis 20. Juni 2017	
Eingeschlossene Studientypen		– randomisierte kontrollierte Studien (RCT)	
Autoren eingeschlossener Arbeiten		n=35	– Fang et al. (2013) – Huipeng und Xiaohui (2013) – Ho et al. (2014) – Danielsson et al. (2014) – Pfaff et al. (2014) – Guifeng et al. (2015) – Junchin et al. (2015) – Schuch et al. (2011) – Kerling et al. (2015) – Belvederi et al. (2015) – Carneiro et al. (2015) – Doose et al. (2015) – Pentecost et al. (2015) – Salehi et al. (2016) – Legrand et al. (2016) – Euteneuer et al. (2017) – Olson et al. (2017) – Patten et al. (2017)
weitere relevante Einschlusskriterien		– Diagnose entsprechend Research Diagnostic Criteria, International Classification of Diseases (ICD) oder Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders (DSM) – Auch Teilnehmer mit somatischen Komorbiditäten	

relevante Ausschlusskriterien	– Studien ohne Kontrollgruppe oder Kontrollgruppen, die auch eine körperliche Aktivität durchführten
Qualitätsbewertung durchgeführt	– Ja (Risk of Bias Tool der Cochrane Collaboration)
Für welche Patienten / Subgruppen Aussagen getroffen?	– Ja, z. B. Studien mit hohem Risiko für Bias vs Studien mit geringem Risiko für Bias; nach Alter (jung vs. alt), Gruppen- vs. Einzeltherapie, Dauer der Intervention, Intensität der Intervention
Gemessene Outcomes	– Depressionsschwere – ausbleibende Remission – Unerwünschte Ereignisse
Ergebnisse	<u>Allgemein:</u> ▪ Verteilung nach Ländern: – Europa (n=17), USA (n=8), Asien (n=6), Australien (n=2), Südafrika (n=2) ▪ Anzahl Teilnehmer: – n= 2.630 (Min. 18/Max. 361) ▪ Dauer der Interventionen (Spannweite): – 2 Wochen bis 32 Wochen ▪ Interventionsgruppe: – Systematische physische Interventionen mit der Zielstellung Muskeln zu kräftigen (n=11) und/oder die kardiovaskuläre Fitness (n=24) zu steigern z. B. Laufen, Schwimmen, Fitness (Gewicht) ▪ Vergleichs-/Kontrollgruppe: – Herkömmliche Therapie (n=18) – Stretching (n=5) – Gesundheitsberatung (n=4) – Warteliste (n=2) – Intervention mit geringer Intensität (n=2) – Sonstiges (n=5) <u>Ergebnisse Depressionsschwere</u> Depressionsschwere – stat. signifikante Unterschiede zwischen den aufgeführten Interventionen gegenüber den Kontrollgruppen (SMD⁴⁸: -0,75 [95% CI: -0,98 bis -0,52]; p<0,000001, I²: 81%, N = 31 RCTs). – Analyse der Untergruppen: Studien mit geringerem Risiko für Bias (SMD: -0,11 SMD (95% CI -0,41 bis 0,18; p=0,45; I²=62%) vs. Studien mit hohem Risiko für Bias -0,75 SMD (-0,98 bis -0,52; p<0,001; I²=81%) (Test der Untergruppendifferenz, p<0,001). – Wirkstärke bei kleineren Studien (N = 50 Teilnehmende oder weniger) (SMD: -1,11 [95% CI: -1,52 bis -0,72]; p<0,001; I²=78 %) vs. größerer

⁴⁸ SMD standardisierte mittlere Differenz

Studien (SMD: -0,37 [95% CI: -0,57 bis -0,18]; $p < 0,001$; $I^2 = 75\%$) (Test der Subgruppendifferenz, $p = 0,001$).

- Studien mit kurzer Interventionsdauer (<10 Wochen) (SMD: -0,92 [95% CI: -1,09 bis -0,74]; $p < 0,001$; $I^2 = 14\%$) vs. Studien mit längerer Interventionsdauer (SMD: -0,49 [95% CI: -0,75 bis -0,23]; $p < 0,001$; $I^2 = 83\%$) (Test der Untergruppendifferenz, $p = 0,007$).
- Studien hochintensives/hochdosiertes vs. oder niedrig intensives/niedrig dosiertes Training / Unterschied von -0,40 SMD [95% CI: -0,67 bis -0,12]; $p = 0,005$; $I^2 = 0\%$) zugunsten von Übungen mit hoher Intensität/hoher Dosis.

Ergebnisse ausbleibende Remission

- ausbleibende Remission – stat. signifikante Unterschiede zwischen den aufgeführten Interventionen gegenüber den Kontrollgruppen ($n=19$; RR für fehlende Remission 0,78 (95% KI 0,68 bis 0,90; $p=0,0008$) zugunsten der Intervention, $I^2: 69\%$

Ergebnisse schwerwiegende unerwünschte Ereignisse (z. B. Tod)

- Schwerwiegende unerwünschte Ereignisse – keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen den aufgeführten Interventionen gegenüber den Kontrollgruppen ($n=3$; $p=0.48$)

Ergebnisse nicht schwerwiegende unerwünschte Ereignisse (z. B. Muskelschmerzen)

- Nicht schwerwiegende unerwünschte Ereignisse – keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen den aufgeführten Interventionen gegenüber den Kontrollgruppen ($n=10$; $p=0.6$)

Ergebnisse Lebensqualität

- Lebensqualität – keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen den aufgeführten Interventionen gegenüber den Kontrollgruppen ($n=9$; $p=0.07$)

Bemerkungen

- Hohes Biasrisiko, hohe Heterogenität, Stichproben mit depressiven Patientinnen und Patienten, kein SMI

Titel	Yoga as part of a package of care versus standard care for schizophrenia (Review)
Autoren	Broderick J, Vancampfort D
Jahr	– 2017b
Journal	– Cochrane Database of Systematic Reviews
Fragestellung / Zielsetzung	– Die Arbeit untersucht die Auswirkungen von Yoga gegenüber einer der herkömmlichen Standardtherapie bei Personen mit Schizophrenie.
Design	– Systematischer Review
Datenbanken	– MEDLINE, PubMed, Embase, CINAHL, BIOSIS, AMED, PsycINFO und Register klinischer Studien – Referenzlisten aller eingeschlossen Arbeiten
Zeitraum	– von Beginn der jeweiligen Datenbank bis 30. März 2017
Eingeschlossene Studientypen	– randomisierte kontrollierte Studien
Autoren eingeschlossener Arbeiten	n=3 – Isuru et al. (2015) – Paikkatt et al. (2012) – Xie et al. (2006)
weitere relevante Einschlusskriterien	– Keine Sprachrestriktion
relevante Ausschlusskriterien	– k. A.
Qualitätsbewertung durchgeführt	– ja (RCT - Risk of Bias Tool der Cochrane Collaboration)
Für welche Patienten / Subgruppen Aussagen getroffen?	– Keine Subgruppenanalysen
Gemessene Outcomes	– Primär ▪ Mentaler Zustand (PANSS, Calgary Depression Scale (CDS), The Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)) ▪ Globaler Zustand (Clinical Global Impression Severity (CGIS)) ▪ Funktionalität (Social Occupational Functioning Scale (SOFS), TRENDS Accuracy Score) ▪ Unerwünschte Ereignisse – Sekundär ▪ Lebensqualität (WHOQOL-BREF, SF-36) ▪ Kognitive Funktionen ▪ Vorzeitiger Studienabbruch

- Kosten (ökonom.)
- Physische Gesundheit
- Inanspruchnahme weitere Leistungen
- Behinderung
- Aktivitäten des tägl. Lebens

Ergebnisse

Allgemein:

- Verteilung nach Ländern:
 - k. A.
- Anzahl Teilnehmer:
 - n=193 (Min. 30/Max. 90)
- Dauer der Interventionen (Spannweite):
 - 3 bis 8 Wochen
- Interventionsgruppen:
 - Yoga (n=3)
- Vergleichs-/Kontrollgruppen:
 - Herkömmliche Therapie (n=3)

Mentaler Zustand

Ergebnisse PANSS

- Keine verwertbaren Daten vorhanden

Globaler Zustand

- Keine verwertbaren Daten vorhanden

Lebensqualität – Unterschiede durchschnittliche Veränderungen der Scores

- stat. signifikante Unterschiede zwischen Yoga und der herkömmlichen Therapie (n=80, k=1) (GQOLI-74)
- The mean quality of life (GQOLI-74) in the intervention groups was 22.93 higher (19.74 to 26.12 higher)
-

Aktivitäten des täglichen Lebens

- Baden – stat. signifikante Unterschiede zwischen Yoga und der herkömmlichen Therapie (n=1)
- Essverhalten – keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen den Interventions- und Kontrollgruppen (n=1)
- Haarpflege – keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen den Interventions- und Kontrollgruppen (n=1)
- Haushalt führen – stat. signifikante Unterschiede zwischen Yoga und der herkömmlichen Therapie (n=1)
- Nagelpflege – stat. signifikante Unterschiede zwischen Yoga und der herkömmlichen Therapie (n=1)

	– Zähne putzen – stat. signifikante Unterschiede zwischen Yoga und der herkömmlichen Therapie (n=1) – Toilettennutzung – – keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen den Interventions- und Kontrollgruppen (n=1)
Bemerkungen	Die Evidenz war begrenzt und schwach. Die Zahl der eingeschlossenen Studien war gering, und es wurde nur über eine kurzfristige Nachbeobachtung für zwei Endpunkte berichtet.

Titel	Yoga versus non-standard care for schizophrenia
Autoren	Broderick J, Crumlish N, Waugh A, Vancampfort D
Jahr	– 2017
Journal	– Cochrane Database of Systematic Reviews
Fragestellung / Zielsetzung	– Die Arbeit untersucht die Auswirkungen von Yoga gegenüber einer nicht-herkömmlichen Standardtherapie bei Personen mit Schizophrenie.
Design	– Systematischer Review mit Meta-Analyse
Datenbanken	– MEDLINE, PubMed, Embase, CINAHL, BIOSIS, AMED, PsycINFO und Register klinischer Studien – Referenzlisten aller eingeschlossen Arbeiten
Zeitraum	– von Beginn der jeweiligen Datenbank bis 30. März 2017
Eingeschlossene Studientypen	– randomisierte kontrollierte Studien
Autoren eingeschlossener Arbeiten	n=6 – Behere et al. (2011) – Bhatia et al. (2017) – Duraiswamy et al. (2007) – Lin et al. (2015) – Manjunath et al. (2013) – Varambally et al. (2013)
weitere relevante Einschlusskriterien	– Keine Sprachrestriktion
relevante Ausschlusskriterien	– k. A.
Qualitätsbewertung durchgeführt	– ja (RCT - Risk of Bias Tool der Cochrane Collaboration)
Für welche Patienten / Subgruppen Aussagen getroffen?	– Keine Subgruppenanalysen
Gemessene Outcomes	– Primär ▪ Mentaler Zustand (PANSS, Calgary Depression Scale (CDS), The Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)) ▪ Globaler Zustand (Clinical Global Impression Severity (CGIS)) ▪ Funktionalität (Social Occupational Functioning Scale (SOFS), TRENDS Accuracy Score) ▪ Unerwünschte Ereignisse – Sekundär

- Lebensqualität (WHOQOL-BREF, SF-36)
- Kognitive Funktionen
- Vorzeitiger Studienabbruch
- Kosten (ökonom.)
- Physische Gesundheit
- Inanspruchnahme weitere Leistungen
- Behinderung
- Aktivitäten des tägl. Lebens

Ergebnisse

Allgemein:

- Verteilung nach Ländern:
 - k. A.
- Anzahl Teilnehmer:
 - n= 586 (Min. 88/Max. 194)
- Dauer der Interventionen (Spannweite):
 - Ø 4,5 Monate
- Interventionsgruppen:
 - Yoga (n=6)
- Vergleichs-/Kontrollgruppen:
 - andere Trainingsinterventionen (Kombination aus Walking, Jogging und Übungen im Stehen/Sitzen) (n=5)
 - Laufband und Fahrradergometer (n=1)

Psychopathologische Symptome

Ergebnisse der Positiven und Negativen Syndromskala (PANSS gesamt)

- keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen Yoga und der aktiven Kontrollgruppe (n=1 RCT, n=84, RR 0,81 [CI 0,62 bis 1,07], Evidenz von geringer Qualität)

Soziales Funktionsniveau

- keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen Yoga und der aktiven Kontrollgruppe (k=1 RCT, N=84, RR 0,90 [CI 0,78 bis 1,04], Evidenz von geringer Qualität), Social Occupational Functioning Scale (SOFS)
- keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen Yoga und der aktiven Kontrollgruppe (n=1) (TRACS)

Lebensqualität – Unterschiede durchschnittliche Veränderungen der Scores

- keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen Yoga und der aktiven Kontrollgruppe (n=1) (SF-36; mentale Gesundheit)
- keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen Yoga und der aktiven Kontrollgruppe (n=1) (SF-36; physische Gesundheit)/ (durchschnittliche Veränderung der 36-Item Short Form Survey (SF-36) Unterskala

zur Lebensqualität, 1 RCT, n=69, MD -5.30 [CI -17.78 bis 7.18], geringe Qualität der Evidenz)

- keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen Yoga und der aktiven Kontrollgruppe (n=1) (WHOQOL-BREF; physische Gesundheit) / körperliche Gesundheit, (durchschnittliche Veränderung WHOQOL-BREF Unterskala körperliche Gesundheit, 1 RCT, n=69, MD 9,22 [CI -0,42 bis 18,86], geringe Qualität der Nachweise).

vorzeitiger Studienabbruch und unerwünschte Ereignisse

- Es gab einen deutlichen Unterschied im Ergebnis, wenn die Studie vorzeitig verlassen wurde (6 RCTs, n=586, RR 0,64 [CI 0,49 bis 0,83], Evidenz mittlerer Qualität) zugunsten der Yoga-Gruppe.
- Nur eine Studie berichtete über unerwünschte Wirkungen, wobei in keiner der Behandlungsgruppen unerwünschte Ereignisse auftraten. Es gab eine beträchtliche Anzahl fehlender Ergebnisse, dazu gehörten z.B. Rückfälle, Veränderungen der Kognition, Kosten der Behandlung, Auswirkungen auf die Standardbehandlung.

Bemerkungen

Die Evidenz war begrenzt und schwach. Die Zahl der eingeschlossenen Studien war gering, und es wurde nur über eine kurzfristige Nachbeobachtung für zwei Endpunkte berichtet.

Titel	Exercise as a treatment for depression: A meta-analysis adjusting for publication bias
Autoren	Felipe B. Schuch, Davy Vancampfort, Justin Richards, Simon Rosenbaum, Philip B. Ward, Brendon Stubbs
Jahr	– 2016
Journal	– Psychiatry Research
Fragestellung / Zielsetzung	– Die Arbeit untersucht u. a. die Auswirkungen von Training auf die Depressionsschwere bei Personen mit einer (schweren) Depression (MDD). – Specific aims: (1) to establish the updated effects of exercise on depression <u>comparing exercise versus non-active control groups</u>, – (2) <u>to identify moderators</u> through meta-regression analyses, including sample characteristics (sex, use of medication and severity of baseline symptoms) and exercise intervention variables (length of the trial, frequency) that could impact the effects of exercise on depression, – (3) to investigate, through <u>subgroup and sensitivity analyses</u>, the magnitude of the effects of exercise considering study quality, group format, setting, intensity, type, supervision, presence of clinical co-morbidities, type of publication and diagnosis of MDD, – (4) to assess the <u>influence of publication bias</u> on the reported effects of exercise on depression, and – (5) to <u>quantify the strength of the existing evidence</u> by calculating the number of negative studies required to nullify the pooled ES of the analyses performed.
Design	– Systematischer Review mit Meta-Analysen
Datenbanken	– Studien Cochrane-Review (Cooney et al. 2013) – Academic Search Premier, MEDLINE, Psychology and Behavioral Sciences Collection, PsycINFO, SPORTDiscus, CINAHL Plus und Pubmed
Zeitraum	– Januar 2013 bis August 2015
Eingeschlossene Studientypen	– randomisierte kontrollierte Studien (RCT)
Autoren eingeschlossener Arbeiten (nur RCTs mit MDD-Patienten)	n=11 – Blumenthal et al. (2007) – Danielsson et al. (2014) – Epstein et al. (1986) – Kerling et al. (2015) – Morta-Pereira et al. (2011) – Oertel-Knoechel et al. (2014) – Pilu et al. (2007) – Schuch et al. (2015)

	– Singh et al. (1997) – Singh et al. (2005) – Veale et al. (1992)
weitere relevante Einschlusskriterien	– (1) <u>adult participants with a primary diagnosis of MDD</u> according to established criteria (e.g. Research Diagnostic Criteria (RDC), DSM-IV, or ICD-10 or those with above-threshold depressive symptoms determined by a validated screening measure – (2) Measured depressive symptoms pre- and postintervention, or reported a mean change and standard deviation using a validated measure – (3) Were <u>RCTs investigating exercise</u>, as defined by Caspersen et al. (1985) as planned, structured, repetitive and purposive physical activity, in the sense that improvement or maintenance of one or more components of physical fitness was an objective, in the active arm of the trial. Trials that used yoga, tai chi or qi going, were not included since such mind-body activities also comprise a core set of behavioral techniques such as, but not limited to, deep breathing, meditation/mind-fullness and self-awareness. – (4) Included a <u>non-active control group</u> such as: usual-care, wait-list control conditions, placebo pills or other social activities. Trials that included any other exercise intervention (such as stretching or low-dose exercise) for comparison were excluded.
relevante Ausschlusskriterien	– Studien, die aktive Interventionen durchführten wie bspw. Yoga, Tai-Chi
Qualitätsbewertung durchgeführt	– Ja (Risk of bias Tool Cochrane Collaboration)
Für welche Patienten / Subgruppen Aussagen getroffen?	– für Personen mit MDD
Gemessene Outcomes	– Depressionsschwere
Ergebnisse	<u>Allgemein:</u> ▪ Verteilung nach Ländern: – k. A. ▪ Anzahl Teilnehmer: – n= 453 (Min. 8/Max. 100) ▪ Dauer der Interventionen (Spannweite): – 3 bis 32 Wochen ▪ Interventionsgruppe: – k. A. ▪ Vergleichs-/Kontrollgruppe: nicht-aktive KG Depressionsschwere Subgruppenanalysen: schwere Depression <u>Study quality</u> High quality: K=3; SMD: 1.133 (-0.140 bis 2.406, p=0.08)

Low quality: k=6, SMD: 1.176 (0.244 bis 2.109), p=0.013

Study setting

Outpatient/community: k=6, SMD: 1.517 (0.458 bis 2.576), p=0.005

Inpatient: k=3, SMD: 0.553 (0.167 bis 0.938), p=0.005

Intensity

Light to moderate: k=1, SMD: 0.525 (-0.472 bis 1.521), p=0.302

Moderate: k=3, SMD: 1.965 (-0.211 bis 4.142), p=0.077

Vigorous: k=2, SMD: 1.380 (-1.110 bis 3.870), p=0.277

Exercise type

Aerobic only: k=9, SMD: 1.139 (0.464 bis 1.814), p=0.001

Group exercise

No: k=3, SMD: 2.585 (0.549 bis 4.62207), p=0.013

Yes: k=4, SMD: 0.677 (0.061 bis 1.294), p=0.031

Supervised

Supervised: k=8, SMD: 0.798 (0.257 bis 1.339), p=0.004

Supervised and unsupervised: k=1, SMD: 4.599 (3.189 bis 6.009), p < 0.001

Professional who supervised

Qualified exercise professional: k=6, SMD: 1.537 (0.514 bis 2.599), p=0.003

Other: k=2, SMD: 0.655 (-0.011 bis 1.420), p=0.094

Comorbidities

No major comorbidities: k=9, SMD: 1.139 (0.464 bis 1.814), p=0.001

Type of publication

Peer review journal: k=8, SMD: 1.14 (0.411 bis 1.871), p=0.002

Thesis: k=1, SMD: 1.176 (0.132 bis 2.220), p=0.027

Bemerkungen

Inaktive Kontrollgruppe unterscheidet sich hier von anderen Reviews. Die Autoren berechneten die ES auf der Grundlage der mittleren Veränderung (Ausgangswert bis Endpunkt) der Symptome der Kontroll- und Übungsgruppe, nicht nur die Endpunktmessung. Neuere Studien eher von hoher Qualität. Das Ausmaß der Effekte war in Studien zu MDD größer als in Studien, in denen keine klinischen Diagnosen angegeben wurden. In Stichproben mit klinischen Diagnosen muss von höheren Depressionswerten zu Baseline ausgegangen werden. Folglich besteht ein größeres Potenzial für eine stärkere Verringerung der Symptome. Im Gegensatz zu den größeren Effekten in Stichproben mit MDD, war der Effekt von Bewegung in Stichproben ohne eine klinische Diagnose von MDD mäßig. Die Analysen bekräftigen lt. Autoren die Evidenzbasis für die Vorteile von Bewegung bei Menschen mit Depressionen. Sie fanden eine Verringerung auf der HAM-D-Skala um etwa 5 Punkte, und um mehr als 6 Punkte in der BDI-Skala, sowohl in der Gesamtstichprobe als auch bei MDD-Patienten separat betrachtet. Diese Verringerung liegt oberhalb der klinisch bedeutsamen Reduktion von drei Punkten auf der HAM-D-Skala, wie sie den NICE-Leitlinien (NICE, 2009) formuliert ist.

Titel	A systematic review of cognitive effects of exercise in depression	
Autoren	Brondino N, Rocchetti M, Fusar-Poli L, Codróns E, Correale L, Vandoni M, Barbui C, Politi P.	
Jahr	–	2017
Journal	–	Acta Psychiatr Scand
Fragestellung / Zielsetzung	–	Die Arbeit untersucht die Auswirkungen von Trainingsinterventionen auf die Kognition (allg. und spez. Bereiche) bei Personen mit schwerer Depression.
Design	–	Systematischer Review mit Metaanalyse
Datenbanken	–	Web of Science™ (beinhaltet KCL Korean Journal Database, MEDLINE, Russian Science Citation Index und Scielo Citation Index) und CINAHL.
Zeitraum	–	von Beginn der jeweiligen Datenbank bis August 2016
Eingeschlossene Studientypen	–	RCTs
Autoren eingeschlossener Arbeiten	n=8	– Chan et al. (2012) – Hoffman et al. (2008) – Krogh et al. (2009) – Krogh et al. (2012) – Lavretsky et al. (2011) – Luttenberger et al. (2015) – Örtel-Knöchel et al. (2014) – Sharma et al. (2006)
weitere relevante Einschlusskriterien	–	
relevante Ausschlusskriterien	–	
Qualitätsbewertung durchgeführt	–	Ja (Risk of Bias Tool der Cochrane Collaboration)
Für welche Patienten / Subgruppen Aussagen getroffen?	–	Nach Follow-Up-Dauer, Intensität der Intervention, Anzahl wöchentlicher Trainingssessions
Gemessene Outcomes	–	Kognition
Ergebnisse	<u>Allgemein:</u> ▪ Verteilung nach Ländern:	

- k. A.
- Anzahl Teilnehmer:
 - n= 729 (Min. 22/Max. 202)
- Dauer der Interventionen (Spannweite):
 - 4 bis 16 Wochen
- Interventionsgruppe:
 - aerobe Übungen (n=4)
 - Mind-Body-Intervention (z. B Tai-Chi (n=3)
 - anaerobe Übungen (n=2)
- Vergleichs-/Kontrollgruppe:
 - Warteliste (n=3)
 - Stretching (n=2)
 - Yoga (n=1)
 - Gesundheitsberatung (n=1)
 - Sonstiges (n=1)

Ergebnisse Kognition (insgesamt)

- Keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen einer Trainingsintervention und den Kontrollgruppen (k=9; p=0.36)

Ergebnisse Verarbeitungsgeschwindigkeit

- Keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen einer Trainingsintervention und den Kontrollgruppen (k=7; p=0.53)

Ergebnisse Aufmerksamkeit

- Keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen einer Trainingsintervention und den Kontrollgruppen (k=7; p=0.50)

Ergebnisse Gedächtnis

- Keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen einer Trainingsintervention und den Kontrollgruppen (k=6; p=0.81)

Ergebnisse verbales Lernen

- Keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen einer Trainingsintervention und den Kontrollgruppen (k=6; p=0.59)

Ergebnisse visuelles Lernen

- stat. signifikante Unterschiede zwischen einer Trainingsintervention und den Kontrollgruppen (k=4; p=0.04)

Ergebnisse problemorientiertes Denken

- keine stat. signifikanten Unterschiede zwischen einer Trainingsintervention und den Kontrollgruppen (k=5; p=0.47)

Bemerkungen	Meta-Analyse konnte keinen wesentlichen Nutzen von körperlicher Bewegung auf kognitive Symptome bei Depressionen aufzeigen
Titel	Exercise improves physical and psychological quality of life in people with depression: A meta-analysis including the evaluation of control group response
Autoren	Felipe B. Schuch, Davy Vancampfort, Simon Rosenbaum, Justin Richards, Philip B. Ward, Brendon Stubbs
Jahr	– 2016b
Journal	– Psychiatry Research
Fragestellung / Zielsetzung	– Die Arbeit untersucht u. a. die Auswirkungen von aeroben Training auf die auf verschiedenen Bereiche der Lebensqualität bei Personen mit einer (schweren) Depression (MDD) oder depressiven Symptomen.
Design	– Systematischer Review mit Meta-Analyse
Datenbanken	– Academic Search Premier, MEDLINE, Psychology and Behavioral Sciences Collection, PsycINFO, SPORTDiscus, CINAHL Plus und Pubmed – Referenzlisten der eingeschlossenen Arbeiten
Zeitraum	– Januar 2013 bis August 2015
Eingeschlossene Studientypen	– randomisierte kontrollierte Studien (RCT)
Autoren eingeschlossener Arbeiten (nur RCTs mit MDD-Patienten)	n=6 – Brenes et al. (2007) – Carta et al. (2008) – Gary et al. (2010) – Huang et al. (2015) – Morta-Pereira et al. (2011) – Schuch et al. (2015)
weitere relevante Einschlusskriterien	– auch Einschluss von Studien mit Patienten, die an einer Dysthymie leiden
relevante Ausschlusskriterien	– Studien, die Interventionen durchführten wie bspw. Yoga, Tai-Chi – Studien mit aktiven Kontrollgruppen
Qualitätsbewertung durchgeführt	– Ja (Risk of bias Tool Cochrane Collaboration)
Für welche Patienten / Subgruppen Aussagen getroffen?	–
Gemessene Outcomes	– Lebensqualität (QoL; WHOQOL-BREF; SF-36)
Ergebnisse	<u>Allgemein:</u> ▪ Verteilung nach Ländern:

- k. A.
- Anzahl Teilnehmer:
 - n= 198 (Min. 26/Max. 50)
- Dauer der Interventionen (Spannweite):
 - 3 bis 32 Wochen
- Interventionsgruppe:
 - aerobes Training
- Vergleichs-/Kontrollgruppe:
 - nicht-aktive Kontrollgruppe

Lebensqualität

- Lebensqualität gesamt – stat. signifikante Unterschiede zwischen einem aeroben Training gegenüber einer nicht-aktiven Kontrollgruppen (n= 5; SMD=0.39, 95% CI 0.47–0.74, p=0.002)
- Lebensqualität physische Domäne – stat. signifikante Unterschiede zwischen einem aeroben Training gegenüber einer nicht-aktiven Kontrollgruppen (n= 5; SMD=0.53, 95% CI 0.22–0.84, p<0.001)
- Lebensqualität psychische Domäne – stat. signifikante Unterschiede zwischen einem aeroben Training gegenüber einer nicht-aktiven Kontrollgruppen (n= 5; SMD=0.53, 95% CI 0.22–0.85, p<0.001)
- Lebensqualität soziale Domäne – keine stat. signifikante Unterschiede zwischen einem aeroben Training gegenüber einer nicht-aktiven Kontrollgruppen (n= 5; SMD=0.28, 95% CI -0.13-0.71, p=0.18)
- Lebensqualität umweltbezogene Domäne – keine stat. signifikante Unterschiede zwischen einem aeroben Training gegenüber einer nicht-aktiven Kontrollgruppen (n= 5; SMD=0.36, 95% CI -0.12-0.85, p=0.14)

Bemerkungen

Einschluss von nur sechs Studien, wobei sich einige Sensitivitätsanalysen auf nur drei Studien bezogen. Heterogenität in den Analysen eher gering, was auf eine konsistente Wirkung von Bewegung auf die Verbesserung der Lebensqualität hinweist.

Nur eine der Studien wies ein geringeres Risiko der Verzerrung auf.

Trotz Einschränkungen im Einschluss bezogen auf die Sprache, kein erhöhtes Risiko für Publikationsverzerrungen gefunden.

Titel		EPA guidance on physical activity as a treatment for severe mental illness: a meta-review of the evidence and Position Statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the International Organization of Physical Therapists in Mental Health (IOPTMH)	
Autoren		Brendon Stubbs, Davy Vancampfort, Mats Hallgren, Joseph Firth, Nicola Veronese, Marco Solmi, Serge Brand, Joachim Cordes, Berend Malchow, Markus Gerber, Andrea Schmitt, Christoph U. Correll, Marc De Hert, Fiona Gaughran, Frank Schneider, Florence Kinnafick, Peter Falkai, Hans-Jürgen Möller, Kai G. Kahl	
Jahr		– 2018	
Journal		– European Psychiatry	
Fragestellung / Zielsetzung		– Die Arbeit untersucht die Effekte von der Bewegungs- und Sporttherapie (BST) bei Personen mit SMI. Zudem wurde untersucht, ob erkrankungsspezifische Unterschiede hinsichtlich der Effekte von SBT existieren.	
Design		– Systematischer Review mit Meta-Analyse	
Datenbanken		– Medline/ Pubmed, PsychInfo, EMBASE und die Cochrane Datenbank	
Zeitraum		– von Beginn der jeweiligen Datenbank bis Januar 2018	
Eingeschlossene Studientypen		– systematische Reviews (mit/ohne Meta-Analyse) mit Ergebnissen von RCTs oder kontrollierten Studien	
Autoren eingeschlossener Arbeiten		n=20	– Thomson et al. (2015) – Souza de Sà Filho et al. (2015) – Stubbs et al. (2016) – Schuch et al. (2016)* – Schuch et al. (2016b)* – Krogh et al. (2017) – Schuch et al. (2016c) – Kvam et al. (2016) – Silveira et al. (2013) – Cooney et al. (2013) – Brondino et al. (2017)* – Evans et al. (2005)
weitere relevante Einschlusskriterien		– k. A.	
relevante Ausschlusskriterien		– Interventionen wie Yoga oder Tai-Chi	
Qualitätsbewertung durchgeführt		– ja (AMSTAR)	

Für welche Patienten / Subgruppen Aussagen getroffen?	– k. A.
Gemessene Outcomes	– Outcomes (primär): – Änderung der Symptomschwere – Outcomes (sekundär): – Faktoren der körperlichen Gesundheit (z. B. BMI; Taillenumfang) – Kardiorespiratorische Fitness – Aktivitäts-/Inaktivitätslevel – Kognitive Funktionen – Strukturen des Gehirns – Lebensqualität – Funktionalität – Drop-Out Raten – Unerwünschte Ereignisse – Ökonomische Evaluation
Ergebnisse	<u>Anmerkung:</u> – Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt im Rahmen der Einzelanalyse der oben aufgeführten und eingeschlossenen Arbeiten*.
Bemerkungen	Es wurden auch Reviews berücksichtigt, die nicht den Einschlusskriterien der Leitlinie entsprechen. Arbeit wird im Hintergrundtext berücksichtigt.

Tabelle: Übersicht grundlegender Charakteristika der aggregierten Evidenz zur Wirksamkeit von Maßnahmen zu Bewegungs- und Sporttherapien bei Personen mit schweren psychischen Erkrankungen

Autoren Jahr	Einschluss gesamter Review Anzahl eingeschlossener Studien Studienland	Patienten • Diagnose(n) • Alter • Anzahl (min, max.) • Setting	Intervention • Art d. Interventionen • Dauer (min, max) • Häufigkeit pro Woche • Intensität	Kontrollgruppe	Länge des Follow up's
Bredin et al. 2022 (Systematischer Review mit Metaanalyse)	- nein 12 RCTs⁴⁹ - Europa (n=6), Asien (n=4), USA (n=1), Südamerika (k=1)	- Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen k. A. - N=664 (15, 104) k. A.	- Walking/Jogging/Biking (n=7), Muskelkräftigung (n=2), Kombination aerobes Training und Muskelkräftigung (n=3) 2 bis 26 Wochen 1-4-mal wöchentlich - gering bis stark	Herkömmliche Therapie (n=4), Intervention mit geringer Intensität (n=3), Beschäftigungstherapie (n=4), sonstiges (n=1)	k. A.
Korman et al. 2020 (Systematischer Review mit Metaanalyse)	- nein 5 RCTs⁵⁰ k. A.	- Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen (überwiegend schwere Depression) k. A. - N=273 (16/72) k. A.	- High Intensity Interval training 4 bis 26 Wochen 2-3-mal wöchentlich - hoch	Kontinuierliches Training mit mittlerer Intensität (n= 4), herkömmliche Therapie (n=1)	k. A.
Broderick et al. 2019	Es lagen keine Daten vor, die analysiert werden konnten, da keine Studien die Einschlusskriterien erfüllten				
Stubbs et al. 2018	systematische Übersichtsarbeit (Overview) es erfolgte eine Einzelanalyse der jeweiligen eingeschlossenen Arbeiten (Arbeiten entsprechend gekennzeichnet)				

⁴⁹ Maurus et al. (2020), Senormanci et al. (2020), Silva et al. (2015), Svatkova et al. (2015), Scheewe et al. (2013), Curcic et al. (2017), Kern et al. (2020), Loh et al. (2016), Pajonk et al. (2010), Ryu et al. (2020), Shimada et al. (2019), Su et al. (2016).

⁵⁰ Chapman et al. (2017), Gerber et al. (2018), Hanssen et al. (2018), Minghetti et al. (2018), Romain et al. (2018).

Brondino et al. (2017)* (Systematischer Review mit Metaanalyse)	- ja - n=8 k. A.	- Menschen mit schwerer Depression 46,5 Jahre (Ø) - n= 729 (22, 202) k. A.	- aerobe Übungen (n=4), Mind-Body-Intervention (z. B. Tai-Chi (n=3), anaerobe Übungen (n=2) 4 bis 16 Wochen - überwiegend 1-3 mal wöchentlich - gering bis hoch	Warteliste (n=3), Stretching (n=2), Yoga (n=1), Gesundheitsberatung (n=1), Sonstiges (n=1)	10 Wochen (Median)
Krogh et al. (2017)* (Systematischer Review mit Metaanalyse)	- ja 35 RCTs - Europa (n=17), USA (n=8), Asien (n=6), Australien (n=2), Südafrika (n=2)	- Menschen mit schwerer Depression k. A. - N=2.630 (18, 361) - überwiegend ambulant (n=23)	- Systematische physische Interventionen mit der Zielstellung Muskeln zu kräftigen (n=11) und/oder die kardiovaskuläre Fitness (n=24) zu steigern 2 bis 32 Wochen 2- bis 5-mal wöchentlich k. A.	Herkömmliche Therapie (n=18), Stretching (n=5), Gesundheitsberatung (n=4), Warteliste (n=2), Intervention mit geringer Intensität (n=2), Sonstiges (n=5)	k. A.
Firth et al. (2017)*	- nein 9 RCTs⁵¹ k. A.	- Menschen mit Schizophrenie k. A. - N= 350 (16, 100) k. A.	- Aerobe Übungen (z. B. Laufband, Fahrradergometer, (n=7)), Muskelkräftigung (z. B. progressive Übungen, Thera-Bänder) (n=2) 12 Wochen bis 6 Monate k. A. k. A.	Herkömmliche Therapie (n=3), Tischfußball (n=2), Aktivitäten mit geringer Intensität (n=2), Tai-Chi (n=1), Beschäftigungstherapie (n=1)	k. A.
Martin et al. (2017)*	- ja 7 RCTs k. A.	- Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis 39 Jahre (Ø)	- Walking/Jogging/Running in Komb. mit Muskelkräftigung (n=4), Nicht berichtet (n=3) 12 bis 24 Wochen	Aktive Kontrollgruppe (n=4), Herkömmliche Therapie (n=2), Beschäftigungstherapie (n=1)	k. A.

⁵¹ Lin et al. (2015), Malchow et al. (2015), Pajonk et al. (2010); Falkai et al. (2013), Scheewe et al. (2013), Svatkova et al. (2015), Cassilhas et al. (2015), Ho et al. (2016), Kim et al. (2014), Kimhy et al. (2015).

		• N=326 (13, 100) • k. A.	• 2- bis 3-mal wöchentlich • mäßig bis stark		
Broderick et al. (2017a) (Systematischer Review mit Metaanalyse)	• Ja • 3 RCTs • k. A.	• Überwiegend Menschen mit Schizophrenien oder schizo-affektiven Störungen • k. A. • n=193 (Min. 30/Max. 90) • stationär (n=2), ambulant (n=1)	• Yoga • 3 bis 8 Wochen • unklar • k. A.	• Herkömmliche Therapie (n=3)	• k. A.
Broderick et al. (2017b) (Systematischer Review mit Metaanalyse)	• ja • 6 RCTs • k. A.	• Überwiegend Menschen mit Schizophrenien oder schizo-affektiven Störungen • k. A. • n= 586 (Min. 88/Max. 194) • ambulant (n=4), stationär (n=1), ambulant und stationär (n=1)	• Yoga • Ø 4,5 Monate • sehr heterogen (täglich, 3-mal wöchentlich, 25 Session pro Monat etc.) • k. A.	• andere Trainingsinterventionen (Kombination aus Walking, Jogging und Übungen im Stehen/Sitzen) (n=5), Laufband und Fahrradergometer (n=1)	• k. A.
Schuch et al. (2016a)* (Systematischer Review mit Metaanalyse)	• ja • 11 RCTs • k. A.	• überwiegend Menschen mit schwerer Depression (MDD) • 18-76 Jahre (Ø-Spannweite) • N=453 (8, 100) • überwiegend ambulant	• Training (keine genauere Angabe) • 3 bis 32 Wochen • k. A. • k. A.	• k. A.	• k. A.
Schuch et al. (2016b)* (Systematischer Review mit Metaanalyse)	• ja • 6 RCTs • k. A.	• Menschen mit schwerer Depression (MDD) oder depressiven Symptomen; teilweise mit Komorbiditäten • 39-76 Jahre (Ø-Spannweite) • N=198 (26, 50)	• aerobes Training • 3 bis 32 Wochen • 2-5 mal • überwiegend leicht bis moderat	• nicht aktive Kontrollgruppe	• k. A.

		• überwiegend ambulant			

Tabelle: Effekte von Bewegungsinterventionen bei Patienten mit schweren psych. Erkrankungen (SMI) auf verschiedene Zielgrößen (Systematische Übersichtsarbeiten)

	SMI											
	Bredin 2022			Korman 2020		Taylor 2018	Martin ¹ 2017	Broderick 2017a	Broderick 2017b	Firth ¹ 2017	Vancampfort 2017	Vancampfort 2015
Intervention vs. Kontrolle	Aerobes Training vs. KG	Muskel-kräfti- gung vs. KG	Komb. aerobes Trai- ning + Muskelkräfti- gung vs. KG	HIIT vs. MCT	HIIT vs. TAU	Strukturierte Trainings-in- tervention vs. KG	Körperli- ches Training vs. KG	Yoga vs. TAU	Yoga vs. aktive KG	Aerobes Trai- ning (+ Kräfti- gung) vs. KG	Aerobe Übungen vs. KG	Aerobe Übungen vs. KG
Biologische Effekte												
Gewicht ↓	k. A.	k. A.	k. A.	~	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
BMI ↓	k. A.	k. A.	~	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
Taillenumfang ↓	k. A.	k. A.	k. A.	++	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
Körperbau	k. A.	k. A.	k. A.	~	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
Aufbau Muskulatur ↑	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	++	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
Blutfette ↓	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
Nüchtern glukose ↓	k. A.	k. A.	k. A.	~	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
Blutdruck ↓	k. A.	k. A.	k. A.	~	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
Nüchtern lipide ↓	k. A.	k. A.	k. A.	~	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
VO _{2max} ↑	k. A.	k. A.	k. A.	~	++	k. A.	~	k. A.	k. A.	k. A.	++	++
VO _{2peak} ↑	k. A.	k. A.	k. A.	~	++	k. A.	~	k. A.	k. A.	k. A.	++	++
Psychologische Effekte												
Ausbleibende Remission	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
Negativsymptome ↓	++	k. A.	k. A.	k. A.	++	k. A.	k. A.	k. A.	~	k. A.	k. A.	k. A.
Positivsymptome ↑	~	k. A.	~	k. A.	~	k. A.	k. A.	k. A.	~	k. A.	k. A.	k. A.
Allg. Depressions-sympto- matik ↓	++	~	~	++	k. A.	++	++	k. A.	~	k. A.	k. A.	k. A.
Lebensqualität ↑	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	~	k. A.	k. A.	++	~/++	k. A.	k. A.	k. A.
Kognitive Effekte												
verbale Erfassung ↑	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	++	k. A.	k. A.
verbale Beibehaltung ↑	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	++	k. A.	k. A.

Ziffernspanne vorwärts ↑	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	++	k. A.	k. A.
Ziffernspanne rückwärts ↑	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	++ ¹	k. A.	k. A.
Volumen der grauen Substanz ↑	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	++	k. A.	k. A.
verbales Kurzzeitgedächtnis ↑	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	++	k. A.	k. A.
verbales Langzeitgedächtnis ↑	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	++ ¹	k. A.	k. A.
globaler IQ ↑	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	~	k. A.	k. A.
globale Kognition ↑	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	++ ¹	k. A.	k. A.
BDNF	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	~/++*	k. A.	k. A.
Aktivitäten des tägl. Lebens												
Baden	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	++	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
Essverhalten	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	~	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
Haarpflege	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	~	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
Haushalt führen	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	++	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
Nagelpflege	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	++	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
Zähne putzen	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	++	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
Toilettennutzung	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	~	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
Sonstige												
Funktionalität ↑	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	++	k. A.	k. A.	k. A.	~	k. A.	k. A.	k. A.
Unerwünschte Ereignisse ↓	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
Vorzeitiger Studienabbruch	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	++	k. A.	k. A.	k. A.

Anmerkungen:

++: signifikanter Vorteil in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe, +: tendenzielle Überlegenheit ohne signifikanten Unterschied in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe, ~: Ergebnisse vergleichbar in beiden Gruppen, -: Nachteil in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe, ↓: Reduktion, ↑: Erhöhung; * Ergebnisse nicht stat. signifikant: Muskelkräftigungs-intervention (mit aeroben Komponenten) vs. einer Intervention mit geringer Intensität bzw. herkömmlicher Therapie/ Ergebnisse stat. signifikant: aeroben und muskelkräftigenden Intervention vs. Intervention mit geringer Intensität ; ¹ Ergebnisse beziehen sich auf Daten von Einzelstudien; HIIT= High Intensity Interval training; MCT= moderate intensity continuous training; TAU=Herkömmliche Therapie; KG=Kontrollgruppe; BDNF= brain-derived neurotrophic factor

Tabelle: Effekte von Bewegungsinterventionen bei Patienten mit schwerer Depression auf verschiedene Zielgrößen (Systematische Übersichtsarbeiten)

	Schwere Depression			
	Brondino 2017	Krogh 2017	Schuch 2016a	Schuch 2016b
Intervention vs. Kontrolle	Körperliche Aktivität vs. KG	Muskelkräftigung und/oder aerobe Übungen vs. KG	Training vs. KG	Aerobes Training vs. nicht-aktive KG
Biologische Effekte				
Gewicht ↓	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
BMI ↓	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
Taillenumfang ↓	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
Körperbau	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
Aufbau Muskulatur ↑	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
Blutfette ↓	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
Nüchtern glukose ↓	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
Blutdruck ↓	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
Nüchtern lipide ↓	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
VO _{2max} ↑	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
VO _{2peak} ↑	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
Psychologische Effekte				
Ausbleibende Remission	k. A.	++	k. A.	k. A.
Negativsymptome ↓	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
Positivsymptome ↑	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
Allg. Depressions-symptomatik ↓	k. A.	++	++	k. A.
Lebensqualität (QoL) allg. ↑	k. A.	+	k. A.	++
Physische Domäne QoL ↑	k. A.	k. A.	k. A.	++
Psychische Domäne QoL ↑	k. A.	k. A.	k. A.	++

Soziale Domäne QoL ↑	k. A.	k. A.	k. A.	~
Umweltbezogene Domäne QoL ↑	k. A.	k. A.	k. A.	~
Kognitive Effekte				
verbale Erfassung ↑	~	k. A.	k. A.	k. A.
verbale Beibehaltung ↑	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
Visuelles Lernen ↑	++	k. A.	k. A.	k. A.
Ziffernspanne vorwärts ↑	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
Ziffernspanne rückwärts ↑	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
Volumen der grauen Substanz ↑	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
verbales Kurzzeitgedächtnis ↑	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
verbales Langzeitgedächtnis ↑	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
globaler IQ ↑	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
globale Kognition ↑	~	k. A.	k. A.	k. A.
problemorientiertes Denken ↑	~	k. A.	k. A.	k. A.
BDNF	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
Verarbeitungsgeschwindigkeit ↑	~	k. A.	k. A.	k. A.
Aufmerksamkeit ↑	~	k. A.	k. A.	k. A.
Gedächtnis ↑	~	k. A.	k. A.	k. A.
Aktivitäten des tägl. Lebens				
Baden	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
Essverhalten	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
Haarpflege	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
Haushalt führen	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
Nagelpflege	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
Zähne putzen	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
Toilettennutzung	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
Sonstige				
Funktionalität ↑	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
Unerwünschte Ereignisse ↓	k. A.	~	k. A.	k. A.
Vorzeitiger Studienabbruch	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.

Bewertung der eingeschlossenen Übersichtsarbeiten zu den Bewegungs- und Sporttherapien bei Personen mit schweren psych. Erkrankungen nach der AMSTAR 2 Checkliste

Autor	Bredin 2022	Kor- man 2020	Martin 2017	Firth 2017	Bro- derick 2017a	Bro- derick 2017b	Bron- dino 2017	Schuch 2016a	Schuch 2016b	Firth 2015
AMSTAR-Item										
1. Did the research questions and inclusion criteria for the review include the components of PICO?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
2. Did the report of the review contain an explicit statement that the review methods were established prior to the conduct of the review and did the report justify any significant deviations from the protocol?	Teilweise ja (definierte Fragestellung, Suchstrategie, Ein- und Ausschlusskriterien, Quali- tätsbewertung)	Ja	Teilweise ja (definierte Fragestellung, Suchstrategie, Ein- und Ausschlusskriterien, Quali- tätsbewertung)	Nein	Ja	Ja	Ja	Teilweise ja (definierte Fragestellung, Suchstrategie, Ein- und Ausschlusskriterien, Quali- tätsbewertung)	Ja	Ja
3. Did the review authors explain their selection of the study designs for inclusion in the review?	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja	Nein	Nein	Nein
4. Did the review authors use a comprehensive literature search strategy?	Teilweise ja	Teil- weise ja	Teilweise ja	Teilweise ja	Teil- weise ja	Teil- weise ja	Nein	Teilweise ja	Teil- weise ja	Teil- weise ja
5. Did the review authors perform study selection in duplicate?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Teil- weise ja	Ja	Ja	Ja
6. Did the review authors perform data extraction in duplicate?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nein	Ja
7. Did the review authors provide a list of excluded studies and justify the exclusions?	Teilweise ja	Teil- weise ja	Teilweise ja	Teilweise ja	Ja	Ja	Ja	Teilweise ja	Teil- weise ja	Teil- weise ja
8. Did the review authors describe the included studies in adequate detail?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Teil- weise ja	Nein	Ja	Ja
9. Did the review authors use a satisfactory technique for assessing the risk of bias (RoB) in individual studies that were included in the review?	Nein	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
10. Did the review authors report on the sources of funding for the studies included in the review?	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein

11. If meta-analysis was performed did the review authors use appropriate methods for statistical combination of results?	Ja	Ja	Keine Meta-Analyse	Keine Meta-Analyse	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
12. If meta-analysis was performed, did the review authors assess the potential impact of RoB in individual studies on the results of the meta-analysis or other evidence synthesis?	Nein	Nein	Keine Meta-Analyse	Keine Meta-Analyse	Nein	Nein	Nein	Ja	Nein	Nein
13. Did the review authors account for RoB in individual studies when interpreting/ discussing the results of the review?	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein
14. Did the review authors provide a satisfactory explanation for, and discussion of, any heterogeneity observed in the results of the review?	Ja	Nein	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja	Nein	Ja	Nein
15. If they performed quantitative synthesis did the review authors carry out an adequate investigation of publication bias (small study bias) and discuss its likely impact on the results of the review?	Ja	Ja	Keine Meta-Analyse	Keine Meta-Analyse	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
16. Did the review authors report any potential sources of conflict of interest, including any funding they received for conducting the review?	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Assessment critical Items*	Kritisch niedrig	Niedrig	Niedrig	Kritisch niedrig	Mod- rat	Moderat	Kritisch niedrig	Niedrig	Niedrig	Nied- rig

*gemeint sind die Nummern 2,4,7,9,11,13,15

Anmerkung: Die Arbeit von Broderick et al. (2019) wurde bei der Bewertung nach der AMSTAR 2 Checkliste nicht berücksichtigt, da keine Daten vorlagen, die analysiert werden konnten, da keine Studien die Einschlusskriterien erfüllten. Die Untersuchung von Stubbs et al. 2018 (Meta-Review) wurde nicht durch das AMSTAR 2 Tool bewertet; jedoch alle von dort eingeschlossenen Übersichtsarbeiten (mit Meta-Analysen).

Ausgeschlossene Arbeiten und Ausschlussgründe**Reviews**

Brinsley J, Schuch F, Lederman O, Girard D, Smout M, Immink MA, Stubbs B, Firth J, Davison K, Rosenbaum S. Effects of yoga on depressive symptoms in people with mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *Br J Sports Med.* 2021 Sep;55(17):992-1000. doi: 10.1136/bjsports-2019-101242. Epub 2020 May 18. PMID: 32423912.

Ausschlussgrund: Population

Roberts MT, Lloyd J, Välimäki M, Ho GW, Freemantle M, Békefi AZ. Video games for people with schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2021 Feb 4;2:CD012844. doi: 10.1002/14651858.CD012844.pub2. PMID: 33539561.

Ausschlussgrund: Intervention

Quirk H, Hock E, Harrop D, Crank H, Peckham E, Traviss-Turner G, Machaczek K, Stubbs B, Horspool M, Weich S, Copeland R. Understanding the experience of initiating community-based group physical activity by people with serious mental illness: A systematic review using a meta-ethnographic approach. *Eur Psychiatry.* 2020 Oct 22;63(1):e95. doi: 10.1192/j.eurpsy.2020.93. PMID: 33087211; PMCID: PMC7681136.

Ausschlussgrund: Methodisches Design

Marques A, Gomez-Baya D, Peralta M, Frasquilho D, Santos T, Martins J, Ferrari G, Gaspar de Matos M. The Effect of Muscular Strength on Depression Symptoms in Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health.* 2020 Aug 6;17(16):5674. doi: 10.3390/ijerph17165674. PMID: 32781526; PMCID: PMC7460504.

Ausschlussgrund: Methodisches Design

Vollbehr NK, Bartels-Velthuis AA, Nauta MH, Castelein S, Steenhuis LA, Hoenders HJR, Ostafin BD. Hatha yoga for acute, chronic and/or treatment-resistant mood and anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2018 Oct 1;13(10):e0204925. doi: 10.1371/journal.pone.0204925. Erratum in: *PLoS One.* 2019 May 2;14(5):e0216631. PMID: 30273409; PMCID: PMC6166972.

Ausschlussgrund: Population

Keller-Varady K, Varady PA, Röh A, Schmitt A, Falkai P, Hasan A, Malchow B. A systematic review of trials investigating strength training in schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr Res.* 2018 Feb;192:64-68. doi: 10.1016/j.schres.2017.06.008. Epub 2017 Aug 24. PMID: 28602648.

Ausschlussgrund: Methodik (nicht nur RCTs)

Vancampfort D, Firth J, Schuch FB, Rosenbaum S, Mugisha J, Hallgren M, Probst M, Ward PB, Gaughran F, De Hert M, Carvalho AF, Stubbs B. Sedentary behavior and physical activity levels in people with schizophrenia, bipolar disorder and major depressive disorder: a global systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry.* 2017 Oct;16(3):308-315. doi: 10.1002/wps.20458. PMID: 28941119; PMCID: PMC5608847.

Ausschlussgrund: Methodik

Kvam S, Kleppe CL, Nordhus IH, Hovland A. Exercise as a treatment for depression: A meta-analysis. *J Affect Disord.* 2016 Sep 15;202:67-86. doi: 10.1016/j.jad.2016.03.063. Epub 2016 May 20. PMID: 27253219.

Ausschlussgrund: Population

Sanada K, Zorrilla I, Iwata Y, et al. The Efficacy of Non-Pharmacological Interventions on Brain-Derived Neurotrophic Factor in Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Mol Sci.* 2016;17(10):1766. Published 2016 Oct 24. doi:10.3390/ijms17101766

Ausschlussgrund: Intervention

Stubbs B, Rosenbaum S, Vancampfort D, Ward PB, Schuch FB. Exercise improves cardiorespiratory fitness in people with depression: A meta-analysis of randomized control trials. *J Affect Disord*. 2016 Jan 15;190:249-253. doi: 10.1016/j.jad.2015.10.010. Epub 2015 Oct 23. PMID: 26523669.

Ausschlussgrund: Population

Klatte R, Pabst S, Beelmann A, Rosendahl JS. The Efficacy of Body-Oriented Yoga in Mental Disorders—A Systematic Review and Meta-Analysis. *Dtsch Arztebl Int*. 2016 Mar 25;113(12):195-202. doi: 10.3238/arztebl.2016.0195. Erratum in: *Dtsch Arztebl Int*. 2016 May 20;113(20):359. PMID: 27118717; PMCID: PMC5400032.

Ausschlussgrund: Population

Papasavvas T, Bonow RO, Alhashemi M, Micklewright D. Depression Symptom Severity and Cardiorespiratory Fitness in Healthy and Depressed Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Sports Med*. 2016 Feb;46(2):219-30. doi: 10.1007/s40279-015-0409-5. PMID: 26446894.

Ausschlussgrund: Population

de Souza Moura AM, Lamego MK, Paes F, Ferreira Rocha NB, Simoes-Silva V, Rocha SA, de Sá Filho AS, Rimes R, Manochio J, Budde H, Wegner M, Mura G, Arias-Carrión O, Yuan TF, Nardi AE, Machado S. Comparison Among Aerobic Exercise and Other Types of Interventions to Treat Depression: A Systematic Review. *CNS Neurol Disord Drug Targets*. 2015;14(9):1171-83. doi: 10.2174/187152731566615111120714. PMID: 26556090.

Ausschlussgrund: Population

Andrew Soundy BSc PhD, Ahmad Muhamed, Brendon Stubbs BSc(Hons) MCSP MSc, Michel Probst PhD PT, and Davy Vancampfort PhD PT. The benefits of walking for individuals with schizophrenia spectrum disorders: A systematic review *International Journal of Therapy and Rehabilitation* 2014 21:9, 410-420

Ausschlussgrund: alle eingeschlossenen Studien sind in anderen / aktuelleren systematischen Reviews mit Meta-Analysen enthalten

Jesper Krogh, Carsten Hjorthøj, Helene Speyer, Christian Gluud, Merete Nordentoft. Exercise for patients with major depression: a systematic review with meta-analysis and trial sequential analysis. *BMJ Open*. 2017 Sep 18;7(9):e014820. doi:

Ausschlussgrund: Population

Brendon Stubbs, Davy Vancampfort, Mats Hallgren et al. EPA guidance on physical activity as a treatment for severe mental illness: a meta-review of the evidence and Position Statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the International Organization of Physical Therapists in Mental Health (IOPTMH). 2018 Oct;54:124-144. doi: 10.1016/j.eurpsy.2018.07.004

Ausschlussgrund: Population

Caitlin Inez Taylor, Claire Tompsett, Ross Sanders & Stephen Cobley (2020). The effectiveness of structured exercise programmes on psychological and physiological outcomes for patients with psychotic disorders: A systematic review and meta-analysis, *International Journal of Sport and Exercise Psychology*, 18:3, 336-361, DOI: 10.1080/1612197X.2018.1519838.

Ausschlussgrund: Methodik (andere Designs neben RCTs)

Vancampfort, Simon Rosenbaum, Felipe Schuch, Philip B. Ward, Justin Richards, James Mugisha, Michel Probst, Brendon Stubbs. Cardiorespiratory Fitness in Severe Mental Illness: A Systematic Review and Meta-analysis. *Sports Med* 1017.

Ausschlussgrund: Methodik (andere Designs neben RCTs)

Davy Vancampfort, Simon Rosenbaum, Philip B.Ward, Brendon Stubbs. Exercise improves cardiorespiratory fitness in people with schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research* 2015.

Ausschlussgrund: Methodik (andere Designs neben RCTs).

Anwendung von GRADE: Beurteilung der Vertrauenswürdigkeit der Evidenz zur Bewegungs- und Sporttherapie

Faktoren, die Vertrauenswürdigkeit in die Evidenz verringern können:

- I. Risiko für Bias
- II. Inkonsistenz (Effekt in Studien gleich bez. Richtung und Stärke)
- III. Indirektheit (Passung Studie und PICO-Frage)
- IV. Ungenauigkeit (Gibt es Unsicherheiten/breite KIs)
- V. Publikationsbias

Summary of findings: Vergleich körperliche Aktivität vs. herkömmliche Therapie (TAU)

Population: Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen

Quelle: Maurus I, Wagner S, Spaeth J, Vogel A, Muenz S, Seitz V, von Philipsborn P, Solmi M, Firth J, Stubbs B, Vancampfort D, Hallgren M, Kurimay T, Gerber M, Correll CU, Gaebel W, Möller HJ, Schmitt A, Hasan A, Falkai P. EPA guidance on lifestyle interventions for adults with severe mental illness: A meta-review of the evidence. Eur Psychiatry. 2024 Dec 10;67(1):e80. doi: 10.1192/j.eurpsy.2024.1766. PMID: 39655999; PMCID: PMC11733621.

Endpunkt	Datengrundlage & Messwerte	Effektschätzer (95% CI)	Qualität (Vertrauenswürdigkeit) der Evidenz (RCTs)	Kommentare
Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen (im Allgemeinen)				
Depressive Symptome (k. A.)	Basierend auf Daten von k. A. Patient:innen aus 5 systematische Übersichtsarbeiten mit Meta-Analysen (k. A.)	k. A.	⊕⊕⊕⊕ Hoch	Körperliche Aktivität sollte Personen mit SMI angeboten werden, um depressive Symptome zu verbessern. Heterogenität I ² = k. A.
Kognitive Funktion (k. .A)	Basierend auf Daten von k. A. Patient:innen aus 5 systematische Übersichtsarbeiten mit Meta-Analysen (k. A.)	k. A.	⊕⊕⊕⊕ Hoch	Körperliche Aktivität sollte Personen mit SMI angeboten werden, um kognitive Funktionen zu verbessern. Heterogenität I ² = k. A.
Menschen mit schweren Depressionen				

Depressive Symptome (k. A.)	Basierend auf Daten von k. A. Patient:innen aus 9 systematische Übersichtsarbeiten mit Meta-Analysen (k. A.)	k. A.	⊕⊕⊕⊕ Hoch	Körperliche Aktivität sollte Personen mit schweren Depressionen angeboten werden, um depressive Symptome zu verbessern. Heterogenität I ² = k. A.
Kognitive Funktion (k. A.)	Basierend auf Daten von k. A. Patient:innen aus 9 systematische Übersichtsarbeiten mit Meta-Analysen (k. A.)	k. A.	⊕⊕⊕⊕ Hoch	Körperliche Aktivität sollte Personen mit schweren Depressionen angeboten werden, um kognitive Funktionen zu verbessern. Heterogenität I ² = k. A.
Schlafqualität (k. A.)	Basierend auf Daten von k. A. Patient:innen aus 9 systematische Übersichtsarbeiten mit Meta-Analysen (k. A.)	k. A.	⊕⊕⊕⊕ Hoch	Körperliche Aktivität sollte Personen mit schweren Depressionen angeboten werden, um die Schlafqualität zu verbessern. Heterogenität I ² = k. A.
Menschen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis				
Positivsymptomatik (k. A.)	Basierend auf Daten von k. A. Patient:innen aus 16 systematische Übersichtsarbeiten mit Meta-Analysen (k. A.)	k. A.	⊕⊕⊕⊕ Hoch	Körperliche Aktivität sollte Personen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis als ergänzende Behandlung angeboten werden, um positive Symptome zu verbessern. Heterogenität I ² = k. A.
Negativsymptomatik (k. A.)	Basierend auf Daten von k. A. Patient:innen aus 16 systematische Übersichtsarbeiten mit Meta-Analysen (k. A.)	k. A.	⊕⊕⊕⊕ Hoch	Körperliche Aktivität sollte Personen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis als ergänzende Behandlung angeboten werden, um negative Symptome zu verbessern. Heterogenität I ² = k. A.
Allgemeine Symptomatik (k. A.)	Basierend auf Daten von k. A. Patient:innen aus 16 systematische Übersichtsarbeiten mit Meta-Analysen	k. A.	⊕⊕⊕⊕ Hoch	Körperliche Aktivität sollte Personen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen For-

	(k. A.)			menkreis als ergänzende Behandlung angeboten werden, um die allgemeinen psychopathologische Symptome zu verbessern. Heterogenität I ² = k. A.
Kognitive Funktion (k. A.)	Basierend auf Daten von k. A. Patient:innen aus 16 systematische Übersichtsarbeiten mit Meta-Analysen (k. A.)	k. A.	⊕⊕⊕⊕ Hoch	Körperliche Aktivität sollte Personen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis als ergänzende Behandlung angeboten werden, um Kognition zu verbessern. Heterogenität I ² = k. A.
Lebensqualität (k. A.)	Basierend auf Daten von k. A. Patient:innen aus 16 systematische Übersichtsarbeiten mit Meta-Analysen (k. A.)	k. A.	⊕⊕⊕⊕ Hoch	Körperliche Aktivität sollte Personen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis als ergänzende Behandlung angeboten werden, um die Lebensqualität zu verbessern. Heterogenität I ² = k. A.

Anmerkung: Bewertung der Evidenz erfolgte durch Autoren der Arbeit. Alle eingeschlossenen Übersichtsarbeiten wurden einzeln nach der SIGN-Methodology-Checklist bewertet. Auf Grundlage dessen erfolgte die GRADE-Empfehlung durch die Autoren der Arbeit.

Summary of findings: Vergleich Sporttherapeutische Verfahren (aerob und/oder muskelkräftigend) vs. überwiegend herkömmliche Therapie (TAU)

Population: Menschen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis

Quelle: Bredin SSD, Kaufman KL, Chow MI, Lang DJ, Wu N, Kim DD, Warburton DER. Effects of Aerobic, Resistance, and Combined Exercise Training on Psychiatric Symptom Severity and Related Health Measures in Adults Living With Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-Analysis. Front Cardiovasc Med. 2022 Feb 8;8:753117. doi: 10.3389/fcvm.2021.753117. PMID: 35211516; PMCID: PMC8860832.

Endpunkt	Datengrundlage & Messwerte	Effektschätzer (95% CI)	Qualität (Vertrauenswürdigkeit) der Evidenz (RCTs)*	Kommentare
Aerobes Training vs. Kontrollgruppe				
Negativsymptomatik (k. A.)	Basierend auf Daten von 255 Patient:innen aus 4 Studien (PANSS)	Effect Size (ES) = - 2,28 [95 % KI: - 3,57 bis - 1,00]; p = 0,0005	⊕⊕⊕⊕ Hoch	Aerobes Training führt zu einer Reduzierung des Scores zur Negativsymptomatik (Unterschied statistisch signifikant). Heterogenität I ² = 0 %.
Positivsymptomatik (k. A.)	Basierend auf Daten von 255 Patient:innen aus 4 Studien (PANSS)	ES = - 0,11 [95 % KI: - 0,49 bis 0,27]; p = 0,57	⊕⊕⊕⊖ Moderat ^a	Aerobes Training führt zu keiner Verbesserung des Scores zur Positivsymptomatik (Unterschied statistisch nicht signifikant). Heterogenität I ² = 47 %.
Allgemeiner Score Symptomatik (k. A.)	Basierend auf Daten von 211 Patient:innen aus 3 Studien (PANSS)	ES = - 2,51 [95 % KI: - 3,47 bis -1,55]; p < 0,00001	⊕⊕⊕⊕ Hoch	Aerobes Training führt zu einer Reduzierung des Scores zur allgemeinen Symptomatik (Unterschied statistisch signifikant). Heterogenität I ² = 14 %
Muskelkräftigung vs. Kontrollgruppe				
Allgemeiner Score Symptomatik (k. A.)	Basierend auf Daten von 46 Patient:innen aus 3 Studien (PANSS)	ES = -0,87 [95 % KI: -3,52 bis 1,78]; p = 0,52	⊕⊕⊖⊖ Moderat ^{b,c}	Muskelkräftigendes Training führt zu keiner Verbesserung des Scores zur Allgemeinsymptomatik (Unterschied statistisch nicht signifikant). Heterogenität I ² = 0%

Kombiniertes aerobes Training und Muskelkräftigung vs. Kontrollgruppe				
BMI (k. A.)	Basierend auf Daten von 116 Patient:innen aus 3 Studien	ES = 0,47 [95 % KI: -2,76 bis 3,71]; p= 0,77	⊕⊕⊕⊕ Sehr gering ^{a,b,c}	Kombiniertes Training führt zu keiner Verbesserung des BMI (Unterschied statistisch nicht signifikant). Heterogenität I ² = 77%
Positivsymptomatik (k. A.)	Basierend auf Daten von 87 Patient:innen aus 3 Studien (PANSS)	ES = -1,18 [95 % KI: -4,09 bis 1,73]; p= 0,43	⊕⊕⊕⊕ Sehr gering ^{a,b,c}	Kombiniertes Training führt zu keiner Verbesserung des Scores zur Positivsymptomatik (Unterschied statistisch nicht signifikant). Heterogenität I ² = 67%
Allgemeiner Score Symptomatik (k. A.)	Basierend auf Daten von 141 Patient:innen aus 3 Studien (PANSS)	ES = 0,19 [95 % KI: -2,30 bis 2,69]; p= 0,88	⊕⊕⊕⊕ Gering ^{b,c}	Kombiniertes Training führt zu keiner Verbesserung des Scores zur allgemeinen Symptomatik (Unterschied statistisch nicht signifikant). Heterogenität I ² = 29%
Alle Trainingsformen vs. Kontrollgruppe				
BMI (k. A.)	Basierend auf Daten von k. A. Patient:innen aus 4 Studien	ES= 1.86, [95% KI 0.84 bis 2.88]; p = 0.0003	⊕⊕⊕⊕ Moderat ^a	Alle Trainingsformen führen zu einer Abnahme des BMI (Unterschied statistisch signifikant). Heterogenität I ² = 42%
Körpergewicht (k. A.)	Basierend auf Daten von k. A. Patient:innen aus 2 Studien	ES= 6.58, [95% KI 2.94 bis 10.22]; p = 0.0004	⊕⊕⊕⊕ Moderat ^c	Alle Trainingsformen führen zu einer Abnahme des Körpergewichts (Unterschied statistisch signifikant). Heterogenität I ² = 0%
Negativsymptomatik (k. A.)	Basierend auf Daten von k. A. Patient:innen aus 8 Studien (PANSS)	ES= -1.90, [95% KI -2.70 bis -1.10]; p < 0.00001	⊕⊕⊕⊕ Hoch	Alle Trainingsformen führen zu einer Verbesserung des Scores zur Negativsymptomatik (Unterschied statistisch signifikant). Heterogenität I ² = 18%
Positivsymptomatik (k. A.)	Basierend auf Daten von k. A. Patient:innen aus 8 Studien	ES= -0.81, [95% KI -1.74 bis 0.13]; p = 0.09	⊕⊕⊕⊕ Moderat ^a	Alle Trainingsformen führen zu keiner Verbesserung des

	(PANSS)			Scores zur Positivsymptomatik (Unterschied statistisch nicht signifikant). Heterogenität I ² = 57%

* Risiko für Bias: Verwendung der Downs and Black Quality Index Assessment for methodological Quality

^aHerabstufung um eine Stufe aufgrund moderater/hocher Heterogenität

^bHerabstufung um eine Stufe aufgrund geringer Fallzahlen

^cHerabstufung um eine Stufe aufgrund breiter KIs

Anhang B

Protokolle der Konsensustreffen und Ergebniszusammenfassungen aus den Delphi-Abstimmungen

S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“

Projektleitung und -koordination:	Prof. Dr. Thomas Becker, Prof. Dr. Steffi Riedel-Heller, Dr. Dr. Stefan Weinmann, Dr. Uta Gühne
Weitere Mitarbeiterinnen, ISAP Leipzig:	Antje Kramer, Jana Hoßbach, Alena Engel
Förderer:	DGPPN
Kontakt-E-Mail-Adresse:	Info-Leitlinie-PsychosozialeTherapien@medizin.uni-leipzig.de

Protokoll zum digitalen Kick-off-Meeting am 28.06.2022

Teilnehmende Konsensusgruppe:	41 (Vertreter/Stellvertreter)
Teilnehmende Expertengruppe:	22
Moderation:	Prof. Dr. Ina Kopp (AWMF)
Protokoll:	Alena Engel

Anhänge: Präsentation Prof. Dr. Ina Kopp zur Methodik sowie die Präsentation der LL-Gruppe

TOP 1: Begrüßung durch Prof. Dr. Steffi G. Riedel-Heller und Prof. Dr. Thomas Becker und Vorstellung aller Teilnehmenden

Teilnehmende Konsensusgruppe

Institution abgekürzt	Institution	Name vollständig
ACKPA	Arbeitskreis der Chefärztinnen und Chefärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland	Dr. med. Lieselotte Mahler
BAG KT	Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerischer Therapien	Ermute Scheufele
BAG KT	Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerischer Therapien	Dr. Marianne Eberhard-Kaechele
BAG RPK	Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation psychisch kranker Menschen e. V.	Annette Theißing

Institution abgekürzt	Institution	Name vollständig
BAG RPK	Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation psychisch kranker Menschen e. V.	Dr. Sabine Kreß
BAG WfbM	Bundesarbeitsgemeinschaft Werkstätten für behinderte Menschen e. V.	Andrea Stratmann
BApK	Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V.	Heike Petereit-Zipfel
BAPP	Bundesinitiative ambulante psychiatrische Pflege e. V.	Prof. Dr. Günter Meyer
BDP	Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e. V.	Frau Dr. Meltem Avci-Werning
BFLK	Bundesfachvereinigung Leitender Krankenpflegepersonen der Psychiatrie e. V.	Elvira Lange
BFW	Bundesverband Deutscher Berufsförderungswerke e.V.	Marko Daubitz
BV Soziotherapeuten	Berufsverband der Soziotherapeuten e. V.	Dr. med. Nicolas Nowack
BV Soziotherapeuten	Berufsverband der Soziotherapeuten e. V.	Yvonne Wiesner
BVDN	Berufsverband Deutscher Nervenärzte e. V.	Dr. med. Sabine Köhler
BVDN	Berufsverband Deutscher Nervenärzte e. V.	Dr. med. Roland Urban
BVDP	Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e. V.	Dr. Michael Krebs
DBSH	Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e. V.	Bettina Lauterbach
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V.	Olaf Reddemann
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V.	Iris Veit
DFPP	Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege	Dorothea Sauter
DFPP	Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege	Dr. André Nienaber
DGBP	Deutsche Gesellschaft für Biologische Psychiatrie	Univ.-Dipl.-Soz.päd. Berninger

Institution abgekürzt	Institution	Name vollständig
DGKJP	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie	Dr. med. Marianne Klein
DGKJP	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie	Prof. Dr. med. Renate Schepker
DGPE	Deutsche Gesellschaft für Psychoedukation e. V.	Dr. med. Matthias Bender
DGPE	Deutsche Gesellschaft für Psychoedukation e. V.	PD Dr. Gabi Pitschel-Walz
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V.	Prof. Dr. med. Steffi G. Riedel-Heller
DGS	Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention e. V.	Dr. med. Tim J. Krause
DGSP	Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V.	Christel Achberger
DGVT	Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie	Prof. Dr. Sandra Wesenberg
DTGGP	Deutsch-türkische Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und psychosoziale Gesundheit e.V.	Dr. med. Elif Kirmizi Alsan
DV Gemeindepsychiatrie e. V.	Dachverband Gemeindepsychiatrie e. V.	Nils Greve
DVE	Deutscher Verband Ergotherapie e. V.	Andreas Pfeiffer
DVE	Deutscher Verband Ergotherapie e. V.	Kathrin Schwank
DVE	Deutscher Verband Ergotherapie e. V.	Werner Höhl (seit 23.05.2024)
DVGS	Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e. V.	Dr. Stefan Peters
DVSG	Deutscher Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V.	Dr. Franz-Peter Begher
EX-IN	EX-IN Deutschland e.V.	Catharina Flader
EX-IN	EX-IN Deutschland e.V.	Wolfgang Pohlmann
Geschw.Netzwerk	Netzwerk von Geschwistern psychisch erkrankter Menschen	Leonore Julius

Institution abgekürzt	Institution	Name vollständig
NetzG	Bundesnetzwerk Selbsthilfe seelische Gesundheit (NetzG)	Werner Holtmann
VKD	Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V./Fachgruppe Psychiatrie	Holger Höhmann, MAS, MIM, MBA

Teilnehmende Expertengruppe

Themenbereich	Name vollständig
Vernetzung von Hilfen	Dr. Stefan-M. Bartusch
Perspektive der Pflege- und Gesundheitsfachberufe	Dr. Johanna Breilmann
Perspektive der Pflege- und Gesundheitsfachberufe	Christian Burr
Gesundheitssystem-Perspektive	Prof. Dr. Arno Deister
Angehörigenperspektive	Manfred Desch
Angehörigenperspektive	Sibylle Glauser
Transkulturelle Psychiatrie und Migrationsaspekte	Prof. Dr. med. Iris Tatjana Graef-Calliess, MBA
Klinische Relevanz & Außenperspektive	Prof. Dr. Andreas Heinz
Berufliche Teilhabe	PD Dr. Holger Hoffmann
Berufliche Teilhabe	Dorothea Jäckel
Gesundheitsökonomie-Perspektive	PD Dr. Alexander Konnopka
Perspektive Teilhabe am sozialen Leben und Sozialrecht	Dr. Michael Konrad
Betroffenenperspektive	Julia Lippert
Betroffenenperspektive	Elke Prestin
Wohnen	Dirk Richter
Rehabilitation und Teilhabe	Prof. Dr. Hans-Joachim Salize
Stigma und Stigmaerleben	Prof. Dr. Georg Schomerus
Perspektive der Pflege- und Gesundheitsfachberufe	Prof. Dr. Kathrin Seifert
Dialog und User involvement	Gyöngyvér Sielaff
Gesundheitssystem-Perspektive	Prof. Dr. Tilman Steinert
Dialog und User involvement	Jörg Utschakowski
Vernetzung von Hilfen	Günther Wienberg

- Begrüßung durch Frau Riedel-Heller und Begrüßung per Video durch Prof. Becker

Top 2: Zur Bedeutung der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien (Dr. Dr. Stefan Weinmann)

- Besonderheit der S3-Leitlinie: erste diagnoseübergreifende Leitlinie; spricht ein breites Spektrum von psychosozialen Therapien an – daher sehr erfolgreich

- Wenige Empfehlungen zur Verbesserung der psychosozialen Versorgung in DE ohne Nennung der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien, wird häufig als Referenz verwendet
- S3-LL hat gezeigt, dass auch die Gestaltung des Gesundheitssystems evidenzbasiert erfolgen sollte und kann und nicht nur von der Politik, sondern auch von weiteren Stakeholdern beeinflusst werden sollte
- S3-Leitlinie als Grundlage für Initiativen, z.B. stationsäquivalente Behandlung (StäB)
- S3-Leitlinie ist gehaltvoll mit verschiedenen Formaten, jedoch bleibt die Frage offen, wie man sie besser zu den Adressat*innen bringen kann

Top 3: Wie bringen wir die S3-Leitlinie psychosoziale Therapien an die Adressaten und Adressatinnen? Dissemination und Implementierung (Prof. Dr. Steffi Riedel-Heller)

- Verschiedene **LL-Versionen**: Behandlungsleitlinie (Kernstück, auf dem weitere Versionen basieren), Kurzversion, Patienten*innenleitlinie, Wartezimmerversion unter <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/038-020.html>
- Informationen für Betroffene und Angehörige auf der **Internetwissensplattform** <https://www.thera-part.de/>
- **Thera-Part** direkt als Schulungsmaterial für psychoedukative Gruppe im Psychiatrie-Verlag erschienen: Schulungen für Betroffene und Angehörige
- Implementierungsprojekt **IMPETUS** (IMPETUS – Implementierung der Patientenleitlinie Psychosoziale Therapien für Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen - G-BA Innovationsfonds): Ziel, das Wissen bei Menschen mit schweren psych. Erkrankungen zu erhöhen; Projekt noch in der Auswertungsphase; generell noch mehr Implementierung wünschenswert

Top 4: Was man wissen muss: Einführung in die allgemeine LL-Methodik und Umgang mit Interessenkonflikten (Prof. Dr. Ina Kopp, AWMF)

- Kurze Zusammenfassung zum methodischen Vorgehen bei der Entwicklung von Leitlinien:
 - **Systematische** Erfassung und Bewertung der Evidenz und Kriterien zur Graduierung der Empfehlungen: Leitlinien sollten den gegenwärtigen Erkenntnisstand wiedergeben, die Versorgungsqualität verbessern und die Entscheidungsfindung für Patient*innen und Ärzt*innen erleichtern
 - **Repräsentativität** der Entwicklergruppe (ärztliche Fachgebiete, Gesundheitsberufe, Patient*innen und Angehörige) und strukturierte **Konsensusfindung**
- Aufforderung zur strukturierten **Konsensusfindung** und regen **Beteiligung**: unerwünschte Gruppenphänomene sollten erkannt und vermieden werden (z.B. Dominanz einzelne oder soziales Faulenzen)
- Leitlinie ist keine Richtlinie, eher **Orientierung** und Handlungsgrundlage
- Verweis auf Erfordernis zu aktuellen **Interessenerklärungen**
 - Bei relevanten Interessenkonflikten können drei Abstufungen vorgenommen werden (gering, moderat, gravierend), aus denen sich Handlungskonsequenzen ergeben) – für die heutige Leitlinien-Gruppe: keine gravierenden Interessenkonflikte

- Webseite „Interessenerklärung Online“ vom AWMF zum Interessenkonfliktmanagement
- Verbreitung der Leitlinien in **Fort- und Weiterbildung**; Integration der Leitlinien in Initiativen zur Qualitätsförderung
- Leitlinien dienen zur **Evaluierung der Gesundheitsversorgung** und sind in Gesetzen (SGB V und SGB XII) und verbindlichen Qualitätsanforderungen verankert
- Leitlinien werden auch herangezogen, wenn der GBA eine Nutzenbewertung vornimmt
- Umsetzung der Leitlinien in Deutschland niedergeschrieben im **AWMF Regelwerk Leitlinien**
- S-Klassen machen das Ausmaß der Systematik einer Leitlinie deutlich: S3 als höchster Anspruch (evidenz- und konsensbasiert)
- Erfüllung der Kriterien durch AWMF im **4-Augen-Prinzip** geprüft:
 - Vermeidung ungeklärter Widersprüche zu anderen Leitlinien;
 - Aktualität
 - Kriterien der methodischen Qualität
 - Interessenerklärungen
- Empfehlung: Etablieren eines quartalsweisen **Leitlinien-Stammtisch** für die fachspezifischen Leitlinien
- Patient*innenperspektive besonders wichtig
 - Welche Outcomes (PICO-Schema) sind besonders patient*innenrelevant? – Diskussion hierzu ist wichtig
- Bewertung und Graduierung der Evidenz: Gibt es Verzerrungen? Sind statistisch relevante Effekte auch für die Betroffenen klinisch relevant?
- Kein Veto-Recht bei der Konsensfindung aber: **begründeter Dissens** ist möglich und sollte transparent gemacht werden
- **Ziel der Leitliniengruppe**: Durch heterogene Gruppe eine graduierte Empfehlung aussprechen und in die Praxis bringen und implementieren (z.B. Wartezimmerhilfen)

Top 5: Was wird Neu sein an der 3. Auflage? (Dr. Dr. Stefan Weinmann / Dr. Uta Gühne)

- **Schritte Leitlinienentwicklung**
 - Planung und Organisation
 - Konstituierung des LL-Gremiums (44 Mandatsträger*innen und Stellvertretungen, 34 Expert*innen, inkl. Betroffenen- und Angehörigenvertreter*innen)
 - Erklärung von Interessenskonflikten und Umgang mit diesen
 - Projektablaufplan (Festlegung von Aktivitäten/Verantwortlichkeiten, Fertigstellungsdatum Ende 2023)
 - Anmeldung des LL-Projektes bei der AWMF
 - Formulierung von klinisch relevanten Fragestellungen orientiert an bestehenden LL und Vorschläge neuer Themen
 - Evidenzrecherchen (Erste Recherchen: Gesundheitsförderung (heute Abstimmung), Sport und Bewegungstherapie, Gemeindepsychiatrische Behandlung, Ergotherapie)

- Vorstellung der Evidenz in Textform und in der Konsensrunde; Formulierung / Abstimmung von Empfehlungen
- Redaktionelle Arbeit
- Externe Begutachtung und Gesamtverabschiedung
- Verschiedene Formate und Verbreitung der LL / Implementierung in die Praxis
- Einreichung bei AWMF / Begutachtung der Güte durch AWMF
- Vorstellung **Recovery-orientiertes Modell der psychosozialen Versorgung**: Dimensionen des Ansatzes (lassen sich auf struktureller und individueller Ebene beschreiben)
 - Soziale & kulturelle Teilhabe
 - Behandlungsergebnisse & Koordination
 - Gesundheitskompetenz und Selbsthilfe
 - Beschäftigung und Berufliche Teilhabe
 - Gesundheit und Wohlergehen
- Vorstellung Themen für aktuelle Auflage (s. Folienpräsentation S. 8): Unterteilung in
 - EK-Empfehlung/Statement ohne Recherche (z.B. Empowerment)
 - Aktualisierung der Recherche (z.B. Gesundheitsförderung)
 - Evtl. NEUE Recherche (z.B. E-Mental-Health)
 - Evtl. Übernahme der bestehenden Empfehlung (z.B. Wohnen mit Unterstützung)
- Nachfrage bezüglich der Aufgabenverteilung der Konsens- und Expertengruppen: Letztere rein beratend tätig, Konsensgruppenmitglieder sind abstimmberechtigt und können den Prozess beratend begleiten
- Beispielhafte Erläuterung PICO-Schema (Patient, Intervention, Control, Outcome)
- Schritte der Evidenzaufbereitung
 - Ein- und Ausschlusskriterien vorab definieren, Suche nach systematischen Reviews (z.B. Cochrane)
 - Hierarchisches Vorgehen bei der Evidenzaufbereitung
 - Bewertung nach Qualität der Reviews und RCTs (AMSTAR, RoB)
- Von der Evidenz zur Empfehlung
 - Verknüpfung der Evidenzebene (höchstmögliche Evidenz die zu einem Thema vorliegen kann: I a) und Empfehlungsgraden (A, B, C, O, EK)
 - Möglichkeit, den Empfehlungsgrad auf- und abzustufen, z.B. Herabstufung der Empfehlung zum Case Management wegen des Kontexts, obwohl es hochwertige Evidenz gab
- Aufbau der LL
 - Methoden der LL-Entwicklung
 - Empfehlungen und Statements im Überblick
 - Hintergrund und Evidenz orientiert am Recovery-orientierten Modell der psychosozialen Versorgung
 - Evidenzkapitel: Hintergrund/Internationale Evidenz/Kosteneffektivität/Empfehlung

- Matrix des Deutschen Versorgungssystems: Möglichkeiten der Umsetzung der Empfehlungen
- Bedeutung psychosozialer Interventionen in benachbarten Praxisfeldern
 - Im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie
 - Für Menschen mit Intelligenzminderung und psychischer Erkrankung
 - Im höheren Lebensalter
 - Bedeutung interkultureller Aspekte
 - **NEU:** Psychosoziale Therapien im forensischen Kontext
- LL-Implementierung, Qualitätsindikatoren und Desiderate
- Vorstellung der **AG Impuls** (Bündelung der Betroffenen- und Angehörigenexpertise und stärkere Berücksichtigung; bessere Rückkopplung und Kontrollschleifen)
- Teilnehmende Experten mit Betroffenen-/Angehörigenerfahrungen: Jurand Daszkowski, Manfred Desch, Catharina Flader, Sibylle Glauser, Werner Holtmann, Leonore Julius, Julia Lippert, Reinhard Peukert, Heike Petereit-Zipfel, Wolfgang Pohlmann, Elke Prestin, Franz-Josef Wagner
- Vertretene Interessensverbände: BApK, BPE, EX-IN Deutschland, Geschwisternetzwerk, NetzG

Diskussion:

Wesentliche Diskussionspunkte:

- Terminologien sollten sauber gewählt werden
- 2-Jahreskriterium der Behandlungsdauer sollte überarbeitet werden
- Es sollten mehr Bereiche und (Ziel-)Gruppen differenzierter berücksichtigt werden (z.B. Soziotherapie genannt)

Ausführliche Diskussion:

- Anmerkung zur **Terminologie:** „Intellektuelle Entwicklungsstörung“ statt „Intelligenzminderung“
- Anmerkung zur Definition der Zielgruppe: **Behandlungsdauer** herausnehmen und nur die Erkrankungsdauer aufnehmen – Hinweis, dass Definition aber wissenschaftlich abgeleitet ist, es Studien hierzu gibt und die Erkrankungsdauer oft nicht erfassbar ist – Frage: Wie lässt sich SMI definieren? Behandlungs-/Erkrankungsdauer als Kriterien, die schwer zu modifizieren sind
- Anmerkung zu **Psychosozialen Therapien:** Kritisch, dass psychosoziale Therapien mit Leitlinien-Bezug häufig abgelehnt werden, weil Behandlungsdauer noch keine 2 Jahre beträgt und diese Patient*innen nicht in Geltungsbereich der Leitlinie fallen
- Anmerkung bzgl. der verwendeten **Suchmaschinen zur Evidenzaufbereitung:** Suche ausbreiten um auch jene Arbeiten zu berücksichtigen, die nicht in den großen Englischsprachigen medizinischen Cochrane etc. zu finden sind / vorgeschlagen wurde CINAHL
- Frage zum **Austausch außerhalb der Gruppe:** Ist Kommunikation mit den Verbandskolleg*innen und anderen möglich? → Ja, ist möglich. Diskussion über die Gruppe hinaus erwünscht; dennoch aber gewisse Form der Vertraulichkeit bewahren; noch nicht **verabschiedete Inhalte einer Leitlinie sollten nicht in die Öffentlichkeit geraten**

bevor der LL- Prozess nicht abgeschlossen ist; nicht an Ärzteblatt oder Presse weitergeben; Kommunikation mit Peer Groups aber dennoch möglich

- Anmerkung zur Recherche: Systematische Recherche zu **Angehörigeninterventionen** überfällig
- Nachfrage zu **Recovery-Modell**: Allgemeinmediziner*innen handeln nach Modell der Salutogenese – Überschneidungen mit dem Recovery-Ansatz, aber Leitlinien, die auch in dem primärärztlichen Bereich verankert werden sollen, sollten die Begrifflichkeiten erklären und aufgreifen und die Schnittmengen von Salutogenese und Recovery deutlich machen
- Nachfrage zu **Konsens- und Expert*innengruppen**: Was genau wird in Konsens- und was in Expert*innengruppe besprochen? → Zentrale Anmerkungen und konkrete Vorschläge können sofort besprochen werden; alles andere kann an eine hierfür vorgesehene Mail-Adresse (**Info-Leitlinie-PsychosozialeTherapien@medizin.uni-leipzig.de**) gesendet werden, sodass alles berücksichtigt werden kann und der Überblick nicht verloren geht
- Anmerkungen und Nachfragen, weshalb einige (folgende) **Bereiche keine Erwähnung** finden
 - Soziotherapie (obwohl sie eine der effektivsten psychosozialen Therapien sei, vor allem im ambulanten (Akut-)Psychatriebereich) ***Nachträgliche Anmerkung der LL-Gruppe: zentrale Elemente von Soziotherapie sind Inhalt der systematischen Recherchen in den Evidenz-Kapiteln, z.B. Case Management, Training von sozialen Fertigkeiten, Alltagsfertigkeiten; zudem wird Soziotherapie explizit als Leistung in Deutschland im Matrixkapitel behandelt***
 - Körperorientierte Therapie (***Nachträgliche Anmerkung der LL-Gruppe: sind im Kapitel Sport- und Bewegungstherapie behandelt***), tiergestützte Interventionen (hilfreich für komplexe Traumafolgestörungen, Ängste u.a.)
 - Sozialrechtliche und psychosoziale Beratungsangebote
 - Ansätze der Kollaborativen Versorgung
 - Bearbeitung von Schuld und Scham
 - Beziehungstraining
 - Soz. Rückzugsverhalten
- Anmerkung zur Einleitung: Hinweis/Erklärung fehlt, weshalb die Leitlinie nur für Patient*innen bis zum 65. Lebensjahr gilt
- Anmerkung zu den **Gruppen**: Bei den Randgruppen fehlen Menschen mit Hörschädigung, Körperbehinderung, ...
- Anmerkung zur **Recherche**: Inwieweit ist es leistbar, die Recherche zu erweitern um bspw. Menschen mit besonderen Bedürfnissen zu berücksichtigen? Welche Gruppen können jetzt schon berücksichtigt werden und für welche Gruppen ist eine gezielte Recherche erst später möglich?
- Anmerkung zum **2-Jahreskriterium**: Beispiel für Operationalisierung könnte Diagnosekriterien für depressive Episode sein (normalerweise 2 Wochen, bei entsprechend schwerer Ausprägung aber auch kürzer) / ***Nachträgliche Anmerkung der LL-Gruppe: die gesamte LL, Zielgruppe und Wirksamkeitsstudien basieren auf dem Konzept der***

schweren psychischen Erkrankung, das Zeitkriterium ist eines der wesentlichen Kriterien / bei Erkrankungen bzw. Erkrankungsverläufen, die davon abweichen, kann auch auf diagnosespezifische LL verwiesen werden (z.B. Depressions-LL), es wird überlegt, wie man im Einleitungsteil der LL dazu argumentieren kann / evtl. aufweichen des Geltungsbereichs, z.B. Therapien auch anwendbar in früheren Erkrankungsphasen wenn schwere Beeinträchtigungen angenommen werden können und die Prüfung des Einzelfalles eine Indikation erlaubt. / geplant ist zudem die Aufnahme der Frühintervention als Evidenzkapitel, damit erweitern wir die Patientengruppe und könnten psychosoz. Th. Evtl. auch in früheren Stadien empfehlen.

- Anmerkung zum biopsychosozialen Modell: Wäre es zeitgemäß dieses ICF Modell ergänzend in der Leitlinie mit zu berücksichtigen?
 - Nachtrag zum **Recovery-Modell** und zu den Anmerkungen, dass einige Bereiche und Gruppen fehlen: Im Recovery Modell tauche nicht alles auf, was gemacht wird. Man müsse die internationale Forschung und was international diskutiert wird berücksichtigen – Anmerkung von Prof. Riedel-Heller hierzu: Deswegen gebe es das Matrix-Kapitel – hier wird der deutsche Versorgungskontext beschrieben, welches versucht die einzelnen Interventionen zu berücksichtigen
 - Anmerkung zur **Behandlungsdauer**: Behandlungsdauer lösen, sodass es Ausnahmen geben kann und soll, wenn die 2 Jahre nicht erfüllt sind – hier bilateraler Austausch sinnvoll
 - Anmerkung bezüglich der **Teilpopulationen**: Diese werden i.d.R. nicht speziell untersucht, unter anderem, weil es sehr kleine Gruppen sind – die Frage ist, inwieweit man die Behandlungs- und Unterstützungsangebote auch für Gruppen mit speziellen Bedürfnissen anbieten soll. Es sollte eher einen allgemeinen Hinweis aus der Leitlinie geben, wie man bei der Anwendung der Leitlinie damit umgehen soll
 - Anmerkung zur **Soziotherapie**: Diese sei vor allem im ambulanten-psychiatrischen Bereich wichtig und sollte berücksichtigt werden; Rückmeldung, dass Soziotherapie in der Leitlinie enthalten ist, aber keine Evidenz zur Leistung, wie sie in Deutschland definiert ist, vorliegt
 - Anmerkung/Frage: Sind psychosoziale Interventionen nicht auch unter dem Aspekt der milden Intervention zum **Schutz vor Rückfällen** und zur Vermeidung von Klinik-Einweisung zu betrachten? - Deshalb auch im frühen Krankheitsstadium sinnvoll?
- Nachträgliche Anmerkung der LL-Gruppe:** in der neuen Auflage der LL wird das Kapitel zur Frühintervention stärker ausgebaut, um diesem Aspekt zu begegnen
- Anmerkung: Falls die Leitlinie eine Therapie umfasst, die nicht nach **SGB V** zum Bereich der Kostenübernahme durch die GKV gehört, müsse das in der Leitlinie deutlich gesagt werden
 - Anmerkung: SMI ist mit Beeinträchtigung der **Funktionalität** (functioning) assoziiert, häufig wird der GAF < 50 genannt (den es im DSM 5 nicht mehr gibt). Hier spielt die Dauer der Beeinträchtigung durchaus eine Rolle. Die Minderung der Funktionalität soll mit den psychosozialen Interventionen angegangen werden.
 - Anmerkung zum Thema **Zielgruppe** und den interkulturellen Aspekten: hoher Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund sollte in der Auflage berücksichtigt werden,

sodass diese zeitgemäß ist – Frage der Geeignetheit, alles in einem Schnittstellenkapitel zu subsumieren

- Anmerkung zu Menschen mit **besonderen Bedürfnissen**: Recherche sei jetzt nicht möglich, es sei schwierig was zu finden – sollte aber dennoch Berücksichtigung bei Empfehlung und Hintergrundtext finden
- Anmerkung zu **Soziotherapie**: relevant sind die Beratungsleistungen – Modelle die international erforscht sind, z.B. *Counselling*, hier unterrepräsentiert; alles was Sozialdienste etc. leisten sollte methodisch in der LL einbezogen werden – Kommentar der DGVT dazu: Bedeutung von psychosozialer Beratung herausstellen
- Anmerkungen zur **Diskussion um Soziotherapie**:
 - Psychiatrische Pflege ist auch eine Leistung, die wurde empfohlen (als EK), für die Soziotherapie existiert keine Empfehlung bisher
 - Vielleicht könne man bei der Übertragung von Modellen ins deutsche Versorgungssystem die spezifischen Berufsgruppen im deutschsprachigen Raum nennen, die diese Interventionen durchführen können
- Anmerkung zu **Begrifflichkeiten**: sollten einheitlich gehalten werden, passende Terminologien finden
- Anmerkung zu **interkulturellen/kulturellen Aspekten**: Menschen mit unterschiedlichen Biographien keine Minderheit mehr; kulturelle Hintergründe (z.B. Migrationshintergrund) sollten nicht als Störungsfaktoren angesehen werden; wichtig: Zugang der Behandler*innen zu interkulturellen Kompetenzen
 - Anmerkung dazu: „Als Hessischer Angehörigenverband machen wir die (traurige) Erfahrung, dass sich kaum Familien mit Migrationshintergrund an uns wenden. Hierauf könnte auch in geeigneter Form eingegangen werden“
- Anmerkung zu den genannten Punkten: In den Leitlinien gehe es um **Evidenz** und die aktuelle Studienlage müsse aufgegriffen werden – wenn es zu etwas keine Evidenz gibt, müsse dazu geforscht werden
- Anmerkung zu den **Themenbereichen**: Migration sollte Berücksichtigt werden

Top 7: Ergebnisse der aktuellen Evidenzrecherche zur Wirksamkeit „Gesundheitsförnder der Interventionen“ und Abstimmung der Empfehlung (Prof. Dr. Steffi Riedel-Heller / Dr. Uta Gühne, Prof. Dr. Ina Kopp, alle)

- **Präsentation**: s. Anhang

Anmerkung zu den untersuchten **gesundheitsförndernden Interventionen**: Gesundheit etwas reduziert betrachtet und sehr auf Somatik fokussiert

- Zustimmung aus der Runde: Stressbewältigung fehle z.B.
- Anmerkung hierzu: Es gehe aber um Interventionen zur Förderung körperlicher Gesundheit
- Aber: Stressreduktion kann Blutdruck senken
- Endpunkte: hier würde soziale Teilhabe nicht angesprochen / Anmerkung: hier andere definierte Outcomes relevant, s. PICO-Frage
- Anmerkung zur **Terminologie**: Den Begriff „Versorgung“ zu ersetzen sei nachvollziehbar – Frage ist aber, ob im Bereich der psychosozialen Therapien der Begriff "Behandlung" noch zeitgemäß ist

- Vielleicht sollte der Titel des Kapitels angepasst werden?
- „Förderung körperlicher Gesundheit“ wäre eventuell klarer
- Anmerkung zur Beachtung von **Neuroleptika**: Es solle einen Hinweis geben (bei den ergänzenden Hinweisen), wo in der Leitlinie Informationen zum Absetzen oder zur Reduktion von Medikamenten zu finden sind
- Wie genau kann die Intervention in Dtl. Umgesetzt werden? Was wird gedeckt beispielsweise durch das SGB V

Eine Abstimmung ist aus zeitlichen Gründen nicht erfolgt.

Protokoll der Abstimmung

Abstimmungsberechtigte/Mandatstragende: N=

Diskutierter Empfehlungsvorschlag	Konsentiert	+ ⁵²	- ⁵³	0 ⁵⁴
Empfehlung (2019 modifiziert): Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sollen multimodale gesundheitsfördernde Interventionen mit den Schwerpunkten gesunde Ernährung und körperliche Aktivität individualisiert angeboten werden. Empfehlungsgrad: A, Evidenzebene: Ia-Ib		/	/	/
	Formulierungsvorschläge/Änderungsanträge (ändern/ergänzen/streichen): -			

Ergänzende Hinweise

In der konkreten Umsetzung angebotener multimodaler gesundheitsfördernder Interventionen sollen immer die (krankheitsbedingten) motivationalen Faktoren der Betroffenen, ihre Erfahrungen, individuellen Bedarfe und Präferenzen berücksichtigt werden. Diese sollte auch eine regelmäßige Erfolgskontrolle der individuellen Ziele umfassen.

Bei der psychopharmakologischen Behandlung sollen unerwünschte Wirkungen auf die körperliche Gesundheit berücksichtigt und ggf. die Leitliniengerechtigkeit der

⁵² Zustimmung

⁵³ Ablehnung

⁵⁴ Enthaltung

psychopharmakologischen Behandlung hinsichtlich Präparat und Dosierung überprüft werden.

Die Notwendigkeit einer effizienten Schnittstellengestaltung zwischen Hausarzt/Hausärztin und fachspezifischer Behandlung wird ganz besonders im Bereich der Prävention und Behandlung somatischer Komorbidität bei schweren psychischen Erkrankungen deutlich.

Erforderlich ist in diesem Zusammenhang ein regelmäßiges Monitoring, in dessen Rahmen Gewicht, gesundheitsbezogene Lebensstilfaktoren und metabolische Indikatoren gemessen und dokumentiert werden.

Das Monitoring muss frühzeitig mit Behandlungsbeginn einsetzen. Zentrale Parameter werden im Folgenden aufgelistet:

- Gewicht, Taillenumfang, BMI
- Blutdruck
- Blutzuckerspiegel
- Ermittlung des kardiovaskulären Risikos inkl. notwendiger Laborparameter
- Medikamentenspezifische Laborkontrollen
- Ohne Hinweise auf mögliche spezifische organbezogene Pathologien der Grunderkrankung (wie bei
- Essstörungen, Sucht, etc.) oder abzuklärende Differentialdiagnose kann auf weitere Untersuchungen
- von Laborparametern ohne klinische Verdachtsdiagnose verzichtet werden. Ansonsten richtet sich
- die weitere Diagnostik nach der klinischen Verdachtsdiagnose.
- Dentalstatus
- Erfragen von gesundheitsbeeinflussenden Lebensstilfaktoren: Ernährung, Ausmaß körperlicher und
- sportlicher Aktivität, Umgang mit schädigenden Substanzen (Tabak, Alkohol, andere Substanzen)

Top 7: Ausblick (Prof. Dr. Steffi Riedel-Heller / Dr. Uta Gühne)

1. Prozedere weiterer Leitlinienprozess zur S3-LL Psychosoziale Therapien → die LL-Gruppe meldet sich mit einem neuen Termin
2. Weiterentwicklung von Leitlinienprozessen im Allgemeinen: Living Guidelines in der Psychiatrie → auf nächstes Meeting verschoben

S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“

Projektleitung und -koordination:	Prof. Dr. Thomas Becker, Prof. Dr. Steffi Riedel-Heller, Dr. Dr. Stefan Weinmann, Dr. Uta Gühne
Weitere Mitarbeiterinnen, ISAP Leipzig:	Antje Kramer, Jana Hoßbach, Alena Engel
Förderer:	DGPPN

Protokoll zur Konsensuskonferenz am 13.10.2022

Teilnehmende Konsensusgruppe:	39
Davon abstimmungsberechtigt:	35
Teilnehmende Expertengruppe:	11
Moderation:	Prof. Dr. Ina Kopp (AWMF)
Protokoll:	Alena Engel

TOP 1: Begrüßung durch Prof. Dr. Steffi G. Riedel-Heller & Prof. Dr. Thomas Becker und Informationen zum Ablauf

- Anregung aus dem Kick-Off-Meeting bzgl. der Berücksichtigung von Menschen mit Migrationshintergrund wurde aufgegriffen: Innerhalb der aktuellen Leitlinie keine Kapazitäten für zusätzliche systematische Recherchen. Stattdessen Ausschreibung des G-BA aufgegriffen → Antrag auf Förderung S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien für Menschen mit psychischen Erkrankungen und Migrationshintergrund“ (LL-InterKuKo) gestellt; Integration der beiden Leitlinien im Verlauf denkbar
- Erinnerung an Prozedere der Konsensfindung:
 - Jede Fachgesellschaft (FG) hat eine Stimme, auch wenn zwei Vertretende anwesend sind
 - Gültige Erklärung zu Interessenskonflikten muss vorliegen zur Abstimmung (→ ist für alle Beteiligten erfolgt)
 - Expert*innen sind nicht abstimmungsberechtigt
 - Bitte, dass sich abstimmungsberechtigte Personen an- und abmelden beim Betreten/Verlassen des Meetings
- Erfassung der Abstimmungsberechtigten: Abfrage der Anwesenheit der Vertreter*innen der FG

Abkürzung	Institution/Themenbereich	Name
ACKPA	Arbeitskreis der Chefärztinnen und Chefarzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland	Dr. med. Christian Kieser (E) (Andreas Bechdorf in Vertretung) Dr. med. Lieselotte Mahler (E)
APK	Aktion Psychisch Kranke e. V.	Prof. Dr. Peter Brieger (E) Matthias Rosemann
BAG BTZ	Bundesarbeitsgemeinschaft Beruflicher Trainingszentren	Dipl.-Psych. Heiko Kilian
BAG GPV	Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbünde e. V.	Dieter Schax Dr. Klaus Obert (E)
BAG KT	Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerischer Therapien	Ermute Scheufele Dr. Marianne Eberhard-Kaechele

BAG RPK	Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation psychisch kranker Menschen e. V.	Dr. Sabine Kreß
BAG UB	Bundesarbeitsgemeinschaft für Unterstützte Beschäftigung e. V.	Jörg Bungart (E)
BAG WfbM	Bundesarbeitsgemeinschaft Werkstätten für behinderte Menschen e. V.	Andrea Stratmann
BApK	Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V.	Heike Petereit-Zipfel
BDK	Bundesdirektorenkonferenz Psychiatrischer Krankenhäuser	Prof. Dr. Gerhard Längle
BDP	Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e. V.	Frau Dr. Meltem Avci-Werning (E)
BFLK	Bundesfachvereinigung Leitender Krankenpflegepersonen der Psychiatrie e. V.	Silke Ludowisy-Dehl (E) Elvira Lange
BFW	Bundesverband Deutscher Berufsförderungswerke e.V.	Marko Daubitz
BKT	Berufsverband für Künstlerische Therapien g.e.V	Prof. DDDr. Wolfgang Mastnak Univ.-Prof. Dr. Dr. Karl Hörmann (E)
BPE	Bundesverband der Psychiatrie-Erfahrenen e. V.	Jurand Daszkowski
BPtK	Bundespsychotherapeutenkammer	Dr. Nikolaus Melcop
BV Soziotherapeuten	Berufsverband der Soziotherapeuten e. V.	Dr. med. Nicolas Nowack
BVDN	Berufsverband Deutscher Nervenärzte e. V.	Dr. med. Roland Urban
BVDP	Bundesverband Deutscher Psychiater	Dr. Michael Krebs
Bvvp	Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e. V.	Dipl.-Soz.Päd. Ariadne Sartorius Dipl.-Psych. Benedikt Waldherr
DBSH	Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e. V.	Bettina Lauterbach
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V.	Olaf Reddemann
DFPP	Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege	Dorothea Sauter Dr. André Nienaber
DGBP	Deutsche Gesellschaft für Biologische Psychiatrie	Univ.-Dipl.-Soz.päd. Berninger
DGGPP	Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e. V.	Dr. Beate Baumgarte (E)
DGKJP	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie	Dr. med. Marianne Klein
DGPE	Deutsche Gesellschaft für Psychoedukation e. V.	PD Dr. Gabi Pitschel-Walz

DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V.	Prof. Dr. med. Steffi G. Riedel-Heller Prof. Dr. med. Thomas Becker
DGS	Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention e. V.	Dr. med. Tim J. Krause (E)
DGSP	Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V.	PD Dr. Silvia Krumm (E) Christel Achberger
DGVT	Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie	Rudi Merod Prof. Dr. Sandra Wesenberg
DTGGP	Deutsch-türkische Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und psychosoziale Gesundheit e.V.	Dr. med. Elif Kirmizi Alsan
DV Gemeindepsychiatrie e. V.	Dachverband Gemeindepsychiatrie e. V.	Nils Greve (E)
DVE	Deutscher Verband Ergotherapie e. V.	Kathrin Schwank
DVGS	Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e. V.	Dr. Stefan Peters
DVSG	Deutscher Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V.	Dr. Franz-Peter Begher
EX-IN	EX-IN Deutschland e.V.	Catharina Flader
Geschw.Netzwerk	Netzwerk von Geschwistern psychisch erkrankter Menschen	Leonore Julius
NetzG	Bundesnetzwerk Selbsthilfe seelische Gesundheit (NetzG)	Werner Holtmann (E) Franz-Josef Wagner
VKD	Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V./Fachgruppe Psychiatrie	Holger Höhmann, MAS, MIM, MBA (E) Heinz Augustin
Expert*in	Berufliche Teilhabe	Prof. Dr. Andreas Bechdolf (SV für den ACKPA) Dorothea Jäckel Prof. Thomas Reker (E)
Expert*in	Perspektive der Pflege- und Gesundheitsfachberufe	Dr. Johanna Breilmann Christian Burr Prof. Dr. Kathrin Seifert (E)
Expert*in	Gesundheitssystem-Perspektive	Prof. Dr. Arno Deister
Expert*in	Angehörigenperspektive	Manfred Desch Sibylle Glauser
Expert*in	Transkulturelle Psychiatrie und Migrationsaspekte	Prof. Dr. med. Iris Tatjana Graef-Caliess, MBA
Expert*in	Betroffenenperspektive	Herr Wagner (Netz G) Elke Prestin Werner Holtmann (E)

Expert*in	Perspektive Teilhabe am sozialen Leben und Sozialrecht	Dr. Michael Konrad
Expert*in	Rehabilitation und Teilhabe	Prof. Dr. Hans-Joachim Salize Prof. Dr. Katarina Stengler
Expert*in	Stigma und Stigmaerleben	Prof. Dr. Georg Schomerus
Expert*in	Vernetzung von Hilfen	Dr. Stefan-M. Bartusch (E)
Expert*in	Empowerment und Recovery	Prof. Dr. Michaela Amering (E)
Expert*in	Klinische Relevanz und Außenperspektive	Prof. Dr. Andreas Heinz (E)
Expert*in	Wohnen	Dirk Richter (E)

Mitglieder der Konsensusgruppe und Expert*innen, die sich im Voraus entschuldigt haben, sind mit **(E)** gekennzeichnet

Top 2: Bericht aus der AG Impuls (Dr. Uta Gühne)

- Neue Arbeitsform: Erfahrung der Betroffenen und Angehörigen soll stärker berücksichtigt werden bei der Leitlinienentwicklung → in AG Impuls wird Erfahrungsexpertise gebündelt und es findet ein vertiefter Austausch statt (während die Leitliniengruppe die wissenschaftliche Evidenz liefert, die S3-Regularien umsetzt und für die Prozesssteuerung verantwortlich ist)
- Erstes Findungstreffen fand am 13.06.2022 + zwei weitere Online-Treffen
- Einige Themenbereiche werden bereits in der Leitlinie diskutiert (z.B. die ambulante Krisenhilfe, der offene Dialog), andere Themen sind bisher weniger gut in der Leitlinie abgebildet (z.B. Unterstützungsangebote für Angehörige) → aufgrund dieser Diskussion neues Kapitel hierzu in der LL
- Außerdem diskutiert: übergreifende Themen, z.B. die Praktikabilität der Empfehlung in der Praxis, bzw. die Umsetzung von Empfehlungen und Zuständigkeiten/Ansprechpartner*innen in der Versorgung
- Umsetzung: Workshop geplant, weitere Expert*innen aus Leitliniengremium geladen
- Außerdem Wunsch aus AG Impuls nach jedem Kapitel Box zu Forschungsfragen zu sammeln
- Erstes Präsenztreffen auf dem DGPPN-Kongress (25.11.2022) geplant

Top 3: Ergebnisse der aktuellen Evidenzrecherche zur Wirksamkeit „Gesundheitsfördernder Interventionen“ und Abstimmung der Empfehlung (Dr. Uta Gühne, Prof. Dr. Ina Kopp)

- Kurzzusammenfassung Recovery-orientiertes Modell zur psychosozialen Versorgung: Bisherige Systematik der Leitlinie wird mit dem Modell verlassen und der Recovery-Gedanke kommt stärker zur Geltung
- Thema des heutigen Leitlinientreffens im Modell unter „Gesundheit und Wohlergehen“ → Individuelle Ebene: Gesundheitsfördernde Therapien und Bewegungs-/Sporttherapie
- Somatische Komorbidität bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen ist sehr hoch und reduziert durchschnittliche Lebenserwartung, daher die zentrale Frage: Sind gesundheitsfördernde Interventionen in der Behandlung schwer psychisch erkrankter Menschen wirksam?
- Vorstellung der aggregierten Evidenz aus internationalen Leitlinien → insgesamt zu wenig Evidenz, um etwas ableiten zu können
- Vorstellung der aggregierten Evidenz aus internationalen Übersichtsarbeiten: ausschließlich systematische Reviews und Metaanalysen von RCT's berücksichtigt – Studienqualität der Pri

märstudien als moderat bis schwach einzuschätzen (z.B. hohe Heterogenität und vergleichsweise kurze Untersuchungszeiträume), aber Ergebnisse der Metaanalysen konsistent und statistisch relevant

- Anwendbarkeit in Deutschland: Maßnahmen sind bisher nicht systematisch etabliert, obwohl entsprechende Expertise gegeben ist
- Vorstellen der neuen Empfehlung bei einem Empfehlungsgrad A
 - o Neu hinzugekommen: „individualisiert“
- Diskussion bezüglich der Terminologie „individualisiert“
 - o Sei für eine Leitlinienempfehlung zu ungenau – dies wird aber in den ergänzenden Hinweisen beschrieben: Individualisierung bedeutet Festlegung individueller Ziele und deren Erfolgsmessung
 - o Anmerkung, dass der Zusatz der Individualisierung wichtig ist, da Betroffene sich z.B. aufgrund von Medikamenteneinnahme oder schwerer Depression nicht zu einer Umsetzung in der Lage fühlen und so Stress oder Druck ausgelöst werden kann
- Nachfrage bzgl. Der geringen Qualität der Studien: Wie wird damit umgegangen?
 - o Es gäbe die Möglichkeit zur Herabstufung des Empfehlungsgrades, aber da Befunde über alle Metaanalysen hinweg gleich und positiv ausfallen, wurde der Empfehlungsgrad beibehalten; es wurde erfasst, dass Studienqualität Mängel aufweist
 - o Systematische Übersichtsarbeiten sind gut durchgeführt (daher formal Evidenzebene 1a), aber die Studien, die in die Arbeiten eingegangen sind, weisen Mängel auf
- Anmerkung, dass bei den Kriterien zur Beurteilung der Studien die Nachhaltigkeit fehlte
 - o Rückmeldung, dass längstens bis 24 Monate nachuntersucht wurde
 - o Kritisch zu betrachten, dass Untersuchungszeiträume zu kurz sind, da es sich v.a. bei chronischen Erkrankungen um eine Lebensaufgabe handelt
- Anmerkung, zum Thema Monitoring, welches am Ende der Erweiterten Hinweise aufgeführt wird: Wichtiges Thema, v.a. im ambulanten Psychiatriesektor, wo körperliche Probleme zu spät erkannt werden – hierfür Monitoring sehr zentral
 - o Monitoring sollte am Kapitelanfang thematisiert werden bzw. sollte ein systematisches Screening stattfinden
 - o Verweis auf das „Health Improvement Profile“ aus Großbritannien (Deutsche Übersetzung liegt vor): bietet ein Handbuch bzw. Screeningstrument, in welchem die Parameter zusammengestellt wurden
 - o Könnte aus methodischer Sicht in den Hintergrundtext eingebaut werden, es sollte aber berücksichtigt werden, an welche Zielgruppe sich das Screening richtet
- Hinweis, dass sich das GEPpsy an alle richtet und gerade ambulant Pflegende oder Mitarbeitende in der Eingliederungshilfe das Instrument nutzen können und müssen
 - o Vorschlag, dass dies im Hintergrundtext Erwähnung finden könnte
- Nachfrage: Was ist „fachspezifische Behandlung“? (ergänzender Hinweis)
 - o Müsste eventuell umformuliert werden: Hausärzt*innen werden häufig von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen aufgesucht, weshalb Hausärzt*innen Schlüsselposition haben zwischen Patient*innen und den Personen, die anderweitig an der Intervention beteiligt sind (z.B. Ernährungsberater*innen, etc.)
- Anmerkung zum Hintergrundtext zur Bewegung:
 - o Quelle von 2008 zu den (US-amerikanischen) Bewegungsempfehlungen „beißt“ sich mit der Niederschwelligkeit aus den ergänzenden Hinweisen – daher sollte bei der Bewegungssporttherapie im Hintergrund eine neue Quelle herangezogen werden (z.B. WHO, 2020) und eine Überarbeitung erfolgen → Änderung auf Seite 3 bzgl. Der Präventionen (präferenzbasiert) im Hintergrundtext vornehmen
 - o Niederschwelliger Beginn, z.B. aus sitzender Position sinnvoll
 - o Sportpräferenzen und Bewegungsmotive spielen große Rolle, auch bzgl. Nachhaltigkeit, weshalb der Präferenz höheres Gewicht beigemessen werden sollte: Bewegung nach Präferenz
- Anmerkung zur Erfolgskontrolle: Sollte nicht statisch sein; dynamischer Aspekt sollte aufgenommen werden → könnte evtl. im Hintergrundtext aufgenommen werden

- Anmerkung zu den ergänzenden Hinweisen zum Thema „Nutzung niedrigschwelliger Angebote“: Angeführte Beispiele (z.B. Gemeindezentren) unpassend, besser vielleicht Volkshochschule; außerdem aufnehmen: Stichworte „Lebenswelt“ und „alltagsbezogen“, da es bei den Maßnahmen wichtig ist, diese in den Alltag integrieren zu können
 - Hinweis, dass Gemeindezentren nicht ersetzt werden, sondern im Sinne der strukturieren Konsensfindung erörtert wird, wie die Evidenzlage diesbezüglich aussieht und entsprechend Anpassungen vorgenommen werden
- Betonung der Rolle der Peers (S. 18): Ist zwar nicht durch Studien belegt, aber es erscheint sinnvoll, Peers in die Gestaltung der Maßnahmen einzubeziehen → könnte in den Hintergrundtext aufgenommen werden
 - Verweis auf die Forschungsbox, um zu dem Thema mehr Evidenz zu schaffen (→ Forschungsauftrag zum Stellenwert von Peers)
- Anmerkung, dass Unterstützung derer fehlt, die selten oder unregelmäßig Psychiater*innen aufsuchen → diese sollten durch Peers oder Soziotherapeut*innen motiviert und unterstützt werden
 - Hinweis, dass es zur Peerarbeit ein explizites Kapitel gibt
- Nachfrage, an welcher Stelle die Angehörigen im Bereich Gesundheitsförderung abgebildet werden
 - Hier wurde explizit nach Evidenz für Betroffene gesucht

Protokoll der Abstimmung

Zahl der Abstimmungsberechtigten/Mandatstragenden schwankt über die einzelnen Abstimmungen durch Verlassen des Meetings einzelner Teilnehmenden zum Zeitpunkt der Abstimmung: N = 34 bzw. N = 32

Empfehlung 1:

Diskutierter Empfehlungsvorschlag	Konsentiert	+¹	-²	0³
Empfehlung (NEU): Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sollen multimodale gesundheitsfördernde Interventionen mit den Schwerpunkten gesunde Ernährung und körperliche Aktivität <u>individualisiert</u> angeboten werden. Empfehlungsgrad: A, Evidenzebene: Ia-Ib		34/34	/	/
	Formulierungsvorschläge/ Änderungsanträge (ändern/ergänzen/streichen): - Forschungsbox: Einfügen Stellenwert von Peers/Peergroups - Anregung: Screeningtest (GEPpsy) berücksichtigen			

¹ Zustimmung² Ablehnung³ Enthaltung

Statement: Die Prävention und Behandlung der hohen somatischen Komorbidität bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen erfordern ein integriertes, koordiniertes und umfassendes Handeln aller an der Versorgung der Betroffenen Beteiligten.		(32/32)		
	Formulierungsvorschläge/ Änderungsanträge (ändern/ergänzen/streichen): - Streichen: Hohen - Streichen: An der Versorgung der Betroffenen - Streichen: umfassendes	(29/32)		(3/32)

Die Prävention und Behandlung der somatischen Komorbidität bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen erfordern ein integriertes, koordiniertes Handeln aller Beteiligten.

Ergänzende Hinweise (NEU):

In der konkreten Umsetzung angebotener multimodaler gesundheitsfördernder Interventionen sollen immer die (krankheitsbedingten) motivationalen Faktoren der Betroffenen, ihre Erfahrungen, individuellen Bedarfe und Präferenzen berücksichtigt werden. Bei der Gestaltung können folgende Aspekte Berücksichtigung finden:

- Ermöglichung einer individuellen Programmgestaltung und -durchführung
- Angebot einer Kombination aus Gruppensitzungen und Einzelsitzungen
- Kontinuierliche Bereitstellung der Intervention über einen längeren Zeitraum, mind. zwei Mal pro Woche betreute Bewegungs- und Ernährungseinheiten anbieten
- Durchführung regelmäßiger Erfolgskontrollen der individuellen, konkreten und messbaren Ziele
- Nutzung von Selbstbeobachtungsansätzen zur Erfolgskontrolle
- Vermittlung eines Kerncurriculums zu Themen der Ernährung, der körperlichen Aktivität und des Selbstmanagements (Erkennen von Hindernissen und Problemlösungen)
- Bereitstellung eines flexiblen Erhaltungsprogramms mit ergänzenden Gruppenkursen
- Nutzung motivierender Ansätze und Möglichkeiten zum Wiedereinstieg
- Nutzung niedrigschwelliger Angebote (z. B. Sitzungen im Gemeindezentrum, Spaziergänge in der Nachbarschaft)
- Suche nach möglichen Umsetzungshemmnissen und persönlichen Ressourcen
- multiprofessionelle Zusammenarbeit und Kooperation

Gesundheitsfördernde Interventionen sollten in der Behandlung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und erhöhten Risiken für chronische körperliche Erkrankungen nach Möglichkeit präventiv ansetzen.

Bei der psychopharmakologischen Behandlung sollen unerwünschte Wirkungen auf die körperliche Gesundheit berücksichtigt und ggf. die Leitliniengerechtigkeit der psychopharmakologischen Behandlung hinsichtlich Präparates und Dosierung überprüft werden.

Die Notwendigkeit einer effizienten Schnittstellengestaltung zwischen Hausarzt/Hausärztin und fachspezifischer Behandlung wird ganz besonders im Bereich der Prävention und Behandlung somatischer Komorbidität bei schweren psychischen Erkrankungen deutlich.

Erforderlich ist in diesem Zusammenhang ein regelmäßiges Monitoring, in dessen Rahmen Gewicht, gesundheitsbezogene Lebensstilfaktoren und metabolische Indikatoren gemessen und dokumentiert werden. Das Monitoring muss frühzeitig mit Behandlungsbeginn einsetzen. Zentrale Parameter werden im Folgenden aufgelistet:

- Gewicht, Taillenumfang, BMI
- Blutdruck
- Blutzuckerspiegel
- Ermittlung des kardiovaskulären Risikos inkl. notwendiger Laborparameter
- Medikamentenspezifische Laborkontrollen
- Ohne Hinweise auf mögliche spezifische organbezogene Pathologien der Grunderkrankung (wie bei Essstörungen, Sucht, etc.) oder abzuklärende Differentialdiagnose kann auf weitere Untersuchungen von Laborparametern ohne klinische Verdachtsdiagnose verzichtet werden. Ansonsten richtet sich die weitere Diagnostik nach der klinischen Verdachtsdiagnose.
- Dentalstatus
- Erfragen von gesundheitsbeeinflussenden Lebensstilfaktoren: Ernährung, Ausmaß körperlicher und sportlicher Aktivität, Umgang mit schädigenden Substanzen (Tabak, Alkohol, andere Substanzen)

Top 4: Ergebnisse der aktuellen Evidenzrecherche zur Wirksamkeit von „Bewegungs- und Sporttherapie“ und Abstimmung der Empfehlung (Dr. Uta Gühne, Prof. Dr. Ina Kopp)

- Darstellung des PICO-Schemas zu den Bewegungs- und Sporttherapien
- Vorstellung der aggregierten Evidenz aus internationalen Leitlinien und systematischen Übersichtsarbeiten
 - Unterschied zu den Gesundheitsfördernden Interventionen: deutlich weniger RCT's und kleinere Stichprobenumfänge
- Vor allem Effekte für ausdauerorientiertes (aerobes) regelmäßiges Training, hierfür am meisten Befunde; weniger und inkonsistente Befunde für andere Trainingsansätze, z.B. Yoga
- Interventionen vor allem im stationären Setting untersucht
- Empfehlungsgrad B wird abgeleitet, da nicht genug Evidenz vorliegt, um einen Empfehlungsgrad A zu rechtfertigen
- Diskussionen bzgl. Terminologien, z.B. Präferenz statt Neigung
- Diskussion zu den Auswahlkriterien in der Suchmaschine, welche durch die Sprache verzerrt sind (→ Sektorisierung, v.a. durch die USA, die beeinflusst, wie die Empfehlungen zustande kommen): Weltstandard würde durch Fokus auf englischsprachige Literatur nicht erreicht werden
 - Aber: Leitlinienreport legt die Sprachlimitationen dar
- Diskussion zu den ergänzenden Hinweisen (z.B. konkrete Angaben, wie 150 min. streichen, etc.) → Änderungen wurden direkt in den ergänzenden Hinweisen im Änderungsmodus vorgenommen
- Hintergrundtext zur Bewegung: Neuere Literatur (WHO), niederschwellige Angebote, Präferenzsensitive Auswahl (Kraft und Ausdauer)

Protokoll der Abstimmung:

Abstimmungsberechtigte/Mandatstragende zum Zeitpunkt der Abstimmung: N = 31

Empfehlung 2:

Diskutierter Vorschlag	Empfehlungsvor- schlag	Konsentiert	+ ¹	- ²	0 ³
	Empfehlung 31 (unverändert): Bei Menschen mit schweren psychi- schen Erkrankungen sollten – je nach Beschwerdebild und Neigung sowie unter Berücksichtigung der körperlichen Leistungsfähigkeit – Bewegungsinterventionen als Teil eines multimodalen Gesamtthera- piekonzeptes zur Anwendung kom- men. Empfehlungsgrad: B, Evidenzebene: Ia-Ib		(21/31)	(4/31)	(6/31)
	Formulierungsvorschläge/ Änderungsanträge (ändern/ergän- zen/streichen): - Ändern: Bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sollten Be- wegungsinterventionen präferenzbasiert und indi- vidualisiert als Teil eines multimodalen Ge- samttherapiekonzepts empfohlen werden - Ändern: Bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sollten Be- wegungsinterventionen präferenzbasiert und indi- vidualisiert als Teil eines multimodalen Ge- samttherapiekonzepts sein - Ändern: Bei Menschen mit schweren psychi- schen Erkrankungen soll- ten Bewegungsinterven- tionen präferenzbasiert und individualisiert als Teil eines multimodalen Gesamttherapiekonzepts zur Anwendung kommen (→ 30/31 zugestimmt)				

¹ Zustimmung² Ablehnung³ Enthaltung

Hinweis: Der Empfehlungsgrad dieser Empfehlung in Bezug auf die angegebene Evidenzebene wurde herabgestuft, da die Studienlage nicht einheitlich genug war, um eine starke Empfehlung zu rechtfertigen

Empfehlung 3:

Diskutierter Vorschlag	Empfehlungsvor- schlag	Konsentiert	+ ¹	- ²	0 ³
Empfehlung 32 (unverändert): Körperpsychotherapeutische Ver- fahren sollten bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankun- gen zur Anwendung kommen. Empfehlungsgrad: B, Evidenzebene: Ib			(29/31)	(1/31)	(1/31)
	Formulierungsvorschläge/ Änderungsanträge (ändern/ergän- zen/streichen): - Ergänzen: Präferenzba- siert und individualisiert		(29/31)	(1/31)	(1/31)

Hinweis: Der Empfehlungsgrad dieser Empfehlung in Bezug auf die angegebene Evidenzebene wurde herabgestuft, da die Studienlage nicht einheitlich genug war, um eine starke Empfehlung zu rechtfertigen. Evidenz hierzu liegt bisher hauptsächlich aus Wirksamkeitsstudien vor, in denen Menschen mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis oder einer schweren Depression behandelt wurden.

Ergänzende Hinweise (NEU):

In jedem Fall sollte vor Beginn von Bewegungsinterventionen der **körperliche Gesundheitsstatus** der Patientin bzw. des Patienten und somit seine Eignung für eine körperliche Belastung überprüft werden.

Um die Ressourcen körper- und bewegungsorientierter Interventionen in der Behandlung von Menschen mit schweren psychischen Störungen ausschöpfen zu können, sind Kompetenzen und Kenntnisse im Bereich der Bewegungsförderung und achtsamkeitsbasierter körperorientierter Therapieverfahren einschließlich störungsorientierten Spezialwissens (zur Gruppenleitung, zur Einschätzung psychopathologischer Symptome, zu Effekten der Medikation) und eine Einbindung in das multiprofessionelle Behandlungsteam erforderlich.

In der therapeutischen Praxis ist neben der Dosierung der körperlichen Belastung v. a. die **Berücksichtigung psychosozialer Aspekte** (z. B. Körper- und Selbstwahrnehmung, Verhaltenskontrolle, Interaktion) von Bedeutung.

Aufgrund der hohen Prävalenz kardiovaskulärer Komorbiditäten bei Patientinnen und Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen können Bewegungsinterventionen nicht nur Symptomepsychischer Erkrankungen verbessern, sondern auch die **kardiorespiratorische Fitness**.

Top 5: Ausblick (Prof. Dr. Steffi Riedel-Heller, Dr. Uta Gühne)

¹ Zustimmung

² Ablehnung

³ Enthaltung

- Nachfrage zu einer eventuellen Freistellung beim Arbeitgeber durch eine Bescheinigung für die Konsensustreffen
- Ausblick auf den weiteren Leitlinienprozess zur S3-LL Psychosoziale Therapien: Nächster Termin im neuen Jahr
 - Gesundheitsförderung und Sport- und Bewegungstherapie mit dem heutigen Treffen abgeschlossen
- Ausblick auf die Weiterentwicklung von Leitlinienprozessen im Allgemeinen: Living Guidelines in der Psychiatrie → Konzept dynamische Leitlinienentwicklung

S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“

Projektleitung und -koordination:	Prof. Dr. Thomas Becker, Prof. Dr. Steffi Riedel-Heller, Dr. Dr. Stefan Weinmann, Dr. Uta Gühne
Weitere Mitarbeiterinnen, ISAP Leipzig:	Antje Kramer, Jana Hoßbach, Alena Engel
Förderer:	DGPPN

Protokoll zur Konsensuskonferenz am 29.03.2023

Teilnehmer Konsensusgruppe:	42
Davon abstimmungsberechtigt:	34
Teilnehmer Expertengruppe:	15
Moderation:	Prof. Dr. Ina Kopp (AWMF)
Protokoll:	Alena Engel

TOP 1: Begrüßung, Aktuelles und Ablauf (Prof. Dr. Steffi Riedel-Heller, Dr. Dr. Stefan Weinmann)

- Verortung der Bereiche der heutigen Abstimmung im Recovery-orientierten Modell der psychosozialen Versorgung:
 - Soziale & kulturelle Teilhabe (individuelle Ebene):
 - Training sozialer Fertigkeiten
 - Ergotherapie
- Hinweise zur Zoom-Netiquette mit der Bitte darum, Bescheid zu geben, wenn der Raum verlassen wird
- Erinnerung an das Prozedere der Konsensfindung:
 - Abstimmungsberechtigt ist ein*e Mandatsträger*in pro Fachgesellschaft
 - Expert*innen sind nicht abstimmungsberechtigt
 - Ziel: (starken) Konsens erreichen (starker Konsens bei Zustimmung von > 95% der Teilnehmenden; Konsens bei >75-95% der Teilnehmenden))
- Dank der Projektgruppe für konstruktive Rückmeldungen zu den Texten
- Überleitung zu einem kurzen Bericht aus der AG Impuls

Abkürzung	Institution/Themenbereich	Name
ACKPA	Arbeitskreis der Chefärztinnen und Chefarzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland	Dr. med. Lieselotte Mahler
APK	Aktion Psychisch Kranke e. V.	Matthias Rosemann
BAG BTZ	Bundesarbeitsgemeinschaft Beruflicher Trainingszentren	Dipl.-Psych. Heiko Kilian
BAG GPV	Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände e. V.	Dieter Schax (E) Dr. Klaus Obert (E)
BAG IF	Bundesarbeitsgemeinschaft Integrationsfirmen	Bertram Sellner (E)
BAG KT	Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerischer Therapien	Ermute Scheufele

BAG RPK	Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation psychisch kranker Menschen e. V.	Annette Theißing Dr. Sabine Kreß
BAG UB	Bundesarbeitsgemeinschaft für Unterstützte Beschäftigung e. V.	Jörg Bungart (E)
BAG WfbM	Bundesarbeitsgemeinschaft Werkstätten für behinderte Menschen e. V.	Lisa Eberhardt
BApK	Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V.	Heike Petereit-Zipfel
BDK	Bundesdirektorenkonferenz Psychiatrischer Krankenhäuser	Prof. Dr. Gerhard Längle
BDP	Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e. V.	Frau Dr. Meltem Avci-Werning (E)
BFLK	Bundesfachvereinigung Leitender Krankenpflegepersonen der Psychiatrie e. V.	Silke Ludowisy-Dehl (E) Elvira Lange
BFW	Bundesverband Deutscher Berufsförderungswerke e.V.	Marko Daubitz
BKT	Berufsverband für Künstlerische Therapien g.e.V	Prof. DDDr. Wolfgang Mastnak (E) Univ.-Prof. Dr. Dr. Karl Hörmann (E)
BPE	Bundesverband der Psychiatrie-Erfahrenen e. V.	Jurand Daszkowski
BPtK	Bundespsychotherapeutenkammer	Dr. Tina Wessels
BV Soziotherapie e.V.	Berufsverband Soziotherapie e. V.	Werner Walter Steffanie Lutz-Scheidt
BVDN	Berufsverband Deutscher Nervenärzte e. V.	Dr. med. Sabine Köhler Dr. med. Roland Urban
BVDP	Bundesverband Deutscher Psychiater	Dr. Michael Krebs
Bvvp	Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e. V.	Dipl.-Soz.Päd. Ariadne Sartorius (E) Dipl.-Psych. Benedikt Waldherr
DBSH	Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e. V.	Bettina Lauterbach
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V.	Olaf Reddemann
DFPP	Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege	Dorothea Sauter Dr. André Nienaber

DGBP	Deutsche Gesellschaft für Biologische Psychiatrie	Univ.-Dipl.-Soz.päd. Berninger
DGKJP	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie	Dr. med. Marianne Klein
DGPE	Deutsche Gesellschaft für Psychoedukation e. V.	Dr. med. Matthias Bender
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V.	Prof. Dr. med. Steffi G. Riedel-Heller Prof. Dr. med. Thomas Becker
DGS	Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention e. V.	Dr. med. Tim J. Krause
DGSP	Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V.	PD Dr. Silvia Krumm
DGVT	Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie	Prof. Dr. Sandra Wesenberg
DTGGP	Deutsch-türkische Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und psychosoziale Gesundheit e.V.	Dr. Tip Dr. (Istanbul Univ.) Elif Kirmizi Alsan Prof. Dr. med. Meryam Schouler-Ocak
DV Gemeindepsychiatrie e. V.	Dachverband Gemeindepsychiatrie e. V.	Nils Greve Kay Herklotz
DVE	Deutscher Verband Ergotherapie e. V.	Andreas Pfeiffer Kathrin Schwank
DVGS	Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e. V.	Dr. Stefan Peters
DVSG	Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V.	Dr. Franz-Peter Begher
EX-IN	EX-IN Deutschland e.V.	Catharina Flader (E)
Geschw.Netzwerk	Netzwerk von Geschwistern psychisch erkrankter Menschen	Leonore Julius
NetzG	Bundesnetzwerk Selbsthilfe seelische Gesundheit (NetzG)	Werner Holtmann
VKD	Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V./Fachgruppe Psychiatrie	Holger Höhmann, MAS, MIM, MBA
Expert*in	Berufliche Teilhabe	Dorothea Jäckel
Expert*in	Perspektive der Pflege- und Gesundheitsfachberufe	Dr. Johanna Breilmann Christian Burr Prof. Dr. Kathrin Seifert

Expert*in	Gesundheitssystem-Perspektive	Prof. Dr. Arno Deister Prof. Dr. Tilman Steinert
Expert*in	Angehörigenperspektive	Manfred Desch Sibylle Glauser (E)
Expert*in	Transkulturelle Psychiatrie und Migrationsaspekte	Prof. Dr. med. Iris Tatjana Graef-Calliess, MBA
Expert*in	Betroffenenperspektive	Elke Prestin (E)
Expert*in	Perspektive Teilhabe am sozialen Leben und Sozialrecht	Dr. Michael Konrad
Expert*in	Rehabilitation und Teilhabe	Prof. Dr. Hans-Joachim Salize Prof. Dr. Katarina Stengler (E)
Expert*in	Vernetzung von Hilfen	Günther Wienberg
Expert*in	Psychosoziale Therapien für Menschen mit geistiger Behinderung und psychischer Erkrankung	Prof. Dr. Matthias Schützwahl
Expert*in	Klinische Relevanz und Außenperspektive	Prof. Dr. Rainer Hellweg

*Mitglieder der Konsensusgruppe und Expert*innen, die sich im Voraus entschuldigt haben, sind mit (E) gekennzeichnet*

Top 2: Bericht aus der AG Impuls (Manfred Desch, AG Impuls)

- AG Impuls: Gruppe bestehend aus Menschen mit Psychiatrieerfahrung sowie Angehörige
 - o Bietet gegenseitigen Austausch, Diskussionen und die Möglichkeit separat vor größeren Konsensusgruppenkonferenzen die Perspektive der Betroffenen- und Angehörigenvertreter*innen einzubringen
- Übersicht über die besprochenen Themen der letzten Sitzung:
- Ergotherapie-Empfehlung: „Berücksichtigung des Gesamtbehandlungsplans“, Sorge um bürokratische Praktikabilität → besser: Gesamtbehandlungsplanung
- Vorschlag, bestimmte Themen aus der LL näher zu beleuchten und die Perspektive in Textboxen in die LL einfließen zu lassen
- Interventionen sollten auch in soziale Netze integriert werden: Wichtig, in Kontakt zu bleiben um nicht zu vereinsamen – vor allem vor dem Hintergrund, dass Betroffene nach und während einer Krise auf Bezugspersonen („professionelle Freundschaften“) angewiesen sind
- Behandlungsplanung sollte nicht in den Angehörigenintervention untergebracht werden (sondern unter „Empowerment“)
- Parteibildung durch das Reden von „ihr“ und „wir“ schädigt dem Gedanken der Gemeinsamkeit und der gemeinsamen Lösungsfindung
- Veränderungen im Betreuungsrecht in LL thematisieren
- Deutlich erkennbare Änderungen im Beispiel der Berichterstattung der Betreuer an die Gerichte → Veränderung der Ebene der Beziehungsgestaltung zwischen den Patienten
 - o Wunsch steht mit gewissen Einschränkungen vor dem angenommenen Wohl des Patienten
- Rückmeldung, dass das Kapitel zu Interventionen im sozialen Netzwerk ein guter Gewinn für die Leitlinie sein wird

Top 3: Ergebnisse der aktuellen Evidenzrecherche zur Wirksamkeit „Spezifischer ergotherapeutischer Ansätze“ und Abstimmung der Empfehlungen (Dr. Uta Gühne, Prof. Dr. Ina Kopp)

- Kurze Zusammenfassung der Ergebnisse; die Texte wurden im Vorhinein verschickt
- Hinweis, dass sowohl die ergotherapeutischen Interventionen als auch die Ansätze zum Training sozialer Fertigkeiten in der zweiten Auflage der Leitlinie nicht überarbeitet wurden → daher sind die Suchzeiträume länger
- Übersicht nach dem Pico-Schema:
 - Patient*innengruppe: Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen
 - Suche nach spezifischen ergotherapeutischen Interventionen
 - Ausgeschlossen wurden Ansätze ausgerichtet auf berufliche Teilhabe oder soziale und Alltagsfertigkeiten und gesundheitsfördernde Interventionen (werden in anderen Kapiteln der LL aufgegriffen)
 - Outcomes: Vor allem soziale Teilhabeaspekte, aber auch klinische und patient*innenbezogene Items
- Geplantes zweischrittiges Vorgehen: Zunächst Suche nach und Extraktion von systematischen Reviews und Metaanalysen (aus RCTs), im zweiten Schritt Suche und Extraktion von geeigneten Einzelstudien (RCTs)
- **Aggregierte Evidenz aus Leitlinien:**
 - S3-Leitlinie zur Behandlung von Menschen mit bipolaren Erkrankungen der DGPPN (2019) → Expertenkonsens zur Ergotherapie
 - Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression (2022) → Empfehlungsgrad B für ambulante Ergotherapie nach Heilmittelrichtlinie
 - S3-Leitlinie Schizophrenie (2019) Empfehlungsgrad 0 für ergotherapeutische Interventionen
 - Die Suche nach aggregierter Evidenz lieferte viele Ergebnisse, jedoch entsprachen nahezu alle Arbeiten nicht den festgelegten Kriterien (v.a. unpassende Zielgruppe oder Studiendesigns) – Untersuchte Ansätze sehr breit gefächert, z.B. Verhaltensaktivierung, Selbstmanagementansätze; Ergotherapien häufig auch mit anderen Professionen umgesetzt
 - Ein Cochrane Review mit spezifischer Fragestellung, jedoch keine RCTs gefunden
- **Evidenz aus Einzelstudien (k=14)**
 - Vor allem Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, teilweise aber auch diagnoseübergreifend
 - Überwiegend kleine Stichproben innerhalb der RCTs
- Ergebnisse aus den Einzelstudien:
 - Verschiedene Studien zeigen Vorteile bzgl. der Teilhabeaspekte
 - Outcomeerfassung unterschiedlich von Studie zu Studie → begrenzte Vergleichbarkeit
 - U.a. Verbesserung der Unabhängigkeit im Alltag und Alltagsfertigkeiten durch spezifische Ergotherapie im gemeindepsychiatrischen Setting und mit einem starken Alltagsbezug
 - RCTs im stationären Setting zeigen kaum Effekte hinsichtlich der Teilhabeaspekte
- Schwächen der Einzelstudien u.a. hohe Heterogenität, Risk-of-Bias, kurze Beobachtungszeiträume
- Kein nachteiliger Effekt ergotherapeutischer Interventionen gefunden
- Keine Studien zur Kosteneffektivität

Diskussion und Fragen aus dem Plenum

- Verwendung der Terminologie „**Gesamtbehandlungsplanung**“ anstelle von „Gesamtbehandlungsplan“

- Anmerkung, dass auch aufsuchende Angebote explizit geprüft werden sollen, um diese ggfs. in der Empfehlung zu erwähnen → Rückmeldung, dass es zu wenig Evidenz hierzu gebe, es jedoch im Hintergrundtext berücksichtigt werden sollte
- Frage bzgl. Des Umgangs mit Berufsgruppenexpertise, da nur einige Berufsgruppen Erwähnung finden
- Anmerkung, dass die Wirksamkeit vom Setting abhängt → Grundproblem, da es um verschiedene Ebenen geht (hinsichtlich Intervention, Setting, ...)
- Hinweis, dass in der Empfehlung EK das wiedergegeben wird, was erfasst wurde (berufliche und soziale Teilhabe)
- Anmerkung aus der **Versorgerperspektive**: Ergotherapie besitzt in der Versorgung hohen Stellenwert, jedoch sind aufsuchende Angebote außerhalb des stationären Settings schwer zu erreichen → Probleme mit Prüfanträgen
 - Wenn dies im psychiatrischen Setting auch der Fall ist, sollte dies evtl. Erwähnung finden → wird geprüft und ggfs. ergänzt
 - Rückmeldung, dass Wartezeiten auch bei Ergotherapie bestehen, diese jedoch nicht so lang sind wie bei Psychotherapie
 - Möglichkeit des Hausbesuches
 - Sorge vor Regressprüfungen
→ Kein Problem des Heilmittels, sondern des Systems
- Ergotherapie im stationären Setting oft nicht spezifisch genug eingesetzt → Forderung, dass Empfehlung konkreter werden sollte
- Definitionen sollten geklärt werden → hierfür ist das **Matrixkapitel** vorgesehen, da dies auch die Besonderheiten des deutschen Systems umfasst
- Zur ersten Empfehlung: ambulante Ergotherapie mit aufnehmen → aber: problematisch hinsichtlich der Evidenz, daher nicht ausreichend für einen Evidenzgrad B (jedoch könnte man über einen EK nachdenken) – würde die Präferenz des ambulanten Settings suggerieren
 - Rückmeldung aus dem Plenum: Evtl. im **Matrixkapitel** genauer beschreiben
- Anmerkung zur zweiten Empfehlung: Nicht nur ergotherapeutische Expertise, sondern auch andere Professionen spielen eine Rolle
- Anmerkung, dass die zweite Empfehlung zu unkonkret ist und passender für das Matrixkapitel ist
- Diskussion zur **Begrifflichkeit**: Betroffene, Patient*innen und Patienten, Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, ... → sollte einheitlich konsistent verwendet werden → Überlegungen werden mit in die Arbeit der AG Impuls aufgenommen
- Organisatorisches vor der ersten Abstimmung: Überprüfung der Anwesenheitsliste und Zählung der anwesenden Mandatstragenden

Protokoll der Abstimmung

Abstimmungsberechtigte/Mandatstragende: N = 33, später N = 32

Empfehlung 1:

Diskutierter Empfehlungsvorschlag	Konsentiert	+ ¹	- ²	0 ³

¹ Zustimmung

² Ablehnung

³ Enthaltung

Empfehlung (NEU): Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sollten spezifische ergotherapeutische Interventionen mit einer starken Alltagsorientierung im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes und orientiert an ihren individuellen Bedürfnissen und Präferenzen angeboten werden. Empfehlungsgrad: B, Evidenzebene: Ib		33/33	/	/
	Formulierungsvorschläge/ Änderungsanträge (ändern/ergänzen/streichen): - Änderung: Gesamtbehandlungs- und Rehabilitationsplanung	30/32		2/32

Hinweis: Der Empfehlungsgrad dieser Empfehlung in Bezug auf die angegebene Evidenzebene bleibt herabgestuft, da die Studienlage nicht einheitlich genug ist, um eine starke Empfehlung zu rechtfertigen.

Empfehlung 2:

Diskutierter Empfehlungsvorschlag	Konsentiert	+ ¹	- ²	0 ³

¹ Zustimmung

² Ablehnung

³ Enthaltung

Empfehlung (NEU): Ergotherapeutische Expertise spielt in der Umsetzung verschiedener psychosozialer Therapien eine bedeutende Rolle. Sie sollte im Sinne der Betroffenen zur Verbesserung der beruflichen und sozialen Teilhabe sowie zur Gesundheitsförderung entsprechend der aktuellen Empfehlungen gezielt genutzt werden. Empfehlungsgrad: EK		18/32	10/32	4/32
	Formulierungsvorschläge/ Änderungsanträge (ändern/ergänzen/streichen): - Ändern: Ergotherapie spielt in (...) - Ändern: Patientinnen und Patienten - Empfehlung streichen (Ergänzungen in Matrixkapitel geplant)	11/32	14/32	7/32

➔ **Kein akzeptables Abstimmungsergebnis erreicht für 2. Empfehlung**

Top 4: Ergebnisse der aktuellen Evidenzrecherche zur Wirksamkeit von „Trainierenden Interventionen zur Verbesserung von Alltags- und sozialen Fertigkeiten“ und Abstimmung der Empfehlungen
 (Dr. Uta Gühne, Prof. Dr. Ina Kopp)

- Erneute Vorstellung des Pico-Schemas:
 - Patient*innengruppe: Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen
 - Suche nach Trainingsansätzen zur Verbesserung sozialer und sozial-kognitiver Fertigkeiten sowie Alltagsfertigkeiten
 - Outcomes: Zentrale soziale Teilhabeaspekte, spezifische Fertigkeiten, psychosoziales Funktionsniveau, klinische und patient*innenbezogene Indikatoren
- Geplantes zweischrittiges Vorgehen: Zunächst systematische Reviews, anschließend Einzelstudien
- Aggregierte Evidenz aus Leitlinien:
 - NICE-Leitlinie Schizophrenie (2009): Kann nicht herangezogen werden
 - S3-Leitlinie Schizophrenie (2019) ➔ Training sozialer Fertigkeiten: A-Empfehlung
- Ergebnisse aus den Reviews:
 - Teilhabe: Über alle Arbeiten hinweg positive Effekte auf soziale Fertigkeiten, vereinzelt auch Effekte auf Alltagsfertigkeiten
 - Effekte auch für funktionale Outcomes (z.B. kognitive Fertigkeiten) sowie Hinweis auf Verbesserungen der Symptomatik (v.a. Negativsymptomatik)

- Alle Reviews umfassten Schizophrenie-Diagnosen → daher Suche nach Einzelstudien mit Stichproben ohne Schizophrenie (diagnoseübergreifend, Depression oder bipolare Störungen)
 - o In 3 RCTs vereinzelte Effekte auf Symptommaße, Theory of Mind und Attributionsstile (in 2 Studien sozial-kognitive Training untersucht)
- Training sozialer Fertigkeiten oft breit angelegt
- Keine nachteiligen Effekte berichtet
- Einschränkungen u.a. Präferenzen kaum systematisch erfasst, keine Studien zur Kosteneffektivität, hohe Heterogenität der Interventionen, Nachbeobachtungszeiträume kurz

Diskussionen und Fragen aus dem Plenum:

- Wie hoch ist die Spezifität? Was haben die Kontrollgruppen für ein Treatment erhalten? → sehr divers, TAU und niedrigschwellige Angebote – Herausforderung im psychosozialen Bereich, dass es eine große Varianz gibt
- **Begrifflichkeiten** sollten näher definiert werden
 - o Trainierende Interventionen anstelle von Training, da es breiter gefasst ist und Training i.d.R. mit einem bestimmten Manual verbunden ist
 - o Frage der Sinnhaftigkeit einer Spezifizierung der Trainingsinterventionen
- Nachfrage, weshalb der Begriff Erkrankung anstelle von **Diagnose** verwendet wird → wird im Redaktionsteam aufgenommen
- Anmerkung, dass sich ein manualisierter und individualisierter Ablauf widersprechen
- Diskussion bzgl. des Geltungsbereiches von Manualen
 - o Wesentlich für die Empfehlung: Es handelt sich um **übende Verfahren**, daher sollte auf den Hinweis auf Manuale verzichtet werden
- Bzgl. der **Begriffe Patient** und Patientin sollen Meinungen der Betroffenenvertreter*innen eingeholt und bei Entscheidung darüber berücksichtigt werden (→ Austausch mit AG Impuls)

Protokoll der Abstimmung

Abstimmungsberechtigte/Mandatstragende: N = 32, später N = 31

Empfehlung 3:

Diskutierter Empfehlungsvorschlag	Konsentiert	+ ¹	- ²	0 ³
Empfehlung (NEU): Trainierende Interventionen zur Verbesserung sozialer und sozial-kognitiver Funktionen sollen bei Vorhandensein sozialer Beeinträchtigungen zur Stärkung dieser und orientiert an den individuellen Bedarfen und Wünschen der Betroffenen durchgeführt werden. Die Interventionen sollten auf eine Stabilisierung des Erlernten und einen Alltagstransfer ausgerichtet sein. Empfehlungsgrad: A, Evidenzebene: Ia-Ib		/	/	/

¹ Zustimmung

² Ablehnung

³ Enthaltung

	Formulierungsvorschläge/ Änderungsanträge (ändern/ergänzen/streichen): - Ändern: Patientinnen und Patienten (redaktionell zu bearbeiten von Koordinationsteam) - Ändern: Trainierende Interventionen zur Verbesserung sozialer und sozial-kognitiver Funktionen sollen bei Vorhandensein entsprechender Beeinträchtigungen und orientiert an den individuellen Bedarfen und Wünschen der Betroffenen durchgeführt werden. Die Interventionen sollten auch auf eine Stabilisierung des Erlernten und einen Alltagstransfer ausgerichtet sein. (redaktionell)	32/32		

Hinweis: Studien liegen bisher hauptsächlich für Patient:Innen mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis vor. Wenige Befunde verweisen auf die Wirksamkeit in anderen Patientengruppen.

Empfehlung 4:

Diskutierter Empfehlungsvorschlag	Konsentiert	+ ¹	- ²	0 ³
Empfehlung (NEU): Bei einem Ausmaß der seelischen Beeinträchtigung, die zu einer Einschränkung in der Selbständigkeit und unabhängigen Alltagsgestaltung führt, sollten die Betroffenen entsprechend ihrer individuellen Wünsche und Bedarfe in ihren lebenspraktischen Fähigkeiten durch trainierende Ansätze möglichst im Lebensumfeld unterstützt werden. Kann ein Training im Lebensumfeld nicht stattfinden, sollte ein Alltags-transfer unterstützt werden. Empfehlungsgrad: B, Evidenzebene: Ib		28/31	2/31	1/31
	Formulierungsvorschläge/ Änderungsanträge (ändern/ergänzen/streichen): - Streichen: einem Ausmaß der seelischen Beeinträchtigung, die zu einer - Ändern: Bei einer Beeinträchtigung in der selbstständigen Lebensführung und unabhängigen Alltagsgestaltung sollten (...)	29/31	1/31	1/31

Top 5: Ausblick auf den weiteren Leitlinienprozess zur S3-LL Psychosoziale Therapien (Prof. Dr. Steffi Riedel-Heller)

- Weitere Themen sind in Planung:
 - o Gemeindepsychiatrische Ansätze und Frühinterventionen in Arbeit (Abstimmung findet beim nächsten Mal statt)
 - o Angehörigenintervention in Planung
- Hinweis auf die neu gegründete Leipzig School of Psychosocial Health: Vortragsreihe beginnt am 26.04. (digital)

¹ Zustimmung² Ablehnung³ Enthaltung

- Themen zu psychosozialer Gesundheit und den Umfang mit Krankheiten

S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“

Projektleitung und -koordination:	Prof. Dr. Thomas Becker, Prof. Dr. Steffi Riedel-Heller, Dr. Dr. Stefan Weinmann, Dr. Uta Gühne
Weitere Mitarbeiterinnen, ISAP Leipzig:	Antje Kramer, Jana Hoßbach, Alena Engel
Förderer:	DGPPN

Protokoll zur 3. Konsensuskonferenz am 05.09.2023

Teilnehmer Konsensusgruppe:	N = 33
Davon abstimmungsberechtigt:	N = 28
Teilnehmer Expertengruppe:	N = 10
Moderation:	Prof. Dr. Ina Kopp (AWMF)
Protokoll:	Alena Engel

TOP 1: Begrüßung, Aktuelles und Ablauf (Prof. Dr. Steffi Riedel-Heller, Prof. Dr. Thomas Becker)

Teilnehmende an der Konsensuskonferenz

Abkürzung	Institution/Themenbereich	Name
ACKPA	Arbeitskreis der Chefärztinnen und Chefarzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland	Dr. med. Lieselotte Mahler*
APK	Aktion Psychisch Kranke e. V.	Matthias Rosemann
BAG BTZ	Bundesarbeitsgemeinschaft Beruflicher Trainingszentren	Dipl.-Psych. Heiko Kilian*
BAG IF	Bundesarbeitsgemeinschaft Integrationsfirmen	Bertram Sellner (E)
BAG KT	Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerischer Therapien	Ermute Scheufele
BAG RPK	Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation psychisch kranker Menschen e. V.	Dr. Sabine Kreß
BAG WfbM	Bundesarbeitsgemeinschaft Werkstätten für behinderte Menschen e. V.	Andrea Stratmann (E) Christiane Eck-Meißner
BApK	Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V.	Heike Petereit-Zipfel
BDK	Bundesdirektorenkonferenz Psychiatrischer Krankenhäuser	Prof. Dr. Gerhard Längle (E)
BDP	Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e. V.	Frau Dr. Meltem Avci-Werning (E)
BFLK	Bundesfachvereinigung Leitender Krankenpflegepersonen der Psychiatrie e. V.	Silke Ludowisy-Dehl (E) Elvira Lange (E)
NetzG	Bundesnetzwerk Selbsthilfe seelische Gesundheit	Franz-Josef Wagner
BFW	Bundesverband Deutscher Berufsförderwerke e.V.	Marko Daubitz
BKT	Berufsverband für Künstlerische Therapien g.e.V	Prof. DDr. Wolfgang Mastnak Katja Watermann
BPE	Bundesverband der Psychiatrie-Erfahrenen e. V.	Jurand Daszkowski

BPtK	Bundespsychotherapeutenkammer	Dr. Nikolaus Melcop (E) Dr. Tina Wessels (E) Dr. Alessa Jansen
BV Soziotherapie e.V.	Berufsverband Soziotherapie e. V.	Dr. med. Nicolas Nowack (E)
BVDN	Berufsverband Deutscher Nervenärzte e. V.	Dr. med. Sabine Köhler Dr. med. Roland Urban
BVDP	Bundesverband Deutscher Psychiater	Dr. Michael Krebs
DBSH	Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e. V.	Bettina Lauterbach*
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V.	Olaf Reddemann
DFPP	Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege	Dorothea Sauter Dr. André Nienaber
DGBP	Deutsche Gesellschaft für Biologische Psychiatrie	Univ.-Dipl.-Soz.päd. Berninger
DGKJP	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie	Dr. med. Marianne Klein (E)
DGPE	Deutsche Gesellschaft für Psychoedukation e. V.	Dr. med. Matthias Bender
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V.	Prof. Dr. med. Steffi G. Riedel-Heller Prof. Dr. med. Thomas Becker
DGS	Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention e. V.	Dr. med. Tim J. Krause*
DGSP	Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V.	Christel Achberger PD Dr. Silvia Krumm (E)
DTGGP	Deutsch-türkische Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und psychosoziale Gesundheit e.V.	Dr. Tip Dr. (Istanbul Univ.) Elif Kirmizi-Alsan
DV Gemeindepsychiatrie e. V.	Dachverband Gemeindepsychiatrie e. V.	Nils Greve Kay Herklotz
DVE	Deutscher Verband Ergotherapie e. V.	Andreas Pfeiffer
DVGS	Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e. V.	Dr. Stefan Peters*
DVSG	Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V.	Dr. Franz-Peter Begher
Geschw.Netzwerk	Netzwerk von Geschwistern psychisch erkrankter Menschen	Leonore Julius
VKD	Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V./Fachgruppe Psychiatrie	Holger Höhmann, MAS, MIM, MBA (E) Paul Bomke (E)
Expert*in	Perspektive der Pflege- und Gesundheitsfachberufe	Christian Burr (E) Prof. Dr. Kathrin Seifert (E)
Expert*in	Gesundheitssystem-Perspektive	Prof. Dr. Tilman Steinert

Expert*in	Angehörigenperspektive	Manfred Desch Sibylle Glauser
Expert*in	Transkulturelle Psychiatrie und Migrationsaspekte	Prof. Dr. med. Iris Tatjana Graef-Calliess, MBA
Expert*in	Betroffenenperspektive	Elke Prestin (E)
Expert*in	Rehabilitation und Teilhabe	Prof. Dr. Hans-Joachim Salize Prof. Dr. Katarina Stengler
Expert*in	Vernetzung von Hilfen	Günther Wienberg
Expert*in	Klinische Relevanz und Außenperspektive	Prof. Dr. Rainer Hellweg (E)
Expert*in	Dialog und User Involvement	Jörg Utschakowski (E)
Expert*in	Vernetzung von Hilfen	Dr. Stefan-M. Bartusch
Expert*in	Berufliche Teilhabe	Prof. Dr. Andreas Bechdorf PD Dr. Holger Hoffmann

*Mitglieder der Konsensusgruppe und Expert*innen, die sich im Voraus entschuldigt haben, sind mit (E) gekennzeichnet; abstimmungsberechtigte Mitglieder der Konsensusgruppe, die die Konferenz vorzeitig verlassen haben, sind mit * gekennzeichnet.*

- Update zu der Implementierung der digitalen Interessenkonflikte und Dank für die Mitarbeit hierfür: Die Interessenskonflikte zu digitalisieren ist ein wichtiger Schritt, welcher die zukünftige Leitlinien-Arbeit erleichtern wird
 - o Hinweis, dass auch Interessenskonflikte benötigt werden, wenn Vertreter*innen der Mandatstragenden abstimmen – dies wird im Hintergrund laufend kontrolliert
- Vorstellung des Ablaufes der Konferenz zu den zwei zentralen, abzustimmenden Themen: Frühinterventionen (mit Statement) und gemeindepsychiatrische teambasierte Ansätze

Top 2: Bericht aus der AG Impuls (Heike Petereit-Zipfel (BApK e.V.), AG Impuls)

- Arbeitsintensive Gruppe, um Betroffene und Angehörige aktiver in die Erstellung der Leitlinien einzubeziehen
- Überblick einer Auswahl der diskutierten Themen:
 - o Wie sollte die Zielgruppe der Leitlinie genannt werden? – Diskussion verschiedener Bezeichnungen
 - o Recovery-orientiertes Modell: persönliche Haltung noch stärker herausstellen. Lösungsansatz: separate Textbox AG Impuls zum Thema Recovery, aus welchem die Bedeutsamkeit der persönlichen Haltung sowie des Umfeldes hervorgeht – ein entsprechender Text wurde bereits verfasst und stieß in der AG auf Zustimmung.
 - o Offener Dialog: Textbox AG Impuls hierzu soll erarbeitet werden
 - o Betreuungsrecht: Umsetzung der partizipativen unterstützten Entscheidungsfindung
 - o Krankheitsbegriff: Betonung von Funktionen und Abwendung von und sensibler Umgang mit Diagnosen (ohne diese gänzlich abzuschaffen); Textbox AG Impuls geplant
 - o Stärkerer Fokus auf Angehörige sowie Einbezug ihrer Interessen (im Rahmen eines Kapitels zu Interventionen im sozialen Umfeld)
- Weiterführende Themen auf der zukünftigen Agenda: Peer-Support
- Nächstes Treffen ist in Präsenz auf dem DGPPN-Gipfel in Berlin geplant

Top 3: Ergebnisse der aktuellen Evidenzrecherche zur Wirksamkeit von „Frühinterventionen“ und Abstimmung der Empfehlungen (Dr. Uta Gühne, Prof. Dr. Ina Kopp, alle)

- Erläuterungen zum Prozedere der Konsensfindung: Jede Fachgesellschaft hat eine Stimme, bei zwei anwesenden Vertreter*innen ist nur eine*r abstimmungsberechtigt; Expert*innen stimmen nicht ab
- Hinweis, dass sich abstimmende Personen bei Verlassen des digitalen Raumes abmelden, damit nachvollzogen werden kann, wer noch da ist
- Erfassung der abstimmungsberechtigten Personen sowie Klärung vereinzelter Rückfragen zu fehlenden Interessenskonflikten
- Einordnung der Frühinterventionen in das Recovery-orientierte Modell der psychosozialen Versorgung: Verbesserung der Behandlungsergebnisse sowie der Behandlungsorganisation auf struktureller Ebene
- Definition von Frühinterventionen: Zwei Strategien
 - o Frühintervention bei Menschen mit erhöhtem Risiko für erste Episoden von Erkrankungen mit erhöhtem Risiko von SMI (Ziel: Auftreten verhindern) → hierzu ist keine systematische Recherche erfolgt, daher wird über ein Statement abgestimmt
 - o Frühintervention bei Menschen mit ersten Episoden von Erkrankungen mit erhöhtem Risiko für SMI (Ziel: Chronifizierung verhindern) → erstmals systematische Recherche sowie hieraus abgeleitete Empfehlungen
- Erweiterung der Zielgruppe um Menschen, welche das 2-Jahres-Kriterium nicht erfüllen und von den psychosozialen Therapien nicht profitieren können → diese Subgruppe soll auch durch Frühintervention erreicht werden
- Vorstellung anhand des Pico-Schemas zur systematischen Literaturrecherche (Patient*innen, Interventionen, Vergleichsinterventionen, Outcome, Studiendesign und Suchzeitraum)
- Übersicht der Evidenzgrundlage:
 - o 8 Übersichtsarbeiten
 - o 2 Übersichtsarbeiten zur Kosteneffektivität
 - o 17 randomisiert-kontrollierte Studien
 - o Aggregierte Evidenz aus nationalen sowie internationalen Leitlinien

→ Präsentation der aggregierten Evidenz sowie der Evidenz aus den Einzelstudien und der Studien zur Kostenwirksamkeit

Zusammenfassung der Recherche zur den Frühinterventionen:

- o verschiedene psychosoziale Interventionen auch in einem frühen Stadium schwerer psychischer Erkrankungen wirksam
- o insbesondere Behandlungen durch spezialisierte Frühinterventionsdienste bzw. multiprofessionelle Teams: Verbesserung von Behandlungskontinuität, stationärer Behandlungsnotwendigkeit sowie Positiv- und Negativsymptomatik von Psychosen, höhere Remissionsraten, geringere Rezidivraten, reduzierte stationäre Behandlungsnotwendigkeit bzw. -dauer, verbessertes psychosoziales Funktionsniveau, höhere Lebensqualität, höhere Behandlungszufriedenheit
- o auch Effekte durch spezifische psychosoziale Interventionen aus ersten RCTs: Familieninterventionen, Psychoedukation, Supported Employment und Education, sozial-kognitives Training, Ansätze von Bewegung, Sport und Gesundheitsförderung, Peer-Support und Selbstmanagementansätze, z.B. auf verbesserte berufliche und soziale Teilhabe, psychosoziale Funktionen, Rückfallrisiko, psychische Gesundheit, Selbstwirksamkeitserleben
- o Evidenz aus Wirksamkeitsstudien hauptsächlich für Behandlung von Menschen mit ersten Psychoseerfahrungen, für andere Erkrankungsbilder bisher kaum qualitativ hochwertige Evidenz
- o Im Vergleich zu Einzelkomponenten-Interventionen waren Multikomponenten-Interventionen mit den größten Fortschritten verbunden (Frawley et al. 2021).

- In verschiedenen nationalen und internationalen Leitlinien wird insbesondere die Behandlung durch spezialisierte Frühinterventionsdienste (umfassendes Spektrum an pharmakologischen, psychologischen, sozialen, beruflichen und pädagogischen Interventionen) bzw. eine multiprofessionelle Behandlung für Menschen mit Ersterkrankung empfohlen
- Vorstellung der Einschätzungen bzgl. der Grade-Kriterien
 - Ausschließlich Reviews aus RCTs bzw. Primärstudien mit RCT-Design herangezogen
 - Studienqualität moderat bis schwach; Ergebnisse einheitlich
 - Positive Evaluation zur Kosteneffektivität sowie Anwendbarkeit im deutschen Versorgungssystem

Möglichkeit für Rückfragen sowie Eröffnung der Diskussion: **Übersicht der Diskussionspunkte und Nachfragen**

- Frage zur Implementierungsplanung: Psychiatrische Systeme werden nur im Bereich des SGB5 finanziert und nicht im SGB9 → wie kann dies zusammengefügt werden?
 - Rückmeldung, dass der Fokus über das SGB5 hinausgeht und auch andere Kostenträger mit der Leitlinie angesprochen werden (siehe Matrixkapitel), wird auch bei Empfehlungen zukünftig mitgedacht
- Nachfrage zu den Step- und Collaborative-Care-Ansätzen sowie digitale Interventionen, auf welche im Text nicht hingewiesen wird → wird in anderen Kapitel der LL adressiert bzw. kritisch geprüft ob Studien zur Zielgruppe vorliegen
- Nachfrage, inwieweit berücksichtigt wird, dass bei Menschen mit SMI die Behandlungsbereitschaft sehr individuell ist
 - Querverweis auf andere Leitlinien (z.B. Kapitel in der Borderline-LL)
 - Zusätzliche Anmerkung hierzu: Das Versorgungssystem sollte so gestaltet werden, dass es leichter ist, mit den Angeboten in Kontakt zu kommen und Informationen hierzu zugänglicher sind
 - Weitere Frage: Wie lässt sich die Behandlungsbereitschaft erhöhen?
- Frage nach den Wirkfaktoren innerhalb der Frühinterventionen: Was braucht es, dass die Teams wirksam sind?

Zentrale Diskussionspunkte bzgl. Der ersten Empfehlung:

- Verwendung sowie Abgrenzung der Begriffe Bedarfe, Bedürfnisse und Präferenzen
- Verwendung der Begrifflichkeit „soziale Exklusion“ als Überbegriff, welcher nicht sozialrechtliche normiert ist

Zentrale Diskussionspunkte bzgl. Der zweiten Empfehlung (EK):

(Für die zweite Empfehlung wurden methodische Mängel angebracht, dass diese Empfehlung verschiedene Empfehlungsgrade (soll/sollte) beinhaltet → wurden entsprechend angepasst)

- „Kernkonflikt“ innerhalb der Leitliniengruppe: Frage nach dem Einverständnis → liegt es im Ermessen des Fachpersonals, ob man mit Angehörigen redet oder ist es das Recht des Patienten zu entscheiden, ob er*sie den Angehörigen von der psychiatrischen Behandlung erzählt
 - Wahrung des Datenschutzes ist ohnehin gewährleistet
 - Einbezug der Angehörigen ermöglicht weitere Einblicke in Lebensrealität der Patient*innen

→ Der Kernkonflikt wird bei späterer Prüfung der Leitlinie thematisiert und berücksichtigt

- Wer gehört zu den Angehörigen? → Anmerkung, dass dieser Begriff zu eng gefasst ist und Diskussion über Alternativen

Protokoll der Abstimmung

Abstimmungsberechtigte/Mandatstragende: N = 28

Empfehlung 1:

Diskutierter Empfehlungsvorschlag	Konsentiert	+ ¹	- ²	0 ³
Empfehlung (NEU): Menschen mit ersten Episoden psychotischer oder anderer schwerer psychischer Erkrankungen <u>sollen</u> frühzeitig eine koordinierte, umfassende und multiprofessionelle Behandlung, erforderlichenfalls aufsuchend und Setting-übergreifend durch ein speziell ausgebildetes Team erhalten. Ziele sollen die Verhinderung einer Verschlechterung und Chronifizierung von Symptomen, von erneuten Krankheitsepisoden und von sozialer Exklusion sein. Psychosoziale Therapien* <u>sollen</u> entsprechend der Empfehlungen der vorliegenden Leitlinie und in Abhängigkeit der individuellen Bedarfe angeboten werden. Empfehlungsgrad: A, Evidenzebene: Ia-Ib	<i>Grundsätzliche Zustimmung zur Empfehlung:</i>	26/28 Konsens mit 93%	2/28	/
	Formulierungsvorschläge/ Änderungsanträge (ändern/ergänzen/streichen): - Ergänzen: in Abhängigkeit der individuellen Bedarfe und Präferenzen - Ändern: soziale Ausgrenzung - Ändern: in Abhängigkeit der individuellen Bedürfnisse und Präferenzen - Ändern: ... und der Erhalt sozialer und beruflicher Teilhabe sein.⁴	18/26 7/27 6/26 20/26	4/26 16/27 18/26 5/26	4/26 4/27 2/26 1/26

¹ Zustimmung² Ablehnung³ Enthaltung

⁴ Nach dieser Abstimmung wurde darüber diskutiert, was für diese Bezeichnung vs. die ursprüngliche Bezeichnung spricht. Das Ergebnis der Diskussion war aber, dass eigentlich soziale Exklusion ein passender Begriff ist (da nicht sozialrechtlich definiert und kurz und prägnant). Eine Person hat gesagt, dass sie sich nach dieser Diskussion bei der Abstimmung anders entschieden hätte - Frau Kopp meinte dann, dass das Sinn der Diskussion ist (da wo kein Konsens ist, können Dinge klargestellt werden und so noch eine zweite Abstimmung (s.u.) durchgeführt werden

	Nach Diskussion: Menschen mit ersten Episoden psychotischer oder anderer schwerer psychischer Erkrankungen sollen frühzeitig eine koordinierte, umfassende und multiprofessionelle Behandlung, erforderlichenfalls aufsuchend und Setting-übergreifend durch ein speziell ausgebildetes Team erhalten. Ziele sollen die Verhinderung einer Verschlechterung und Chronifizierung von Symptomen, von erneuten Krankheitsepisoden und von sozialer Exklusion sein. Psychosoziale Therapien* sollen entsprechend der Empfehlungen der vorliegenden Leitlinie und in Abhängigkeit der individuellen Bedarfe und Präferenzen angeboten werden.	26/28 Konsens mit 93%	0/28	2/28

Anmerkung:* Evidenz zur Wirksamkeit umschriebener psychosozialer Therapien bei Ersterkrankung liegt insbesondere für Familieninterventionen, Psychoedukation für erkrankte Personen und Angehörige, Interventionen zur Verbesserung von beruflicher Bildung und Teilhabe, insbesondere Supported Employment und Education, Sozialkognitives Training, Ansätze von Bewegung, Sport und Gesundheitsförderung mit einem präventiven Fokus, Ansätze zur Stärkung des Selbstmanagements sowie Ansätze des Peer-Supports vor. Auch andere psychosoziale Interventionen, für die im Moment keine qualitativ hochwertige Evidenz in der Behandlung von Menschen mit ersten Episoden vorliegt, die aber in der vorliegenden Leitlinie beschrieben und empfohlen werden, sollten im Einzelfall und nach Abwägung ihres potenziellen Nutzens bei entsprechender Indikation angeboten werden.

Empfehlung 2:

Diskutierter Empfehlungsvorschlag	Konsentiert	+ ¹	- ²	0 ³
Empfehlung (NEU): Der Eintritt der Menschen mit ersten Episoden psychotischer oder anderer schwerer psychischer Erkrankungen in das Versorgungssystem sollte durch breitflächige, niederschwellige und multimodale Ansätze (Information, Aufklärung, Schulungen für beteiligte Akteur:innen, Awareness-Kampagnen für die allgemeine Öffentlichkeit) erleichtert werden. Gleichzeitig soll bei Erstkontakt mit dem Hilfesystem der Individualität der Betroffenen und der Bedürfnis-	Grundsätzliche Zustimmung zur Empfehlung:	21/25 Konsens mit 84%	0/25	4/25

¹ Zustimmung

² Ablehnung

³ Enthaltung

zentrierung höchste Priorität beige-messen werden, um die Behand-lungsbereitschaft bzw. das Engage-ment der Betroffenen für eine Be-handlung von Beginn an zu erhöhen. Der Fokus soll auf der therapeuti-schen Beziehungsgestaltung und dem therapeutischen Dialog liegen. Nach Möglichkeit sollten nahe Ange-hörige einbezogen und Beziehungs-abbrüche verhindert werden. In der Behandlungsplanung sollten die Prinzipien der Partizipativen Ent-scheidungsfindung berücksichtigt werden. Empfehlungsgrad: EK				
	Formulierungsvorschläge/ Änderungsanträge (ändern/ergän-zen/streichen): - Ändern: um gegebenen-falls die Behandlungsbe-reitschaft... - Streichen: ,um die Behand-lungsbereitschaft bzw. das Engagement der Betroffe-nen für eine Behandlung von Beginn an zu erhöhen. - Ändern: Nahe An-/Zugehö-rige oder Vertrauensperso-nen sollen einbezogen und Beziehungsabbrüche ver-hindert werden. - Ändern: Bei Einverständ-nis¹ ... - Ändern: Der Zugang der Menschen (...) zu Hilfen sollte (...) - Ändern: Nach Möglichkeit sollen nahe An-/Zugehö-rige oder Vertrauensperso-nen einbezogen und Bezie-hungsabbrüche verhindert werden.	14/25 17/25 Mehr-heitliche Zustimmung 20/25 10/24 26/26 21/23	3/25 3/25 3/25 10/24 0/26 2/23	8/25 5/25 2/25 4/24 0/26 0/23

NEU: Der Zugang der Menschen (...) zu Hilfen sollte (...)

¹ Kein Konsens, daher fand ein Austausch statt, dessen Ergebnis die letzte Formulierung war („Nach Möglichkeit...“) —> da bestand dann Konsens (91%)

Der Zugang der Menschen mit ersten Episoden psychotischer oder anderer schwerer psychischer Erkrankungen zu Hilfen sollte durch breitflächige, niederschwellige und multimodale Ansätze (Information, Aufklärung, Schulungen für beteiligte Akteur:innen, Awareness-Kampagnen für die allgemeine Öffentlichkeit) erleichtert werden.

Gleichzeitig soll bei Erstkontakt mit dem Hilfesystem der Individualität der Betroffenen und der Bedürfniszentrierung höchste Priorität beigemessen werden, um die Behandlungsbereitschaft bzw. das Engagement der Betroffenen für eine Behandlung von Beginn an zu erhöhen.

Der Fokus soll auf der therapeutischen Beziehungsgestaltung und dem therapeutischen Dialog liegen.

Nach Möglichkeit sollen nahe An-/Zugehörige oder Vertrauenspersonen einbezogen und Beziehungsabbrüche verhindert werden.

In der Behandlungsplanung sollten die Prinzipien der Partizipativen Entscheidungsfindung berücksichtigt werden.

Statement 1 (NEU):

Bei Menschen mit hohem Risiko für Psychosen und andere schwere psychische Erkrankungen sollten Angebote zur Früherkennung und Frühintervention stärker in den Fokus rücken und flächendeckend zur Verfügung stehen. Ziel sollte die Verhinderung von Krankheitsepisoden und von schweren und chronischen Verläufen sein

Beginnende Diskussion, die aus Zeitgründen nicht fortgeführt werden konnte.

- Streichen: stärker in den Fokus rücken und

Top 4: Ergebnisse der aktuellen Evidenzrecherche zur Wirksamkeit von „Gemeindepsychiatrischen teambasierten Ansätzen“ und Abstimmung der Empfehlungen (PD. Dr. Dr. Stefan Weinmann, Prof. Dr. Ina Kopp, alle)

- Aus Zeitgründen waren keine Ergebnispräsentation, Diskussion und Abstimmung möglich

Top 5: Ausblick auf den weiteren Leitlinienprozess zur S3-LL Psychosoziale Therapien (Prof. Dr. Steffi Riedel-Heller)

- Diskussion zum Statement bei den Frühinterventionen wird zu einem späteren Zeitpunkt aufgenommen und zur Abstimmung in Umlauf gebracht
- Die gemeindepsychiatrischen Ansätze werden ebenfalls zu einem späteren Zeitpunkt abgestimmt – wie die Abstimmung erfolgt (Umlaufverfahren oder neue Konferenz) wird intern noch besprochen

S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“

Projektleitung und -koordination:	Prof. Dr. Thomas Becker, Prof. Dr. Steffi Riedel-Heller, Dr. Dr. Stefan Weinmann, Dr. Uta Gühne
Weitere Mitarbeiterinnen, ISAP Leipzig:	Antje Kramer, Jana Hoßbach
Förderer:	DGPPN

Protokoll zur 4. Konsensuskonferenz am 06.12.2023

Teilnehmende Konsensusgruppe:	N = 31
Davon abstimmungsberechtigt:	N = 30
Teilnehmende Expertengruppe:	N = 13
Moderation:	Prof. Dr. Ina Kopp (AWMF)
Protokoll:	Uta Gühne, Jana Hoßbach

TOP 1: Begrüßung, Aktuelles und Ablauf (Prof. Dr. Steffi Riedel-Heller, Prof. Dr. Thomas Becker)

Abkürzung	Institution/Themenbereich	Name
ACKPA	Arbeitskreis der Chefarztinnen und Chefarzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland	Prof. Dr. Andreas Bechdorf
APK	Aktion Psychisch Kranke e. V.	Matthias Rosemann
BAG BTZ	Bundesarbeitsgemeinschaft Beruflicher Trainingszentren	Dipl.-Psych. Heiko Kilian (E)
BAG GPV	Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbünde e. V.	Dieter Schax
BAG KT	Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerischer Therapien	Ermute Scheufele*
BAG RPK	Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation psychisch kranker Menschen e. V.	Annette Theißing (E) Dr. Sabine Kreß (E)
BAG UB	Bundesarbeitsgemeinschaft für Unterstützte Beschäftigung e. V.	Jörg Bungart*
BAG WfbM	Bundesarbeitsgemeinschaft Werkstätten für behinderte Menschen e. V.	Andrea Stratmann*
BApK	Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V.	Heike Petereit-Zipfel
BAPP	Bundesinitiative ambulante psychiatrische Pflege e. V.	Prof. Dr. Günter Meyer

BBW	Bundesarbeitsgemeinschaft Berufsbildungs- werke e.V.	Walter Krug*
BDK	Bundesdirektorenkonferenz Psychiatrischer Krankenhäuser	Prof. Dr. Gerhard Längle
BDP	Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e. V.	Frau Dr. Meltem Avci-Werning (E)
BFLK	Bundesfachvereinigung Leitender Krankenpfle- gepersonen der Psychiatrie e. V.	Elvira Lange
BFW	Bundesverband Deutscher Berufsförderungs- werke e.V.	Marko Daubitz*
BKT	Berufsverband für Künstlerische Therapien g.e.V	Prof. DDr. Wolfgang Mastnak (E) Dr. Katja Watermann (E)
BPE	Bundesverband der Psychiatrie-Erfahrenen e. V.	Jurand Daszkowski
BPtK	Bundespsychotherapeutenkammer	Dr. Tina Wessels
BV Soziotherapie e.V.	Berufsverband Soziotherapie e. V.	Steffanie Lutz-Scheidt
BVDN	Berufsverband Deutscher Nervenärzte e. V.	Dr. med. Sabine Köhler*
BVDP	Bundesverband Deutscher Psychiater	Dr. Michael Krebs
DBSH	Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e. V.	Bettina Lauterbach
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familiemmedizin e.V.	Olaf Reddemann*
DFPP	Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege	Dorothea Sauter
DGBP	Deutsche Gesellschaft für Biologische Psychiatrie	Univ.-Dipl.-Soz.päd. Berninger
DGKJP	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugend- psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie	Dr. med. Marianne Klein (E)
DGPE	Deutsche Gesellschaft für Psychoedukation e. V.	Dr. Gabi Pitschel-Walz
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psy- chotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V.	Prof. Dr. med. Steffi G. Riedel- Heller Prof. Dr. med. Thomas Becker
DGS	Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention e. V.	Dr. med. Tim J. Krause*
DGSP	Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V.	PD Dr. Silvia Krumm (E) Christel Achberger (E)

DGVT	Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie	Prof. Dr. Sandra Wesenberg (E)
DTGGP	Deutsch-türkische Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und psychosoziale Gesundheit e.V.	Dr. Tip Dr. (Istanbul Univ.) Elif Kirmizi Alsan (E) Prof. Dr. med. Meryam Schouler-Ocak (E)
DV Gemeindepsychiatrie e. V.	Dachverband Gemeindepsychiatrie e. V.	Nils Greve
DVGS	Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e. V.	Prof. Dr. Gerhard Huber*
DVSG	Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V.	Dr. Franz-Peter Begher
Geschw.Netzwerk	Netzwerk von Geschwistern psychisch erkrankter Menschen	Leonore Julius
NetzG	Bundesnetzwerk Selbsthilfe seelische Gesundheit (NetzG)	Franz-Josef Wagner (E) Werner Holtmann
VKD	Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V./Fachgruppe Psychiatrie	Holger Höhmann, MAS, MIM, MBA (E) Paul Bomke*
Expert*in	Angehörigenperspektive	Manfred Desch
Expert*in	Berufliche Teilhabe	Dorothea Jäckel
Expert*in	Betroffenenperspektive	Elke Prestin
Expert*in	Gesundheitssystem-Perspektive	Prof. Dr. Tilman Steinert Prof. Dr. Arno Deister (E)
Expert*in	Klinische Relevanz & Außenperspektive	Prof. Dr. Rainer Hellweg (E)
Expert*in	Perspektive der Pflege- und Gesundheitsfachberuf	Prof. Dr. Kathrin Seifert Christian Burr (E)
Expert*in	Perspektive Teilhabe am sozialen Leben und Sozialrecht	Dr. Michael Konrad
Expert*in	Rehabilitation und Teilhabe	Prof. Dr. Hans-Joachim Salize
Expert*in	Transkulturelle Psychiatrie und Migrationsaspekte	Prof. Dr. med. Iris Tatjana Graef-Calliess, MBA
Expert*in	Dialog und User involvement	Thomas Bock Gyöngyvér Sielaff Jörg Utschakowski
Expert*in	Vernetzung von Hilfen	Dr. Stefan-M. Bartusch Günther Wienberg

*Mitglieder der Konsensusgruppe und Expert*innen, die sich im Voraus entschuldigt haben, sind mit (E) gekennzeichnet; abstimmungsberechtigte Mitglieder der Konsensusgruppe, die die Konferenz vorzeitig oder zwischenzeitlich verlassen haben oder später dazugekommen sind, sind mit * gekennzeichnet.*

Top 2: Bericht aus der AG Impuls: Elke Prestin (Betroffenenperspektive), Jurand Daszkowski (BPE e.V.), (AG Impuls)

- Regelmäßige Treffen in Gruppe aus Betroffenen, Angehörigen und professionellen Personen zur Absprache des LL-Prozesses mit dem Ziel Impulse/Expertise aus Betroffenen-/Angehörigenperspektive einzubringen
- 2 Arbeitstreffen der AG in Präsenz auf dem DGPPN-Kongress
- Im Rahmen eines Treffens (Zwischen-)Bilanzierung der Arbeit erfolgt: (1) Mit welchen Erwartungen ist jeder gestartet? Inwieweit wurden diese erfüllt? (2) Was sind die Ziele für das aktuelle Update der LL? (3) Was können mittel- und langfristige Ziele der AG sein? → Antworten sollen an Fachgesellschaft weitergetragen werden
- Aktuelle Aufgaben/Themen (Auswahl):
 - o Definierte Textboxen erstellen mit Stellungnahmen aus der Perspektive von Betroffenen und Angehörigen
 - o Rückmeldung & Impulse zu formulierten Texten & Empfehlungen, verwendeten Begriffen geben
→ z.B. konstruktive Diskussion über den Begriff „partizipative Entscheidungsfindung“: partizipativ bezieht sich auf Prozess der Entscheidungsfindung, Entscheidung selbst obliegt nur Betroffenen mit Ausnahme bekannter Sonderfälle → Erläuterung zu diesem Begriff für Hintergrundtext in Arbeit
- Zukunftsausblick: Wie sähe eine optimale Partizipation bei der Erstellung von LL aus?
 - o AG Impuls macht wichtige erste Schritte
 - o langfristig bessere Rahmenbedingungen mit fester Zusammenarbeit, Refinanzierung und klarerer Abstimmung, welche Beiträge eine solche AG leisten kann und soll, erforderlich

Top 3: Abstimmung der Empfehlungen „Frühinterventionen“ nach erster Delphi-Runde (Dr. Uta Gühne, Prof. Dr. Ina Kopp, alle)

- Abstimmung erfolgt über Zoom-Umfragefunktion
- Erläuterungen zum Prozedere der Konsensfindung: zur Abstimmung berechtigt sind alle Mandatstragenden der jeweiligen Fachgesellschaften mit gültiger IK; jede Fachgesellschaft hat eine Stimme; bei zwei anwesenden Vertreter*innen ist nur eine Person abstimmungsberechtigt; Expert*innen stimmen nicht ab
- Erklärung des Konsens-Prinzip: starker Konsens bei über 95% Zustimmung, Konsens bei 75-95% Zustimmung, mehrheitliche Zustimmung bei über 50%
- Erfassung der anwesenden und abstimmungsberechtigten Personen
- Abstimmung der letzten ausstehenden Empfehlung der Frühinterventionen; Delphi-Umlaufverfahren erbrachte 28 Rückmeldungen (+: 26, -: 2 mit Änderungsvorschlägen)
- Umgang: Änderungsvorschläge wurden in Empfehlung integriert
- Klärung letzter Rückfragen zum Abstimmungsprozedere und anschließende Abstimmung

Protokoll zur 1. Abstimmung

Abstimmungsberechtigte/Mandatstragende: N = 29

Diskutierter Empfehlungsvorschlag	Konsentiert	+ ¹	- ²	0 ³
Ursprüngliche Formulierung der Empfehlung: Bei Menschen mit hohem Risiko für Psychosen und andere schwere psychische Erkrankungen sollten Angebote zur Früherkennung und Frühintervention stärker in den Fokus rücken und flächendeckend zur Verfügung stehen. Ziel sollte die Verhinderung von Krankheitsepisoden und von schweren und chronischen Verläufen sein. Empfehlungsgrad: EK		/	/	/
	Formulierungsvorschläge/ Änderungsanträge (ändern/ergänzen/streichen) aus Delphi-Prozess: Ergänzung 1 – und flächendeckend zur Verfügung stehen. <i>Sie sollen eingebettet und strukturiert vernetzt mit bestehenden ambulanten Versorgungsangeboten, insbesondere auch der primärärztlichen Versorgungsebene (weiter)entwickelt werden.</i> Ziel sollte ... Ergänzung 2 – sollten Angebote zur Früherkennung und Frühintervention <i>für sie selbst und ihre nahen Angehörigen</i> stärker in den Fokus rücken ... Resultierender Vorschlag der Redaktionsgruppe <i>Für Menschen mit hohem Risiko für Psychosen und andere schwere psychische Erkrankungen und für Angehörige sollen Angebote zur Früherkennung und Frühintervention flächendeckend zur Verfügung stehen. Sie sollen mit</i>	28/28 100% / starker Konsens	0/28	0/28

¹ Zustimmung² Ablehnung³ Enthaltung

	<i>bestehenden ambulanten Versorgungsangeboten, insbesondere auch der primärärztlichen Versorgungsebene vernetzt werden. Ziel soll die Verhinderung von Krankheitsepisoden und von schweren und chronischen Verläufen sein.</i>			

Top 4.1: Ergebnisse der Evidenzrecherche zu „Gemeindepsychiatrischen Teambasierten Ansätzen“ und Abstimmung der Empfehlungen (PD Dr. Dr. Stefan Weinmann, Dr. Uta Gühne, Prof. Dr. Ina Kopp, alle)

- Einordnung: multiprofessionelle Teams (nicht stationär arbeitend), die in der Gemeindepsychiatrie basiert sind → aufsuchende Komponente
- Überblick über verschiedene ambulante gemeindepsychiatrische Ansätze“ (modifiziert nach Becker et al., 2008)
- Vorstellung anhand des PICO-Schema zur syst. Literaturrecherche (Pat., Intervention, Vergleichsintervention, Outcome, Studiendesign und Suchzeitraum)
- Übersicht d. aggregierten Evidenz (alt):
 - NICE-LL, 2014 mit 3 RCTs
 - Cochrane-Review von Malone et al., 2007 mit 3 RCTs
- keine neue Evidenz aus RCTs zu multiprofessionellen, gemeindepsych. Teams
- Präsentation der Effekte aus aggr. Evidenz

Zusammenfassung:

- Weit verbreitete u. allgemein etablierte Behandlungsform
- Studien, in denen multiprofessionelle gemeindepsych. Behandlung mit anderen Behandlungen verglichen wurden, zeigen v.a. Effekte hinsichtlich einer Reduktion stationärer Behandlungen auf
- In Einzelstudien zeigte sich höhere Behandlungszufriedenheit, verbesserte Kosteneffektivität
- Gegenüber anderen gemeindebasierten oder stationären Behandlungsformen sind multiprofessionelle Behandlungsansätze mind. gleichwertig

Vorstellung der Einschätzungen bzgl. der GRADE-Kriterien:

- Bewertung durch RCTs bzw. syst. Reviews & Metaanalysen aus RCTs
- Abbruchraten vergleichbar mit anderen Vergleichsinterventionen
- Multiprofessionelle Behandlungsansätze in Deutschland breit anwendbar
- Bisher keine Evidenz für Deutschland vorliegend

Heutiges Ziel: Aktualisierung der Empfehlung aus letzter Auflage → unveränderter Empfehlungsvorschlag

Möglichkeit für Rückfragen/Diskussion:

- Frage: Warum wurde die ambulant psychiatrische Pflege, die Soziotherapie und die ambulante Komplexleistung nicht mit aufgenommen? → Verweis auf Berghöfer (2020)
- Rückmeldung, dass „teambasiert“ die Pflege/sozialarbeiterische Expertise etc. bzw. diese Versorgung in betrachteten Studien inkludiert ist, Verweise im Hintergrundtext
- To Do: im Hintergrundtext aufführen, welche Berufsgruppen laut Studien in den Teams integriert waren
- Anmerkung: LL auch Entscheidungshilfe für Krankenkassen geworden, Angebote nicht mehr zu finanzieren → Betonung der polit. Bedeutsamkeit

- Frage, warum nur teambasierte Ansätze erwähnt und nicht gemeindepsychiatrische Ansätze?
→ nachgehende ambulante & psych. Pflege, Soziotherapie gemeindepsychiatrisch, aber nicht teambasiert; neben teambasierten/multiprof. Interventionen auch Erwähnung der anderen Hilfen notwendig
- Evidenzbasierung der Empfehlungen; Hinweis, dass nur Studien einbezogen werden können, die Einschlusskriterien erfüllen (PICO-Schema)
- Besorgnis über die Weichlichkeit der Begriffe „Gemeindepsychiatrie“ und „Behandlung“;
Frage worauf sich Evidenzprüfung bezieht und ob der Empfehlungsgrad mit der Weichlichkeit der Begriffe und dessen Bezug auf das deutsche System übereinstimmt
- Rückmeldung: Gemeindepsych. Community = Abdeckung def. Versorgungsregion; Zusammensetzung der Teams kann nur minimal definiert werden: nicht-klinische Versorgung durch ein Team, das im Umfeld des Pat. agiert (Case Management Area) + Anmerkung, dass gemeindepsych. Angebote in Empfehlung enthalten sind
- Möglichkeit, im Hintergrundtext/Patientenleitlinie ggf. Informationen zum Zugang in Deutschland zu ergänzen (erfolgt)
- Nachfrage, ob Genesungsbegleitung bzw. Studien dazu einbezogen wurden
- Rückmeldung, dass es keine zulässige Evidenz in diesem Bereich gibt, aber ein anderes evidenzbasiertes Kapitel dieses Thema/Studien aufgreift
- Änderungsantrag: Versorgung statt Behandlung; (Wunsch im Hintergrundtext Leistungsarten einzuschließen)
- Anmerkung: Teambehandlung, nicht einzelne Berufsgruppen; Zusammenarbeit multiprofessionell verschiedener Berufsgruppen

Protokoll der 2. Abstimmung**Empfehlung: Multiprofessionelle gemeindepsychiatrische Teams**

Diskutierter Empfehlungsvorschlag	Konsentiert	+ ¹	- ²	0 ³
Empfehlung (2018, unverändert): In allen Versorgungsregionen soll eine gemeindepsychiatrische, teambasierte und multiprofessionelle Behandlung zur Versorgung von Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung zur Verfügung stehen. Empfehlungsgrad: A, Evidenzebene: Ia-Ib		22/29	7/29	0/29
<i>Für Hintergrundtext: Berufsgruppen nennen, welche lt. Studien in diesen Teams integriert waren</i>	Formulierungsvorschläge/ Änderungsanträge (ändern/ergänzen/streichen): - <u>Behandlung</u> streichen Zu konsentierende Empfehlung: In allen Versorgungsregionen soll eine gemeindepsychiatrische, teambasierte und multiprofessionelle Versorgung von Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung zur Verfügung stehen.	23/27 85% / Konsens	4/27	0/27

Top 4.2: Ergebnisse der Evidenzrecherche zu „Akutbehandlung im häuslichen Umfeld“ und Abstimmung der Empfehlungen (PD Dr. Dr. Stefan Weinmann, Dr. Uta Gühne, Dr. Ina Kopp, alle)

- Einordnung: Team, das auf Vermeidung/Verkürzung des stationären Aufenthaltes abzielt
- Vorstellung der aggr. Evidenz:
 - o NICE-LL, 2014 mit 6 RCTs
 - o Cochrane Review von Murphy et al., 2015
- Vorstellung der Evidenz aus akt. Einzelstudien:
 - o Cornelis et al., 2022
 - o Stulz et al., 2020

Zusammenfassung:

- Insb. für deutschen Sprachraum immer noch RCT-Bedarf (vgl. auch Bechdolf et al., 2021)

¹ Zustimmung² Ablehnung³ Enthaltung

- Aktuelle RCTs stützen Evidenz aus älteren Befunden; häusliche Behandlung kann die Inanspruchnahme von stationären Behandlungen durch schwerkranke Patient:innen in akuten Krisen verringern; vergleichbare klinische und soziale Ergebnissen und Zufriedenheit der Patient:innen wie stationäre Standardbehandlung (Stulz et al. 2020b; Cornelis et al. 2022; Johnson et al. 2005).
- Ältere Untersuchungen: Überlegenheit Behandlungsform hinsichtlich Reduktion stationärer Behandlungszeiten und Verringerung künftiger stationärer Aufnahmen (Murphy et al. 2015; NICE 2014), Senkung des Risikos eines Behandlungsabbruchs, Verbesserung von Behandlungszufriedenheit bei Patient:innen und Angehörigen, Reduktion Angehörigen-Belastung
- Keine höhere Suizidalität

Vorstellung der Einschätzungen bzgl. der Grade-Kriterien:

- Zur Bewertung RCTs bzw. syst. Reviews + Metaanalysen von RCTs, schwer in Metaanalysen zusammenfassbar
- Keine nachteiligen Effekte in beobachteten Outcomes
- Vergleichbare Abbruchraten/verbesserte Behandlungszufriedenheit
- Kosteneffektivität für Deutschland nicht beurteilbar
- Knapp 80 Kliniken, die Stäb in Deutschland durchführen
- Keine RCT's für Deutschland vorliegend

Möglichkeit für Rückfragen/Diskussion:

Zur Evidenzbasierten Empfehlung:

- Methodische Anmerkung „zu jeder Zeit“/„zwingend“ rausnehmen
- Frage nach Anpassung des Hintergrundtextes, um mehr Anbieter einzubeziehen
- Anmerkung, ob Crisis Resolution Teams, Comm. Mental Health Teams und Assertive Comm. Treatment Teams voneinander abzugrenzen sind in engl. Studien → 3 Möglichkeiten als Funktion eines gemeindepsych. Teams?
- Mögliche Ergänzung: „auch in akuten Krankheitsphasen“, daraufhin Diskussion, inwiefern „auch“ angemessen ist
- Frage zur Definition von Versorgung, Behandlung und Begleitung
- Frage, was mit dem Begriff „mobil“ in den Studien gemeint ist; mobil = aufsuchend
- Änderung: „begleitet“ und „behandelt“ durch „versorgt“ ersetzen
- Rückmeldung: Wirkfaktoren sowohl medizinisch-psychiatrisch als auch soziale Versorgung; Begriff Versorgung beinhaltet wesentliche Elemente von Behandlung + Begleitung; Änderung zulässig (red.)
- Anmerkung: „Versorgt“ widerspricht Autonomie-Begriff (wenig emanzipatorisch)
- Anmerkung: im Hintergrundtext Psychiater als Teil d. Teams nennen
- Rückmeldung: Psychiater werden bereits genannt; Genesung & Peerbegleitung im eigenen Kapitel aufgeführt
- Diskussion zu den Begriffen Behandlung, Begleitung und Versorgung: u.a. Ambiguität der Begriffe Behandlung und Begleitung; Bedenken, dass Konsens dadurch gering wird; „Versorgung“ in SGB 5 verankert
- Ziel: EK für nächste KK vorschlagen
- Einwand: „auch“ nicht evidenzbasiert; Studien bzgl. Home-Treatment-Ansätze beziehen sich explizit auf akute Krankheitsphase
- Rückmeldung: „auch“ rausnehmen (Änderungsantrag wird zurückgezogen)

Protokoll der 3. und 4. Abstimmung

Empfehlung: Akutbehandlung im häuslichen Umfeld I

Diskutierter Empfehlungsvorschlag	Konsentiert	+ ¹	- ²	0 ³
Empfehlung (NEU, modifiziert): Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sollen die Möglichkeit haben, in akuten Krankheitsphasen von mobilen multiprofessionellen Teams definierter Versorgungsregionen in ihrem gewohnten Lebensumfeld begleitet und behandelt zu werden. Empfehlungsgrad: A, Evidenzebene: Ia		/	/	/
<i>Auftrag: EK-Formulierung für den Begriff „Versorgung“ vor nächster KK vorschlagen</i>	Formulierungsvorschläge/ Änderungsanträge (ändern/ergänzen/streichen): - Ergänzung: <u>auch</u> in akuten Krankheitsphasen (red.) - Änderung: <u>versorgt</u> statt begleitet und behandelt (red.) Abzustimmende Empfehlung: Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sollen die Möglichkeit haben, in akuten Krankheitsphasen von mobilen multiprofessionellen Teams definierter Versorgungsregionen in ihrem gewohnten Lebensumfeld versorgt zu werden.	25/26 96% / starker Konsens	1/26	0/26

¹ Zustimmung² Ablehnung³ Enthaltung

Empfehlung: Akutbehandlung im häuslichen Umfeld II

Diskutierter Empfehlungsvorschlag	Konsentiert	+ ¹	- ²	0 ³
Empfehlung (NEU): Die Umsetzung einer Akutbehandlung im häuslichen Umfeld in Deutschland sollte sich hinsichtlich der zentralen Programmelemente an dem international untersuchten evidenzbasierten Modell orientieren; gleichzeitig sollten Möglichkeiten einer flexiblen Anpassung an die jeweiligen örtlichen Rahmenbedingungen und Strukturen zulässig sein und dazu dienen, eine flächendeckende Implementierung zu erreichen. Empfehlungsgrad: EK		25/26 96% / starker Konsens	1/26	0/26
	Formulierungsvorschläge/ Änderungsanträge (ändern/ergänzen/streichen): -			

Top 4.3: Ergebnisse der Evidenzrecherche zu „Intensive Aufsuchende Behandlung“ und Abstimmung der Empfehlungen (PD Dr. Dr. Stefan Weinmann, Dr. Uta Gühne, Prof. Dr. Ina Kopp, alle)

- Am besten untersuchtes gemeindespsych. Modell
- Einordnung: Menschen mit schwerer psych. Erkrankung, die über längere Zeit teambasiert aufsuchend behandelt werden
- Vorstellung der aagr. Evidenz:
 - Cochrane-Review mit 40 RCTs (Dieterich et al., 2017)
 - Norden et al. (2012) mit 6 RCTs

Zusammenfassung:

- Cochrane-Review: u.a. reduzierte stationäre Behandlungsdauer, geringere Anzahl an Studienabbrüchen und größere Behandlungskontinuität, Vorteile im Bereich Wohnen durch ICM im Sinne einer höheren Wk unabhängigen Wohnens
- ICM vs. Nicht-ICM: wenig zusätzlicher Effekt durch ICM bez. auf Anzahl von Krankenhausaufenthalten, Anzahl von Einweisungen; aber ICM kann die Zahl von Abbrüchen reduzieren (Dieterich et al. 2017).
- ICM als wirksamer Ansatz im Rahmen der gemeindenahen Versorgung (v.a. bei häufiger stationärer Behandlungsnutzung), Wirksamkeit in der Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Wohnungslosigkeit durch ACT/ICM belegt

Einschätzung der GRADE-Kriterien:

¹ Zustimmung² Ablehnung³ Enthaltung

- Syst. Reviews und Metaanalysen von RCTs
- Keine Hinweise auf nachteilige Effekte in den beob. Outcomes
- Keine Ergebnisse zur Kosteneffektivität für deutsches Gesundheitssystem
- ICM in Deutschland nicht regelhaft implementiert
- Bisher keine RCTs in Deutschland, aber nicht randomisierte Studien weisen auf positive Befunde hin

Möglichkeit für Rückfragen/ Diskussion:

Empfehlung (NEU, mod.)

- Anmerkung, dass Formulierung so wirke als sei Behandlungskontinuität Ziel → Lösung: „so“ rausnehmen
- Frage: Formulierung „multiprofessionelle gemeindepsych. Teams“ zu eng gefasst?
- Rückmeldung: nachgeschaltete Empfehlung, die Aufgabe des Teams beschreibt
- Verwendung von „Versorgung“; zusätzlicher EK (bereits zuvor festgelegt)
- Diskussion um „personenzentriert“ vs. „personenzentriert“ -> in Gesetz „personenzentriert“
- Frage nach Änderung der Formulierung mit sozialrechtl. Bezug; auf Evidenzbasis abzulehnen

Empfehlung (NEU, mod.)

- Änderung: „Versorgung“ statt Behandlung
- Änderung: „insbesondere“ streichen
- Rückmeldung: keine vergleichenden Studien; nicht „wirksamer“ als bei anderen Studienpopulation; anschließend Diskussion darüber
- Fragen zu Formulierungen: „sowie“ & Definition „Wohnungslosigkeit“
- Unklarheit in Empfehlung, ob es sich bei „Wohnungslosen“ und „drohenden Behandlungsabbruchern“ um 2 Studienpopulationen handelt → Problem in Formulierung; Empfehlung basiert auf dem Gedanken Menschen in Wohnungslosigkeit hervorzuheben
- Anmerkung: „drohende“ Wohnungslosigkeit einschließen?
- Rückmeldung: Studien beziehen sich auf Menschen in Wohnungslosigkeit

Empfehlung (NEU, mod.)

- Änderung: „Versorgung“, „Versorgungskontinuität“
- Antrag „Recovery“ wird zurückgezogen
- Anmerkung: „Versorgungspflicht“ aufgreifen
- Auftrag: Vorbereitung einer EK-Empfehlung: Wer soll verpflichtet werden?
- Änderung: rechtlich keine gemeinsame Verantwortung für multiprofessionelle Versorgung, sondern einzelne Berufe → Lösung: „Zuständigkeit“ statt Verantwortung

Protokoll zur Abstimmung 5 bis 7**Empfehlung: Intensive aufsuchende Behandlung**

Diskutierter Empfehlungsvorschlag	Konsentiert	+ ¹	- ²	0 ³
Empfehlung (NEU, modifiziert): Menschen mit chronischen und schweren psychischen Erkrankungen sollen die Möglichkeit haben, auch über einen längeren Zeitraum und über akute Krankheitsphasen hinaus gehend, intensiv aufsuchend in ihrem gewohnten Lebensumfeld begleitet und behandelt zu werden. Empfehlungsgrad: A, Evidenzebene: Ia		/	/	/
	Formulierungsvorschläge/ Änderungsanträge (ändern/ergänzen/streichen): - Versorgt zu werden statt begleitet und behandelt (red.) Menschen mit chronischen und schweren psychischen Erkrankungen sollen die Möglichkeit haben, auch über einen längeren Zeitraum und über akute Krankheitsphasen hinaus gehend, intensiv aufsuchend in ihrem gewohnten Lebensumfeld versorgt zu werden.	26/26 100% / starker Konsens	0/26	0/26

¹ Zustimmung² Ablehnung³ Enthaltung

Empfehlung: Aufsuchende Behandlung bei Wohnungslosigkeit

Diskutierter Empfehlungsvorschlag	Konsentiert	+ ¹	- ²	0 ³
Empfehlung (NEU, modifiziert): Die Möglichkeit der intensiven aufsuchenden Behandlung soll insbesondere für die Versorgung von Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung in Wohnungslosigkeit sowie bei drohenden Behandlungsabbrüchen zur Verfügung stehen. Empfehlungsgrad: A, Evidenzebene: Ia → ib		18/23	5/23	0/23
	Formulierungsvorschläge/ Änderungsanträge (ändern/ergänzen/streichen): - Streichen: insbesondere Die Möglichkeit der intensiven aufsuchenden Versorgung soll Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung in Wohnungslosigkeit zur Verfügung stehen.	24/24 21/24 88% / Konsens	0/24 3/24	0/24 0/24

¹ Zustimmung² Ablehnung³ Enthaltung

Empfehlung: Übergreifende Empfehlung

Diskutierter Empfehlungsvorschlag	Konsentiert	+ ¹	- ²	0 ³
Empfehlung (NEU, modifiziert): Wesentliche Aufgabe der multiprofessionellen gemeindepsychiatrischen Teams soll neben einer personenzentrierten Behandlung und Rehabilitation die gemeinsame Verantwortung des Teams für die gesundheitliche <u>und</u> psychosoziale Versorgung der Betroffenen sein und die Behandlungskontinuität sichern. Unter Einbezug des sozialen Umfeldes soll sich die Behandlung der multiprofessionellen gemeindepsychiatrischen Teams an den individuellen Erfordernissen orientieren; da wo möglich, sollen stationäre Behandlungen* vermieden werden. Empfehlungsgrad: EK	<i>Abstimmung unter Berücksichtigung der red. Änderungen? (s. unten)</i>	19/23 82% / Konsens	2/23	2/23

¹ Zustimmung² Ablehnung³ Enthaltung

<i>Zusätzliche EK-Empfehlung zur Versorgungsverpflichtung als Auftrag an die LL-Gruppe</i>	Formulierungsvorschläge/ Änderungsanträge (ändern/ergänzen/streichen): - Ändern: Versorgungskontinuität statt Behandlungskontinuität (red.) - Ändern: Versorgung durch statt Behandlung der (red.) - Ändern: Zuständigkeit statt Verantwortung Finale Empfehlung: Wesentliche Aufgabe der multiprofessionellen gemeindepsychiatrischen Teams soll neben einer personenzentrierten Behandlung und Rehabilitation die gemeinsame Zuständigkeit des Teams für die gesundheitliche <u>und</u> psychosoziale Versorgung der Betroffenen sein und die Versorgungskontinuität sichern. Unter Einbezug des sozialen Umfeldes soll sich die Versorgung durch die multiprofessionellen gemeindepsychiatrischen Teams an den individuellen Erfordernissen orientieren; da wo möglich, sollen stationäre Behandlungen* vermieden werden.	19/23	4/23	0/23

***Erläuterung:** Im Sinne der Forderung nach einer „Behandlung, ambulant vor stationär“ sollen, wo möglich, stationäre Behandlungen vermieden werden, wobei die Einschätzung der Notwendigkeit einer stationären Behandlung im Regelfall durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie oder einen Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie möglichst rasch erfolgen sollte und eine notwendige stationäre psychiatrische oder psychosomatische Behandlung gegebenenfalls ohne Verzögerung eingeleitet werden sollte.

Top 6: Ausblick & Verabschiedung (Prof. Dr. Steffi Riedel-Heller)

S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“

Projektleitung und -koordination:	Prof. Dr. Thomas Becker, Prof. Dr. Steffi Riedel-Heller, Dr. Dr. Stefan Weinmann, Dr. Uta Gühne
Weitere Mitarbeiterinnen, ISAP Leipzig:	Antje Kramer, Jonas Schnabel
Förderer:	DGPPN

Protokoll zur 5. Konsensuskonferenz am 23.05.2024

Teilnehmer Konsensusgruppe:	34
Davon abstimmungsberechtigt:	30
Teilnehmer Expertengruppe:	11
Moderation:	Prof. Dr. Ina Kopp (AWMF)
Protokoll:	Jonas Schnabel, Uta Gühne, Antje Kramer

TOP 1: Begrüßung, Aktuelles und Ablauf (Prof. Dr. Steffi Riedel-Heller, Prof. Dr. Thomas Becker)

- Erklärungen zum Ablauf und zu den Zielen der Konferenz
- Überblick über die Fortschritte der Leitlinie und heutige Themen
- Prozedere der Konsensfindung wird (wiederholend) erläutert
- Überprüfung Anwesenheit der Teilnehmer und Experten

Abkürzung	Institution/Themenbereich	Name
ACKPA	Arbeitskreis der Chefärztinnen und Chefarzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland	Dr. med. Christian Kieser (E) Dr. med. Lieselotte Mahler (E)
APK	Aktion Psychisch Kranke e. V.	Prof. Dr. Peter Brieger (E) Matthias Rosemann (E)
BAG BTZ	Bundesarbeitsgemeinschaft Beruflicher Trainingszentren	Dipl.-Psych. Heiko Kilian
BAG GPV	Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbünde e. V.	Dieter Schax Dr. Klaus Obert (E)
BAG IF	Bundesarbeitsgemeinschaft Integrationsfirmen	Bertram Sellner (E)
BAG KT	Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerischer Therapien	Ermute Scheufele
BAG RPK	Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation psychisch kranker Menschen e. V.	Annette Theißen (E) Dr. Sabine Kreß
BAG UB	Bundesarbeitsgemeinschaft für Unterstützte Beschäftigung e. V.	Jörg Bungart (E)
BAG WfbM	Bundesarbeitsgemeinschaft Werkstätten für behinderte Menschen e. V.	Christiane Eck-Meissner

Abkürzung	Institution/Themenbereich	Name
BApK	Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V.	Heike Petereit-Zipfel
BAPP	Bundesinitiative ambulante psychiatrische Pflege e. V.	Prof. Dr. Günter Meyer
BDK	Bundesdirektorenkonferenz Psychiatrischer Krankenhäuser	Prof. Dr. Gerhard Längle
BDP	Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e. V.	Frau Dr. Meltem Avci-Werning (E)
BFLK	Bundesfachvereinigung Leitender Krankenpflegepersonen der Psychiatrie e. V.	Silke Ludowisy-Dehl (E)
BFW	Bundesverband Deutscher Berufsförderungswerke e.V.	Marko Daubitz
BKT	Berufsverband für Künstlerische Therapien g.e.V	Univ.-Prof. Dr. Dr. Karl Hörmann Dr. Katja Watermann Prof. DDDr. Wolfgang Mastnak (E)
BPE	Bundesverband der Psychiatrie-Erfahrenen e. V.	Jurand Daszkowski
BPtK	Bundespsychotherapeutenkammer	Dr. Tina Wessels
BV Soziotherapie e.V.	Bundesverband Soziotherapie e.V.	Dr. Nicolas Nowack (E) Steffanie Lutz-Scheidt
BVDN	Berufsverband Deutscher Nervenärzte e. V.	Dr. med. Roland Urban
BVDP	Bundesverband Deutscher Psychiater	Dr. Michael Krebs
DBSH	Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e. V.	Bettina Lauterbach
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V.	Olaf Reddemann (E) Iris Veit (E)
DFPP	Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege	Dorothea Sauter
DGBP	Deutsche Gesellschaft für Biologische Psychiatrie	Univ.-Dipl.-Soz.päd. Berninger
DGKJP	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie	Prof. Dr. Renate Schepker Dr. med. Marianne Klein (E)
DGPE	Deutsche Gesellschaft für Psychoedukation e. V.	PD Dr. Gabi Pitschel-Walz

Abkürzung	Institution/Themenbereich	Name
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V.	Prof. Dr. med. Steffi Riedel-Heller Prof. Dr. med. Thomas Becker
DGS	Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention e. V.	Dr. med. Tim J. Krause (E)
DGSP	Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V.	Christel Achberger Prof. Dr. Silvia Krumm
DGVT	Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie	Prof. Dr. Sandra Wesenberg (E) Prof. Irmgard Vogt
DTGGP	Deutsch-türkische Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und psychosoziale Gesundheit e.V.	Prof. Dr. med. Meryam Schouler-Ocak
DV Gemeindepsychiatrie e. V.	Dachverband Gemeindepsychiatrie e. V.	Nils Greve
DVE	Deutscher Verband Ergotherapie e. V.	Werner Höhl Andreas Pfeiffer (E) Kathrin Schwank (E)
DVSG	Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V.	Dr. Franz-Peter Begher Marion Beutner (E)
Geschw.Netzwerk	Netzwerk von Geschwistern psychisch erkrankter Menschen	Leonore Julius
NetzG	Bundesnetzwerk Selbsthilfe seelische Gesundheit (NetzG)	Werner Holtmann
VKD	Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V./Fachgruppe Psychiatrie	Paul Bomke
Expert*in	Berufliche Teilhabe	Dorothea Jäckel Prof. Dr. Andreas Bechdorf (E)
Expert*in	Perspektive der Pflege- und Gesundheitsfachberufe	Prof. Dr. Kathrin Seifert
Expert*in	Gesundheitssystem-Perspektive	Prof. Dr. Arno Deister Prof. Dr. Tilman Steinert
Expert*in	Angehörigenperspektive	Manfred Desch
Expert*in	Betroffenenperspektive	Elke Prestin Werner Holtmann

Abkürzung	Institution/Themenbereich	Name
Expert*in	Rehabilitation und Teilhabe	Prof. Dr. Hans-Joachim Salize Prof. Dr. Katarina Stengler
Expert*in	Vernetzung von Hilfen	Günther Wienberg (E)
Expert*in	Vernetzung von Hilfen	Dr. Stefan-M. Bartusch (E)
Expert*in	Transkulturelle Psychiatrie und Migrationsaspekte	Prof. Dr. med. Iris Tatjana Graef-Calliess, MBA (E)
Expert*in	Perspektive Teilhabe am sozialen Leben und Sozialrecht	Prof. Dr. Gerhard Längle
Expert*in	Dialog und User involvement	Jörg Utschakowski

*Mitglieder der Konsensusgruppe und Expert*innen, die sich im Voraus entschuldigt haben, sind mit (E) gekennzeichnet*

Top 2: Bericht aus der AG Impuls (Dr. Elke Prestin, AG Impuls)

- Vorstellung der AG Impuls mit aktuellem Stand:
 - o Ziel: (dialogisch) Erfahrungswissen in die Überarbeitung der LL einbeziehen
 - o geben Rückmeldungen und kritisches Review
 - o echte Partizipation, gegenseitige Wertschätzung
 - o tragen eigene Textkästen bei (sollen eigentliche LL-Texte ergänzen)
 - o seit diesem Jahr mit Aufwandsentschädigung für die Sitzungen (DGPPN)
- Zwischenfazit:
 - o sind sehr zufrieden, Ziele wurden übertroffen
 - o AG-Ideen weiter ausweiten auf alle Leitlinien
 - o Stellenanteil zur Koordination erwünscht, um erforderliche (organisatorische) Arbeit zu leisten
 - o Fortbildungsangebote für alle Beteiligte gewünscht (mit Blick auf den LL-Prozess; Ablauf dialogischer Arbeit)
- Inhaltlich:
 - o Drei Sitzungen seit letzter Sitzung (Januar, März, April)
 - o Themen: Selbsthilfe, partizipative Entscheidungsfindung
 - Hierzu auch eigene Impulse und Anregungen gegeben
 - Kasten der AG Impuls z.B. auch beim Vorschlag zur partizipativen Entscheidungsfindung

Top 3: Ergebnisse der aktuellen Evidenzrecherche zur Wirksamkeit von „Nicht-intensivem Case Management“ und Abstimmung der Empfehlungen (PD Dr. Dr. Stefan Weinmann, Prof. Dr. Ina Kopp, alle)

Kontext (Stefan Weinmann)

- Case-Management aus der Sozialarbeit für die Psychiatrie übernommen
- Prinzipien: Kontinuität, Kontakt zu den Menschen (mit psychischen Krisen), Erreichbarkeit der Leistung, bedarfsgerechte Unterstützung, Förderung von Unabhängigkeit
- Nichtintensives Case-Management eher wenig (gar nicht) teambasiert und kommt weniger im akuten Fall zum Einsatz
- Modell stammt aus dem englischsprachigen Raum
- Case-Management Modelle sind sehr heterogen (verschiedene Vorbildmodelle)
- Zweiteilung in:

- nichtintensives Case-Management
 - Brokerage-/Makler Modell: Case-Manager*in übernimmt Beurteilung des individuellen Hilfebedarfs von Patient*innen; viele Patient*innen pro Case-Manager*in
 - Clinical Case Management: weitere therapeutische Elemente kommen dazu (Social Skills Training etc.)
 - Ressourcen- oder Stärken-Modell: Fokus auf individuelle Stärken der Patient*innen
 - Rehabilitationsmodell: betont Bedeutung der individuellen Bedürfnisse
- intensives Case-Management
 - weniger Patient*innen pro Case-Manager*in
 - auch aufsuchende Versorgung
 - Zielpopulation sind vor allem Hochnutzer*innen
- Evidenzrecherche basiert auf zwei großen Reviews:
 - Aggregierte Evidenz (Alt): Cochrane Review zu ICM (Dieterich et al. 2017)
 - 40 Studien (vor allem englischsprachig; RCTs): hier Vergleich von nichtintensivem Case-Management mit herkömmlicher Behandlung sowie
 - Intensives Case-Management im Vergleich zu nichtintensivem CM
 - Aggregierte Evidenz (Neu): Metaanalyse zu nicht-intensivem Case Management (Lim et al. 2022)
 - 28 Studien (12 randomisierte): Case-Management vs. Nicht-koordinierte Behandlung
- Zusammenfassend:
 - Case-Management sehr heterogen, daher schwer zu bewerten
 - Tendenziell Vorteile bei Abbruchraten und Behandlungseffektivität bei ICM vs. nicht-intensivem CM
 - Verschiedene Modelle in Deutschland, die Case-Management ähnlich sind:
 - Ambulante Soziotherapie
 - Behandlungs- und Reha Planung
 - KSV-Psych-Richtlinie
- Definition erarbeitet (siehe unten); was bedeutet Case-Management für den deutschen Bereich
- Case-Management muss integriert wirken (also über Sektorengrenzen hinweg)
- Unterstützung der Autonomie und der eigenen Interessen der Patient*innen
- Unterlegenheit von nichtintensivem Case-Management gegenüber ICM, aber besser als herkömmliche Behandlungen, daher Empfehlungsgrad B

Abstimmungsprotokoll

Abstimmungsberechtigte Personen: N = 30

Empfehlung 1: Nicht-intensives Case Management

Diskutierter Empfehlungsvorschlag	Konsentiert	+ ¹	- ²	0 ³

¹ Zustimmung

² Ablehnung

³ Enthaltung

Nicht-intensives Case Management sollte für Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung und mit hoher Inanspruchnahme von stationärer Behandlung zur Verfügung stehen. Empfehlungsgrad: B		29/30 97%	1/30	0/30
	Formulierungsvorschläge/ Änderungsanträge (ändern/ergänzen/streichen) Ändern: angeboten werden statt zur Verfügung stehen Streichen: nicht-intensives Final: Case Management sollte Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung und mit hoher Inanspruchnahme von stationärer Behandlung angeboten werden.	26/30 87% 28/30 93%	3/30 2/30	1/30 0/30

Top 4: Diskussion und Abstimmung der Empfehlung zur Regionalen Versorgungsverpflichtung als Nachtrag zur letzten KK (PD. Dr. Dr. Stefan Weinmann, Prof. Dr. Ina Kopp, alle)

Kontext

- Stationäre Versorgungsverpflichtung in Deutschland, aber nicht im gemeindepsychiatrischen Bereich
- Englischsprachige Versorgungsmodell: Community Mental-Health Team
 - o Regionale, räumliche Versorgungsverpflichtung
 - o Evidenzbasiert
 - o Kooperationsmodelle basierend auf räumlicher Versorgungspflicht
- Gemeindepsychiatrische Modelle in Deutschland greifen nur bei einer räumlichen Zuteilung der Teams nach den Wohnorten der Patient:innen

Rückfragen/Diskussion:

- o Evidenz zu den Größen der Versorgungsregionen?
- o Empfehlung spricht von Versorgungspflicht, die es aber noch nicht gibt; schwierige Situation für Versorgung in ländlichen, zergliederten Regionen
- o Überschreitung der Zuständigkeit? (LL-Konferenz kein normgebendes Organ); Versorgungsverpflichtung oder Angebot?
- o Empfehlung ist keine Pflicht, an Evidenz orientiert, Umformulierung weg von Pflicht

- zu banal für diesen komplexen Sachverhalt, geht über Empfehlungsbereich hinaus (ganz streichen)
- Wichtige Empfehlung, aber Überschreitung juristischer Zuständigkeiten und des Empfehlungscharakters der Leitlinien, daher streichen oder Änderung der Überschrift (Angebote anstelle von Pflicht)
spricht sich für Empfehlung regionaler Versorgung aus, gemeinnützige (SGB übergreifend) vs. Netzverbünde (innerhalb des SGB)
- Hinweise zur Unterscheidung von Leitlinienempfehlungen und gesetzlichen Richtlinien
- keine durch Konsens zu entscheidende Änderung, da gesetzliche Bedingungen nicht gegeben
- Empfehlung richtet sich an konkrete Region(en) und nicht an Teams, Änderung: gemeindepsychiatrisches multiprofessionelles Hilfesystem
- unterstützt Empfehlung, sollten regionale Versorgung schaffen, aber nicht Pflichtversorgung (Text unverändert übernehmen)
- keine erzwungenen Vergleiche mit englischem Versorgungssystem (Vorsicht beim Stützen auf Gegebenes in anderen Ländern)
- Was ist mit dem Format Statement? > Missverständnis (Statement vs. Empfehlung; Statement ist justiziabel, Empfehlungen nicht)
- empfiehlt Beibehaltung des Vorschlags (aus Expertenperspektive); strukturelle Empfehlungen rausnehmen, funktionale beibehalten
- Ähnliche Systeme in z.B. Spanien, die ebendiese regionale Versorgung hervorholen
- Wort „Angebot“ in neo-liberalen Welt eine andere Bedeutung/andere Konnotation (marktwirtschaftlich), also eher Verantwortung, denn sonst werden Angebote zwar gemacht, aber zu teuer etc... (Antwort Frau Kopp: nicht zu politisch werden, sondern evidenzbasiert arbeiten)
- wünscht sich multiprofessionelle Teams
- Empfehlung zeigt großen Wert, aber keine Verpflichtung, da das mit Aufgaben einhergeht, die eher schwierig zu erfüllen sind
- psychiatrische Gemeindeversorgung schützen
- Verfügung, auf die Menschen zugehen und Angebote sichtbar machen
- auch Hilfesystem statt Team, Team ist nicht definiert, daher schwer durchzusetzen
- Keine/weniger Verschiebung von Patienten innerhalb von Deutschland
- Hilfesysteme macht das Angebot klarer
- Hilfesystem ist wünschenswert (Patienten in Regionen nicht ablehnen zu können)

Protokoll der Abstimmung

Abstimmungsberechtigte Personen: N = 30

Empfehlung 2: Regionale Versorgungsverpflichtung

Überschrift:

Ändern: Regionale Versorgungsverantwortung: 25/31 (81%); 5/31; 1/31

Ändern: Regional vernetzte Versorgungsangebote: 14/31 (45%); 14/31; 3/31

Diskutierter Empfehlungsvorschlag	Konsentiert	+ ¹	- ²	0 ³

¹ Zustimmung

² Ablehnung

³ Enthaltung

Die Angebote gemeindepsychiatrischer multiprofessioneller Teams sollten an eine konstante räumliche Zuständigkeit des Teams nach Wohnort der Patient:innen gekoppelt sein und damit alle Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung erreichen. Empfehlungsgrad: EK		26/30 87%	2/30	2/30
	Formulierungsvorschläge/ Änderungsanträge (ändern/ergänzen/streichen): Streichen: ganze Empfehlung entfällt Ändern: die Angebote von „gemeindepsychiatrischer multiprofessioneller Hilfesysteme“ Ändern: Die Angebote gemeindepsychiatrischer multiprofessioneller Teams sollten allen Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung in einer definierten Region zur Verfügung stehen. ändern: sollten alle Menschen erreichen können entfällt ändern: sollten allen ... zur Verfügung stehen.	-/- 13/31 42% 28/30 93%	/ 13/31 1/30	/ 5/31 1/30

Top 5: Vorstellung Definition Versorgung (bedarf keiner Abstimmung) als Hausaufgabe aus letzter KK

In der Leitlinie wird bei der Beschreibung von Interventionen, Therapien und Angeboten der Begriff der „Versorgung“ gewählt. Andere Begriffe sind Behandlung und Begleitung. Behandlung umschreibt die medizinisch-psychiatrische, psycho- und ggf. spezialtherapeutische Behandlung, lässt aber soziale Aspekte vermissen. Der Begriff „Versorgung“ steht in enger Beziehung zum Begriff von Mental Health Care, der in der internationalen Literatur verwendet wird. Es besteht Konsens, dass der die Autonomie von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen betonende Begriff der Begleitung ein zentrales Prinzip psychosozialer Angebote beschreibt, dass aber im Begriff Versorgung neben dem Eindruck von Passivität, der nicht intendiert ist, die „Sorge“ um Menschen mit schweren Erkrankungen, die durchgehende Verfügbarkeit von Angeboten und Hilfen sowie das Nicht-Vergessen von Not zentral sind. Daher wird der Begriff Versorgung bei umfassenden Angeboten verwendet, wobei die dazugehörige Haltung diejenige einer Förderung von Recovery und Autonomie ist.

Top 6: Diskussion und Abstimmung der Empfehlungen zur Partizipativen Entscheidungsfindung

Rückfragen/Diskussion

- nur für Fokussierung auf Behandlungsprozess, bei weiterem Blick muss „Patient“ anders gedacht werden
- richtig von Patienten zu sprechen
- stimmt Ergänzung zu, dass das Grundprinzip auf andere Kontexte übertragen werden kann und entsprechende Anpassung in der Empfehlung und dem Hintergrundtext
- Frage, ob es Erfahrungen in anderen Bereichen gibt mit partizipativer Entscheidungsfindung
 - Ursprung in Volkskrankheiten wie Diabetes
- Änderungsvorschlag nur auf Hintergrundtext beschränken
- Keine Empfehlung für andere Teile des Sozialsystems
- LL gibt Treatment-Evidenz wieder, mehr als SGB 5 Beschränkung, Studien umfassender (auch Begleitung und Assistenz)?
- Warum nur Bezug auf SGB 5 Behandlung? eher gesamte psychosoziale Hilfe
- Ausnahmeempfehlung, wirklich bezogen auf Patienten und Patientinnen (Evidenz)
- Ergänzungsvorschlag: nach Möglichkeit Einschätzung von Patient*innen oder von Angehörigen (Einbeziehung der Angehörigen)
 - Partizipative Entscheidungsfindung, aber zwischen Patient*innen und Behandelnden
 - Festes Konstrukt, schwer neue Schritte einzubauen
 - Keine Übertragung auf andere Bereiche (Erwähnen, aber dort nicht behandeln)
 - „Selbstbestimmung/Mitwirkungsmöglichkeiten, die in verschiedenen Bereichen unterschiedlich umsetzbar sind“ (offenere Formulierung, Spezifika von Settings berücksichtigen, im Zugangstext, Prüfung, ob in Evidenz abgebildet)
- bei jetziger Literaturlage für Empfehlung nicht angemessen, kritische Anwendung von eigener Sprache in Empfehlungen
 - es gibt Studien zur PEF, Einbezug der Angehörigen sollte in den Hintergrundtext kommen
 - Ergänzung: „systematische“ PEF einfügen, um hervorzuheben, dass es eben ein systematisches Gespräch ist
 - Einbezug der Angehörigen in Hintergrund, teilt Zweifel an der Literatur / Evidenz
 - Pflicht des Einbezugs von Angehörigen kann es aus rechtlichen Gründen nicht geben (Datenschutz) (Ergänzung: „bei vorliegender Zustimmung des Patienten“, aber im Hintergrundtext)
- Schwer Psychisch erkrankte oft in Form von Betreuung, Betreuer werden bei PEF kaum einbezogen (Grenzen der PEF in anderem Kasten/Text ansprechen)
- Betreuungsrecht ist Recht und muss daher nicht in Empfehlung; unterstützte Entscheidungsfindung ist im Hintergrundtext erwähnt

Empfehlung 3: Partizipative Entscheidungsfindung

Abstimmungsberechtigte/Mandatstragende: N = 28

Diskutierter Empfehlungsvorschlag	Konsentiert	+ ¹	- ²	0 ³
Die Beziehungsgestaltung zwischen professionell Tätigen und Patientinnen und Patienten soll auf Vertrauensbildung und gegenseitigen Respekt abzielen. Die Wahl der geeigneten Behandlungsstrategie soll Gegenstand eines gemeinsamen Aushandlungsprozesses sein, in dem fachliche Aspekte ebenso berücksichtigt werden wie persönliche Präferenzen und relevante Kontextfaktoren. Am Ende einer solchen Partizipativen Entscheidungsfindung (PEF) sollte möglichst eine gemeinsam getragene Entscheidung stehen. Diese Zielvorgabe schränkt die Freiheit der Beteiligten ausdrücklich nicht ein: Der Patient / die Patientin hat weiterhin das Recht, seine Einwilligung in eine vorgeschlagene Behandlung zu verweigern. Und der professionell Tätige kann die Erbringung einer gewünschten Behandlung verweigern, wenn er sie für fachlich nicht vertretbar hält. Empfehlungsgrad: EK		28/28 100%	0/28	0/28

¹ Zustimmung² Ablehnung³ Enthaltung

Gedanke aus Chat: Die unterstützte Entscheidungsfindung meint, dass der Nutzer eine Entscheidung trifft, das ist explizit keine PEF und auch keine "unterstützte PEF". Das ist der Assistenzgedanke. Und das ist eine weitaus stärkere Autonomiezuweisung an den Betroffenen. Ich denke der Hintergrundtext Sorry, mail ging zu schnell raus. meine Anmerkung gilt dem Hintergrundtext, der noch präzisiert werden dürfte.	Formulierungsvorschläge/ Änderungsanträge (ändern/ergänzen/streichen): Ergänzen: Das Prinzip der PEF kann auch auf andere Versorgungskontexte übertragen werden. (Im Hintergrundtext); Spezifika von Settings berücksichtigen, Stichworte: Selbstbestimmung, längere Beratungsprozesse, existierende Ansätze (Persönliche Zukunftsplanung z.B.)	25/27 93%	1/27	1/27
	Ergänzen: ebenso berücksichtigt werden wie persönliche Präferenzen, nach Möglichkeit und bei vorliegender Zustimmung der von Krankheit betroffenen Person die Einschätzung von Angehörigen und relevante Kontextfaktoren*. (Prüfung der Evidenz, sonst nur im Hintergrundtext)	15/28 54%	8/28	5/28
	* nach Diskussion im Text hervorheben: Angehörige und Zugehörige und soziales Umfeld zählen zu relevanten Kontextfaktoren. Unterscheidung der Frage der direkten Einbeziehung; PEF steht nicht im Widerspruch zum dialogischen Prinzip. Verweis auf das Kapitel. ➔ 1 RCT mit Pat. Mit Demenz im Cochrane Review mit Einbezug von Angehörigen	22/27 81%	0/27	5/27
	Ergänzen: systematischer Prozess der PEF	18/27 67%	4/27	5/27

Unterstützte Entscheidungsfindung in Hintergrundtext oder zusätzliche Empfehlung? Ggfs. auf Demenz-LL; Polytrauma, ITS verweisen

Zusätzlicher Kasten zu Grenzen der PEF? (Abstimmung): 12/28; 12/28; 4/28

Top 7: Ergebnisse der aktuellen Evidenzrecherche zu verschiedenen Ansätzen der Selbsthilfe und Abstimmung der Empfehlungen (Selbstmanagementansätze, Digital-gestützte Interventionen, Dialog)

Rückfragen/Diskussion:

- basiert auf Idee der WHO Pyramide
- grenzt Idee der Prävention aus, Kraft der Prävention wird nicht dargestellt

- LL bezieht sich auf Leute mit schweren psychisch Kranken > daher Präventionsgedanke hier weniger relevant, aber in anderen LL im Fokus
- Fokussierung auf schwer psychisch Kranke hier, aber Präventionsleitlinien überfällig

Empfehlung 4: Selbstmanagementansätze

Abstimmungsberechtigte/Mandatstragende: N = 25

Diskutierter Empfehlungsvorschlag	Konsentiert	+ ¹	- ²	0 ³
Selbstmanagement ist ein bedeutender Teil der Krankheitsbewältigung und sollte im gesamten Behandlungs- und Versorgungsprozess durch spezifische Ansätze gezielt unterstützt werden. Empfehlungsgrad: B		25/25 100%	0/25	0/25
	Formulierungsvorschläge/ Änderungsanträge (ändern/ergänzen/streichen): -	/	/	/

¹ Zustimmung

² Ablehnung

³ Enthaltung

Empfehlung 5: Digital-gestützte InterventionenRückfragen/Diskussion:

- Digitale Intervention soll kein Ersatz sein, daher immer begleitet
- Anmerkung: AWMF konsentierete Kriterien Check-Liste für Gesundheits-Apps
- Hinweis: Großer Unterschied ob therapiebegleitend oder selbstständig; digitale Anwendungen die therapiebegleitend sind, sind gut, Selbstlernprogramme eher unseriös
- explizite Therapien für bestimmte Erkrankungsbilder die digital entwickelt werden, z.B. Avatar-Therapie(n); oder „Digitaler-Zwilling“
- viele Ideen, aber wenig Evidenz bisher, viel Arbeit mit Algorithmen, die nicht immer einfach vertrauenswürdig sind
 - Quelle muss verlässlich/überprüfbar sein (siehe AWMF Qualitätskriterien)
 - Positiv konnotiert, aber vorsichtig bei psychisch schwer Kranken!
- DGPPN-Qualitätskriterien für technologiebasierte Selbstmanagementprogramme
- professionelle/therapeutische Begleitung im Hintergrundtext erwähnen

Abstimmungsberechtigte/Mandatstragende: N = 22

Diskutierter Empfehlungsvorschlag	Konsentiert	+ ¹	- ²	0 ³
Wissenschaftlich evaluierte digital-gestützte Interventionen für Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung können phasenabhängig und therapeutisch begleitet zur Anwendung kommen. Empfehlungsgrad: 0 * Wortlaut NVL Depression „Der Einsatz von Internet- und mobilbasierten Interventionen soll therapeutisch begleitet werden.“		22/22 100%	0/22	0/22
	Formulierungsvorschläge/Änderungsanträge (ändern/ergänzen/streichen): Therapeutisch begleitet (nicht aufnehmen, zu eingeschränkt)	/	/	/

Hintergrundtext:

¹ Zustimmung² Ablehnung³ Enthaltung

- Checkliste AWMF Qualitätskriterien
- DGPPN Qualitätskriterien

Empfehlung 6: Trialogische Zusammenarbeit

Kontext:

- Keine Evidenz
- höchstens für spezifische Konzepte, aber trialogische Zusammenarbeit sehr weit und vielfältig
- Expertenkonsens

Rückfragen/Diskussion:

- Hilfe gegen den Willen des Betroffenen von den Angehörigen? Ist problematisch, keine Annahme einer konfliktfreien menschlichen Beziehung, Formulierung um Stärkung der Beziehung von Patient und Angehörigen zu zeigen
- Schlichtere Formulierung, zu beschönigend, um kürzere/sachlichere Formulierung gebeten, ausformulierte Änderung; keine politischen Statements
- Versorgungsstrukturen als Punkt wieder hinzufügen
- Gleichberechtigung aller Gruppen (Betroffene, Angehörige, Professionelle)
- Empfehlung zu weit gefasst, Entschärfung der Angelegenheit über Umformulierung des letzten Satzes („soll geprüft werden“)
- Ergänzung: „Krisenbedingte Vorbehalte zwischen Patient und Umfeld trialogisch zu bearbeiten, um Kooperation zwischen beiden zu erleichtern.“ (Hintergrundtext); Moderation von familiären Vorbeziehungen
- redaktionelle Änderung: psychiatrische und psychosoziale Hilfsangebote > „Angebot und Evaluation von Hilfsangeboten für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen“
- Ziel: nicht auf bestimmte Gruppen einschränken
- Trialog ist Kommunikationsform, in den Machtsituationen zurückstellen und Feedback zu geben und so neue Perspektiven gewinnen; Basis um gemeinsame Entscheidungen zu finden
- Anmerkung: Grundsatzentscheidung - Trialog ist politische Geschichte, Betonung der Versorgungspolitischen Ebene (ist in der Debatte wichtig), aber untermauert die Empfehlung

Empfehlung 6: Trialogische Zusammenarbeit

Abstimmungsberechtigte/Mandatstragende: N = 22

Diskutierter Empfehlungsvorschlag	Konsentiert	+ ¹	- ²	0 ³
Eine trialogische Zusammenarbeit zwischen Betroffenen, Angehörigen und professionell Tätigen ist eine wesentliche Voraussetzung für eine offene, vertrauensvolle und erfolgreiche Kooperation aller Beteiligten, auf deren Basis gemeinsame Interessen und gemeinsam definierte Behandlungsziele verfolgt werden können. Ergebnisse der trialogischen Zusammenarbeit beschränken sich nicht nur auf die individuelle Thera-		/	/	/

¹ Zustimmung

² Ablehnung

³ Enthaltung

piebeziehung, sondern haben Auswirkungen auf eine angemessene Darstellung der Interessen der Betroffenen und Angehörigen in der Öffentlichkeit und Politik, auf die Qualitätsförderung und auf die Fortentwicklung der Versorgungsstrukturen. In allen Bereichen von Planung, Angebot und Evaluation psychiatrischer und psychosozialer Hilfeangebote, in der Öffentlichkeits- und Antistigma-Arbeit sowie in Lehre und Forschung soll eine trialogische Zusammenarbeit unterstützt werden. Empfehlungsgrad: EK				

	Formulierungsvorschläge/ Änderungsanträge (ändern/ergänzen/streichen): Ändern: Eine trialogische Zusammenarbeit zwischen Betroffenen, Angehörigen und professionell Tätigen kann eine Voraussetzung für eine Kooperation aller Beteiligten sein. Die trialogische Zusammenarbeit kann neben der individuellen Therapiebeziehung verschiedene Ziele verfolgen (z.B. Öffentlichkeitsarbeit, Qualitätsanforderungen, Fortentwicklung der Versorgungsstrukturen). In allen Bereichen von Planung, Angebot und Evaluation von Hilfeangeboten, in der Öffentlichkeits- und Antistigma-Arbeit sowie in Lehre und Forschung soll eine trialogische Zusammenarbeit unterstützt werden.			
	Ändern: soll geprüft werden	21/21 100%	0/21	0/21
	Ändern: sollte unterstützt werden	10/22 45%	9/22	3/22
	Ändern: Evaluation von Hilfeangeboten für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen	9/22 41%	9/22	4/22
	Nach Klärung: redaktionell Ergänzung: Krisenbedingte Vorbehalte zwischen Pat und Umfeld trialogisch bearbeiten, um Kooperation zu erleichtern (für den Hintergrundtext)	16/21 76%	2/21	3/21

Top 8: Ergebnisse der aktuellen Evidenzrecherche zu Künstlerischen Therapien

Wird im Nachgang im Delphi-Verfahren abgestimmt

S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“

Projektleitung und -koordination:	Prof. Dr. Thomas Becker, Prof. Dr. Steffi Riedel-Heller, Dr. Dr. Stefan Weinmann, Dr. Uta Gühne
Weitere Mitarbeiterinnen, ISAP Leipzig:	Antje Kramer, Jonas Schnabel
Förderer:	DGPPN

Protokoll zur Konsensuskonferenz am 16.01.2025

Teilnehmende Konsensusgruppe:	28 Personen
Davon abstimmungsberechtigt:	24 Personen
Teilnehmende Expertengruppe:	10
Moderation:	Prof. Dr. Ina Kopp (AWMF)
Protokoll:	Jonas Schnabel

TOP 1: Begrüßung, Aktuelles und Ablauf (Prof. Dr. Steffi Riedel-Heller, Prof. Dr. Thomas Becker)

Begrüßung durch Prof. Dr. Riedel-Heller
 Bekanntgabe der Tagesordnung durch Dr. Uta Gühne
 Anwesenheitsaufnahme durch Antje Kramer

Abkürzung	Institution/Themenbereich	Name
ACKPA	Arbeitskreis der Cheförzttinnen und Cheförzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland	Dr. med. Lieselotte Mahler (E)
APK	Aktion Psychisch Kranke e. V.	Matthias Rosemann (E)
BAG BTZ	Bundesarbeitsgemeinschaft Beruflicher Trainingszentren	Dipl.-Psych. Heiko Kilian (E)
BAG GPV	Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände e. V.	Dieter Schax (E) Dr. Klaus Obert (E)
BAG IF	Bundesarbeitsgemeinschaft Integrationsfirmen	Bertram Sellner (E)
BAG KT	Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerischer Therapien	Dr. Marianne Eberhard-Kaechele
BAG RPK	Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation psychisch kranker Menschen e. V.	Dr. Sabine Kreß
BAG UB	Bundesarbeitsgemeinschaft für Unterstützte Beschäftigung e. V.	Jörg Bungart (E)
BApK	Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V.	Heike Petereit-Zipfel

BDK	Bundesdirektorenkonferenz Psychiatrischer Krankenhäuser	Prof. Dr. Gerhard Längle
BDP	Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e. V.	Frau Dr. Meltem Avci-Werning (E)
BFLK	Bundesfachvereinigung Leitender Krankenpflegepersonen der Psychiatrie e. V.	Silke Ludowisy-Dehl (E) Elvira Lange
BFW	Bundesverband Deutscher Berufsförderungswerke e.V.	Marko Daubitz
BKT	Berufsverband für Künstlerische Therapien g.e.V	Prof. DDDr. Wolfgang Mastnak (E) Univ.-Prof. Dr. Dr. Karl Hörmann Dr. Katja Waterkamp
BPE	Bundesverband der Psychiatrie-Erfahrenen e. V.	Jurand Daszkowski
BPtK	Bundespsychotherapeutenkammer	Dr. Tina Wessels
BVDN	Berufsverband Deutscher Nervenärzte e. V.	Dr. med. Roland Urban
BVDP	Bundesverband Deutscher Psychiater	Dr. Michael Krebs
Bvvp	Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e. V.	Dipl.-Soz.Päd. Ariadne Sartorius (E)
DBSH	Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e. V.	Bettina Lauterbach (E)
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V.	Olaf Reddemann
DFPP	Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege	Dorothea Sauter Dr. André Nienaber
DGBP	Deutsche Gesellschaft für Biologische Psychiatrie	Univ.-Dipl.-Soz.päd. Berninger
DGKJP	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie	Dr. med. Marianne Klein (E) Prof. Dr. med. Renate Schepker
DGPE	Deutsche Gesellschaft für Psychoedukation e. V.	Dr. med. Matthias Bender
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V.	Prof. Dr. med. Steffi G. Riedel-Heller Prof. Dr. med. Thomas Becker
DGS	Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention e. V.	Dr. med. Tim J. Krause (E)
DGSP	Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V.	PD Dr. Silvia Krumm

DGVT	Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie	Prof. Dr. Sandra Wesenberg (E)
DTGGP	Deutsch-türkische Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und psychosoziale Gesundheit e.V.	Dr. Tip Dr. (Istanbul Univ.) Elif Kirmizi Alsan Prof. Dr. med. Meryam Schouler-Ocak (E)
DV Gemeindepsychiatrie e. V.	Dachverband Gemeindepsychiatrie e. V.	Nils Greve
DVE	Deutscher Verband Ergotherapie e. V.	Andreas Pfeiffer
DVGS	Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e. V.	Dr. Stefan Peters (E)
DVSG	Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V.	Dr. Franz-Peter Begher (E)
EX-IN	EX-IN Deutschland e.V.	Catharina Flader (E)
Geschw.Netzwerk	Netzwerk von Geschwistern psychisch erkrankter Menschen	Leonore Julius
NetzG	Bundesnetzwerk Selbsthilfe seelische Gesundheit (NetzG)	Werner Holtmann Franz-Josef Wagner
VKD	Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V./Fachgruppe Psychiatrie	Paul Bomke
Expert*in	Berufliche Teilhabe	Dorothea Jäckel
Expert*in	Dialog & User Involvement	Dr. Candelaria Mahlke
Expert*in	Perspektive der Pflege- und Gesundheitsfachberufe	Dr. Johanna Breilmann Prof. Dr. Kathrin Seifert
Expert*in	Angehörigenperspektive	Manfred Desch Sibylle Glauser (E)
Expert*in	Transkulturelle Psychiatrie und Migrationsaspekte	Prof. Dr. med. Iris Tatjana Graef-Calliess, MBA
Expert*in	Betroffenenperspektive	Elke Prestin (E)
Expert*in	Rehabilitation und Teilhabe	Prof. Dr. Hans-Joachim Salize Prof. Dr. Katarina Stengler
Expert*in	Vernetzung von Hilfen	Günther Wienberg

Expert*in	Psychosoziale Therapien für Menschen mit geistiger Behinderung und psychischer Erkrankung	Prof. Dr. Matthias Schützwohl

*Mitglieder der Konsensusgruppe und Expert*innen, die sich im Voraus entschuldigt haben, sind mit (E) gekennzeichnet*

Top 2: Bericht aus der AG Impuls (Frau Julius, AG Impuls)

- Einbindung von Betroffenen- und Angehörigenvertretern in LL-Prozessen
 - Einbindung geschieht bisher im Allgemeinen nur mäßig
- in AG Impuls regelmäßiger Austausch und Rückmeldungen zu Textvorschlägen, Entwicklung von AG-Impuls Textboxen
- gutes und konstruktives Arbeitsklima in der Gruppe
- sichtbarer Output: Textboxen mit Sichtweisen von Betroffenen und Angehörigen
- 3 wesentliche Punkte (bei Treffen besprochen):
 - Definieren von Punkten und Aufnahme in die Textboxen, die sonst, wegen fehlender Evidenz nicht in die LL aufgenommen werden können (z.B. Änderungen aus dem Bundesteilhabegesetz; digitale Interventionen)
 - Auseinandersetzen mit den Begrifflichkeiten der Leitlinien (z.B. Selbsthilfe, Selbstfürsorge)
 - Grenzen eines evidenzbasierten Verfahrens deutlich geworden (Studienmangel in Deutschland oder auch international)
- Ausblick: Weiterführung des Leitlinienprozesses

Top 3: Übersicht aller Empfehlungen für 3. Auflage

- Inhalt in den verfügbaren Dokumenten
- Vorstellung der noch abzustimmenden Punkte von Dr. Gühne

Top 4: Psychosoziale Interventionen in sozialen Kontexten

- Übersicht der Grundlagen und Evidenz von Dr. Gühne

Top 4.1: Diskussion und Abstimmung der Empfehlung zu Strukturierten Familieninterventionen

Diskussionspunkte

Hr. Becker: Familieninterventionen auch in stationären Settings vorstellbar/ Räume im Krankenhaus kommen auch in Frage (könnte mit einem oder zwei Worten erwähnt werden)

Hr. Greve: Vorschlag: Vorwort „Strukturiert“ entfernen; anderes Wort finden

Fr. Wessels: „strukturiert“ wie „manualisiert“ verstanden; Rückfrage nach Transparenz der Empfehlungsstärke (Empfehlung A)

Fr. Calliess: Rolle von Migrationshintergrund auf die Empfehlung (Einschlusskriterium Sprache); große Unterschiede aus der klinischen Praxis bekannt (besonders bei der Akzeptanz)

Fr. Petereit-Zipfel: Frage nach Kommentar in Impuls-Box zur Familienintervention

Hr. Weinmann: plädiert, „Strukturiert“ zu schreiben im Leittext/Hintergrundtext (theoretisch fundierte Intervention, daher strukturiert)

Fr. Wessels: eher „theoriegeleitet“ als „strukturiert“

Fr. Riedel-Heller: zu wenig Evidenz für „theoriegeleitet“, „strukturiert“ passt (zeigt etwas Komplexeres)

Fr. Gühne: Verweis auf konkret untersuchte Ansätze direkt unter der Empfehlung, zudem im Hintergrundtext ausführlich beschrieben

Hr. Greve: Verweis ausreichend, „strukturiert“ muss nicht gestrichen werden

Aus dem Chat: „längerfristig“ statt „strukturiert“ (dadurch Betonung auf die Dauer)

Fr. Riedel-Heller: „Familieninterventionen*“ statt „strukturiert“ auch in Ordnung

Hr. Urban: hebt hervor, dass „strukturiert“ und „langfristig“ nicht das gleiche ist

Keine weiteren Änderungsvorschläge für die Empfehlung selbst

Protokoll der Abstimmung

Abstimmungsberechtigte Personen: N = 23

Empfehlung 26: Strukturierte Familieninterventionen

Diskutierter Empfehlungsvorschlag	Konsentiert	+ ¹	- ²	0 ³

¹ Zustimmung

² Ablehnung

³ Enthaltung

Strukturierte Familieninterventionen* sollen Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung und ihren Angehörigen angeboten werden, um Erkrankungsrückfälle zu reduzieren und eine langfristige Kooperation zwischen den Betroffenen und dem sozialen Umfeld zu ermöglichen und zu erleichtern. Empfehlungsgrad: A <i>* Die in den Studien untersuchten Interventionen umfassten verschiedene Elemente: u.a. Informationen zur Erkrankung und des Umgangs mit dieser, Erarbeitung von Problemlösestrategien, Stress- und Krisenmanagement, Erweiterung von Kommunikationsfertigkeiten, Unterstützung sozialer Netzwerke und sozialen Supports.</i>		17/23 74%	4/23	2/23
Individuelle Bedarfe, Studieninhalte	Formulierungsvorschläge/ Änderungsanträge (ändern/ergänzen/streichen) <i>ändern: theoriegeleitet zurückgezogen</i> streichen: strukturiert	/	/	/
		19/23 83%	4/23	0/23

Top 4.2: Diskussion und Abstimmung der Empfehlung zu Angehörigeninterventionen

Diskussionspunkte

Hr. Daszkowski: allgemeine Frage zu Outcome: Depressionsneigung/depressives Erleben bei Angehörigen hier gemeint?

Hr. Urban: Redaktionell: erlebtes Belastungserleben sollte reduziert werden (stört beim Lesen)

Hr. Längle: Vorschlag „erfahren **oft** schwerwiegende und vielfältige Belastungen“ (Abschwächung)

Hr. Greve: „können schwerwiegende und vielfältige Belastungen“ statt „oft“ (als redaktionell festgelegt)

Protokoll der Abstimmung

Fr. Sauter: Angehörigenvertreter sollten genaue Formulierung klären

Hr. Desch: Formulierung „Können“ ist zu schwach, depressives Erleben bei Angehörigen wohl zu frequent

Fr. Petereit-Zipfel: „schwerwiegende“ und „vielfältige“ Belastungen als Hervorhebung; trifft aber eben nicht auf alle zu (vielleicht „häufig“)

Fr. Kopp: Unterscheidung der Personen, je nach Stärke des Erlebens

Fr. Kopp: Gibt es Zugang zu der Versorgung für Angehörigen? Gibt es Barrieren?

Fr. Petereit-Zipfel: Es gibt keinen Rechtsanspruch für Angehörige auf Psychotherapie. Diese müssen erst selbst eine Krankheit entwickelt haben.

Hr. Daszkowski: Präventions- oder Beratungsmöglichkeiten da, aber Behandlung nur mit Diagnose (bei Angehörigen)

Hr. Längle: allgemeine Beratungsstellen vorhanden für alle; Verweis: Bayerisches Rahmenkonzept zur ambulanten Krisenversorgung (PIA)

Hr. Urban: Unterscheidung von Psychotherapie und einer akuten Hilfe (letzteres kann in jeder Praxis geschehen)

Fr. Petereit-Zipfel: kein (direktes) Angebot für Angehörige; viele Informationen, dass Angehörige das Therapienetz verstopfen; Versorgung hier nicht flächendeckend und keine Empfehlung bisher

Hr. Bomke: Verweis auf 64b Modellvorhaben; Unterschiede in den Bundesländern

Hr. Greve: 2 Hinweise für Hintergrundtext: Bemühungen für Angehörige psychisch kranker Kinder (verschoben auf nächste Empfehlung); „oft“-Variante doch wieder aufnehmen um Konsens zu erreichen

Abstimmungsberechtigte/Mandatstragende: N = 24

Empfehlung 27: Angehörigeninterventionen

Diskutierter Empfehlungsvorschlag	Konsentiert	+ ¹	- ²	0 ³
Angehörige und nahestehende Personen von schwer psychisch kranken Menschen können schwerwiegende und vielfältige Belastungen erfahren. Zugleich können sie eine wichtige Ressource sein und eine wesentliche stabilisierende Funktion haben. Angehörige und nahestehende Personen sollten bei Bedarf Entlastung und Unterstützung erfahren, um das mit der Sorge um die erkrankte Person KTverbundene Belastungserleben zu reduzieren sowie die eigene Gesundheit und Lebensqualität zu stärken. Empfehlungsgrad: B		23/24 95%	1/24	0/24
<i>Verbesserungsbedarf der Implementierung Modellvorhaben 64b</i>	Formulierungsvorschläge/Änderungsanträge (ändern/ergänzen/streichen): Angehörige und nahestehende Personen von schwer psychisch kranken Menschen können schwerwiegende und vielfältige Belastungen erfahren. Angehörige und nahestehende Personen von schwer psychisch kranken Menschen erfahren oft schwerwiegende und vielfältige Belastungen.	22/24 92% 18/24 75%	1/24 3/24	1/24 3/24

Top 4.3: Diskussion und Abstimmung der Empfehlung zu Ansätzen unterstützter ElternschaftDiskussionspunkte¹ Zustimmung² Ablehnung³ Enthaltung

Hr. Becker: Empfehlungen, die die Verbesserung des Befindens von Kinder nicht der Gegenstand dieser Leitlinie, daher hier keine Empfehlung zu Kindern; Empfehlung richtet sich an Eltern

Hr. Urban: Frage nach Empfehlungsgrad B; Vorschlag „sollte“ statt „soll“ (Fehler wurde direkt berichtet)

Hr. Daszkowski: stimmt grundsätzlich ein, sieht die Empfehlung aber als eher allgemein; Unterscheidung nach Betroffenheitsgrad der Eltern (ein Elternteil, nur die Mutter/nur der Vater, alleinerziehende Person); soziale Hintergründe der Familien zu berücksichtigen

Fr. Gühne: Anmerkungen könnten im Hintergrundtext aufgenommen werden/im Eingangsteil der LL wird auch umfassend auf die Nöte Kinder psychisch kranker Eltern eingegangen/die LL-Empfehlungen bleiben auf der Erwachsenenenebene (Zielgruppe der LL), Abgrenzung zu LL im Kinder-/Jugendbereich

Hr. Nienaber: Vorschlag: „Kinder als Angehörige“ in vorheriger Empfehlung (zu Angehörigen) mit aufnehmen

Fr. Krumm: Unterstützt den Vorschlag des Aufgreifens der Thematik Kinder (Unterscheidung zwischen Angehörigen Kinder und Erwachsenen); Aufnahme des Punktes im Hintergrundtext: „Umsetzung auch in Kliniken“ (Notfallversorgung und Pflichten der Kliniken); auch Hintergrundtext: großer Fokus auf Müttern, aber Anmerkung zu Mangel an Forschung zu Vätern (Fokus auf Mütter so entschärfen)

Hr. Längle: Kinder als Angehörige im Hintergrundtext; Versorgung von Eltern in Kliniken geschieht bereits (ambulant, regional); Ort des Geschehens muss im Alltag sein, nicht in der Klinik über längere Zeiträume; Frage nach dem B Grad der Empfehlung

Fr. Kopp: Kinderschutz als Endpunkt, Rechtfertigung der B-Empfehlung

Hr. Becker: Unterstützung primär an erwachsene Angehörige gerichtet, Kinder treten meist nur aus Not (durch ihre Eltern) in Behandlung/Kontakt mit Psychiatrie, daher kein Änderungsbedarf in der Empfehlung, höchstens im Hintergrundtext

Fr. Sauter: „Elternkompetenz“ und „Kinder als Betroffene“ sind zwei Themen; Elternkompetenz muss möglichst oft aufgenommen werden und so zum Schutz der Kinder beitragen werden (Vorschlag für künftige Überarbeitungen)

Fr. Berninger: für Hintergrundtext nicht nur Mütter, sondern auch Väter beachten; Extrembelastung der Väter bei psychischer Erkrankung; plädiert, dass „Kinder als (kleine) Angehörige“ irgendwo in der Leitlinie auftauchen; Erreichbarkeit der Kinder nur über die Eltern möglich (Assessment of Parentship)

Hr. Daszkowski: Kinderschutz ist komplexe Situation, Eltern haben z.T. Angst, dass ihnen die Kinder weggenommen werden und äußern ihre Erkrankung darum nicht (Kinder und Jugendliche geben sich in einigen Fällen selbst als gefährdet zu erkennen, hier muss dann eine Unterstützung angeboten werden)

Frau Peterleit-Zipfel: Forschungsstand: Was sind die Hinderungsgründe für Eltern ihre psychische Erkrankung geheim zu halten?

Fr. Mahlke: Hinweis auf alleinerziehende Eltern (v.a. Mütter), Studien dazu aufnehmen in Hintergrundtext (so Verhärtung des Forschungsbedarfs)

Hr. Wienberg: Aspekte gut in EK Empfehlung aufgehoben?

Fr. Kopp: Betreten des Bereichs der Kinder- und Jugendhilfe, Schnittstelle zur Leitlinie Kinderschutz

Frau Riedel-Heller: Nacharbeitung im Hintergrundtext, aber keine EK, da schon viele in der Leitlinie vorhanden (schmälert die evidenzbasierten Empfehlungen)

Protokoll der Abstimmung

Abstimmungsberechtigte/Mandatstragende: N = 21

Diskutierter Empfehlungsvorschlag	Konsentiert	+ ¹	- ²	0 ³
Eltern mit einer schweren psychischen Erkrankung sollte - flexibel an die individuellen Bedürfnisse angepasst – Unterstützung in der elterlichen Funktion mithilfe spezifischer Ansätze angeboten werden. Empfehlungsgrad: B		20/21 95%	1/21	0/21
<i>Bemühungen für Kinder psychisch kranker Eltern</i> <i>Zukunft: mit KJP Kapitel für Kinder psychisch kranker Eltern</i> <i>aktuelle Auflage: Thema verankern</i> <i>Umsetzung auch in Kliniken: Sprechstunden u.a.</i> <i>ambulant, regional nach SGB IX</i> <i>Assessment</i> <i>frühe Hilfen Vorschlag: "Frühe Hilfen" ergänzen</i> <i>https://www.fruehehilfen.de/grundlagen-und-fachthemen/grundlagen-der-fruehen-hilfen/was-sind-fruehe-hilfen/</i> <i>Forschungsbedarf</i> <i>Studien zu Vätern fehlen, wenig Aussage möglich, Fokus auf Mütter entschärfen, Studien zu Alleinerziehenden vs. größere Familie/Eltern</i> <i>Ziel, Kinder in Familie zu belassen</i> <i>Kinderschutz</i>	Formulierungsvorschläge/Änderungsanträge (ändern/ergänzen/streichen): -	/	/	/

¹ Zustimmung² Ablehnung³ Enthaltung

Top 4.4: Diskussion und Abstimmung der Empfehlung zu Ansätzen unterstützter Sozialisation

Diskussionspunkte

Fr. Kopp: Hochstufung ist eventuell möglich wegen Konsistenz der Befunde

Hr. Daszkowski: nicht nur Quantität, sondern auch Qualität von sozialen Netzwerken wichtig (bestimmte Netzwerke können auch negativen Effekt auf die psychische Erkrankung haben); Unterscheidung von guten und schlechten Netzwerken unterstützen

Hr. Wagner: Qualität von soz. Netzwerken hervorgehoben (Hinweis auf SGB 9); Selbsthilfegruppen als soziales Netzwerk vermerken (Querverweis auf die Empfehlung zur Selbsthilfe im Hintergrundtext)

Hr. Becker: Forschung zu dem Thema geht weit zurück; spricht sich für B Empfehlung aus

Hr. Bomke: Empirischer Hinweis: Patientenplattformen (über Gesetzgebung) werden von akuten Patienten eher wenig genutzt, aber in Gemeindepsychiatrie ist die Nutzung deutlich höher; Netzwerke helfen Patienten ihren Alltag zu meistern

Hr. Greve: Netzwerke sollten von Patienten selbst gewählt werden, zur Beschaffung von Kontakten sollte lediglich ermöglicht werden

Hr. Wagner: Qualität der Kontakte entscheidend; Begleitung mit wenigen, aber qualitativ hochwertigen, Kontakten sehr erfolgreich um Leute wieder auf den richtigen Weg zu bringen

Fr. Mahlke: Quantität/Netzwerkgröße spielt auch in den Studien eine nur geringe Rolle, vor allem Qualität und Bedeutung wird gemessen

Hr. Becker: Kontakt wird angeboten und nicht aufgezwungen; die betroffene Person entscheidet wie sie mit Angeboten umgeht; Interventionen werden viel von den Betroffenen kontrolliert

Fr. Riedel-Heller: mit Stärken statt Erweitern einverstanden; aber Quantität nicht unbedingt zu vernachlässigen; Soziales Netzwerk ist Kernpunkt der Sozialpsychiatrie

Hr. Weinmann: Messung der Qualität ist methodisch schwieriger; Stärkung bringt Studienergebnisse besser zum Ausdruck

Protokoll der Abstimmung

Abstimmungsberechtigte/Mandatstragende: N = 19

Empfehlung 29: Unterstützte Sozialisation

Diskutierter Empfehlungsvorschlag	Konsentiert	+ ¹	- ²	0 ³
Die Anwendung psychosozialer Therapien bei Menschen mit einer schweren psychischen Erkrankung und erlebter sozialer Isolation sollte auch darauf zielen, soziale Netzwerke der Betroffenen zu erweitern und soziale Aktivitäten zu fördern. Empfehlungsgrad: B		/ %	/	/
<i>Qualität der Beziehungen wichtig, Tragfähigkeit</i> <i>SHGs dort qualitativ gute Kommunikation / Querverweis auf SH-Empfehlung</i> <i>Lit. zitieren, TB zu Studien zu sozialen Netzwerken bei schwerer psychischer Erkrankung, auch distante Kontakte hilfreich,</i>	Formulierungsvorschläge/ Änderungsanträge (ändern/ergänzen/streichen): ändern: ... soziale Netzwerke der Betroffenen zu stärken und soziale Aktivitäten zu fördern.	19/19 100%	0/19	0/19

Top 5: Matrixkapitel: Diskussion und Abstimmung der Empfehlung zu Regionalen niedrigschwelligen psychosozialen Angeboten

Diskussionspunkte

Fr. Gühne: Verweis auf schriftlich eingegangenen Änderungsvorschlag durch Dr. Franz-Peter Begher (DMSG): sowohl ambulante psychiatrische Pflege, als auch ambulante Soziotherapie stehen im SGB 5 zur Verfügung (Ergänzung der „ambulanten Soziotherapie“)

Hr. Pfeiffer: im Text könnte man auch die niedergelassenen Psychotherapeuten erwähnen

Hr. Greve: Psychotherapeuten können auch eigenständig psychologische Soziotherapie verordnen (sollte aufgenommen werden), Matrixkapitel schwankt zwischen SGB 5 und der Gesamtheit der Hilfen; Liste der Leistungen muss erweitert werden (gesamter Bereich des SGB 9); nicht nur verordnungspflichtige Leistungen

Hr. Pfeiffer: auch Ergotherapie aufnehmen (Änderungsantrag)

¹ Zustimmung

² Ablehnung

³ Enthaltung

Hr. Daszkowski: Erweiterung der Angebotsauflistung gut; neue Leistungen im GBA sehr komplexe Prozesse, vielleicht auch erwähnen (ärztliche psychotherapeutische Versorgung; nicht-ärztliche Leistungen)

Fr. Sauter: in Leitlinien neben teambasierten Angeboten auch niedrigschwellige Angebote; Leistungen sollen vermerkt werden und nicht Akteure; Leistungen nicht flächendeckend vorhanden

Hr. Greve: gesamter Bereich der Eingliederungshilfe sollte aufgenommen werden

Hr. Greve: Änderungsvorschlag: „Für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sollen verschiedene psychosoziale Hilfen (z.B. ambulante Soziotherapie, ASD, Ergotherapie, Leistungen der Eingliederungshilfe...)“

Fr. Peterreit-Zipfel: ambulante psychiatrische Pflege an anderer Stelle erwähnen; ist in anderer Auflistung schon vorhanden; Kompetenzerweiterung z.T. notwendig (das sollte aufgeführt werden)

Hr. Becker: Priorisierung für aufsuchende Hilfe ist zutreffend

Hr. Greve: ersten Satz in der Empfehlung streichen

Hr. Daszkowski: Soziotherapie ist noch weniger etabliert als häusliche psychiatrische Krankenpflege

Fr. Wessels: häusliche psychiatrische Krankenpflege ist gesetzlich verankert, kann verordnet werden; regionale Unterschiede in der Verfügbarkeit der Leistung

Hr. Holtmann: Vorschlag, von Einzelbeschreibungen wegzugehen

Hr. Wienberg: Soziotherapie und ambulante psychiatrische Pflege ist gesetzlich vorgegeben, aber das wird nicht flächendeckend umgesetzt (Soziotherapie ergänzen)

Protokoll der Abstimmung

Abstimmungsberechtigte/Mandatstragende: N = 16 (14) noch beschlussfähig

Empfehlung 44: Regionale niedrigschwellige psychosoziale Angebote

Diskutierter Empfehlungsvorschlag	Konsentiert	+ ¹	- ²	0 ³
Für Menschen mit schweren psychischen Störungen sollen niedrigschwellige und beziehungsorientierte psychosoziale Angebote in der Region vorgehalten werden, die sowohl in Krisenzeiten, als auch mittel- und längerfristig unterstützen. Ambulante Psychiatrische Pflege (APP) ist geeignet, den breiten und oft wechselnden Hilfebedarfen von Menschen mit schweren psychischen Störungen und ihrer Angehörigen im direkten Lebensumfeld mit einer großen Viel-		/	/	/

¹ Zustimmung

² Ablehnung

³ Enthaltung

falt wirksamer psychosozialer Interventionen zu begegnen. APP soll als ein - in ein Gesamtbehandlungskonzept integriertes - gemeindepsychiatrisches Angebot zur Herstellung und Förderung von Selbst-, Alltags- und Krankheitsmanagement sowie zur Förderung individueller Recoveryprozesse zur Verfügung stehen. Empfehlungsgrad: EK				

<i>ET, Pflege, ST auch durch psychol. PT verordenbar</i> <i>Gemeinsamkeit: leistungsrechtlich verankert, Niedrigschwelligkeit und die nachgehende aufsuchende Tätigkeit, aber bisher nicht flächendeckend umgesetzt</i>	Formulierungsvorschläge/ Änderungsanträge (ändern/ergänzen/streichen): ergänzen: Ambulante Psychiatrische Pflege (APP) und ambulante Soziotherapie sind geeignet, ... zu begegnen. APP und ambulante Soziotherapie sollen als ein ... sowie zur Förderung individueller Recoveryprozesse zur Verfügung stehen. ergänzen: Teilhabeleistungen Ergotherapie, häusliche streichen 1. Satz: Ambulante Psychiatrische Pflege (APP) ist geeignet, den breiten und oft wechselnden Hilfebedarfen von Menschen mit schweren psychischen Störungen und ihrer Angehörigen im direkten Lebensumfeld mit einer großen Vielfalt wirksamer psychosozialer Interventionen zu begegnen. APP soll als ein - in ein Gesamtbehandlungskonzept integriertes - gemeindepsychiatrisches Angebot zur Herstellung und Förderung von Selbst-, Alltags- und Krankheitsmanagement sowie zur Förderung individueller Recoveryprozesse zur Verfügung stehen. ergänzen: Ambulante Psychiatrische Pflege (APP) und ambulante Soziotherapie sind geeignet, den breiten und oft wechselnden Hilfebedarfen von Menschen mit schweren psychischen Störungen und ihrer Angehörigen im direkten Lebensumfeld mit einer großen Vielfalt wirksamer psychosozialer Interventionen zu begegnen. APP und ambulante Soziotherapie sollen als ein - in ein Gesamtbehandlungskonzept integriertes - gemeindepsychiatrisches Angebot zur Herstellung und Förderung	12/16 75% 14/16 88%	3/16 1/16	1/16 1/16

	von Selbst-, Alltags- und Krankheitsmanagement sowie zur Förderung individueller Recoveryprozesse zur Verfügung stehen. streichen (Mittelteil) Ambulante Psychiatrische Pflege und Soziotherapie sollen als - in ein Gesamtbehandlungskonzept integrierte - gemeindepsychiatrische Angebote zur Verfügung stehen. Expertenkonsens	14/14 100%	0/14	0/14

Top 6: weiteres Prozedere

— S3-LL PSYCHOSOZIALE THERAPIEN | Konsensuskonferenz am 16.01.2025

S3-LEITLINIE PSYCHOSOZIALE THERAPIEN BEI SCHWEREN PSYCHISCHEN ERKRANKUNGEN

NÄCHSTE AKTIVITÄTEN IM ZEITVERLAUF



11/2025 Erscheinen der 3. Auflage der Leitlinie



UNIVERSITÄT
LEIPZIG

47

Protokolle der AG-Impuls-Treffen

AG Impuls / S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen Protokoll vom 13.06.2022

Teilnehmende:

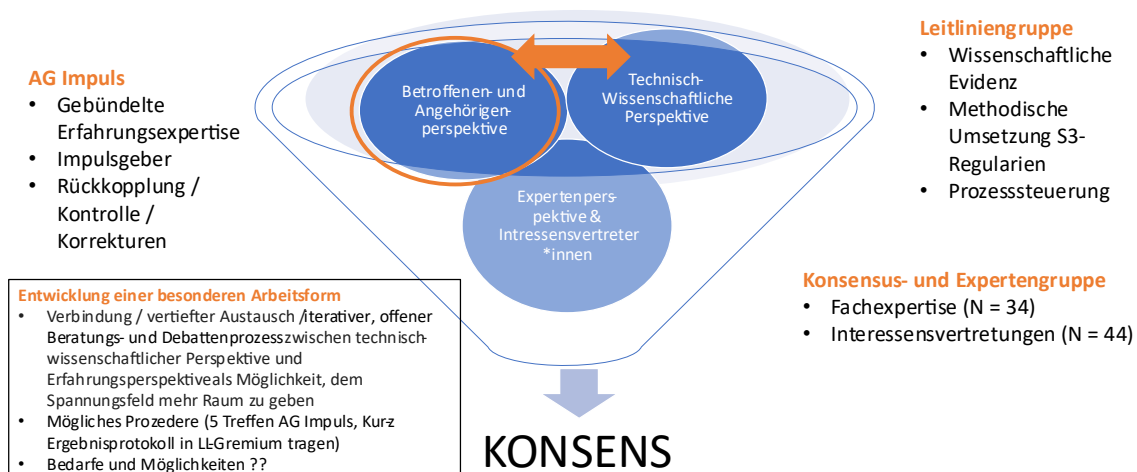
Catharina Flader (EX-IN Deutschland), Werner Holtmann (NetzG), Leonore Julius (Geschwister-netzwerk), Wolfgang Pohlmann (EX-IN Deutschland), Heike Petereit-Zipfel (BApK)
Sibylle Glauser (Angehörigenexpertin), Manfred Desch (Angehörigenexperte), Julia Lippert (Betroffenenexpertin)
Thomas Becker, Uta Gühne, Stefan Weinmann (Steuergruppe)

Entschuldigt: Elke Prestin (Betroffenenexpertin), Jurand Daszkowski (BPE), Franz-Josef Wagner (NetzG), Reinhard Peukert (Geschwisternetzwerk)

Ziele: Findung und Organisation der AG Impuls, Vorstellungen der Steuergruppe dazu

FINDUNGSTREFFEN AG IMPULS | 13.06.2022

S3-LL Psychosoziale Therapien: Prozessentwicklung



Raum/Rahmen für vertieften Austausch:

- Wünsche an LL / Bedarfe an den Prozess / welche Bereiche fehlen?
- Was sind wichtige Themen für eine LL
- Reflexion: Fühlen sich Empfehlungen stimmig an/Sprache der LL
- Wo gibt es Spannungs-/Entwicklungsfelder

Themen, die in Treffen benannt wurden und Inhalt der AG Impuls sein könnten:

- Was ist bedeutsam/wirklich wichtig in der Versorgung?
- Ambulante Krisenhilfe
- Offener Dialog / Netzwerkgespräche zur Förderung des Kontakts zwischen Betroffenen und Angehörigen
- Einbezug der Angehörigen, Angehörigenberatung
- Peer-Angebote für Betroffene und Angehörige / Finanzierung
- Praktikabilität der Empfehlungen in der Praxis / Umsetzung der Empfehlungen

- Zuständigkeiten, Verbindlichkeiten, Ansprechpartner*innen in Versorgung
- Wissen über Versorgungsmöglichkeiten / unterschiedliche Angebote und Bezeichnungen / Wo sind geeignete Anlaufstellen
- Weiterentwicklungen / Neuentwicklung von Angeboten
- Angebote vor eigentlicher Behandlung

Struktur:

- Digitale Treffen nach Bedarf, der nächste Termin wird zeitnah nach dem Kick-off-Meeting vereinbart, nach Möglichkeit weitere Termine mittelfristig planen
- Kurzprotokolle in zirkulierter Verantwortung und Transfer ins Leitliniengremium
- 1 Präsenztreffen planen
- Austausch untereinander forcieren

AG Impuls / S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen Protokoll vom 28.07.2022

Teilnehmende:

Catharina Flader (EX-IN Deutschland), Elke Prestin (Betroffenenexpertin), Jurand Daszkowski (BPE), Franz-Josef Wagner (NetzG), Leonore Julius (Geschwisternetzwerk), Heike Petereit-Zipfel (BApK), Sibylle Glauser (Angehörigenexpertin), Manfred Desch (Angehörigenexperte) Thomas Becker, Uta Gühne, Stefan Weinmann (Steuergruppe)

Entschuldigt: Wolfgang Pohlmann (EX-IN Deutschland), Reinhard Peukert (Geschwisternetzwerk), Werner Holtmann (NetzG), Julia Lippert (Betroffenenexpertin)

Ziele: Nachbesprechung Kick-off-Meeting, weiteres Prozedere LL-Prozess und Impuls-Arbeit

Prozedere LL-Entwicklung und Impuls-Arbeit

- Es wurde noch einmal deutlich gemacht, dass der Aufwand für die Beteiligten neben beruflicher Tätigkeit und anderen Aufgaben sehr hoch ist. → Die zeitlichen Ressourcen sind gut auszuloten. Die **AG-Impuls-Termine sind ein add on** und gleichzeitig eine Möglichkeit, die Expertise der Betroffenen- und Angehörigenvertreterinnen und -vertreter im LL-Prozess zu bündeln. Diese Form der LL-Arbeit stellt ein Novum dar; die Arbeitsweise / den -aufwand können wir selbst entwickeln / regulieren. Zumindest VertreterInnen aus den Verbänden haben die Möglichkeit, sich in die Termine zu teilen, insofern neben dem Mandatstragenden eine Vertretung benannt wurde. Möglicherweise sind Absprachen untereinander hilfreich, wenn eine Teilnahme nicht möglich ist.
- Es wurde der Wunsch geäußert, **Termine mittel- und langfristig zu planen** (es wird Vorschläge dazu geben). Hilfreich für eine konstruktive Arbeit wäre zukünftig, die Themen im Vorfeld festzulegen.
- Es wurde der Vorschlag gemacht, zur APK-Tagung im September und im November in Berlin zum DGPPN-Kongress **persönliche Begegnungen** zu ermöglichen. → Dafür könnte man im Vorfeld die voraussichtliche Anwesenheit erfragen und teilen.
- Für die LL-Arbeit werden rechtzeitig vor der Konsensuskonferenz (KK) **Text- und Empfehlungsentwürfe** versandt, die später in die LL einfließen. Parallel wird ein Dokument für den LL-Report mit dem methodischen Hintergrund versandt. Die Texte können jederzeit kommentiert werden. Die Empfehlungsentwürfe können bis zur Abstimmung in der KK kommentiert und diskutiert werden. Im günstigsten Falle fällt der AG-Impuls-Termin zeitnah mit einem KK-Termin zusammen.
- Es wurde danach gefragt, ob die **Treffen digital oder in Präsenz** stattfinden. Aktuell sind ausschließlich digitale Treffen geplant (KK und AG Impuls betreffend). Sollte es Präsenztreffen geben, wird im Vorfeld mit der DGPPN eine Kostenübernahme für die Reisekosten geklärt.
- Es kam der Vorschlag, **zoom** für die AG Impuls zu nutzen. Die Möglichkeit wird geprüft.

Inhaltliche Aspekte der AG Impuls:

- **Begleitung der aktuellen LL-Arbeit** (z.B. Kommentierung von Texten, Diskussion der Empfehlungen, Ableitung von künftigen Forschungsbedarfen)
 - **Bedeutung von Outcomes:** Es wurde eingeworfen, dass im Falle der Gesundheitsfördernden Interventionen sich die **Lebensqualität** nicht positiv beein-

flussen lasse, stattdessen vorwiegend physiologische Outcomes wie Körpergewicht und BMI. → Hintergrund: Im Mittelpunkt stehen multimodale Interventionen zur Verbesserung der Gesundheit. Es konnte in Metaanalysen gezeigt werden, dass sich positive Effekte auf Gewicht, BMI, Taillenumfang, Blutzuckerspiegel etc. zeigen, aber auch psychische Symptome (Depressionsschwere und ängstliches Erleben) reduzieren lassen. Umso individueller ausgerichtet die Intervention ist, umso höher scheint der Effekt zu sein. Kein Effekt zeigte sich tatsächlich hinsichtlich der Lebensqualität. Das wurde in 2 Metaanalysen untersucht. Und es zeigte sich, dass es keinen Unterschied gibt in den Abbruchraten zwischen der untersuchten Intervention und der Kontrollbedingung, die sehr divers ausfiel (s. dazu Dokument zur Gesundheitsförderung, das vor dem Kick-off zirkuliert wurde). Bei der Ableitung der Empfehlungen von der Evidenz werden nach Möglichkeit immer zusätzliche Betroffenenerfahrungen, insofern es Beschreibungen in der Literatur dazu gibt, berücksichtigt. Auf S. 17ff. finden sich Ergebnisse aus qualitativen Arbeiten, die darauf hinweisen, dass die mit einer körperlichen Aktivität verbundene Gewichtsreduktion als Verbesserung wahrgenommen wird und darüber hinaus mit einem besseren Körpergefühl einhergeht, aber auch Empowerment, Autonomieerleben, Selbstbewusstsein positiv beeinflusst werden können. In der NICE-LL zur Behandlung von Schizophrenie konnte eine Studie identifiziert werden, die zeigte, dass die Zufriedenheit höher war in der Interventionsgruppe. Für einen Teil der Teilnehmenden konnte eine klinisch bedeutsame Gewichtsreduktion erreicht werden. Es wurde der Vorschlag gemacht, Kästen zu jedem Thema zu platzieren, in denen künftige Forschungsfragen gesammelt werden. Relevante Outcomes sind dabei zentral.

- **Übergeordnete Arbeit:** hierzu wurden bereits zum ersten Impuls-Treffen Themen gesammelt; angesprochen wurde damals u.a. „Praktikabilität der Empfehlungen in der Praxis / Umsetzung der Empfehlungen“, dieses wurde aktuell sehr herausgestellt:
 - **Wie kann die Umsetzung der LL besser gelingen?** Es wurde betont: Ein reiner Austausch wäre zu wenig, die Gruppe möchte, dass sich die Zeitinvestition für sie rentiert, es sollen Impulse ausgehen für Veränderungen, die vor allem dahingehend gewünscht sind, mehr von dem, was in der Leitlinie empfohlen wird, in der PRAXIS umzusetzen. Wichtig dabei scheint (1) Formulierungen zu finden, die möglichst verbindlich sind und in den Argumentationen gegenüber Entscheidungsträgern/ Leistungserbringern und -trägern verwendet werden können, (2) die Umsetzung der Empfehlungen zu fördern und hier die LL so zu gestalten, dass sie hier möglichst viel „Druck“ ausübt. Der GBA wurde benannt. → Hierzu könnte evtl. eine „Extra“-Sitzung geplant werden und man könnte überlegen, ob man gezielt weitere Experten aus dem LL-Gremium einlädt.
 - **Blick ins Ausland:** Was wird dort anders gemacht? Was führt zu besseren Outcomes?

AG Impuls / S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen Protokoll vom 04.10.2022

Teilnehmende:

Catharina Flader (EX-IN Deutschland), Jurand Daszkowski (BPE), Leonore Julius (Geschwister-netzwerk), Heike Petereit-Zipfel (BAPK), Sibylle Glauser (Angehörigenexpertin), Manfred Desch (Angehörigenexperte), Wolfgang Pohlmann (EX-IN Deutschland)
Thomas Becker, Uta Gühne, Stefan Weinmann (Steuergruppe)

Entschuldigt: Werner Holtmann (NetzG), Julia Lippert (Betroffenenexpertin), Elke Prestin (Be-troffenenexpertin)

Themen:

Gestaltung des Präsenztreffens in Berlin zum DGPPN-Kongress

- Kennenlernen im Vordergrund
- kurzer Input durch Frau Glauser zur Angehörigenarbeit
- evtl. Brainstorming, z.B. „Woran würden wir erkennen, dass wir die neue Auflage der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien mitgestaltet haben?“

Kapitel zu "Angehörigeninterventionen"

- Angehörigengruppen** (auch als Qualitäts- oder Gütekriterium/ Qualitätserfordernis)/-bera-tung
- Behandlungsvereinbarungen**
- Vorausverfügung/ Patientenverfügung**
- (Informations-) Rechte Angehöriger
- systemischer Ansatz, Open Dialogue
- Reflektion möglicher Grenzen der Bearbeitung von Angehörigen-relevanten Inhalten in der S3-Behandlungsleitlinie
- Interventionen für Angehörige/Angehörige einbeziehen
- Rollenwechsel
- große Gruppe von Angehörigen erreichen, deren erkrankte Angehörige (noch) nicht in Be-handlung sind
- Kritische Haltung z.B. gegenüber dem neuen Betreuungsgesetz

Kurzes Berichten über weitere Ansätze zur Umsetzung von Hinweisen/Fragen aus der AG Impuls

- „Forschungsboxen“ am Ende der Kapitel
- Verweis auf Implementierungsstudie IMPPETUS
- Planung eines Workshops zu den Möglichkeiten der Implementierung/Umsetzung der Emp-fehlungen und Einladung weiterer Experten dazu

H. Daszkowski fragt nach den Chancen des Ansatzes von Living Guidelines

- Ansinnen, Projektergebnisse dazu vorzustellen und diese zu diskutieren

S3-LL, "Experten"-Konferenz: "AG Impuls", 14.03.2023, 15:30 -17:00 Uhr, online

Protokoll: Manfred Desch

Moderation: Frau Dr. Uta Gühne

Teilnehmer:innen: Dr. Elke Prestin, Sibylle Glauser, Dr. Stefan Weinmann, Werner Holtmann, Jurand Daszkowski, Manfred Desch

Fragen zur nächsten Konsensuskonferenz/Text & Empfehlung Ergotherapie

- Holtmann sorgt sich um bürokratische Praktikabilität als gesetzl. Betreuer
- Dr. Weinmann stellt fest, dass Zielgruppe und Zwecke der Leitlinie als „Behandlungsleitlinie“ der DGPPN zu beachten wären. Besonderheit ist aber, dass die Empfehlungen kontextualisiert gegeben und der soziale Kontext explizit berücksichtigt werden soll, aber auch Interventionsziel ist.
- Dr. Prestin: „Gesamt-Behandlungsplan“ sollte ersetzt werden durch eine Formulierung in der Empfehlung „im Rahmen einer Gesamt-Behandlungsplanung“, dies betont mehr das Prozesshafte. Dann könnte Ergotherapie auch per Einzel-Verordnung erfolgen
- Holtmann: lobt differenzierte Empfehlungen
- Dr. Weinmann: Studienlage für ergotherapeutische Interventionen wird besser, aber ist nicht einheitlich positiv, daher trotz Vorliegen von randomisierten kontrollierten Studie Empfehlungsgrad B. "Gezielte" Ergo-Expertise ist auch bei ambulanter Therapie gefragt und soll auch als Leistung honoriert werden - pauschale Verordnungen nach Gießkannen-Prinzip sollen vermieden werden

Fragen zum Konsensus-Prozess?

- keine

Leitlinien-Themen-Vorstellung (Folie)

- Diskussion über die verschiedenen Themen
- Diskussion über evtl. Übernahme von Empfehlungen "Peer-Support" & "Künstlerische Therapien": Hierzu existieren keine zufriedenstellenden Studien. Hr. Desch bat um Berücksichtigung, dass seitens der Betroffenen als auch des Umfeldes in unseren internen Gesprächen Bedarf angemeldet wird
- Dr. Prestin-Vorschlag: Die Experten-Gruppe mag sich unabhängig, bzw. zusätzlich (freiwillig - je nach Kapazität) online treffen, um einzelne Themen (z.B. zu Empowerment/Recovery, Beziehungsgestaltung, Peer-Support, Selbsthilfe, Dialog) inhaltlich abzustimmen und Formulierungen für einen extra „Kasten“, der von der AG Impulse formuliert wird, zu finden.

Themenkreis "Angehörigeninterventionen" oder "Soziales Netzwerk"

- Nach intensiver Diskussion: Diese Überschrift könnte besser "Interventionen ins soziale Netzwerk" lauten
- Desch: bittet um Formen der Einbeziehung systemischer Gespräche Patient und soziales Umfeld zur Klärung der Situation nach überwundenen Krisen und darin entstandenen gegenseitigen psychischen Verletzungen - die nicht selten zu vermeidbaren Beziehungs-Abbrüchen führen.
- Begründung: Niemand lebt für sich allein!
- Den Zugehörigen sollte klar sein, dass Rettungs-Phantasien meist unfruchtbar sind, akzeptierende Begleitung dagegen hilfreich,
- Vermeidung des "sozialen Tods" - Ausschluss aus familiären Beziehungsfeldern (Verweis auf Hoffmann-Gedicht - s.u.)
- Dr. Prestin Behandlungsvereinbarungen: sollte nicht in Angehörigeninterventionen untergebracht werden - besser unter "Empowerment" erwähnen

- Fragestellung: Sind Patienten die einzigen Erkrankten, bzw. Belasteten im sozialen Umfeld? Möglicherweise wird die Situation oft zu statisch betrachtet: "Hier die Gesunden und dort die erkrankte Person". Wir suchen nach sensiblen Formulierungen ohne Schuld-Zuweisungen, dass psychische Erkrankungen im gewissen Grade durch psychische Belastungen aus familiären Vorbelastungen entstehen können.

Auf dieses Gedicht verwies ich heute während der Diskussion. Unter schwerst Erkrankten sind aus meiner Sicht noch immer Personen von diesem schweren Schicksal betroffen:

Heinrich Hoffmann:

Der Wahnsinnige im Irrenhaus

Auch ich hab' Freunde, die es redlich meinen/
Doch scheucht von dieser Stätte sie die Scheu/
Sie werden mich beklagen, mich beweinen/
Vergessen dann; es endet hier die Treu"

Gestorben leben im Irrenhaus - Der Aufenthalt in der Anstalt bedeutete den sozialen Tod:

Gestorben leben thut so grässlich weh."

Heinrich Hoffmann, Psychiater, Leiter der Frankfurter psychiatrischen Klinik im 19. Jh.

Autor des "Struwwelpeter"

Aus Hoffmann-Donner, "Auf heiteren Pfaden", gesammelte Gedichte, 2. Auflage, Frankfurt, literarischen Anstalt Rütten & Löning

Erwähnt in:

Nicolas Rüsch. Das Stigma psychischer Erkrankung. (-580-, S. 226)

ELSEVIER Verlag, Oktober 2020

Nachtrag von Werner Holtmann

Ich habe eine Ergänzung zum Protokoll zum Thema juristische Betreuung.

Angeregt durch den Beitrag von Jurand, der auf die Veränderungen im Betreuungsrecht hingewiesen hat, habe ich zustimmend, aus meiner Erfahrung als juristischer Betreuer, berichtet. Neben den deutlich erkennbaren Änderungen, am Beispiel der Berichterstattung der Betreuer an die Gerichte, hat sich auf der Ebene der Beziehungsgestaltung zwischen den Parteien grundsätzliches verändert. Ziele der UNBRK finden sich in der Neufassung des Betreuungsrechtes wieder.

Falls dieses Thema in der Leitlinie aufgegriffen werden soll, bin ich bereit einen grundsätzlichen Text dazu zu verfassen. Der könnte als Grundlage für einem gemeinsamen Text dienen.

Ich finde es sehr interessant das Thema mit aufzunehmen. Ein weiteres mal (z. B. EUTB) werden, auf gesetzgebender Ebene die Rechte der Betroffenen sowie die Pflichten der Profis, gesetzlich festgeschrieben. Das verdeutlicht den Stellenwert der Beziehungsgestaltung und einer (erhofften) neuen Haltung zwischen Profis und Betroffenen.

AG Impuls – 25.04.2023 – 15:30 bis 16:50 Uhr

Moderation: Uta Gühne

Protokoll: Catharina Flader, Uta Gühne

Teilnehmer: Thomas Becker, Jurand Daszkowski, Manfred Desch, Catharina Flader, Werner Holtmann (bis 16:05), Leonore Julius, Elke Prestin, Stefan Weinmann, Heike P-
terreit-Zipfel

Herr Holtmann entschuldigt sich ab 16 Uhr, da er eine Einladung für den Sozialpsychiatrischen Verband hat.

1. Diskussionen und Ideen zu Begrifflichkeiten „Zielgruppe“ der LL (angeregt auf letzter Konsensuskonferenz)

Nutzer:innen, Patien:innen, Nutzer:innen, Betroffene, Psychiatrieerfahrene, Menschen mit (gravierenden) psych. Gesundheitsproblemen.

Ideen: Anfangs ein Hinweis mit Begrifflichkeiten, Aspekte und Umgang.
Einheitlicher Begriff in den Leitlinien vs. Wechsel der Begriffe

➔ Es soll eine eigene Diskussion über Umgang mit Begrifflichkeit erfolgen. Im Vorfeld Sammlung der Begriffe.

2. Betreuungsrecht:

An welcher Stelle wollen wir es platzieren?

Wie möchten wir die unterstützte Entscheidungsfindung aufgreifen?

Möglichkeiten der Platzierung

Matrixkapitel: Schilderung von Veränderungen im Betreuungsrecht.

Evidenzkapitel: Unterstützte Entscheidungsfindung

Werner Holtmann erklärt sich bereit innerhalb der nächsten 4 Wochen einen Einleitungstext zu den gesetzlichen Neuerungen zu entwerfen. Es wird auf bereits bestehende öffentliche Texte verwiesen.

Inhaltliche Einigung: welche Punkte sollen in einen Text?

An welchen Stellen in der Leitlinie passt es und erscheint es notwendig.

Formulierungen ressourcenorientiert und nicht provozierend.

Warum möchten wir da Thema aufnehmen? Fokus lag auf der UN-BRK, wodurch ein Paradigmenwechsel stattgefunden hat. Der Mensch stehe nun im Mittelpunkt und die Fachperson müsse sich dem anpassen.

Wie kann und soll dies hier in der LL genutzt werden? Welche Intention verbinden wir mit dem Beitrag?

Dass mehr mitbekommen, dass es diesen Paradigmenwechsel gibt?

Schwerpunkt sollte auf der unterstützten Entscheidungsfindung liegen.

In den Leitlinien sollte darauf hingewiesen werden, dass Betreuer über die Leitlinien informiert sein sollten.

Elke Prestin liest einen ersten Textentwurf vor, der nochmals den Zusammenhang verdeutlicht (wird separat zirkuliert).

Es gibt wenige Studienergebnisse zur unterstützten Entscheidungsfindung. Diese in der Evidenz aufgreifen. „Art der Entscheidungsfindung“ zentral, nicht die Regeln des Betreuungsrechts.

- ➔ Werner Holtmann schickt zunächst eine Gliederung
- ➔ Stelle und Hintergrund der Platzierung auf Grundlage des erarbeitenden Textes.

3. Recovery – und Empowerment

Grundsätzliche Idee: Die Impulsgruppe nutzen, um uns aktiver in die Erstellung der Leitlinien einzubringen, in dem wir eigen unterlegte Textfelder einfügen, die die Ergänzung aus unserer Sicht einbringen könnten.

Diskussion: Verwendung des Begriffs Recovery. Unterschiede in Selbsthilfe und Klinikbereich.

Ergänzungen:

Siehe Anhang von Frau Prestin.

Außerdem:

Recovery als Haltung.

Recovery für alle Beteiligten: Zufriedenheit auch bei Mitarbeitern bei recovery-orientierter Haltung.

Anpassung der Grafik (Siehe Anhang Frau Prestin, weiterer Vorschlag von Frau Flader: Großer Kreis als Recovery, in den die Interventionen integriert sind (Bild folgt).

Zusätzliche Punkte:

Begriff „Psychiatrie“ und Bedeutung dessen ➔ evtl. in LL zu Beginn aufgreifen

- ➔ Es wird weiter an den Themen gearbeitet.
- ➔ Nächstes Treffen vor der Sommerpause (Mai/Juni).

AG Impuls / S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen **Protokoll der Sitzung vom 26.05.2023, 11.00 bis 12.00 Uhr**

Teilnehmende:

Leonore Julius, Manfred Desch, Werner Holtmann (mit Unterbrechungen wegen schlechter Verbindung), Elke Prestin, Thomas Becker, Stefan Weinmann, Uta Gühne,

Agenda

- Recovery
- Betreuungsrecht
- Peer-Support
- Umgang mit verschiedenen Begriffen zur Zielgruppe der Leitlinie

Diskussionen

Recovery

- Textkastenentwurf von Elke Prestin ergänzt durch die schriftlichen Diskussionspunkte von Stefan Weinmann, Werner Holtmann und Manfred Desch
- Elke Prestin nimmt die diskutierten Vorschläge auf und zirkuliert eine nächste Version des Textes
- Frage von Stefan Weinmann zur Ansprache in den Textboxen, wie soll die Perspektive verstanden werden? Perspektive aus der AG Impuls - der gebündelten Sicht von Betroffenen- und Angehörigenvertreter:innen - auf die wissenschaftlichen/eher technischen Texte der LL/auf die evidenzbasierte Seite der LL vs. zusätzliche Kommentierung im Rahmen der LL-Entwicklung an der die Teilnehmenden der AG Impuls teil sind → Sensibilisierung für Form der Ansprache
- Offener Dialog wichtiges Thema, durch Manfred Desch eingebracht, Wunsch, auch dieses Thema näher zu betrachten im Rahmen der Arbeit der AG Impuls, existierender Textabschnitt in LL (ist als Anhang beigelegt) soll überarbeitet und durch Impuls-Textbox ergänzt werden/es könnte evtl. ein Verweis aus dem Recovery-Kapitel erfolgen/E. Prestin verwies auf baldige Projektergebnisse aus dem GPV-Projekt/Netzwerkgespräche (*Ergänzung außerhalb der Sitzung: der Textabschnitt zum Offenen Dialog hatte bisher keinen guten Platz in der LL; könnte aber durch das geplante Kapitel „Interventionen ins soziale Netzwerk“ sehr viel besser eingebunden werden*)

Betreuungsrecht/Peer Support werden in den nächsten Sitzungen behandelt

Umgang mit verschiedenen Begriffen zur Zielgruppe der Leitlinie

- Wortlaut bisher in den Empfehlungen der 2. Auflage der LL: **Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen**/selten schwer psychisch kranke Menschen oder von Patienten/Patienten und Angehörigen. Seltener ist von Betroffenen die Rede (Empfehlung 14/23)
- Aspekte, die hier berücksichtigt werden sollten: (a) die Passung mit der "Zielgruppe" der Leitlinie, denn daran orientiert sich auch die Evidenz auf der die Empfehlungen beruhen, (b) eine gewisse Neutralität bezogen auf die unterschiedlichen Kostenträger im System und (c) evtl. auch die Möglichkeit des Widererkennens der Empfehlung außerhalb der Leitlinie.
- **Menschen mit (schweren) psychischen Erkrankungen** in den Empfehlungen wird weitestgehend präferiert

- **Krankheitsbegriff in der Psychiatrie:** Begriffsklärung/ Textaufschlag für den Abschnitt Zielsetzung, Anwendungsbereich und Adressaten der LL aus der Steuergruppe/Inhaltlich erwähnen, dass in der LL unter diesen und jenen Bedingungen von „psychischer Krankheit“ gesprochen wird / Bezug zum ICD-10/11
- Evtl. ergänzend auf ICF verweisen, um Zugänge zu den Leistungen außerhalb des SGB V zu erleichtern

AG Impuls / S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen

Protokoll der Sitzung vom 20.06.2023, 16.30 bis 17.30 Uhr

Teilnehmende:

Leonore Julius, Manfred Desch, Werner Holtmann, Heike Petereit-Zipfel, Jurand Daszkowski, Thomas Becker, Stefan Weinmann, Uta Gühne

Agenda

- Aktueller Stand der Arbeit und der „Impuls“-Texte
- Krankheitsbegriff in der Psychiatrie (Textentwurf aus der Steuergruppe)

Diskussionen

Krankheitsbegriff in der Psychiatrie

- evtl. stärkere Betonung von Funktionen und der ICF, stärkere Abwendung von den Diagnosebegriffen, Diagnosen unterschiedlich gestellt zu einem Zeitpunkt und über die Zeit hinweg, Diagnosen können an Bedeutung verlieren im Verlauf
- Relativierung der Diagnosen nicht kritisch genug bisher, verbunden mit Stigmatisierung, Diagnosen bilden Probleme nicht vollumfänglich ab
- evtl. stärkerer Fokus auch hier schon auf die Angehörigen als Zielgruppe (Bekräftigung eines Kapitels zu „Interventionen ins soziale Umfeld“, Angehörige frühzeitig in den Blick nehmen, hohe Belastungen durch die Erkrankung, Gewalt zwischen Patient:innen in Einrichtungen, regelmäßige Angehörigengespräche)
- Für und Wider einer Impuls-Textbox vs. Änderungen am Text
- Heike Petereit-Zipfel erarbeitet einen Änderungsvorschlag im Text und zirkuliert diesen

Orga & weiteres Prozedere

- Nächste Schritte: Fokus auf Recovery & Peer Support
- Termin für nächste digitale Konsensuskonferenz am 05.09.2023 um 13.30 Uhr
- Planung nächstes Impuls-Treffen in Präsenz zum DGPPN-Kongress; Kongress bietet guten Rahmen, DGPPN-LL
- Einladung durch Frau Petereit-Zipfel zur Präsentation eigener US-Ergebnisse „Angehörige im Fokus – Was muss sich ändern? Aktuelle Forschungsergebnisse einer Angehörigen“ am Mittwoch, den 19. Juli 2023 zwischen 15:00 Uhr bis 16:30 Uhr (online), Einladungsflyer folgt
- Eintaktung weiterer digitaler Impuls-Termine über herkömmliches Prozedere, Rückmeldungen über Doodle bitte innerhalb einer Woche, um den Terminkalender nicht über Gebühr zu blockieren

AG Impuls / S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen

Protokoll der Sitzung vom 25.07.2023, 16.30 bis 17.30 Uhr

Teilnehmende:

Leonore Julius, Manfred Desch, Werner Holtmann, Heike Petereit-Zipfel, Franz-Josef Wagner, Jurand Daszkowski, Thomas Becker, Stefan Weinmann, Uta Gühne

Organisation

- Aktueller Stand der 3. Auflage und Ausblick auf das Konsensustreffen am 05. September 2023, auf dem Empfehlungen zur Frühintervention (NEU) sowie gemeindepsychiatrischen Ansätzen (Update) abgestimmt werden sollen. Die Texte werden im Gremium im Vorfeld zirkuliert. Leider wird es keine vorgeschaltete Sitzung der AG Impuls geben (urlaubsbedingt).
- Frau Petereit-Zipfel hat sich bereit erklärt im Gremium von der Arbeit der AG Impuls zu berichten. Vielen Dank!!
- Einplanung der AG Impuls auf DGPPN-Kongress erfolgt aktuell

Diskussionen

Recovery-Textbox

- Wunsch der Gruppe, den Text (heute) zu finalisieren; große Zustimmung der Beteiligten zum Textentwurf
- Text mit wenigen Ergänzungen von Werner Holtmann und Uta Gühne im Anhang; Frau Petereit-Zipfel hatte den Wunsch geäußert, noch etwas ergänzen zu wollen → danach Bitte an Elke Prestin um Finalisierung

Krankheitsbegriff in der Psychiatrie

- Die Gruppe stimmte dafür, das Ergebnis der Diskussion der AG um die Zielgruppe der LL / den Umgang mit dem Diagnosebegriff in einer **AG-Impuls-Textbox** nach außen sichtbar zu machen
- Zu den bisherigen Anmerkungen von Heike Petereit-Zipfel: sehr wichtig, für eine separate Box, insbesondere hinsichtlich der Formulierung "mit und ohne Diagnose". Letztendlich können wir die durch die LL ja auch adressierten Professionellen nicht auffordern, "keine" Diagnose zu vergeben. Menschen ohne Diagnose sollen auch psychosoziale Unterstützung bekommen.
- Alle waren sich einig, dass das Thema eine hohe Bedeutung hat und abgebildet werden soll in der LL. Es soll niemand mehr durchs Netz fallen → „Menschen außerhalb des Hilfesystems ohne Diagnose“
- Heike Petereit-Zipfel: die Menschen sind in der Gesellschaft und es gibt eine Versorgungsverpflichtung durch die Gesellschaft
- Werner Holtmann: auch Recht auf Nichtbehandlung / Grenzziehung?
- Weinmann, Stefan: Ich denke es geht v.a. darum, Diagnosen nicht zu verabsolutieren und Menschen, die kein diagnostisches Labelling wollen, nicht zu vergessen, sondern Wege zu finden, dass diese auch psychosoziale Unterstützung (evidenzbasiert) bekommen. Dafür sollte diese Textbox sensibilisieren.

- Deutlich wurde, dass es eine sehr **heterogene Gruppe** betroffener Menschen ohne Diagnose gibt (Menschen wollen keine Diagnose/keine Unterstützung/haben keine Krankheitseinsicht; Menschen können keine Hilfe suchen; Menschen mit negativen Erfahrungen, wohnungslose Menschen ohne Versicherungsstatus, in Illegalität lebend; Menschen, die übersehen werden u.a.) → beschreiben in Textbox und auf relevante Kapitel in der LL verweisen (niedrigschwellige Beratungsangebote, aufgehende, nachgehende Hilfen, Housing-First-Ansatz)
- Manfred Desch verweist auf das Projekt Psy-Komo (Notizen wurden zum internen Gebrauch (!) zirkuliert)
- Heike Petereit-Zipfel erarbeitet dankenswerterweise einen neuerlichen Text-Box-Entwurf und zirkuliert diesen

Weiteres Prozedere

- Finalisierung Recovery-Textbox
- Text-Box-Entwurf Arbeitstitel: „Möglichkeiten und Grenzen der Versorgung von Menschen mit psychischen Problemen ohne eine Diagnose / außerhalb des Hilfesystems“
- Weitere Themen für Textboxen nicht aus dem Blick verlieren (Peer Arbeit, Betreuungsrecht)

AG Impuls / S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen

Protokoll der Sitzung vom 19.09.2023, 16.30 bis 17.30 Uhr

Teilnehmende:

Catharina Flader, Leonore Julius, Manfred Desch (E), Werner Holtmann, Heike Petereit-Zipfel, Jurand Daszkowski, Sibylle Glauser, Thomas Becker, Stefan Weinmann, Uta Gühne

- **Rückblick auf das Konsensustreffen** am 05. September 2023, auf dem Empfehlungen zur Frühintervention (NEU) sowie gemeindepsychiatrischen Ansätzen (Update) abgestimmt werden sollten & Dank an Frau Petereit-Zipfel für ihre ausführliche Berichterstattung im Gremium zur Arbeit der AG Impuls
- interessante Diskussionen, konstruktive Beiträge, z.B. zum Einbezug von Angehörigen in die Behandlung, die in der AG fortgeführt werden können
- J. Daszkowski bedauert, dass zu wenig Zeit während der KK ist; Wunsch nach tieferer Auseinandersetzung, Gefühl, nicht ausreden zu können
- **Einplanung der AG Impuls auf DGPPN-Kongress** an 3 Terminen, erste Abstimmung in AG Impuls erfolgt, schön wären 2 Termine, Donnerstag und Freitag nach Möglichkeit, leider können nicht alle Teilnehmenden eine aufwendige Anreise nach Berlin ermöglichen, Überlegungen, nicht anwesende Personen wieder „dazu zuschalten“
- **Recovery-Textbox** und Umgang mit „späten“ Ergänzungen: Diskussion evtl. Regeln für Rückmeldungen/Finalisierung zu erstellen → Kriterien könnten sein:
 - Deadline (bisher: Feedback zu den Texten bis zum nächsten AG-Impuls-Treffen)
 - Prozedere (bisher: Diskussion, Entwurf, Diskussion, Zirkulation und Rückmeldungen der Einzelnen an Redakteurin/Redakteur der Textbox)
 - Entscheidung in der AG: Vertagen der Diskussion
- Frau Petereit-Zipfel hatte den Wunsch geäußert, an der Recovery-Textbox noch etwas ergänzen zu wollen → Austausch zwischen Frau Petereit-Zipfel, Elke Prestin, Werner Holtmann und Uta Gühne im Nachgang dazu
- Problem bleibt der hohe zusätzliche Aufwand für alle Beteiligten zusätzlich zum allgemeinen Geschäft, insbesondere auch wenn es um die Erstellung von bzw. um Rückmeldungen zu Texten geht, eine kontinuierliche TN ist schwer einzurichten; es sollte sich eine Arbeitsweise entwickeln, die es erlaubt, dass die Teilnehmenden am laufenden Prozess nach ihren Möglichkeiten beitragen; gönnen sollten wir uns einen Blick auf Erreichtes
- Wunsch, Treffen konkreter zu planen und zügiger ans Arbeiten zu kommen
- Zukünftig Zoom-Konferenzen einplanen

Weiteres Prozedere

- Weitere Themen für Textboxen nicht aus dem Blick verlieren (Peer Arbeit, Betreuungsrecht, Zielgruppe)

AG Impuls / S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen

Protokoll zur Sitzung vom 23.10.2023, 15.00 bis 16.00 Uhr

Teilnehmende:

Leonore Julius, Manfred Desch, Werner Holtmann (E), Heike Petereit-Zipfel, Jurand Daszkowski, Sibylle Glauser (E), Elke Prestin (E), Franz-Josef Wagner (E), Thomas Becker, Stefan Weinmann (E), Uta Gühne

Bericht zur aktuellen Antragseinreichung (UG)

Titel: Gesundheitskompetenz und Empowerment stärken durch bedarfsorientierte leitlinienbasierte Gesundheitsinformationen (EMPOWER:INFORM)

Ausschreibung des GBA / Innovationsfonds / Themenbereich: Patient-Empowerment

Antragstellerinnen: Prof. Dr. med. Steffi G. Riedel-Heller, MPH & Dr. Uta Gühne

Kooperationspartner: • **Wissenschaftler:** Prof. Dr. med. T. Becker, UNI Leipzig, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie; PD Dr. med. Dr. P.H. Dipl.-Volksw. S. Weinmann, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, **MEDICLIN Klinik an der Lindenhöhe**; Prof. Dr. med. Dr. phil. M. Härter, UKE Hamburg • **Verbände/Netzwerke:** DGPPN, NetzG e.V., BPE e.V., BAPK e.V., Geschwisternetzwerk, (EX-IN Deutschland e.V.), Leip#netz • **Versorgung/Rekrutierungsunterstützung:** Prof. Dr. G. Schomerus, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, UNI Leipzig; Dr. med. D. Zedlick, Verbund Gemeindenahe Psychiatrie Leipzig; Prof. Dr. P. Schönknecht, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Krankenhaus Altscherbitz

Ganz großen Dank an die Verbände und ihre Vertretungen für die Unterstützungsschreiben!!!

Übergeordnetes Projektziel: Entwicklung einer universellen Strategie (Roadmap) für die partizipative Entwicklung und Implementierung von Patientenleitlinien und Nachfolgeprodukten.

Aktuelle Vorarbeiten

Schladitz K, Weitzel EC, Löbner M, Soltmann B, Jessen F, Pfennig A, Riedel-Heller SG, Gühne U. Experiencing (Shared) Decision Making: Results from a Qualitative Study of People with Mental Illness and Their Family Members. *Healthcare (Basel)*. 2023 Aug 9;11(16):2237. doi: 10.3390/healthcare11162237.

Gühne U, Weitzel EC, Schladitz K, Löbner M, Soltmann B, Jessen F, Schmitt J, Pfennig A, Riedel-Heller SG. Erwartungen der Leitlinienentwickler*innen an „living guidelines“. *Nervenarzt*. 2023 Jul;94(7):602-608. doi: 10.1007/s00115-023-01476-6.

Schladitz K, Weitzel EC, Löbner M, Soltmann B, Jessen F, Schmitt J, Pfennig A, Riedel-Heller SG, Gühne U. Demands on Health Information and Clinical Practice Guidelines for Patients from the Perspective of Adults with Mental Illness and Family Members: A Qualitative Study with In-Depth Interviews. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Nov 1;19(21):14262. doi:10.3390/ijerph192114262.

Gühne U, Weinmann S, Becker T, Riedel-Heller SG. Das Recovery-orientierte Modell der psychosozialen Versorgung. *Psychiatr Prax*. 2022 Jul;49(5):234-236. German. doi: 10.1055/a-1809-8461.

S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ in 3. Auflage

Sitzung der AG Impuls (Protokoll vom 30.11./01.12. Präsenztreffen in Berlin)

Teilnehmende	Leonore Julius, Franz-Josef Wagner, Werner Holtmann, Elke Prestin, Jurand Daszkowski, Fr. Pürschel (BPE), Catharina Flader, Thomas Becker, Stefan Weinmann, Heike Petereit-Zipfel, Uta Gühne
Teil 1	Begrüßung Zwischenbilanzierung der Arbeit der AG Impuls (3 Fragen an alle Teilnehmenden, schriftliche Erfassung), Ergebnisse sollen aufbereitet werden und der DGPPN vorgelegt werden 1. Mit welchen Erwartungen bin ich in die AG gestartet? Und inwieweit haben sich diese Erwartungen erfüllt? 2. Was wollen wir bis zum Ende des aktuellen LL-Prozesses schaffen? (kurzfristige Ziele, nächste Schritte) 3. Wie sähe eine optimale Partizipation bei der Erstellung von Leitlinien aus? (langfristige, über den aktuellen LL-Prozess hinausgehende Ziele)
Teil 2	Ausblick auf die nächste Konsensuskonferenz am 06.12.2023 • Jurand Daszkowski erklärt sich bereit, aus der AG Impuls zu berichten; er bat bei Bedarf um Ergänzungen aus der AG Impuls • Abstimmung der 3. Empfehlung zu Frühintervention geplant (es gab 2 Änderungsvorschläge im Delphi-Prozess) • Abstimmung von 6 Empfehlungen im Bereich gemeindepsychiatrischer teambasierter Behandlung geplant / Vorstellung der Änderungen und Diskussion der letzten Empfehlung in AG Impuls / sind alle erforderlichen Leistungen erfasst? Aufgabe an alle, bis Mittwoch die Formulierung zu überdenken. Es steckt viel drin in der Empfehlung (Behandlung & Reha, Personenzentrierung, das Psychosoziale, Behandlungskontinuität, Einbezug des sozialen Umfeldes, Flexibilität); Gefahr der Überfrachtung der Empfehlung Empfehlung 6 (NEU, modifiziert): Wesentliche Aufgabe der multiprofessionellen gemeindepsychiatrischen Teams soll neben einer personenzentrierten Behandlung und Rehabilitation die gemeinsame Verantwortung des Teams für die gesundheitliche <u>und</u> psychosoziale Versorgung der Betroffenen sein und so die Behandlungskontinuität sichern. Unter Einbezug des sozialen Umfeldes soll sich die Behandlung der multiprofessionellen gemeindepsychiatrischen Teams zu jeder Zeit an den individuellen Erfordernissen orientieren; da wo möglich, sollen stationäre Behandlungen* vermieden werden. Empfehlungsgrad: EK Betreuungsrecht

- Diskussion der Empfehlung zur Unterstützten Entscheidungsfindung: Ergebnis der Diskussion war, dass es keiner Empfehlung bedarf, da es hierfür eine gesetzliche Grundlage gibt; hier im Evidenzteil soll kein Verweis auf das Betreuungsrecht erfolgen
- Für den Matrixteil wird es unabhängig davon einen Textbeitrag der AG Impuls geben (Basis bildet der Textentwurf von W. Holtmann)

Partizipative Entscheidungsfindung

W. Holtmann bringt die Passung des Namens zur Diskussion: Es soll betont werden, dass Part. Entscheidungsfindung den Prozess meint; die Entscheidung letztlich die von der Erkrankung betroffene Person trifft. Textvorschlag (T. Becker)/ggfs. als AG-Impuls-Textbox, da in AG Impuls diskutiert?:

Der Begriff "Partizipative Entscheidungsfindung" (PEF; deutsch für "shared decision making") bezieht sich auf den Prozess der Entscheidungsfindung, in dem partizipativ, auf gleicher Augenhöhe und mit beidseitigen Aufgaben, u.a. von Präferenz- und Evidenzdarlegung, Praxisvermittlung, Schärfung des Prozesses durch gezielte Fragen usw. zusammengearbeitet wird und Argumente ausgetauscht werden, damit am Ende des Prozesses die in Behandlung befindliche, von Krankheit betroffene Person selbst eine Entscheidung treffen kann. Die Entscheidung liegt bei der von Krankheit betroffenen Person; der Raum für Ausnahmen von dieser Regel ist viel diskutiert und sehr eng definiert.

Denn der Begriff der Partizipativen Entscheidungsfindung kann missverstanden werden: so als werde jede im Sinne des Konzepts getroffene Entscheidung durch die behandelte und die behandelnde Person "gemeinsam getroffen". Das wäre ein ernstes Fehlverständnis des Konzepts und des grundlegenden Vorgangs der Einwilligung in Behandlungsmaßnahmen durch von Krankheit betroffene Menschen. "Partizipative Entscheidungsfindung" ist ein Prozess-beschreibender Begriff, er sagt nichts über die Entscheidungsbefugnis, die bei den Menschen liegt, die ihre Einwilligung zu Behandlungsmaßnahmen geben (oder eben nicht geben). Es ist diese Einwilligung, die dann den Weg zur Durchführung von Behandlung öffnet. Um eine solche informierte Entscheidung treffen zu können, bedarf es manchmal einer Unterstützung, die im Prozess der PEF an die Fähigkeiten der betreffenden Person angepasst werden muss.

Tenor der Zwischenbilanzierung war u.a., die geplanten Textboxen weiter zu verfolgen.

Überblick Textboxen:

- Recovery (final, E. Prestin)
- Zielgruppe der Leitlinie (Überarbeitung Textentwurf H. Petereit-Zipfel)
- Betreuungsrecht (erster Textentwurf von W. Holtmann)

- Belastungserleben Angehörige (erster Textentwurf H. Petereit-Zipfel, wird eingepasst und finalisiert im Zuge der Erstellung des Kapitels „Interventionen ins soziale Netzwerk“)
- Peer-Arbeit (Evidenzkapitel noch nicht überarbeitet im laufenden Prozess, noch offen, evtl. Übersicht für Matrixkapitel durch W. Holtmann)
- Offener Dialog (war Vorschlag von M. Desch, noch offen, Evidenzkapitel noch nicht überarbeitet im laufenden Prozess)
- Evtl. Partizipative Entscheidungsfindung (s. oben)?

Vorschläge für neue Textboxen/Überarbeitung von Kapiteln

- J Daszkowski: Selbsthilfekapitel sollte überarbeitet werden (JD schickt Entwurf aus parallelem LL-Prozess zu)
- L. Julius: Perspektive auf die Versorgungssituation (keine Konkretisierung bisher erfolgt)
- Frühintervention (wichtiger Impuls auf dem Selbsthilfetag der APK in Berlin, keine Konkretisierung bisher erfolgt)

AG Impuls / S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen

Protokoll zur Sitzung vom 16.01.2024, 15.30 bis 16.30 Uhr

Teilnehmende:

Leonore Julius, Manfred Desch, Jurand Daszkowski, Elke Prestin, Thomas Becker, Uta Gühne, Werner Holtmann, Franz-Josef Wagner, Stefan Weinmann (E), Heike Petereit-Zipfel (E), Sibylle Glauser (E)

Agenda besprochen und ergänzt

J. Daszkowski gibt Rückmeldung über die Bedeutung der S3-LL Psychosoziale Therapien für Entwicklungen im Bereich der Psychiatrie, Gesetzentwürfe, Rahmenvereinbarungen und Richtlinien der Politik; aktuelle Beispiele Positionspapier der DGSP zur ambulanten Behandlungsweisung und AG Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik

M. Desch bringt drei kritische Themen zur Diskussion: (1) Übergewicht/Adipositas bei schwerer psychischer Erkrankung und Ansätze zur Gewichtsreduktion (Bestandteil der LL im Evidenzteil mit A-Empfehlung), (2) KI in der Psychiatrie und bei der Früherkennung von ersten Phasen (schwerer) psychischer Erkrankungen?, (3) genetische Untersuchungen zur Verträglichkeit von Psychopharmaka als Standard? → ethische Aspekte/Risiken deutlich machen / Psychopharmaka für diagnosespezifische LL relevant

Vorstellung & Ergänzung der Zwischenbilanzierung zur Arbeit der AG Impuls / Ziel ist Rückmeldung der Ergebnisse an Fachgesellschaft DGPPN für eine nachhaltige Veränderung der Partizipation in LL-Prozessen

- **3 Fragen**
 - Mit welchen Erwartungen bin ich gestartet? Inwieweit haben sich diese erfüllt nach anderthalb Jahren der Arbeit der AG Impuls?
 - Was wäre aus jetziger Perspektive ein gutes Ergebnis für den gegenwärtigen LL-Prozess? (kurzfristige Ziele, nächste Schritte)
 - Wunschdenken. Wie sollte eine Partizipation an LL-Prozessen idealerweise aussehen? (über den aktuellen Prozess hinausgehende Ziele)
- Fortführung in Art Delphi-Prozess; Bitte um Ergänzungen per Mail
- Ergänzungen während Sitzung:
 - Zukünftig im Vorfeld eines Prozesses konkrete Informationen über Ablauf an ges. LL-Gremium zum Prozess selbst (auch schriftlich über eine **Handreichung** an alle Beteiligten, zentrale Punkte zur LL-Entwicklung und zu den Abstimmungsprozessen, Vermeidung von „Wünsch-Dir-was-Katalog“, Entwicklung relevant für alle psychiatr. LL), Rollendefinition und Aufgabenzuschreibung aller Beteiligten von Beginn an)

Umsetzung der Finanzierung der Arbeit der AG Impuls ab 2024 durch die DGPPN mit Beschluss auf der letzten Vorstandssitzung der DGPPN auf Antrag der Projektgruppe „Psychosoziale Therapien“

- **Aufwandsentschädigungen** für die Mitarbeit an LL/AG Impuls (direkt über die DGPPN abzurechnen, ein Prozedere wird zeitnah entwickelt und geteilt):

- Bis zu 5 digitale Treffen der AG Impuls (1 Zeitstunde pro Treffen plus 1,5h Dokumentenanalyse, Stundensatz à 50,00€ / 125,00€ p.P. pro Treffen)
- Bis zu 4 Konsensustreffen (bis 5 Zeitstunden pro Treffen plus 1,5h Dokumentenanalyse, Stundensatz à 50,00€ / bis 325,00€ pro Treffen p.P.)

Planung des letzten Abschnittes der Aktualisierung der LL (Prüfung der bisherigen eigenen Arbeitsaufträge auf deren Aktualität, mögliche verantwortliche Personen, Planung der nächsten Schritte)

- Unterscheidung von Anmerkungen/Impuls-Textboxen im Evidenz- und im Matrixteil der LL
- Matrixkapitel zur Zeit sehr strukturbezogen (Bedeutung von Beziehungen, von „weichen“ Faktoren und Kontextfaktoren fehlen)
- In TheraPart (Internetseite der Betroffenenleitlinie) verweist auf regionale Angebote; viele Angebote sind aber nicht flächendeckend verfügbar, Umsetzung der Empfehlungen von größter Bedeutung → LL gezielt nutzen, politische Arbeit zu leisten; Evidenz als Grundlage für Fachgesellschaften für Forderungen nach bestimmten Leistungen und deren regelhafter Vorhaltung
- In der LL sollte auch auf die geringe Angebotsdichte mancher Leistungen hingewiesen werden
- Matrixkapitel kapitelweise überarbeiten und zirkulieren und Impulse aufnehmen
- Aufgaben konkretisieren, nach Möglichkeit mit namentlichen und zeitlichen Bezug → Liste wird erstellt und zirkuliert

Matrixkapitel: Skizzierung psychiatrisches und psychosoziales Hilfesystem

- Sozialrechtliche Rahmenbedingungen (SGB, BTHG, Neuentwicklungen, z.B. Persönliches Budget, Stäb, PT-Richtlinie, Betreuungsgesetz)
- Niedrigschwellige Angebote (z.B. ergänzende unabhängige Teilhabeberatung, Selbsthilfegruppen, Angehörigengruppen)
- Leistungen der amb., teilstat., stationäre Behandlung & Pflege (z.B. CM, PIAs, Soziotherapie, amb. Pflege)
- Leistungen der med. Rehabilitation, Teilhabe an Bildung & Arbeit, soz. Teilhabe (berufl. Reha, Wohnen, Assistenzleistungen)
- Vernetzung und Kooperation
- Hilfen für Kinder psychisch kranker und suchtbelasteter Eltern

AG Impuls / S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen

Protokoll zur Sitzung vom 19.03.2024, 16.30 bis 17.30 Uhr

Teilnehmende:

Leonore Julius, Manfred Desch, Jurand Daszkowski, Elke Prestin, Thomas Becker, Uta Gühne, Werner Holtmann, Stefan Weinmann, Heike Petereit-Zipfel, Franz-Josef Wagner (E)

Diskussion zum Impuls-Textbox-Aufschlag von H. Petereit-Zipfel

Großen Dank an Frau Petereit-Zipfel, für den insgesamt wirklich sehr gelungenen Textvorschlag!

Wichtig diese Textbox zu Beginn der LL zur Zielgruppe ohne formelle Diagnose, der Text sollte sich auf diesen Aspekt fokussieren, Vermeidung von zusätzlichen Aspekten, die an anderer Stelle konzentriert und nach Möglichkeit in ihrer Komplexität dargestellt werden. Hier aufscheinen lassen; mit Querverweisen arbeiten (v.a. Thema Angehörige, stützendes Umfeld, betrifft auch Diskussion um Diagnosen)

Prozedere: Überarbeitung durch Frau Petereit-Zipfel und Zirkulation mit Zeitfenster für Rückmeldungen von 2 Wochen. Im Sinne einer zügigen Finalisierung sollen keine neuen Gesichtspunkte eingebracht, sondern der „Feinschliff“ angestrebt werden.

Diskussion zum Kapitel Selbsthilfe

J. Daszkowski gibt Rückmeldung über die Arbeit in parallelem LL-Prozess S3-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Rehabilitation von Patientinnen und Patienten mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen; dort ist jüngst Abstimmung zu den Empfehlungen aus dem Bereich der Selbsthilfe erfolgt

Aktuelle Version des SH-Kapitels sehr divers, komplex in seinen Inhalten, es fehlt eine stärkere Strukturierung und Unterscheidung von Ansätzen, die klassischer SH vs. angeleiteter/unterstützter SH zuzuordnen sind, es fehlen klare/verbindliche Definitionen; breites Feld der SH

Prozedere: Neustrukturierung des Kapitels durch UG und Neuaufnahme der Diskussion zu einer nächsten AG Sitzung Mitte April, Termine werden über Doodle-Link zirkuliert

Die Empfehlungen müssen zur nächsten Konsensuskonferenz im Mai vorgelegt und abgestimmt werden.

AG Impuls / S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen

Protokoll zur Sitzung vom 16.04.2024, 16.30 bis 17.30 Uhr

Teilnehmende:

Leonore Julius, Manfred Desch, Jurand Daszkowski, Elke Prestin, Thomas Becker, Uta Gühne, Werner Holtmann, Stefan Weinmann, Heike Petereit-Zipfel, Franz-Josef Wagner

Impuls-Textbox von H. Petereit-Zipfel präfinal

- bitte evtl. kleinere redaktionelle Änderungsvorschläge direkt an H. Petereit-Zipfel bis spät. Ende 04; Diskussion ist abgeschlossen
- Großen DANK an Frau Petereit-Zipfel!
- Austausch zw. H. Petereit-Zipfel und M. Desch bilateral

Diskussion Vorschlag M. Desch: Aufnahme Psychosoziale Notfallversorgung in LL

- Thema von hoher Bedeutung
- Aktuelle psychiatriepolit. Diskussion zum Thema vs. Fachliche Rolle der LL (unabhängig von Politik)
- Zielgruppe für Notfallversorgung nicht identisch mit Zielgruppe der LL, gem. Schnittmenge
- Aufwand abwägen, evtl. im Boxenformat Verweis auf das Thema, passende Stelle in LL offen

Diskussion zum Kapitel Selbsthilfe

- Nach aktueller Überarbeitung besser strukturiert
- Frage nach Implementierung von Impuls-Boxen im Kapitel
- Art „Warnhinweise“ zu E-Mental-Health-Ansätzen vs. Großes Potenzial, E-Mail-Vorlage von L. Julius nutzen, Box ergänzen und separat zirkulieren
- Literaturhinweise in AG sammeln für SH/Recovery-Bereich (Anregung von F-J Wagner) /bitte an U Gühne per Mail senden
- Benennung einzelner Verbände/Projekte in LL? / Mehrheit sieht Nutzen, evtl. auf Begrenztheit verweisen
- Begriffe im Rahmen von „Peer-Arbeit“ in/für LL definieren; W Holtmann stellt einen Vorschlag zur Diskussion, Ziel: Konsistenz in LL

Nächste Schritte/Termine:

- Nächste KK am 23.5.: Materialien werden an den großen Verteiler zirkuliert in den nächsten Tagen (zur Abstimmung kommen Case Management, Selbsthilfe, Part. Entscheidungsfindung, evtl. Künstlerische Therapien)
- E. Prestin wird zur KK am 23.5. zur aktuellen Arbeit der AG Impuls berichten DANKE!!
- Termine für nä. Sitzung AG Impuls werden über Doodle-Link zirkuliert
- Aktuelle Themen in Arbeit in LL-Werkstatt (Interventionen im sozialen Netz, Matrixkapitel, Künstlerische Therapien, Peer-Arbeit)

AG Impuls / S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen

Protokoll vom 11.06.2024

Teilnehmende:

Werner Holtmann, Leonore Julius, Manfred Desch, Jurand Daszkowski, Franz-Josef Wagner (NetzG), Thomas Becker, Uta Gühne, Stefan Weinmann

Agenda

1. Herzliche Grüße von Sibylle Glauser; sehr beeindruckt von Arbeit der AG Impuls
2. Antrag Empower:Inform beim Innovationsfonds leider abgelehnt; großen Dank an Verbände für die Unterstützung bei der Antragstellung (LOIs)!!
3. Geplante Publikation im Nervenarzt (eingeladener Minischwerpunkt zu psychosozialen Therapien) mit Deadline zum 30.06.2024 zur Konzeption & Evaluation der partizipativen Arbeit (AG Impuls) in S3-LL Psychosoziale Therapien; Regelung der Autorenschaft nach Absprache (Belegung von 4 Autor:innenplätze [2 Forschende, hierbei Erstautorin durch Schreibende und Letztautorin durch Verantwortende & 1 Betroffenenvertreter & 1 Angehörigenvertreter nach alphabetischer Reihung), zusätzlich werden alle Beteiligten unter dem Kürzel der AG Impuls in einer Fußnote benannt wenn eine explizite Zusage per Mail an UG erfolgt); alle sind eingeladen, den Manuskriptentwurf zu lesen)
4. Kurze Reflexion der letzten Konsensuskonferenz (Protokoll dazu folgt noch)
5. Diskussion Teil 1 des Matrixkapitel

Ein Link zur Terminabstimmung zum nächsten Treffen (vorr. Ende Juli) folgt in Kürze

AG Impuls / S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen

Protokoll vom 30.10.2024

Teilnehmende:

Werner Holtmann, Heike Petereit-Zipfel, Leonore Julius, Manfred Desch, Jurand Daszkowski, Franz-Josef Wagner, Thomas Becker, Uta Gühne, Stefan Weinmann, Elke Prestin und Sibylle Glauser (entschuldigt)

Agenda

1. Kurzer Überblick zum aktuellen Stand der Arbeiten der AG Impuls

Textbox Recovery (final, E. Prestin)

Textbox Zielgruppe der Leitlinie (final, H. Petereit-Zipfel)

Textbox Partizipative Entscheidungsfindung (final, T. Becker)

Textbox Perspektive auf die Versorgungssituation (L. Julius Entwurfsstatus)

Selbsthilfekapitel (final, J. Daszkowski, U. Gühne) inkl. Textbox zu E-Mental-Health (final, L. Julius)

Textbaustein in Matrixkapitel zum Betreuungsrecht (Textentwurf von W. Holtmann)

Textbox Belastungserleben Angehörige (Textentwurf H. Petereit-Zipfel → „Interventionen im sozialen Netz“)

Peer-Arbeit, Übersicht/Systematik zur Situation in Dtl. für Matrixkapitel (W. Holtmann) → in Kooperation mit H. Petereit-Zipfel, dann wieder Zirkulation an alle

Textbox Frühintervention (Impuls auf dem Selbsthilfetag der APK in Berlin, Diskussion per Mail) → 1. Aufschlag federführend durch M. Desch, danach Zirkulation und Ergänzungen durch alle

Wirklich ein tolles Ergebnis!!

2. Vorbereitung DGPPN-Kongress (Planung Themen AG-Impuls-Treffen, Planung LL-Symposium)

Präsenztreffen am 29.11. (Zeitraum 10:15-11:45 Uhr) und am 30.11. (08:30-10:00 Uhr)

Themen:

Fortführung Diskussion Interventionen im sozialen Netz (Empfehlungen, Themen, Impuls-Box von H. Petereit-Zipfel)

Matrixkapitel mit Impuls-Box (L. Julius) und Peer-Arbeit (W. Holtmann)

Impuls-Box Frühintervention

Ausblick auf Möglichkeiten weiterer Zusammenarbeit

DGPPN-Symposium 2024: Die S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen in der 3. Auflage: Neue Themen und Vorreiter in der Partizipation (Sa, 30.11., 10.15-11.45 Uhr)

Vorsitz: Steffi Riedel-Heller (Leipzig) & Thomas Becker (Leipzig)

1. Uta Gühne, Leipzig: Up-Date zur S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Störungen: Was ist neu?

2. **NEU: E. Prestin, H. Petereit-Zipfel & T. Becker: Partizipative Entwicklung von Leitlinien: eine dialogische Perspektive (Absprachen zu Titel und Inhalten laufen aktuell parallel)**

3. Stefan Weinmann, Offenburg: Ergebnisse der AKtiV-Studie im Kontext der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen.
4. Andreas Bechdolf, Berlin: Frühintervention bei schwerer psychischer Erkrankung: Aktuelle Evidenz und Implementierungserfordernisse

F-J Wagner weist auf 2 Diskussionsforen auf dem Kongress hin:

Diskussionsforum: Bedeutung der Lebensqualität nach einer F02-Diagnose, Vorsitz: F-J Wagner & A Heinz, Raum Paris 1, Mittwoch, 27. November, 12:00 - 13:30 Uhr

Diskussionsforum: Recovery durch Selbsthilfe, Vorsitz: F-J Wagner, S. Claus, Raum M4, Freitag, 29. November, 15:30 - 17:00 Uhr

3. Diskussion zur Weiterentwicklung des Textkastens zum Betreuungsrecht (W. Holtmann)

Finalisierung Betreuungsrecht (W. Holtmann) → im E-Mail-Umlauf-Verfahren?
W. Holtmann arbeitet Anmerkungen ein und zirkuliert wieder

4. Diskussion Kapitel & Empfehlungen "Interventionen im sozialen Kontext"

Diskussion und Umformulierung der 1. Empfehlung

Familieninterventionen

Evidenz- und Konsensbasierte Empfehlung

Strukturierte Familieninterventionen sollen Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung und ihren Angehörigen angeboten werden, um eine langfristige Kooperation zwischen den Betroffenen und dem sozialen Umfeld zu erleichtern und zu ermöglichen. (Empfehlungsgrad A)

Evidenz: Chien 2024, Kim & Park 2023, Katsuki 2022, Rodolico 2022, Ma 2020

Anmerkungen: Elemente aufzeigen, im Hintergrundtext deutlich machen, was untersucht wurde und was wirkt

AG Impuls / S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen

Protokoll AG Impuls DGPPN-Kongress 29./30.11.2024

Teilnehmende:

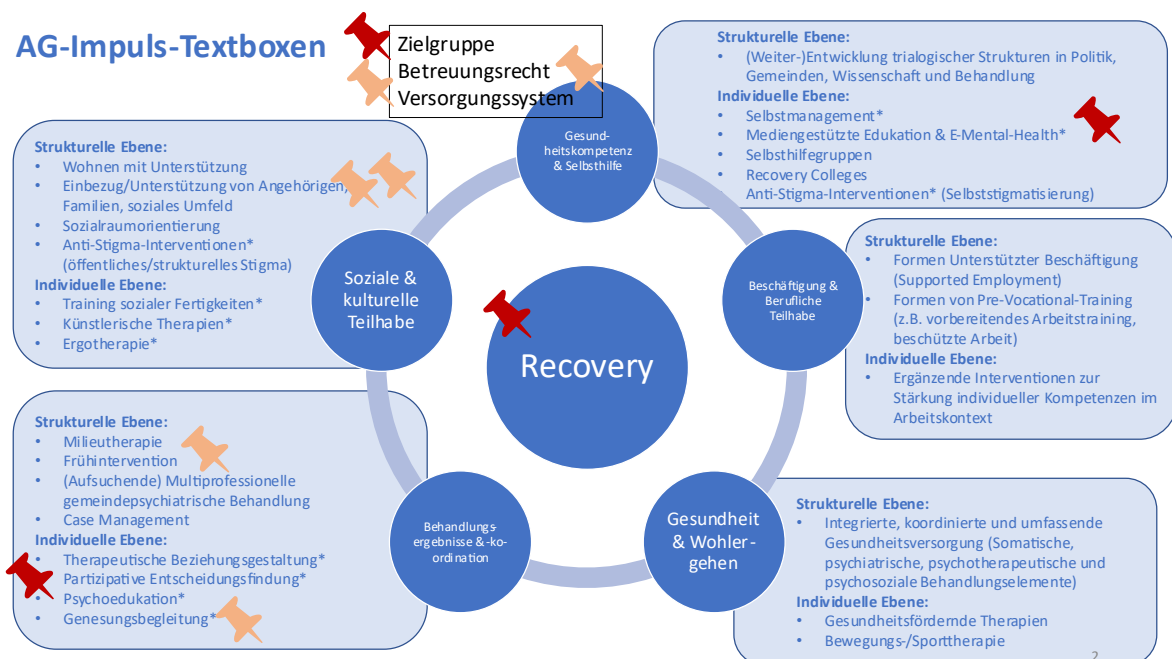
Werner Holtmann (Digital), Heike Petereit-Zipfel, Leonore Julius (Digital), Manfred Desch (digital), Jurand Daszkowski, Franz-Josef Wagner, Thomas Becker, Uta Gühne, Stefan Weinmann, Elke Prestin, Steffi Riedel-Heller (am 29.11.), Catharina Flader (entschuldigt)

Agenda:

- Überblick: Erreichtes & Ausstehendes
- Weiteres Vorgehen?
- Namentliche Benennung der Beteiligten an der AG Impuls in der Leitlinie (Konsensusgruppe, Expertengruppe, AG Impuls; Textboxen: Perspektive der AG-Impuls)
- Ausblick auf Möglichkeiten weiterer Zusammenarbeit

Überblick: Erreichtes & Ausstehendes

Wir können stolz zurückschauen, denn wir haben bisher viel geschafft und die Perspektive der AG Impuls wird an verschiedenen Stellen der LL gut sichtbar.



Rote Nadel: Text final, orange: in Arbeit

Weiteres Vorgehen?

Textboxen/Abschnitte in LL	Wer?
1) Perspektive auf die Versorgungssituation (LJ)	LJ (Entwurf vorliegend)
2) Belastungserleben Angehörige (HP-Z)	HP-Z (Entwurf vorliegend)
3) Informationsbedarfe Angehörige (RP)	RP + JL (Entwurf vorliegend)
4) Frühintervention (MD)	MD (Entwurf vorliegend)
5) Betreuungsrecht (WH)	WH, HP-Z, in Überarbeitung
6) Peer-Arbeit (WH)	WH, in Konzeption

Im Ergebnis der Diskussion ist geplant, dass

- 1) alle Beteiligten alle 4 Textboxen (Pos. 1 bis 4 in Tabelle) bis Ende 12/2024 lesen und ihre Rückmeldung an die federführenden Autor:innen per Mail zurückzusenden und
- 2) bis Ende 01/2025 die federführenden Autor:innen die Anmerkungen berücksichtigen und die Impuls-Textbox überarbeiten und erneut an alle per Mail zirkulieren.

Der Textbaustein zum Betreuungsrecht wird von Herrn Holtmann und Frau Petereit-Zipfel finalisiert und zirkuliert, zudem wird Herr Holtmann einen Entwurf zur Peer-Arbeit zirkulieren.

Namentliche Benennung der Beteiligten an der AG Impuls in der Leitlinie

Es erfolgt in Übereinstimmung mit dem bisherigen Vorgehen in der LL-Entwicklung eine Nennung aller Beteiligten zu Beginn der LL im Block: Konsensusgruppe, Expertengruppe, AG Impuls. Das führt dazu, dass Personen auch mehrfach benannt werden, wenn sie beispielsweise der Konsensusgruppe und/oder der Expertengruppe und der AG Impuls angehören. Die Textboxen werden überschrieben mit „Perspektive der AG-Impuls“. Es werden im eigentlichen LL-Text die einzelnen Autor:innen nicht explizit benannt.

Diskussion und interne Abstimmung der Empfehlungen

Familieninterventionen: Evidenz- und Konsensbasierte Empfehlung (NEU: Hinweis auf Reduktion von Erkrankungsrückfällen; Vorschlag: „zu erleichtern und zu ermöglichen“ umdrehen, d.h. „zu ermöglichen und zu erleichtern“, es gibt Konsens)

„Strukturierte Familieninterventionen* sollen Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung und ihren Angehörigen angeboten werden, um **Erkrankungsrückfälle zu reduzieren und** eine langfristige Kooperation zwischen den Betroffenen und dem sozialen Umfeld **zu ermöglichen und zu erleichtern.**“ (Empfehlungsgrad A)

**Die in den Studien untersuchten Interventionen umfassten verschiedene Elemente: u.a. Informationen zur Erkrankung und des Umgangs mit dieser, Erarbeitung von Problemlösestrategien, Stress- und Krisenmanagement, Erweiterung von Kommunikationsfertigkeiten, Unterstützung sozialer Netzwerke und sozialen Supports.*

Empfehlung Angehörigeninterventionen: Vorschlag, den Begriff „Angehörige“ durch „andere nahestehende Personen“ (im Englischen „confidants“, informal carers) oder „an- und zugehörige Personen“ zu ergänzen. Vorschlag: es wäre besser, „können wichtige Ressource sein und eine wesentliche stabilisierende Funktion haben“. Frage, wie dem Punkt Rechnung getragen werden kann, dass es „manchmal nicht so ist“. Sorge, dass die Evidenz für die „Ressource Angehörige“ nicht genügend gewürdigt wird. Hinweis, dass die Formulierung „können Ressource

sein“ auch zulässt, dass das „meistens so ist“. Der Begriff „Angehörige“ wird durch den Begriff „Angehörige und nahestehende Personen“ ersetzt. Konsens.

Die Änderungen sind also 1. der Punkt „können sein und 2. der Punkt „Angehörige und nahestehende Personen“.

„Angehörige **und nahestehende Personen** von schwer psychisch kranken Menschen erfahren schwerwiegende und vielfältige Belastungen. Zugleich **können** sie eine wichtige Ressource **sein** und eine wesentliche stabilisierende Funktion **haben**.

Angehörige **und nahestehende Personen** sollten bei Bedarf Entlastung und Unterstützung erfahren, um das mit der Sorge **um die erkrankte Person** erlebte Belastungserleben zu reduzieren sowie die eigene Gesundheit und Lebensqualität zu stärken.“ (Empfehlungsgrad B)

Empfehlung Elterninterventionen (konsensbasierte Empfehlung): Fokus hier ist auf Erwachsenen mit psychischer Erkrankung. Frage, ob eingeschränkt wird auf „Eltern mit minderjährigen Kindern“, es könnte auch die „soziale Rolle“ von Eltern oder in Erziehungsarbeit ins Zentrum gestellt werden. Konsens, dass ergänzt wird „in der elterlichen Funktion“.

„Eltern mit einer schweren psychischen Erkrankung soll - flexibel an die individuellen Bedürfnisse angepasst – Unterstützung **in der elterlichen Funktion** mithilfe spezifischer Ansätze angeboten werden.“ (Empfehlungsgrad EK)

Empfehlung Soziale Netzwerke (konsensbasierte Empfehlung): Ergänzungsvorschlag „soziale Netzwerke aufzubauen“ (könnte sein: „... und zu erweitern“), in der Diskussion wird gesagt, dass auch virtuelle Kontakte soziale Kontakte sind. Es besteht Konsens.

„Die Anwendung psychosozialer Therapien bei Menschen mit einer schweren psychischen Erkrankung und erlebter sozialer Isolation sollte auch darauf zielen, soziale Netzwerke der Betroffenen zu erweitern und soziale Aktivitäten zu fördern.“ (Empfehlungsgrad EK)

Zum Thema Ausblick:

- Möglicher Antrag aus der gemeinsamen Arbeit heraus.
- Mögliches Leitlinien-Modul (Schulungsangebot)
- Vereinheitlichung beim Vorgehen „Einbezug von Patienten-Vertretung/ Betroffenen-Vertretung“ in Deutschland
- Im UK gibt es Schulungen für das dialogische Element in Leitlinien-Prozessen
- Wichtigkeit des Begriffs „Federführende Fachgesellschaft“ (im Fall der AG Impuls die DGPPN) und der AWMF als koordinierende Dachorganisation wissenschaftlicher Fachgesellschaften in diesem Zusammenhang
- Standards für Partizipation an Leitlinien sind erforderlich
- Das DZPG wird als Organisation/ Akteur genannt mit Aktivitäten zur Partizipation, PPI als Teil der DZPG-Agenda
- Bedeutung der AWMF (Frau Prof Kopp) in der Weiterentwicklung der Arbeit der AG Impuls
- Frage der Nutzung von online-Medien/ online-Tools zur Dissemination der LL (und damit auch der partizipativen Komponente)
- Bericht von der IMPPETUS-Studie zur Implementierung der S3-LL Psychosoziale Therapien
- Bericht von der Leitlinien-Arbeit an der S3-LL „Diagnostik, Therapie und Rehabilitation von Patientinnen und Patienten mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen“

- Vorschlag, das Konzept Leitlinie/ Leitlinien-Entwicklung für ein Konzept wie „Recovery“ oder „Recovery und Selbsthilfe“ oder „Salutogenese“ oder das Konzept „Lebensqualität“ zu nutzen.
- Es muss bedacht werden, dass es sich in der Tradition der LL-Entwicklung überwiegend um „Behandlungsleitlinien“ handelt, dass das Konzept „Leitlinie“ erweitert werden könnte um „trialogische Themen“, dass dies erfordern würde, den möglichen Gewinn durch den trialogischen Ansatz darzustellen, z.B. im Dialog mit den DGPPN-Verantwortlichen.
- Die Idee einer komplett trialogischen Entwicklung von Leitlinien ist wichtig, der Kontakt in den DGPPN-Vorstand durch Frau Prof Riedel-Heller kann hier wichtig sein.
- Wichtig, dass die S3-LL Psychosoziale Therapien jetzt fertig wird, damit dann weitere Initiativen darauf aufbauen können.

Berlin, 30.11.2024

Protokoll AG Impuls Treffen DGPPN, 28.11.2025, 11:45-13:00

Teilnehmende:

Online: Annette Lindt-Lange, Nicole Semler, Manfred Desch

Präsenz: Uta Gühne, Franz-Josef Wagner, Thomas Becker, Elke Prestin, Stefan Weinmann, Jurand Daszkowski, Werner Holtmann, Annett Ehrlich

Vorstellungsrunde und Begrüßung neuer Mitglieder in AG Impuls: N Semler und A Lindt-Lange

1. Rückblick

- a. Leitlinie
 - Leitlinie Psychosoz. Therapien wurde verabschiedet
 - Erhielt 43 positive Voten
 - Liegt nun bei AWMF zur Prüfung vor
 - → Soll bestenfalls noch dieses Jahr erscheinen
 - Publikation im Psychiatrie-Verlag (on demand)
 - DGPPN finanziert keine Print-Version mehr, nur noch MagicAPP (digitales LL-Register), Eingabe der LL aktuell in Arbeit
 - FJ Wagner: Vorschlag, die Leitlinie auf der Homepage des Verbandes zu veröffentlichen
- b. AG Impuls Textboxen, 8 Stück; mind. 2 Themen noch offen (u.a. Frühintervention, Peer-Support)
- c. Publikationen
 - Eine Publikation direkt zur AG Impuls im Nervenarzt (im Anhang)
 - weitere Publikationen (Möglichkeit, alle Beteiligten einzubeziehen)
 - Übersicht zur LL in der Psychiatrischen Praxis unter Beteiligung von Elke Prestin (schon erschienen (im Anhang))
 - Vertiefung des Kapitels zu Interventionen in sozialen Netzwerken, eingereicht in der PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie unter Beteiligung von R Peukert / L Julius
 - 2 weitere geplant, Frage ins Plenum: Wer kann sich vorstellen, dabei Mitautor*in sein?
 - Eingeladene Artikel: SPI- Mobile Teams, 15.01.26 Deadline
 - E. Prestin hat Interesse
 - Außerdem geplante Publikation zur LL im Nervenarzt, ohne Deadline

2. Ausblick

- M Desch: Zielsetzung: Entlastung von Angehörigen
 - Angst vor dem Wiederkommen der Erkrankung – Vgl. zu Krebserkrankung
 - Aufsuchende Krisendienste; Früherkennung, Frühtherapie → Vorstellungen & Zielsetzungen entwickeln, insbesondere auch Fokus auf Entlastung von Angehörigen
- J Daszkowski: erwähnt Datenschutzprobleme in der Psychiatrie. Positionspapier vom Deutschen Institut für Menschenrechte

- FJ Wagner: es werden nur Einzelfälle beleuchtet in der Psychiatrie; aber Ethikkomponente spielt eine große Rolle und dort gehört Datenschutz mit rein
 - E Prestin: Leitlinie soweit erstmal abgeschlossen, Diskussion weiterer inhaltlicher Punkte zu einem späteren Zeitpunkt zielführend
- E Prestin Dissemination: Gewinn der Leitlinie betonen; aktiv dafür zu werden, dass die Leitlinie „Best practise“ sein könnte für andere Leitlinien
- N Semler: Positionspapiere - betrifft meistens Menschen, die auffällig wurden, weil sie in einer Krise „falsch“ gehandelt haben, hier Filtern notwendig
- S Weinmann: Spannungsfeld - Frühkrisendienste bei Menschen, die weniger als 2 Jahre erkrankt sind – miteinschließen? Schizophrenie Leitlinie, können wir noch etwas zur Familienintervention anbieten? Betont nochmal Wichtigkeit von Dissemination von Leitlinie!
- J Daszkowski: Austausch mit SPDI, Verknüpfung mit anderen Psychiatrieplänen?
 - Antwort U Gühne: Innovationsfonds fördert Öffent. GH-Dienst → Förderung einer LL zu Sozialpsychiatrischen Diensten, AG hat Zuschlag erhalten
 - Keine Überarbeitung der Leitlinie, sondern Zusatzmodul!
 - Erstmals, dass es sowas gibt!
 - Synergien aus S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien, AG Impuls (mitbeantragt mit Geldern, wurde bestätigt!)
 - Projektdauer 1,5 Jahre
 - Ausblick: könnte in Leitfaden von öffent. GH-Dienst mit einfließen
 - Psych-KG: SPDI war Geschäftsführung für die Verbünde, wichtig für Steuerung, wurde wieder abgeschafft
- Leitliniengremium erweitert - neu dazugekommen sind: Netzwerk SPDIs gehört mit dazu; DGÖD; BVÖGD; DGPH; DGSMP; Bundesverband ärztlicher Leiter Rettungsdienste
- Viele Interessensbekundungen bisher
- Arbeit mit Institutionen wichtig neben Betroffenen- und Angehörigenarbeit
- Herausforderung: Evidenzbasierte Empfehlungen wichtig für Qualität einer S3-Leitlinie
- T Becker: guter Zeitpunkt für Initiativen für AG Impuls:
 - Antrag mit Public Health Schwerpunkt zur Dissemination?
 - Dissemination wurde in einem Symposium auf dem DGPPN-Kongress angesprochen; Gesundheitswesen wenig koordiniert, daher wäre Dissemination wichtig!
 - Projekt zu Disseminationsaktivitäten dazu beantragen?
 - Idee: Halbe Stelle für eine/n Betroffene/ Angehörige, halbe Stelle für jemand mit Public Health Hintergrund
 - Welcher Förderer?

- Idee von FJ Wagner: Frau Klaus von Pfalzkllinikum: Psych-KGs sollen vereinheitlicht werden, bisher sind diese Ländersache → DGPPN plant wohl größere Antrag an Politik, um es zwischen Bundesländern zu vereinheitlichen
- Holtmann: *Gemeindepsychiatrie* Schnittstelle zwischen SGB V und SGB IX; Zusammenführung angestrebt?
- N Semler: Implementierung Genesungsbegleiter: ist bereits evidenzbasiert, aber es fehlt an Finanzierungsmöglichkeiten in der Versorgung; unterschiedliche Handhabung bisher. Genesungsbegleitung immer noch nichts Eigenständiges! Schwierigkeiten für Kursanbieter, da ausgebildete Genesungsbegleiter oftmals arbeitslos sind/ ehrenamtlich arbeiten/ eigene Projekte starten müssen; A Lindt-Lange bestätigt
- Auch Finanzierung der Ausbildung nicht geregelt! Regelung auf Bundesebene notwendig
- Holtmann: viele Themen in diesem Bereich: Systematisierung: welche Psych-KGs gibt es in den Bundesländern? Frühprävention → aufsuchende Arbeit.
- Systematisierung der Peer-Arbeit als weiteren Fokus für die AG → gibt es bisher nicht, wäre Alleinstellungsmerkmal!

3. Was noch?

- Bewerbung auf Ausschreibung von Bundesministerium für Forschung, Technologie und Raumfahrt, Projekte zur „Wissenschaftskommunikation“
 - Dezentrale Veranstaltung in Leipzig geplant → buntes Programm geplant
 - Veranstaltung wird auch ohne den Zuschlag stattfinden; Mitte Dezember kommt wahrscheinlich der Bescheid über die Förderung
 - Dialogische Planung und Aufstellung wäre wünschenswert
- Bipolar Living Projekt
 - Zuschlag erhalten
 - Folgeprojekt Oktober 2025 gestartet
 - Living Guideline zu Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen
 - Living Guideline = jährliche Überprüfung der neuen Evidenz/ Rahmenbedingungen
- S Weinmann: Braucht es für die S3-LL auch ein Living-Format?
- T Becker: Disseminations-/ Implementierungsfrage ist drängender für die „eigene“ LL als Evidenz!
 - Eher qualitativ forschend: verschiedene Disseminationsformen erforschen, sei es über Workshops oder über das Zuschicken von Literatur
- FJ Wagner: KI veröffentlicht nur selektiv Publikationen
- Viele Empfehlungen sind noch nicht enthalten
- Werbung/ Verbreitung der AG Arbeit:
 - Infomaterial für Wichtigkeit von AG Impuls erstellen
 - Z.B. vorgefertigte Präsentationen zu dem Thema
 - Poster/ Flyer zur AG Impuls vorbereiten → Dringlichkeit

- Kann beim Informieren gleich mitgeschickt werden
 - Eine Version wird in AG Impuls zirkuliert
- Erweiterung der AG notwendig, um Arbeit auf vielen Schultern zu verteilen
- Neue Mitglieder in AG Impuls: Semler und Lindt-Lange stimmen zu, in den Verteiler aufgenommen zu werden
- Mandat für den BApK aktuell von Hr Möhrmann übernommen

Nächste Schritte:

- Gezielte Öffentlichkeitsarbeit nach Veröffentlichung der LL
- Flyer zur LL & Arbeit der AG Impuls
- Planung Meeting der AG Impuls für Themensammlung zum SpDi-Zusatzmodul; handlungsrelevante Fragestellungen, die sich mit Evidenz beantworten lassen, sind wichtig!

Ergebnisse der Delphi-Abstimmungen

Es erfolgten 2 Delphi-Abstimmungen.

Delphi-Abstimmung Bewegungs- und Sportinterventionen

Abstimmungszeitraum: 4.7. bis 25.7.2025

Abgestimmt wurde der Vorschlag, für die Empfehlung 42 (Bewegungsinterventionen), den Empfehlungsgrad von B auf A hochzustufen.

Wir haben von den beteiligten Fachgesellschaften und Verbänden 29 Zustimmungen erhalten; keine Nichtzustimmung, keine Enthaltung. Das entspricht einem starken Konsens im Gremium.

Delphi-Abstimmung Künstlerische Therapien

Abstimmungszeitraum: 05.08. bis 27.09.2024

Empfehlungstext:

Künstlerische Therapien mit ihren Spezialisierungen in Musik-, Kunst-, Tanz- und Theatertherapie sollten Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Abhängigkeit von individuellen Bedarfen und Präferenzen angeboten werden. (Empfehlungsgrad B)

Wir haben von den beteiligten Fachgesellschaften und Verbänden 33 Zustimmungen erhalten; keine Nichtzustimmung, keine Enthaltung. Das entspricht einem starken Konsens im Gremium.

Die Delphi-Abstimmung erfolgte per Protokoll (Vorlage der AWMF) aus dem die Zugehörigkeit der Mandatstragenden nicht hervorging. Die Beteiligten hatten die Möglichkeit, zuzustimmen, nicht zuzustimmen oder sich zu enthalten. Es gab die Möglichkeit, konkrete Änderungsvorschläge zu formulieren. Die Protokolle wurden per E-Mail über das Leitliniensekretariat empfangen.

Stimme zu

- ☐ Stimme nicht zu
- ☐ Enthaltung
- ☐ Enthaltung aufgrund Interessenkonflikten

Abstimmung der Empfehlung:

- ☐ Stimme zu
- ☐ Stimme nicht zu
- ☐ Enthaltung
- ☐ Enthaltung aufgrund Interessenkonflikten

Anhang C

Tabelle zur Erklärung von Interessen und Umgang mit Interessenkonflikten

Im Folgenden sind die Interessenerklärungen als tabellarische Zusammenfassung dargestellt sowie die Ergebnisse der Interessenkonfliktbewertung und Maßnahmen, die nach Diskussion der Sachverhalte von der der LL-Gruppe beschlossen und im Rahmen der Konsensuskonferenz umgesetzt wurden. Es erfolgte eine jährliche Abfrage (2022, 2023, 2024 und 2025 für neue Mitglieder). Hier erfolgt eine zusammenfassende Darstellung.

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie ¹ , Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Ackpa, Dr. med. Liselotte Mahler	Nein	Nein	Nein	Psychiatrie Verlag "Weddinger Modell" u "Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen", Springer Verlag Kapitel "Lehrbuch Facharztprüfung Psychiatrie"	PrevCo-Studie	Nein	Mitglied: Leitung DGPPN-Referat "Sexuelle Orientierung und Geschlechtsidentität", i.R. dessen Mandatstragende der DGPPN für die S3 LL "Geschlechtsdysphorie/Trans*Menschen", Mitglied Geschäftsführender Ausschuss ackpa Ackpa, Mitglied, Geschäftsführender Ausschuss Wissenschaftliche Tätigkeit: Recovery-Orientierung, Akutpsychiatrie, Weddinger Modell, Verhinderung von Zwangsmaßnahmen, Versorgung schwer psychisch erkrankter Menschen, PrevCo-Studie S3 LL "Verhinderung von Aggressionen und Zwangsmaßnahmen", Sexuelle Orientierung, Geschlechtsidentität	keine keine keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie ¹ , Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Klinische Tätigkeit: Versorgungspsychiatrie	
Ackpa; Dr. Christian Kieser	Nein	Nein	Nein	Psychopharmakotherapie in der Neurologie Checkliste Neurologie, Thieme Verlag	Nein	Nein	Mitglied: Mitglied des Geschäftsführenden Ausschusses des Arbeitskreises der Chefärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern (ackpa) Klinische Tätigkeit: Regionale Pflichtversorgung in einer Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie am Allgemeinkrankenhäus	keine keine keine
APK; Matthias Rosemann	Landesbeirat für psych. Gesundheit Berlin, Gemeinsamer Bundesausschuss	Nein	VIA Kompetenzzentrum Berlin Fortbildungsinstitut der Alexianer in Berlin Verschiedene Institutionen der Gemeindepsychiatrie	Psychiatrie-Verlag	Nein	Nein	Vorstandsmitglied Aktion Psychisch Kranke e.V., Vorstandsmitglied Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände, Vorsitzender bis 12/2021, danach Mitglied des Vorstandes, Mitglied: Gemeinsamer Bundesausschuss, Beratung der Patientenvertretung wiss. Schwerpunkte: Selbstbestimmtes Wohnen, Bundesteilhabegesetz, Forensische Psychiatrie	keine keine keine
AWMF, Prof. Dr. Ina Kopp	Deutsche Akkreditierungsstelle (DAKS)	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG), Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ)	EBM Frankfurt, Arbeitsgruppe des Instituts für Allgemeinmedizin am FB Medizin der Johann Goethe-Universität	VG-Wort	Stiftung Deutsche Krebshilfe (DKH), Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)	Keine	Mitglied: Lenkungsausschuss für das Leitlinienprogramm Onkologie von Deutscher Krebsgesellschaft, Deutscher Krebshilfe und AWMF (Mitglied), Mitglied: Ständige Kommission Leitlinien der AWMF (Stellv. Vorsitzende), Mitglied: Primary Contact im Auftrag	keine keine keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie ¹ , Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
			Frankfurt, European Federation of Periodontology, European Society of Endodontology (ESE), Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie (DGPI) / Deutsche Akademie für Entwicklungsförderung u. Gesundheit d. Kindes, European Business School (EBS) der Universität für Wirtschaft und Recht gGmbH, British Society for Periodontology (BSP), European Society for Contact Dermatitis (ESCD), Bundesverband der implantologisch tätigen Zahnärzte in Europa e.V. (BDIZ)		Innovationsfonds, Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF)		der AWMF im Guidelines International Network, Mitglied: Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin (Mitglied), Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (Mitglied), Mitglied: Fachbeirat für das Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien von Bundesärztekammer, Kassenärztlicher Bundesvereinigung und AWMF (Mitglied), Mitglied: Mitglied, Kohorte 1: SCIANA-Health Leaders Network, gefördert von Robert Bosch Stiftung (D), Health Foundation, Careum Stiftung, Mitglied: Mitglied des Kuratoriums des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG), Mitglied: Ehrenmitglied, Deutsche Gesellschaft für Senologie, Wissenschaftliche Tätigkeit: Leitlinien, Qualitätsmanagement, Versorgungsforschung, Klinische Tätigkeit: Keine, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Seminare Leitlinien der AWMF für Leitlinienentwickler und das Curriculum Leitlinienberater, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Methoden-Workshops des Leitlinienprogramms Onkologie, Persönliche Beziehung: Keine	

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie ¹ , Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
BAG BTZ; Stieg, Olaf	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Vorstandsvorsitzender, BAG BTZ e.v.	keine keine keine
BAG-GPV; Dieter Schax	Nein	Nein	Hochschule Niederrhein, AGpR, Vorträge bei diversen Fachverbänden oder auf Tagungen	Gelegentliche Beiträge in der Kerbe oder der Sozialen Psychiatrie u. ä.	Nein	Nein	Mitglied: a) Sprecher des Arbeitskreises Sozialpsychiatrie im Paritätischen NRW, b) Mitglied im Vorstand der Arbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrie im Rheinland (AGpR), c) Mitglied im erweiterten Vorstand der Rheinischen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (RGSP), d) Mitglied im Vorstand der BAG-GPV (Vorsitzender seit 12/21), e) Einer von 2 Sprechern des Gemeindepsychiatrischen Verbunds Mönchengladbach	Keine keine keine
BAG-IF; Bertram Sellner	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Vorsitzender BAG-IF, Mitglied: BAG-IF str. Vorsitzender Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Förderung der Inklusionsbereiche	Keine keine keine
BAG KT; Erdmute Scheufele	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien - Mandatsträgerin, Mitglied: Berufsverband der Tanztherapeutinnen Deutschlands e.V. - Mandatsträgerin, Mitglied DGT wiss. Schwerpunkt: Wirksamkeitsforschung Tanztherapie Klinische Tätigkeit: berufliche Rehabilitation (Jugendliche)	Keine keine keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie ¹ , Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
BAG RPK; Dr.med. Sabine Kreß	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Vorstandsmitglied BAG RPK	Keine keine keine
BAG UB; Jörg Bungart	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Keine keine keine
BAG UB, Angelika Thielicke	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Vorsitzende BAG UB	Keine keine keine
BAG WfbM; Andrea Stratmann	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Vorständin BAG WfbM	Keine keine keine
BAG WfbM; Christiane Eck-Meißner	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: BAG WfbM, stellvertretende Vorstandsvorsitzende	Keine keine keine
BAG RPK; Annette Theißen	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Arbeitsausschuss BAG RPK e.V.	Keine keine keine
BAPP; Prof. Dr. phil. Günter Meyer	Nein	Expert*innenrat Pflegewissenschaft/Hebammenwissenschaft und Pandemie, Mitarbeit S1-Leitlinie Häusliche Versorgung, soziale Teil-	FAW-Forum Berlin PMG GmbH (Seminare zu Case Management u. Ethik)	Nein	Mitarbeit Modellvorhaben HKP Psych nach § 37 SGB V mit der AOK Baden-Württemberg	Nein	Mitglied: AnbieterVerband qualitätsorientierter Gesundheitspflegeeinrichtungen e.V. (AVG), Bis 03/2022 Vorstand AVG, Berufsstandsvertretung für ambulante und teilstationäre Pflege -> Vorstandstätigkeit (jetzt beendet),	keine keine keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie ¹ , Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
		habe und Lebensqualität bei Menschen mit Pflegebedarf im Kontext ambulanter Pflege unter der COVID19-Pandemie, Mitarbeit S2-Leitlinie Häusliche Versorgung, soziale Teilhabe und Lebensqualität bei Menschen mit Pflegebedarf im Kontext ambulanter Pflege unter den Bedingungen der COVID19-Pandemie					Mitglied: vpsg - Verein für Psychiatrie und seelische Gesundheit, Berlin -> Vorstandstätigkeit, Mitglied: BAPP e.V. Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege Wissenschaftliche Tätigkeit: Psychiatrische Pflege, Geschichte der Psychiatrie, Ethik, Ethische Konflikte, Ethische Fallbesprechungen Beteiligung an Fort-/Ausbildung: PMG GmbH Pflege Management Gesundheit, Qualifizierung zum/zur Ethikberater*in im Gesundheits- und Sozialwesen -> Konzeption	
BApK, Heike Petereit-Zipfel	Nein	Betroffenenbeirat Tübingen	ZI Mannheim	Angehörigenarbeit	Nein	Nein	Mitglied: Stellvertretende Vorsitzende des BApK bis Januar 2023, Vorsitzende des Landesverbands Baden-Württemberg der Apk, ehrenamtlich, Mitglied: Mandatsträgerin für die Mitarbeit im Vorstand der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrische Verbünde, Mitarbeit S3-Leitlinie Suizidalität, Mandatsträgerin im Präsidium der Deutschen Gesellschaft für psychiatrische Pflege DFPP, Mitglied im Trialogischen Zentrumsrat des DZPG und Mitglied im Standortrat Tübingen Mitglied: Stellvertretende Vorsitzende des BApK bis Januar 2023, Vorsitzende des Landesverbands Baden-Württemberg der Apk, ehrenamtlich, Mandatsträgerin für	keine keine keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie ¹ , Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							die Mitarbeit im Vorstand der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrische Verbünde, Projektverantwortliche für das Projekt Interessenvertretung Psychiatrieerfahrender und Angehöriger in GPV stärken (BW) ehrenamtlich, Mitarbeit S3-Leitlinie Suizidalität, Mitglied: Mandatsträgerin im Präsidium der Deutschen Gesellschaft für psychiatrische Pflege DFPP Wissenschaftliche Tätigkeit: Beratungen und Bewältigungsstrategien von Angehörigen, Publikation meiner Abschlussarbeit an der KH Freiburg ist in Arbeit Klinische Tätigkeit: psychosoziale Beratungspraxis - selbständig	
BApK; Möhrmann, Karl Heinz	AWMF bzw. federführende Institution Leitlinienentwicklung, (wechselnde Zeiträume der Tätigkeit)	Nein	Polizeihochschule Fürstentfeldbruck (jährlich ca. 4 mal; ein halber Tag Umfang), Bildungszentrum Irsee des Bay. Bezirktags (jährlich einmal; ca. 2,5 Tage lang)	div. Vorträge vor versch. Gremien, Veröffentl. in Zeitschr. und Tagungsbänden (wechselnde Tätigkeit)	Nein	Aktienbesitz: Roche Holding, Novartis, Siemens Healthineers, United Health Group	Mitglied: Gegenwärtig Siehe unter 1., Mitglied: Ferner: Mitglied bei DGBS, Münchner Bündnis gg. Depression, Deutsche Gesellsch. f. Psychoedukation (DGPE), Gesellsch. zur Förderung empirisch begründeter Therapieansätze bei schizoph. Menschen (gfts), Fördermitgl. Bay. Landesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V. (BayPE) Wissenschaftliche Tätigkeit: Publikationen zu angehörigenrelevanten Themen in div. Zeitschriften und Tagungsbänden, Vortrag: „Hilfen für psychisch erkrankte Menschen ohne Krankheits- und Behandlungseinsicht“ bei DGPPN	keine Keine keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie ¹ , Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Jahrestagung 2022 Berlin, Vortrag: „Psychisch erkrankte Menschen ohne Krankheits- und Behandlungseinsicht: ein Problem für Betroffene und Angehörige“ bei DGBS Jahrestagung 2023 Bielefeld Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Jährl. Angehörigentagungen im Bildungszentrum Irsee des Bay. Bezirktags (1 x jährlich)	
BDK; Prof. Dr. Gerhard Längle	Ja: BÄK SW	Ja: Dt. Suchtkongress Psych. Praxis	Fachvorträge bei Tagungen	KohlhammerVerlag	Aktiv-Studie	Nein	Vorsitz AVK BW, Ländersprecher BW DGPPN/BDK Wissenschaftliche Tätigkeit: Versorgungsforschung, StäB; Buch, Buchbeiträge, wissenschaftliche Zeitschriften Klinische Tätigkeit: Geschäftsführung Kliniken u. Gemeindepsychiatrische Dienste	keine keine keine
Berufsverband Soziotherapie; Yvonne Wiesner	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Vorstand Bundesverband Soziotherapie, DDPP Wiss. Schwerpunkte: Psychiatrische Pflege u. Forum Sozialarbeit + Gesundheit	keine keine keine
BFLK; Silke Ludowisy-Dehl	Nein	Nein	Nein	Ja: Med-Hoch2	Nein	Nein	Mitglied BFLK e.V. – seit 11/2019 Vorsitzende Mitglied: G-BA/UA Qualitätssicherung / AG PPP-RL, Mitglied: Mandatsträgerin S3-LL DGN-LL 038/013 Demenzen, Mitglied:	Keine keine keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie ¹ , Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Mandatsträgerin S3-LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen, Mitglied: Mandatsträgerin S3-LL Umgang mit Suizidalität Klinische Tätigkeit: Pflegedirektion	
BFLK; Elvira Lange	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: BFLK, Beisitzerin	Keine keine keine
BFW; Marko Daubitz	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Netzwerk Essstörung Sachsen, Mitglied im Kernteam (Vorstand) Klinische Tätigkeit: Systemische Therapie, Psychodynamische Psychotherapie (Behandler in Privatpraxis)	Keine keine keine
BKT; Prof.Dr.Dr. Karl Hörmann	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: BKT g.e.v. Vorsitzender Wissenschaftliche Tätigkeit: Künstlerische Therapien Beteiligung an Fort-/Ausbildung: MTK-Akademie	keine keine keine
BKT; Prof. Dr. Dr. Wolfgang Mastnak	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Berufsverband für Künstlerische Therapien g.e.V. Wissenschaftliche Tätigkeit: Künstlerische Therapien Klinische Tätigkeit: Lehrstuhl für künstlerische Therapien an der 北京师范大学 in Peking	keine keine keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie ¹ , Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
BKT; Dr. Wattermann, Katja	Nein	Nein	Sigmund Freud Privat-Universität (SFU) Berlin	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Berufsverband künstlerische Therapien (BKT) Münster e.V. / Funktion: Kassenprüferin, Fachverband Kunst- und Kulturgeragogik(kkg)e.V. Wissenschaftliche Tätigkeit: Kunsttherapie, Kulturgeragogik, Persönlichkeitsstörungen, forensische Psychiatrie, Intelligenzmin-derung Klinische Tätigkeit: Psychiatrie, Persönlichkeitsstörungen, forensische Psychiatrie	keine keine keine
BPE, Jurand Daszkowski	Nein	Nein	Ja: Hochschule	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener (BPE) Vorstandsmitglied	Keine keine keine
BPtK; Dr. Nikolaus Melcop	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Deutsche PsychotherapeutenVereinigung Stellvertreter-der Landesvorsitzender, stv. Vorsitzender Landesgruppe Bayern DPTV Klinische Tätigkeit: Psychotherapeutische Praxis	Keine keine keine
BPtK; Dr. Tina Wessels	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mandatstragende BPtK	Keine keine keine
BPtK; Dr. Jansen, Alessandra	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Vertretung der Bundespsychotherapeutenkammer	keine keine keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie ¹ , Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
BVDN; Dr.med. Sabine Köhler	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Vorsitzende BVDN stellv. Vorsitzende BVDP Klinische Tätigkeit: gesamtes F-Spektrum	keine keine keine
BVDN; Dr.med. Roland Urban	Nein	Kaiserin Friedrich Stiftung für die Fortbildung	Nein	Berliner Kammerblatt Neurotransmitter	Nein	Nein	Mitglied: Berufsverband Deutscher Psychiater, Berufsverband Deutscher Nervenärzte (Vorstandsmitglied), Sektion Psychiatrie UEMS (Europäische Facharztvereinigung Ärztekammer Berlin), Berliner Ges. Psychiatrie, DGPPN	keine keine keine
BVDP; Dr. Michael Krebs	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Anteile PIBB GmbH/GF PIBB (nicht industriell) Management-gesellschaft des Vereins für Psychiatrie und seelische Gesundheit Berlin Brandenburg (VPSG)	Vorstandsmitglied BVDP Bund u. BVDN Berlin, Schatzmeister VPSG später Mitglied: BVDP Landessprecher Psychiatrie; Vorstandsmitglied VPSG, Mitgliedschaft in DGPPN, BGPn, Schatzmeister BVDP Wiss. Schwerpunkte: Integrierte Versorgung & ambulante Komplexbehandlung Klin. Schwerpunkt: Praxistätigkeit in Regel- und integrierter Versorgung u.a. für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen Organisation von Veranstaltungen zur ambulanten Komplexbehandlung	keine keine keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie ¹ , Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Bvvp; Ariadne Sartorius	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Bvvp Bundesverband	Keine keine keine
Bvvp; Dipl.-Psych. Benedikt Waldherr	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Berufsverband bvvp Wissenschaftliche Tätigkeit: Psychotherapeutische Praxis Klinische Tätigkeit: Ambulante Psychotherapie	Keine keine keine
DBSH; Bettina Lauterbach	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied/Vorstand: DVSG- Deutsche Vereinigung Soziale Arbeit im Gesundheitswesen, AG Psychiatrie, Koordinatorin, Mitglied/Vorstand: HGSP- Hamburgische Gesellschaft für Soziale Psychiatrie Vorstand, Mitglied DBSH	Keine keine keine
DEGAM, Dr. med. Olaf Reddemann	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin, Mitglied SLQ, Sprecher bzw. Co-Sprecher der AG Psychosomatik, Deutscher Hausärzteverband, DGPM, Balintgesellschaft, DZvhÄ jeweils ohne besondere Funktion, Carus-Stiftung, Stiftungsbeirat Wissenschaftliche Tätigkeit: Rauchstoppperatung in der Hausarztpraxis, Psychotraumatologie und hausärztliche Versorgung, somatisches Kranksein von Menschen mit schweren psychischen Störungen Klinische Tätigkeit: hausärztliche Versorgung	keine keine keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie ¹ , Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Kurse der psychosomatischen Grundversorgung für das IhF (Institut für hausärztliche Fortbildung) und die Ärztliche Akademie für medizinische Fort- und Weiterbildung Nordrhein	
DEGAM, Dr. med. Iris Veit	Nein	Nein	Institut für hausärztliche Fortbildung WPPA e.V. Akademie für ärztliche Fortbildung der Ärztekammer Westfalen-Lippe	Kohlhammer Verlag, Elsevier-Verlag Hogrefe	Nein	Nein	Mitglied: DEGAM Sektion Leitlinien und Qualitätsförderung, Akademie für Ärztliche Fortbildung Westfalen Lippe, Hausärzterverband Wissenschaftliche Tätigkeit: Psychosomatische Grundversorgung, Angst und Depression in der Hausarztpraxis, funktionelle Störungen Klinische Tätigkeit: Ärztliche Interaktion Strang Ausbildung der Ruhr-Universität Bochum	keine keine keine
DFPP; Prof. Dr.rer.med. André Nienaber	für Helios Regionalgeschäftsführung (Nov-Dez 2020), Universitäre Psychiatrische Kliniken Bern (UPD)	BApK, Universitätsklinikum Heidelberg Verlag hps-media: Mitglied im Editorial Board der Zeitschrift Pflegewissenschaft	Janssen Cilag GmbH Vorträge u. Schulungen versch. Kliniken	Psychiatrie Verlag	Nein	Nein	Mitglied: DGPPN Referatsleitung Psychiatrische Pflege Mitglied im erw. Präsidium DFPP Mitglied im wiss. Beirat BApK Mitglied EViPRG, DGGPP, DGSP, EANS, DGP, VFP Psychiatrische Pflege/Mitglied AFG Wissenschaftliche Tätigkeit: Div. Klinische Tätigkeit: Div.	keine keine keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie ¹ , Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
DFPP; Dorothea Sauter	Nein ab 2023 IQTIG	Dreiländerkongress Psychiatriische Pflege, Wiss. Beirat	Lehrveranstaltungen FH der Diakonie, Bielefeld, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Weimar: Workshop, Kleinere Workshops und Seminare, verschiedene Anbieter	Hogrefe-Verlag	Tätig als WMA und Implementierungsbeauftragte in der Studie „IVZ-S3“	Nein	Mitglied: Präsidentin der Deutschen Fachgesellschaft Psychiatriische Pflege (DFPP e.V.), Mandatsträgerin für diese Leitlinie für die DFPP e.V. Wissenschaftliche Tätigkeit: Implementierung der S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwangsmaßnahmen“ (aktuelle berufliche Tätigkeit) Wissenschaftliche Tätigkeit: Personalbedarf in der und Tätigkeiten der psychiatrischen Pflege (peer-reviewte Publikationen) Klinische Tätigkeit: (s.o., Implementierung Leitlinie Verhinderung von Zwang)	keine keine keine
DGBP; Ursula Berninger	Nein	Nein	DATPP DGPE	Nein	Pädagogische Hochschule Freiburg	Nein	Mitglied: DATPPP: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Tageskliniken (Vorstand) DGPG: Dt. Gesellschaft Psychoedukation (Beisitzerin) Wissenschaftliche Tätigkeit: (Familienbezogene) Psychoedukation Klinische Tätigkeit: SP-Leitung psychiatrische Tagesklinik familienbezogene Psychoedukation, Angehörigenarbeit, (arbeitsbezogene PE) Beteiligung an Fort-/Ausbildung: klinische (Facharztausbildung) Psychosoziale (Bausteine)	keine keine keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie ¹ , Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
DGKJP; Dr. med. Mari- anne Klein	Regionale Amtsgerichte, Versorgungsämter, Jugendämter	Innofond-Projekt CARE Innofond-Projekt Epipik UKE Hamburg / Suchtkommission der KJP-Verbände DGKJP, BAGKJPP, BKJPP Institut für Psychoedukation in der Jugendhilfe	UKE Hamburg / Suchtkommission der KJP-Verbände, Institut für Psychoedukation in der Jugendhilfe	Nein	Nein	Nein	Mitglied: BAG-KJPP; Vorstandsmitglied; abgeordnet in Suchtkommission u. WB-Kommission der 3 KJP-Verbände, Mitglied: DGKJP, BKJPP, BAG MFT (Budesarbeitsgemeinschaft Multifamilientherapie), Mitglied Wissenschaftliche Tätigkeit: Suchterkrankungen bei Kindern und Jugendlichen, Facharztweiterbildung KJPP, Personalbemessung Psychiatrie Klinische Tätigkeit: Anorexia nervosa, Suchterkrankungen Jugendalter, Autismusspektrumstörungen, Vernetzung KJPP mit Jugendhilfe und Schule, Transitionspsychiatrie, Krisenintervention in KJPP, Gemeindepsychiatrie, Mitarbeit in GPV des Versorgungsgebietes Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Leitung eines FB-Instituts für Jugendhilfe: IfP (Institut für Psychoedukation in der Jugendhilfe, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Mitgestaltung des "Wandercurriculum Sucht KJPP" (curriculare FB für KJPP Fachärzte zu Suchtstörungen des Ki-Ju-Alters; Ausrichter 3 KJPP-Verbände + UKE; ich bin von BAG-KJPP beteiligt und richte 1 von 8 Seminaren aus	keine keine keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie ¹ , Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
DGKJP; Prof. Dr.med. Renate Schepker	Nein	IQTIG-PPP-RL	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: DGKJP: Vorstandsmitglied, Fachpolitische Geschäftsführerin: BAG KJPP: Vorstandsmitglied bis Okt. 2020, APK: Mitglied AG Krankenhaus, AG Kiju Wissenschaftliche Tätigkeit: stationäre Versorgung, Krankenhausfinanzierung, stationsäquivalente Behandlung, Psychotherapie in der KJPP, Publikationen zu StäB, Publ. in Psychiatriegeschichte, Publikationen zur Patientenzufriedenheit, Federführende Beteiligung am Forensik-Curriculum sod KJPP Klinische Tätigkeit: Chefarztin seit 9/22 -10/23, seither Oberärztin Sucht, Ambulanztätigkeit bis 5/21	keine keine keine
DGPE; Dr.med. Matthias Bender	Nein	Nein	Vitos Akademien für Psychotherapie, Universität Marburg AWKV Kassel, Psychotherapieakademie Hessen, Philipps-Universität Marburg	Buchbeiträge für wiss. Verlage (Thema Psychoedukation, Schattauer bzw. Klett Cotta, Elsevier, Springer, Kohlhammer)	Nein	Nein	Referatsleiter DGPPN Ländersprecher BDK Sprecher in Arbeitsgemeinschaft der Ärztlichen Leitungen der KPP/KPPKJ Hessen 1.Vors. DGPE Vorstand PsychNet Kassel Delegierter der HKG (Landesgremium „seelische Gesundheit in Hessen“) Bürgerinitiative Sozialpsychiatrie Marburg Beiratsvorsitzender Vitos Akademie Gießen Wiss. Schwerpunkte: Psychoedukation zu F2, F3, F6, F9	keine keine keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie ¹ , Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Klinische Tätigkeit: Versorgungs- und Sozialpsychiatrie, störungsspezifische Therapien, Trialog, StäB, Qualitätsindikatoren, GpV Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Weiterbildungsbefugnis KPP Kassel und Bad Emstal und s.o. Dozenturen und Lehraufträge, Weiterbildungsbefugter für Psychiatrie & Psychotherapie, Organisation + Leitung klin. Fortbildungen, Leitung Fachgruppe Psychiatrie & Psychosomatik der Vitos-Akademie Gießen	
DGPE; PD Dr.rer.biol.hum. Dipl.-Psych. Gabriele Pitschel-Walz	ROVI	Nein	Ja: Kliniken, Ausbildungsinstitute, VHS, DGPPN, ROVI	Elsevier Verlag, Thieme Verlag, Schattauer Verlag/ Klett/Cotta, Internationale Zeitschriften	DFG POKAL Kolleg GRK 2621/1	Nein	Mitglied: Stellvertretende Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Psychoedukation (DGPE), Münchner Bündnis gegen Depression, Mitglied und Kassenprüferin bei ariadne, Mitglied bei BASTA, Mitglied der gfts Wissenschaftliche Tätigkeit: Psychoedukation, Einbeziehung von Angehörigen, peer-to-peer Klinische Tätigkeit: Stationäre Psychologische Psychotherapie (Einzel und Gruppe), Supervision Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Dozentin, Supervisorin und Prüferin an Ausbildungsinstituten für Psychotherapie für PAs und Assistenzärzt:innen (Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie)Stellv. Vorsitzende DGPE	keine keine keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie ¹ , Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Mitglied Münchner Bündnis gegen Depression, Mitglied + Kassensprüferin ariadne, München	
DGPPN, Prof. Dr. med. MPH Riedel-Heller, Steffi G.*	Nein	Nein	Nein	Nein	BMG (Förderer), Deutsche Alzheimer Gesellschaft (Förderer), Innovationsfonds des GBA (Förderer), BMAS (Förderer); Kooperation Prof. Stengler, Leipzig, Jobcenter, Leipzig (PI), Deutsche Alzheimer Gesellschaft (Förderer), BMBF (Förderer), Kooperationspartner: Prof. Hoffmann/Prof. Thyrian DZNE Greifswald; Prof. Gensichen TU München; Prof. Kaduszkiewicz Universität Kiel; Prof. Haefeli/Prof. Czock Universität Heidelberg; Prof. König, UKE Hamburg, BMBF (Förderer), BMBF (Förderer), Kooperationspartner: Zentrum für Klinische Studien Universität Köln, Schweizer Versicherung (Förderer), Kooperations-	Nein	Mitglied: Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN); Beisitzerin für Versorgungsforschung und Public Health, Mitglied: Deutsches Netzwerk für Versorgungsforschung (DNVF e.V.), Mitglied: GEBMON-Kommission des Robert-Koch-Instituts, Berlin, Mitglied: Vorstandsmitglied und Sprecherin des Universitären Netzwerkes für Versorgungsforschung Leipzig (UZVF), Mitglied: Wissenschaftlicher Beirat der Fakultät VI Medizin und Gesundheitswissenschaften der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, Mitglied in folgenden wiss. Fachgesellschaften: DGEpi; DGAUM, Mitglied: Vorstandsmitglied der DGSMP, Mitglied: Präsidium AWMF (Funktion: Verbindung zum DNVF/Versorgungsforschung) Wissenschaftliche Tätigkeit: Schwerpunkte: Epidemiologie, Versorgungsforschung, Prävention; Hochaltrige; Kohortenstudien, Publikationen: > 650 Publikationen vgl. medline Publikation der S3 LL	keine keine keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie ¹ , Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
					partner: TU Dresden, BMBF (Förderer), Innovationsfonds (Förderer), Kooperationspartner: Prof. König, Hamburg; Prof. Kersting, Leipzig, Fritz- und Hildegard Berg Stiftung/Stifterverband, Roland-Ernst Stiftung, GBA Innovationsfonds (Förderer), BMBF (Förderer), Sächsisches Staatsministerium für Wissenschaft, Kultur und Tourismus (SAB) (Förderer), Innovationsausschuss beim GBA, BMAS, Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt, Innovationsfonds des GBA, BAuA Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin			
DGPPN, Prof. Dr. Thomas Becker*	Sozial- und Arbeitsmedizinische Akademie Baden-Württemberg (SAMA)	Mitherausgeber Zeitschrift "Psychiatrische Praxis"; Thieme Verlag, Section Editor Zeitschrift "Cur-	Helios Park-Klinikum Leipzig, Asklepios Westklinikum, Hamburg, Psy-	verschiedene	Förderer: Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses GBA (Fö.kz. 01NVF18003), BMBF (Bundesministerium	Nein	Mitglied: Beteiligung an der Entwicklung der Leitlinie Psychosoziale Therapien (2012) und ihres Updates (2018) für die Fachgesellschaft DGPPN Wissenschaftliche Tätigkeit: S3 Leitlinie Psychosoziale Therapien	Keine Keine keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie ¹ , Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
		rent Opinion of Psychiatry"; Verlag Wolters Kluwer	chirurgie Basel-land, Sächsisches Krankenhaus Arnsdorf		für Bildung und Forschung, Fö.kz. 01EF1802B), BMBF (Fö.kz. 01GL1740-A/E), BMG / BVA, Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses GBA (VSF2_2020-075) Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses GBA (Fö.kz. 01NVF18028), Volkswagen-Stiftung, Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses GBA (Fö.kz. 01VSF17017), Ministerium für Wissenschaft, Forschung Kunst (MWK) Baden-Württemberg, BMBF, Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses GBA (VSF1_2020-061), DFG (Deutsche Forschungsgemeinschaft (GZ KR 3879/2-1), EU (HORIZON2020), (GA Nr. 754740-2), EU (HORIZON2020) (GA Nr. 779255), BMBF u.		bei schweren psychischen Erkrankungen	

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie ¹ , Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
					DRV, Förderer: Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses GBA (Fö.kz. 01VSF17012), BMBF (Fö.kz. 01GL1752A), EU (HORIZON2020) (GA Nr. 779263), DFG (GZ: OE 705/2-1)			
DGS; Dr.med. Tim Johannes Krause	Janssen-Cilag GmbH	Janssen-Cilag GmbH	Ostdeutsche AG Suchtmedizin e.V., Berufsverband der Pneumologen Sachsen-Anhalt e.V. Versch. Vorträge bei Fortbildungen/Ausbildungs-Instituten	Nein	Bundesministerium für Gesundheit, BMG (Thema poststationäre Suizidprävention)	Nein	Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), Referat Suizidologie, Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (DGS), Arbeitsgemeinschaft zur Erforschung suizidalen Verhaltens, seit 09/2018 Mitglied im DGS-Vorstand, Mitglied: Nationales Suizidpräventionsprogramm (NaSPro) – AG Medizinische Versorgung, Mitglied: Bündnis gegen Depression Halle (Saale) und Magdeburg e. V., seit 2017; Stellv. Vorsitzender, Mitglied: Beirat Wohnheim, Tagesstätte, Intensiv Betreutes Wohnen und Persönliches Budget für Menschen mit seelischen Behinderungen in Trägerschaft der Paul-Riebeck-Stiftung zu Halle an der Saale, seit 07/2018 Vertreter der psychiatrischen Universitätsklinik, Mitglied: Klinisches Ethikkomitee am Universitätsklinikum Halle (Saale); Mitglied, Akademie für Ethik in	keine keine keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie ¹ , Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							der Medizin (AEM) – Arbeitsgruppe Ethik in der Psychiatrie; Wissenschaftliche Tätigkeit: Suizid, Suizidalität, Depression Klinische Tätigkeit: Akutpsychiatrie, Affektive Störungen, insbes. Depression, Gerontopsychiatrie Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Lehrveranstaltungen im Rahmen der oberärztlichen Tätigkeit; einzelne Vorträge, vorrangig zu Depression und Suizidalität	
DGVT; Dr. Sandra Weisenberg	Nein	Nein	Ausbildungsinstitute: Institut für tiergestützte Interventionen auf verhaltenstherapeutischer und verhaltensmedizinischer Basis (I-TIVV) Institut für systemische und tiergestützte Therapie (ISTT) Animals Helping Handicapped (AHH) Institut Tiere im Einsatz, Deutsche Gesellschaft für	Beltz Juventa, Kohlhammer	IFAF Thema Tiergestützte Interventionen in Therapeutischen Jugendwohngruppen CNSA (Thema Human Animal Interaction with dogs in retirement homes in Europe)	Nein	Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, Forum Beratung, Bundesverband für Tiergestützte Intervention, Fachgruppe Forschung, Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit, Sektion Klinische Sozialarbeit, Verein Leben mit Tieren e.V. (Vorstand), Berufsverband der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Fachgruppensprecherin BTI Wissenschaftliche Tätigkeit: Forschung und Publikationen zu verschiedenen psychosozialen Interventionen (Beratung und Psychotherapie, tiergestützte Interventionen etc.); Forschung und Publikationen zu folgenden Zielgruppen: psychisch hoch belastete Jugendliche in stationärer Jugendhilfe, Erwachsene im Strafvollzug,	keine keine keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie ¹ , Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
			Verhaltenstherapie, Bundesverband der praktizierenden Tierärzte				Menschen mit Traumafolgestörungen, demenziell erkrankte Menschen; Publikation zu psychologischen Grundlagen Sozialer Arbeit; Forschung und Publikationen zu persönlichen Mensch-Tier-Beziehungen Klinische Tätigkeit: In Ausbildung zur Psychotherapeutin für Kinder und Jugendliche (Richtlinienverfahren: Verhaltenstherapie) Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Zertifikatskurs „Tiergestützt und tiergeschützt – Tiergestützte Pädagogik, Förderung und Therapie“ am Zentrum für Weiterbildung der ASH Berlin	
DGVT; Prof. Dr. Vogt, Irmgard	Nein	Nein	Ja	Beiträge in Wiss Zeitschriften	Nein	Nein	Mitglied: DGVT, DGS, DGSPS, Kettil-Bruun-Society Wissenschaftliche Tätigkeit: Sucht und Suchthilfe Klinische Tätigkeit: keine Tätigkeiten	keine keine keine
DV Gemeindepsychiatrie; Kay Herklotz	Nein	Nein	Ärzttekammer Sachsen (Thema Gemeindepsychiatrie)	Nein	Dachverband Gemeindepsychiatrie	Nein	Mitglied: Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V.; Landesverband Gemeindepsychiatrie - Informationsaustausch und Organisation gemeindepsychiatrischer Angebote Geschäftsführender Vorstand eines psychosozialen Trägervereins (im Ehrenamt),	keine keine keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie ¹ , Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
DVE, Andreas Pfeiffer	Nein	Nein	div. Anbieter zu psychiatrischen Themen	Schulz Kirchner Verlag	Nein	Nein	Mitglied: Deutscher Verband Ergotherapie e. V., Vorsitz DVE Wiss. Schwerpunkt: Ergotherapie Fort-/Weiterbildung im Bereich Ergotherapie	keine keine keine
DVE; Kathrin Schwank	Nein	Nein	Europäische Fachhochschule / IB Akademie	Nein	Nein	Nein	stellv. Mandatstragende DVE Klin. Schwerpunkt: Ergotherapeutische Behandlung psych. Erkrankungen	keine keine keine
DVE; Höhl, Werner	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Deutscher Verband Ergotherapie / einfaches Mitglied Klinische Tätigkeit: Versorgung chronisch abhängigkeiterkrankter Menschen in einer besonderen Wohnform, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für psychisch erkrankte Menschen	keine keine keine
DVGS; Dr. Stefan Peters	Nein	Nein	DAK-Gesundheit	Nein	DAK-Gesundheit (Thema Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen) Universität Tübingen, AOK, Techniker Krankenkasse, weitere Konsortialpartner	Nein	Mitglied: Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung (GVG) e. V.; Aktives Mitglied in Arbeitsgruppen, Mitglied: Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF) e. V., Stellvertretende Sprecherrolle der AG Bewegungsbezogene Versorgungsforschung, Mitglied: Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung (BVPG) e. V.; Aktives Mitglied, z. B. Veranstaltung von Symposien, Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW) e.	keine keine keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie ¹ , Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							V.; Aktives Mitglied in Arbeitsgruppen, Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation (DEGEMED) e.V.; Aktives Mitglied in Arbeitsgruppen, Mitglied: Arbeitsgruppe Bewegungsförderung im Alltag (Bundesministerium für Gesundheit); Aktive AG-Mitarbeit, Mitglied: Konföderation der deutschen Rückenschulen (KddR) e. V.; Aktives Mitglied Wissenschaftliche Tätigkeit: Schriftleitung der Zeitschrift Bewegungstherapie und Gesundheitssport (Thieme, Stuttgart), Co-Autorenschaft bei Publikationen zum Projekt ImPuls - Bewegungstherapie bei psychischen Erkrankungen. Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Der DVGS e. V. bietet Fort- und Weiterbildungen im Bereich Sport-/Bewegungstherapie an	
DVSG; Dr. Franz-Peter Begher	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Gesamtvorstandsmitglied DVSG Mitglied DBSH, DGPPN, A&I Düsseldorf Wiss. Schwerpunkte: Personalbeurteilung, psychiatrische Versorgungsthemen Klin. Schwerpunkte: fachtherapeutische psychiatrische Behandlung	keine keine keine
DVSG; Marion Beutner	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: DVSG, Haus der Gesundheitsberufe, Alt-Moabit 91, 10559	Keine keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie ¹ , Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Berlin Mitglied (Ehrenamt) Klinische Tätigkeit: Sozialarbeiterin in der Psychiatrie	keine
EX-IN, Catharina Flader	Nein	Nein	EX-IN Kurse für psychisch Betroffene EX-IN Rhein-Neckar, Pfalz-klinikum, ZI Mannheim, APK, DGBS	S.Ackers, Klaus Nuissl	Nein	Nein	Mitglied: Arbeitnehmerin der SRH RPK, Mitglied: Vorstandsmitglied EX-IN Deutschland, Mitglied: EX-IN Trainerin, Mitglied: Nutzerin des Systems Wissenschaftliche Tätigkeit: Grundsätzlich bringe ich immer langjährige, reflektierte eigene Erfahrungen aus vielen Ebenen unseres Hilfesystems mit. Dazu kommt das Erfahrungswissen vieler Nutzer*innen durch die EX-IN Kurse, meine Tätigkeit und meine Vernetzung Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Fortbildung für Mitarbeiter des Pfalzkrankums/Gemeindepsychiatrie (Model 365 ²), versch. Fortbildungen	Keine keine keine
EX-IN; Wolfgang Pohlmann	Nein	Nein	EX-IN Kurse für psychisch Betroffene	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Vorstand EX-IN Deutschland Klinische Tätigkeit: Seit 01.01.1990 im EvKB Bethel in Bielefeld. Ab 1994 als Stellvertretung dann ab 1997 als Stationsleitung einer Akutstation	keine keine keine
Geschwister-Netzwerk; Prof.Dr.	Nein	Nein	EVIM Wiesbaden	Nein	Nein	Nein	Vorstandsmitglied Geschwister-netzwerk	Keine keine keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie ¹ , Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Reinhard Peukert								
VKD; Holger Höhmann, MAS, MIM, MBA-HCM	Nein	Nein	Universität Salzburg	Nein	Nein	Nein	Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands – Fachgruppe psychiatrische Einrichtungen	Keine keine keine
VKD; Heinz Augustin	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Verband der Krankenhausdirektoren	Keine keine keine
VDK; Bomke, Paul	Nein	Nein	Deutsches Krankenhausinstitut, Fachgruppe Psychiatrische Einrichtungen im VKD	DKG	Nein	Nein	Mitglied: Vorsitzender der GF psychiatrische Einrichtungen im Verband der Krankenhausdirektoren, Mitglied der Krankenhauskommission Psychiatrie der Deutschen Krankenhausgesellschaft für die Krankenhausgesellschaft RLP	keine keine keine
BAG-BTZ; Dipl.-Psych. Heiko Kilian	Beratung/Gutachten für BTZ Rhein-Neckar, SRH Holding (ehemals Stiftung Rehabilitation, private Stiftung bürgerlichen Rechts) Supervision in versch. psychiatr. Kliniken	Nein	SRH Hochschule für Gesundheit, hsi HD	Carl Auer Verlag	Nein	Nein	Mitglied: BAG-BTZ e.V. (Geschäftsführer (Teilzeit 30Std./Mon.) Klinische Tätigkeit: Supervision in psychiatr. Einrichtungen	Keine keine keine
BAG GPV; Dr. Klaus Obert	Nein	Nein	DHBW Villingen Schwenningen	Mitglied in der Redak-	Nein	Nein	Stellvertr. Vorsitzender der BAG GPV, Mitglied in der Steuerungs-	keine keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie ¹ , Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
			Vorträge bei Tagungen/Fortbildungen	tion der sozialpsychiatrischen Fachzeitschriften Kerbe und Mitherausgeber der Reihe Praxiswissen im Psychiatrieverlag, Verschiedenste Veröffentlichungen in unterschiedlichen Fachzeitschriften und Büchern			gruppe des Bundesweiten Netzwerks Sozialpsychiatrischer Dienste, Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie Baden-Württemberg, Mitglied des Liga Fachausschuss Gemeindepsychiatrie der Freien Wohlfahrtspflege Baden-Württemberg, Sprecher des Arbeitskreises Verbundentwicklung in Baden-Württemberg, Sprecher des Gemeindepsychiatrischen Verbundes Stuttgart, Mitglied: Als "Sachkundiger Bürger" Mitglied des Sozial- und Gesundheitsausschuss des Gemeinderates der Landeshauptstadt Stuttgart	keine
BAG KT; Dr.rer.med. cMarianne Eberhard-Ka- echele	Regionale Amtsgerichte, Versorgungsämter, Jugendämter	BTD, Berufsverband der TanztherapeutInnen Deutschlands Innofond-Projekt CARE, Innofond-Projekt Eppik	Wechselnde Anbieter von Kongressen, z.B. BTD, DKPM, DeGPT und wechselnde Anbieter von Fortbildungen	Autor innerhalb von Herausgeberwerke	DSHS Köln (Thema manualisierte Tanztherapie bei Traumafolgestörungen)	Nein	Mitglied: BAG-KJPP; Vorstandsmitglied; abgeordnet in Suchtkommission u. WB-Kommission der 3 KJP-Verbände, Mitglied: DGKJP, BKJPP, BAG MFT (Budesarbeitsgemeinschaft Multifamilientherapie), Mitglied Wissenschaftliche Tätigkeit: Suchterkrankungen bei Kindern und Jugendlichen, Facharztweiterbildung KJPP, Personalbemessung Psychiatrie Klinische Tätigkeit: Anorexia nervosa, Suchterkrankungen Jugendalter, Autismusspektrumstörungen, Vernetzung KJPP mit Jugend-	keine keine keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie ¹ , Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							hilfe und Schule, Transitionspsychiatrie, Krisenintervention in KJPP, Gemeindepsychiatrie Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Leitung eines FB-Instituts für Jugendhilfe: IfP (Institut für Psychoedukation in der Jugendhilfe, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Mitgestaltung des "Wandercurriculum Sucht KJPP" (curriculare FB für KJPP Fachärzte zu Suchtstörungen des Ki-Ju-Alters; Ausrichter 3 KJPP-Verbände + UKE; ich bin von BAG-KJPP beteiligt und richte 1 von 8 Seminaren aus	
DGGPP; Dr.med. Beate Baumgarte	Bezirksregierung, dggpp	Nein	diverse, ASB, AGPR, Graf Recke Stiftung dggpp Akademie (Thema Fortbildung Psychiatrie)	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Vorstand dggpp Klin. Schwerpunkt: Psychotherapie Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Akademie der dggpp	keine keine keine
DGSP; Dipl.-Psych. Christel Achberger	Nein	Nein	Deutsche Gesellschaft für soziale Psychiatrie	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Deutsche Gesellschaft für soziale Psychiatrie e.V., Geschäftsführender Vorstand DGSP, Gesellschaft für gemeinde-psychologische Forschung und Praxis e.V., Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V. Wissenschaftliche Tätigkeit: Peer-Involvement, Recovery, Partizipation Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Geschäftsführender Vorstand der DGSP	keine keine keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie ¹ , Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
DGSP; Prof. Dr. Silvia Krumm	Nein	Nein	Klinik für KJP Uniklinikum Ulm	Nein	Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Deutsche Forschungsgemeinschaft, Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsfonds, Ministerium für Wissenschaft Forschung und Kunst Baden-Württemberg, Bundesministerium für Gesundheit, Deutsche Forschungsgemeinschaft, Deutsche Forschungsgemeinschaft	Nein	Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie, Sprecherin Fachausschuss Forschung, Mitglied: Präsidentin Research Committee 49 "Sociology of Mental Health and Illness" der International Sociological Association (ISA), Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Medizinische Soziologie, Sprecherin AG Psychosoziale Gesundheit Wissenschaftliche Tätigkeit: Sozialwissenschaftliche Perspektiven auf Gender, Familie, Teilhabe, Peer Support, Gewalt im Kontext psychischer Gesundheit/Krankheit, qualitative Forschung, Sozialpsychiatrie	keine keine keine
DGVT; Dr. Rudi Merod	Nein	Nein	DGVT	Nein	Nein	Nein	Vorstandsmitglied DGVT Wiss. Schwerpunkte: Persönlichkeitsstörungen, Borderline-Störung Klin. Schwerpunkte: eigene Praxis Leiter DGVT Ausbildungsinstitut München	keine keine keine
DV Gemeindep psychiatrie; Nils Greve	Nein	Nein	Familientherapeutische AG Marburg Dialog_mx GmbH	Psychiatrie-Verlag	GBV-Projekt G-BA	Psychiatrie-Verlag	Mitglied: Dachverband Gemeindep psychiatrie; DGPPN, dort Referate Gemeindep psychiatrie und Familientherapie; BAG GPV, DGSP, Aktion Psychisch Kranke, DDPP (Beirat)	keine keine keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie ¹ , Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
			Berliner Fortbildungsverbund, ifw Weinheim, APP Köln				Wiss. Schwerpunkte: Gemeindepsychiatrie, Struktur des Versorgungssystems, systemische Therapie/Beratung und Offener Dialog, Projektleitung „GBV“ (Innovationsfonds) Klinische Tätigkeit: Ärztliche-psychotherapeutische Behandlung schwerer psychotischer Erkrankungen (aktuell nur noch in geringem Umfang) Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Systemischer Lehrtherapeut (SG),	
DVGS; Prof. Dr. Gerhard Huber	Ja: Landgericht Traunstein	Nein	Nein	Nein	DAK Hamburg (Thema BGM in der Pflege)	Aktienbesitz Novo Nordisk (Healthcare Unternehmen im Bereich Diabetesversorgung)	Präsident Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie Wiss. Schwerpunkte: Bewegungsförderung, Bewegungstherapie	keine keine keine
Geschwister-Netzwerk; Leonore Julius	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Selbsthilfe: Angehörigenverband Rheinland-Pfalz (Mitglied), Selbsthilfe: Geschwister-Netzwerk (Vorstand, Mandat dieser Leitlinie) Wissenschaftliche Tätigkeit: Publikationen zu Geschwistern psychisch erkrankter Menschen	Keine keine keine
NetzG; Franz-Josef Wagner	Nein	DZPG, Pfalzkrankenhaus AdÖR	NetzG e.V.	Nein	Aktion psychisch Kranke	Nein	Mitglied: Selbsthilfe/Vorstandsmitgliedschaft und Aktivist	Keine keine keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie ¹ , Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
BV Soziotherapie; Dr.med. Nicolas Nowack	Nein	Nein	Nein	HG/Co-Autor Fachbereich Psychosen-Pt u. Sozialpsychiatrie, (Psychosozial-Verlag Kapitel ())/Co-Autor; Kunsttherapie-Buch (Elsevier-Verlag 2022)	Nein	ZSP GmbH	Vorstandsmitglied BV der Soziotherapeuten Wissenschaftliche Tätigkeit: (Psychosen-)Psychotherapie, (Sozial-)Psychiatrie Klinische Tätigkeit: (Sozial-)Psychiatrie, Psychoanalyse Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Wendländer Psychiatrietage ISPS-Germany-Tagung	keine keine keine
BV Soziotherapie; Lutz-Scheidt, Stefanie	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Vorstandsmitglied bei Bundesverband Soziotherapie e.V., Vorstandsmitglied bei Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege e.V.	keine keine keine
BVDP; Dr.med. Christa Roth-Sackenheim	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Vorsitzende des Berufsverbandes deutscher Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie BVDP, Vorstandsmitglied DGPPN	Keine keine keine
APK, Prof. Dr.med. Peter Brieger	Fachberater Bayerische Landesärztekammer Expertenkommission IQTIG PPP-RL Schriftleiter Zeitschrift Nervenheilkunde	Nein	Vorträge bei verschiedenen öffentlichen Trägern (Ministerien, Akademien, Behörden, Kliniken)	Nein	Innovatoinfonds G-BA (Return-to-Work, EVENT, AKTIV) Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, Forschungsvorhaben Freiheitsentziehende Maßnahmen in Heimen (BayStMCP)	Gesellschaft Psychiatrie Verlag	Mitglied: Stellv. Vorstand Aktion Psychisch Kranke e.V., Mitglied: Vorstandsvorsitzender München Bündnis gegen Depression, AG-Leiter und Mitglied Steuerkreis zur Überarbeitung der Psychiatriegrundsätze des Freistaates Bayern Wissenschaftliche Tätigkeit: Suizid, Versorgungsforschung, Reha-	keine keine keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie ¹ , Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Forschung, Bipolare Störungen, Arbeit, Freiheitsentziehung, StÄB Klinische Tätigkeit: Versorgung Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Leitung Institut für Psychotherapie des kbo-Isar-Amper-Klinikum	
BAG BBW, Walter Krug	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Bundesarbeitsgemeinschaft der Berufsbildungswerke/Mitglied d. Vorstands, Mitglied: Deutsche Vereinigung für Rehabilitation Wissenschaftliche Tätigkeit: Redaktionsleitung der Fachzeitschrift "Die Berufliche Rehabilitation"	Keine keine keine
BAG BBW; Dr. Franke, Grit	Bündnis Hand in Hand (> 250 Leipziger Organisationen)	Nein	Nein	Nein	Uni Leipzig, Uni Halle	Nein	Nein	keine keine keine
BDP, Dr. Meltem Avci-Werning	Nein	Nein	Nein	Nein	BZgA (Evaluation BDP: Corona Hotline)	Nein	Mitglied: Berufsverband deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V., Präsidentin 2020-2022	Keine keine keine
BAPP, Alfred Karsten	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege e.V. (BAPP), Mitglied im Vorstand	Keine keine keine
DTGPP, PD Dr. med. Meryam Schouler-Ocak	Sozial- und Landessozialgerichtsgutachten	Nein	Vorträge, Workshops, Buchbeiträge in Vereinen, Institutionen,	Springer International Schattauer Elsevier	BMBF, DFG und BMG-Projekte	Nein	Mitglied: Fachgesellschaften DGPPN, EPA, DTGPP, WACP, WPA, EIWH	keine keine keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie ¹ , Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
			Charité, Tagungen, Konferenzen				Wissenschaftliche Tätigkeit: Interkulturelle Migrations- und Versorgungsforschung, Sozialpsychiatrie, Gender, Suizidalität, Ethik, Zugangsbarrieren Klinische Tätigkeit: Leitung einer Psychiatrischen Institutsambulanz mit ca 60 % Patient:innen mit Migrations- und Fluchtgeschichte Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Versorgungs- und Migrationsforschung, Sozialpsychiatrie	
DTGPP, Dr. med. Elif Kirmizi Alsan	Nein	Nein	Menschenrechtsbüro der Stadt Nürnberg	Nein	Ja, Trauma Hilfezentrum Nürnberg, Sprachreduzierte stabilisierende Gruppentherapie Evangelische Hochschule Nürnberg Integrationsfond der Stadt Nürnberg	Ja, Siemens Healthineers Dr.Alper Alsan, 2 Patente für eine Digitale Applikation	Mitglied: Deutsch-Türkische Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und psychosoziale Gesundheit e.V. Vorstandsmitglied, Das TraumaHilfe Zentrum Nürnberg (THZN) e.V., Fördermitglied, Bayerische Landesärztekammer, Mitglied, DGPPN (Mitglied) Wissenschaftliche Tätigkeit: Migration/Flucht, Traumafolgestörungen, Transkulturelle Psychiatrie, Asyl Klinische Tätigkeit: Migration/Flucht, Traumafolgestörungen, Transkulturelle Psychiatrie Persönliche Beziehungen (als Partner*in oder Verwandte 1. Grades) zu Vertretungsberechtigten eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft: Dr-Alper Alsan Siemens Healthineers (kein LL-Bezug)	keine keine keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie ¹ , Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Prof. Dr. med. Amering, Michaela	Nein	Nein	ÖKSA, EPA 2021 virtuell, XXV Congresso Nazionale SOPSI, ECSR, 14th WC WAPR, Münsterlanger Lectures, EPA 2022, 22nd WPA WCP, PSP Tirol Bildung, Psychosoziale Zentren NÖ gGmbH, INTAR at DCU	Psychiatrie-Verlag	Medizinisch-Wissenschaftlicher Fonds des Bürgermeisters der Stadt Wien	Nein	Mitglied: WAPR board member, WPA AG Developing Partnerships with service users and family carers, DDPP, ÖGSP board member, ÖGPP, EPA section gender and mh Wissenschaftliche Tätigkeit: Recovery, Human Rights, Women's MH Klinische Tätigkeit: Tagesklinische Behandlung von Personen mit Schizophreniediagnose	keine keine keine
Dr. Stefan-M. Bartusch	Gerichte	Nein	Presse/Kommune	Nein	Nein	Nein	Wissenschaftliche Tätigkeit: Psychiatrische Versorgung Klinische Tätigkeit: Sektorielle Vollversorgung	keine keine keine
Prof. Dr. Andreas Bechdolf	div. wissenschaftliche Zeitschriften	Psychiatrische Praxis, Psychiatrie Verlag	DGPPN, Otsuka, Janssen	Psychiatrie Verlag; Elsevier	DFG, Innovationsfond, Otsuka	Nein	Mitglied: Mitglied des Geschäftsführenden Ausschusses der Chefarztinnen der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern (ackpa); Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN): -stv. Leiter des Referates „Prävention“; der Taskforce „Supported employment“, „Innovative Versorgungsformen“ und Mitglied der Arbeitsgruppe zur Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen; Dachverband	keine keine keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie ¹ , Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							deutschsprachiger Psychosen-Psychotherapie (DDPP - Vorstandsmitglied); Sprecher der Arbeitsgemeinschaft der Chefärztinnen und Chefärzte Psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern und Fachkrankenhäusern in Berlin; Mitglied des Fachausschusses zur Krankenhausplanung des Landes Berlin; Sprecher der Chefärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie des kommunalen Krankenhauskonzerns Vivantes Berlin (Medical Board-Sprecher), Wissenschaftliche Tätigkeit: Prävention schwerer psychischer Erkrankungen, Psychotherapie bei schweren psychischen Erkrankungen, Psychosoziale Interventionen bei schweren psychischen Störungen, Supported Employment – Individual Placement and Support, Innovative Versorgungsformen (Home Treatment, Assertive Community Treatment, teambasierte Interventionen zur Reduktion von Zwang und Gewalt), Multimodale Prädiktions- und Verlaufsfor-schung Klinische Tätigkeit: Krankenhaus-psychiatrie, ambulante und aufsuchende Behandlung von Menschen mit schweren psychischen Störungen	

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie ¹ , Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Leiter Curriculum Kognitiv-verhaltenstherapeutische Psychosenpsychotherapie Dachverband deutschsprachiger Psychosen-Psychotherapie (DDPP)	
Prof. Dr. Thomas Bock	Experte G-BA	Nein	DGSP, DDPP, div. Kliniken u.a.	Psychose und Eigensinn, div. Vorworte (PsV), wiss. Artikel	Keine eigenen Anträge mehr, Voraussetzung für GBA Gutachten	Nein	Mitglied: DGSP, DDPP, DGPPN Wissenschaftliche Tätigkeit: Sozialpsychiatrie, Subjektives Verständnis, Dialog, Unbehandelte Verläufe Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Aktuell i.R. der BPTK (Komplexleistungsdebatte)	keine keine keine
Dr. oec. troph Johanna Breilmann	S3-Leitlinie Schizophrenie	Nein	Nein	Nein	Innovationsausschuss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)	Nein	Mitglied: Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE) Wissenschaftliche Tätigkeit: psychiatrische Versorgungsforschung, Leitlinienimplementierung, Ernährung bei psychischen Erkrankungen	keine keine keine
cand. PhD Christian Burr, MScN	Nein	Nein	Vorträge und Workshops an verschiedenen psychiatrischen Kliniken in der Schweiz (PUK Zürich, Psychiatrie St. Gallen Nord, Klinik Wyss, Bern, Psychiatrischer Dienst)	Nein	Stiftung der UPD Bern, Swierstra Stiftung, Ebnet Stiftung	Nein	Mitglied: Co-Präsidium Akademische Fachgesellschaft psychiatrische Pflege (Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft), Kassier und Vorstandsmitglied, Schweizerische Gesellschaft für Sozialpsychiatrie, Sektion Deutschschweiz Wissenschaftliche Tätigkeit: Psychiatrische Pflege in Therapie und Beratung, Erfahrungsfokussierte Beratung bei Stimmenhören, Peer-	keine keine keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie ¹ , Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
			Thun, UPK Basel)				Arbeit, User-Involvement, Recovery, Sexualität und psychische Gesundheit, körperliche Gesundheit bei psychischen Erkrankungen Klinische Tätigkeit: Psychiatrische Pflege in Therapie und Beratung, Erfahrungsfokussierte Beratung bei Stimmenhören, Peer-Arbeit, User-Involvement, Recovery, Sexualität und psychische Gesundheit, körperliche Gesundheit bei psychischen Erkrankungen	
Arno Deister	Verschiedene Justizbehörden in Schleswig-Holstein und Hamburg	Nein	DGPPN, Ärztekammer SH Akademie), Psychotherapeutische Ausbildungsinstitute, DRG-Forum, Forum Gesundheitswirtschaft, Sozialministerium SH, Klinikum Itzehoe, Kleine Pharmafirmen	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN e.V.) 2019: Pastpräsident/Vizepräsident, Seit 2020: Mitglied im Vorstand, Mitglied: Aktionsbündnis Seelische Gesundheit (ABSG), Bundesvorsitzender Wissenschaftliche Tätigkeit: Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik, Versorgung, Zukunft der Psychiatrie Klinische Tätigkeit: Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie,	keine keine keine
Manfred Desch	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Landesverband Hessen der Angehörigen und Freunde von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen e.V., Vorsitzender von 2014 bis 2021, jetzt Mitglied im erweiterten Vorstand	keine keine keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie ¹ , Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Lic.phil. Psychologin Sibylle Glauser	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Leitung der Angehörigenberatung UPD Bern	Keine keine keine
PD Dr.rer. med. Uta Gühne*	Nein	Nein	Ärzttekammer Sachsen, SAMA Baden-Württemberg, Landeszentrale für Gesundheit Bayern e.V., Fachhochschule Kiel, Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit, Alexianer GmbH, Hochschule für Künste im Sozialen Otto-Sternberg, Psychiatrie Akademie AWO Psychiatrie Akademie gGmbH Königs-Lutter	Nein	Nein	Nein	Mitglied: DGSF, DGPPN, DNVF, Sprecherin FG Seelische Gesundheit Wissenschaftliche Tätigkeit: Psychiatrische Versorgungsforschung, schwere psychische Erkrankungen, psychosoziale Therapien Klinische Tätigkeit: Kinder- und Jugendpsychiatrie	keine keine keine
Prof.Dr.med. Iris Tatjana Graef-Caliess, MBA	Nein	Nein	Nein	Nein	Forschungsprojekt refuKey Netzwerk traumatisierte Flüchtlinge Niedersachsen DGPPN Förderer: Niedersächsisches Ministerium	Nein	Mitglied: DGPPN (Leitung Referat Interkulturelle Psychiatrie), EPA (chair section cultural psychiatry), WPA (member section transcultural psychiatry), DGSP, Dt. Gesellschaft für Psychosenpsychotherapie	keine keine keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie ¹ , Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
					rium für Soziale, Gesundheit und Gleichstellung Kooperation: Netzwerk traumatisierte Flüchtlinge (NTFN); DGPPN		Wissenschaftliche Tätigkeit: Versorgungsforschung, Sozialpsychiatrie, Flucht und Migration, interkulturelle Psychiatrie, interkulturelle Psychotherapie, diversity management Klinische Tätigkeit: Allgemeinpsychiatrie, Psychotherapie, seelische Gesundheit von Geflüchteten, innovative ambulante Versorgungsformen	
Prof.Dr.med. Dr.phil. Andreas Heinz	Nein	Nein	Verschiedene Universitäten, Psychiatrie Update und Verlage (Elsevier, Suhrkamp, Springer etc.)	Nein	Nein	Nein	Vorstand DGPPN Federführende Beteiligung bei Psychiatrie Update	keine keine keine
Prof.Dr.med. Rainer Hellweg	Bundesweite gutachterliche Tätigkeit für diverse Gerichte und Versicherungsträger mit Schwerpunkt im Zivilrecht	Nein	Regelmäßig Weiterbildungsleistungen insb. für DRV u. Berliner Ärztekammer	Nein	Nein	Keine Angaben aus persönlichen Datenschutzgründen (kein Bezug zur LL)	Mitglied: u.a. in der DGPPN und der AGNP; AWMF Arbeitskreis "Medizin und Recht" Wissenschaftliche Tätigkeit: Link zu PubMed: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=Hellweg+R=date Klinische Tätigkeit: Geschäftsführender Oberarzt CCM, Leiter FB Experimentelle Psychiatrie und (Epi)Genomik Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Erstellung Curriculum Pflegewissenschaften für den Bereich der Psychiatrie in der Charité	keine keine keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie ¹ , Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
PD Dr.med. Holger Hoffmann	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Wiss. & klin. Schwerpunkte: berufliche & Wohn-Rehabilitation, Soteria, Gemeindepsychiatrie (bis 2019)	keine keine keine
NetzG; Werner Holtmann	Nein	Nein	Vorträge auf Tagungen der APK, DGPPN	Buchartikel	Nein	Nein	Mitglied: EX-In Deutschland e.V. Vorstandstätigkeit, Vorstandstätigkeit bis 09/2020; NetzG	keine keine keine
Dorothea Jäckel	Nein	Nein	Lilly, Ferring, Nein	Nein	Otsuka, DFG	Nein	Mitglied: DGPPN Wissenschaftliche Tätigkeit: Psychiatrische Rehabilitation, Zwangsmaßnahmen in der Psychotherapie, Psychotherapieforschung Klinische Tätigkeit: Psychiatrische Rehabilitation Individual Placement and Support, Kandidatin psychologische Psychotherapie (TP)	keine keine keine
Dr.rer.soc.; apl.Prof. Reinhold Kilian	Nein	Nein	Hochschule München; Sozial- und Arbeitsmedizinische Akademie Baden-Württemberg e.V. (SAMA)	Hogrefe Verlag	DFG, BMBF, Innovationsfonds beim GBA	Nein	Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Medizinische Soziologie; International Sociological Association Wissenschaftliche Tätigkeit: Psychiatrische Versorgung; Gesundheitsökonomie; Depression, Empowerment; Lebensqualität Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Beirat, Masterstudiengang Mental Health, Hochschule München	keine keine keine
Prof. Dr. Hans-Helmut König	Nein	Nein	Nein	Nein	BMBF, EU, DFG	Nein	Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Gesundheitsökonomie (dggö), Verein für Socialpolitik (VfS),	keine keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie ¹ , Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
					Innovationsfonds des GBA		Deutscher Hochschulverband (DHV) Wissenschaftliche Tätigkeit: Gesundheitsökonomie (insb. Krankheitskostenstudien und Kosteneffektivitätsanalysen), Versorgungsepidemiologie	keine
Prof. Dr. med. habil. Alexander Konnopka	Nein	Nein	Nein	Nein	BMBF Innovationsfonds	Bayer AG Omega Healthcare Investors, Johnson, Bristol-Meyers Squibb, Walgreens-Boots Alliance	Mitglied Deutsche Gesellschaft für Gesundheitsökonomie; Gesellschaft deutscher Naturforscher und Ärzte Wissenschaftliche Tätigkeit: Ökonomische Evaluation, Krankheitskostenstudien, Kosteneffektivitätsanalysen, systematische Literaturreviews selbigem, Meta-Analysen von Krankheitskostenstudien; alles Vorgenannte mit einem Schwerpunkt auf psychischen Erkrankungen	keine keine keine
Dr. Michael Konrad	Nein	Nein	BMAS Selbsthilfverbände Landkreise Freie Wohlfahrtspflege	Ja: Psychiatrie-Verlag	Nein	Nein	Mitglied in Interessenverbänden Psychiatrie-Erfahrener, DGSP, APK wiss. Schwerpunkte: Rehabilitation u. Teilhabe von Menschen mit psychischer Beeinträchtigung, Sozialrechtliche Umsetzung	keine keine keine
Julia Lippert	Nein	Nein	Nein	Nein	Jan 2021- Jan 2022 Verrücktheits-erfahrungen im gesellschaftswissenschaftlichen Bezug	Nein	Mitglied ISL e.V. Patientenvertreterin GBA (AG PPP-RL, Innovationsfond, Gendiagnostik-Kommission)	keine keine keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie ¹ , Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Dr. Mahlke, Calendaria	Nein	Nein	Nein	Buchkapitel	anderScore, Universität Halle (Saale), Gesundheitsbehörde Bremen, Uni Bremen, ABSG, Uni Leipzig	Nein	Mitglied: DGPPN, BDP-Mitglied Wissenschaftliche Tätigkeit: wissenschaftliche Publikationen Klinische Tätigkeit: Konzeptuelle Leitung der Ambulanz für Psychosen und Bipolare Störungen in der Psychiatrischen Institutsambulanz am UKE, KEINE Schulenzugehörigkeit, ich bin Wissenschaftlerin	keine keine keine
PD Dr. Annabel Müller-Stierlin, Annabel	Nein	Nein	diverse Vorträge zu "Ernährung psychischer Gesundheit"	Nein	Innovationsausschuss des Gemeinsamen Bundesausschusses	Nein	Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), Mitglied: Berufsverband Oecotrophologie (VDOE), International Society for Nutritional Psychiatry Research (ISNPR), ESSENzPSYCHE-Netzwerk Wissenschaftliche Tätigkeit: Ernährung psychische Erkrankungen, Integrierte Versorgung, sektorenübergreifende Versorgung Beteiligung an Fort-/Ausbildung: diverse Fortbildungen zum Thema "Ernährung psychische Erkrankungen / psychische Gesundheit", z. B. Deutsche Akademie für Ernährungsmedizin (DAEM)	keine keine keine
Dr. Elke Prestin	Nein	Friedrich-Ebert-Stiftung	Vorträge für: DGPPN, APK, AWO Psychiatriezentrum Königsplatz, Freiburger Hilsgemeinschaft	Nein	Ev. Klinikum Bethel Forschungsabteilung der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie (Thema: WiE-Wohnen) DVGP (Thema: GBV)	Nein	Mitglied im erweiterten Vorstand des Bundesnetzwerkes Selbsthilfe seelische Gesundheit e.V. (NetzG), Mitgliedschaft NetzG, seit Juni 2021, Berufenes Vorstandsmitglied der Deutschen Fachgesellschaft Psychiatrische	keine keine keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie ¹ , Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
			schaft e.V., Sozialpädagogisches Zentrum Hameln-Pymont, EXIT Sozial, Linz, Universitätsklinikum Heidelberg, Psychiatrie Baselland, Asklepios Westklinikum Hamburg, Gemeindepsychiatrischer Verbund Kreis Herford, Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (Projekt Umsetzungsbegleitung BTHG), Ev. Klinikum Bethel, Bielefeld, LVR-Klinik Mönchengladbach, Diakonie Württemberg, Frauen-Therapezentrum München, Caritasverband für die Diözese		Universitätsklinikum Ulm (Thema: Behandlungskoordination mittels Online-Assessment)		Pflege (DFPP), Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP), Mitglied der Aktion Psychisch Kranke e.V. (APK), Mitglied im Vorstand der Aktion Psychisch Kranke e.V. (APK) Wissenschaftliche Tätigkeit: Ethik in der Psychiatrie, Entwicklungsperspektiven der (Sozial-)Psychiatrie, Partizipation, Recovery und Empowerment, Autonomie und Fürsorge, Sektor- und SGB-übergreifende Komplexleistungen, Suizidprävention	

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie ¹ , Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
			Mainz, LVR Klinikverbund, Sozialpsychiatrischer Dienst Nürtingen, Reha-Verein Mönchengladbach, Tutzing-er Depressi-onstagung, Dialog Peine					
Prof. Dr. Thomas Reker	Gerichte, Versicherungen	Nein	div. Firmen u. Verbände	Nein	Nein	Nein	Mitglied Bündnis gegen Depression Münster, DGPPN, FSP Münster klin. Schwerpunkt: affektive Störungen	keine keine keine
Prof.Dr. Dirk Richter	Nein	Nein	Nein	Nein	Schweiz. Nationalfonds, Interessengemeinschaft Sozialpsychiatrie Bern/Soteria, (beides drittmittelfinanziert)	Nein	Mitglied Akademische Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege Schweiz wiss. Schwerpunkte: Wohn- und Arbeitsrehabilitation, Psychiatrische Epidemiologie, Covid-19 und psychische Gesundheit, Psychiatrische Krankheitsmodelle	keine keine keine
apl. Prof. Dr. sc. hum. habil. Dipl.-Psych. Matthias Schützwohl	BGHW, Berufsgenossenschaft Handel und Warenlogistik	Nein	Nein	Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft	SMS (Psychiatrieberichterstattung) DFG (Fragebogenentwicklung) G-BA (Behandlungsleitlinie zur Psychopharmakotherapie)	Nein	Wissenschaftliche Tätigkeit: Versorgungssituation und Psychopharmakotherapie bei Menschen mit Intellektueller Entwicklungsstörung; Partizipation und Inklusion chronisch psychisch Erkrankter; Auswirkungen der Coronapandemie auf psychisches Befinden, Partizipation und Inklusionserleben	keine keine keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie ¹ , Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Klinische Tätigkeit: Psychotherapie mit akut psychiatrisch stationär aufgenommenen Patient/-innen	
Prof.in Dr. Kathrin Seifert	Zeitschrift "Psychiatrische Praxis" 2021, Begutachtungsverfahren der Masterstudiengänge „Intermediale Kunsttherapie“ und „Kunstanaloges Coaching“ an der MSH Medical School Hamburg – University of Applied Sciences and Medical University	Nein	versch. Hochschulen, Lehre HKS, Ottersberg Lehre in Freiburg Kath. Hochschule, div. Vorträge (Nürnberg, Freiburg, Universität zu Köln a.r.t.e.s., DGPPN-Kongresse)	Themen der Kunsttherapie	Universität Bonn, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Institute for Medical Humanities Fototherapie	Nein	Mitglied: Mandat der BAG KT für die Leitlinie Demenzen (seit 2022), Mitglied der Gesundheitsfachberufe im DGPPN im Auftrag des DFKGT, Mitglied u. Interessensvertreterin DFKGT, Mitglied WFKT Wissenschaftliche Tätigkeit: Forschung zu Kunsttherapie und Demenzen, Forschung Neurowissenschaften und Kunsttherapie theoretisch-konzeptionelle Forschung zu Kunsttherapie Klinische Tätigkeit: kunsttherapeutische Behandlung psychiatrisch und psychosomatischer Erkrankungen Professorin/Lehrende HKS Ottersberg	keine keine keine
Prof. Dr. Tilman Steinert	Gerichte (Honorar) wiss. Zeitschriften	LVR Institut Köln Versorgungs-forschung LPCU Ulm Psychosoziale Gesundheit	Einladende Kliniken	Nein	BMG (ZIPHER) Sozialministerium BaWü (GVP digital) Innovationsfonds (IVZ S3, LL-Implementierung)	Nein	Mitglied DGPPN, Kommission Recht und Ethik, Mezis (mein Essen zahle ich selbst) wiss. Schwerpunkte: DGPPN S3 LL Verhinderung von Zwang klin. Schwerpunkte: Klinikleitung ZfP Südwürttemberg	keine keine keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie ¹ , Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Prof. Dr. Hans Joachim Salize	Nein	Nein	Helios Park-Klinikum Leipzig, Kommunale Gesundheitskonferenz Rhein-Neckar-Kreis Heidelberg, Bildungswerk Irsee, Diakonisches Werk Rendsburg	Ja: Kohlhammer Verlag, Hoggrefe Verlag	Nein	Nein	Beirat Paritätischer Wohlfahrtsverband und LWL Rheinland wiss. Schwerpunkte: Psychiatrische Epidemiologie, psychiatrische Gesundheitsökonomie, Wohnungslosigkeit, Maßregelvollzug, sexueller Missbrauch Minderjähriger	keine keine keine
Prof. Dr. Georg Schomerus	BMAS	Thieme Verlag	Lundbeck (Honorarbasis)	Nein	DFG Fritz-Thyssen-Stiftung	Nein	Mitglied: Vorsitz, Irrsinnig Menschlich e.V., Entstigmatisierung psychischer Krankheiten, Sprecher, Referatsvorsitz psychosoziale Versorgungsforschung und Public Mental Health der DGPPN Wissenschaftliche Tätigkeit: Forschung zur Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Krankheiten Klinische Tätigkeit: Chefarzt einer psychiatrischen Klinik	keine keine keine
Sielaff, Gyöngyvér	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Wissenschaftliche Tätigkeit: EX-IN, Konzeptentwicklung: Miteltern, Publikationen: Kinder psychisch erkrankten Eltern Beteiligung an Fort-/Ausbildung: JA	keine keine keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie ¹ , Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Prof. Dr.med. Katarina Stengler	Nein	Nein	Sächsische Landesärztekammer, Universitätsklinikum Leipzig, Forum für medizinische Fortbildung	Nein	LIPSY rehapro - BMAS	Nein	Mitglied: DGPPN, Leiterin Referat Rehabilitation und Teilhabe Wissenschaftliche Tätigkeit: Psychosoziale Forschung, Arbeit und Beschäftigung, Teilhabe, Zwangsstörungen Klinische Tätigkeit: Gesamtverantwortung Zentrum für seelische Gesundheit und Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Sächsische Landesärztekammer, Sozialpsychiatrisches Curriculum	keine keine keine
Jörg Utschkowski	Nein	Nein	Nein	Psychiatrie Verlag	Nein	Nein	EXPA e.V. EX-IN Deutschland e.V.	keine keine keine
PD Dr. Dr. Stefan Weinmann*	Nein	Nein	Kliniken, Psychosoziale Träger	Nein	AKTiV-Studie, gefördert vom Innovationsausschuss des Bundesausschusses (Stellenanteil) Schweizer Forschungsverbund	Nein	Mitgliedschaft DGPPN, DGSP Wissenschaftliche Tätigkeit: Psychiatrische Versorgungsforschung, Zwangsreduktion in der Psychiatrie, Genesungsbegleiter in der Psychiatrie, Home Treatment Klinische Tätigkeit: Klinisch-psychiatrische Tätigkeit	keine keine keine
Prof.Dr.P.H. Günther Wienberg	Ja: Institut für Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e.V.	Nein	Ev. Akademie Loccum Dt. Verein für öff. u. private Fürsorge	Nein	Bodelschwinghsche Stiftungen Bethel	Nein	Mitglied Aktion Psychisch Kranke e.V. wiss. Schwerpunkt: Psychiatrische Versorgung	keine keine keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie ¹ , Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
			Consozial DGSP					
*Redaktionsgruppe								

Kommentierungsbogen zur fachöffentlichen Konsultationsfassung

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literaturangaben)
Tina Wessels, Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)			
9.2.2/ 118	Früherkennungs- und Therapiezentren sollten im Idealfall ein multiprofessionelles Team umfassen, welches aus Ärzt:innen, Psycholog:innen, In-dividual-Placement-and-Support-Mitarbeitenden (IPS), Pflegefachkräften, Ergotherapeut:in-nen, Sozialarbeiter:innen, Therapeut:innen der Künstlerischen Therapieansätze und möglichst auch Peer-Mitarbeitenden besteht, ...	Früherkennungs- und Therapiezentren sollten im Idealfall ein multiprofessionelles Team umfassen, welches aus Ärzt:innen, Psycholog:innen, Psychotherapeut*innen , In-dividual-Placement-and-Support-Mitarbeitenden (IPS), Pflegefachkräften, Ergotherapeut:in-nen, Sozialarbeiter:innen, Therapeut:innen der Künstlerischen Therapieansätze und möglichst auch Peer-Mitarbeitenden besteht, ...	Neben Psycholog*innen ohne Approbation sind approbierte Psychotherapeut*innen in den FEZ tätig. Mit der Reform der Psychotherapeutenausbildung in eine Weiterbildung kommen zudem künftig keine Psycholog:innen sondern Psychotherapeut:innen aus den Hochschulen in die Kliniken, um dort ihre Weiterbildung zu absolvieren. Der Beruf der „klinischen Psycholog*in“ wird daher zusehends weniger in den Kliniken werden. Anmerkung der Redaktion: Der Änderungsvorschlag wurde übernommen.
9.2.2/ 119	Untersucht wurden neben pharmakotherapeutischen Ansätzen, kognitive Verhaltenstherapie und supportive Therapie (Bosnjak Kuharic et al. 2019). Auch verschiedene Netzwerk-Metaanalysen, die unterschiedliche Einzelinterventionen miteinander verglichen, konnten keinen Vorteil für eine spezifische psychologische oder pharmakologische Interventionsform ermitteln (zuletzt Fusar-Poli et al. 2021). Die Wirksamkeit von psychologischen und pharmakologischen Behandlungen für die	Untersucht wurden neben pharmakotherapeutischen Ansätzen, kognitive Verhaltenstherapie und supportive Therapie (Bosnjak Kuharic et al. 2019). Auch verschiedene Netzwerk-Metaanalysen, die unterschiedliche Einzelinterventionen miteinander verglichen, konnten keinen Vorteil für eine spezifische ~~psychologische~~ psychotherapeutische oder pharmakologische Interventionsform ermitteln (zuletzt Fusar-Poli et al. 2021). Die Wirksamkeit von ~~psychologischen~~ psychotherapeutischen und pharmakologischen Behandlungen für die Frühintervention bei Menschen mit einem hohen Risiko für die Entwicklung einer bipolaren Störung	Die in den Studien untersuchten Interventionen sind der „Psychotherapie“ zuzuordnen (siehe gelbe Markierung) und sollten deshalb auch als solche bezeichnet werden. Anmerkung der Redaktion: Der Änderungsvorschlag wurde übernommen.

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literaturangaben)
	Frühintervention bei Menschen mit einem hohen Risiko für die Entwicklung einer bipo-laren Störung wurde bei Saraf et al. (2021) systematisch untersucht. Eingeschlossen wurden 16 randomisierte kontrollierte Studien und Kohortenstudien. Psychologische Interventionen waren in Bezug auf verschiedene Zielgrößen wirksam.	wurde bei Saraf et al. (2021) systematisch untersucht. Eingeschlossen wurden 16 randomisierte kontrollierte Studien und Kohortenstudien. ~~Psychologische~~ psychotherapeutische Interventionen waren in Bezug auf verschiedene Zielgrößen wirksam.	
9.2.2 / 121	Diese ist vor allem für psychotische Störungen belegt und besagt, dass die meisten der psychologischen, klinischen und sozialen Einschränkungen, die mit der Erkrankung verbunden sind,	Diese ist vor allem für psychotische Störungen belegt und besagt, dass die meisten der ~~psychologischen, klinischen~~ psychischen, klinischen somatischen und sozialen Einschränkungen, die mit der Erkrankung verbunden sind,	Sind nicht eher „psychische“ als „psychologische“ Einschränkungen gemeint? Und was ist mit „klinischen“ Einschränkungen gemeint? Anmerkung der Redaktion: Ja, die Formulierung war ungenau, sie wurde angepasst: „...dass die meisten der psychischen, körperlichen und sozialen Einschränkungen, ...“
9.2.3 / 123	Im Rahmen der Frühintervention sollte ein umfassendes Spektrum an pharmakologischen, psychologischen, sozialen, beruflichen und pädagogischen Interventionen, welche im Einklang mit der Leitlinie stehen, angeboten werden.	Im Rahmen der Frühintervention sollte ein umfassendes Spektrum an pharmakologischen, ~~psychologischen~~ psychotherapeutischen , sozialen, beruflichen und pädagogischen Interventionen, welche im Einklang mit der Leitlinie stehen, angeboten werden.	Die untersuchten Interventionen sind der „Psychotherapie“ zuzuordnen und sollten deshalb auch als solche bezeichnet werden. Anmerkung der Redaktion: Der Änderungsvorschlag wurde übernommen.
9.2.3 / 123	Im Rahmen der Frühintervention soll eine umfassende multidisziplinäre Beurteilung der Menschen mit psychotischen Symptomen erfolgen und verschiedene Aspekte umfassen:	Im Rahmen der Frühintervention soll eine umfassende multidisziplinäre Beurteilung der Menschen mit psychotischen Symptomen erfolgen und verschiedene Aspekte umfassen:	Die genannten Aspekte lassen sich besser unter dem breiteren Begriff „psychopathologisch“ subsummieren als unter dem Begriff „psychiatrisch“.

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literaturangaben)
	Psychiatrische Aspekte (psychische Probleme, Risiko einer Selbst- oder Fremdgefährdung, Alkoholkonsum sowie verschriebene und nicht verschriebene Medikamente),	~~Psychiatrische~~ Psychopathologische Aspekte (psychische Probleme, Risiko einer Selbst- oder Fremdgefährdung, Alkoholkonsum sowie verschriebene und nicht verschriebene Medikamente),	Anmerkung der Redaktion: „Psychopathologisch“ schließt nicht unbedingt die Psychopharmakotherapie ein. Wir schlagen vor, folgenden Begriff zu nutzen: „Aspekte der psychischen Erkrankung und von Behandlung“
9.2.5 / 155	welche ein umfassendes Spektrum an pharmakologischen, psychologischen, sozialen, beruflichen und pädagogischen Interventionen bereitstellen können (NICE 2014; Galletly et al. 2016) bzw. eine multiprofessionelle Behandlung für Menschen mit Ersterkrankung empfohlen (DGPPN e.V. 2019).	welche ein umfassendes Spektrum an pharmakologischen, ~~psychologischen~~ , psychotherapeutischen , sozialen, beruflichen und pädagogischen Interventionen bereitstellen können (NICE 2014; Galletly et al. 2016) bzw. eine multiprofessionelle Behandlung für Menschen mit Ersterkrankung empfohlen (DGPPN e.V. 2019).	Die untersuchten Interventionen sind der „Psychotherapie“ zuzuordnen und sollten deshalb auch als solche bezeichnet werden Anmerkung der Redaktion: Der Änderungsvorschlag wurde übernommen.
9.3.2.2 / 164	Es wird empfohlen, eine integrierte, therapeutisch ausgerichtete, gemeindepsychiatrische und teambasierte Behandlung inklusive evidenzbasierter pharmakologischer, psychologischer und psychosozialer Interventionen und Unterstützung in den Bereichen Bildung und Arbeit vorzuhalten (Tabelle 19).	Es wird empfohlen, eine integrierte, therapeutisch ausgerichtete, gemeindepsychiatrische und teambasierte Behandlung inklusive evidenzbasierter pharmakologischer, ~~psychologischer~~ psychotherapeutischer und psychosozialer Interventionen und Unterstützung in den Bereichen Bildung und Arbeit vorzuhalten (Tabelle 19).	Die untersuchten Interventionen sind der „Psychotherapie“ zuzuordnen und sollten deshalb auch als solche bezeichnet werden. Anmerkung der Redaktion: Der Änderungsvorschlag wurde übernommen.
9.3.3.2 / 170	* Alle Interventionen griffen auf ein multiprofessionelles Team (Psychiater:in, Psycholog:in, Pflege, Ergotherapeut:in, Sozialarbeiter:in) zurück. Behandlung	* Alle Interventionen griffen auf ein multiprofessionelles Team (Psychiater:in, Psycholog:in/ Psychotherapeut*in , Pflege, Ergo-	Anmerkung der Redaktion: Der Änderungsvorschlag wurde übernommen. Zudem wurde der Satz umformuliert.

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literaturangaben)
	fand innerhalb und außerhalb herkömmlicher Sprechzeiten statt.	therapeu:in, Sozial-arbeiter:in) zurück. Behandlung fand innerhalb und außerhalb herkömmlicher Sprechzeiten statt.	Alle Interventionen wurden durch ein multiprofessionelles Team umgesetzt (Psychiater:in, Psycholog:in/Psychotherapeut:in, Pflege, Ergotherapeu:in, Sozialarbeiter:in).
9.3.4.4 / 196	Kern ist ein multiprofessionelles und interdisziplinäres Team bestehend aus Fachärzt:innen, Ärzt:innen, Psycholog:innen, psychiatrischer Pflege, Sozialarbeitenden und Genesungsbegleitenden aus der Erwachsenenpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, psychosomatischen Fachabteilungen, Allgemeinmedizin, Sexualmedizin/Forensik und einer Arbeitsintegrationsinstitution für Supported Employment(SE).	Kern ist ein multiprofessionelles und interdisziplinäres Team bestehend aus Fachärzt:innen, Ärzt:innen, Psycholog:innen, Psychotherapeut*innen , psychiatrischer Pflege, Sozialarbeitenden und Genesungsbegleitenden aus der Erwachsenenpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, psychosomatischen Fachabteilungen, Allgemeinmedizin, Sexualmedizin/Forensik und einer Arbeitsintegrationsinstitution für Supported Employment(SE).	In den Teams arbeiten auch Psychotherapeut*innen. Anmerkung der Redaktion: Der Änderungsvorschlag wurde übernommen.
9.4.3 / 207	Insgesamt gibt es vielfältige Modelle der Koordinierung psychiatrischer Hilfen durch verschiedene Berufsgruppen (z. B. durch Ärzte und Ärztinnen, Psycholog:innen, psychiatrische Pflegepersonen, Sozialarbeiter:innen)	Insgesamt gibt es vielfältige Modelle der Koordinierung psychiatrischer Hilfen durch verschiedene Berufsgruppen (z. B. durch Ärzte und Ärztinnen, Psycholog:innen, Psychotherapeut*innen psychiatrische Pflegepersonen, Sozialarbeiter:innen)	Im deutschen Versorgungssystem übernehmen Psychotherapeut*innen die Koordinierung der Versorgung, z.B. im Rahmen der Versorgung nach der KSV-Psych-Richtlinie des G-BA Anmerkung der Redaktion: Der Änderungsvorschlag wurde übernommen.
9.5.4 / 231	Untersucht wurde auf Basis von RCTs die vergleichbare Wirksamkeit, Akzeptanz und Verträglichkeit psychosozialer und psychologischer Interventionen bei Patient:innen mit Schizophrenie mit Blick auf die Rückfallprävention.	Untersucht wurde auf Basis von RCTs die vergleichbare Wirksamkeit, Akzeptanz und Verträglichkeit psychosozialer und ~~psychologischer~~ psychotherapeutischer Interventionen bei Patient:innen mit Schizophrenie mit Blick auf die Rückfallprävention.	Die untersuchten Interventionen sind der „Psychotherapie“ zuzuordnen und sollten deshalb auch als solche bezeichnet werden. Anmerkung der Redaktion: Der Änderungsvorschlag wurde übernommen.

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literaturangaben)
10.1.2 / 268	Hinsichtlich der Gemeindeintegration berichteten lediglich die Teilnehmenden mit moderaten Bedarfen (HF plus Intensive Case Management, ICM) eine bessere „psychologische Integration“ (z. B. Teilnehmende fühlen sich hier zu Hause). Für die „physische Integration“ (z. B. Nachbarschaftskontakte) blieb ein Effekt aus; allerdings bezogen sich die Befunde auf einen kurzen Beobachtungszeitraum von 12 Monaten (Patterson et al. 2014; Aubry et al. 2016).	Hinsichtlich der Gemeindeintegration berichteten lediglich die Teilnehmenden mit moderaten Bedarfen (HF plus Intensive Case Management, ICM) eine bessere „ ~~psychologische~~ psychische Integration“ (z. B. Teilnehmende fühlen sich hier zu Hause). Für die „ physische Integration “ (z. B. Nachbarschaftskontakte) blieb ein Effekt aus; allerdings bezogen sich die Befunde auf einen kurzen Beobachtungszeitraum von 12 Monaten (Patterson et al. 2014; Aubry et al. 2016).	„psychische Integration“ scheint hier der passendere Begriff zu sein, auch in Zusammenhang mit der danach angesprochenen „ physischen Integration “ Anmerkung der Redaktion: Der Änderungsvorschlag wurde übernommen.
13.5.4 / 499 und 500	In der Tabelle auf den Seiten 499/500 werden verschiedene Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation für Menschen mit psychischen Erkrankungen beschrieben, z.B. RPKs oder BTZs.	Ergänzung der Psychotherapeut:innen bei den Berufsgruppen, die in den Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation arbeiten.	Neben Psycholog:innen arbeiten auch Psychotherapeut:innen in den Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation. Anmerkung der Redaktion: Der Änderungsvorschlag wurde übernommen.
Dr. Stefan Peters, Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie (DVGS) e. V.			
12.1 / S. 413	Um aus der körperlichen Aktivität einen wesentlichen gesundheitlichen Nutzen zu ziehen, sollten folgende Empfehlungen umgesetzt werden:	(<i>Änderungen in rot</i>) Um aus der körperlichen Aktivität einen wesentlichen gesundheitlichen Nutzen zu ziehen, sollten für Erwachsene folgende Empfehlungen umgesetzt werden:	Die im Entwurfstext der Leitlinie verwendeten Bewegungsempfehlungen aus den USA sind weder international noch in Deutschland die aktuellsten Empfehlungen. Seit 2016 existieren für Deutschland Nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung (Rütten

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literaturangaben)
	• 150 Minuten pro Woche moderates Training (z. B. zügiges Laufen, Wassergymnastik etc.) oder • 75 Minuten pro Woche mit intensiver Beanspruchung (z. B. Jogging, Schwimmen etc.) oder • Kombination aus moderatem und intensivem Training (US Department of Health and Human Science 2008)	• Mindestens 150 bis 300 Minuten moderate ausdauerorientierte Bewegung (z. B. schnelles Gehen, langsames Laufen) mit moderater Intensität oder • Mindestens 75 bis 150 Minuten intensive ausdauerorientierte Bewegung (z. B. Laufen, schnelles Radfahren) oder • Ausdauerorientierte Bewegung in entsprechenden Kombinationen beider Intensitäten • Zusätzlich muskelkräftigende körperliche Aktivitäten mit mindestens moderater Intensität, die alle Hauptmuskelgruppen umfassen, an mind. 2 Tagen pro Woche (WHO, 2020; Rütten & Pfeifer, 2016)	& Pfeifer, 2016) und seitens der Weltgesundheitsorganisation WHO stammen die aktuellsten Bewegungsempfehlungen von 2020. Wichtig ist hierbei neben den Details der Empfehlungen (z.B. empfiehlt die WHO mittlerweile eine Spanne von 150-300 Min.), dass auch die Empfehlungen zur Muskelkräftigung aufgeführt werden sollten. Referenzen: Rütten, A. & Pfeifer, K. (Hrsg.) (2016). Nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung. Erlangen: FAU. Online verfügbar unter: https://www.sport.fau.de/files/2016/05/Nationale-Empfehlungen-f%C3%BCr-Bewegung-und-Bewegungsf%C3%B6rderung-2016.pdf WHO (2020). WHO Guidelines on Physical Activity and Sedentary Behaviour. Genf: WHO. Online verfügbar unter: https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128 Anmerkung der Redaktion: Der Änderungsvorschlag wurde übernommen.
Dr. Stefan Peters, Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie (DVGS) e. V. (2. Kommentierung)			
12.2.1 / S. 437	“(…) den Schwerpunkt auf die Beeinflussung körperlicher Zustände legen (somatisch-funktioneller Fokus). Als Beispiel	„Als Beispiel können Heil- und Krankengymnastik genannt werden.“	Hier ist noch ein Bruch in der Logik enthalten. Folgt man dem Text davor (Definition) und danach, so ist die Sporttherapie genau kein gutes Beispiel. Dort heißt es z. B. „Die Sport-/Bewegungstherapie (...) zielt darauf ab, Gesundheitsprobleme

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literaturangaben)
	kann die Sporttherapie genannt werden.“		auf biologischer, psychischer und sozialer Ebene zu behandeln (...).“ (S. 437). Diese Beschreibung ist auch deckungsgleich mit dem Verständnis der Sporttherapie in der Versorgung (vgl. Klassifikation therapeutischer Leistungen der Deutschen Rentenversicherung, 2025). Analog zur enthaltenen Grafik lassen sich hingegen Heil- und Krankengymnastik als adäquate Beispiele aufführen. Siehe auch: Schüle, K. & Huber, G. (2012). Grundlagen der Sport- und Bewegungstherapie: Prävention, ambulante und stationäre Rehabilitation. Köln: Dt. Ärzteverlag. Anmerkung der Redaktion: Der Änderungsvorschlag wurde übernommen.
12.2.1 / S. 438	„Sporttherapeutische Verfahren: Hierunter werden die Methoden verstanden, die mit Aspekten des Sports in erster Linie die Funktionalität des Körpers ansprechen.“	„Sporttherapeutische Verfahren: Hierunter werden die Methoden verstanden, die in erster Linie mit Mitteln des Sports auf die körperliche und psychosoziale Funktionalität hinwirken und auf eine Befähigung für ein eigenständiges gesundheitsförderliches Sport- und Bewegungsverhalten ausgerichtet sind.“	Siehe oben. Die noch enthaltene Ausführung ist nicht mehr kongruent zu den oben aktualisierten Texten, wie z. B. der Definition. Anmerkung der Redaktion: Der Änderungsvorschlag wurde übernommen.
12.2.1 / S. 438	„(...) insbesondere bei Menschen mit depressiven Störungen, findet vor allem das Ausdauertraining Anwendung. Ihm wird – stärker als anderen sporttherapeutischen Verfahren, das Potenzial zugesprochen, über physiologische	„(...) insbesondere bei Menschen mit depressiven Störungen, haben sich eine Vielzahl an Bewegungs- und Sportarten als wirksam erwiesen. Es werden Wirkmechanismen auf somatischer und psychosozialer Ebene diskutiert (→Wirkmechanismen von Bewegung in diesem Kapitel) durch welche	1. Der Fokus auf das Ausdauertraining hat keine Passung zur neuesten metaanalytischen Evidenz, passt auch nicht mehr zu dem in dieser LL ausgesprochenen Empfehlungen und auch nicht zu den Empfehlungen der NVL Unipolare Depression. In der dortigen Patienten-LL wird explizit betont: „Bislang kann die Leitliniengruppe keine Aussagen machen, welche Sportart die beste bei

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literaturangaben)
	Wirkmechanismen (→ Wirkmechanismen von Bewegung in diesem Kapitel) die Abmilderung psychopathologischer Symptome zu erreichen.“	die Abmilderung psychopathologischer Symptome erreicht wird.“	Depression ist.“ (Patienten-LL Unipolare Depression, 2024, S. 100). Referenzen: Heissel A, Heinen D, Brokmeier LL, et al. Exercise as medicine for depressive symptoms? A systematic review and meta-analysis with meta-regression. Br J Sports Med. 2023;57(16):1049-1057. Noetel M, Sanders T, Gallardo-Gómez D, et al. Effect of exercise for depression: systematic review and network meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ. 2024;384:e075847. Bundesärztekammer (BÄK) et al.. Unipolare Depression. Patientenleitlinie zur Nationalen VersorgungsLeitlinie, 3. Auflage. 2024 [cited: 04.09.25]. register.awmf.org/de/leitlinien/detail/nvl-005. 2. Der Verweis auf die physiologischen Wirkmechanismen passt nicht zur Abb in diesem Kap., welche somatische, wie auch psychosoziale Wirkmechanismen berichtet. Dies entspricht auch der aktuellsten Evidenz (z. B. Nguyen Ho et al., 2023, Kandola et al., 2019). Referenzen: Nguyen Ho PT, Ha PBT, Tong T, et al. Mechanisms Linking Physical Activity with Psychiatric Symptoms Across the Lifespan: A Systematic Review. Sports Med. 2023;53(11):2171-2190. Kandola A, Ashdown-Franks G, Hendrikse J, Sabiston CM, Stubbs B. Physical activity and depression: Towards understanding the antidepressant mechanisms of physical activity. Neurosci Biobehav Rev. 2019;107:525-539. doi:10.1016/j.neubiorev.2019.09.040

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literaturangaben)
			Anmerkung der Redaktion: In Abstimmung mit den Mandatsragenden aus dem Bereich der Bewegungs- und Sportinterventionen wurde der Absatz gekürzt. Zur Wirksamkeit wird dezidiert im Evidenzabschnitt berichtet. Auf die aktuelle Evidenz wird verwiesen.
12.2.1 / S. 439	„Mittlerweile gibt es einige neuere Ansätze in der psychiatrischen Bewegungstherapie, die über die klassischen Verfahren hinausgehen (...).“	„Mittlerweile finden vermehrt Ansätze in der Sport-/Bewegungstherapie mit psychischer Zielsetzung bzw. Achtsamkeits- und Wahrnehmungsorientierung Anwendung, die über die klassischen Verfahren hinausgehen (...).“	Für Leserinnen und Leser ist das Kapitel Bewegungs- und Sportinterventionen aufgrund der begrifflichen Vielfalt eine größere Herausforderung. Größtenteils reflektiert dies auch die Versorgung in diesem Bereich und erscheint gerechtfertigt. An einigen Stellen kann aber eingegrenzt werden. Der Ausdruck „psychiatrische Bewegungstherapie“ wird an keiner anderen Stelle der LL verwendet. Wir schlagen daher vor, die „Sport-/Bewegungstherapie“ zu verwenden, weil über diese Das Kapitel gem. der etablierten Definition auch eingeleitet wird. Natürlich soll aber der Aspekt der speziellen Zielsetzung hier benannt werden. Hierzu haben wir einen Vorschlag unterbreitet, der zum Beispiel mit der medizinischen Rehabilitation in Deutschland (DRV, 2025) kongruent ist. Dezidiert von „neueren Ansätzen“ zu sprechen widerspricht sowohl der gängigen Praxis (in welcher achtsamkeitsbasierte Konzepte bereits seit Längerem Anwendung finden) aber auch des im Kapitel bis dorthin dargelegten Textkorpus, wo eine Vielzahl von Arbeiten zitiert werden, in denen zumindest wahrnehmungsorientierte Interventionen eine Rolle spielten. Referenzen: DRV (2025). Klassifikation therapeutischer Leistungen. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literaturangaben)
			Anmerkung der Redaktion: Der Änderungsvorschlag wurde übernommen.
12.2.1 / S. 440 und 441	„(...) Sporttraining (...)“	„(...) sportliches Training (...)“	Siehe oben: Mit dem „Sporttraining“ auf S. 440 und 441 wird ein zusätzlicher Begriff verwendet, welcher in der relevanten Fachliteratur zum Thema keine Entsprechung hat. Wir bitten darum, diesen Begriff durch „sportliches Training“ zu ersetzen, wie es auch in der Tabelle auf Seite 441 heißt. Anmerkung der Redaktion: Der Absatz ist durch die Kürzung weggefallen.
Annabel Müller-Stierlin, Mitglied Expert:innengruppe, Bereich Gesundheitsförderung			
S. 50	Annabel Müller-Stierlin (Ernährungswissenschaften, seit 01.03.2025)	PD Dr. Annabel Müller-Stierlin (Ernährungswissenschaften, seit 01.03.2025)	Anmerkung der Redaktion: Die Korrektur wurde übernommen.
S. 654	Piske, U.; Neher, J.; Hiltensperger, R.; Kröller, K.; Müller-Stierlin, A. S. (2025): Depression und Ernährung: Bewusstsein, Wissen und interdisziplinäre Zusammenarbeit aus Sicht von Ernährungsfachkräften. In: Ernährungsumschau (zur Veröffentlichung angenommen).	Piske, U.; Neher, J.; Hiltensperger, R.; Kröller, K.; Müller-Stierlin, A. S. (2025): Depression und Ernährung: Bewusstsein, Wissen und interdisziplinäre Zusammenarbeit aus Sicht von Ernährungsfachkräften. In: Ernährungsumschau 2025; 72(9): 156-62 DOI: 10.4455/eu.2025.038	entsprechend Druckfreigabe vom 28.08.2025 Anmerkung der Redaktion: Die Aktualisierung wurde übernommen.
S. 435	Bei der psychopharmakologischen Behandlung sollen unerwünschte Wirkungen auf die körperliche Gesundheit berücksichtigt und ggf. die Leitliniengerechtigkeit der	Bei der psychopharmakologischen Behandlung sollen unerwünschte Wirkungen auf die körperliche Gesundheit berücksichtigt und ggf. die Leitliniengerechtigkeit der psychopharmakologischen Be-handlung	Halstead S, Yap CX, Warren N, Agarwal SM, Brand BA, Chan SKW, Cipriani A, Correll CU, Crossley N, D'Ambrosio E, Emsley R, Firth J, Gaughran F, Gee S, Hahn M, Hayes JF, Heald A, Howes OD, Kane JM, Kapi M, Leucht S, Meyer N, O'Donoghue B, Okeke E, Perry BI, Solmi M, Sommer IE, Srivastava V, Taipale

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literaturangaben)
	psychopharmakologischen Behandlung hinsichtlich Präparates und Dosierung überprüft werden.	hinsichtlich Präparates und Dosierung überprüft werden (Halstead S et al., 2025).	H, Taylor D, Tiihonen J, Young AH; Lancet Psychiatry Physical Health Commission Consortium; McCutcheon RA, Siskind D, Pillinger T. Holistic prevention and management of physical health side-effects of psychotropic medication: second report of the Lancet Psychiatry Physical Health Commission. Lancet Psychiatry. 2025 Sep;12(9):673-699. doi: 10.1016/S2215-0366(25)00162-2. PMID: 40812961. Anmerkung der Redaktion: Die Quelle wurde übernommen.
S. 432	Es ist notwendig, nicht nur die Wirksamkeit der gesundheitsfördernden Maßnahmen zu bewerten, sondern vielmehr sind Implementierungsfaktoren, d. h. förderliche und hinderliche Barrieren, zu berücksichtigen und entsprechende Implementierungsstrategien zu entwickeln.	Es ist notwendig, nicht nur die Wirksamkeit der gesundheitsfördernden Maßnahmen zu bewerten, sondern vielmehr sind Implementierungsfaktoren, d. h. förderliche und hinderliche Barrieren, zu berücksichtigen und entsprechende Implementierungsstrategien zu entwickeln. Ein umfassender Bericht der Lancet Psychiatry Commission Physical Health betont die Bedeutung wirksamer Implementierungsstrategien für Lebensstilinterventionen im Kontext psychischer Erkrankungen und adressiert gezielt die bestehende Evidenz-Praxis-Lücke (Teasdale et al. 2025).	Teasdale SB, Machaczek KK, Marx W, Eaton M, Chapman J, Milton A, Oyeyemi AL, Pelupessy DC, Schuch FB, Gatera G, Ahmed HU, Diatri H, Jidda IM, Gutiérrez-Peláez M, Elshazly M, Fugu MA, Grinko N, Indu PS, Oo SS, Balasubramanian S, Deenik J, Vancampfort D, Stubbs B, Matthews E, Ward PB, Curtis J, Hassan L, Cortese S, Gilbody S; Lancet Psychiatry Physical Health Commission Consortium; Firth J, Rosenbaum S. Implementing lifestyle interventions in mental health care: third report of the Lancet Psychiatry Physical Health Commission. Lancet Psychiatry. 2025 Sep;12(9):700-722. doi: 10.1016/S2215-0366(25)00170-1. PMID: 40812962. Anmerkung der Redaktion: Die Quelle wurde übernommen.
Olaf Reddemann, DEGAM			
S.74	Es muss davon ausgegangen werden, dass eine geringere Gesundheitskompetenz mit einer geringeren Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen verknüpft ist.	Es muss davon ausgegangen werden, dass eine geringere Gesundheitskompetenz mit einer DYSFUNKTIONALEN , insbesondere geringeren Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen verknüpft ist.	Geringe Gesundheitskompetenz ist vermutlich auch Teil der Begründung für dysfunktionale Überinanspruchnahme von Leistungen, da scheint mir die Forschung aber einen blinden Fleck zu haben (Bundesgesundheitsbl 2025 · 68:255–263 https://doi.org/10.1007/s00103-025-04016-6), da sie auf das Tun des Richtigen, aber kaum auf das Lassen des Fal-

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literaturangaben)
			schen/Schädlichen adressiert, wenn es um medizinische Interventionen geht....allein meine klinische Praxis kennt aber viele Fälle meist komplex, aber eben auch im Sinne starker Somatisierung erkrankter Menschen, die komorbide an psychiatrischen Störungen im Sinne der SMI-Definition erkrankt sind, wo es in gleicherweise um Über- wie um Unterversorgung geht. Bezogen auf „unsere Zielgruppe“ wird Unterinanspruchnahme aber möglicherweise führend sein. Anmerkung der Redaktion: Der Änderungsvorschlag wurde übernommen.
S.482	Darstellung der KSV-Psych-RL	Kommentar (gerne gekennzeichnet, falls gewünscht als Kommentar der DEGAM): Trotz der großen Bedeutung hausärztlicher (und somatischer) Versorgung gerade von Menschen mit schweren psychischen und psychiatrischen Störungen, sind Hausarzt*innen als Mitglieder des Behandlungsteams in der KSV-Psych-RL leider nicht vorgesehen. Dies sollte im Zuge von Überarbeitungen geändert werden.	z.B.: https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschlussdokumente/941/2025-08-22_SoKo_Ergebnisbericht.pdf Schneider F, Erhart M, Hewer W, Loeffler LAK, Jacobi F: Mortality and medical comorbidity in the severely mentally ill—a German registry study. Dtsch Arztebl Int 2019; 116: 405–11. DOI: 10.3238/arztebl.2019.0405 Anmerkung der Redaktion: Der Kommentar wurde übernommen.
Dr. Roland Urban, BVDN			
S. 13 Kasten		Explizite Ergänzung um „Gesundheitspolitisch verantwortliche Entscheidungsträger“?	In den Diskussionen wurde auch auf die Wichtigkeit von Veränderungen in der Gesetzgebung zur Krankenversorgung hingewiesen Anmerkung der Redaktion: Ist der Kasten zur Definition von Versorgung in der LL gemeint? Dieser wurde im Gremium abgestimmt.

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literaturangaben)
S.21		Outcome durch „Ergebnis“ ersetzen, da hier offensichtlich dasselbe gemeint ist, wie aus dem ersten Satz ersichtlich	Anmerkung der Redaktion: Die Anmerkung betrifft offenbar den LL-Report. Auf S. 21 wird dort der Bezug zum PICO-Schema erläutert (Population-Intervention-Comparison-Outcome)
S 22 Kasten		Sprache!	Wie kann ein Effekt nahe bei einem Schätzer sei?? Ein Schätzer ist doch offensichtlich eine Person- wie soll die nahe einem Effekt, also einem abstrakten Begriff, sein ?? Anmerkung der Redaktion: Auch hier wird Bezug zum LL-Report genommen. Ein <i>Effektschätzer</i> meint hier einen Punktschätzer , der aus den Daten einer Studie berechnet wird und eine zentrale Rolle in der medizinischen Forschung und evidenzbasierten Entscheidungsfindung spielt. Er beschreibt den geschätzten Effekt einer Intervention auf ein bestimmtes Ergebnis. Typische Beispiele für Effektschätzer sind z. B. Risikoquotient (RR), Odds Ratio (OR) oder Mittlere Differenz .
S 27 1.2		In den Ergebnissen wird häufig mit „üblicher Th.“ (TAU) verglichen. Muss nicht dann auch eine Definition der „übl, Th“. versucht werden?	Anmerkung der Redaktion: Eine Zuordnung des Änderungsvorschlages hat nicht erfolgen können.
S 34 und weitere S 76 und weitere	Relevante Einschl.-Kriterien Ergebnisse Verteilung nach Länder	PICOS Auflösung des Akronyms ...nach Ländern	Patient/Population Intervention Comparison Outcome Anmerkung der Redaktion: PICO-Schema wird im Abkürzungsverzeichnis des LL-Dokumentes aufgelöst. Länder vs. nach Ländern wird im abschließenden Lektorat berücksichtigt.
In Absprache mit Dr. Michael Konrad und Matthias Rosemann wurde eine Ergänzung im Matrixkapitel vorgenommen			
S. 479	unter 13.2 Sozialrechtliche Rahmenbedingungen	Ergänzung eines Abschnittes zum Zugang zu Leistungen von Reha und Teilhabe, um der Komplexität und Fragmentierung besser zu	Anmerkung der Redaktion: Neues Kapitel: 13.2.2 Zugang zu Leistungen von Rehabilitation und Teilhabe: Klärung der Zuständigkeiten

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literaturangaben)
		begegnen und eine größere Klarheit und Anwenderfreundlichkeit in der LL zu erreichen.	S. 479ff.
Anmerkungen des DVE zur S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ zum Zeitpunkt der Einholung der finalen Zustimmung zur Leitlinie			
S. 357, 10.5 Evidenzkapitel: Spezifische ergotherapeutische Interventionen, 10.5.1 Hintergrund, Absatz 4	Der Ergotherapie-Weltverband (World Federation of Occupational Therapists, WFOT) bezeichnet ET als „klientenzentrierten Gesundheitsberuf zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden durch Betätigung“ (WFOT 2012). Auch der Deutsche Verband Ergotherapie (DVE) versteht ET in diesem Sinn. Danach zielen ergotherapeutische Interventionen darauf ab, Menschen zu begleiten, zu unterstützen und zu befähigen, die in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt oder von Einschränkungen bedroht sind (DVE 2007). Den Menschen soll es ermöglicht werden, für sie bedeutungsvolle Betätigungen in den Lebensbereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit in ihrer Umwelt durchführen zu können. ET zielt also auf das (Wieder-)Erlangen sinnerfüllter Betätigungen im Alltag ab. Gleichzeitig wird Betätigung auch	Der Ergotherapie-Weltverband (World Federation of Occupational Therapists, WFOT) bezeichnet ET als einen Gesundheitsberuf, der Gesundheit und Wohlbefinden durch die Teilhabe an Betätigungen befördert, die von Menschen gewünscht, gebraucht oder erwartet werden “ (WFOT 2025). Auch der Deutsche Verband Ergotherapie (DVE) versteht ET in diesem Sinn. Ergotherapeutische Interventionen zielen deshalb darauf ab, Menschen zu begleiten, zu unterstützen und zu befähigen, „ die das Anliegen bzw. den Bedarf haben, sich selbst, ihr Handeln und ihre Alltags- und Lebenswelt zu verändern [um sie in ihrer] Handlungskompetenz, Teilhabe und Lebensqualität nachhaltig zu stärken. “ (DVE 2025). Im Fokus der ET steht also das (Wieder-) Erlangen sinnerfüllter Betätigungen im Alltag.	Absatz 4 beginnt mit den Definitionen des Weltverbandes der Ergotherapeut:innen (WFOT) sowie der Ergotherapie-Definition des DVE. Beide wurden im Laufe des Jahres 2025 aktualisiert. Will man diese Neuerungen berücksichtigen, müsste der Hintergrundtext hier angepasst werden. Quelle WFOT: https://wfot.org/news/2025/updated-definition-of-occupational-therapy Quelle DVE: https://www.dve.info/infothek/begriffsbestimmung Anmerkung der Redaktion: wurde übernommen, da Aktualisierung an der Stelle bedeutsam

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literaturangaben)
	als therapeutisches Medium eingesetzt; d. h. mit Patient:innen werden mögliche individuell bedeutungsvolle Aktivitäten erarbeitet und differenziert im Rahmen der Therapie angeboten und durchgeführt.		
S. 359, 1. Satz	Ergotherapeutische Grundhaltungen, Sichtweisen und Fachbegriffe konvergieren auch deutlich mit dem biopsychosozialen Modell und der Sprache des d-Kapitels „Aktivitäten und Teilhabe“ der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der WHO (WHO 2005a).	Ergotherapeutische Grundhaltungen, Sichtweisen und Fachbegriffe konvergieren auch deutlich mit dem biopsychosozialen Modell der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der WHO (WHO 2005a) und der Sprache des d-Kapitels „Aktivitäten und Teilhabe“.	logischer Aufbau, Reihenfolge Anmerkung der Redaktion: wurde übernommen, rein redaktionell
S. 384, Kleingedrucktes, letzter Satz	Weiterhin bietet das Clubhouse seinen Mitgliedern die Möglichkeit zu externer übergangsweiser Beschäftigung, um sich auf die Anforderungen kompetitiver Beschäftigung sowie zu Supported and Independent Employment (Schonebaum et al. 2006; Crowther 2001; McKay et al. 2016).	Weiterhin bietet das Clubhouse seinen Mitgliedern die Möglichkeit zu externer übergangsweiser Beschäftigung, um sich auf die Anforderungen kompetitiver Beschäftigung sowie auf Supported and Independent Employment vorzubereiten (Schonebaum et al. 2006; Crowther 2001; McKay et al. 2016).	Richtig interpretiert? Redaktionell Anmerkung der Redaktion: wurde übernommen, rein redaktionell
S. 414, 1. Satz (beginnt auf voriger Seite)	Die Auswahl der Behandlungsstrategie sollte auch diese prä-	Die Auswahl der Behandlungsstrategie sollte auch diese präventiven Aspekte berücksichtigen, worauf mehrere Initiativen	redaktionell

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literaturangaben)
	ventiven Aspekte berücksichtigen, worauf mehrere Initiativen wie beispielsweise Choosing Wisely des American Board of Internal Medicine (ABIM) hingewiesen (Urness et al. 2016).	wie beispielsweise Choosing Wisely des American Board of Internal Medicine (ABIM) hingewiesen haben (Urness et al. 2016).	Anmerkung der Redaktion: wurde übernommen, rein redaktionell
S. 474, 1. Absatz	Die krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit und die daraus resultierenden Einschränkungen der Aktivitäten und Teilhabe können mit der ICF in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren erfasst werden und bilden die Grundlage für eine umfassende Rehabilitations- und Teilhabeplanung (WHO 2005b). Die Basis bildet das Bio-psycho-soziale Modell von Gesundheit (WHO 2005b) (Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.) .	Die krankheitsbedingten Störungen der Körperfunktionen und die Einschränkungen der Aktivitäten und Teilhabe können mit der ICF erfasst werden. Gleiches gilt für die Kontextfaktoren der Person, die damit in Wechselwirkung stehen und sich förderlich oder hinderlich auf die Funktionsfähigkeit auswirken. Die ICF liefert die grundlegende Struktur für eine umfassende Rehabilitations- und Teilhabeplanung (WHO 2005b). Ihre Basis bildet wiederum das bio-psycho-soziale Modell von Gesundheit (WHO 2005b) (Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.) .	Fokus Wechselwirkungen in der ICF im Gegensatz zum linear gedachten Krankheitsfolgenmodell des ICF-Vorgängers ICIDH (https://klassifikationen.bfarm.de/icf/icfhtml2005/zusatz-01-vor-vorwort.htm) Anmerkung der Redaktion: wurde übernommen, Klarstellung des Modells
S. 474, letzter Absatz, 2. Satz	Ein Gesundheitsproblem, das mit einer ICD-Diagnose erfasst wird, kann zu einer längerfristigen Beeinträchtigung der Körperfunktionen führen, die bei Menschen mit psychischen Erkrankungen als Mentale Funktionen erfasst werden. Die Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit (z.B. Stimmen	Menschen mit psychischen Erkrankungen, deren Gesundheitsproblem mit einer ICD-Diagnose erfasst wird, können längerfristige Störungen der Körperfunktionen aufweisen , die in der ICF unter den Mentalen Funktionen klassifiziert sind . Die Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit, z.B. durch Stimmen hören, kann auf Ebene der Aktivitäten z. B.	Bezüge, Reihenfolge, Rangfolge Anmerkung der Redaktion: wurde übernommen, Reihenfolge und Bezüge stärker dargestellt

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literaturangaben)
	hören) kann zu einer Einschränkung der Aktivitäten (z. B. ungestörte Gesprächsführung) und einer Einschränkung der Partizipation (z. B. klärende Gespräche im Familien- oder Kollegenkreis führen). Die Teilhabefähigkeit wird von verschiedenen fördernden oder hemmenden Kontextfaktoren beeinflusst. Dabei wird zwischen Umweltfaktoren (z. B. soziale Unterstützung und gesellschaftliche Einstellungen) und Personbezogenen Faktoren (z. B. soziodemographische und biografische Faktoren, mentale Funktionsfähigkeit, Bildung) unterschieden. Eine Behinderung liegt vor, wenn die Einschränkung der Teilhabe länger als ein halbes Jahr vorliegt oder droht, eine wesentliche Behinderung liegt vor, wenn die Einschränkung der gleichberechtigten Teilhabe erheblich ist.	die ungestörte Gesprächsführung einschränken und verhindern, dass ein Mensch z. B. klärende Gespräche im Familien- oder Kollegenkreis führen kann, was seine Teilhabe beeinträchtigt .	
S. 474, vorletzter Satz	Die Teilhabefähigkeit wird von verschiedenen fördernden oder hemmenden Kontextfaktoren beeinflusst.	Die Teilhabe wird von verschiedenen fördernden oder hemmenden Kontextfaktoren beeinflusst.	Ist an dieser Stelle nicht eher Teilhabe gemeint? „Teilhabefähigkeit“ bzw. „Fähigkeitsstörung“ insgesamt gibt es nicht in der ICF (ICF, 2005: https://klassifikationen.bfarm.de/icf/icfhtml2005/zusatz-01-vor-vorwort.htm). Anmerkung der Redaktion: Die korrekte Bezeichnung wurde übernommen.

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literaturangaben)
S. 492, Zeile 1	Voraussetzung ist, dass im Pflegeprozess die Fähigkeitsstörungen (ICF) positiv beeinflusst werden können.	Voraussetzung ist, dass im Pflegeprozess die Fähigkeitsstörungen positiv beeinflusst werden können.	In der HpK-RL stehen zwar immer noch die „Fähigkeitsstörungen“, aber der Bezug zur ICF wird nicht hergestellt, da dieser ja auch nicht korrekt wäre (s. o.). In der gesamten Richtlinie findet sich kein Verweis auf die ICF. Quelle: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3866/HKP-RL_2025-05-15_iK-2025-08-05.pdf ; § 4 Anmerkung der Redaktion: Der Verweis auf die ICF wurde entfernt.
S. 475, Abbildung 7: Bio-psycho-soziales Modell der ICF	In der Abbildung steht die „Beeinträchtigung von Körperfunktionen“ (hier der mentalen Funktionen) links neben dem Gesundheitsproblem, auf die es sich beziehen soll; ergänzt um den Zusatz „bei psychischer Erkrankung“.	Wenn die Abbildung die Übertragung des bio-psycho-sozialen Modells der ICF auf die konkrete Thematik der LL darstellen soll(?), muss die „psychische Erkrankung“ bzw. eigentlich die „schwere psychische Erkrankung“ (entsprechend der Zielgruppe der LL) unter dem „Gesundheitsproblem“ stehen. Der Teil „Beeinträchtigung der mentalen Funktionen“ könnte dort stehen bleiben und bräuchte den Pfeil zu den „Körperfunktionen und -strukturen“. Da sind sie verortet. Entsprechend könnte man sie auch in Klammern darunterschreiben. Der Zusatz rechts oben „Erfassung von Gesundheitsproblemen und deren Auswirkungen unter Berücksichtigung von Kontextfaktoren“ ist an dieser Stelle verzichtbar und eignet sich eher als Titel zur Abbildung insgesamt. Vor diesem Hintergrund stellt sich auch die Frage, weshalb die „Störung der mentalen Funktionen“ bei den Körperfunktionen/-	Anmerkung der Redaktion: Eine Überarbeitung des Modells zu diesem Zeitpunkt kann nicht umgesetzt werden. Die wertvolle Anregung wird zu einem späteren Zeitpunkt aufgegriffen.

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literaturangaben)
		strukturen herausgestellt wird und bei Aktivitäten und Partizipation wiederum kein typisches Beispiel in der Abbildung vermerkt wird. Das stellt ausschließlich die Funktion in den Mittelpunkt. Das wäre durch die Ergänzung je eines Beispiels unter Aktivitäten und Partizipation und den Kontextfaktoren leicht aufzulösen, würde den Wert der Abbildung steigern und den Nutzen der ICF verdeutlichen. Oder man belässt die Abbildung pur. Beispiele sind ja im Text enthalten. Vielleicht könnte man auch einfach die Original-Abbildung aus der ICF verwenden?	
Anmerkungen der BAG KT zur S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ zum Zeitpunkt der Einholung der finalen Zustimmung zur Leitlinie			
10.4 Evidenzkapitel: Künstlerische Therapien 10.4.2 Internationale Evidenz S. 350	Kunsttherapie „Kunsttherapie ist die therapeutische Anwendung bildender Kunst. Sie fördert die Fähigkeit des Menschen zum Ausdruck, zur Kommunikation und zur Bewältigung persönlicher Themen und Probleme“ (SKaKS 2020).	Kunsttherapie wendet Bildende Kunst therapeutisch an. Mit zeichnerischen, malerischen, plastischen und anderen Medien werden im Rahmen der therapeutischen Beziehung psychische Entwicklungsprozesse ermöglicht. Es entstehen sinnlich erfahrbare Werke, die Erfahrungen, Gefühle, Gedanken und Fantasien abbilden. (DFKGT/BAG KT 2019)	Definitionen der Künstlerischen Therapien werden innerhalb der BAG KT mit ihren Mitgliedsverbänden auf ein allgemeines Berufsbild für alle Fachrichtungen abgestimmt. https://www.dfkgk.de/page.cfm?id=1519&pre=1&&source=liste_1791 https://www.bagkt.de/media/documents/2019-04-12-BAGKT-Berufsbild_Kuenstlerischer_Therapeut.pdf?m=1761738583& https://www.bagkt.de/media/documents/Konsenspapier_Berufsbild_2018_09.pdf?m=1759839662& Anmerkung der Redaktion: Die intern in der BAG KT abgestimmte Definition wurde übernommen. Wir hoffen, dass

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literaturangaben)
			alle AGs und Verbände im Fachbereich mit dieser Definition übereinstimmen. Übernommen wurde folgende Quelle: https://www.bagkt.de/media/documents/2019-04-12-BAGKT-Berufsbild_Kuenstlerischer_Therapeut.pdf?m=1761738583&
S. 355	Künstlerische Therapien mit ihren Spezialisierungen in Musik-, Kunst-, Tanz- und Theatertherapie sollten Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Abhängigkeit von individuellen Bedarfen und Präferenzen angeboten werden.	... in Kunst-, Musik-, Tanz-, Theatertherapie u.a....	Redaktionelle Änderung, Bitte um alphabetische Nennung wie im Konsenspapier beschrieben: https://bagkt.de/qualitaet/konsenspapier.php Anmerkung der Redaktion: Reihung wurde übernommen, redaktionell

Literaturverzeichnis

- Crowther, R. E. (2001): Helping people with severe mental illness to obtain work. Systematic review. In: *BMJ* 322 (7280), S. 204–208. DOI: 10.1136/bmj.322.7280.204.
- DIMDI (2014): DIMDI - ICD-10-WHO Version 2013. Online verfügbar unter <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-who/kodesuche/onlinefassungen/html-amtl2013/>, zuletzt aktualisiert am 15.12.2014, zuletzt geprüft am 17.09.2015.
- DVE (2007): Definition Ergotherapie. Hg. v. Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. Online verfügbar unter <https://dve.info/ergotherapie/definition>, zuletzt geprüft am 13.12.2022.
- Gaigl, Gabriele; Täumer, Esther; Merz, Katharina; Zöcher, Sabina; Wagner, Sarah; Kösters, Markus et al. (2021): Multifactorial barriers in the implementation of schizophrenia and psychosocial therapies guidelines: A quantitative study across different professions. In: *Schizophrenia research* 228, S. 425–434. DOI: 10.1016/j.schres.2021.01.010.
- Hsieh, Wen-Ling; Li, I-Hsien; Liu, Wen-I (2023): Effects of empowerment-based illness management on the medication adherence and recovery of persons with schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. In: *International journal of mental health nursing* 32 (4), S. 1008–1024. DOI: 10.1111/inm.13123.
- Kösters, M.; Staudigl, L.; Picca, A-C; Schmauß, M.; Becker, T.; Weinmann, S. (2017): Qualitätsindikatoren für die Behandlung von Menschen mit Schizophrenie – Ergebnisse einer Anwendungsstudie. In: *Psychiatr Prax* 44, S. 163–171. DOI: 10.1055/s-0042-112300.
- Lean, Melanie; Fornells-Ambrojo, Miriam; Milton, Alyssa; Lloyd-Evans, Brynmor; Harrison-Stewart, Bronwyn; Yesufu-Udechuku, Amina et al. (2019): Self-management interventions for people with severe mental illness: systematic review and meta-analysis. In: *The British journal of psychiatry : the journal of mental science* 214 (5), S. 260–268. DOI: 10.1192/bjp.2019.54.
- McKay, C.; Nugent, K. L.; Johnsen, M.; Eaton, W. W.; Lidz, C. W. (2016): A Systematic Review of Evidence for the Clubhouse Model of Psychosocial Rehabilitation. In: *Adm Policy Ment Health*. DOI: 10.1007/s10488-016-0760-3.
- Morales-Pillado, Carla; Fernández-Castilla, Belén; Sánchez-Gutiérrez, Teresa; González-Fraile, Eduardo; Barbeito, Sara; Calvo, Ana (2023): Efficacy of technology-based interventions in psychosis: a systematic review and network meta-analysis. In: *Psychological medicine* 53 (13), S. 6304–6315. DOI: 10.1017/S0033291722003610.
- Schladitz, Katja; Weitzel, Elena C.; Löbner, Margrit; Soltmann, Bettina; Jessen, Frank; Schmitt, Jochen et al. (2022): Demands on Health Information and Clinical Practice Guidelines for Patients from the Perspective of Adults with Mental Illness and Family Members: A Qualitative Study with In-Depth Interviews. In: *International journal of environmental research and public health* 19 (21). DOI: 10.3390/ijerph192114262.
- Schonebaum, Andrew D.; Boyd, Jeremy K.; Dudek, Kenneth J. (2006): A comparison of competitive employment outcomes for the clubhouse and PACT models. In: *Psychiatric services (Washington, D.C.)* 57 (10), S. 1416–1420. DOI: 10.1176/appi.ps.57.10.1416.
- Urness, Douglas; Parker, Naomi J.; Rapoport, Mark J.; Wilkes, Thomas C. R. (2016): Choosing Wisely: Wise Choices in Psychiatry. In: *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie* 61 (11), S. 700–704. DOI: 10.1177/0706743716643823.
- WFOT (2012): Definition Occupational Therapy, zuletzt geprüft am 13.12.2022.
- WHO (2005a): ICF - Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit: Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI, WHO-Kooperationszentrum für das System Internationaler Klassifikationen.

Online verfügbar unter <http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endfassung/>, zuletzt geprüft am 20.05.2015.

WHO (2005b): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Hg. v. Weltgesundheitsorganisation. Online verfügbar unter <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icf/>, zuletzt geprüft am 07.12.2020.

Versionsnummer:	3.0
Erstveröffentlichung:	11/2012
Letzte inhaltliche Überarbeitung:	11/2025
Nächste Überprüfung geplant:	11/2030

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