

# S3

## LEITLINIE

# S3-Leitlinie Schizophrenie

Leitlinienreport | Fassung vom 17.12.2025

Version 4.1

---

## **Federführende/Herausgebende Fachgesellschaft:**

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

---

AWMF-Register Nr. 038 - 099

Verfügbar unter: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-009> und <https://app.magicapp.org/#/guideline/jlYvKL>

## **Versionen**

Version 4.0 vom 15.10.2025

Version 4.1 vom 17.12.2025

# Inhaltsverzeichnis

<b>1. Geltungsbereich und Zweck</b>	<b>4</b>
<b>2. Zusammensetzung der Leitliniengruppe: Beteiligung von Interessengruppen</b>	<b>6</b>
<b>3. Methodik der Leitlinienaktualisierung</b>	<b>11</b>
<b>3.1 Recherche, Auswahl und Bewertung wissenschaftlicher Belege (Evidenzbasierung)</b>	<b>11</b>
3.1.1 Formulierung von Fragestellungen	11
3.2.2 Verwendung existierender Leitlinien zum Thema	11
3.2.3 Systematische Literaturrecherche	13
3.2.4 Auswahl der Evidenz	14
3.2.5 Bewertung der Evidenz	15
3.2.6 Erstellung von Evidenztabellen / GRADE Profile	18
<b>3.3 Verabschiedung der Empfehlungen und strukturierte Konsensfindung</b>	<b>21</b>
<b>4. Interne und externe Begutachtung und Verabschiedung</b>	<b>23</b>
<b>5. Redaktionelle Unabhängigkeit</b>	<b>27</b>
5.1 Finanzierung der Leitlinie	27
5.2 Darlegung von und Umgang mit potenziellen Interessenkonflikten	28
<b>6. Verbreitung und Implementierung der Leitlinie</b>	<b>29</b>
<b>7. Gültigkeitsdauer und Aktualisierungsverfahren</b>	<b>30</b>
<b>8. Literatur</b>	<b>31</b>
<b>Anhang 1 Tabelle zur Erklärung von Interessen und Umgang mit Interessenkonflikten</b>	<b>34</b>
<b>Anhang 2 Methodenkritische Aspekte zu pharmakologischen und psychotherapeutischen klinischen Studien</b>	<b>119</b>
<b>Anhang 3 Recherchestrategien</b>	<b>126</b>
<b>Anhang 4 Abstimmungsergebnisse aller Empfehlungen und Statements</b>	<b>130</b>
<b>Anhang 5 GRADE Evidenzprofile</b>	<b>173</b>

## 1. Geltungsbereich und Zweck

Die vorliegende Behandlungsleitlinie Schizophrenie stellt eine Aktualisierung und vollständige inhaltliche Erweiterung der S3-Leitlinien Schizophrenie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) aus dem Jahr 2019 dar. Die Leitlinie wurde zwischen 2021 und 2025 von einer Gruppe von Experten, Betroffenen- und Angehörigenvertretern und Vertretern verschiedener Berufsgruppen entwickelt. Die Leitlinie wurde im Hinblick auf das AWMF-Regelwerk als patientenzentrierte, evidenz- und konsensbasierte Leitlinie konzipiert. Die Leitlinie besteht aus einer Langversion (mit den Empfehlungstexten und den wichtigsten diesen Empfehlungen zugrundeliegenden wissenschaftlichen Evidenzen), der MagicApp Version, den Algorithmen, und diesem Leitlinien- und Evidenzreport. Mit dieser Version sind die Vorbereitungen für eine Überführung in eine Living Guideline erfolgt. Die Methodik für diesen Prozess ist andernorts beschrieben<sup>1</sup>.

Die Ziele dieser Leitlinie sind:

- die Diagnostik, Behandlung und Rehabilitation von Menschen mit Schizophrenie in Deutschland zu optimieren,
- die medikamentöse, psychotherapeutische und psychosoziale Behandlung der Schizophrenie in Deutschland phasenspezifisch auszurichten und zu verbessern,
- die Versorgungsabläufe und den Versorgungsbedarf in den einzelnen Krankheitsphasen von Menschen mit Schizophrenie darzustellen und Hinweise für eine Verbesserung der Koordination der Leistungserbringer vorzulegen,
- Schlüsselempfehlungen hinsichtlich der Verbesserung der Gestaltung des Versorgungssystems und -ablaufs in allen Phasen der Schizophrenie-Behandlung zu formulieren,
- vorrangige Versorgungsprobleme bei der Schizophrenie-Behandlung unter Einbezug von medizinischen Experten, Leistungserbringern, Betroffenen und deren Angehörigen zu identifizieren und hierfür spezifische Verbesserungsvorschläge vorzulegen,
- Empfehlungen nach dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis und auf Basis von guter Versorgungspraxis unter Einsatz evidenz- und konsensbasierter Methoden zu erstellen,
- Empfehlungen zur Verbesserung der (sektorenübergreifenden) Koordination der Versorgung von Menschen mit Schizophrenie zu geben,
- die Implementierung der Leitlinie zu organisieren und diese mit Hilfe von Qualitätsindikatoren zu evaluieren, um so die Versorgung von Menschen mit Schizophrenie zu verbessern.

### **Patientenzielgruppe**

Grundsätzlich bezieht sich die Leitlinie auf Menschen mit der Diagnose einer Schizophrenie (Diagnose-Code F20 nach der ICD-10 Klassifikation) im Erwachsenenalter. Spezifische Abschnitte beziehen sich speziell auf Kinder und Jugendliche sowie Personen im höheren Lebensalter (über 65 Jahren) mit der Diagnose einer Schizophrenie.

### **Versorgungsbereich**

Die Versorgung von Menschen mit Schizophrenie erfolgt sowohl ambulant als auch (teil-) stationär in Abhängigkeit von Krankheitsstadium, Ausprägungsgrad der Symptome sowie Akuität der Symptomatik. Aufgrund der krankheitsstadienabhängigen spezifischen Versorgungsbedürfnisse der betroffenen Personen (z.B. akute stationär-psychiatrische Behandlung bei

<sup>1</sup> <https://www.uni-augsburg.de/de/fakultaet/med/profs/psychiatrie-und-psychotherapie/s3-leitlinie-schizophrenie/>

akuten Krankheitsschüben, anschließend medizinische und/oder berufliche Rehabilitation gefolgt von ambulanter hausärztlicher und psychiatrischer/psychotherapeutischer oder nervenärztlicher Behandlung) besteht in der Behandlung von Menschen mit einer Schizophrenie sektorenübergreifender Versorgungsbedarf. Mit Hilfe dieser Leitlinie ist die Versorgung von Menschen mit Schizophrenie dahingehend zu verbessern, dass je nach Verlauf, Verlaufsstadium und -prognose sowie individueller Krankheitsausprägung geeignete Behandlungsangebote und Versorgungsstrukturen koordiniert zum Einsatz kommen.

### ***Anwenderzielgruppe/Adressaten***

Die Leitlinie richtet sich an alle Berufsgruppen im klinischen, niedergelassenen und ambulanten Bereich, die in der Diagnostik, Behandlung und Versorgung von Menschen mit Schizophrenie tätig sind. Dazu zählen insbesondere Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Nervenheilkunde sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie, psychologische Psychotherapeuten, Pflegefachpersonen, Sozialarbeiter, Ergotherapeuten, Therapeuten künstlerischer Therapien, Neuropsychologen sowie weitere in der Versorgung beteiligte Berufsgruppen. Darüber hinaus richtet sich die Leitlinie an Leitungspersonen und Entscheidungsträger in psychiatrischen Kliniken, Tageskliniken, Institutsambulanzen und gemeindenahen psychiatrischen Versorgungsnetzwerken sowie an Angehörigen- und Betroffenenvertretungen, die aktiv in den Leitlinienprozess eingebunden waren. Sie dient zudem als Informationsquelle für weitere Akteure im Gesundheitswesen, insbesondere für Kostenträger, gesundheitspolitische Entscheidungsträger, Behörden sowie die interessierte Öffentlichkeit.

## 2. Zusammensetzung der Leitliniengruppe: Beteiligung von Interessengruppen

Das für den Nutzerkreis der Leitlinie repräsentativ zusammengesetzte Leitliniengremium bestand aus den im Folgenden genannten Personen und Organisationen. Besonders wichtig war eine repräsentative Einbindung der an der Versorgung von Menschen mit Schizophrenie beteiligten Berufsgruppen. Ebenso wichtig war die Einbeziehung von Betroffenen- und Angehörigenvertretern im gesamten Leitlinienprozess.

Die Leitliniengruppe bestand aus einer Schizophrenie-Guideline-Gruppe, untergliedert in eine Steuerungsgruppe und einer Expertengruppe, sowie einer Evidenzgruppe und einer Konsensusgruppe. Herausgeber der Leitlinie ist die **Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)**, die den Leitlinienaktualisierungsprozess federführend umgesetzt hat. Die Moderation aller Konsensuskonferenzen sowie die methodische Beratung und Begleitung während des gesamten Leitlinienaktualisierungsprozesses erfolgte durch **Frau Professor Dr. Ina Kopp, Leiterin des AWMF-Instituts für Medizinisches Wissensmanagement (AWMF-IMWi). DGPPN-Steuerungsgruppe**

Die **Steuerungsgruppe** übernahm die Leitung, Koordination und Organisation des gesamten Leitlinienprozesses, einschließlich der Vorbereitung von Sitzungen, Telefonkonferenzen und schriftlichen Abstimmungen, methodischen Vorbereitungen, Durchführung der Evidenzrecherchen, Bewertung der Literatur, Erstellung von Evidenztabelle sowie das Verfassen von Leitlinientexten:

### *Projektleitung*

- Prof. Dr. Alkomiet Hasan, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Bezirkskrankenhaus Augsburg (federführend)
- Prof. Dr. Stefan Leucht, Klinikum rechts der Isar, Technische Universität München
- Prof. Dr. Wolfgang Gaebel, LVR-Klinikum Düsseldorf – Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
- Prof. Dr. Peter Falkai, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Klinikum der Universität München

### *Projektorganisation und -koordination, Federführung der inhaltlichen Ausarbeitungen:*

- Prof. Dr. Alkomiet Hasan, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Bezirkskrankenhaus Augsburg

### *Projektorganisation und -koordination, wissenschaftliche und methodische Vor- und Nachbereitungen:*

- Dr. Theresa Halms, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Bezirkskrankenhaus Augsburg

### **Konsensusgruppe**

Die für den Anwenderkreis der Leitlinie repräsentativ zusammengestellte Konsensusgruppe umfasste die an der therapeutischen Versorgung von Menschen mit Schizophrenie maßgeblich beteiligten Fachgesellschaften, Berufsverbände und Patienten- und Angehörigenorganisationen. Diese wurden größtenteils von der DGPPN-Steuerungsgruppe eingeladen. In der

ersten Steuerungsgruppensitzung am 12.12.2022 wurde die Repräsentativität der Konsensusgruppe überprüft und es wurden wichtige, noch nicht berücksichtigte Organisationen nachnominiert. Zusätzlich wurden von der Steuerungsgruppe die Anträge einzelner Organisationen zur Beteiligung an der Konsensusgruppe geprüft und deren Aufnahme i.d.R. genehmigt.

Die Beteiligung von Patienten- und Angehörigenvertretern war durch die Anwesenheit der Mandatsträger des Bundesverbands der Psychiatrie Erfahrenen e.V. und des Bundesverbands der Angehörigen psychisch Kranker e.V. bei allen Steuerungsgruppensitzungen und Konsensuskonferenzen gewährleistet.

#### **Mitglieder der Konsensusgruppe:**

<b>Fachgesellschaft/Organisation</b>		<b>Mandatsträger/in</b>	<b>Stellvertreter/in</b>
AGNP	Arbeitsgemeinschaft für Neuropsychopharmakologie und Pharmakotherapie e.V.	Prof. Dr. Christian Müller	Prof. Dr. Michael Bauer
BAG KJPP	Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V.	Dr. Claus-Rüdiger Haas	
BAG KT	Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien e.V.	Silke Ratzeburg	Erdmute Scheufele
BApK	Bundesverbandes der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V	Gabriele Glocker	Karl-Heinz Möhrmann
BAPP	Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege e.V.	Prof. Dr. Günter Meyer	
BAR	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation	Dr. Teresia Widera	
BASTA	Bündnis für psychisch erkrankte Menschen	Anonym (Name allen Teilnehmenden Personen bekannt)	Elfriede Scheuring
BdB	Bundesverband der Berufsbe treuer/innen e.V.	Anja Pfeifer	Andrea Schwin-Haumesser
BDK	Bundesdirektorenkonferenz	Prof. Dr. Euprosyne Gouzoulis-Mayfrank (bis Februar 2024) Prof. Dr. Birgit Jansen (ab März 2024)	Dr. Sylvia Claus
BDP	Berufsverband deutscher Psychologinnen u. Psychologen e.V.	Inge Neiser	Dr. Johanna Thünker
BED	Bundesverband für Ergotherapeut:innen in Deutschland e.V.	Sabrina Heizmann (ab September 2023)	Dorothea Schmidt (ab September 2023)
BFLK	Bundesfachverband Leitender Krankenpflegepersonen in der Psychiatrie	Ulrike Dogue	Silke Ludowisy-Dehl
BKJPP	Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik	Dr. Reinhard Martens	

	und Psychotherapie in Deutschland e.V.		
BPE	Bundesverband Psychiatrie-Erfahrene	Astrid Baune (bis November 2023) Bettina Otto-Lange (ab November 2025)	
BPtK	Bundespsychotherapeutenkammer	Dr. Nikolaus Melcop	Dr. Tina Wessels Dr. Alessa Jansen (seit Juni 2025)
BVDN	Berufsverband deutscher Nervenärzte	Constanze Schmutzer (bis Januar 2025) Dr. Roland Urban (seit Januar 2025)	Dr. Sabine Köhler (bis Januar 2025)
BVDP	Berufsverband deutscher Psychiater e.V.	Dr. Roland Urban (bis Januar 2025) Constanze Schmutzer (seit Januar 2025)	Dr. Christa Roth-Sackenheim (bis Februar 2025) Dr. Christel Werner (ab Februar 2025)
bvvp	Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e.V.	Benedikt Waldherr (bis Dezember 2024) Prof. Dr. Betteke van Noort (ab Dezember 2024)	
DÄVT	Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie	PD Dr. Tanja Veselinovic	Prof. Dr. Thomas Messer
DDPP	Dachverband Deutschsprachiger Psychosen Psychotherapie e.V.	Prof. Dr. Stefan Klingberg	
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V.	Prof. Dr. Stefan Wilm	Prof. Dr. Erika Baum
DFPP	Deutsche Fachgesellschaft für Psychiatrische Pflege	Prof. Dr. Michael Schulz	Jacob Helbeck
DGBP	Deutsche Gesellschaft für Biologische Psychiatrie e.V.	Georg Juckel	Prof. Dr. Igor Nenadic
DGGPP	Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V.	Prof. Dr. Tillmann Supprian	Dr. Beate Baumgarte
DGHP	Deutsche Gesellschaft für Hirnstimulation in der Psychiatrie e.V.	Prof. Dr. Berthold Langguth	PD Dr. Heiko Ullrich
DGKJP	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V.	Prof. Dr. Michael Kölch	Prof. Dr. Stephan Bender
DGPs	Deutsche Gesellschaft für Psychologie e.V.	Prof. Dr. Mar Rus-Calafell	Prof. Dr. Dr. Kerem Böge
DGPE	Deutsche Gesellschaft für Psychoedukation e.V.	Dr. Matthias Bender	Dr. Gabriele Pitschel-Walz



DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde	Prof. Dr. Andreas Meyer-Lindenberg Referat Forensische Psychiatrie: Prof. Dr. Jürgen Müller (ab Mai 2024)	Prof. Dr. Steffi Riedel-Heller  Referat Forensische Psychiatrie: Dr. Sven Krimmer (ab Mai 2024)
DGPT	Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e.V.	Prof. Dr. Christiane Montag	Prof. Dr. Dorothea von Haebler
DGS	Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention e.V.	Dr. Tim J. Krause	Prof. Dr. Burkhard Jabs
DGSF	Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie und Familientherapie e.V.	Dr. Laura Galbusera	Kevin Ibal
DGSP	Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V.	Dr. Jann Schlimme	Prof. Dr. Uwe Gonthier
DGVT	Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V.	Prof. Dr. Gregor Szycik	
DPtV	Deutsche Psychotherapeutenvereinigung e.V.	Dr. Christina Jochim	Dr. Cornelia Rabe-Menssen Dr. Lara Wieland (ab Juni 2025)
DVE	Deutscher Verband Ergotherapie e.V.	Rebecca Herm	Kerstin Ziehn
DVGP	Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V.	Nils Greve	Kay Herklotz
DVSG	Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V.	Claudia Welk	Beatrix Martin (ab Februar 2024)
GNP	Deutsche Gesellschaft für Neuropsychologie e.V.	Prof. Dr. Cornelia Exner	Dr. Anna Pajkert
LIPPs	Verein der Lehrstuhlinhaber für Psychiatrie und Psychotherapie e.V.	Prof. Dr. Eva Meisenzahl	Prof. Dr. Andreas Fallgatter
SG	Systemische Gesellschaft	Dr. Wolfgang Dillo	Dr. Hagen Böser

**Mitglieder der Expertengruppe:**

<b>Experte</b>	<b>Themenbereiche</b>
<b>Prof. Dr. Andreas Bechdorf</b> Kliniken für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik mit FRITZ am Urban & soul-space, Vivantes Klinikum Am Urban und Vivantes Klinikum im Friedrichshain, Berlin/Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, CCM, Charité Universitätsmedizin Berlin, corporate member of Freie Universität Berlin and Humboldt-Universität zu Berlin	Psychosoziale Interventionen, gemeindepsychiatrische Interventionen, Rehabilitation, Versorgungsforschung, Früherkennung
<b>Prof. Dr. Christoph U. Correll</b> Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, CVK, Charité Universitätsmedizin Berlin, corporate member of Freie Universität Berlin and Humboldt-Universität zu Berlin/Donald and Barbara Zucker School of Medicine at Hofstra/Northwell, Department of Psychiatry and Molecular Medicine	Kinder- und Jugendpsychiatrie, Meta-Analysen, Pharmakotherapie
<b>Prof. Dr. Martin Lambert</b> Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf	Versorgungsstrukturen, innovative Versorgungsmodelle, Versorgungskoordination
<b>Prof. Dr. Tania Lincoln</b> Klinische Psychologie und Psychotherapie, Fakultät für Psychologie und Bewegungswissenschaft, Universität Hamburg	Psychotherapie, Psychosoziale Therapien
<b>Prof. Dr. Stefanie Schmidt</b> Abteilung für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Universität Bern	Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie- und Psychotherapie
<b>Prof. Dr. Thomas Wobrock</b> Zentrum für Seelische Gesundheit, Kreiskliniken Darmstadt-Dieburg/Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsmedizin Göttingen	Leitlinienmethodik, psychosoziale Interventionen, Pharmakotherapie

### 3. Methodik der Leitlinienaktualisierung

Gemäß der S3-Leitlinienmethodik der AWMF wurde die S3-Leitlinie Schizophrenie (2019) anhand von neuen systematischen Literaturrecherchen, Leitlinienadaptationen sowie auf Basis von Expertenkonsens aktualisiert und für das Format einer Living Guideline vorbereitet. Der Aktualisierungszyklus wird hierbei in drei Phasen unterteilt werden. In einer Planungs- und Konstitutionsphase wurde zunächst das Vorgehen der Aktualisierung beschlossen und die Mitglieder der Leitliniengruppe festgelegt. In der anschließenden Evidenzphase wurde die inhaltliche Überarbeitung der Leitlinie durchgeführt. Abschließend wurden in der Konsensphase Veränderungen abgestimmt und neu konsentierten Empfehlungen veröffentlicht. Im Rahmen einer großangelegten Bedarfs- und Bestandsanalyse wurde zunächst die Gültigkeit aller Empfehlungen geprüft, wobei nur die änderungsbedürftigen Empfehlungen einer genaueren Betrachtung unterzogen wurden. Auf Basis der Verfügbarkeit neuer belastbarer wissenschaftlicher Evidenz sowie der mehrheitlichen Meinung der Leitliniengruppe wurde entschieden, welche Empfehlungen revidiert werden mussten.

#### 3.1 Recherche, Auswahl und Bewertung wissenschaftlicher Belege (Evidenzbasierung)

##### 3.1.1 Formulierung von Fragestellungen

Die Formulierung von Fragestellungen im Rahmen der S3-Leitlinie Schizophrenie erfolgte systematisch anhand des PICO-Schemas (Population, Intervention, Comparator, Outcome), um eine präzise und nachvollziehbare Basis für die evidenzbasierte Entwicklung der Leitlinie sicherzustellen. Die initialen Fragestellungen wurden durch die Steuerungsgruppe in Abstimmung mit der Expertengruppe entwickelt und basieren auf dem aktuellen Überarbeitungsbedarf. Dieser Prozess folgte einem strukturierten, iterativen Ansatz: Zunächst wurden die Fragestellungen in einem Delphi-Verfahren erarbeitet, wobei im Rahmen einer Konsensuskonferenz am 24.02.2023 die Ergebnisse validiert in der großen Runde unter Einbeziehung der Konsensuskonferenz validiert wurden. Hierbei wurde geprüft, ob bestehende Fragestellungen beibehalten, überarbeitet oder neue Fragestellungen hinzugefügt werden, abhängig von der aktuellen Evidenzlage. Der iterative Prozess gewährleistete, dass die Fragestellungen zielgerichtet sind, Überschneidungen minimiert wurden und alle relevanten Themenbereiche umfassend abgedeckt wurden. Das Ziel war es, jede Fragestellung entweder in konkreten Empfehlungen zu behandeln oder in den Hintergrundtext zu integrieren, um eine konsistente Aktualisierung im Rahmen des Living-Guideline-Formats zu ermöglichen.

##### 3.2.2 Verwendung existierender Leitlinien zum Thema

Um Überschneidungen und Inkonsistenzen mit anderen Leitlinien zu vermeiden und vorhandene Ressourcen sinnvoll einzusetzen, wurden alle Leitlinien, die Informationen zu den Fragestellungen dieser Leitlinie enthalten, systematisch identifiziert, mittels DELBI-Instrument (Beyer et al. 2008) bzw. neu hinzugenommene Leitlinien mittels AGREE-II-Instrument (Brouwers et al. 2021) bewertet und ggf. als Grundlage für Empfehlungen und Hintergrundtexte herangezogen.

Im ersten Schritt wurde geprüft, ob es für die Quellleitlinien, die in der 2019er Version dieser Leitlinie, verwendet worden sind, Aktualisierungen gab.

Leitlinie	Einschlusskriterien	Aktualisierung seit 2019
-----------	---------------------	--------------------------

NICE CG178: Psychosis and schizophrenia in adults 2014 (NICE 2014)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Methodisch hochwertig nach DELBI-Bewertung</li> <li>• Relevanz für das deutsche Versorgungssystem</li> <li>• Aktualität der Leitlinie</li> </ul>	Nein
NICE CG155: Psychosis and schizophrenia in children and young people: recognition and management 2013 (NICE 2013)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Methodisch hochwertig nach DELBI-Bewertung</li> <li>• Relevanz für das deutsche Versorgungssystem</li> <li>• Aktualität der Leitlinie</li> </ul>	Nein
NICE NG10: Violence and aggression 2015 (NICE 2015)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Methodisch hochwertig nach DELBI-Bewertung</li> <li>• Relevanz für das deutsche Versorgungssystem</li> <li>• Aktualität der Leitlinie</li> </ul>	Nein
DGPPN: Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen 2012 (und Update 2018) (DGPPN 2012)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Methodisch hochwertig nach DELBI-Bewertung</li> <li>• Relevanz für das deutsche Versorgungssystem</li> <li>• Aktualität der Leitlinie</li> </ul>	Ja, aber noch nicht veröffentlicht. Abstimmung wo relevant ist mit der zuständigen Leitliniengruppe erfolgt
SIGN 131: Management of schizophrenia 2013 (SIGN 2013)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Methodisch hochwertig nach DELBI-Bewertung</li> <li>• Übertragbarkeit auf das dt. Versorgungssystem               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aktualität der Leitlinie</li> </ul> </li> </ul> <p>Anm.: Da die SIGN-Leitlinie etwas älter als die NICE-Leitlinie (2014) ist und die NICE-Leitlinie eine ausführlichere Langversion sowie einen ausführlicheren Methodenreport hat, wurde die NICE-Leitlinie als bevorzugte Quellleitlinie bezüglich der Versorgung bei Schizophrenie verwendet.</p>	Nein

### Seit 2019 wurden folgende internationale Leitlinien veröffentlicht:

Leitlinie	Einschlusskriterien
Metformin in the management of antipsychotic-induced weight gain in adults with psychosis: development of the first evidence-based guideline using GRADE methodology (Fitzgerald et al. 2021)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Methodisch mittelmäßig nach AGREE-II-Bewertung</li> <li>• Relevanz für das deutsche Versorgungssystem</li> <li>• Aktualität der Leitlinie</li> </ul>
NICE HTE17: Digital health technologies to help manage symptoms of psychosis and prevent relapse in adults and young people: early value assessment (NICE 2024)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Methodisch mittelmäßig nach AGREE-II-Bewertung</li> <li>• Relevanz für das deutsche Versorgungssystem</li> <li>• Aktualität der Leitlinie</li> </ul>

### Ausgeschlossene Leitlinien:

Leitlinie	Ausschlusskriterien
APA: Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia (APA 2020)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Übertragbarkeit auf das dt. Versorgungssystem</li> <li>• Aktualität der Leitlinie</li> <li>• Keine Empfehlungen, die nicht bereits in der 2019er Leitlinie verfügbar waren</li> </ul>

### 3.2.3 Systematische Literaturrecherche

Die systematische Literaturrecherche im Rahmen der S3-Leitlinie Schizophrenie basierte auf den Vorgaben des aktuellen Manuals zur Revision der S3-Leitlinie Schizophrenie im Living Guideline Format und folgte einem strukturierten, mehrstufigen Prozess, um eine umfassende und evidenzbasierte Grundlage zu schaffen. Dabei wurden primär die Datenbanken PubMed, Embase, PsycINFO, die Cochrane Library und der Global Index Medicus herangezogen. Die Suchstrategien waren spezifisch an die jeweiligen PICO-Fragestellungen angepasst und orientierten sich an den methodischen Standards des Manuals sowie am AWMF-Regelwerk für Leitlinien. Die systematische Literatursuche wurde von der Evidenzgruppe unter Leitung von Prof. Dr. Stefan Leucht durchgeführt.

Für die Mehrheit der Themen wurde in den folgenden Datenbanken recherchiert:

- MEDLINE (PubMed)
- Embase
- Global Index Medicus
- Cochrane Library
- PsycINFO

Die Literaturrecherchen wurden auf abgestuften Evidenzebenen durchgeführt (s. Abb. 1). Sofern auf einer höheren Evidenzebene keine Literatur identifiziert werden konnte, wurde überlegt, ob eine Recherche auf nächst niedrigerer Ebene sinnvoll sei, oder das Thema im Expertenkonsens und/oder per Leitlinienadaptation bearbeitet werden soll.

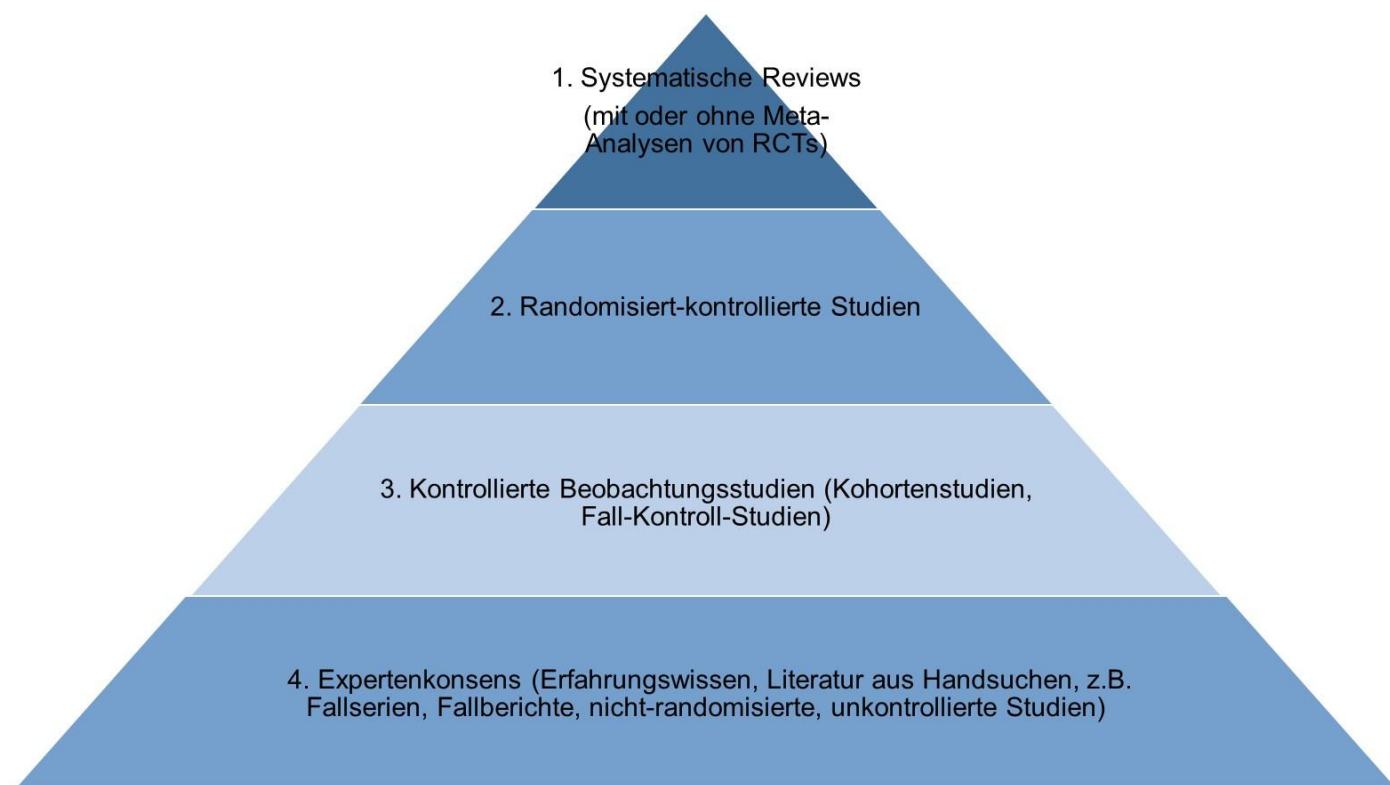


Abbildung 1: Evidenzebenen bei der systematischen Literaturrecherche

### 3.2.4 Auswahl der Evidenz

In Anlehnung an die Cochrane Methodik wurde für die Auswahl der Literaturstellen in der Regel ein Screening der Suchergebnisse auf Titel-Ebene sowie in einem zweiten Schritt auf Abstract-Ebene durchgeführt, um irrelevante Literatur auszuschließen. Dieses Screening aller Suchergebnislisten wurde von mindestens zwei unterschiedlichen Gutachtern vorgenommen. Diskrepanzen bei der Beurteilung wurden per Diskussion abgeklärt. Veröffentlichungen, die für die jeweiligen klinischen Fragestellungen offensichtlich nicht relevant waren, sowie Duplikate, wurden im ersten Schritt ausgeschlossen. Anschließend wurden die Abstracts der übrigen Artikel geprüft und alle Veröffentlichungen ohne geeignetes Studiendesign oder Erfüllung bestimmter methodologischer Kriterien ausgeschlossen. Ein finales Screening wurde mithilfe der vordefinierten Ein- und Ausschlusskriterien von ein oder zwei Gutachtern auf Volltext-Ebene ausgeführt. Erst nach diesem mehrstufigen Screening wurden die verbleibenden Studien mithilfe der Qualitätschecklisten bewertet.

Grundsätzlich galten die folgenden allgemeinen Einschluss- und Ausschlusskriterien:

#### Einschlusskriterien

- Publikation der Studie ab 01.01.2017  
Abgewichen werden konnte hiervon, wenn:
  - das Thema in der zu aktualisierenden Leitlinie nicht behandelt wurde, in diesem Falle konnte der Zeitraum vergrößert werden, oder
  - eine methodisch hochwertige systematische Übersichtsarbeit aus jüngerer Zeit bekannt war, in diesem Falle konnte ab deren Erscheinungsdatum eine Aktualisierungsrecherche durchgeführt werden.
- Diagnose Schizophrenie (nach ICD-10): Für jede Studie galt mindestens  $\frac{2}{3}$  der Studienpopulation hat eine F20 Diagnose und höchstens  $\frac{1}{3}$  der Studienpopulation hat eine F2x Diagnose (F21-F29)
- Die Studienpopulation bestand aus Erwachsenen (Alter: >18, <65),  
In einzelnen Leitlinienabschnitten bestand die Zielgruppe aus Personen, die 65 Jahre oder älter waren oder aus Kindern und Jugendlichen (Alter: ≤18 Jahre). Für diese Zielgruppen wurden separate Literaturrecherchen durchgeführt und die Studienpopulation entsprechend angepasst.

#### Ausschlusskriterien

- Publikationen, die nur als Abstracts verfügbar waren
- Falsch-Positiv Treffer (z.B. narrative Reviews bei der Suche nach systematischen Reviews)

Für jede Suchfrage konnten die jeweiligen Gutachter je nach Bedarf weitere Einschluss- und Ausschlusskriterien definieren. Ergänzungen per Handrecherche waren möglich.

### 3.2.5 Bewertung der Evidenz

Die Bewertung der Evidenz von neuen Empfehlungen und Empfehlungen die in die GRADE-Methodik überführt worden sind, erfolgte gemäß der GRADE-Methodik (Grading of Recommendations, Assessment, Development, and Evaluation), um eine transparente und systematische Beurteilung der Qualität der Evidenz sicherzustellen. Empfehlungen, die aus der 2019er Version der Leitlinie übernommen worden und neu konsentiert worden sind, wurden wie 2019 nach SIGN/Oxford bewertet. In der Zukunft ist es geplant alle Empfehlungen in die GRADE-Methodik zu überführen.

#### GRADE

Die GRADE-Methode ermöglichte es, die Vertrauenswürdigkeit der Evidenz auf einer Skala von „sehr niedrig“ bis „hoch“ zu klassifizieren, wobei sowohl die Studiendesigns als auch weitere Faktoren wie das Risiko für Bias, Inkonsistenzen, Indirektheit, Ungenauigkeit und Publikationsbias berücksichtigt wurden. Der GRADE-Prozess wurde von der Evidenzgruppe durchgeführt, jedoch in einem engen Austausch mit der Schizophrenie-Guideline-Gruppe abgestimmt. Die Ergebnisse dieser Bewertungen wurden systematisch dokumentiert und in Evidenztabelle zusammengefasst. Für jede Fragestellung wurde die Evidenzbasis so bewertet, dass sie eine klare Grundlage für die Formulierung der Empfehlungen und deren Stärke bot.

Zu beachten ist, dass die nun vorliegende Version der Leitlinie den Beginn der Überführung in eine vollständig nach GRADE bewertete Leitlinie darstellt. Dieser Prozess wird mit den nächsten Living-Revision weitergeführt. Zu dem aktuellen Zeitpunkt bestehen also noch Empfehlungen (ohne Überarbeitungsbedarf), die noch nicht der GRADE Methodik folgen.

#### Evidenzgraduierung

Grad	Definition
Hoch	Wir sind sehr zuversichtlich, dass der tatsächliche Effekt nahe bei der Schätzung des Effekts liegt
Moderat	Wir haben mäßiges Vertrauen in die Effektschätzung: Der tatsächliche Effekt liegt wahrscheinlich in der Nähe des geschätzten Effekts, aber es besteht die Möglichkeit, dass er erheblich davon abweicht
Niedrig	Unser Vertrauen in die Effektschätzung ist begrenzt: Der tatsächliche Effekt kann sich erheblich von der Schätzung des Effekts unterscheiden
Sehr niedrig	Wir haben sehr wenig Vertrauen in die Effektschätzung: Der tatsächliche Effekt unterscheidet sich wahrscheinlich erheblich von der Schätzung des Effekts

Anmerkung. Beim GRADE-Ansatz wird die verfügbare Evidenz aus der Endpunkt- bzw. Outcome-Perspektive betrachtet (Bewertung der Gesamtheit der Studien als "body of evidence" für jeden relevanten Endpunkt). Die abschließende Studienqualität wird auf einer Skala von sehr niedrig bis hoch bewertet.

Adaptiert aus GRADE Handbook, 2013.

Die vier Stufen der Vertrauenswürdigkeit von GRADE in einfacher Sprache nach Cochrane Deutschland<sup>2</sup>

- **Sehr niedrig:**

Der aus den Studienergebnissen abgeleitete Effekt (also der *Effektschätzer*) unterscheidet sich wahrscheinlich deutlich vom gesuchten, wahren Effekt. Weitere Studien

<sup>2</sup> <https://wissenwaswirkt.org/die-vertrauenswuerdigkeit-von-evidenz-nach-grade>

werden den Effektschätzer mit hoher Wahrscheinlichkeit noch in die eine oder andere Richtung verändern.

- **Niedrig:**  
Die Reviewer sind etwas zuversichtlicher, dass ihr Ergebnis dem wahren Effekt nahe kommt. Weitere Studien können das Ergebnis aber noch merklich verändern.
- **Moderat:**  
Die Reviewer kommen zu dem Schluss, dass das Ergebnis dem wahren Effekt nahe kommt.
- **Hoch:**  
Die Reviewer sind sich sicher, dass das Ergebnis dicht am wahren Effekt liegt.

Nach Erstellung der Qualitätschecklisten wurde für jede Studie ein Evidenzgrad ausgewiesen und in diesen notiert. Der Evidenzgrad wurde anhand der Art der Evidenz und der Qualität der Studie (Risiko für Bias) bestimmt. Hierbei konnten sich die Gutachter an den folgenden Kriterien orientieren:

#### **Art der Evidenz:**

1. Randomisierte kontrollierte Studie (Einzelstudie oder systematisches Review mit oder ohne Meta-Analyse)
2. Beobachtungsstudie (Fall-Kontroll-Studie oder Kohortenstudie) oder nicht-randomisierte kontrollierte Studie (Einzelstudie oder systematisches Review)
3. Fallberichte, Fallserien, nicht-randomisierte unkontrollierte Studie
4. Expertenmeinung

Die Qualitätsbeurteilung der Studien erfolgte basierend auf der nachfolgenden Methodik.

#### **Qualität der Studie (Risiko für Bias) GRADE:**

Die Qualität der Studien (Einzelstudie, Systematische Review, Meta-Analyse) wurde anhand der GRADE-Methodik bewertet. Die Bewertung berücksichtigte zentrale Kriterien wie das Risiko für Bias, die Konsistenz der Ergebnisse, die Direktheit der Evidenz und die Präzision der Schätzungen. Jede Studie wurde einer detaillierten Qualitätsprüfung unterzogen, um mögliche Verzerrungen und methodische Mängel zu identifizieren. RCTs starten in der Regel mit einer hohen Einstufung, können jedoch herabgestuft werden, wenn beispielsweise ein hohes Risiko für Bias oder Inkonsistenzen festgestellt wird. Beobachtungsstudien können durch starke Effekte oder das Vorliegen einer klaren Dosis-Wirkungs-Beziehung aufgewertet werden. Die Bewertung der Studienqualität dient als Grundlage für die Festlegung der Stärke und Konsistenz der Leitlinienempfehlungen. Für die aktuelle Aktualisierung wurden ausschließlich neu publizierte Metaanalysen berücksichtigt. Eine eigenständige Bewertung der Primärstudien wurde nicht durchgeführt. Das Kriterium „Risiko für Bias“ wurde dabei auf Grundlage der in den eingeschlossenen Metaanalysen berichteten Qualitätsbewertungen der Primärstudien beurteilt.

#### **SIGN/Oxford:**

Für die Bewertung der Qualität von Studien wurden 2019 von der DGPPN-Steuerungsgruppe vier Qualitätschecklisten entwickelt, die sowohl wichtige klinische als auch methodische Aspekte zur Beurteilung der internen Validität erfassen (siehe Leitlinienreport 2019:

- Checkliste Systematische Reviews mit Meta-Analyse
- Checkliste RCTs und andere klinische Studien
- Checkliste Kohortenstudien
- Checkliste Fall-Kontroll-Studien



Auf Basis dieser Checklisten konnten für die einzelnen Studien Evidenzgrade festgelegt werden, wobei die Evidenz angelehnt an das „Level of Evidence“ (LoE) Schema von SIGN klassifiziert wurde.

Evidenzgraduierung (2019 verwendet, betrifft Empfehlungen wo ein LoE angegeben ist)

1++	Qualitativ hochwertige Meta-Analysen oder systematische Reviews von „randomized controlled trials“ (RCTs), oder RCTs mit einem sehr geringen Risiko für Bias
1+	Gut durchgeführte Meta-Analysen oder systematische Reviews von RCTs, oder RCTs mit einem geringen Risiko für Bias
1-*	Meta-Analysen oder systematische Reviews von RCTs oder RCTs mit einem hohen Risiko für Bias
2++	Qualitativ hochwertige systematische Reviews von Kohortenstudien, Fall-Kontroll-Studien, oder nicht-randomisierten kontrollierten Studien, oder qualitativ hochwertige Fall-Kontroll-Studien, Kohortenstudien, oder nicht-randomisierte kontrollierte Studien mit einem sehr geringen Risiko für Confounding, Bias oder Zufall und einer hohen Wahrscheinlichkeit, dass der Zusammenhang kausal ist
2+	Gut durchgeführte Fall-Kontroll-Studien, Kohortenstudien oder nicht-randomisierte kontrollierte Studien mit einem geringen Risiko für Confounding, Bias oder Zufall und einer moderaten Wahrscheinlichkeit, dass der Zusammenhang kausal ist
2-*	Fall-Kontroll-Studien, Kohortenstudien oder nicht-randomisierte kontrollierte Studien mit einem hohen Risiko für Confounding, Bias oder Zufall und einem erheblichen Risiko, dass der Zusammenhang nicht kausal ist
3	Fallberichte, Fallserien, nicht-randomisierte unkontrollierte Studien
4	Expertenmeinung

\*1- und 2- Studien sollten aufgrund ihres hohen Bias-Risikos nicht als Grundlage für Empfehlungen herangezogen werden.

Für jede Studie und Meta-Analyse wurde ein Evidenzgrad ausgewiesen und in den Qualitätschecklisten dokumentiert. Der Evidenzgrad wurde anhand der Art der Evidenz und der Qualität der Studie (Risiko für Bias) bestimmt. Hierbei konnten sich die Gutachter an den folgenden Kriterien orientieren:

Art der Evidenz:

1. Randomisierte kontrollierte Studie (Einzelstudie oder systematisches Review mit Meta-Analyse)
2. Beobachtungsstudie (Fall-Kontroll-Studie oder Kohortenstudie) oder nicht-randomisierte
3. Kontrollierte Studie (Einzelstudie oder systematisches Review)
4. Fallberichte, Fallserien, nicht-randomisierte unkontrollierte Studie
5. Expertenmeinung

Die Qualitätsbeurteilung der Studien erfolgte auf der Grundlage der in der Evidenzgraduierung dargestellten Einteilung:

- Mit „++“ bewertete Studien führten zur Einschätzung der „Qualität der Studie“ als „Hohe Qualität“;
- mit „+“ bewertete Studien führten zur Einschätzung der „Qualität der Studie“ als „Akzeptable Qualität“;
- mit „-“ bewertete Studien führten zur Einschätzung der „Qualität der Studie“ als „Niedrige Qualität“.

Qualität der Studie (Risiko für Bias):

- Hohe Qualität (++) : Ein Großteil der Qualitätskriterien ist erfüllt. Es gibt kein bis ein sehr geringes Risiko für Bias. Es ist unwahrscheinlich, dass weitere Forschung die Ergebnisse verändern wird.

- Akzeptable Qualität (+): Die meisten Qualitätskriterien sind erfüllt. Es gibt einige Mängel, die mit einem Risiko für Bias assoziiert sind. Es ist möglich, dass weitere Forschung die Ergebnisse verändern wird.
- Niedrige Qualität (-): Entweder sind die meisten Qualitätskriterien nicht erfüllt oder es gibt signifikante Mängel in grundlegenden Aspekten des Studiendesigns. Es ist wahrscheinlich, dass weitere Forschung die Ergebnisse verändern wird. Studien mit niedriger Qualität sollten nicht als Grundlage für Empfehlungen herangezogen werden.

### Analyse von Studienendpunkten

Alle für Patienten potentiell wichtigen Studienendpunkte wurden im Sinne einer Outcome-Analyse (AWMF 2001; Langer et al 2012) vorab definiert. Hierzu fand zu Beginn des Leitlinienprozesses eine vorläufige Einteilung der Bedeutsamkeit der Endpunkte für die praktische Entscheidungsfindung von Ärzten sowie Patienten für eine angemessene Versorgung nach „kritisch“, „wichtig“ und „gering“ statt (bereits in der 2019er Version erfolgt). Eine Neueinschätzung der Relevanz der Endpunkte konnte nach Sichtung der Evidenz erfolgen, um sicherzugehen, dass wichtige Endpunkte einbezogen wurden und um die Relevanz vor dem Hintergrund der gefundenen Evidenz ggf. neu zu beurteilen. Während des Konsensusprozesses wurde die Relevanz der Studienendpunkte zur Ermittlung einer Empfehlungsstärke einbezogen und durch die Moderation der Konsensuskonferenz immer wieder in Erinnerung gerufen. Für die Empfehlungsgenerierung waren im Konsensusprozess neben weiteren Kriterien wie Effektstärken und die Konsistenz von Studienergebnisse unterschiedlicher Studien grundsätzlich vor allem die in Tabelle 2 aufgeführten Studienendpunkte von Bedeutung.

Kritische Bedeutung des Endpunkts	Wichtige Bedeutung des Endpunkts
Suizidversuch („attempted suicide“)	Kognitive Funktion („cognitive functioning“)
Vollendeter Suizid („suicide“)	Psychopathologischer Status
Gesamtmortalität („mortality“)	Behandlungsabbruch („discontinuation of treatment“)
Funktionsniveau (sozial, beruflich, persönlich) („social, occupational, personal functioning“)	Rezidiv („relapse“)
Unerwünschte Nebenwirkungen („adverse side effects“)	Remissionsrate („remission rate“)
	Gesamtanzahl der Studienabbrüche („drop-out“)
	Komplikationsrate („complication rate“)
	Patientenzufriedenheit („patient satisfaction“)
	Psychische Komorbidität („psychiatric comorbidity“)
	Somatische Komorbidität („somatic comorbidity“)
	Lebensqualität („quality of life“)
	Kontinuität der Versorgung („continuity of care“)
	Stationäre Wiederaufnahmerate („inpatient readmission“)

Tabelle 1: Einteilung der Relevanz von klinischen Studienendpunkten für die Generierung von Leitlinienempfehlungen

### 3.2.6 Erstellung von Evidenztabelle / GRADE Profile

Zur Zusammenfassung der Literatur wurde für jede klinische Fragestellung, die in einer Empfehlung mit Evidenzgrad mündete, eine Evidenztabelle erstellt, die die Evidenzlage zusammenfasste und eine detaillierte Qualitätsbeurteilung der Evidenzlage ermöglichte. Für Empfehlungen, die sich nicht verändert haben, wird auf den 2019 publizierten Leitlinienreport der letzten Version dieser Leitlinie verwiesen.

Insbesondere solche Publikationen wurden zwischen verschiedenen in den Prozess involvierten Personen kritisch diskutiert. Konnte die Inkonsistenz nicht erklärt werden, sollte es zur Abwertung der Qualität der Evidenz kommen, wenn es deutliche Widersprüche in den

Ergebnissen in Bezug auf die Richtung des Effekts gab (z.B. Intervention ist effektiv vs. Intervention ist nicht effektiv). In allen anderen Fällen (z.B. die Widersprüche beziehen sich nur auf Unterschiede zwischen kleinen und großen Behandlungseffekten) sollte abgewogen werden, ob diese Inkonsistenz tatsächlich einen wesentlichen Einfluss auf die Beurteilung der Evidenzlage hat. Im Zweifelsfall sollte von einer Leitlinienempfehlung abgesehen werden. Dies wurde im Leitliniengremium diskutiert.

### **Formulierung von Empfehlungen und Vergabe von Empfehlungsgraden**

Die Formulierung der Empfehlungen basierte auf der evidenzbasierten Bewertung nach GRADE. Zunächst wurden Summary of Findings Tabellen erstellt, die die aus der Bewertung der Evidenz gewonnenen Informationen übersichtlich zusammenfassten und als Hilfe für die nachfolgende Entscheidungsfindung dienten. Für jede Fragestellung wurde eine Empfehlung abgeleitet, deren Stärke (stark dafür/dagegen oder schwach dafür/dagegen) von der Qualität der zugrundeliegenden Evidenz und der Konsistenz der Ergebnisse abhing. In Fällen, in denen die Evidenzbasis unsicher oder widersprüchlich war, wurden schwache Empfehlungen ausgesprochen. Eine Starke Empfehlung bedeutet in diesem Fall, dass die Methodiker:innen und Expert:innen sich sicher sind, dass die wünschenswerten (starke Empfehlung dafür) Effekte oder die nicht wünschenswerten Effekte (starke Empfehlung dagegen) überwiegen. Eine schwache Empfehlung bedeutet hingegen, dass Unsicherheiten bestehen, also, dass die wünschenswerten Effekte wahrscheinlich überwiegen und umgekehrt. Eine schwache Empfehlung kann auch als bedingte Empfehlung bezeichnet werden, da eine schwache Empfehlung nicht mit einer schwachen Evidenz gleichzusetzen ist. Eine bedingte Empfehlung kann auch auf einer hohen Evidenzqualität beruhen, jedoch durch andere Faktoren abgeschwächt werden. „Kann“-Empfehlungen sind nicht vorgesehen.

Die Empfehlungsgrade wurden in Anlehnung an die GRADE-Systematik und entsprechend den AWMF-Vorgaben nach Stärke und Ausdrucksweise unterschieden. Starke Empfehlungen wurden mit „soll“ bzw. „soll nicht“, schwache Empfehlungen mit „sollte“ bzw. „sollte nicht“ formuliert. Offene Empfehlungen wurden mit „kann“, „erwogen werden“ oder „darauf kann verzichtet werden“ gekennzeichnet. Auf die Verwendung von Symbolen wurde verzichtet.

Empfehlungen, für die keine ausreichende Evidenz vorlag, wurden im Rahmen des strukturierten Konsensverfahrens als Expertenkonsens formuliert. Diese Empfehlungen sind entsprechend gekennzeichnet und werden in MAGICapp systembedingt als „Konsentierende Empfehlungen“ bzw. im exportierten MAGICapp-Version als „Consensus“ bezeichnet.

Zur Überleitung der Evidenzgrade in Empfehlungsgrade wurde folgende Gradierung verwendet:

Studiendesign	Anfängliche Studienqualität	Herabstufen falls	Heraufstufen falls	Abschließende Studienqualität
Randomisierte kontrollierte Studie →	Hoch	Risiko eines Bias: -1 schwerwiegend -2 sehr schwerwiegend	Effekt: +1 groß +2 sehr groß	Hoch ⊕⊕⊕⊕

Beobachtungs- studie  →		Inkonsistenz: -1 schwerwiegend -2 sehr schwerwiegend	Dosis-Wirkungs- Beziehung: +1 Nachweis eines Gradienten	Mäßig ⊕⊕⊕○
	Niedrig	Indirektheit: -1 schwerwiegend -2 sehr schwerwiegend	Jedes plausible Confounding: +1 würde einen ge- zeigten Effekt redu- zieren	Niedrig ⊕⊕○○
		Fehlende Präzision: -1 schwerwiegend -2 sehr schwerwiegend  Publikationsbias: -1 wahrscheinlich -2 sehr wahrschein- lich	+1 würde einen fal- schen Effekt nahe- legen, wenn die Er- gebnisse keinen Ef- fekt zeigen	Sehr niedrig ⊕○○○

Tabelle 2: Kriterien zur Einschätzung der Qualität der Evidenz. Adaptiert aus Langer G, Meerpohl JJ, Perleth M, Gartlehner G, Kaminski-Hartenthaler A, Schünemann H. GRADE-Leitlinien: 1. Einführung - GRADE-Evidenzprofile und Summary-of-Findings-Tabellen. Z Evid Fortbild Qual Gesundheitsw. 2012;106(5):357-68. doi:10.1016/j.zefq.2012.05.017.

Evidenzgrad (siehe Tabelle 1)	Empfehlungsgrad	Beschreibung
⊕⊕⊕⊕	A	Starke Empfehlung („soll“)
⊕⊕⊕○ oder Herabstufung von ⊕⊕⊕⊕, falls der Bezug zur spezifischen Fragestellung fehlt	B	Empfehlung („sollte“)
⊕⊕○○, ⊕○ oder Herabstufung von ⊕⊕⊕○. Diese Einstufung zeigt an, dass direkt anwendbare klinische Studien von guter Qualität nicht vorhanden oder nicht verfügbar waren.	0	Empfehlung offen („kann“)
-	KKP*	Expertenkonsens

Tabelle 3: Überleitung von Evidenzgraden in Empfehlungsgrade, \*KKP: Klinischer Konsensuspunkt, entspricht Empfehlungen, die im Expertenkonsens ausgesprochen und ohne formalisierte Evidenzbasierung konsentiert wurden. Es handelt sich um Vorgehensweisen der guten klinischen Praxis, zu denen keine systematische Recherche der Literatur als notwendig oder sinnvoll erachtet wird.

### **3.3 Verabschiedung der Empfehlungen und strukturierte Konsensfindung**

Alle Empfehlungen der Leitlinie wurden in einem formalisierten Konsensusverfahren (Nominaler Gruppenprozess) unter externer und unabhängiger Moderation der AWMF im Rahmen von Videokonferenzen verabschiedet. Die von der Schizophrenie-Guideline-Gruppe verfassten Hintergrundtexte und Empfehlungen wurden allen Teilnehmern der Konsensuskonferenzen vor den entsprechenden Konsensuskonferenzen als Informationsgrundlage zugesandt. Schriftliche redaktionelle Änderungen konnten an die Steuerungsgruppe zurückgesandt werden.

In den Konsensuskonferenzen erfolgte der Nominale Gruppenprozess zur Abstimmung über die Empfehlungen in mehreren Schritten:

- Einführung in das Kapitel/den Themenbereich der Leitlinie durch die Steuerungsgruppe
- Kurze stille Durchsicht der Empfehlungen, Möglichkeit für Rückfragen
- Registrierung von Stellungnahmen einzelner Personen, ggf. Angabe von Alternativvorschlägen zu Formulierungen der Empfehlungen oder Anträge zur Entfernung einer Empfehlung
- Abstimmung über die ursprüngliche Empfehlung und alle Alternativvorschläge
- Ggf. Diskussion von Punkten zu denen kein Konsens erreicht wurde und endgültige Abstimmung mit Feststellung von Konsens oder begründetem Dissens.

Den stimmberechtigten Mitgliedern standen bei jeder Abstimmung die Antwortoptionen „stimme zu“, „stimme nicht zu“ und „Enthaltung“ zur Verfügung. Enthaltungen wurden erfasst und dokumentiert, jedoch bei der Berechnung des Abstimmungsergebnisses nicht berücksichtigt. Über einzelne Empfehlungen, die einer Nacharbeit bedurften oder aus zeitlichen Gründen in den Konsensuskonferenzen nicht konsentiert wurden, wurde in zwei Delphi-Verfahren abgestimmt. Das Delphi-Verfahren lief in den folgenden Schritten ab:

- Einholen schriftlicher Beiträge (Abstimmung, ggf. Kommentare und konkrete, mit Literatur belegte Änderungsvorschläge) mittels strukturierter Fragebögen (Vorlage der AWMF)
- Auswertung der Abstimmungen und Kommentare und Rückmeldung an die gesamte Gruppe
- Ggf. Fortführung der Befragungsrunde bis zum Erreichen eines Konsenses oder begründeten Dissens

Es fanden zehn Konsensuskonferenzen zur Beratung und Verabschiedung von Empfehlungen statt:

- 26.05.2023 (09.30 – 16.30 Uhr), Videokonferenz
- 12.04.2024 (10.00 – 12.00 Uhr), Videokonferenz
- 24.05.2024 (10.00 – 12.00 Uhr), Videokonferenz
- 05.07.2024 (10.00 – 12.00 Uhr), Videokonferenz
- 25.10.2024 (10:00 – 12:00 Uhr), Videokonferenz
- 19.12.2024 (09:00 – 16:00 Uhr), Videokonferenz

- 20.12.2024 (09:00 – 16:00 Uhr), Videokonferenz
- 04.04.2025 (10:30 – 13:30 Uhr), Videokonferenz
- 02.05.2025 (10:00 – 13:00 Uhr), Videokonferenz
- 13.06.2025 (10:00 – 14:00 Uhr), Videokonferenz

Darüber hinaus erfolgten zwei Delphi Runden für die verbleibenden Empfehlungen. Diese fanden statt:

- 28.05.2025 – 11.06.2025, SoSci Survey
- 01.07.2025 – 15.07.2025, SoSci Survey

Zu Beginn jeder Delphi-Befragung mussten alle Teilnehmenden ihren Namen sowie ihre jeweilige Fachgesellschaft angeben. Dadurch wurde sichergestellt, dass keine Mehrfachteilnahmen erfolgen und dass ausschließlich stimmberechtigte Personen an der Abstimmung teilnehmen. Die Mitglieder der Delphi-Runden hatten stets die Möglichkeit auch Empfehlungen aus dem Delphi zur persönlichen Aussprache in einer Video-Konsensuskonferenz zu stellen. Die Konsentierung erfolgte pro Delphi-Runde in jeweils einer Befragung. Begründete Änderungsvorschläge einzelner Empfehlungen sowie offene Diskussionspunkte wurden in der anschließenden Videokonferenz am 13.06.2025 aufgegriffen und abschließend konsentiert.

Die Abstimmungsergebnisse aller Empfehlungen sind in Anhang 5 dargestellt.

**Die erste Living Konsensuskonferenz zur Aktualisierung 2026 wird am 24.04.2026 von 09:00 – 16:30 Uhr stattfinden.**

Die Feststellung der Konsensusstärke erfolgte in den Konsensuskonferenzen bzw. im Delphi-Verfahren nach AWMF-Regelwerk (AWMF-Ständige Kommission Leitlinien, 2012) wie folgt:

Starker Konsens	Zustimmung von > 95 % der Teilnehmer
Konsens	Zustimmung von > 75 - 95 % der Teilnehmer
Mehrheitliche Zustimmung	Zustimmung von > 50 - 75 % der Teilnehmer
Kein Konsens	Zustimmung von < 50 % der Teilnehmer

*Tabelle 4: Feststellung der Konsensusstärke*

#### 4. Interne und externe Begutachtung und Verabschiedung

Die Begutachtung der Leitlinientexte fand auf verschiedenen Ebenen statt. Alle Mitglieder der Konsensuskonferenz hatten stets die Möglichkeit die Empfehlungen auch nach Verabschiedung zu kommentieren – dies ist konkret zweimal erfolgt:

- Empfehlung 39 – erneute Besprechung der verabschiedeten Empfehlung auf Antrag des Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V. Dann auch Sondervotum des Dachverbands Gemeindepsychiatrie e.V.
- Empfehlung 97 – wurde im Delphi abgestimmt, aber auf Antrag der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention in einer Video-Konferenz nochmal besprochen

Nach Finalisierung aller Empfehlungen durch die Leitlinienkoordination eine achtwöchige Begutachtungsphase (28. Juli 2025 bis 22. September 2025) der einzelnen Kapitel durch die beteiligten Fachgesellschaften. Folgende Fachgesellschaften hatten Rückfragen und/oder Anpassungsbedarf:

- Bundespsychotherapeutenkammer
- Deutsche Gesellschaft für Psychologie
- Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention
- Berufsverband Deutscher Nervenärzte
- Gesellschaft für Neuropsychologie
- Bundesverband der Angehörigen Psychisch Kranker e.V.
- Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege e.V.
- Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Hirnstimulation in der Psychiatrie e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Psychoedukation e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e.V.
- Deutscher Verband Ergotherapie e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Neuropsychologie e.V.

Alle Kommentare beinhalteten Rückfragen oder minore Anpassungen, so dass keine weitere Abstimmung in einer Konsensuskonferenz erforderlich war. Die vollständigen Rückmeldungen und Anmerkungen der Fachgesellschaften liegen der Steuerungsgruppe vor und können bei Interesse eingesehen werden. Vor dem Hintergrund der Neuerungen in der MAGICapp wurde zusätzlich für alle interessierten Mitglieder der Leitliniengruppe eine Sitzung zur Klärung offener Punkte (ohne Diskussion von Empfehlungen und ohne Abstimmungen) am 26.09.2025 von 09:30 - 10:30 Uhr angeboten. Hier nahmen insgesamt 12 Personen von 10 Fachgesellschaften teil – es erfolgten keine Rückfragen mehr zu der Leitlinie.

Da die S3-Leitlinie Schizophrenie mit der aktuellen Version für eine Überführung in eine Living Guideline vorbereitet wurde und in MagicApp veröffentlicht wird, wurde auf eine öffentliche Begutachtung im klassischen Sinne verzichtet. Das digitale Format erlaubt jedoch gemäß des Living Zyklus eine fortlaufende öffentliche Konsultation. Die Rückmeldungen aus dieser Phase



des Living Zyklus werden in den jährlichen Aktualisierungen berücksichtigt und dann mit jedem Report veröffentlicht. Die Einladung zu kommentieren, findet sich im Abschnitt Herausgeber.

### Erreichbarkeit des Leitlinienbüros und Rückmeldungen

Das Leitlinienbüro ist unter folgender eMail erreichbar: S3-Leitlinie@bkh-augsburg.de. Bitte schicken Sie Hinweis auf fehlerhafte Darstellungen oder neue Evidenz mit einer kurzen Erläuterung und ggf. entsprechenden Publikationen als PDF jederzeit an das Leitlinienbüro.

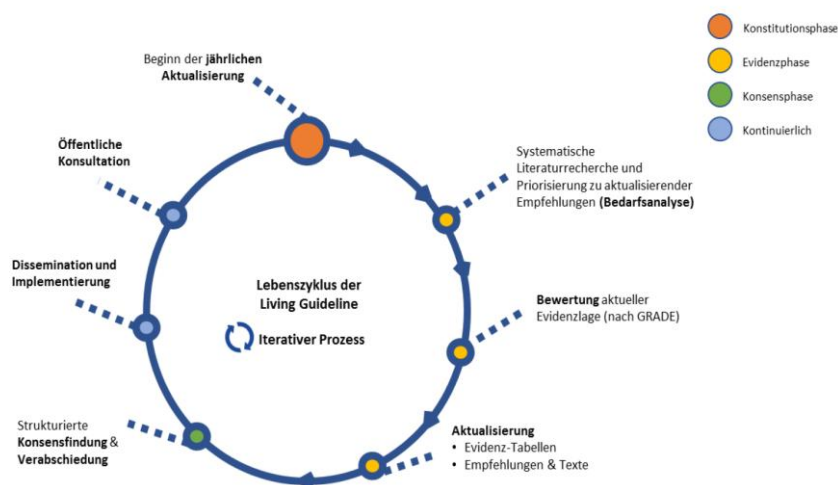


Abbildung 2: Living Zyklus der Leitlinienentwicklung

Im Sommer 2025 wurden ebenfalls die Zustimmungen aller an der Leitlinienaktualisierung beteiligten Organisationen und Fachgesellschaften aus der Konsensusgruppe auf Basis der Konsultationsfassung der Leitlinie eingeholt (siehe Tabelle 5).

Fachgesellschaft/Organisation		Zustimmung erfolgt am
AGNP	Arbeitsgemeinschaft für Neuropsychopharmakologie und Pharmakotherapie e.V.	18.09.2025
BAG KJPP	Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V.	17.09.2025
BAG KT	Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien e.V.	25.08.2025
BApK	Bundesverband der Angehörigen Psychisch Kranker e.V.	03.09.2025
BAPP	Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege e.V.	29.08.2025
BAR	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation	04.09.2025
BASTA	Bündnis für psychisch erkrankte Menschen	18.09.2025
BdB	Bundesverband der Berufsbetreuer/innen e.V.	17.09.2025
BDK	Bundesdirektorenkonferenz	18.09.2025
BDP	Berufsverband deutscher Psychologinnen u. Psychologen e.V.	11.08.2025
BED	Bundesverband für Ergotherapeut:innen in Deutschland e.V.	21.08.2025



BFLK	Bundesfachverband Leitender Krankenpflegepersonen in der Psychiatrie	05.08.2025
BKJPP	Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V.	20.08.2025
BPE	Bundesverband Psychiatrie-Erfahrene	Hat am Prozess nicht mehr teilgenommen (Rückzug am 13.11.2023)
BPtK	Bundespsychotherapeutenkammer	04.08.2025
BVDN	Berufsverband deutscher Nervenärzte	15.08.2025
BVDP	Berufsverband deutscher Psychiater e.V.	25.08.2025
bvvp	Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e.V.	18.09.2025
DÄVT	Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie	28.09.2025
DDPP	Dachverband Deutschsprachiger Psychosen-Psychotherapie e.V.	17.09.2025
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V.	02.10.2025
DFPP	Deutsche Fachgesellschaft für Psychiatrische Pflege	17.08.2025
DGBP	Deutsche Gesellschaft für Biologische Psychiatrie e.V.	18.09.2025
DGGPP	Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V.	03.09.2025
DGHP	Deutschen Gesellschaft für Hirnstimulation in der Psychiatrie e.V.	21.09.2025
DGKJP	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V.	22.09.2025
DGPs	Deutsche Gesellschaft für Psychologie e.V.	26.08.2025
DGPE	Deutsche Gesellschaft für Psychoedukation e.V.	21.09.2025
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde	26.08.2025
DGPT	Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e.V.	18.09.2025
DGS	Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention	26.08.2025
DGSF	Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie und Familientherapie e.V.	21.09.2025
DGSP	Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V.	31.07.2025
DGVT	Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V.	13.08.2025
DPtV	Deutsche PsychotherapeutenVereinigung e.V.	23.08.2025
DVE	Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V.	25.08.2025

DVGP	Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V.	22.09.2025
DVSG	Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V.	24.09.2025
GNP	Deutsche Gesellschaft für Neuropsychologie e.V.	25.08.2025
LIPPs	Verein der Lehrstuhlinhaber für Psychiatrie und Psychotherapie e.V.	22.09.2025
SG	Systemische Gesellschaft	26.09.2025

*Tabelle 5: Zustimmungen der beteiligten Organisationen und Fachgesellschaften*

## 5. Redaktionelle Unabhängigkeit

### 5.1 Finanzierung der Leitlinie

Der Leitlinienaktualisierungsprozess wurde von der DGPPN in Auftrag gegeben und maßgeblich von ihr finanziert. Die Arbeit aller Experten und Teilnehmer an der Konsensusgruppe erfolgte ehrenamtlich ohne Honorar und wurde von den jeweiligen entsendeten Fachgesellschaften und Organisationen aus der Konsensusgruppe finanziert. Tabelle 6 gibt eine Übersicht über die Finanzierer und Art der übernommenen Kosten.

Finanzierer	Art der Kosten
Mittel der Universität Augsburg	Professionelle Zoom Version, Hosting der Projektwebseite, Moderation der Konsensuskonferenzen
Mittel der DGPPN	0,5 VK wissenschaftliche Mitarbeiterin 2023 bis 2024 (1 Jahr), Reisekosten (nicht angefallen), Moderation der Konsensuskonferenzen
Mittel des GBA-Innovationsfonds	Entwicklung der Methodik der Living-Guideline und Pilotierung des Prozesses (Projekt SISYPHOS, Abschluss des Projekts vor Beginn der Leitlinienrevision), die Revision der Leitlinie selbst wurde nicht vom GBA-Innovationsfonds gefördert

Tabelle 6: Finanzierungsquellen der Leitlinie

## 5.2 Darlegung von und Umgang mit Interessenkonflikten

Alle an der Aktualisierung der Leitlinie beteiligten Personen haben ihre Erklärungen zu Interessenkonflikten (Conflicts of Interest, Col) in den Jahren 2021/2022-2023/2024/2025 im dafür vorgesehenen AWMF-Formular abgegeben und vor Beginn des Konsensusverfahrens zur Abstimmung über die Empfehlungen aktualisiert. Die Erklärungen wurden von der Steuerungsgruppe gesammelt und durch externe Gutachterinnen (Frau Dr. Johanna Breilmann, Frau Natalie Lamp, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II Universität Ulm, Bezirkskrankenhaus Günzburg) ausgewertet (Anhang 1). Die Erklärungen der externen Gutachterinnen wurden von Dr. Theresa Halms bewertet (Anhang 1). Hierbei wurde gemäß der AWMF-Empfehlungen geprüft, ob und in welchem Ausmaß finanzielle oder nicht-finanzielle Interessen (z. B. durch Tätigkeiten, Zuwendungen, Funktionen oder wissenschaftliche Schwerpunkte) im thematischen Bezug zur Leitlinie stehen und ein Risiko für die Beeinflussung des primären Interesses (evidenz- und konsensbasierte Leitlinienentwicklung) durch sekundäre Interessen darstellen. Die Bewertung und das Management der Interessenkonflikte erfolgten gemäß den Vorgaben des AWMF-Regelwerks. Ein geringer Interessenkonflikt wurde angenommen bei einzelnen, von der Industrie finanzierten Vorträgen; dies führte ggf. zu einer Einschränkung von Leitungsfunktionen. Ein moderater Interessenkonflikt lag vor bei Tätigkeiten in industriefinanzierten Advisory Boards, wissenschaftlichen Beiräten, Gutachterfunktionen oder Managementverantwortung in industriefinanzierten Studien; hier erfolgte Stimmenthaltung bei thematisch relevanten Empfehlungen. Ein hoher Interessenkonflikt wurde bei Eigentumsinteressen, Arbeitsverhältnissen mit der Industrie oder größerem Aktienbesitz thematisch relevanter Firmen angenommen; in diesen Fällen bestand Ausschluss von Beratung und Abstimmung. Die Konflikte wurden nach Art, Relevanz und Funktion der Betroffenen in Stufen (gering, moderat, hoch) eingeteilt, woraus sich konkrete Regelungen für die Mitwirkung (uneingeschränkt, eingeschränkt, ohne Stimmrecht bzw. nur beratend, Stimmenthaltung sowie Ausschluss von Beratung) ergaben. Col einzelner Teilnehmer wurden offen während der Konsensuskonferenzen diskutiert. Insgesamt haben 70,1% der Teilnehmer mindestens einen Col und 29,9% keine Col angegeben. Dabei weisen 13,4% der Teilnehmer Col in der Kategorie „hoch“ bzw. „moderat“ auf, die eine Stimmenthaltung (moderate Col) bzw. Stimmenthaltung sowie Ausschluss von Beratungsfunktion (hohe Col) in den jeweiligen Bereichen zur Konsequenz haben. Während jeder Konsensuskonferenz wurde zu Beginn und bei entsprechenden Empfehlungen direkt abgefragt, ob sich die Col der Teilnehmenden geändert haben.

Zur Vermeidung möglicher Stimmverzerrungen wurden folgende grundsätzliche Regelungen festgelegt:

- Stimmenthaltungen der Schizophrenie-Living-Guideline-Gruppe (Steuerungs- und Expertengruppe) bei der Konsentierung aller Empfehlungen, unabhängig von möglichen Interessenskonflikten
- Stimmenthaltungen bei Empfehlungen zu spezifischen pharmakotherapeutischen Wirkstoffen, psychotherapeutischen oder anderen diagnostischen oder therapeutischen Verfahren, wenn Beratertätigkeiten oder Forschungstätigkeiten bestehen, die von kommerziellen Unternehmen finanziert werden, oder bei eindeutigen akademischen oder wissenschaftlichen Interessenkonflikten (Wertung des Interessenkonflikts als „moderat“, siehe Anhang 1)

Des Weiteren gab es weitere protektive Faktoren, die dem Risiko einer Beeinflussung von Leitlinieninhalten durch Interessenkonflikte entgegenwirkten:

- Pluralistische Zusammensetzung der Leitliniengruppe. Die Zusammensetzung wurde bei der ersten Konsensuskonferenz durch die AWMF geprüft und in der Leitliniengruppe diskutiert.
- Systematische Evidenzbasierung
- Strukturierte Konsensfindung, wobei zu Beginn jeder Konsensuskonferenz mögliche Interessenkonflikte der Anwesenden benannt und diskutiert wurden. Ebenfalls wurden vor den Abstimmungen über die einzelnen Empfehlungen und Statements Stimmhaltungen überprüft. Auch im Delphi-Verfahren wurden die Stimmhaltungen berücksichtigt.
- Erneute Mitveröffentlichung eines Abschnitts zu „Methodenkritischen Aspekten“ (siehe Anhang 2, für S3-Leitlinie 20219 erstellt) unter Einbeziehung eines unabhängigen externen Sachverständigen

## 6. Verbreitung und Implementierung der Leitlinie

Die Leitlinie wird in MAGICapp mit freiem Zugang veröffentlicht. Weiterhin ist die Leitlinie kostenlos über die Homepage der DGPPN und das Leitlinienregister der AWMF im Internet zugänglich. Der Leitlinienreport mit Anhängen ist ebenfalls über diese beiden Internetquellen erhältlich. Zur weiteren Verbreitung der Leitlinie sind Beiträge in Fachzeitschriften sowie die Vorstellung der Leitlinie im Rahmen von Fachkongressen vorgesehen.

Mögliche Barrieren bei der Implementierung der Leitlinie können auf Seiten der Betroffenen, der Angehörigen, der Behandler oder aufgrund der Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems vorhanden sein. Bei den Betroffenen und den Angehörigen spielen insbesondere deren Präferenzen für bestimmte Versorgungsformen oder therapeutische Verfahren eine Rolle. Bei den Behandlern kommen ebenfalls deren Präferenzen, deren Informiertheit über die Leitlinienempfehlungen und zeitlichen Ressourcen zum Tragen. Organisatorische Einflüsse, die die Implementierung der Leitlinienempfehlungen hindern könnten, sind mangelnde Ressourcen im Gesundheitswesen, mangelnde Kooperation zwischen verschiedenen Behandlern, mangelnde Kontinuität der Versorgung durch Abteilungs- und Sektorengrenzen oder fehlende Übertragbarkeit der Empfehlungen auf lokale Gegebenheiten. Im Vorfeld des Beginns der Revision wurde die Implementierung der 2019 publizierten Version im Rahmen des durch den GBA-Innovationsfond geförderten Projekt SISYPHOS untersucht. Hier wurden v.a. Barrieren durch das Wissen und die Einstellungen verschiedener Berufsgruppen identifiziert. Diese sollen bei der Implementierung der Living-Guideline berücksichtigt werden.

Zur Überprüfung der Implementierung der Leitlinienempfehlungen können aus Empfehlungen mit starkem Empfehlungsgrad abgeleitete Qualitätsindikatoren gemessen werden. Im Kapitel Qualitätsmanagement der Leitlinie werden beispielhaft die Schizophrenie-Qualitätsindikatoren der DGPPN dargestellt. Diese wurden aus der 2019er Version übernommen.

## 7. Gültigkeitsdauer und Aktualisierungsverfahren

Die Leitlinie im Living Guideline Format wird kontinuierlich aktualisiert. Leitlinienempfehlungen sind ab dem Zeitpunkt ihrer Verabschiedung maximal 12 Monate gültig. Die DGPPN fühlt sich für die Aktualisierung der Leitlinie weiterhin verantwortlich. Sofern schon früher neue wissenschaftliche Erkenntnisse bekannt werden, die wichtige Änderungen in einzelne Empfehlung zur Folge haben würden, kann auch schon vorzeitig ein partielles Aktualisierungsverfahren eingeleitet bzw. ein Addendum erstellt werden.

**Nächste Living Konsensuskonferenz zur Aktualisierung 2026:** 24.04.2026: 09:00 – 16:30 (virtuell)

## 8. Literatur

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlich Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) (2001) Das Leitlinien-Manual von AWMF und ÄZQ. ZaeFQ, ISSN 1431-7621, 95. Jahrgang 2001, Urban&Fischer. (Letzter Zugriff am 14.08.2018 von <http://www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk/awmf-publikationen-zu-leitlinien/leitlinien-manual.html>)

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) - Ständige Kommission Leitlinien. AWMF-Regelwerk „Leitlinien“. 1. Auflage 2012. Letzter Zugriff am 14.08.2018 von <http://www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk.html>)

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) (2010) Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien - Methoden-Report 4. Auflage Version 1.0, 30. Juli 2010. Letzter Zugriff am 25.01.2013 von <https://www.leitlinien.de/methodik>)

American Psychiatric Association. The American Psychiatric Association practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing; 2020. (Practice Guidelines). (Letzter Zugriff am 28.08.2025 von <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890424841>)

Buchanan RW, Kreyenbuhl J, Kelly DL, et al. The 2009 Schizophrenia. Psychopharmacological Treatment Recommendations and Summary Statements. Schizophrenia Bulletin 2010; 36: 71-93. Letzter Zugriff am 18.01.2013 von: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2800144/>

Beyer M, Geraedts M, Gerlach, FM et al. Deutsches Instrument zur methodischen Leitlinien-Bewertung (DELIBI), Fassung 2005/2006 + Domäne 8 (2008). Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF), Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) (Hrsg.) (Letzter Zugriff am 14.08.2018 von <https://www.leitlinien.de/leitlinien-grundlagen/leitlinienbewertung/delbi>)

Brouwers M, Kho ME, Browman GP, Cluzeau F, feder G, Fervers B, Hanna S, Makarski J on behalf of the AGREE Next Steps Consortium. AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in healthcare. Can Med Assoc J. Dec 2010, 182:E839-842; doi:10.1503/cmaj.090449 (letzter Zugriff am 09.10.2025 von [https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2014/03/AGREE\\_II\\_German-Version.pdf](https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2014/03/AGREE_II_German-Version.pdf))

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) (Hrsg.). Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Oktober 2012. (Letzter Zugriff am 14.08.2018 von [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/038-020I\\_S3\\_Psychosoziale\\_Therapien\\_10-2012.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-020I_S3_Psychosoziale_Therapien_10-2012.pdf))

Dixon LB, Dickerson F, Bellack AS, et al. The 2009 Schizophrenia Psychosocial Treatment Recommendations and Summary Statements. Schizophrenia Bulletin 2010; 36: 48-70. Letzter Zugriff am 18.01.2013 von: <http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/content/36/1/48.long>

Fitzgerald I, O'Connell J, Keating D, Hynes C, McWilliams S, Crowley EK. Metformin in the management of antipsychotic-induced weight gain in adults with psychosis: development of the first evidence-based guideline using GRADE methodology. Evid Based Ment Health. 2022;25(1):13-9. <https://doi.org/10.1136/ebmental-2021-300291>

Gaebel W, Falkai P, Weinmann S, Wobrock T. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und nervenheilkunde (Hrsg). S3 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie, Band 1, Behandlungsleitlinie Schizophrenie. 2006. Steinkopff, Darmstadt.

Galletly C, Castle D, Dark F, Humberstone V, Jablensky A, Killackey E, Kulkarni J, McGorry, P, Nielssen O, Tran N (2016). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the management of schizophrenia and related disorders. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 2016, Vol. 50(5) 1-117. (Letzter Zugriff am 14.08.2018 von [https://www.ranzcp.org/Files/Resources/Publications/CPG/Clinician/CPG\\_Clinician\\_Full\\_Schizophrenia-pdf.aspx](https://www.ranzcp.org/Files/Resources/Publications/CPG/Clinician/CPG_Clinician_Full_Schizophrenia-pdf.aspx))

Hasan A, Falkai P, Wobrock T, Lieberman J, Glenthøj B, Gattaz WF, Thibaut F, Möller HJ & The WFSBP task force on treatment guidelines for schizophrenia (2012). World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia, Part 1: Update 2012 on the acute treatment of schizophrenia and the management of treatment resistance. World J Biol Psychiatry 13: 318-378. (Letzter Zugriff am 14.08.2018 von <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/15622975.2012.696143>)

Hasan A, Falkai P, Wobrock T, Lieberman J, Glenthøj B, Gattaz WF, Thibaut F, Möller HJ & The WFSBP task force on treatment guidelines for schizophrenia (2013). World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia, Part 2: Update 2012 on the long-term treatment of schizophrenia and management of antipsychotic-induced side effects. World J Biol Psychiatry, DOI: 10.3109/15622975.2012.739708. (Letzter Zugriff am 14.08.2018 von <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/15622975.2012.739708>)

Hasan A, Falkai P, Wobrock T, Lieberman J, Glenthøj B, Gattaz WF, Thibaut F, Möller HJ & The WFSBP task force on treatment guidelines for schizophrenia (2015). World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia, Part 3: Update 2015 Management of special circumstances: Depression, Suicidality, Substance use disorders and Pregnancy and Lactation. World J Biol Psychiatry, DOI: 10.3109/15622975.2015.1009163. Letzter Zugriff am 14.08.2018 von [http://www.wfsbp.org/fileadmin/user\\_upload/Treatment\\_Guidelines/Hasan\\_et\\_al\\_2015.pdf](http://www.wfsbp.org/fileadmin/user_upload/Treatment_Guidelines/Hasan_et_al_2015.pdf)

Kopp I, Selbmann H-K, Koller M (2007) Konsensfindung in evidenzbasierten Leitlinien – vom Mythos zur rationale Strategie. Z. ärztl. Fortbild. Qual.Gesundh.we. (ZaeFQ); 101: 89-95.

Kreyenbuhl J, Buchanan RW, Dickerson FB, Dixon LB (2010). The schizophrenia patient outcomes research team: Updated treatment recommendations 2009. Schizophr Bull 36(1): 94-103. Letzter Zugriff am 18.01.2013 von <http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/content/36/1/94.full>

Langer G, Meerpohl JJ, Perleth M, Gartlehner G, Kaminski-Hartenthaler A, Schünemann H (2012) GRADE-Leitlinien: 2. Formulierung der Fragestellung und Entscheidung über wichtige Endpunkte. Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. Wesen (ZEFQ); 106: 369-376.

Ministry of Health (MOH) Malaysia. Clinical Practice guidelines. Management of Schizophrenia in Adults; May 2009. Letzter Zugriff am 29.10.2012 von <http://www.moh.gov.my/v/mhe>

Ministry of Health (MOH) Singapore. MOH Clinical Practice Guidelines 4/2011. Schizophrenia. July 2011. Letzter Zugriff am von [https://www.moh.gov.sg/content/dam/moh\\_web/HPP/Doctors/cpg\\_medical/current/2011/Schizophrenia%20Pg1-56.pdf](https://www.moh.gov.sg/content/dam/moh_web/HPP/Doctors/cpg_medical/current/2011/Schizophrenia%20Pg1-56.pdf)

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2024) Digital health technologies to help manage symptoms of psychosis and prevent relapse in adults and young people: early



value assessment (HTE17). Letzter Zugriff am 28.08.2025 von <https://www.nice.org.uk/guidance/hte17>

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). CG178 – Psychosis and Schizophrenia in adults. The NICE guideline on treatment and management. 2014. Letzter Zugriff am 14.08.2018 von <http://guidance.nice.org.uk/CG178>)

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). CG155 – Psychosis and schizophrenia in children and young people: recognition and management 2013. Letzter Zugriff am 14.08.2018 von <https://www.nice.org.uk/guidance/cg155>)

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). NG10 – Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings. Mai 2015. Letzter Zugriff am 14.08.2018 von <http://www.nice.org.uk/guidance/NG10>)

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of schizophrenia. A national clinical guideline. März 2013. Letzter Zugriff am 14.08.2018 von <https://www.sign.ac.uk/assets/sign131.pdf>

## Anhang 1 Erklärung von und Umgang mit Interessenkonflikten

Im Folgenden sind die Interessenerklärungen entsprechend des Formblatts der AWMF als tabellarische Zusammenfassung dargestellt, sowie die Ergebnisse der Interessenkonfliktbewertung und Maßnahmen, die nach Diskussion der Sachverhalte von der Leitliniengruppe beschlossen und im Rahmen der Konsensuskonferenz umgesetzt wurden.

Die Interessenerklärungen wurden in den Jahren 2021 – 2025 eingeholt. Die Erklärungen beziehen sich immer auf die mindestens letzten drei Jahre vor dem Zeitpunkt der abgegebenen Erklärung. Während jeder Konsensus-Konferenz wurde abgefragt, ob sich neue Interessenskonflikte ergeben haben.

In die rechte Spalte der Tabelle wurden nur Angaben übertragen, für die nach Diskussion und Bewertung der entsprechend des Formblatts der AWMF offengelegten Sachverhalte ein thematischer Bezug zur Leitlinie festgestellt wurde. Bei den Punkten 1 bis 5 in der Tabelle wurde auf die Nennung von Firmen und genaueren Angaben verzichtet, wenn die Bewertung ergab, dass in Bezug auf die Leitlinie kein Interessenkonflikt bestand. Die vollständigen Erklärungen sind bei der DGPPN-Steuerungsgruppe hinterlegt.

	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	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie <sup>1</sup> ,  Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Anonym	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitgliedschaften/Funktion in Interessensverbänden:  Mitglied bei Basta, München als Betroffene und Angehörige	Keine
Bauer, Dominic	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitgliedschaften/Funktion in Interessensverbänden:  Bundesverband der Berufsbetreuer*innen, Beisitzer im Bundesvorstand	Keine
Prof. Dr. Bauer, Michael	Capital Region of Denmark	Biogen GH Research Janssen-Cilag Janssen Global Services Livanova MSD Sharp & Dohme Novartis Switzerland Sunovion Pharmaceuticals Takeda Canada	Aristo Biogen Fo-Ges UG Janssen-Cilag Janssen Pharmaceutic NV Servier Deutschland	Nein	Nein	Nein	Mitgliedschaften/Funktion in Interessensverbänden:  DGPPN, ECNP, WFSBP, AGNP  Schwerpunkte wiss. Tätigkeiten, Publikationen:  Psychopharmakologie, affektive Störungen, Leitlinien  Schwerpunkte klinischer Tätigkeiten:  Affektive Störungen	Pharmakotherapie (hoch); Stimmhaltung, (Beratungsfunktion im Sinne von Literaturnennung während der Konferenzen möglich)

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungs-tätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen-interessen (Patent, Urheber*innen-recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie <sup>1</sup> ,  Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Prof. Dr. Baum, Erika	AOK-Bund	Institut für hausärztl. Fortbildung (IhF)-Wiss. Leitung Praktika	IhF  Kompetenzzentrum Weiterbildung Hessen  Landesärztekammer Hessen, Bildungsakademie	Zeitschriften der Hausarzt KVH aktuell, Allgemeinarzt	Nein	Nein	Stellvertreterin DEGAM  Mitgliedschaften:  DEGAM (Allgemeinmedizin und Familienmedizin): Präsidium und SLQ  Hausärzteverband, GHA, GMA, DDG, Lipidliga, Gastroliga, WONCA, Euract, EGPRN, Sportärzteverband ohne definierte Funktion, Leiterin der Ortsgruppe Gießen im Ärztinnenbund  Schwerpunkte wiss. Tätigkeiten, Publikationen:  Primärärztliche Versorgung, Aus- und Weiterbildung, Demenz, Leitlinienerstellung Müdigkeit und Osteoporose	Kosteneffektivität (gering); keine Konsequenzen da keine Leitungsfunktion
Dr. Baumgarte, Beate	DGGPP	Nein	Verschiedene Auftraggeber	Nein	Nein	Nein	Nein	Keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungs-tätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie <sup>1</sup> ,  Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Prof. Dr. Bechdolf, Andreas	Nein	Nein	Janssen-Cilag, Lundbeck, Otsuka and Recordati	Nein	Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss  ORYGEN Research Center, University of Melbourne, Melbourne, Australia  Volkswagenstiftung  DFG  Otsuka Pharma GmbH  DFG	Nein	Mitgliedschaften/Funktion in Interessensverbänden:  Vorstand & Dozententätigkeit beim Dachverband deutschsprachiger Psychosen-Psychotherapie (DDPP)  Mitglied und Dozent Berliner Netzwerk für Psychosenpsychotherapie  Mitglied von Arbeitsgruppen und Leiter einer Taskforce bei der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)  Mitglied des Fachausschusses zur Krankenhausplanung des Landes Berlin  Medical Board Sprecher der Chefarzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie des kommunalen Krankenhauskonzerns Vivantes Berlin	Psychotherapie, Psychoedukation (gering); Pharmakotherapie (moderat); keine Konsequenzen da keine Leitungsfunktion und kein Stimmrecht

	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	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie <sup>1</sup> ,  Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							<p>Gründungsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Psychoedukation (DGPE)</p> <p>Mitglied der International Society for Bipolar Disorders (ISBD)</p> <p>Mitglied der European Psychiatric Association (EPA)</p> <p>Mitglied European College of Neuropsychopharmacology (ECNP)</p> <p>Mitglied International Early Psychosis Association (IEPA)</p>	
Dr. Bender, Matthias	Nein	Nein	<p>Vitos Akademie</p> <p>AWKV Kassel</p> <p>Psychotherapieakademie Hessen</p> <p>Philipps-Universität Marburg</p>	<p>Wiss. Verlage (Schattauer bzw. Klett Cotta, Elsevier, Springer, Kohlhammer)</p>	Nein	Nein	<p>Mitgliedschaften/Funktion in Interessensverbänden:</p> <p>Mitgliedschaft BDK</p> <p>verschiedene Berufsverbände z.B. DGPPN</p> <p>Schwerpunkte wiss. Tätigkeiten, Publikationen:</p> <p>zur Psychoedukation</p>	<p>psychosoziale Interventionen (gering); keine Konsequenzen da keine Leitungsfunktion</p>

	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	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie <sup>1</sup> ,  Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Schwerpunkte klinischer Tätigkeiten:  Versorgungs- und Sozialpsychiatrie  Federführende Beteiligung an Fortbildungen/Ausbildungsinstitutionen:  Weiterbildungsbefugnis KPP Kassel und Bad Emstal und s.o. Dozenturen und Lehraufträge	
Prof. Dr. Bender, Stephan	Nein	Nein	Medice Takeda	Nein	BMG BMBF Innovationsfond des G-BA Boll-Stiftung	Nein	Mitgliedschaften: DGKJP ((Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie) DHV (Deutscher Hochschulverband)  Schwerpunkte wiss. Tätigkeiten: Elektrophysiologie, transkranielle Magnetstimulation, affektive Störungen, Angststörungen, ADHS, Anorexia nervosa, Schizophrenie  Federführende Beteiligung an	Behandlungen im Kindes- und Jugendalter, Nicht-invasive Stimulationsverfahren (gering); keine Konsequenzen da keine Leitungsfunktion

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungs-tätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie <sup>1</sup> ,  Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Fortbildungen/Ausbildungsinstituten:  Akip (Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie Köln)	
Dr. Dr. Böge, Kerem		Asian Journal of Psychiatry  German Alliance of Global Health Research  Frontiers in Psychiatry	Universitäre Einrichtungen  Versorgungskrankenhäuser und Forum für medizinische Fortbildung	NA	Drittmittel geförderte Projekte vom BMZ, BMBF, BMG, NARSAD, BUA, Charité und DAAD.	Nein	Mitgliedschaften/Funktion in Interessensverbänden:  Steering Committee der German Alliance of Global Health Research  Schwerpunkte wiss. Tätigkeiten, Publikationen:  Bücher und Buchkapitel zu Schizophrenien, Psychopathologie und Psychotherapie u.a. im Beltz, Hogrefe und Kohlhammer Verlag  Schwerpunkte klinischer Tätigkeiten:  Klinische Tätigkeit auf Station, Tagesklinik und Ambulanz. Weiterbildung in Kognitiver Verhaltenstherapie und humanistischer Psychotherapie  Federführende Beteiligung an	Psychotherapie (gering); keine Konsequenzen da keine Leitungsfunktion



	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	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie <sup>1</sup> ,  Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Fortbildungen/Ausbildungsinstitutionen:  Psychologie Leitung Modul Psychotische Störungen an der Charité //Lehrtätigkeit und Fortbildungen an der Charité in diesem Themengebiet	
Dr. Böser, Hagen	Nein	Nein	Ärzttekammern	Nein	Nein	Nein	<p>Mitgliedschaften/Funktion in Interessensverbänden:</p> <p>DGKV – Mitgliedschaft</p> <p>Systemische Gesellschaft - Mitgliedschaft</p> <p>Schwerpunkte wiss. Tätigkeiten, Publikationen:</p> <p>Akzeptanz und Commitment Therapie</p> <p>Systemische Therapie</p> <p>Schwerpunkte klinischer Tätigkeiten:</p> <p>Systemische Therapie</p> <p>Akzeptanz und Commitment Therapie</p> <p>Federführende Beteiligung an</p>	Systemische Therapie (moderat); Stimmhaltung (Beratungsfunktion möglich)

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungs-tätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen-interessen (Patent, Urheber*innen-recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie <sup>1</sup> ,  Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Fortbildungen/Ausbildungsinstitutionen:  Systemtheoriekurse Ärztammer Westfalen-Lippe, Süd-Württemberg  IF- Weinheim – Systemische Therapie  IFKV – Systemische Theorie für Verhaltenstherapeuten	
Braune, Astrid-Ilona	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitgliedschaften/Funktion in Interessensverbänden:  BPE e.V., erweitertes Vorstandsmitglied, seit 2022 Betroffene	Keine
Dr. Breilmann, Johanna	Nein	Nein	Nein	Nein	Innovationsausschuss des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)	Nein	Schwerpunkte wiss. Tätigkeiten, Publikationen: Evidenzbasierte Medizin; psychiatrische Versorgungsforschung, Leitlinien	Keine (keine Stimmberechtigung)
Dr. Claus, Sylvia	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitgliedschaften/Funktion in Interessensverbänden:  Vorsitzende der BDK  Vorstandsmitglied der DGPPN	Psychotherapie (gering); keine Konsequenzen da keine Leitungsfunktion

	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	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie <sup>1</sup> ,  Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							<p>Mitglied der APK (Aktion Psychisch Kranke)</p> <p>Vorstandsmitglied des AKP (Arbeitskreis der Krankenhausleitungen Psychiatrischer Kliniken)</p> <p>Schwerpunkte wiss. Tätigkeiten, Publikationen:</p> <p>Modellvorhaben §64b, Umgang mit Zwang und Gewalt, Trialog</p> <p>Schwerpunkte klinischer Tätigkeiten:</p> <p>psychiatrisch-psychotherapeutische Verhaltenstherapie, DBT, CBASP, Supervisorin für KVT</p> <p>Federführende Beteiligung an Fortbildungen/Ausbildungsinstitutionen:</p> <p>Dozentin und Supervisorin am IFKV, Bad Dürkheim</p>	

	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	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie <sup>1</sup> ,  Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Prof. Dr. Correll, Christoph	<p>AbbVie, Alkermes, Allergan, Angelini,, Cardio Diagnostics, Cerevel, Gedeon Richter, Holmusk, IntraCellular Therapies, Janssen/J&amp;J, Karuna, LB Pharma, Lundbeck, MedInCell, Medscape, Merck, Mindpax, Mylan, Neurocrine, Noven, Otsuka, PPD</p> <p>Biotech, Recordati, Rovi, Seqirus, Servier, SK Life Science, Sumitomo Dainippon, Sunovion, Supernus, Takeda, Teva, and Viatrix.</p> <p>Compass Pathways, Relmada</p> <p>MedAvante-ProPhase, Pharmabrain</p>	AbbVie, Allergan, Angelini, Compass, Gedeon Richter, Janssen/J&J, Karuna, Lundbeck, MedInCell, Neurocrine, Otsuka, Recordati, Rovi, Seqirus, Life Science, Sunovion, Supernus, Teva, and Viatrix.	AbbVie, Angelini, Aristo, Damitsa, Gedeon Richter, Hikma, IntraCellular Therapies, Janssen/J&J, Lundbeck, Mitsubishi Tanabe Pharma, Mylan, Otsuka, Recordati, Seqirus, Sunovion, Takeda, Viatrix.	Nein	Takeda Janssen	<p>Aktien-Optionen: Cardio Diagnostics, Mindpax, Quantic</p> <p>Aktien-Optionen: LB Pharma</p>	<p>Mitgliedschaften/Funktion in Interessensverbänden:</p> <p>Member, American Society of Clinical Psychopharmacology (ASCP)</p> <p>Co-chair, Treatment Response and Resistance in Psychosis (TRRIP) working group (co-chairs: O Howes, J Kane, C Correll)</p> <p>Working Group member, content expert for psychotic disorders, International Consortium for Health Outcomes Measurement</p> <p>Co-chair, International Association of Parkinsonism and Related Disorders (IAPRD) Tardive Syndromes Working Group (ICHOM)</p> <p>Member, European College of Neuropsychopharmacology (ECNP) Taskforce on pediatric Neuroscience-based</p>	<p>Pharmakotherapie (hoch); (Keine Konsequenzen, da kein Stimmrecht und keine Leitungsfunktion)</p> <p>Kindes- und Jugendalter, Früherkennung (gering); keine Konsequenzen da keine Leitungsfunktion</p>

	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	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie <sup>1</sup> ,  Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							<p>Nomenclature (pNbN) for psychotropic medications</p> <p>Member, Scientific Program Review Committee, bi-annual Schizophrenia International Research Society (SIRS) Meeting</p> <p>Senior Scientific Advisor, International advisory group for the Latin American Network in Early Psychosis (LATAM), led by Nicolas Crossley (Chile) and Rodrigo Bressan (Brazil)</p> <p>Member, European College of Neuropsychopharmacology (ECNP) Taskforce on Neuroscience-based Nomenclature (NbN) for psychotropic medications</p> <p>Member, German Association of Psychiatry, Psychotherapy and Neurology (DGPPN) Task-Force „Early Recognition and Prevention</p>	

	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	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie <sup>1</sup> ,  Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							<p>of Severe Psychiatric Disorders ["Früherkennung und Frühbehandlung von schweren psychischen Erkrankungen]</p> <p>Member, European Network Child &amp; Adolescent Psychopharmacology Network (ECAPN)</p> <p>Member, European College of Neuropsychopharmacology (ECNP) Prevention of Mental Disorders and Promotion of Mental Health - Thematic Working Group (PMD-TWG) (Co-chairs: P. Fusar-Poli, C Arango)</p> <p>Co-chair and Executive Committee member, Work Group on Prevention of Psychiatric Disorders, German Association of Psychiatry, Psychotherapy and Neurology (DGPPN) (Chair: Andrea Pfennig, co-chairs: CU Correll, A Bechdolf)</p>	

	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	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie <sup>1</sup> ,  Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							<p>Member, European College of Neuropsychopharmacology (ECNP) Bipolar Disorders - Thematic Working Group (PMD-TWG) (Co-chairs: P. Fusar-Poli, C Arango)</p> <p>Member, European College of Neuropsychopharmacology (ECNP) Physical and mental Health</p> <p>Schwerpunkte wiss. Tätigkeiten, Publikationen:</p> <p>Schizophrenie, Psychopharmakologie Kinder und Jugendpsychiatrie</p> <p>Schwerpunkte klinischer Tätigkeiten:</p> <p>Psychose</p>	
Dr. Dillo, Wolfgang	Nein	Nein	Systemische Ausbildungsinstiute Vorträge und Weiterbildungen	Buchbeitrag	Nein	Nein	<p>Mitgliedschaften/Funktion in Interessensverbänden:</p> <p>Systemische Gesellschaft Deutschland Vorstandsmitglied</p>	systemische Familientherapie (moderat); Stimmhaltung (Beratungsfunktion möglich)

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungs-tätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen-interessen (Patent, Urheber*innen-recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie <sup>1</sup> ,  Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Dogue, Ulrike	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mandatsträgerin BFLK  Mitgliedschaften:  2. Vorsitzende der BFLK  Schwerpunkte klinischer Tätigkeiten:  Leitung und Führung als Pflegedirektorin/Pflegedienstleitung in psychiatrischen Kliniken	Pflege (gering); keine Konsequenzen da keine Leitungsfunktion
Prof. Dr. Exner, Cornelia	Nein	Nein	LAP GmbH (Ausbildungsinstitut VT)	Nein	DFG	LAP GmbH (Ausbildungsinstitut VT)	Mitgliedschaften/Funktion in Interessensverbänden:  Gesellschaft für Neuropsychologie (Mitglied Wissenschaftlicher Beirat)  Deutsche Gesellschaft für Psychologie  Fakultätentag Psychologie (Beisitzerin)  Schwerpunkte wiss. Tätigkeiten, Publikationen:  Metakognitive Therapie (bei Zwangsstörungen),	Kognitive Verhaltenstherapie (hoch); Stimmenthaltung, (Beratungsfunktion im Sinne von Literaturnennung während der Konferenzen möglich)   Metakognitives Training (gering); keine Konsequenzen da keine Leitungsfunktion



	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	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie <sup>1</sup> ,  Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							<p>neuropsychologische Therapie nach erworbenen Hirnschädigungen , neuropsychologische Störungen bei ADHS, Schizophrenie</p> <p>Schwerpunkte klinischer Tätigkeiten:</p> <p>Ambulante Verhaltenstherapie, neuropsychologische Therapie</p> <p>Federführende Beteiligung an Fortbildungen/Ausbildungsinstitutionen:</p> <p>Geschäftsführerin und Leiterin eines psychotherapeutischen Ausbildungsinstituts (KVT)</p>	
Prof. Dr. Falkai, Peter	Richter Pharma Boehringer-Ingelheim	Richter Boehringer-Ingelheim Janssen	s.o.	Nein	BMBF DFG EU	Nein	<p>Mitgliedschaften/Funktion in Interessensverbänden:</p> <p>EPA Präsident</p> <p>Senator der Leopoldina</p> <p>Schwerpunkte wiss. Tätigkeiten, Publikationen:</p>	Cariprazine und Iclapertin (hoch), Nichtpharmakologische Interventionen auf Negativsymptomatik und kognitive Dysfunktion und Diagnostik und Therapie schizophrener Psychosen (gering);

	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	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie <sup>1</sup> ,  Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							<p>Nicht-pharmakologische Interventionen auf Negativsymptomatik und kognitive Dysfunktion bei Schizophrenie</p> <p>Schwerpunkte klinischer Tätigkeiten:</p> <p>Diagnostik und Therapie schizophrener Psychose</p>	Limitierung von Leitungsfunktionen
Freese, Roland	Hessische Justiz	Nein	Kongressvorträge national und intern	Bibliomed f&w psych	Nein	Nein	<p>Schwerpunkte wissenschaftlicher Tätigkeiten/Publikationen:</p> <p>Maßregelvollzug für psychisch Kranke</p> <p>Schwerpunkte klinischer Tätigkeiten:</p> <p>Ambulanter MRV, Resozialisierung, Krisenberatung, Gemeindepsychiatrie, Pharmakotherapie</p> <p>Federführende Beteiligung an Fortbildungen/Ausbildungsinstitutionen:</p> <p>Vitos Akademie Hessen: ambulanter MRV</p>	Forensik (moderat); keine Konsequenzen da kein Stimmrecht und keine Leitungsfunktion

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungs-tätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie <sup>1</sup> ,  Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Prof. Dr. Fallgatter, Andreas	Nein	Thieme Verlag, Herausgeberboard Psych up2date	Nein	Nein	Multizentrische Studie Theta-Burst  Stimulation bei akustischen Halluzinationen	Nein	Stellvertreter LIPPs  Mitgliedschaften:  Vorstandsmitglied DGPPN, Sprecher der StäKo  Schwerpunkte wissenschaftlicher Tätigkeiten/Publikationen:  57 Publikationen zu „schizophrenia“ in PubMed  Schwerpunkte klinischer Tätigkeiten:  Wichtiger Teilbereich in der Patientenversorgung an der Klinik	somatische Behandlungsverfahren (gering); keine Konsequenzen da keine Leitungsfunktion
Prof. Dr. Gaebel, Wolfgang	Nein	LINF/Neurtorium	auf Fachkongressen	Wechselnd	Sisyphos Projekt, Innovations-fonds	Nein	Mitgliedschaften/Funktion in Interessensverbänden:  Wiss. Fachgesellschaften: DGPPN, E-SAS, EPA, WPA, WFSBP  Schwerpunkte wiss. Tätigkeiten, Publikationen:  Qualitätsmanagement, Digitalisierung, Klassifikation, ICD-	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	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie <sup>1</sup> ,  Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							<p>11, psychot. Störungen</p> <p>Federführende Beteiligung an Fortbildungen/Ausbildungsinstitutionen:</p> <p>ICD-11 CDDR, an online comprehensive course (mit G. Reed)</p>	
Dr. Galbusera, Laura	Nein	Nein	Nein	<p>Geldgeber: Deutsche Forschungsgesellschaft</p> <p>Kooperationspartner*innen (Projektleitung):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dr. Fazakas, Universität Wuppertal</li> <li>- Dr. Gozè, Universität Toulouse</li> </ul>			<p>Mitgliedschaften/Funktion in Interessensverbänden:</p> <p>DGSF (Funktion: Mandatsträgerin für S3 Leitlinie Schizophrenie 2023)</p> <p>DPTV (einfache Mitgliedschaft)</p> <p>Schwerpunkte wiss. Tätigkeiten, Publikationen:</p> <p>Psychosenpsychotherapie, Phänomenologische Psychiatrie, Systemische Psychotherapie, Sozialpsychiatrie</p> <p>Schwerpunkte klinischer Tätigkeiten:</p> <p>Offener Dialog, systemische Therapie,</p>	Psychotherapie, systemische Therapie (gering); keine Konsequenzen da keine Leitungsfunktion

	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	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie <sup>1</sup> ,  Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							<p>systemische Psychiatrie</p> <p>Federführende Beteiligung an Fortbildungen/Ausbildungsinstitutionen:</p> <p>Organisation und inhaltliche Gestaltung der Lehre in den Bachelor und Master Psychotherapiestudiengänge nach der neuen Approbationsordnung an der Medizinischen Hochschule Brandenburg. Durchführung der Lehrveranstaltung v.A. im Bereich Systemische Therapie.</p>	
Glocker, Gabriele	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	<p>Mandatsträgerin BApK</p> <p>Mitgliedschaft bei LVBWApK (wird von GKV (u.a. AOK) unterstützt; keine persönlichen Verbindungen)</p>	Keine
Prof. Dr. Gonther, Uwe	Nein	Nein	Hochschule für Künste im Sozialen Ottersberg	Buchbeiträge über Kunsttherapie und zur Geschichte der Psychiatrie	Nein	Nein	<p>Mitgliedschaften/Funktion in Interessensverbänden:</p> <p>DGPPN, DGSP</p>	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	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie <sup>1</sup> ,  Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							<p>Schwerpunkte wiss. Tätigkeiten, Publikationen:</p> <p>Geschichte</p> <p>Schwerpunkte klinischer Tätigkeiten:</p> <p>Leitung</p> <p>Federführende Beteiligung an Fortbildungen/Ausbildungsinstitutionen:</p> <p>Ärztliche Weiterbildung in Psychiatrie und Psychotherapie Hochschule für Kunst im Sozialen Ottersberg</p>	
Prof. Dr. Gouzoulis-Mayfrank, Euphrosyne	Nein	RehaSan Gruppe	Krankenhäuser und DGPPN (Fortbildungen für Klinikpersonal und Vortrag im State-of-the-Art Symposium auf DGPPN Kongress)	Kohlhammer Verlag  Thieme Verlag  Elsevier – Urban & Fischer	<p>Forschungsförderungen von:</p> <p>InterReg NorthWest Europe</p> <p>Bundesministerium für Bildung und Forschung</p> <p>Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW</p>	Nein	<p>Mandatsträgerin BDK e.V.</p> <p>Mitgliedschaften:</p> <p>Vorstandsmitglied DGPPN</p> <p>Vorstandsmitglied BDK</p> <p>Schwerpunkte wissenschaftlicher Tätigkeiten/Publikationen:</p> <p>- Komorbidität Psychose und Sucht:</p>	Substanzstörung, Qualitätsmanagement (gering); keine Konsequenzen da keine Leitungsfunktion

	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	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie <sup>1</sup> ,  Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
					<p>Innovationsfonds beim Gemeinsamen Bundesausschuss</p> <p>Auftragskostenerstattung von:</p> <p>Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger psychiatrischer Krankenhäuser</p>		<p>Grundlagen und Behandlung - Qualitätssicherung / Implementierung von Qualitätsindikatoren - Zwangsvermeidung in der Behandlung psychisch Kranker - Entwicklung und Implementierung innovativer Versorgungsmodelle in der Behandlung psychisch Erkrankter</p> <p>Schwerpunkte klinischer Tätigkeiten:</p> <p>Behandlung von Menschen mit schwerer psychischer Störung (Psychose, Doppeldiagnosen)</p> <p>Federführende Beteiligung an Fortbildungen/Ausbildungsinstituten:</p> <p>Federführend verantwortlich für das ärztliche Weiter- und Fortbildungsprogramm der LVR-Klinik Köln</p>	

	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	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie <sup>1</sup> ,  Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Greve, Nils	Nein	Nein	Bildungswerk des Bayerischen Bezirktags	Psychiatrie-Verlag	Innovationsfonds Projekt „GBV“	Psychiatrie-Verlag (Gesellschafter)	<p>Mitgliedschaften/Funktion in Interessensverbänden:</p> <p>DGPPN, DGSP, BAG GPV, Dachverband Gemeindepsychiatrie, Familientherapeutische Arbeitsgemeinschaft Marburg, Systemische Gesellschaft, DDPP, Aktion Psychisch Kranke</p> <p>Schwerpunkte wiss. Tätigkeiten, Publikationen:</p> <p>Ambulante psychiatrische Versorgungsstrukturen, offener Dialog und systemische Therapie/Beratung, Pharmakotherapie</p> <p>Schwerpunkte klinischer Tätigkeiten:</p> <p>Gemeindepsychiatrische Institutsambulanz des Psychosozialen Trägervereins Solingen</p> <p>Federführende Beteiligung an</p>	<p>ambulante Versorgungsstrukturen, Psychiatrische Institutsambulanzen, systemische Therapie und Pharmakotherapie (gering); keine Konsequenzen da keine Leitungsfunktion</p>



	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	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie <sup>1</sup> ,  Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Fortbildungen/Ausbildungsinstitutionen:  Systemische Therapieausbildung Approbation), dialog_mx GmbH, Marburg	
Dr. Haas, Rüdiger	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	<p>Mitgliedschaften/Funktion in Interessensverbänden:</p> <p>Vorstand BAG KJPP, DGPPN, DGKJP, BKJPP, DGKN, GAIMH, MEZIS, LLPP</p> <p>Schwerpunkte wiss. Tätigkeiten, Publikationen:</p> <p>Handreichungen in der BAG KJPP über Transgender, körperlicher Untersuchungen, freiheitsentziehende Maßnahmen</p> <p>Schwerpunkte klinischer Tätigkeiten:</p> <p>Psychosen, Frühe Kindheit, Essstörungen, Autismus, Sucht</p>	Keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungs-tätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie <sup>1</sup> ,  Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Dr. Halms, Theresa	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitgliedschaften/Funktion in Interessensverbänden:  DGPPN  Schwerpunkte wiss. Tätigkeiten, Publikationen:  Versorgungsforschung, qualitative Forschung	Keine (keine Stimmberechtigung)
Prof. Dr. Hasan, Alkomiet	Nein	Böhringer-Ingelheim Rovi Recordati	Janssen AbbVie Lundbeck Otsuka ZfP Südwürttemberg	InFo Neurologie und Psychiatrie als Herausgeber	DFG BMBF G-BA Innovationsfonds	Nein	Mitgliedschaften/Funktion in Interessensverbänden:  DGPPN: State of the Art Schizophrenia, S3-Leitlinie, Gefängnispsychiatrie  Mitglied EK der medizinischen Fakultät LMU  Schwerpunkte wiss. Tätigkeiten, Publikationen:  Biologische Psychiatrie, Evidence-Based Psychiatry  Verhaltenstherapie  Schwerpunkte klinischer Tätigkeiten:	Antipsychotika (moderat), Limitierung von Leitungsfunktionen

	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	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie <sup>1</sup> ,  Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Gesamtes Spektrum der Psychiatrie und Psychotherapie	
Heizmann, Sabrina	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	<p>Mitgliedschaften/Funktion in Interessensverbänden:</p> <p>Beraterin und Mitglied Bundesverband für Ergotherapeut:innen</p> <p>Schwerpunkte klinischer Tätigkeiten:</p> <p>Wiwa: Onkologische und geriatrische Rehabilitation</p>	Ergotherapie (gering), keine Konsequenzen da keine Leitungsfunktion
Helbeck, Jacob	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	<p>Mitgliedschaften/Funktion in Interessensverbänden:</p> <p>Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrie – Beirat im Vorstand</p> <p>Schwerpunkte wissenschaftliche Tätigkeiten, Publikationen:</p> <p>Schwerpunkte klinischer Tätigkeiten:</p> <p>Pflegeentwicklung</p>	Pflege (gering); keine Konsequenzen da keine Leitungsfunktion

	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	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie <sup>1</sup> ,  Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Herklotz, Kay	Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz	Nein	Landesärztekammer Sachsen	Nein	Nein	Nein	Stellvertreter DVGP  Mitgliedschaften:  Dachverband Gemeindepsychiatrie/Vorstand Landesverband Gemeindepsychiatrie Sachsen e.V.  Federführende Beteiligung an Fortbildungen/Ausbildungsinstituten:  Sächsische Landesärztekammer	Keine
Herm, Rebecca	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitgliedschaften/Funktion in Interessensverbänden:  Mitglied im deutschen (DVE) und schweizerischen (EVS) Berufsverband für Ergotherapie sowie dem Weltverband der Ergotherapie (WFOT)  Schwerpunkte wiss. Tätigkeiten, Publikationen:  Publikationen in Journal ohne peer-review:	Ergotherapie (gering); keine Konsequenzen da keine Leitungsfunktion

	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	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie <sup>1</sup> ,  Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							<p>-ergopraxis: akutpsychiatrische Interventionen der Ergotherapie mit Einbezug von kreativ-gestaltenden Mitteln</p> <p>-ET-Reha: Langezeitige und Ergotherapie</p> <p>-ergopraxis: Verfassen nutzerfreundlicher Studienzusammenfassungen</p> <p>Schwerpunkte klinischer Tätigkeiten:</p> <p>Ergotherapeutische Einzel- und Gruppentherapien mit dem Fokus auf betätigungsorientierte Interventionen nach dem zeitgenössischen Paradigma der Ergotherapie;</p> <p>Weitere Inhalte:</p> <p>Grundarbeitsfähigkeiten und Arbeitsdiagnostik; Krisenintervention, Fertigkeiten-Training</p> <p>Diagnosespektrum:</p> <p>Schizophrenie, bipolare Störung, unipolare Depressionen;</p>	

	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	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie <sup>1</sup> ,  Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							<p>Abhängigkeitserkrankungen und Trauma, Angststörungen und Persönlichkeitsstörungen</p> <p>Sonstige Interessen:</p> <p>Mitglied in den Berufsverbänden von CH und D, jedoch Mandatsträgerin für den DVE; Berufstätigkeit und Niederlassung in CH</p> <p>Derzeit im berufs begleitenden Masterstudium Ergotherapie an der HAWK Hildesheim (D)</p> <p>Sämtliche Angaben zu den direkten finanziellen Interessen wurden nach bestem Gewissen ausgefüllt, da die eigene klinische Tätigkeit jedoch gänzlich ausserhalb dieser Zuständigkeitsbereiche und Funktion stattfand, können keine genaueren Angaben gemacht werden</p>	

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungs-tätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie <sup>1</sup> ,  Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Ibald, Kevin	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Stellvertreter DGSF Mitgliedschaften: DGSF, DGKV, DPtV Schwerpunkte klinischer Tätigkeiten: Niedergelassener ambulanter Psychotherapeut in Rheinland-Pfalz	Systemische Therapie (gering); keine Konsequenzen da keine Leitungsfunktion
Prof. Dr. Jabs, Burkhard	Nein	Nein	Janssen-Cilag	Nein	Nein	Nein	Mitgliedschaften/Funktion in Interessensverbänden: Vorstand der DGS (seit 12/22 stlv. Vorsitzender) Schwerpunkte wiss. Tätigkeiten, Publikationen: Stlv. Leitung der AG Suizidforschung der Psychiatrischen Klinik der TU Dresden, Betreuung von Dissertationen Buchkapitel Ursachen von therapieresistenter Depression: Persönlichkeitsstruktur und psychosoziale Faktoren. In:	Suizidalität (gering); keine Konsequenzen da keine Leitungsfunktion

	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	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie <sup>1</sup> ,  Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Therapieresistenz bei Depressionen und bipolaren Störungen (Bauer  M et al., Hrsg., Springer-Verlag 2023)  Schwerpunkte klinischer Tätigkeiten:  Chefärztliche Leitung einer Psychiatrischen Klinik mit Vollversorgung  (108 Betten, 20 TK-Pätze, Ambulanz)	
Dr. Jansen, Alessa	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitgliedschaften/Funktion in Interessensverbänden:  Senior Referentin bei der BPtK	Nein
Prof. Dr. Janssen, Birgit	Nein	Nein	Janssen-Cilag	Prevent-Projekt Combine-Studie	Nein	Nein	Mitgliedschaften/Funktion in Interessensverbänden:  Vorstandsmitglied BDK  Vorstandsmitglied LLPP NRW  Schwerpunkte wiss. Tätigkeiten, Publikationen:	Allgemeiner Bezug zur Leitlinie (gering), keine Konsequenzen da keine Leitungsfunktion



	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungs-tätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie <sup>1</sup> ,  Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Versorgungsforschung  Schwerpunkte klinischer Tätigkeiten:  Versorgung	
Dr. Jochim, Christina	Nein	Nein	Berliner Fortbildungsakademie	Nein	Nein	Nein	Mitgliedschaften/Funktion in Interessensverbänden:  Deutsche PsychotherapeutenVereinigung, stv. Bundesvorsitzende;  Mitglied bei: Verdi, Spitzenfrauen-gesundheit, Dachverband Psychosen-psychotherapie  Schwerpunkte wiss. Tätigkeiten, Publikationen:  Psychotherapie, Stationäre Psychotherapie  Schwerpunkte klinischer Tätigkeiten:  Psychotherapie, kognitive Verhaltenstherapie  Federführende Beteiligung an	Psychotherapie (gering); keine Konsequenzen da keine Leitungsfunktion

	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	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie <sup>1</sup> ,  Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Fortbildungen/Ausbildungsinstitutionen:  Nein. Normale gelegentlich freiberufliche Dozentur auf Honorarbasis zum Thema „Stationäre Psychotherapie“, Berufsrecht, Psychoonkologie	
Juckel, Georg	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mandatsträger DGBP  Mitgliedschaften: DGPPN, DGBS, DGBP, KGNW  Schwerpunkte wissenschaftlicher Tätigkeiten, Publikationen:  Schizophrenie  Schwerpunkte klinischer Tätigkeiten:  F0-F9	Keine
Prof. Dr. Klingberg, Stefan	Nein	Nein	Universitäts-kliniken, Kliniken, Psychotherapeutenkammern, Ausbildungsinstitute für Psychotherapie		Zweckgebundene Drittmittel öffentlich-rechtlicher Drittmittelgeber für Forschungszwecke		Mitgliedschaften/Funktion in Interessensverbänden:  Stv. Vorsitzender des Dachverbands Psychosenpsychotherapie (DDPP)	Psychotherapie (gering); keine Konsequenzen da keine Leitungsfunktion

	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	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie <sup>1</sup> ,  Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							<p>Mitglied in der Deutschen Gesellschaft für Psychologie</p> <p>Schwerpunkte wiss. Tätigkeiten, Publikationen:</p> <p>Psychotherapie bei Psychotischen Störungen</p> <p>Schwerpunkte klinischer Tätigkeiten:</p> <p>Stationäre, teilstationäre, stationsäquivalente, ambulante Behandlung von Patienten mit psychotischen Störungen</p> <p>Federführende Beteiligung an Fortbildungen/Ausbildungsinstitutionen:</p> <p>Mitglied im Vorstand der gemeinnützigen Tübinger Akademie für Verhaltenstherapie (Ausbildungsinstitut für Verhaltenstherapie)</p>	
Dr. Köhler, Sabine	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Vorsitzende BVDN, Wissenschaftliche Tätigkeit: Versorgungspraxis	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	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie <sup>1</sup> ,  Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							für Psychiatrie und Psychotherapie	
Prof. Dr. Kölich, Michael	Janssen	Nein	DIJuF, PSP, Infec-topharm, Kinderschutzbund SH, Stadt Braunschweig,	Springer, Beltz, Hogrefe	BMBF	Nein	Mitglied: Präsident (bis 31.12.2022)/Stellvertretender Präsident der DGKJP, Mitglied im Vorstand der DGKJP, Mitglied: Vorstandsmitglied BAG KJPP, Wissenschaftliche Tätigkeit: Forschungsschwerpunkt Kinder/Jugendliche in der Jugendhilfe, SSV, MDD, Wissenschaftliche Tätigkeit: allg. KJP, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Fortbildung Entwicklungspsychopharmakologie, Facharztrepetitorium KJPP (DGKJP und 3LI), Persönliche Beziehung: n.a.	Diagnostik und Behandlung im Kindes- und Jugendalter (gering); keine Konsequenzen da keine Leitungsfunktion
Prof. Dr. Kopp, Ina	Deutsche Akkreditierungsstelle (DAkkS)	Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ)	EBM Frankfurt, Arbeitsgruppe des Instituts für Allgemeinmedizin am FB Medizin der Johann	Nein	Stiftung Deutsche Krebshilfe (DKH)	Nein	Mitgliedschaften/Funktion in Interessensverbänden:	Keine (keine Stimmberechtigung)

	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	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie <sup>1</sup> ,  Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
	<p>European Federation of Periodontology (EFP)</p> <p>British Society for Periodontology (BSP)</p> <p>European Society of Endodontology (ESE)</p> <p>European Society for Contact Dermatitis (ESCD)</p> <p>European Academy for Childhood Disability (EACD)</p> <p>European Association for Osseointegration (EAO)</p> <p>European Federation of Conservative Dentistry</p>		<p>Goethe-Universität Frankfurt</p> <p>Bundesverband der implantologisch tätigen Zahnärzte in Europa e.V. (BDIZ)</p>		<p>Bundesministerium für Gesundheit (BMG)</p> <p>Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) Innovationsfonds</p> <p>Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF)</p>		<p>Lenkungsausschuss für das Leitlinienprogramm Onkologie von Deutscher Krebsgesellschaft, Deutscher Krebshilfe und AWMF (Mitglied)</p> <p>Ständige Kommission Leitlinien der AWMF (Stellv. Vorsitzende)</p> <p>Primary Contact im Auftrag der AWMF im Guidelines International Network</p> <p>Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin (Mitglied)</p> <p>Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (Mitglied)</p> <p>Fachbeirat für das Programm für Nationale Versorgungs-Leitlinien von Bundesärztekammer, Kassenärztlicher Bundesvereinigung und AWMF (Mitglied)</p> <p>Mitglied, Kohorte 1: SCIANA-Health Leaders Network, gefördert von Robert Bosch Stiftung (D),</p>	

	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	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie <sup>1</sup> ,  Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							<p>Health Foundation, Careum Stiftung</p> <p>Mitglied des Kuratoriums des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG)</p> <p>Ehrenmitglied, Deutsche Gesellschaft für Senologie</p> <p>Mitglied, Board of Trustees des Guidelines International Network</p> <p>Schwerpunkte wiss. Tätigkeiten, Publikationen:</p> <p>Leitlinien, Qualitätsmanagement, Versorgungsforschung, Digitalisierung und Künstliche Intelligenz in der Medizin</p> <p>Federführende Beteiligung an Fortbildungen/Ausbildungsinstitutionen:</p> <p>Seminare Leitlinien der AWMF für Leitlinienentwickler und das Curriculum Leitlinienberater, GIN-McMaster INGUIDE</p>	

	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	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie <sup>1</sup> ,  Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Training Program, Methoden-Workshops des Leitlinienprogramms Onkologie	
Dr. Krause, Tim J.	Janssen- Cilag GmbH	Janssen- Cilag GmbH	Ostdeutsche AG Suchtmedizin e.V.	Nein	Bundesministerium für Gesundheit	Nein	<p>Mitgliedschaften/Funktion in Interessensverbänden:</p> <p>Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)</p> <p>- Referat Suizidologie</p> <p>Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (DGS)</p> <p>- Arbeitsgemeinschaft zur Erforschung suizidalen Verhaltens</p> <p>Nationales Suizidpräventionsprogramm (NaSPro) – AG Medizinische Versorgung</p> <p>Bündnis gegen Depression Halle (Saale) und Magdeburg e. V.</p>	Suizidalität und Depression (gering); keine Konsequenzen da keine Leitungsfunktion

	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	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie <sup>1</sup> ,  Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							<p>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</p> <p>Klinisches Ethikkomitee am Universitätsklinikum Halle (Saale)</p> <p>Akademie für Ethik in der Medizin (AEM) – Arbeitsgruppe Ethik in der Psychiatrie</p> <p>Schwerpunkte wiss. Tätigkeiten, Publikationen:</p> <p>Suizid, Suizidalität, Depression</p> <p>Schwerpunkte klinischer Tätigkeiten:</p> <p>Akutpsychiatrie, Gerontopsychiatrie</p> <p>Federführende Beteiligung an Fortbildungen/Ausbildungsinstitutionen:</p>	



	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	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie <sup>1</sup> ,  Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Lehrveranstaltungen im Rahmen der oberärztlichen Tätigkeit; einzelne Vorträge, vorrangig zu Depression und Suizidalität	
Dr. Krimmer, Sven	Amts- und Landgerichte	IAFMHS	Vorträge bei IAFMHS Jahreskonferenz	Nein	Nein	Nein	<p>Mitgliedschaften/Funktion in Interessensverbänden:</p> <p>Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)</p> <p>Schwerpunkte wiss. Tätigkeiten, Publikationen:</p> <p>Schizophrenie, Maßregelvollzug, Begutachtung</p> <p>Schwerpunkte klinischer Tätigkeiten:</p> <p>Leitung Maßregelvollzug gemäß § 63 StGB in Hessen</p>	Forensik (moderat); Stimmenthaltung (Beratungsfunktion möglich)
Prof. Dr. Lambert, Martin	Takeda GmbH	Nein	Janssen Cilag GmbH Takeda Pharma Recordati GmbH	Nein	Nein	CMO der Mindnet E-Health Solutions GmbH	Schwerpunkte wissenschaftlicher Tätigkeiten, Publikationen:	Pharmakotherapie (moderat), Versorgungskoordination (gering); keine Konsequenzen da kein

	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	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie <sup>1</sup> ,  Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
			Sandoz Pharm GmbH  Lundbeck				Versorgungsformen in der Psychiatrie, v.a. Schwere psychische Erkrankungen und Transition-Psychiatrie  Schwerpunkte klinischer Tätigkeiten:  Leiter der Privatambulanz für Psychiatrie und Psychotherapie, (Ko)Leiter Integrierte Versorgung, Arbeitsbereiche Psychosen und Transition-Psychiatrie	Stimmrecht und keine Leitungsfunktion
Lamp, Natalie	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Keine (keine Stimm-berechtigung)
Prof. Dr. Langguth, Bernhard	Rovi, Schwabe, Familien- und Sozialgericht	Neuromod, Se-aPharma	Schwabe, Medical Tribune, Neurolite	Springerverlag; Med-hochzwei Verlag	EU, BMBF, DFG, Necstim	Sea Pharma	Mitgliedschaften/Funktion in Interessensverbänden:  Erster Vorsitzender Deutsche Gesellschaft für Hirnstimulation in der Psychiatrie, Vorstand in Morpheus und Retex (Unterstützungsvereine für Menschen	Pharmakotherapie (moderat); Stimm-enthaltung (Beratungsfunktion möglich)  Nicht-invasive Stimulationsverfahren, Depression und Zwangsstörungen (gering); keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungs-tätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie <sup>1</sup> ,  Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							mit psychischen Erkrankungen) Mitglied DGPPN Schwerpunkte wiss. Tätigkeiten, Publikationen: Gehirnstimulation, Tinnitus, Depression, Schizophrenie Schwerpunkte klinischer Tätigkeiten: Depression, bipolare Störung, Zwangsstörung, Schizophrenie, Persönlichkeitsstörungen Federführende Beteiligung an Fortbildungen/Ausbildungsinstitutionen: Dozent am Institut für Bildung und Personalentwicklung des Bezirksklinikums Regensburg	Konsequenzen da keine Leitungsfunktion
Prof. Dr. Leucht, Stefan	Alkermes Ethos/Angelini Verschiedene Projekte Lundbeck/Otsuka	Neurotorium ROVI, verschiedene Projekte TEVA	Angelini Verschiedene Vorträge, Materialien Eisai Gedeon Richter / Recordati (gemeinsam)	Verschiedene Buchkapitel	BMBF, DFG, EU, Innovationsfond	Nein	Mitgliedschaften/Funktion in Interessensverbänden: DGPPN / Psychiatrie allgemein; ECNP / Pharmakologische Behandlung; BASTA	Pharmakotherapie (hoch), Psychotherapie (gering), Limitierung von Leitungsfunktionen

	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	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie <sup>1</sup> ,  Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
	Verschiedene Projekte, joint marketing der Firmen, daher zusammen genannt  Roche  NovoNordisk		aufgeführt, weil joint Marketing) verschiedene Vorträge  Janssen Mehrere Vorträge  Lundbeck/Otsuka (Comarketing, daher zusammen genannt) Mehrere Vorträge  Medichem Mehrere Vorträge  Mitsubishi  ROVI  SanofiAventis  Merck  Medscape				/ Patientenselbsthilfe, Anti-Stigma  Schwerpunkte wiss. Tätigkeiten, Publikationen:  Pharmakologische und psychotherapeutische Behandlung der Schizophrenie  Schwerpunkte klinischer Tätigkeiten:  Leiter des Psychoschwerpunkts am Haus  Federführende Beteiligung an Fortbildungen/Ausbildungsinstitutionen:  Im Rahmen der Studentenausbildung und Fortbildung der ärztlichen und psychotherapeutischen Klinik an unserer Klinik	
Prof. Dr. Lincoln, Tania	Nein	Scientific advisory boards von nationalen und internationalen Forschungsprojekten	Workshops zum Thema KVT für Psychosen	Verlag Hogrefe, Reihe Fortschritte/ Standards der Psychotherapie	DFG-Projekt: RELATE - CBT module for distressing auditory verbal hallucinations	Nein	Mitgliedschaften/Funktion in Interessensverbänden:  Deutsche Gesellschaft für Psychologie (Fachgruppe	Kognitive Verhaltenstherapie (moderat), Psychotherapie allg. (gering); keine Konsequenzen, da kein Stimmrecht und

	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	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie <sup>1</sup> ,  Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
				Beltz	<p>DFG-Projekt: Heart-rate variability</p> <p>DFG-Netzwerk:</p> <p>Veränderungsmechanismen psychotischer Störungen</p> <p>DFG-GRK 2753: Emotionales Lernen</p>		<p>Klinische Psychologie und Psychotherapie), Deutscher Dachverband Psychosen Psychotherapie, European Scientific Association on Schizophrenia and other Psychoses, Schizophrenia International Research Society, Psychotherapeutenkammer</p> <p>Deutscher Hochschulverband, Akademie der Wissenschaften Hamburg</p> <p>Schwerpunkte wiss. Tätigkeiten, Publikationen:</p> <p>Entstehung und Aufrechterhaltung psychotischer Störungen und Ableitung von psychotherapeutischen Interventionen und Therapiestudien</p> <p>Schwerpunkte klinischer Tätigkeiten:</p> <p>Leitung der der Psychotherapeutischen Hochschulambulanz und</p>	keine Leitungsfunktion

	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	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie <sup>1</sup> ,  Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							<p>wissenschaftliche Leitung des Arbeitsbereichs KPP</p> <p>Federführende Beteiligung an Fortbildungen/Ausbildungsinstitutionen:</p> <p>Gesellschafterin in Ausbildungsinstitut PTA Hamburg</p>	
Ludowsy-Dehl, Silke	Nein	Nein	Nein	Medhochzwei-Verlag (Praxishandbuch PPP-RL)	Nein	Nein	<p>Stellvertreterin BFLK</p> <p>Mitgliedschaften:</p> <p>G-BA/UA Qualitätssicherung/AG PPP-RL, Mandatsträgerin S3-LL DGN-LL 038/013 Demenzen, Mandatsträgerin S3-LL Psychosen mit kombobider substanzbezogener Störung, Mandatsträgerin S3-LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen, Mandatsträgerin S3-LL Umgang mit Suizidalität</p> <p>Schwerpunkte klinischer Tätigkeiten:</p> <p>Pflegedirektion</p>	Pflege (gering); keine Konsequenzen da keine Leitungsfunktion

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungs-tätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie <sup>1</sup> ,  Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Dr. Martens, Reinhard	Nein	Nein	Nein	Elsevier Co-Autor Artikel Verbandszeitschrift Bvvp	Nein	MVZ Dr. Martens GmbH 204 Aktien Rhoen Klinikum Inhaber-Aktien o.N. DE0007042301	Mitgliedschaften/Funktion in Interessensverbänden:  BVVP, kooptiertes Vorstandsmitglied Bund, Vorstandsmitglied Sachsen  BKJPP Vorstandsbeauftragter Psychotherapie  Vorsitzender Ärzte Beratender Fachausschuss Psychotherapie KV Sachsen  Mitglied Beratender Fachausschuss Kassenärztliche Bundesvereinigung  1. Stellvertreter im Unterausschuss Psychotherapie Gemeinsamer Bundesausschuss  Delegierter und Mitglied des geschäftsführenden Ausschusses Ständige Konferenz ärztlicher psychotherapeutischer Verbände (STAEKO)  Schwerpunkte klinischer Tätigkeiten:  Kinder- und jugendpsychiatrische, psychiatrische und psychotherapeutische	Psychotherapie (gering); keine Konsequenzen da keine Leitungsfunktion

	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	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie <sup>1</sup> ,  Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Versorgung in Ost-sachsen	
Prof. Dr. Meisenzahl, Eva	Nein	Boehringer-Ingelheim	Nein	Nein	CARE	Eva Meisenzahl Patent	<p>Mitgliedschaften/Funktion in Interessensverbänden:</p> <p>Präsidentin ESAS, DGPPN, AGNP</p> <p>Erweiterter Vorstand DÄVT</p> <p>Leiterin Institut für Klinische Verhaltenstherapie (IKV)</p> <p>Schwerpunkte wiss. Tätigkeiten, Publikationen:</p> <p>Früherkennung Prä-diktive Modelle, Schizophrenie, Depression, Psychotherapie</p>	Computer-gestützte Früherkennung (hoch); Stimmenthaltung, (Beratungsfunktion im Sinne von Literatururnennung während der Konferenzen möglich)
Dr. Melcop, Nikolaus	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	<p>Mandatsträger BtpK</p> <p>Mitgliedschaften:</p> <p>Stellv. Landesvorsitzender Deutsche Psychotherapeutenvereinigung</p>	Psychotherapie (gering); keine Konsequenzen da keine Leitungsfunktion



	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	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie <sup>1</sup> ,  Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Schwerpunkte klinischer Tätigkeiten:  Psychotherapeutische Praxis	
Martin, Beatrix	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitgliedschaften/Funktion in Interessensverbänden:  Mitgliedschaft in der DVSG  Schwerpunkte klinischer Tätigkeiten:  Sozialarbeiterin im Sozialdienst, zuständig für die geschützte Aufnahmestation und den Bereich der forensischen Psychiatrie	Psychosoziale Interventionen, soziale und berufliche Rehabilitation (gering), keine Konsequenzen da keine Leitungsfunktion
Prof. Dr. Messer, Thomas	Rovi, Lundbeck, Otsuka, Janssen	Rovi, Lundbeck, Otsuka, Janssen	Rovi, Lundbeck, Otsuka, Janssen	Rovi, Lundbeck, Otsuka, Janssen	Rovi, Lundbeck, Otsuka, Janssen	Nein	Mitgliedschaften/Funktion in Interessensverbänden:  DGPPN, DÄVT, AMÜP-AGATE, AGNP  Schwerpunkte wiss. Tätigkeiten, Publikationen:  Polypharmazie	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	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie <sup>1</sup> ,  Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Schwerpunkte klinischer Tätigkeiten:  Schizophrenie, bipolare Störungen	
Prof. Dr. Meyer, Günther	Nein	Expert*innenrat Pflegewissenschaft/Hebammenwissenschaft und Pandemie  Mitarbeit S1 Leitlinie Häusliche Versorgung, soziale Teilhabe und Lebensqualität bei Menschen mit Pflegebedarf im Kontext ambulanter Pflege unter den Bedingungen der COVID-19-Pandemie	FAW-Forum Berlin  PMG GmbH Pflege Management Gesundheit --> Seminare zu Casemanagement und Ethik	Nein	Mitarbeit Modellvorhaben HKP Psych nach § 37 SGB V mit der AOK Baden-Württemberg	Nein	Mitgliedschaften/Funktion in Interessensverbänden:  AnbieterVerband qualitätsorientierter Gesundheitspflegeeinrichtungen e.V, (AVG) – Berufsstandsvertretung für ambulante und teilstationäre Pflege --> Vorstandstätigkeit  Vpsg – Verein für Psychiatrie und seelische Gesundheit, Berlin --> Vorstandstätigkeit  Mitglied im Deutschen Pflegerat  Schwerpunkte wiss. Tätigkeiten, Publikationen:  Psychiatrische Pflege, Geschichte der Psychiatrie, Ethik, Ethische Konflikte, Ethische Fallbesprechungen	Pflege (gering); keine Konsequenzen da keine Leitungsfunktion

	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	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie <sup>1</sup> ,  Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Psychiatrische Pflege, Geschichte der Psychiatrie, Ethik, Ethische Konflikte, Ethische Fallbesprechungen  Sonstiges:  PMG GmbH Pflege Management Gesundheit <ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualifizierung zum Ethikberater im Gesundheits- und Sozialwesen (Konzeption)</li> <li>• Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpfleger, Altenpfleger in der Psychiatrie/staatlich anerkannt (FWB)</li> </ul>	

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungs-tätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen-interessen (Patent, Urheber*innen-recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie <sup>1</sup> , Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Psych) -- > Konzeption	
Prof. Dr. Meyer-Lindenberg, Andreas	Daimler & Benz Stiftung Hector Stiftung Invisio Lundbeck A/S Lundbeckfonden Lundbeck Int. Faculty Neurotorium MedicinCell Step Data Manag. Servier Techspert.io Washington Univ.	Janssen-Cilag AAAS ECNP EPFL Brain Mind Inst. Fondation Fondation Mental The Loop Zürich Von Behring-Röntgen Stiftung	Ärzttekammer Nordrhein Landesärztekammer BaWü Biotest AG Caritas Clarivate Dt. Ges. f. Neurowissenschaftl. Begutachtung Gentner Verlag Int. Soc. Of Psychiatric Genetics Klinik f. Psychiatrie Ingolstadt LWL Unkl. Bochum Med Update GmbH Northwell Health PennState Univ. Ruhr Uni Bochum SGPP Bern	Nein	Klaus-Tschira-Stiftung DFG BMBF EU State BW and Federal Government Charité Berlin MWK	Eigene Erfindung Digital Mental Twins		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	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie <sup>1</sup> ,  Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
			Siemens Healtineers					
Möhrmann, Karl Heinz	Uniklinik Dresden LWL-Uniklinik Hamm Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin	Nein	Zahlreiche Vorträge zu angehörigen-relevanten Themen vor unterschied Gremien	Einige Veröffentlichungen zu angehörigen-relevanten Themen in versch. Zeitschriften und in Broschüren des BApK / LApK Bayern	Nein	Nein	Stellvertreter BapK  Mitgliedschaften:  Landesverband Bayern der Angeh. Psychisch Kranker e.V. / 1. Vorsitzender Bundesverband d. Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V./ Mitglied des Vorstandes Dt. Gesellschaft f. bipolare Störungen e.V. / Mitglied Bündnis gg. Depression München / Mitglied LAG Selbsthilfe München /Vorstandsmitglied Dt. Gesellschaft f. Psychoedukation / Mitglied Gfts-Ges. z. Förderung emp. begr. Therapien bei schizophrenen Menschen / Mitglied  Mandatsträger Überarb. d. Nationalen Versorgungs- Leitlinie Unipolare	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	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie <sup>1</sup> ,  Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Depression ab Dez. 2019  Mandatsträger Mitarbeit an S3-LL Zwangsstörungen  Federführende Beteiligung an Fortbildungen/Ausbildungsinstituten:  Leitung eines jährl. Angehörigensymposiums im Bildungswerk Irsee	
Dr. Montag, Christiane	Nein	Nein	Nein	Nein	IPU Berlin, Prof. Dr. Dorothea von Haebler	Nein	Mandatsträgerin DGPT  Mitglied und seit 2022 Vorstandsmitglied DDPP  Mitglied Arbeitskreis OPD / Strukturachse / psychotische Störungen  Schwerpunkte wiss. Tätigkeiten, Publikationen:  Soziale Kognition, Metakognition und Empathie, Psycho- senpsychotherapie, kreative Therapien, innovative Versorgungsmodelle,	Psychotherapie (gering); keine Konsequenzen da keine Leitungsfunktion

	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	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie <sup>1</sup> ,  Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							<p>Vermeidung von Zwang im psychiatrischen Hilfesystem</p> <p>Schwerpunkte klinischer Tätigkeiten:</p> <p>Allgemeinpsychiatrie, Psychotherapie, Psychosenpsychotherapie, Differentialdiagnostik von psychotischen Erkrankungen, innovative Versorgungsmodelle, Hometreatment</p> <p>Federführende Beteiligung an Fortbildungen/Ausbildungsinstituten:</p> <p>Curriculum zur psychodynamischen Psychosenpsychotherapie (Kooperation IPU und Charité/PUK SHK)</p>	
Prof. Dr. Müller, Christian	<p>Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim</p> <p>Universiti Sains Malaysia, Penang, Malaysia</p>	Behavioural Brain Research (ELSEVIER)	<p>Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen</p> <p>Verein I.S.I. – Initiativen für soziale Integration, Linz</p>	Nein	Nein	Nein	<p>Schwerpunkte wiss. Tätigkeiten, Publikationen:</p> <p>Präklinische Forschung zu Suchterkrankungen</p> <p>Präklinische Forschung zur</p>	Substanzstörung und Pharmakotherapie (gering); keine Konsequenzen da keine Leitungsfunktion

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungs-tätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen-interessen (Patent, Urheber*innen-recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie <sup>1</sup> ,  Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Pharmakotherapie der Schizophrenie:	
Prof. Dr. Müller, Jürgen	Gerichte KNG	Nein	Gutachterseminar Tutzing	Buchkapitel(wissenschaftliche Beiträge/Bücher	BMBF Studien ViContact BMBF Mytabu Eigene Studien	Nein	Mitgliedschaften/Funktion in Interessensverbänden:  DGPPN Forensische Psychiatrie (Mitglied im Vorstand, Leiter Zertifizierungsausschuss, Sprecher Referat, Leitung von TaskForces, Leitlinien  Zentrum für Medizinrecht Göttingen, Stv. Geschäftsführender Direktor  Schwerpunkte wiss. Tätigkeiten, Publikationen:  Forensische Themen  Schwerpunkte klinischer Tätigkeiten:  Forensische Begutachtung und Behandlung  Federführende Beteiligung an	Forensik (moderat); Stimmenthaltung (Beratungsfunktion möglich)



[illegible]

	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	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie <sup>1</sup> ,  Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Prof. Dr. Nenadic, Igor	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	<p>Mitgliedschaften/Funktion in Interessensverbänden:</p> <p>DGPPN, DGBP, ISST</p> <p>Schwerpunkte wiss. Tätigkeiten, Publikationen:</p> <p>Schizophrenie, Depression, Bipolare Störungen, Persönlichkeitsstörungen</p> <p>Schwerpunkte klinischer Tätigkeiten:</p> <p>Schizophrenie, Depression, Bipolare Störungen, Persönlichkeitsstörungen</p> <p>Federführende Beteiligung an Fortbildungen/Ausbildungsinstitutionen:</p> <p>IVV (Psych. Marburg), IPAM Marburg</p>	Depression (gering); keine Konsequenzen da keine Leitungsfunktion
Otto-Lange, Bettina	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	<p>Mitgliedschaften/Funktion in Interessensverbänden:</p> <p>Patientenselbsthilfe</p>	Keine

[illegible]

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungs-tätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen-interessen (Patent, Urheber*innen-recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie <sup>1</sup> ,  Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Dr. Pitschel-Walz, Gabriele	Rovi	Nein	Vorträge für Rovi  Vorträge/Seminare für Kliniken und Ausbildungsinstitute	Buch- und Zeitschriftenartikel als Autorin u. Coautorin	DFG	Nein	<p>Mitgliedschaften/Funktion in Interessensverbänden:</p> <p>Stellvertretende Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Psychoedukation (DGPE)</p> <p>Schwerpunkte wiss. Tätigkeiten, Publikationen:</p> <p>Psychoedukation bei Schizophrenie, Depression, Borderline Persönlichkeitsstörungen, Angststörung, Angehörigenarbeit</p> <p>Schwerpunkte klinischer Tätigkeiten:</p> <p>Psychotherapie (kog. VT) im Einzel- und Gruppensetting, Supervision</p> <p>Federführende Beteiligung an Fortbildungen/Ausbildungsinstitutionen:</p> <p>Psychotherapie-Fortbildungen u. Supervision für PiAs und</p>	<p>Psychoedukation, kognitive Verhaltenstherapie (moderat); Stimmenthaltung (Beratungsfunktion möglich)</p> <p>Depression (gering); keine Konsequenzen da keine Leitungsfunktion</p>

	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	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie <sup>1</sup> ,  Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Assistenzärzte in Facharztausbildung	
Dr. Prüter-Schwarte, Christian	Nein	Nein	Nein	Königshausen & Neumann  Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft	Nein	Nein	Mitgliedschaften/Funktion in Interessensverbänden:  DGPPN (Mitglied)  DGGN (Schriftführer)  Schwerpunkte wiss. Tätigkeiten, Publikationen:  Medizingeschichte, Medizinethik und -theorie, Psychiatriegeschichte, Ethik in der Forensischen Psychiatrie, Zwang in der Psychiatrie  Schwerpunkte klinischer Tätigkeiten:  Behandlung psychisch kranker Straftäter im psychiatrischen Maßregelvollzug nach § 63 StGB	Forensik (gering); keine Konsequenzen da keine Leitungsfunktion

	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	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie <sup>1</sup> ,  Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Dr. Rabe-Menssen, Cornelia	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Keine
Ratzeburg, Silke	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitgliedschaften/Funktion in Interessensverbänden:  DFKGT, Vorstand  Schwerpunkte wiss. Tätigkeiten, Publikationen:  Artikel in Fachzeitschriften für Kunsttherapie	Künstlerische Therapien (gering); keine Konsequenzen da keine Leitungsfunktion
Prof. Dr. Riedel-Heller, Steffi	Nein	Nein	Nein	Nein	BMG  Deutsche Alzheimer Gesellschaft  Innovationsfonds des GBA  BMAS (Förderer);  Kooperation Prof. Stengler, Leipzig, Jobcenter, Leipzig (PI)  BMBF (Förderer) Kooperationspartner: Prof. Hoffmann/Prof. Thyrian DZNE Greifswald; Prof. Gensichen TU	Nein	Mitgliedschaften/Funktion in Interessensverbänden:  Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN); Beisitzerin für Versorgungsforschung und Public Health  Deutsches Netzwerk für Versorgungsforschung (DNVF e.V.), Co-Sprecher	Keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungs-tätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie <sup>1</sup> ,  Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
					<p>München; Prof. Kaduszkiewicz Universität Kiel; Prof. Haefeli/Prof. Czock Universität Heidelberg; Prof. König, UKE Hamburg</p> <p>Schweizer Versicherung (Förderer) Kooperations-partner: TU Dresden</p> <p>Innovationsfonds (Förderer) Kooperationspartn er: Prof .König, Hamburg; Prof. Kersting, Leipzig</p> <p>Fritz- und Hildegard Berg Stiftung/Stifterverband</p> <p>Roland-Ernst Stiftung</p> <p>BMAS</p> <p>Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt, SMS</p> <p>Eberhard Karls Universität Tübingen</p>		<p>Fachgruppe Seelische Gesundheit</p> <p>GEBMON-Kommission des Robert-Koch-Instituts, Berlin</p> <p>Vorstandsmitglied und Sprecherin des Universitären Netzwerkes für Versorgungsforschung Leipzig (UZVF)</p> <p>Wissenschaftlicher Beirat der Fakultät VI Medizin und Gesundheitswissenschaften der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg</p> <p>Mitglied in folgenden wiss. Fachgesellschaften: DGSMP; DGEpi; DGAUM, DGPH</p> <p>DFG-Fachkollegiatin Neurowissenschaften II und DFG Panel Klinische Studien</p> <p>Beirat für Öffentliche Gesundheit (Public Health) beim Sächsischen Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt</p> <p>Wissenschaftlicher Beirat des Bundesministeriums für</p>	

	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	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie <sup>1</sup> ,  Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							<p>Arbeit und Soziales zum Förderprogramm „Forschung zur Gesundheit in der Arbeitswelt“</p> <p>Adjunct Professorship at the Medical University of Vienna</p> <p>Schwerpunkte wiss. Tätigkeiten, Publikationen:</p> <p>Schwerpunkte: Epidemiologie, Versorgungsforschung, Prävention; Hochalt-rige; Kohortenstudien</p> <p>Publikationen: &gt; 740 Publikationen vgl. medline</p> <p>Publikation der S3 LL Psychosoziale Therapien</p>	
Dr. Roth-Sackenheim, Christa	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	<p>Mitgliedschaften/Funktion in Interessensverbänden:</p> <p>Vorsitzende des Berufsverbandes deutscher Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie BVDP</p>	Keine



	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungs-tätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie <sup>1</sup> ,  Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Prof. Dr. Rus-Calafell, Mar	DFG Wellcome Trust (UK)	Wellcome Trust (UK)	Zentrum für Psychotherap y, Bochum	>50 Veröffentlic hungen in wissenschaftl ichen Fachzeitschri ften und Lehrbüchern mit Peer- Review	Alexander von Humboldt Stiftung	Nein	Mitgliedschaf- ten/Funktion in Inte- ressensverbänden:  Deutsche Gesell- schaft für Psycholo- gie, Klinische Psy- chologie und  Psychotherapie fachgruppen  International Consor- tium of Hallucination Research (ICHR)  Member of the Early Intervention Mental Health Association (IEPA)  Schwerpunkte wiss. Tätigkeiten, Publika- tionen:  Prävention, Bewer- tung und Behand- lung von Psychosen. Digitale  Psychotherapie  Schwerpunkte klini- scher Tätigkeiten:  Prävention, Bewer- tung und Behand- lung von Psychosen  Federführende Betei- ligung an	Psychotherapie, Kognitive Verhal- tenstherapie (ge- ring); keine Konse- quenzen da keine Leitungsfunktion

	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	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie <sup>1</sup> ,  Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Fortbildungen/Ausbildungsinstitutionen:	
Scheufele, Erdmute	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	<p>Mitgliedschaften/Funktion in Interessensverbänden:</p> <p>Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien</p> <p>Schwerpunkte klinischer Tätigkeiten:</p> <p>Integrative Therapie – derzeit in Ausbildung (Deutsche Gesellschaft für Tanztherapie/ Europäische Akademie für bio-psycho-soziale Gesundheit)</p>	Künstlerische Therapien und berufliche Rehabilitation (gering); keine Konsequenzen da keine Leitungsfunktion
Scheuring, Elfriede	Mitglied beim Landesverband der Angehörigen psychisch Kranker, Leitung bis 2020 einer Selbsthilfegruppe in Rosenheim	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	<p>Sonstige Interessen:</p> <p>Abordnung vom Kultusministerium an das Klinikum rechts der Isar von 2004-2019, Mitarbeit bei BASTA – dem Bündnis für psychisch erkrankte Menschen</p>	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	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie <sup>1</sup> ,  Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Dr. Schlimme, Jan	Nein	Nein	Verschiedene Anbieter von Eingliederungshilfe, Krankenhäuser, Weiterbildungsträger, DGSP Fortbildungskurse	Uwe Gonther  Weitere Buchbeiträge und Artikel in wiss. Schriftreihen zur Krisenerfahrung von Profis, Genesung von Psychosen und allgemeinen Themen der Psychiatrie und Psychotherapie	Nein	Gesellschafter des Psychiatrie-Verlags, Köln	<p>Mitgliedschaften/Funktion in Interessensverbänden:</p> <p>Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP), gewähltes Mitglied im erweiterten Vorstand</p> <p>Schwerpunkte wiss. Tätigkeiten, Publikationen:</p> <p>Genesung von Psychosen mit einem Schwerpunkt auf Psycho- und Sozialtherapie und einem möglichst zurückhaltenden und niedrig-dosierten Einsatz von Neuroleptika</p> <p>Schwerpunkte klinischer Tätigkeiten:</p> <p>Ca. 50% Psychotherapie und ambulante auch medikamentöse Behandlung von Menschen mit Psychosen</p> <p>Federführende Beteiligung an Fortbildungen/Ausbildungsinstitutionen:</p>	Psychotherapie und Pharmakotherapie (moderat), Stimm-enthaltung (Beratungsfunktion möglich)

	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	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie <sup>1</sup> ,  Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Verschiedene Anbieter von Eingliederungshilfe, Krankenhäuser, Weiterbildungsträger, DGSP Fortbildungskurse zur Genesung von Psychosen	
Schmidt, Dorothea	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitgliedschaften/Funktion in Interessensverbänden:  Mitgliedschaft im Bundesverband für Ergotherapeut:innen e.V.	Ergotherapie (gering), keine Konsequenzen da keine Leitungsfunktion
Prof. Dr. Schmidt, Stefanie	Nein	OBSAN – Nationaler Gesundheitsbericht Schweiz	Vorträge in Universitäten, Psychiatrien, Schulen, staatlichen Einrichtungen, Fachverbände	Nein	SNF, Innofonds	Nein	Mitgliedschaften/Funktion in Interessensverbänden:  EKKJ IEPA ZETA Movement  Schwerpunkte wiss. Tätigkeiten, Publikationen:  Prävention  Transdiagnostische Ansätze  Kinder & Jugendliche  Digitale Interventionen	Früherkennung, Kindes- und Jugendalter, Kognitive Verhaltenstherapie und systemische Therapie (gering); keine Konsequenzen da keine Leitungsfunktion

	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	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie <sup>1</sup> ,  Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Youth Involvement Wirkmechanismen Dynamische Modellierung Schwerpunkte klinischer Tätigkeiten: KVT und Systemische Therapie Prävention Alle Störungsbilder Federführende Beteiligung an Fortbildungen/Ausbildungsinstitutionen: MAS Kognitive Verhaltenstherapie mit Schwerpunkt Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene	
Schmutzer, Constanze	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitgliedschaften/Funktion in Interessensverbänden: Mitglied DGPPN, BVDN	Keine
Prof. Dr. Schulz, Michael	Nein	Nein	Vorträge bzw. Bildungsveranstaltungen zu den Themen Adherence Therapie, Safewards und Recovery	Nein	Nein	Nein	Mitgliedschaften/Funktion in Interessensverbänden: Mandatsträger DFPP	Pflege, Aggression und Gewalt (gering); keine Konsequenzen da keine Leitungsfunktion

	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	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie <sup>1</sup> ,  Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							<p>Vorsitzender Dachverband Adherence e.V.</p> <p>Schwerpunkte wissenschaftlicher Tätigkeiten, Publikationen:</p> <p>(Forschungs-)Interesse an Safewardskonzept, Adherence Therapie und Recovery Konzept</p> <p>Fachhochschule der Diakonie: Aufbau Studiengänge Psychiatrische Pflege/Psychische Gesundheit und Community Mental Health</p> <p>Aufbau eines Recovery Colleges</p>	
Schwin-Haumesser, Andrea	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	<p>Mitgliedschaften/Funktion in Interessensverbänden:</p> <p>Bundesverband Berufsbetreuer*innen Vorstandsmitglied</p>	Keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungs-tätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie <sup>1</sup> ,  Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Prof. Dr. Stübner, Susanne	Gerichte, Behörden	Gefängnismedizin-tage  Zeitschrift für Forensische Psychiatrie, Psychotherapie und Kriminologie  Institut für Konflikt-forschung  DGNB Deutsche Gesellschaft für neuro-wissenschaftliche Begutachtung (Zertifizierungsausschuss)  Arzneimittelsicherheit AMSP e.V.	Ludwig-Maximilians-Universität München  Justizministerium  Bildungswerk der Bayerischen Bezirke  Wissenschaftliche Tagungen  Seminare und Kongresse	Wissenschaftliche Veröffentlichungen, Beiträge zu Lehrbüchern	Wissenschaftliche Tätigkeiten außerhalb klinischer und/oder geförderter Studien	Nein	Mitgliedschaften/Funktion in Interessensverbänden:  Wissenschaftlicher Beirat: Gefängnismedizin-tage  Zeitschrift für Forensische Psychiatrie, Psychotherapie und Kriminologie  Institut für Konfliktforschung  DGPPN Mitglied  DGNB Zertifizierungsausschuss  Arzneimittelsicherheit ASMP e.V. im Vorsitz  Schwerpunkte wissenschaftlicher Tätigkeiten, Publikationen:  Forensische Fragestellungen, Arzneimittelsicherheit  Schwerpunkte klinischer Tätigkeiten:  Klinisch forensische und gutachterliche Tätigkeit	Forensik (moderat); keine Konsequenzen da kein Stimmrecht und keine Leitungsfunktion

	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	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie <sup>1</sup> ,  Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							<p>Federführende Beteiligung an Fortbildungen/Ausbildungsinstitutionen:</p> <p>Dozententätigkeit an der LMU, für das Bayerische Justizministerium, Bildungswerk der Bayerischen Bezirke, Federführung lediglich bezüglich einzelner Veranstaltungen</p>	
Prof. Dr. Supprian, Tillmann	Gutachten nach dem Betreuungsrecht für das Amtsgericht Düsseldorf	Janssen Cilag AG	Vorträge im Rahmen von Weiterbildungsinstituten und Kliniken	Autoren- und Co-Autorenschaften bei wiss. Publikationen und Fachbüchern	Forschungsförderung für Mikrobiomstudie durch Deutsche	Nein	<p>Mandatsträger DGGPP</p> <p>Mitgliedschaften:</p> <p>Vizepräsident DGGPP, DGPPN, Sprecher BDK</p> <p>Schwerpunkte wissenschaftlicher Tätigkeiten, Publikationen:</p> <p>Suizidprävention, Frühdiagnostik von Demenzerkrankungen</p> <p>Schwerpunkte klinischer Tätigkeiten:</p> <p>Demenzerkrankungen, affektive Störungen und</p>	Behandlung im höheren Lebensalter (gering); keine Konsequenzen da keine Leitungsfunktion



	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	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie <sup>1</sup> ,  Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Psychoseerkrankungen des höheren Lebensalters	
Prof. Dr. Szycik, Gregor	Kassenärztliche Bundesvereinigung/Krankenkassen  Gerichte  Diakonie Himmelsthür  Oberbergkliniken GmbH	Psychiatrische Klinik Lüneburg  Lüneburger Ausbildungsinstitutes für Kinder- und Jugendlichen-Verhaltenstherapie (LAKiJu-VT)  Diverse Ausbildungsinstitute gemäß Psychotherapeutengesetz	Diverse Ausbildungsinstitute gemäß Psychotherapeutengesetz	Diverse Publikationen	Innovationsausschuss beim G-BA	Nein	Mitgliedschaften/Funktion in Interessensverbänden:  Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT)  Schwerpunkte wiss. Tätigkeiten, Publikationen:  Wahrnehmungsprozesse, Grundlagenforschung, Autismus, Schizophrenie  Schwerpunkte klinischer Tätigkeiten:  Ambulante Psychotherapie, Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Gruppenpsychotherapie  Federführende Beteiligung an Fortbildungen/Ausbildungsinstitutionen:	Ambulante psychotherapeutische Versorgung (hoch); Stimmenthaltung  Verhaltenstherapie (moderat); Stimmenthaltung (Beratungsfunktion möglich)  Psychotherapie allg. (gering); keine Konsequenzen da keine Leitungsfunktion

	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	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie <sup>1</sup> ,  Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Leiter der psychotherapeutischen Ausbildungsinstitute an der MHH (AVVM-Verhaltenstherapie, IPAW-tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie)	
Dr. Thünker, Johanna	Nein	Nein	APV Münster	Hogrefe- Verlag	Nein	Nein	<p>Mitgliedschaften/Funktion in Interessensverbänden:</p> <p>Verband Psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (VPP im BDP e.V.), Bundesvorsitz</p> <p>Kommissarischer Vorsitz Regionalgruppe NRW im VPP</p> <p>Vorsitz Regionalgruppe NRW im VPP</p> <p>Schwerpunkte wiss. Tätigkeiten, Publikationen:</p> <p>Behandlung von Alpträumen (Entwicklung und Evaluation eines standardisierten Behandlungskonzeptes bei Kindern und Jugendlichen)</p>	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	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie <sup>1</sup> ,  Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							<p>Schwerpunkte klinischer Tätigkeiten:</p> <p>Niedergelassene Psychotherapeutin (Verhaltenstherapie) in ländlicher Region: gesamtes Spektrum der psych. Störungen</p> <p>Federführende Beteiligung an Fortbildungen/Ausbildungsinstitutionen:</p>	
Dr. Ullrich, Heiko	Nein	Janssen	Nein	Nein	Nein	Nein	<p>Mitgliedschaften/Funktion in Interessensverbänden:</p> <p>Deutsche Gesellschaft für Hirnstimulation in der Psychiatrie</p> <p>Schwerpunkte wiss. Tätigkeiten, Publikationen:</p> <p>Notfallpsychiatrie/Stimulationsverfahren</p> <p>Schwerpunkte klinischer Tätigkeiten:</p> <p>Therapieresistente psychische Erkrankungen</p> <p>Federführende Beteiligung an</p>	Nicht-invasive Stimulationsverfahren (gering); keine Konsequenzen da keine Leitungsfunktion

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungs-tätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen-interessen (Patent, Urheber*innen-recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie <sup>1</sup> ,  Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Fortbildungen/Ausbildungsinstitutionen:  Jahrestagung der DGHP 2022	
Dr. Urban, Roland	Nein	Kaiserin Friedrich Stiftung für die Fortbildung	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitgliedschaften/Funktion in Interessensverbänden:  Berufsverband Deutscher Psychiater Berufsverband Deutscher Nervenärzte (Vorstandsmitglied) Sektion Psychiatrie UEMS (Europäische Facharztvereinigung) Ärztekammer Berlin	Keine
Prof. Dr. van Noort, Betteke	Gutachterin für wissenschaftliche Journals:  Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie  Children and Youth Services Review  PLoS ONE  International Journal of Eating Disorders	Nein	Medical School Berlin  Zentrum für Seelische Gesundheit - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (ZGFU)  Ausbildungsinstitut Gesellschaft für Verhaltenstherapie (GfVT)  Institut für integrative Psychotherapie	IMAGEN/STRATIFY-Consortium (europäisches Drittmittelprojekt)  Ein Überblick meiner Publikationen finden Sie hier: <a href="https://scholar.google.com/citations?user=fpGevzcAAAAJ&amp;hl=en">https://scholar.google.com/citations?user=fpGevzcAAAAJ&amp;hl=en</a>	Mitglied vom EM-POWERYOU-Consortium (koordinierende Tätigkeit für den Standort an der MSB in Berlin)	Nein	Mitgliedschaften/Funktion in Interessensverbänden:  Mitglied im Ausschuss für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie der Bundespsychotherapeutenkammer  Mitglied in der Kommission KJP Prävention der Psychotherapeutenkammer Berlin	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	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie <sup>1</sup> ,  Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							<p>Kooptiertes Mitglied im Vorstand der bvvp Landesverband Berlin</p> <p>Mitglied der Deutsche Psychotherapeutenvereinigung (DPtV)</p> <p>Mitglied der Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (dgvt)</p> <p>Mitglied im Berufsverband der Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeut*innen (bkj)</p> <p>Mitglied der Gesellschaft für Neuropsychologie (GNP)</p> <p>Schwerpunkte wiss. Tätigkeiten, Publikationen:</p> <p>Kinder und Jugendliche in Fremdunterbringung, Essstörungen, neuropsychologische Grundlagen für die psychotherapeutische Arbeit, Sexualität in der Adoleszenz</p>	

	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	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie <sup>1</sup> ,  Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							<p>Schwerpunkte klinischer Tätigkeiten:</p> <p>Privatpraxis (in Teilzeit) für Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen (Verhaltenstherapie)</p> <p>Spezialambulanz für Kinder und Jugendlichen in Fremdunterbringung</p> <p>Federführende Beteiligung an Fortbildungen/Ausbildungsinstitutionen:</p> <p>Assistenz der Geschäftsführung des Ausbildungsinstitut der Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen in Berlin (dgvt KJP Berlin)</p>	
PD Dr. Veselinovic, Tanja	Nein	Nein	Nein	Nein	Janssen (Johnson-Johnson)  Newron	Nein	<p>Mitgliedschaften/Funktion in Interessensverbänden:</p> <p>Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V.</p>	Verhaltenstherapie, Pharmakotherapie, Depression, Suizidalität (gering); keine Konsequenzen da keine Leitungsfunktion

	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	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie <sup>1</sup> ,  Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							<p>Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DÄVT)</p> <p>Schwerpunkte wiss. Tätigkeiten, Publikationen:</p> <p>Schizophrenie, Psychopharmakologie, Neuroimaging: Resting state, UHF, PET, multimodale Bildgebung, Digitalisierung in der Psychiatrie</p> <p>Schwerpunkte klinischer Tätigkeiten:</p> <p>Schizophrenie, Psychopharmakologie, Bipolare Störungen, Depressionen, Suizidalität. Rechtliche Aspekte in der Psychiatrie</p>	
Prof. Dr. von Haebler, Dorothea	Nein	Nein	DDPP e.V.; VIA Perspektiven, UKE	Buchartikel	Charité, IPU	Nein	<p>Mitgliedschaften/Funktion in Interessensverbänden:</p> <p>DDPP (Dachverband Deutschsprachiger Psychosenpsychotherapie)</p> <p>DGPT (Psychosenpsychotherapie)</p>	Psychotherapie (gering); keine Konsequenzen da keine Leitungsfunktion

	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	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie <sup>1</sup> ,  Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							<p>Schwerpunkte wiss. Tätigkeiten, Publikationen:</p> <p>Psychosenpsychotherapie</p> <p>Schwerpunkte klinischer Tätigkeiten:</p> <p>Psychosenpsychotherapie</p> <p>Federführende Beteiligung an Fortbildungen/Ausbildungsinstitutionen:</p> <p>DDPP curriculare Fortbildung, IPU Psychoseambulanz.Berlin</p>	
Waldherr, Benedikt	Nein	Nein	Verbandsmitglieder	Artikel Verbandszeitung	Petra-2-Projekt Innovationsfonds	Nein	<p>Mitgliedschaften/Funktion in Interessensverbänden:</p> <p>Vorsitzender bvvp-Bundesverband</p> <p>Schwerpunkte wiss. Tätigkeiten, Publikationen:</p> <p>Ambulante Psychotherapie</p> <p>Schwerpunkte klinischer Tätigkeiten:</p> <p>Verhaltenstherapie</p>	ambulante Psychotherapie, Verhaltenstherapie, Behandlung von Menschen mit Doppeldiagnosen (gering); keine Konsequenzen da keine Leitungsfunktion



	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	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie <sup>1</sup> ,  Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Welk, Claudia	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitgliedschaften/Funktion in Interessensverbänden:  Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG)  Schwerpunkte klinischer Tätigkeiten:  Arbeitnehmerin in einer psychiatrischen Klinik (Ameos Klinikum Osnabrück) Sozialdienst	psychosoziale Aspekte (gering); keine Konsequenzen da keine Leitungsfunktion
Dr. Werner, Christel	Gutachterin Amtsgericht KL	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitgliedschaften/Funktion in Interessensverbänden:  Vorstand BVDP, Vorstand LÄK RLP  Schwerpunkte klinischer Tätigkeiten:  Behandlung von ganzem Spektrum der Psychiatrie in der Patientenversorgung	Keine
Dr. Wessels, Tina	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Stellvertreterin BPTK  Nein	Psychotherapie (gering); keine Konsequenzen da keine Leitungsfunktion

	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	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie <sup>1</sup> ,  Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Dr. Widera, Teresia	Nein	Nein	Akademie für Sozialmedizin	Nein	Nein	Nein	Schwerpunkte wiss. Tätigkeiten, Publikationen:  Konzeptentwicklung, Forschung und Lehre zu Rehabilitation und Teilhabe; Versorgungsfor-schung: Epidemiologie, Statistik, empirische Methoden, Evaluation, Sozialmedizin, Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation, ICF-Anwendung	Rehabilitation (gering); keine Konsequenzen da keine Leitungsfunktion
Dr. Wieland, Lara	Nein	Nein	Nein	Charité Universitätsmedizin/Einstein Center for Neurosciences – Dr. Florian Schlagenhaut	Charité Universitätsmedizin/Einstein Center for Neurosciences	Nein	Mitgliedschaften/Funktion in Interessensverbänden:  Mitgliedschaft in der Deutschen PsychotherapeutenVereinigung  Schwerpunkte wiss. Tätigkeiten, Publikationen:  Bildgebung dopaminerger Mechanismen bei Psychose  Schwerpunkte klinischer Tätigkeiten:	Psychotherapie (gering); keine Konsequenzen da keine Leitungsfunktion

	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	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie <sup>1</sup> ,  Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Honorartätigkeit im Rahmen der psychotherapeutischen Ausbildung in Verhaltenstherapie	
Prof. Dr. Wilm, Stefan	Nein	Nein	Nein	Vera Kalitzkus (Lehrbuchkapitel „Familienmedizin“ in Chenot/Scherer: Allgemeinmedizin. Elsevier)	Nein	Nein	Mandatsträger DE-GAM  Mitgliedschaften:  Wiss. Beirat des IQWiG  Schwerpunkte wissenschaftlicher Tätigkeiten:  Versorgungsforschung, Patient-Arzt-Kommunikation, Familienmedizin  Schwerpunkte klinischer Tätigkeiten:  Hausärztlich tätig  Federführende Beteiligung an Fortbildungen/Ausbildungsinstituten:  Leiter der Kurse für Psychosomatische Grundversorgung bei der Akademie der Ärztekammer Nordrhein	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	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie <sup>1</sup> ,  Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Prof. Dr. Wobrock, Thomas	Produkt und Markt GmbH	Janssen-Cilag, ROVI, Otsuka-Lundbeck	Janssen-Cilag, ROVI, Recordati, Otsuka-Lundbeck	Elsevier-Verlag	1. LVR-Klinikum Düsseldorf, Combine-studie, 2. versch. DSMBs	Nein	<p>Mitgliedschaften/Funktion in Interessensverbänden:</p> <p>Früher Mitglied in Task Force WFSBP Leitlinien Schizophrenie, früher Mitglied DGPPN Steuergruppe S3-LL, aktuell DGPPN, DGBP, DGKiP, DGHP</p> <p>Schwerpunkte wissenschaftlicher Tätigkeiten:</p> <p>Evidenzbasierte Psychiatrie, Klinische Studien, Mitglied in Data Safety Monitoring Boards (DSMBs), Leitlinien</p> <p>Schwerpunkte klinischer Tätigkeiten:</p> <p>Allgemeinspsychiatrie, Nennung in Ranking Listen als Experte für Schizophrenie (Focus, Stern)</p> <p>Federführende Beteiligung an Fortbildungen/Ausbildungsinstitutionen:</p> <p>Organisation der Klinikinternen</p>	Pharmakotherapie (moderat), keine Konsequenzen, da kein Stimmrecht und keine Leitungsfunktion

	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	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie <sup>1</sup> ,  Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Fortbildungen, Prüfer bei Landesärztekammer	
Ziehn, Kerstin	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	<p>Mitgliedschaften/Funktion in Interessensverbänden:</p> <p>Mitglied im DVE (Berufsverband)</p> <p>Vorsitzende des DVE-Fachausschuss Psychiatrie</p> <p>Schwerpunkte klinischer Tätigkeiten:</p> <p>Ergotherapeutin in der stationsäquivalenten Behandlung</p> <p>Federführende Beteiligung an Fortbildungen/Ausbildungsinstitutionen:</p> <p>Ausrichtung der DVE-Fachtagung für psychiatrisch tätige Ergotherapeuten:innen</p>	Ergotherapie (gering); keine Konsequenzen da keine Leitungsfunktion

	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	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie <sup>1</sup> ,  Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
--	--	---	---	--	---	---	----------------------	---

<sup>1</sup> In die tabellarische Zusammenfassung wurden hier nur die Angaben übertragen, für die nach Diskussion und Bewertung der vollständig entsprechend Formblatt der AWMF offengelegten Sachverhalte in der Leitliniengruppe ein thematischer Bezug zur Leitlinie festgestellt wurde. Die vollständigen Erklärungen sind im Leitliniensekretariat hinterlegt.

<sup>2</sup> Alternativ kann auch nur ein „Ja“ eingetragen werden und auf die Nennung der Unternehmen verzichtet werden

## Anhang 2 Methodenkritische Aspekte

**Autoren:** Stefan Leucht (federführend), Christopher Baethge, Tania Lincoln, Stefan Klingberg, Stefan Weinmann (extern), Teil der 2019 publizierten Leitlinie (nicht neu erstellt)

Es sei darauf hingewiesen, dass viele der im Folgenden dargestellten Punkte nicht spezifisch für die Schizophrenie oder die Psychiatrie gelten, sondern vielmehr allgemeine Probleme der Behandlungsforschung darstellen. Was klinische Studien speziell im Bereich der psychischen Erkrankungen anbelangt verwenden diese häufig „subjektive“ klinische Endpunkte mit Selbst-Rating-Skalen und werden dafür entsprechend häufig kritisiert. Des Weiteren werden die folgenden Probleme besonders häufig diskutiert:

### Verblindung und Kontrollgruppen

Bei Antipsychotikastudien besteht die Möglichkeit der Entblindung aufgrund von Nebenwirkungen, was im Plazebovergleich zu einer Überschätzung des Medikamenteneffekts führen kann. Allerdings haben große, in den 60er Jahren durchgeführte Studien beinahe ebenso erhebliche Unterschiede zwischen Antipsychotika und aktivem Plazebo (Barbiturate) sowie zwischen Antipsychotika und inaktivem Plazebo gefunden (z.B. (1, 2)), wobei Barbiturate nur einen Teil der typischen Antipsychotika-Nebenwirkungen und beispielsweise nicht die extrapyramidalen Symptome aufweisen. Ob die Beurteiler übermäßig häufig die Gruppenzuteilung erraten können, wird so gut wie nie gemessen (3). Das CONSORT Statement verlangt einen solchen Test auch nicht, weil sich z.B. bei plazebokontrollierten Studien nicht trennen lässt, ob die Beurteiler die Gruppenzuteilung aufgrund von Nebenwirkungen erraten oder aufgrund der Wirksamkeit der aktiven Substanz (4). Dennoch wäre es wünschenswert, wenn in zukünftigen Studien die Fähigkeit von Patienten und Fremdbeurteilern geprüft würde, die Medikamentenzuordnung zu erraten.

Bei Psychotherapiestudien ist eine vollständige Verblindung nicht möglich, da zumindest die die Therapie durchführende Person weiß, welches Verfahren sie anwendet. Möglich ist eine einfache Verblindung im Sinne von Beurteilern, welche die Gruppenzuteilung nicht kennen. In einer Meta-Analyse fanden vollständig offene Studien zur kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) bei Schizophrenie höhere Effektstärken als solche mit Verblindung der Beurteiler (5). Verblindete Beurteiler sollten der Standard in zukünftigen Psychotherapiestudien werden.

Ein weiteres methodisches Problem bei Psychotherapiestudien sind die aus pragmatischen Erwägungen heraus des Öfteren verwendeten Wartegruppendesigns, bei denen die Patienten in der Kontrollgruppe die Therapie erst nach einer Wartezeit erhalten. Da die Patienten wissen, dass sie keine Therapie erhalten, kann dies zu einer negativen Erwartung hinsichtlich ihres Therapieerfolgs führen. Dadurch kommt es in Studien mit Wartegruppendesigns im Mittel zur Überschätzung der Effekte (z.B. (6, 7)). Systematische Untersuchungen zu diesem Problem bei Studien an Personen mit Schizophrenie liegen aber noch nicht vor. In der Regel sind auch sehr große Fallzahlen nötig, um solche Effekte statistisch abzusichern. Zukünftige Meta-Analysen zu Psychotherapiestudien sollten dies mit Hilfe von Sensitivitätsanalysen berücksichtigen. Da Wartegruppendesigns oftmals ein Hilfskonstrukt sind, um mit geringen Mitteln Studien im Versorgungssetting durchführen zu können, wäre eine bessere öffentliche Förderung von Psychotherapiestudien wünschenswert.

### Publikationsbias und selektives Berichten von Ergebnissen

Ein allgemeines Problem, von dem ebenfalls die Psychiatrie betroffen ist, ist der Publikationsbias. Studien mit negativen Ergebnissen werden seltener veröffentlicht als solche mit positiven

Ergebnissen. Turner et al. (8) quantifizierten die Überschätzung der mittleren Effektstärken bei Zulassungsstudien zu Antipsychotika auf 8%. Untersuchungen im Bereich der Depressionsbehandlung legen nahe, dass es auch bei Psychotherapiestudien einen solchen Publikationsbias gibt. Driessen et al. (9) fanden hierzu eine 25%ige Überschätzung der Effektstärken bei Depression. Für die psychotherapeutische Schizophrenieforschung ist ein solcher Publikationsbias bislang aber nicht nachgewiesen. So fanden Jauhar et al. (5) bei Studien über kognitive Verhaltenstherapie bei Schizophrenie allenfalls schwache Hinweise.

Im Kontext des Publikationsbias muss auch das selektive Publizieren genannt werden: Hier werden Studienendpunkte mit für die Autoren oder Sponsoren der Studien ungünstigen Ergebnissen nicht publiziert, sondern stattdessen sekundäre Studienendpunkte mit positiven Ergebnissen. Dieses allgemeine Problem der Therapieforschung (10) gibt es auch in der Schizophrenie Behandlung. So fanden Lancee et al. (11) Unterschiede zwischen den im Studienregister „www.clinicaltrials.gov“ ursprünglich angegebenen und später publizierten Endpunkten bei 23% der 48 untersuchten RCTs für primäre Endpunkte, und 81% der RCTs hatten zumindest einen sekundären Endpunkt nicht berichtet, neu eingeführt oder in den primären Endpunkt verwandelt. Prinzipiell ist bereits seit 1996 in den CONSORT Kriterien (4) festgelegt, dass auch primäre und sekundäre Endpunkte a priori definiert und publiziert werden müssen. Ferner hat sich das „International Committee of Medical Journal Editors“ zur Reduktion des Publikationsbias schon 2005 darauf geeinigt, nur Studien zu publizieren, die vorher in Studiendatenbanken wie „www.clinicaltrials.gov“ registriert wurden. Leider werden diese Regelungen immer noch nicht stringent eingehalten.

### **Hohe Raten an vorzeitigen Studienabbruchern**

Die Dropout-Raten sind in aktuellen Antipsychotikastudien sehr hoch (z.B. 35% in einer umfassenden Netzwerkmetaanalyse über Akutphasestudien bis zu 13 Wochen (12)). Es ist fraglich, ob solche Dropout-Raten durch statistische Methoden wie z.B. „Multiple Imputation“ oder „Mixed-models of repeated measurements“ ausreichend kompensiert werden können. Auch wenn über die Richtung der daraus entstehenden Fehler verschiedene Überlegungen angestellt werden können (vergleiche z.B. Hutton et al. (13) und Leucht et al. 2009 (14)), schränken diese die Interpretierbarkeit der Ergebnisse ein. Die Dropout-Raten in Psychotherapiestudien sind niedriger und stellen daher ein geringeres Problem dar (z.B. Jauhar et al. (5)).

### **Über die Jahrzehnte abnehmende Effektstärken in Antipsychotikastudien**

Es gibt auch methodische Faktoren, welche die Effektstärken in aktuellen plazebokontrollierten Studien möglicherweise kleiner erscheinen lassen. Ein entscheidendes Phänomen ist dabei die über die Publikationsjahre kontinuierlich angestiegene Plazebo-Response (Agid et al. (15), Rutherford (16), Leucht et al. (17)). Während das Ansprechen auf Plazebo über die Jahre stetig zugenommen hat, blieb das Ansprechen auf das aktive Medikament gleich hoch (17), was letztlich zu immer geringeren Unterschieden zwischen Medikament und Plazebo (Effektstärken) führt. So zeigten plazebokontrollierte Studien Anfang der 70er Jahre noch mittlere Effektstärken von 0,74, 2010 waren es nur noch etwa 0,38 (17). Die genauen Gründe für das Phänomen der immer niedriger werdenden Effektstärken sind nicht abschließend geklärt. Diskutiert werden, neben der steigenden Plazebo-Response z.B. zunehmend chronische Patientenpopulationen, die intensive Betreuung der Patienten in Studien, kurze Wash-out-Phasen und immer größere Studien mit mehr Zentren und daher möglicherweise mehr Variabilität und daraus resultierenden kleineren Effektstärken (15, 18). Zudem ist es problematisch, dass solche Studien heutzutage zunehmend an kommerziellen Zentren anstatt an akademischen Einrichtungen durchgeführt werden, und erstere möglicherweise nicht immer ausreichende wissenschaftliche Expertise mitbringen (15). In diesem Kontext wird auch der Begriff der



„professionellen Patienten“ diskutiert. Dies sind Patienten, die in erster Linie an Studien teilnehmen, weil sie zum Beispiel von kostenfreier Medikation profitieren (17).

### **Die Schwierigkeit, schwer kranke Patienten in randomisierte Studien einzuschließen**

Hoch akute, sehr schwer kranke Patienten können in plazebokontrollierte Studien aus ethischen Gründen (fehlende Einwilligungsfähigkeit) meist nicht aufgenommen werden. Dies sind aber genau die Patienten, welche im Vergleich zu Plazebo am meisten von Antipsychotika profitieren (19). Psychotherapie auf der anderen Seite erfordert ein Minimum an Kooperationsfähigkeit, so dass in Psychotherapiestudien im Mittel eher mäßig erkrankte Patienten eingeschlossen werden (z.B. (20)). Dies ist kein methodisches Problem im engeren Sinne, da die Situation der klinischen Praxis entspricht. Gleichzeitig erfolgt Psychotherapie in fast allen Studien zusätzlich (add-on) zur Pharmakotherapie. Dies muss bei der Interpretation der Ergebnisse beachtet werden, die nicht ohne weiteres mit Effekten von Psychotherapie bei anderen Störungen, welche nicht gleichzeitig pharmakologisch behandelt werden, verglichen werden können.

### **Niedrige Schwellenwerte als Definition für „Ansprechen auf die Behandlung“**

In Medikamentenstudien werden zur Definition des Ansprechens auf die Behandlung oftmals Schwellenwerte wie mindestens 20% oder 30% Reduktion des Ausgangswerts der PANSS-Skala, verwendet, die klinisch jedoch nur eine minimale Besserung ausdrücken (21). Diese Schwellenwerte können dazu führen, dass Laien, die diese Hintergrundinformation nicht haben, Therapieeffekte bei der Interpretation überschätzen. Andererseits ist darauf hinzuweisen, dass in modernen Studien die Patienten im Durchschnitt chronische Verläufe aufweisen und somit insgesamt schlechter ansprechen als zum Beispiel erstmals erkrankte Patienten ((17, 22)). Bei chronischen oftmals partiell therapieresistenten Patienten können andererseits auch kleinere Verbesserungen wiederum relevant sein (21).

### **Fokus auf Psychopathologie**

Randomisierte Studien benutzen zumeist psychopathologische Merkmale als primäre Endpunktkriterien. Dies ist insofern richtig, als dass dies genau jene Symptomatik ist, auf welche die Therapien primär abzielen. Da dies bislang in RCTs noch nicht ausreichend untersucht wurde, bleibt offen, inwieweit sich diese Effekte auch primär auf das soziale Funktionsniveau oder die Lebensqualität auswirken. Dies sind Parameter, die in der Patientenbeurteilung als mindestens so wichtig oder sogar wichtiger beurteilt werden könnten, als z.B. die Besserung der Positivsymptomatik. Wünschenswert wären daher eine standardmäßige Erhebung und Analyse dieser weiteren patientenrelevanten Endpunkte.

### **Relativ kurze Studiendauern**

Schizophrenie ist nicht selten eine chronisch verlaufende Erkrankung. Plazebokontrollierte Akutphasestudien dauern typischerweise nur 6 Wochen. In den 60er Jahren gab es auch längere plazebokontrollierte Akutphasestudien (z.B. 8 Monate in Adelson et al. (1) oder 5 Jahre in Engelhardt et al. (23)), die keinen Wirkverlust zeigten. In der Erhaltungsphase ging in einem Review zum Vergleich von Antipsychotika versus Plazebo die Studienlänge nicht über 2 Jahre hinaus (24), so dass die Effekte nach diesem Zeitraum nicht aus randomisierten Studien abgeleitet werden können. Bei Direktvergleichen von Antipsychotika gibt es häufiger längere Studien (z.B. (25-27)), Studiendauern von mehr als 18 Monaten sind aber auch hier die Ausnahme. Auch wenn es aus methodischen und logistischen Gründen schwer ist, sehr lange randomisierte Studien durchzuführen, werden durch die relativ kurzen Studien (vor allem die Akutphasestudien) das Ausmaß und die Langzeitfolgen von Nebenwirkungen wie bspw. Gewichtszunahme nicht ausreichend erfasst. Nationale Registerstudien wären hier eine Alternative, diese haben jedoch auch an sich methodische Einschränkungen. Es ist eine Stärke von

Psychotherapiestudien, dass hier oftmals versucht wird, durch Follow-up Erhebungen etwaige bleibende Verbesserungen zu untersuchen.

### **Abruptes Absetzen von Antipsychotika in Rückfallprophylaxestudien**

In Rückfallprophylaxestudien mit Antipsychotika werden die Medikamente in der Plazebo-Gruppe fast immer abrupt abgesetzt. Dies kann möglicherweise durch die vorangegangene Sensibilisierung der Rezeptoren (sogenannte „Supersensitivität“) zu Reboundpsychosen und zu Absetzeffekten führen, die mit psychotischen Phänomenen verwechselt werden können (28). Dies würde dann zu einer Überschätzung der Überlegenheit der Antipsychotika führen. Auch wenn unklar ist, wie häufig diese Phänomene auftreten und diese allenfalls einen Teil der Effektstärken ausmachen (24, 29), wären mehr Studien mit langsamem Absetzen der Antipsychotika in der Plazebo-Gruppe wichtig, um die klinische Praxis widerzuspiegeln und um mögliche Supersensitivitätseffekte zu quantifizieren.

### **Schwierigkeit der Standardisierung von Psychotherapiestudien**

Psychotherapiestudien sind verhältnismäßig schwer zu standardisieren. So kann z.B. die Therapieerfahrung bzw. die therapeutische Beziehung Einfluss darauf haben, wie offen ein Patient über seine psychotischen Symptome berichtet. Sozial erwünschte Effekte auf die Ergebnisse der Studien durch das explizite Besprechen der Symptome (Wahn, Halluzinationen) z.B. in der kognitiven Verhaltenstherapie lassen sich nicht ausschließen. Gleichzeitig lassen sich die durch Psychotherapie erzielten Veränderungen durch die bestehenden Skalen nicht optimal abbilden, da es oftmals mehr um eine Reduktion von symptombezogener Belastung geht. Diese Parallelisierung mit den Pharmakostudien hat möglicherweise auch zu einer Unterschätzung von Effekten in Psychotherapiestudien geführt.

### **Sponsor-Bias und Allegiance Bias**

Antipsychotikastudien werden überwiegend von den Herstellern der Präparate durchgeführt. Dies führt automatisch zur Frage nach einem Sponsor-Bias. Auch wenn sich mittels Metaanalysen ein solcher Sponsor-Bias bei Vergleichen mit Plazebo in der Akutphase nicht zeigen ließ (17), so fanden sich doch deutliche Hinweise für die Wahl von Designs mit Verzerrungsrisiko bei Direktvergleichen von Antipsychotika der zweiten Generation wie nicht-äquivalente Dosierungen, selektive Auswahl von Endpunkten und einseitige Gewichtung der Ergebnisse in den Zusammenfassungen zugunsten des Sponsors (Heres et al. (30)). Das Analogon zum Sponsor Bias der Pharmakotherapie ist der Allegiance Bias in der Psychotherapieforschung. Das heißt, dass Entwickler einer Psychotherapie diese auch in den RCTs prüfen und daher möglicherweise voreingenommen sind. Dragioti et al. 2015 (31) fanden diesen Bias für Psychotherapiestudien unabhängig von der Diagnose (jedoch nicht in statistisch signifikanter Form für die kognitive Verhaltenstherapie). Für den Bereich Schizophrenie gibt es keinen Nachweis, allerdings benötigen solche Untersuchungen auch eine große Zahl an Studien, um solche Effekte statistisch sichern zu können.

### **Erhebung möglicher Nebenwirkungen von Psychotherapie**

Es gibt inzwischen immer mehr Literatur zu Nebenwirkungen von Psychotherapie. Man unterscheidet dabei zwischen Behandlungsfehlern (z.B. Symptomverschlechterung durch einen schlechten Therapeuten) und sogenannten „Nebenwirkungen“, die bei lege artis Durchführung der Therapie auftreten können (z.B. emotionales Aufgewühltsein im Anschluss an eine Therapiestunde). Diese Erforschung von Nebenwirkungen ist allerdings noch sehr neu und in den Psychotherapiestudien im Bereich der Schizophrenie bisher kaum berücksichtigt worden. Diesem Aspekt sollte in zukünftigen Studien mehr Rechnung getragen werden.

### **Allgemeine Probleme von Metaanalysen und der Bewertung von Effektstärken**

Meta-Analysen sind bekanntermaßen nur so gut wie die ihnen zugrundeliegenden Studien („Garbage in, garbage out“). Bei der Erstellung dieser Behandlungsleitlinie ergab sich manchmal das besondere Problem, wie mit sich in ihren Ergebnissen widersprechenden Reviews zum selben Thema umgegangen werden soll. Autoren von Metaanalysen gehen oftmals auf die Ergebnisse früherer Metaanalysen nicht ausreichend ein. Dies sollte ein Standard werden, um die Gründe für solche Unterschiede verständlich zu machen (32). Standardisierte mittlere Unterschiede (SMD), wie sie in der Regel für kontinuierliche Parameter (z.B. mittlere PANSS Veränderung vom Ausgangspunkt bis zum Ende der Studie) als Effektstärkenmaß verwendet werden, sind schwer zu interpretieren. Die oftmals verwendete Regel nach Cohen (33) (Effektstärke von 0,2 entspricht einem kleinen Unterschied, 0,5 einem mittleren und 0,8 einem großen Unterschied) ist allenfalls eine Faustregel. Genauere Erläuterungen finden sich z.B. auf dieser Website (<http://rpsychologist.com/d3/cohend/>).

Abschließend soll nochmals darauf hingewiesen werden, dass die zahlreichen methodischen Unterschiede zwischen Pharmako- und Psychotherapiestudien ihre Ergebnisse nur schwer miteinander vergleichbar machen (7). Einige dieser Punkte, wie unterschiedliche Kontrollgruppen, Verblindung, die Untersuchung von Psychotherapie als „add-on“ zur medikamentösen Therapie, wurden in diesem Abschnitt genannt - indirekte Vergleiche der aus solchen Studien oder ihrer Metaanalysen resultierenden Effektstärken sollten daher kritisch interpretiert werden.

## Literatur

1. Adelson D, Epstein LJ. A study of phenothiazines with male and female chronically ill schizophrenic patients. *J Nerv Ment Dis.* 1962;134:543-54.
2. Casey JF, F. BI, J. LC, E. HL, H. GM, N. SN. Drug therapy in schizophrenia. A controlled study of the relative effectiveness of chlorpromazine, promazine, phenobarbital, and placebo. *Archives of General Psychiatry* 1960. p. 210-20.
3. Baethge C, Assall OP, Baldessarini RJ. Systematic review of blinding assessment in randomized controlled trials in schizophrenia and affective disorders 2000-2010. *Psychotherapy and psychosomatics.* 2013;82(3):152-60.
4. Schulz KF, Altman DG, Moher D, Group C. CONSORT 2010 statement: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. *Int J Surg.* 2011;9(8):672-7.
5. Jauhar S, McKenna PJ, Radua J, Fung E, Salvador R, Laws KR. Cognitive-behavioural therapy for the symptoms of schizophrenia: systematic review and meta-analysis with examination of potential bias. *Br J Psychiatry.* 2014;204(1):20-9.
6. Furukawa TA, Noma H, Caldwell DM, Honyashiki M, Shinohara K, Imai H, et al. Waiting list may be a nocebo condition in psychotherapy trials: a contribution from network meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand.* 2014;130(3):181-92.
7. Huhn M, Tardy M, Spineli LM, Kissling W, Forstl H, Pitschel-Walz G, et al. Efficacy of pharmacotherapy and psychotherapy for adult psychiatric disorders: a systematic overview of meta-analyses. *JAMA psychiatry.* 2014;71(6):706-15.
8. Turner E, Knoopfelmacher D, Shapley S. Publication bias in antipsychotic trials: an analysis of efficacy comparing the published literature to the US Food and Drug Administration database. *PLoS Med.* 2012;9:e1001189. doi:10.1371/journal.pmed.
9. Driessen E, Hollon SD, Bockting CL, Cuijpers P, Turner EH. Does Publication Bias Inflate the Apparent Efficacy of Psychological Treatment for Major Depressive Disorder? A

Systematic Review and Meta-Analysis of US National Institutes of Health-Funded Trials. *PloS one*. 2015;10(9):e0137864.

10. Chan AW, Hrobjartsson A, Haahr MT, Gotzsche PC, Altman DG. Empirical evidence for selective reporting of outcomes in randomized trials: comparison of protocols to published articles. *JAMA*. 2004;291(20):2457-65.

11. Lancee M, Lemmens CMC, Kahn RS, Vinkers CH, Luykx JJ. Outcome reporting bias in randomized-controlled trials investigating antipsychotic drugs. *Translational psychiatry*. 2017;7(9):e1232.

12. Leucht S, Cipriani A, Spineli L, Mavridis D, Orey D, Richter F, et al. Comparative efficacy and tolerability of 15 antipsychotic drugs in schizophrenia: a multiple-treatments meta-analysis. *Lancet*. 2013;382(9896):951-62.

13. Hutton P, Morrison AP, Yung AR, Taylor PJ, French P, Dunn G. Effects of drop-out on efficacy estimates in five Cochrane reviews of popular antipsychotics for schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*. 2012;126(1):1-11.

14. Leucht S, Arbter D, Engel RR, Kissling W, Davis JM. How effective are second-generation antipsychotic drugs? A meta-analysis of placebo-controlled trials. *MolPsychiatry*. 2009;14(4):429-47.

15. Agid O, Siu CO, Potkin SG, Kapur S, Watsky E, Vanderburg D, et al. Meta-regression analysis of placebo response in antipsychotic trials, 1970-2010. *Am J Psychiatry*. 2013;170(11):1335-44.

16. Rutherford BR, Pott E, Tandler JM, Wall MM, Roose SP, Lieberman JA. Placebo response in antipsychotic clinical trials: a meta-analysis. *JAMA psychiatry*. 2014;71(12):1409-21.

17. Leucht S, Leucht C, Huhn M, Chaimani A, Mavridis D, Helfer B, et al. Sixty Years of Placebo-Controlled Antipsychotic Drug Trials in Acute Schizophrenia: Systematic Review, Bayesian Meta-Analysis, and Meta-Regression of Efficacy Predictors. *Am J Psychiatry*. 2017;appiajp201716121358.

18. Leucht S, Chaimani A, Leucht C, Huhn M, Mavridis D, Helfer B, et al. 60years of placebo-controlled antipsychotic drug trials in acute schizophrenia: Meta-regression of predictors of placebo response. *Schizophr Res*. 2018.

19. Furukawa TA, Levine SZ, Tanaka S, Goldberg Y, Samara M, Davis JM, et al. Initial severity of schizophrenia and efficacy of antipsychotics: participant-level meta-analysis of 6 placebo-controlled studies. *JAMA psychiatry*. 2015;72(1):14-21.

20. Morrison AP, Law H, Carter L, Sellers R, Emsley R, Pyle M, et al. Antipsychotic drugs versus cognitive behavioural therapy versus a combination of both in people with psychosis: a randomised controlled pilot and feasibility study. *The lancet Psychiatry*. 2018;5(5):411-23.

21. Leucht S, Kane JM, Kissling W, Hamann J, Etschel E, Engel RR. What does the PANSS mean? *SchizophrRes*. 2005;79:231-8.

22. Zhu Y, Li C, Huhn M, Rothe P, Krause M, Bighelli I, et al. How well do patients with a first episode of schizophrenia respond to antipsychotics: A systematic review and meta-analysis. *European neuropsychopharmacology : the journal of the European College of Neuropsychopharmacology*. 2017.

23. Engelhardt DM, Rosen B, Freedman N, Margolis R. Phenothiazines in prevention of psychiatric hospitalization 135. *Archives of General Psychiatry*. 1967;16:98-101.
24. Leucht S, Tardy M, Komossa K, Heres S, Kissling W, Salanti G, et al. Antipsychotic drugs versus placebo for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2012;379(9831):2063-71.
25. Lieberman JA, Stroup TS, McEvoy JP, Swartz MS, Rosenheck RA, Perkins DO, et al. Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *N Engl J Med*. 2005;353(12):1209-23.
26. Colonna L, Saleem P, Dondey-Nouvel L, Rein W, group. As. Long-term safety and efficacy of amisulpride in subchronic or chronic schizophrenia. *Int Clin Psychopharmacol*. 2000;15:13-22.
27. Jones PB, Barnes TRE, Davies L, Dunn G, Lloyd H, Hayhurst KP, et al. Randomized controlled trial of the effect on quality of life of second- vs first-generation antipsychotic drugs in schizophrenia - cost utility of the latest antipsychotic drugs in schizophrenia study (CUtLASS 1). *Arch Gen Psychiatry*. 2006;63(10):1079-86.
28. Moncrieff J. Does antipsychotic withdrawal provoke psychosis? Review of the literature on rapid onset psychosis (supersensitivity psychosis) and withdrawal-related relapse. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2006;114:3-13.
29. Tiihonen J, Tanskanen A, Taipale H. 20-Year Nationwide Follow-Up Study on Discontinuation of Antipsychotic Treatment in First-Episode Schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2018;appiajp201817091001.
30. Heres S, Davis J, Maino K, Jetzinger E, Kissling W, Leucht S. Why olanzapine beats risperidone, risperidone beats quetiapine, and quetiapine beats olanzapine: an exploratory analysis of head-to-head comparison studies of second-generation antipsychotics. *Am J Psychiatry*. 2006;163(2):185-94.
31. Dragioti E, Dimoliatis I, Fountoulakis KN, Evangelou E. A systematic appraisal of allegiance effect in randomized controlled trials of psychotherapy. *Ann Gen Psychiatry*. 2015;14:25.
32. Helfer B, Prosser A, Samara MT, Geddes JR, Cipriani A, Davis JM, et al. Recent meta-analyses neglect previous systematic reviews and meta-analyses about the same topic: a systematic examination. *BMC medicine*. 2015;13:82.
33. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2 ed. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1988 1988.

## Anhang 3 Recherchestrategien

Zu beachten ist, dass ein relevanter Teil der Empfehlungen aus der Leitlinie von 2019 mit der aktuellen Revision neu konsentiert worden ist. Hier verweisen wir auf den Leitlinienreport von 2019 mit der entsprechenden Suchstrategie. Für die aktuelle Revision ist eine neue erweiterte systematische Recherche durch die Cochrane Schizophrenia Gruppe Deutschland mit den im folgenden dargestellten Parametern erfolgt.

### Search strategies

#### Numbers for Prisma diagram

Pubmed	1199
Embase (OvidSP)	1306
Psycinfo (OvidSP)	806
Cochrane	93
Global Index Medicus	133
Total number of results	3537
Duplicates	670
Total number of results to screen	2867

#### Pubmed 06/06/24

((("Schizophrenia"[Mesh] OR "Psychotic Disorders"[Mesh]) or (schizo\*[Title/Abstract] OR psychotic\*[Title/Abstract] OR psychosis[Title/Abstract])) and (((systematic review[ti] OR systematic literature review[ti] OR systematic scoping review[ti] OR systematic narrative review[ti] OR systematic qualitative review[ti] OR systematic evidence review[ti] OR systematic quantitative review[ti] OR systematic meta-review[ti] OR systematic critical review[ti] OR systematic mixed studies review[ti] OR systematic mapping review[ti] OR systematic cochrane review[ti] OR systematic search and review[ti] OR systematic integrative review[ti]) NOT comment[pt] NOT (protocol[ti] OR protocols[ti])) NOT MEDLINE [subset]) OR (Cochrane Database Syst Rev[ta] AND review[pt]) OR systematic review[pt]) and (("randomized controlled trial"[Publication Type] OR "controlled clinical trial"[Publication Type] OR "randomized"[Title/Abstract] OR "placebo"[Title/Abstract] OR "drug therapy"[MeSH Subheading] OR ("randomly"[Title/Abstract] OR "trial"[Title/Abstract] OR "groups"[Title/Abstract])) NOT ("animals"[MeSH Terms] NOT "humans"[MeSH Terms])) and (("2017"[Date - Publication] : "3000"[Date - Publication])) [1199]

#### Embase <1974 to 2024 June 05> 06/06/24

- 1 exp schizophrenia/ (212534)
- 2 exp psychosis/ (336436)
- 3 (schizo\* or psychotic\* or psychosis).tw,kw,kf. (286732)
- 4 or/1-3 (396127)
- 5 exp Meta Analysis/ (319316)
- 6 exp "systematic review"/ (470053)
- 7 ((meta adj1 analy\*) or metaanaly\* or (systematic adj1 review\*) or (systematic adj1 overview\*)).ti,ab. (586432)
- 8 ((reference adj1 list\*) or bibliograph\* or hand-search\* or (manual adj1 search\*) or "relevant journals").ti,ab. (77299)
- 9 exp Meta Analysis/ (319316)

10 ((meta adj analy\$) or metaanalys\$).tw. (387408)  
 11 (systematic adj (review\$ or overview\$)).tw. (397860)  
 12 or/9-11 (631196)  
 13 cancerlit.ab. (759)  
 14 cochrane.ab. (189355)  
 15 embase.ab. (215528)  
 16 (psychlit or psyclit).ab. (1012)  
 17 (psychinfo or psycinfo).ab. (61749)  
 18 (cinahl or cinhal).ab. (60030)  
 19 science citation index.ab. (4540)  
 20 bids.ab. (915)  
 21 or/13-20 (327266)  
 22 reference lists.ab. (24792)  
 23 bibliograph\$.ab. (30669)  
 24 hand-search\$.ab. (10973)  
 25 manual search\$.ab. (7664)  
 26 relevant journals.ab. (1652)  
 27 or/22-26 (68489)  
 28 data extraction.ab. (43998)  
 29 selection criteria.ab. (47167)  
 30 28 or 29 (88362)  
 31 review.pt. (3234244)  
 32 30 and 31 (40290)  
 33 letter.pt. (1324245)  
 34 editorial.pt. (808109)  
 35 animal/ (1663478)  
 36 human/ (26485956)  
 37 35 not (35 and 36) (1219911)  
 38 or/33-34,37 (3333589)  
 39 12 or 21 or 27 or 32 (742675)  
 40 39 not 38 (724535)  
 41 randomized controlled trial/ (825203)  
 42 controlled clinical trial/ (473290)  
 43 41 or 42 (1020371)  
 44 random\$.ti,ab. (2076079)  
 45 randomization/ (99385)  
 46 intermethod comparison/ (306873)  
 47 placebo.ti,ab. (378010)  
 48 (compare or compared or comparison).ti. (626685)  
 49 ((evaluated or evaluate or evaluating or assessed or assess) and (compare or compared or comparing or comparison)).ab. (2934814)  
 50 (open adj label).ti,ab. (115937)  
 51 ((double or single or doubly or singly) adj (blind or blinded or blindly)).ti,ab. (283119)  
 52 double blind procedure/ (219770)  
 53 parallel group\$1.ti,ab. (33640)  
 54 (crossover or cross over).ti,ab. (128570)  
 55 ((assign\$ or match or matched or allocation) adj5 (alternate or group\$1 or intervention\$1 or patient\$1 or subject\$1 or participant\$1)).ti,ab. (434580)  
 56 (assigned or allocated).ti,ab. (513545)  
 57 (controlled adj7 (study or design or trial)).ti,ab. (473380)  
 58 (volunteer or volunteers).ti,ab. (289912)  
 59 human experiment/ (661641)  
 60 trial.ti. (425770)  
 61 or/44-60 (6455068)  
 62 61 not 43 (5597988)  
 63 (random\$ adj sampl\$ adj7 ("cross section\$" or questionnaire\$1 or survey\$ or

database\$1)).ti,ab. not (comparative study/ or controlled study/ or randomi?ed controlled.ti,ab. or randomly assigned.ti,ab.) (9984)

64 Cross-sectional study/ not (randomized controlled trial/ or controlled clinical study/ or controlled study/ or randomi?ed controlled.ti,ab. or control group\$1.ti,ab.) (394413)

65 (((case adj control\$) and random\$) not randomi?ed controlled).ti,ab. (22456)

66 (Systematic review not (trial or study)).ti. (287168)

67 (nonrandom\$ not random\$).ti,ab. (19533)

68 "Random field\$".ti,ab. (3081)

69 (random cluster adj3 sampl\$).ti,ab. (1654)

70 (review.ab. and review.pt.) not trial.ti. (1201160)

71 "we searched".ab. and (review.ti. or review.pt.) (53079)

72 "update review".ab. (142)

73 (databases adj4 searched).ab. (68534)

74 (rat or rats or mouse or mice or swine or porcine or murine or sheep or lambs or pigs or piglets or rabbit or rabbits or cat or cats or dog or dogs or cattle or bovine or monkey or monkeys or trout or marmoset\$1).ti. and animal experiment/ (1254594)

75 Animal experiment/ not (human experiment/ or human/) (2638053)

76 or/63-75 (4546598)

77 62 not 76 (4838045)

78 4 and 40 and 77 (2584)

79 limit 78 to yr="2017 -Current" (1306)

#### **APA PsycInfo <1806 to May Week 5 2024> 06/06/24**

1 exp Schizophrenia/ (102014)

2 exp Psychosis/ (132715)

3 (schizo\* or psychotic\* or psychosis).tw. (197271)

4 or/1-3 (201266)

5 (((comprehensive\* or integrative or systematic\*) adj3 (bibliographic\* or review\* or literature)) or (meta-analy\* or metaanaly\* or "research synthesis" or ((information or data) adj3 synthesis) or (data adj2 extract\*))).ti,ab,id. or ((review adj5 (rationale or evidence)).ti,ab,id. and "Literature Review".md.) or (cinahl or (cochrane adj3 trial\*) or embase or medline or psyclit or pubmed or scopus or "sociological abstracts" or "web of science").ab. or ("systematic review" or "meta analysis").md. (138338)

6 randomi\$.mp. (120114)

7 ((singl\$ or doubl\$ or trebl\$ or tripl\$) adj (blind\$ or mask\$)).mp. (37917)

8 placebo\$.mp. (46653)

9 exp placebo/ (6678)

10 crossover.mp. (8969)

11 exp treatment effectiveness evaluation/ (30420)

12 exp mental health program evaluation/ (2495)

13 (random\$ adj (assign\$ or allocate\$)).mp. (50629)

14 or/6-13 (213825)

15 4 and 5 and 14 (1753)

16 limit 15 to yr="2017 -Current" (806)

#### **Cochrane Library 06/06/24**

1 MeSH descriptor: [Schizophrenia] explode all trees 9883

#2 MeSH descriptor: [Psychotic Disorders] explode all trees 4069

#3 (schizo\* or psychotic\* or psychosis or "bipolar disorder" or mania):ti,ab 25405

#4 #1 or #2 or #3 with Cochrane Library publication date Between Jan 2017 and Jun 2024, in Cochrane Reviews 93

#### **Global Index Medicus 06/06/24**



tw:(tw:(schizo\* OR psychotic\* OR psychosis) OR ( mh:("Schizophrenia" OR "Psychotic Disorders"))) AND ( type\_of\_study:("systematic\_reviews")) AND (year\_cluster:[2017 TO 2024]) 133

Die 2867 Treffer wurden in Endnote überführt und dort von Prof. Leucht und Prof. Hasan in Bezug auf den Aktualisierungsbedarf der einzelnen Empfehlungen überprüft. Bei fehlender neuer Evidenz wurden die Empfehlungen zur erneuten Abstimmung vorgeschlagen. Neue Evidenz wurde anhand der GRADE Methodik bewertet und Evidenzprofile wurden erstellt. Evidenz, die nach dem Ende der Suche per Handsuche durch Mitglieder Konsensuskonferenz oder durch die Experten vorgeschlagen worden ist, wurde post hoc mit einer punktuellen Suche abgeglichen, um zu prüfen ob andere Evidenzquellen verfügbar waren. Dies war nicht der Fall. Die Liste alle 2867 Publikationen kann bei den Koordinatoren der Leitlinie als Endnote-Datei oder PDF angefragt werden.

## Anhang 4 Abstimmungsergebnisse aller Empfehlungen und Statements

Im Folgenden sind alle Empfehlungen mit Abstimmungsergebnissen dargestellt. Ebenso stellen wir gestrichene Empfehlungen dar, so dass die Änderungen von 2019 nach 2025 deutlich werden. Generell hat die Leitlinie 31% evidenzbasierte Empfehlungen, was unter den 50% liegt, die die AWMF Leitlinienkommission für S3 Leitlinien empfiehlt. Die Leitliniengruppe Schizophrenie hatte das Ziel die Anzahl der nicht-evidenzbasierten Empfehlungen zu reduzieren, was durch Streichung von KKP Empfehlungen gelungen ist. Dieser Prozess soll in Zukunft fortgesetzt werden. Es ist jedoch zu bedenken, dass es für die Behandlung von Menschen mit einer Schizophrenie viele klinische Situationen gibt, wo die Adressaten der Leitlinie Handlungsempfehlungen benötigen, aber keine Evidenz verfügbar ist. Hier muss die Leitliniengruppe den Kompromiss zwischen einer hohen Anzahl an evidenzbasierten Empfehlungen, aber auch der Praxisrelevanz dieser Leitlinie finden. Der Anteil von 31% ist mit anderen S3-Leitlinien des Fachs vergleichbar (siehe hierzu Löhrs et al. 2020, BMC Psychiatry20(1):503.)

Empfehlung Nr.	Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzebene/Hinweise/Verweise	Abstimmung
Empfehlung 1	<p>Die Diagnose Schizophrenie soll anhand operationalisierter Kriterien gestellt werden. International anerkannte diagnostische Definitionen liegen operationalisiert in zwei Diagnosemanualen vor (DSM-5 und ICD- 10). In Deutschland ist in der medizinischen Versorgung die ICD-10 weiterhin verbindlich. Die ICD-11 ist weiterhin nicht als offizielle deutsche Übersetzung verfügbar und wird daher auch nicht für die Kodierung verwendet. Die aktuell vorgeschlagenen Kriterien nach ICD-11 finden sich im Hintergrundtext.</p> <p>Die Leitsymptome nach ICD-10 für Schizophrenie sind:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gedankenlautwerden, - eingebung, - entzug, -ausbreitung.</li> <li>2. Kontroll- oder Beeinflussungswahn; Gefühl des Gemachten bzgl. Körperbewegungen, Gedanken, Tätigkeiten oder Empfindungen; Wahnwahrnehmungen.</li> <li>3. Kommentierende oder dialogische Stimmen.</li> <li>4. Anhaltender, kulturell unangemessener oder völlig unrealistischer Wahn (bizar- rer Wahn).</li> <li>5. Anhaltende Halluzinationen jeder Sinnesmodalität.</li> <li>6. Gedankenabreißen oder –einschiebungen in den Gedankenfluss.</li> <li>7. Katatone Symptome wie Erregung, Haltungstereotypen, Negativismus oder Stupor.</li> <li>8. Negative Symptome wie auffällige Apathie, Sprachverarmung, verflachter oder inadäquater Affekt.</li> </ol> <p>Erforderlich für die Diagnose Schizophrenie ist mindestens ein eindeutiges Symptom (zwei oder mehr, wenn weniger eindeutig) der Gruppen 1 – 4 oder mindestens zwei Symptome der Gruppen 5 - 8. Diese Symptome müssen fast ständig wäh- rend eines Monats oder länger deutlich vorhanden gewesen sein. Bei eindeutiger</p>	KKP		Starker Konsens: 100% (36/36)

	Gehirnerkrankung, während einer Intoxikation oder während eines Entzuges soll keine Schizophrenie diagnostiziert werden.			
Empfehlung 2	<p>Im Rahmen der Anamneseerhebung während der Erstdiagnostik und im Verlauf der Erkrankung sollen folgende Aspekte berücksichtigt werden:</p> <p>Strukturierter psychopathologischer Befund</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Biographische und soziale Anamnese</li> <li>• Substanzmittelanamnese</li> <li>• Somatische Anamnese</li> <li>• Familienanamnese</li> <li>• Vorerfahrung in der Behandlung</li> <li>• Präferenzen und Wünsche der betroffenen Person in Bezug auf die möglichen diagnostischen und therapeutischen Optionen</li> <li>• Wunsch/Möglichkeit der Einbeziehung von Angehörigen und anderen Vertrauenspersonen</li> </ul>	KKP		Starker Konsens: 100% (37/37)
Empfehlung 3	<p>Eine organische Differentialdiagnostik soll bei jeder neu aufgetretenen psychotischen Symptomatik angeboten werden.</p> <p>Folgende Faktoren können klinische Hinweise für eine organische Genese der psychotischen Symptomatik geben:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Früher und akuter Beginn</li> <li>• Fokalneurologische Symptome, Bewusstseinsstörung, Orientierungsstörung, Krampfanfälle</li> <li>• Ausgeprägte kognitive Defizite*, Subakute (&lt; 3 Monaten) Merkfähigkeitsstörungen als führendes Symptom, die nicht mit den für die Schizophrenie bekannten Symptomen vereinbar sind.</li> <li>• Verwirrtheit</li> <li>• Optische Halluzinationen</li> <li>• Psychomotorische Symptome (inkl. Katatonie)</li> <li>• Fluktuierender Verlauf der Erkrankung</li> <li>• Frühe Therapieresistenz</li> <li>• Fluktuierende Psychopathologie</li> <li>• Komorbide Entwicklungsverzögerung/-störung</li> <li>• Fieber, Exsikkose</li> </ul>	KKP		Starker Konsens: 100% (36/36)
Empfehlung 4	Unabhängig von der Krankheitsphase soll Menschen mit einer Schizophrenie neben einer leitliniengerechten pharmakotherapeutischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Behandlung auch eine regelmäßige Überwachung der	KKP		Starker Konsens: 100% (33/33)

	somatischen Gesundheit zur Reduktion der hohen Mortalität angeboten werden.			
Empfehlung 5	Klinische Symptome, welche auf die typischen somatischen Komorbiditäten bei Menschen mit einer Schizophrenie hinweisen, sollen durch die Behandler aktiv abgefragt und bei Verdachtsmomenten untersucht und eingeordnet werden. Möglichen Ursachen soll in der Behandlung Rechnung getragen werden.	KKP		Starker Konsens: 100% (33/33)
Empfehlung 6	Menschen mit einer Schizophrenie, die hohen Blutdruck, abnorme Lipidwerte, Adipositas, einen Diabetes oder ein Risiko für einen Diabetes haben, Tabak konsumieren (siehe Modul 4c) oder wenig körperlich aktiv sind soll eine Behandlung entsprechend geltender Empfehlungen (siehe Modul 4a, 4b) angeboten werden.	KKP	Adaptation NICE-Leitlinie „Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management“, 2014	Starker Konsens: 100% (34/34)
Empfehlung 7	Im Behandlungsverlauf soll aktiv erfragt werden, ob die im Rahmen der Diagnostik der Ersterkrankung empfohlenen Untersuchungen durchgeführt worden sind und, falls nicht erfolgt, die Durchführung dieser Untersuchungen angeboten werden.	KKP		Starker Konsens: 100% (36/36)
Empfehlung 8	<p>Bei einer Erstmanifestation der Schizophrenie sollen folgende Untersuchungen angeboten werden:</p> <p>Obligat</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eine komplette körperliche und neurologische Untersuchung (inkl. Gewicht und Körpergröße, Temperatur, Blutdruck/Puls)</li> <li>• Blutuntersuchungen <ul style="list-style-type: none"> <li>o Differentialblutbild</li> <li>o Urin-/Nüchtern glukose und ggf. HbA1c</li> <li>o GPT, yGT, Kreatinin/eGFR</li> <li>o Natrium, Kalium, Calcium</li> <li>o BSG/CRP</li> <li>o Schilddrüsenparameter (initial TSH)</li> </ul> </li> <li>• Drogenscreening im Urin</li> <li>• Strukturelle Bildgebung des Gehirns mit kranielem MRT (mit T1, T2, FLAIR Sequenzen, bei Auffälligkeiten weiterführende Diagnostik mit Kontrastmittel-MRT)</li> </ul> <p>Fakultativ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eine Liquorpunktion soll angeboten werden, falls aus klinischer, laborchemischer oder apparativer Diagnostik Hinweise auf eine sekundäre somatische Genese der Symptomatik vorliegen (siehe Hintergrundtext und Empfehlung 4).</li> <li>• Eine testpsychologische Untersuchung in den Bereichen Aufmerksamkeit, Lernen und Gedächtnis, Exekutivfunktionen und soziale Kognition (siehe Tabelle 4) soll sowohl zum Erhalt von Informationen für differentialdiagnostische Entscheidungen, als auch zur Vorbereitung von Entscheidungen über weitere neuropsychologische und psychosoziale Behandlungs- und Rehabilitationsangebote angeboten werden.</li> <li>• Ein EEG soll angeboten werden, falls klinische Hinweise für ein mögliches epileptisches Geschehen oder andere spezifische neurologische Erkrankungen</li> </ul>	KKP		Starker Konsens: 100% (33/33)

	vorliegen (siehe Hintergrundtext). • Im höheren Lebensalter und bei klinischem Verdacht soll eine Abklärung einer dementiellen Erkrankung gemäß der S3 Leitlinie Demenzen angeboten werden.			
Empfehlung 9	Bei einem Rezidiv soll geprüft werden, ob die empfohlene Erstdiagnostik (Empfehlung 8) durchgeführt worden ist und, falls nicht erfolgt, soll diese erneut angeboten werden.	KKP		Starker Konsens: 100% (35/35)
Empfehlung 10	Behandlungsziel ist der von Krankheitssymptomen weitgehend freie, zu selbstbestimmter Lebensführung fähige, therapeutische Maßnahmen in Kenntnis von Nutzen und Risiken abwägende Patient. Hierfür soll ein Gesamtbehandlungsplan unter Partizipation der Betroffenen und aller am Behandlungsprozess Beteiligten erstellt, eine Zusammenarbeit mit Angehörigen und anderen Vertrauenspersonen, die Koordination und Kooperation der Behandlungsinstitutionen etabliert sowie das nicht-professionelle Hilfe- und Selbsthilfesystem einbezogen werden. Alle Behandlungsschritte sollen in diesen Gesamtbehandlungsplan integriert werden sowie individuell und phasenspezifisch im Rahmen einer multiprofessionellen und möglichst wohnortnahen Behandlung abgestimmt werden. Eine Erleichterung des Zugangs zum Hilfesystem für die Betroffenen sowie eine Ressourcenkoordination im psychiatrisch-psychotherapeutischen und allgemeinen Gesundheitswesen ist notwendig.	KKP		Starker Konsens: 96,8% (30/31) Ergänzung: Starker Konsens: 100% (31/31)
Empfehlung 11	Menschen mit einer Schizophrenie haben ein Recht darauf, in ihren besonderen Bedürfnissen und ihrem individuell unterschiedlichen Hilfebedarf wahrgenommen zu werden und sollen befähigt und in die Lage versetzt werden, ihre Interessen selbst durchzusetzen, sich zu organisieren sowie ihre Lebensverhältnisse individuell bestimmen zu können (Selbstbefähigung/ Empowerment).	KKP	Im Rahmen vom Living Zyklus weiterer Abgleich mit der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen in der dann aktuellen Version	Starker Konsens: 100% (27/27)
Empfehlung 12	Qualitätssicherungsmaßnahmen für das multiprofessionelle Team (z.B. zertifizierte Weiterbildung, Supervision, Intervention, Fallbesprechungen, Teambesprechungen) können die Versorgung von betroffenen Personen mit einer Schizophrenie verbessern und sollten daher implementiert werden.	KKP		Starker Konsens: 100% (28/28)
Empfehlung 13	Im Rahmen der Informationsvermittlung, aber auch für die Beziehungsgestaltung im gesamten Hilfesystem soll die dialogische Zusammenarbeit zwischen Betroffenen, Angehörigen und anderen Vertrauenspersonen, sowie professionell Tätigen angeboten werden. Sie ist eine wesentliche Voraussetzung für eine offene, vertrauensvolle und erfolgreiche Kooperation aller Beteiligten, auf deren Basis gemeinsame Interessen und Behandlungsziele verfolgt werden können. Ergebnisse der dialogischen Zusammenarbeit beschränken sich nicht nur auf die individuelle Therapiebeziehung, sondern haben auch Auswirkungen auf die angemessene Darstellung der Interessen der Patienten und Angehörigen in Öffentlichkeit und Politik, auf die Qualitätsförderung und auf die Fortentwicklung der Versorgungsstrukturen.	KKP		Starker Konsens: 100% (29/29)

Empfehlung 14	Die Pharmakotherapie soll in ein Gesamtbehandlungskonzept unter Einschluss allgemeiner und spezieller biologischer, psychotherapeutischer, psychosozialer und fachpflegerischer Maßnahmen in Abhängigkeit von einer differentiellen Indikation eingebettet sein.	KKP		Starker Konsens: 100% (30/30) Verschiebung in das Pharmakotherapiekapitel: 90,3 % (28/31)
Empfehlung 15	Zu Beginn einer Pharmakotherapie soll eine Aufklärung des Patienten über die akuten und langfristigen Wirkungen sowie Nebenwirkungen (Risiko-Nutzen-Evaluation) der Medikamente erfolgen und der Patient soll aktiv in den therapeutischen Entscheidungsprozess (partizipative Entscheidungsfindung/ shared-decision-making, siehe Modul 3) einbezogen werden. Vor- und Nachteile der Behandlung und mögliche Alternativen sollen in einer verständlichen Sprache mit Erläuterung der Fachbegriffe erfolgen.	KKP		Starker Konsens: 100% (31/31) Verschiebung in das Pharmakotherapiekapitel: 96,8% (30/31)
Empfehlung 16	Vor Beginn einer Pharmakotherapie soll eine Labordiagnostik gemäß Tabelle 18 durchgeführt und ein EKG abgeleitet werden. Bei Frauen im gebärfähigen Alter soll eine Schwangerschaft ausgeschlossen werden.	KKP		Starker Konsens: 100% (33/33)
Empfehlung 17	Die Wahl des geeigneten Antipsychotikums sowie der Applikationsform soll gemeinsam mit der betroffenen Person vorgenommen werden. Hierbei sollen berücksichtigt und erörtert werden: <ul style="list-style-type: none"> <li>• das klinische Zielsyndrom</li> <li>• Vorerfahrungen bzgl. Wirkungen und Nebenwirkungen mit einem oder mehreren Präparat(en) im bisherigen Behandlungsverlauf</li> <li>• Vor- und Nachteile des jeweiligen Präparats</li> <li>• metabolische, motorische, kardiovaskuläre oder hormonelle/sexuelle Nebenwirkungen (siehe Tabelle 9)</li> <li>• Nutzen und Risiken bei Verzicht auf eine Behandlung mit Antipsychotika</li> <li>• Präferenzen der Betroffenen</li> <li>• Geschlechtsspezifische Aspekte, Alter der Betroffenen und Komorbiditäten</li> </ul> Behandlungsvereinbarung und Krisenpässe der Betroffenen sollen, wenn vorhanden, berücksichtigt werden (siehe auch Modul 4c). Im Verlauf einer Behandlung soll die Risiko-Nutzen-Bewertung kontinuierlich überprüft und bei Änderungen entsprechende Maßnahmen ergriffen werden. Adaptation und Anpassung AWMF-Leitlinie „Schizophrenie“ 2006 (161) und Adaptation NICE-Leitlinie „Psychosis and schizophrenia in adults“ 2014 (149).	KKP		Starker Konsens: 100% (30/30) Verschiebung in das Pharmakotherapiekapitel: 93,3% (28/30) und Verweis auf Behandlungsvereinbarungen, Patientenverfügungen und Krisenpässe
Empfehlung 18	Es gibt keine ausreichende Evidenz, um Unterschiede in der Wirksamkeit oraler, intramuskulärer oder intravenöser Antipsychotika in der Notfallbehandlung der akuten Erkrankung zu belegen. Parenterale Anwendung von kurzwirksamen Medikamenten soll nur in besonderen Ausnahmefällen erfolgen. Bei kooperativen Patienten soll die orale Applikationsform, als die am wenigsten invasive Maßnahme gewählt werden, da dadurch bei ähnlich guter Wirksamkeit die Patientenautonomie am besten gewährleistet wird, es sei denn, es besteht der Patientenwunsch nach einer anderen Darreichungsform.	KKP		Starker Konsens: 100% (30/30)

Empfehlung 19	Therapeutisches Drug Monitoring sollte zur Therapieoptimierung bei unerwünschten Arzneimittelwirkungen, klinischer Non-Response (ultrarapid metabolizer, Wechselwirkungen, Möglichkeit der Unterdosierung oder Nicht-Einnahme) angeboten werden. Die Anwendung und die Häufigkeit des therapeutischen Drug Monitorings sollten sich an den jeweils gültigen Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft für Neuropsychopharmakologie und Pharmakopsychiatrie (AGNP) orientieren.	KKP		Starker Konsens: 100% (31/31) Sollte statt kann: 100% (24/24)
Empfehlung 20	Bei pharmakologischer Behandlungsresistenz sollte ein Clozapinspiegel von mindestens 350 ng/ml erreicht werden, sofern es keine Probleme in der Verträglichkeit gibt.	A	Aus 2019er Leitlinie übernommen – Evidenzdarstellung in 2019er Methodenreport LoE Oxford 2009 2++ (basierend auf 5 Studien, die in der PORT-Leitlinie und der WFSBP-Leitlinie (beide Leitlinien sind jedoch nicht durchgehend systematisch recherchiert) zusammengefasst sind, sowie auf dem unteren Grenzwert des therapeutischen Referenzbereiches für Clozapin. Neue Meta-Analyse: Northwood et al. 2023.	Konsens: 90,3% (28/31) Empfehlungsgrad: Konsens: 88,9% (24/27)
Empfehlung 21	Antipsychotika sollen innerhalb des nach internationalem Konsenseus empfohlenen Dosierungsbereiches so niedrig wie möglich und so hoch wie nötig angeboten werden (niedrigst mögliche Dosierung, siehe Tabelle X im Text). Besonders bei Ersterkrankungen soll die Dosis im niedrigen Bereich gewählt werden, da eine höhere Empfindlichkeit für Nebenwirkungen und ein insgesamt besseres Ansprechen auf eine niedrigere Dosierung besteht.	A	Aus 2019er Leitlinie übernommen – Evidenzdarstellung in 2019er Methodenreport. Literatur wurde aktualisiert ohne Änderung der Empfehlung. Adapatation und Anpassung NICE-Leitlinie „Psychosis and schizophrenia in adults.“ 2014 , SIGN-Leitlinie „Management of schizophrenia“ und Meta-Analyse LoE Oxford 2009 1+ Uchida et al. 2011. Es wird ein Evidenzgrad vergeben, da in vielen Arbeiten kein Vorteil einer erhöhten Dosierung, wohl	Starker Konsens: 100% (30/30)

			aber eine Zunahme der Nebenwirkungen gezeigt worden ist, und da zudem für niedrige Dosierungen eine Patientenpräferenz besteht.	
Empfehlung 22	Eine antipsychotische Pharmakotherapie zur Rezidivprophylaxe soll im Sinne einer kontinuierlichen Strategie angeboten werden.	A	Aus 2019er Leitlinie übernommen – Evidenzdarstellung in 2019er Methodenreport. Zusätzlich Evidenzbewertung nach GRADE. Adaptation und Anpassung NICE-Leitlinie „Psychosis and schizophrenia in adults.“ 2014, SIGN-Leitlinie „Management of schizophrenia“, Meta-Analyse LoE Oxford 2009 1+ De Hert et al. 2014, Meta-Analyse LoE Oxford 2009 1+ Sampson et al. 2013. Die vorhandenen Daten würden einen Empfehlungsgrad A erlauben, da diese Daten jedoch nur bis zu einem Follow-up von 2 Jahren die entsprechende methodische Qualität haben, wurde hier der Empfehlungsgrad herabgestuft.	Starker Konsens: 100% (30/30)
Empfehlung 23	Bei Stabilität und vorliegenden Gründen gegen die Fortführung einer kontinuierlichen Langzeitmedikation (z.B. mangelnde Akzeptanz) sollte nach schrittweiser Dosisreduktion der Versuch einer begleiteten intermittierenden Therapie mit gezielter Frühintervention bei Auftreten von Prodromen eines Rezidivs angeboten werden.	KKP		Starker Konsens: 100% (28/28)
Empfehlung 24	Nach der Entscheidung für eine Dosisreduktion der Antipsychotika sollte diese kontrolliert, unter Berücksichtigung der empfohlenen Behandlungsdauer (Empfehlungen 35 und 36) in minimalen Dosisschritten in 6 bis 12 wöchigen Zeitabständen entsprechend der Präferenz des Patienten unter Einbezug von Vertrauenspersonen, einem Gesamtbehandlungsplan, dem bisherigen Behandlungsverlauf und der Verträglichkeit der bestehenden antipsychotischen Medikation angeboten werden.	KKP		Starker Konsens: 100% (27/27)



Empfehlung 25	Die Reduktion und ggf. das Absetzen der Antipsychotika in allen Stadien der Erkrankung kann im Sinne einer partizipativen Entscheidungsfindung zwischen Patient und behandelndem Arzt angeboten werden, sofern eine ausreichende Stabilität, ausreichend psychosoziale Unterstützung und regelmäßige Verlaufskontrollen der Symptomatik gewährleistet sind und keine Hinweise auf eine Eigen- oder Fremdgefährdung bestehen. In jedem Fall soll über das erhöhte Rezidivrisiko des Absetzens aufgeklärt werden. Vorschläge für die Dosisreduktion und das Absetzen finden sich im Hintergrundtext.	KKP		Starker Konsens: 100% (31/31)
Empfehlung 26	Nach Absetzen der Antipsychotika soll im Rahmen des Gesamtbehandlungsplans ein kontinuierliches Monitoring klinischer Zeichen und Symptome für ein Rezidiv für mindestens zwei Jahre angeboten werden.	KKP	Adaptation und Anpassung NICE-Leitlinie „Psychosis and schizophrenia in adults.“ 2014	Starker Konsens: 100% (32/32)
Empfehlung 27	Pharmakologische Behandlungsresistenz: Bei einem unzureichenden Behandlungsansprechen trotz ausreichender Behandlungsdauer sollen die Diagnose, psychische und somatische Komorbiditäten, die Adhärenz, der Gebrauch von legalen und illegalen Substanzen (z.B. Alkohol, Cannabis, Amphetamine), das Vorhandensein von belastenden Nebenwirkungen, die effektive Dosierung (inkl. Serumspiegelmessung und Interaktionsprüfung), Umweltfaktoren (z.B. Stress, High Expressed Emotions) und die effektive Behandlungsdauer überprüft werden. Diese sekundären Ursachen einer pharmakologischen Pseudobehandlungsresistenz sollen untersucht und ggf. adressiert werden, bevor ein Medikamentenwechsel angeboten wird.	KKP		Starker Konsens: 100% (30/30)
Empfehlung 28a	Der Response-Status soll nach zwei bis vier Wochen mittels einer dafür geeigneten Skala (optimal: PANSS, BPRS; einfacher: CGI/klinische Verlaufsbeurteilung) oder überprüft werden.	A	LoE Oxford 2009 1+ (Meta-Analyse: Samara et al. 2015. Da die Meta-Analysen nicht direkt den Effekt des Wechsels des Antipsychotikums auf den Verlauf untersucht haben, wird für den zweiten Teil im Unterschied zu der 2019er Leitlinie der Empfehlung ein KKP vergeben.	Starker Konsens: 96,4% (27/28)
Empfehlung 28b	Bei fehlendem Ansprechen (globale klinische Einschätzung unverändert oder schlechter (z.B. CGI-I > 3)) trotz ausreichender Dosierung und nach Ausschluss von sekundären Ursachen soll dem Patienten ein Wechsel auf ein anderes Antipsychotikum zum Erreichen einer Response angeboten werden.	KKP	LoE Oxford 2009 1+ (Meta-Analyse: Samara et al. 2015. Da die Meta-Analysen nicht direkt den Effekt des Wechsels des Antipsychotikums auf den Verlauf untersucht haben, wird für den zweiten Teil der Empfehlung im	Starker Konsens: 96,4% (27/28)

			Unterschied zu der 2019er Leitlinie ein KKP vergeben.	
Empfehlung 29	Im Falle eines ausreichenden Behandlungsansprechens, aber Problemen mit der Verträglichkeit, kann bereits vorzeitig ein Medikamentenwechsel zu einem Präparat mit anderem Nebenwirkungsprofil angeboten werden.	KKP		Starker Konsens: 100% (33/33)
Empfehlung 30	Bei jedem Medikamentenwechsel kann es zu einer Verschlechterung der Symptomatik oder zu vermehrten Nebenwirkungen kommen. Für die antipsychotische Umstellung kann die Cross-Taper- oder die Overlap-and-Taper-Strategie angeboten werden. Die Stop-Start-Strategie kann in Fällen, in denen aufgrund von Nebenwirkungen ein sofortiges Absetzen des Antipsychotikums notwendig ist, angeboten werden. Für die Umstellung der antipsychotischen Therapie sollte eine Orientierung an Äquivalenzdosen erfolgen.	KKP		Starker Konsens: 100% (32/32)
Empfehlung 31	Eine pharmakologische Therapie mit einem Antipsychotikum mit dem Ziel der Reduktion psychotischer Symptome sollte als Monotherapie angeboten werden.	B	Aus 2019er Leitlinie übernommen – Evidenzdarstellung in 2019er Methodenreport. Anpassung des Empfehlungsgrads A → B LoE Oxford 2009 1++, basierend auf nahezu allen in den Recherchen identifizierten Meta-Analysen, da wenn nicht anders vermerkt nur Studien mit einer antipsychotischen Monotherapie untersucht worden sind. Auch ist das Risiko für Nebenwirkungen in der Regel im Rahmen einer Monotherapie geringer als mit einer Kombinationstherapie.	Starker Konsens: 100% (31/31)
Empfehlung 32	Während der Akutphase soll in angemessenen Abständen eine Überprüfung und Dokumentation des psychopathologischen Befundes erfolgen, so dass eine Eigen- und Fremdgefährdung rechtzeitig erkannt werden kann und eine Beurteilung des Ansprechens auf die Therapie möglich ist.	KKP		Starker Konsens: 100% (31/31)
Empfehlung 33	Im Falle einer Ersterkrankung an einer Schizophrenie sollen Antipsychotika nach Berücksichtigung des jeweiligen Risiko-Nutzen-Profiles zur Reduktion psychotischer Symptome angeboten werden. Die Risiken der Behandlung leiten sich aus den jeweiligen Nebenwirkungsprofilen der angewendeten Antipsychotika ab. Aufgrund geringer Wirksamkeitsunterschiede der einzelnen Präparate und allgemein hohen Ansprechraten bei der Ersterkrankung soll die Auswahl primär an den	A	Aus 2019er Leitlinie übernommen – Evidenzdarstellung in 2019er Methodenreport. Literatur wurde aktualisiert ohne Änderung der Empfehlung	Starker Konsens: 100% (29/29)

	Nebenwirkungen orientiert erfolgen.		LoE Oxford 2009 1+ Meta-Analyse Zhu et al. 2017a , LoE Oxford 2009 1- Meta-Analyse Zhu et al. 2017b, LoE Oxford 2009 1+ Meta-Analyse Zhang et al. 2013, LoE Oxford 2009 1++ Leucht et al. 2012.	
Empfehlung 34	Im Falle einer Ersterkrankung an einer Schizophrenie sollte eine frühestmögliche antipsychotische Behandlung angeboten werden. Abhängig von Psychopathologie, Behandlungssetting und Präferenzen des Patienten kann vor Initiierung der antipsychotischen Pharmakotherapie bei Ersterkrankung ein Aufschub von einigen Tagen bis Wochen im Rahmen eines psychosozialen Gesamtkonzepts unter engmaschiger Kontrolle der Psychopathologie angeboten werden.	KKP		Starker Konsens: 96,6% (28/29)
Empfehlung 35a	Menschen mit einer Ersterkrankung an einer Schizophrenie soll nach individueller Risiko-Nutzen-Evaluation eine Behandlung mit Antipsychotika zur Rezidivprophylaxe angeboten werden.	A	Aus 2019er Leitlinie übernommen – Evidenzdarstellung in 2019er Methodenreport. Zusätzlich Evidenzbewertung nach GRADE. Literatur wurde aktualisiert ohne Änderung der Empfehlung. Meta-Analyse LoE Oxford 2009 1++ Leucht et al. 2012. Meta-Analyse LoE Oxford 2009 1++ Kishimoto et al. 2013.	Starker Konsens: 100% (28/28)
Empfehlung 35b	Menschen mit Schizophrenie und rezidivierenden psychotischen Episoden soll nach individueller Risiko-Nutzen-Evaluation eine Behandlung mit Antipsychotika zur Rezidivprophylaxe angeboten werden.	A	Aus 2019er Leitlinie übernommen – Evidenzdarstellung in 2019er Methodenreport. Zusätzlich Evidenzbewertung nach GRADE. Literatur wurde aktualisiert ohne Änderung der Empfehlung. Meta-Analyse LoE Oxford 2009 1++ Leucht et al. 2012. Meta-Analyse LoE Oxford 2009 1++ Kishimoto et al. 2013.	Starker Konsens: 100% (28/28)
Empfehlung 36a	Das Antipsychotikum, welches bereits zu einem guten Therapieansprechen oder einer Remission geführt hat, soll, sofern keine Verträglichkeitsgründe dagegensprechen, für die Rezidivprophylaxe angeboten werden.	A	Aus 2019er Leitlinie übernommen – Evidenzdarstellung in 2019er	Starker Konsens: 100% (33/33)

			Methodenreport. Literatur wurde aktualisiert ohne Änderung der Empfehlung Meta-Analyse LoE Oxford 2009 1++ Kishimoto et al. 2013. Meta-Analyse LoE Oxford 2009 1++ Leucht et al. 2012	
Empfehlung 36b	Bei der Auswahl des Antipsychotikums in der Rezidivprophylaxe sollen die Präferenz, die Vorerfahrungen der betroffenen Person sowie das unterschiedliche Nebenwirkungsrisiko im Hinblick auf Spätdyskinesien, Sedierung, kardiale, metabolische, endokrine und andere Effekte beachtet werden.	KKP	Aus 2019er Leitlinie übernommen – Evidenzdarstellung in 2019er Methodenreport. Literatur wurde aktualisiert ohne Änderung der Empfehlung Meta-Analyse LoE Oxford 2009 1++ Kishimoto et al. 2013. Meta-Analyse LoE Oxford 2009 1++ Leucht et al. 2012	Starker Konsens: 100% (33/33)
Empfehlung 37	Depotantipsychotika sind wie auch orale Antipsychotika wirksam in Hinblick auf die Rezidivprophylaxe ohne relevante Unterschiede in der Wirksamkeit. Depotantipsychotika sind aufgrund ihrer gesicherten Applikation und guten Bioverfügbarkeit eine wirksame Alternative zur oralen Medikation und sollten in der Rezidivprophylaxe als Behandlungsalternative angeboten werden.	B	Aus 2019er Leitlinie übernommen – Evidenzdarstellung in 2019er Methodenreport. Zusätzlich Evidenzbewertung nach GRADE. Literatur wurde aktualisiert ohne Änderung der Empfehlung. Adaptation und Anpassung NICE-Leitlinie „Psychosis and schizophrenia in adults:“ 2014, SIGN-Leitlinie „Management of schizophrenia“ und weitere Literatur, die nicht systematisch gesucht worden ist, Kishimoto et al 2012, Kishimoto et al. 2013, Kirson et al. 2013, Tiihonen et al. 2017, Kishimoto et al. 2021.	Starker Konsens: 100% (36/36)
Empfehlung 38	Aufgrund nicht ausreichend belegter überlegener Wirksamkeit einzelner Depotantipsychotika untereinander sollte die Auswahl anhand des Nebenwirkungsprofils und des gewünschten Injektionsintervalls vorgenommen werden.	KKP		Starker Konsens: 100% (37/37)

	Vor Beginn einer Behandlung mit einer Depotform eines Antipsychotikums sollte in einer mindestens mehrwöchigen Behandlungsphase mit der oralen Form des entsprechenden Antipsychotikums dessen Wirksamkeit und Verträglichkeit sichergestellt worden sein.			
Empfehlung 39a	Bei prädominanten Negativsymptomen sollte Amisulprid (in niedriger Dosis) oder Cariprazin angeboten werden.	B	Aus 2019er Leitlinie übernommen – Evidenzdarstellung in 2019er Methodenreport. Vorhandene Literatur wurde anders bewertet	Konsens: 88,9% (24/27)
Empfehlung 39b	Bei prädominanten Negativsymptomen sollte auf eine starke Blockade des D2-Rezeptors durch die Wahl entsprechender Präparate oder die Applikation hoher Dosierungen in dieser Indikation verzichtet werden.	KKP		Konsens: 79,2% (19/24)
Empfehlung 40	Bei unzureichendem Ansprechen auf eine antipsychotische Monotherapie sollte Patienten mit predominantem Negativsymptomen eine zusätzliche Behandlung mit Antidepressiva angeboten werden. Off-label Disclaimer.	B	Aus 2019er Leitlinie übernommen – Evidenzdarstellung in 2019er Methodenreport. Meta-Analyse LoE Oxford 2009 1++ Helfer et al. 2016. Da es sich prinzipiell häufig um sekundäre Endpunkte in den Primärstudien handelt, wurde der Empfehlungsgrad B anstelle von A konsentiert.	Starker Konsens: 96,7% (29/30)
Empfehlung 41	In Fällen einer gesicherten medikamentösen Behandlungsresistenz soll nach Risiko-Nutzen-Evaluation, entsprechender Aufklärung und unter Einhaltung der notwendigen Begleituntersuchungen ein Behandlungsversuch mit Clozapin zur Behandlung der bestehenden psychotischen Symptomatik angeboten werden.	A	Aus 2019er Leitlinie übernommen – Evidenzdarstellung in 2019er Methodenreport. Adaptation und Anpassung NICE-Leitlinie „Psychosis and schizophrenia in adults:“ 2014, SIGN-Leitlinie „Management of schizophrenia“. Meta-Analyse LoE Oxford 2009 1++ Samara et al. 2016, Meta-Analyse LoE Oxford 2009 1+ Siskind et al. 2016. Da die Quelleitlinie NICE und SIGN Clozapin für diese Indikation mit hohem Empfehlungsgrad	Starker Konsens: 100% (25/25)

			empfehlen, wurde auf eine weitere systematische Literaturrecherche verzichtet. Dennoch wurden die beiden aktuellsten Meta-Analysen (beide nach Drucklegung von SIGN/NICE erschienen) mit aufgeführt, da hier teilweise sich widersprechende Befunde vorhanden sind (siehe Hintergrundtext).	
Empfehlung 42	Im Falle einer Unverträglichkeit zu Clozapin kann ein Behandlungsversuch mit Olanzapin oder Risperidon* angeboten werden.  *Wesentliche Literatur findet sich im Hintergrundtext. Die Befunde für Risperidon waren weniger konsistent als die für Olanzapin.	KKP	Diese Empfehlung basiert nicht auf einer systematischen Recherche, so dass ein klinischer Konsens hergestellt worden ist. Wesentliche Literatur findet sich im Hintergrundtext.	Starker Konsens: 100% (20/20)
Empfehlung 43	Eine Dosisescalation über den Zulassungsbereich soll bei fehlendem Ansprechen auf die Behandlung und ausreichenden Serum-Spiegel nicht erfolgen.	A	Aus 2019er Leitlinie übernommen – Evidenzdarstellung in 2019er Methodenreport. Meta-Analyse LoE Oxford 2009 1+ Dold et al. 2015 . In die gleiche Richtung zeigt die neue Cochrane Meta-Analyse von Samara et al. 2018.	Konsens: 84,0% (21/25)
Empfehlung 44a	Bei pharmakologischer Behandlungsresistenz soll zunächst eine Behandlung mit Clozapin in Monotherapie angeboten werden.	A	Aus 2019er Leitlinie übernommen – Evidenzdarstellung in 2019er Methodenreport. Meta-Analyse LoE Oxford 2009 1++ Galling et al. 2017 World Psychiatry 16: 77-89. Die A Evidenz wurde aus dem Befund abgeleitet, dass die zitierte Meta-Analyse	Starker Konsens: 100% (26/26)

			keinen Mehrwert der Kombinationsbehandlung im Vergleich zu einer Monotherapie zeigen konnte, wenn nur methodisch hochwertige Studien eingeschlossen worden sind. Der Großteil der in dieser Meta-Analyse untersuchten Studien hat Menschen mit einer medikamentösen Behandlungsresistenz eingeschlossen, wobei die Definition über die Studien hinweg nicht standardisiert ist.	
Empfehlung 44b	Bei pharmakologischer Behandlungsresistenz kann die Kombination aus zwei Antipsychotika unter Kontrolle der Nebenwirkungen und Interaktionen angeboten werden, wenn eine konsekutive Monotherapie (siehe Empfehlung 43) mit drei verschiedenen Antipsychotika unter Einschluss von Clozapin kein ausreichendes Ansprechen bewirkt hat oder wenn Clozapin nicht vertragen worden ist oder wenn Kontraindikationen für Clozapin bestehen oder wenn Clozapin abgelehnt wird.	KKP		Starker Konsens: 96,3% (26/27)
Empfehlung 44c	Eine Kombination von mehr als zwei Antipsychotika mit dem Ziel psychotische Symptome zu behandeln, sollte nicht angeboten werden.	KKP		Konsens: 92,0% (23/25)
Empfehlung 44d	Die Entscheidung für eine Polypharmazie soll mit Indikation dokumentiert und im Falle eines weiteren fehlenden Ansprechens wieder eingestellt werden.	KKP		Starker Konsens: 96,3% (26/27)
Empfehlung 45	Bei medikamentöser Behandlungsresistenz soll eine augmentative Behandlung mit Carbamazepin, Lamotrigin oder Valproat zur Verbesserung der Allgemeinsymptome, Positivsymptome, Negativsymptome oder Aggressivität nicht angeboten werden.	A	Aus 2019er Leitlinie übernommen – Evidenzdarstellung in 2019er Methodenreport. Meta-Analyse LoE Oxford 2009 1+ Correll et al. 2017, Meta-Analyse LoE Oxford 2009 1+ Wang et al. 2016, Meta-Analyse LoE Oxford 2009 1+ Leucht et al. 2014.	Starker Konsens: 100% (23/23)
Empfehlung 46	Bei eindeutiger medikamentöser Behandlungsresistenz nach adäquater Therapie in ausreichender Dosis und Zeitdauer sollte eine EKT mit dem Ziel der Verbesserung des klinischen Gesamtzustands angeboten werden.	B	Aus 2019er Leitlinie übernommen – Evidenzdarstellung in 2019er Methodenreport. Zusätzlich Evidenzbewertung nach GRADE.	Konsens: 83,3% (20/24)

			Adaptation SIGN-Leitlinie „Management of schizophrenia“, Meta-Analyse LoE Oxford 2009 1- Lally et al. 2016, Meta-Analyse LoE Oxford 2009 1- Tharyan et al. 2005. Die den Meta-Analysen zugrundeliegenden Studien sind prinzipiell alle von geringer methodischer Qualität. Weitere nichtsystematisch gesuchte Literatur siehe Hintergrundtext.	
Empfehlung 47	Bei medikamentöser Behandlungsresistenz sollte eine niederfrequente rTMS mit 1 Hz, appliziert über dem linken Temporallappen, bei persistierenden akustischen Halluzinationen im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans als Therapieoption angeboten werden.	B	Wurde nicht neu konsentiert, da neue Studien veröffentlicht werden, die die Empfehlung ändern könnten.	Im nächsten Zyklus
Empfehlung 48	Bei medikamentöser Behandlungsresistenz kann eine hochfrequente rTMS mit 10/20 Hz, appliziert über dem linken dorsolateralen präfrontalen Kortex, zur Behandlung persistierender Negativsymptome im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans angeboten werden (0). Die Patienten sollen über die hohe Rate an möglicher Non-Response aufgeklärt werden (KKP).	0/KKP	Wurde nicht neu konsentiert, da neue Studien veröffentlicht werden, die die Empfehlung ändern könnten.	Im nächsten Zyklus
Empfehlung 49a	Vor der Einleitung pharmakologischer Maßnahmen sollen nichtpharmakologischen Krisenintervention angewendet werden.	KKP		Starker Konsens: 100% (30/30)
Empfehlung 49b	Bei ausgeprägter Erregung, Angst und innerer Unruhe kann eine zeitlich befristete add-on Behandlung mit Benzodiazepinen (z. B. Lorazepam) nach den geltenden Bestimmungen angeboten werden. Eine langfristige kontinuierliche Anwendung von Benzodiazepinen soll nicht erfolgen.	KKP		Starker Konsens: 100% (30/30)
Empfehlung 50	Menschen mit einer Schizophrenie, Angehörige und andere Vertrauenspersonen sollen nicht nur über mögliche unerwünschte Arzneimittelwirkungen aufgeklärt, sondern auch hinsichtlich der auftretenden Symptome informiert und der jeweils gegebenen Therapiemöglichkeiten beraten werden.	KKP		Starker Konsens: 100% (25/25)
Empfehlung 51	Antipsychotikainduzierte unerwünschte Arzneimittelwirkungen sollen aktiv erfragt und dokumentiert werden und bei Verdacht soll eine entsprechende Abklärung und Therapie angeboten werden.	KKP		Starker Konsens: 100% (28/28)
Empfehlung 52	In Abhängigkeit von der Schwere der antipsychotikainduzierten unerwünschten Arzneimittelwirkungen soll nach Risiko-Nutzen-Evaluation eine Dosisanpassung/Dosisreduktion, eine Umstellung auf ein anderes Präparat oder das	KKP		Starker Konsens: 96,2% (25/26)



	Absetzen angeboten werden.			
Empfehlung 53	Zu Beginn der antipsychotischen Behandlung oder spätestens bei dem Auftreten einer antipsychotikainduzierten Gewichtszunahme von mehr als 3% vom Ausgangsgewicht sollen psychotherapeutische und psychosoziale Interventionen mit Fokus auf Strategienvermittlung für den Transfer in den Alltag (z.B. Ernährungsberatung, Psychoedukation, Bewegungsprogramme) zur Prävention einer Gewichtszunahme oder zur Gewichtsreduktion angeboten werden. Diese Grenze wird in der NICE Leitlinie „Psychosis and schizophrenia in adults“ 2014 (149) definiert und deckt sich mit der EPA Konsensus- Leitlinie (472). Weitere Literatur siehe Hintergrundtext. Adaptation und Erweiterung NICE, so dass auch unter Würdigung der immensen klinischen Bedeutung und der Bedeutung für die Betroffenen ein Evidenzgrad vergeben worden ist. Lifestyle Interventionen werden in der SIGN-Leitlinie „Management of schizophrenia“ 2013 (185) mit einer A Empfehlung empfohlen.	KKP		Starker Konsens: 100% (29/29)
Empfehlung 54	Bei einer Gewichtszunahme >3% oder begleitenden kardiovaskulären Risikofaktoren und der Notwendigkeit, die bestehende antipsychotische Medikation fortzuführen, soll nach nicht oder nicht ausreichend erfolgreicher Durchführung der genannten psychotherapeutischen und psychosozialen Interventionen (siehe Empfehlung 55 und Hintergrundtext) unter Berücksichtigung der Risiken für eine zusätzliche medikamentöse Behandlung ein Behandlungsversuch mit Metformin zur Gewichtsreduktion angeboten werden.	A	Carolan et al. 2024. GRADE-basierte systematische Übersicht und Leitlinie. Adaptation an die Besonderheiten in Deutschland (keine Prävention mittels off-label Medikation).	Starker Konsens: 100% (28/28)
Empfehlung 55	Betroffene, Angehörige und andere Vertrauenspersonen sowie Betreuer sollen über die erforderlichen Kontrolluntersuchungen informiert werden* (siehe Tabelle 18), und die Durchführung der Kontrolluntersuchungen soll in den Gesamtbehandlungsplan integriert werden. *Dabei sind die Rechtsvorschriften im Zusammenhang mit der Schweigepflicht zu beachten.	KKP		Starker Konsens: 100% (31/31)
Empfehlung 56	Eine qualitativ hochwertige psychotherapeutische Behandlung setzt Möglichkeiten zur Reflexion schwieriger Interaktionssituationen, systematische Planung des Vorgehens im Behandlungsteam und Zeiten für die Bewältigung belastender Erfahrungen voraus. Alle an der Behandlung beteiligten Personen sollen daher ausreichend Zeit und Gelegenheit zur Teilnahme an regelmäßiger Supervision, Intervention und teambasierten Fallbesprechungen haben. Behandlungsinstitutionen sollen dies durch die Bereitstellung von ausreichenden Ressourcen unterstützen.	KKP		Starker Konsens: 100% (29/29)
Empfehlung 57a	Menschen mit Schizophrenie soll unter Einbezug ihrer Angehörigen (und/oder anderer enger Vertrauenspersonen) zur Rückfallprophylaxe eine strukturierte Psychoedukation über mehrere Sitzungen angeboten werden.	A	Evidenzbewertung nach GRADE.	Starker Konsens: 96,9% (31/32)
Empfehlung 57b	Menschen mit einer Schizophrenie sollte zur Rückfallprophylaxe eine strukturierte Psychoedukation über mehrere Sitzungen auch ohne Einbezug von Angehörigen (und/oder anderer enger Vertrauenspersonen) angeboten werden, wenn der Einbezug von Angehörigen (und/oder anderer enger Vertrauenspersonen) nicht möglich oder von der Betroffenen/dem Betroffenen nicht gewünscht ist	B	Evidenzbewertung nach GRADE.	Starker Konsens: 96,8% (30/31)

Empfehlung 58	Menschen mit einer ersten psychotischen Episode soll die störungsspezifische kognitive Verhaltenstherapie für Psychosen zur Besserung der Positiv- und Negativsymptomatik angeboten werden.	A	Aus 2019er Leitlinie übernommen – Evidenzdarstellung in 2019er Methodenreport. Adaptation NICE-Leitlinie „Psychosis and schizophrenia in adults“ 2014 und Meta-Analyse LoE Oxford 2009 1- Meta-Analyse Bird et al. 2010.	Starker Konsens: 100% (30/30)
Empfehlung 59	Menschen mit einer Schizophrenie soll die störungsspezifische kognitive Verhaltenstherapie für Psychosen angeboten werden.	A	Aus 2019er Leitlinie übernommen – Evidenzdarstellung in 2019er Methodenreport. Adaptation NICE-Leitlinie „Psychosis and schizophrenia in adults“ 2014. Meta-Analyse LoE Oxford 2009 1++ Jauhar et al. 2016, Meta-Analyse LoE Oxford 2009 1++ Wykes et al. 2011, Meta-Analyse LoE Oxford 2009 1++ Turner et al. 2014.	Starker Konsens: 100% (23/23)
Empfehlung 60	Kognitive Verhaltenstherapie sollte mit einer Sitzungszahl von $\geq 16$ Sitzungen angeboten werden. Zur Optimierung der Therapieeffekte und bei komplexeren Therapiezielen sollte eine Sitzungszahl von $\geq 25$ Sitzungen angeboten werden.	B	Aus 2019er Leitlinie übernommen – Evidenzdarstellung in 2019er Methodenreport. Adaptation NICE-Leitlinie „Psychosis and schizophrenia in adults“ 2014, Meta-Analyse LoE1- Sarin et al. 2011, LoE Oxford 2009 2+ Lincoln et al. 2016.	Starker Konsens: 100% (23/23)
Empfehlung 61	Eine störungsspezifische KVT kann stationär oder ambulant durchgeführt werden. Bei stationärem Beginn sollte eine ambulante Fortsetzung erfolgen. Dabei sollte ein sektorübergreifendes Vorgehen bevorzugt werden.	KKP		Starker Konsens: 96,0% (24/25)
Empfehlung 62	Eine störungsspezifische KVT sollte auch dann zur Reduktion der psychotischen Symptomatik angeboten werden, wenn Patienten eine Behandlung mit Antipsychotika ablehnen.	B	Evidenzbewertung nach GRADE.	Starker Konsens: 100% (30/30)
Empfehlung 63	Menschen mit einer Schizophrenie sollten therapeutisch-begleitete validierte digitale oder technik-gestützte Interventionen (wie AVATAR-Therapie zur Behandlung	B		Konsens: 91,7% (22/24)

	von auditiven verbalen Halluzinationen (Stimmen hören)) zur Verbesserung der Symptomatik oder Rückfallprävention als Teil eines multimodalen Gesamtherapiekonzeptes angeboten werden (*zum Zeitpunkt der Drucklegung der LL nicht in das DIGA Verzeichnis des BfArM aufgenommen).			
Empfehlung 64	Zur Reduktion der Positivsymptomatik soll das Metakognitive Training angeboten werden.	A		Starker Konsens: 100% (29/29)
Empfehlung 65	Angehörige und andere Vertrauenspersonen von Menschen mit einer Schizophrenie sind erheblichen emotionalen Belastungen ausgesetzt. Gleichzeitig sind Angehörige und andere Vertrauenspersonen langfristig die wichtigste Quelle der sozialen Unterstützung für die Betroffenen. Sie sollen daher als Mitbetroffene angesehen werden. Sie sollen unter Wahrung der Schweigepflicht Informationen über schizophrene Erkrankungen angeboten bekommen. Der Unterstützungsbedarf soll regelmäßig in Erfahrung gebracht werden. Dem individuellen Bedarf entsprechend sollen sie Unterstützung zur Bewältigung der emotionalen Belastungen angeboten bekommen.	KKP		Starker Konsens: 100% (32/32)
Empfehlung 66	Wenn von den Betroffenen die Einbeziehung der Angehörigen und anderen Vertrauenspersonen in die Behandlung abgelehnt wird, soll dieses respektiert werden. Dennoch sollte den Angehörigen und Vertrauenspersonen die Möglichkeit gegeben werden, fremdanamnestiche Informationen zu vermitteln und ihren Unterstützungsbedarf zu signalisieren. Auch ohne Zustimmung des Patienten sollten in diesem Fall den Angehörigen und anderen Vertrauenspersonen allgemeine, nicht personenbezogene Informationen unter Wahrung der Schweigepflicht angeboten werden, z.B. durch therapeutisches Personal, welches nicht in die Behandlung des Patienten einbezogen ist, durch Angehörigengruppen, trialogische Gruppen oder Angehörigen-Peers.	KKP		Starker Konsens: 100% (32/32)
Empfehlung 67	Menschen mit Schizophrenie sollte zur Rückfallprophylaxe eine systemische Therapie unter Einbezug der Angehörigen angeboten werden.	B	Evidenzbewertung nach GRADE.	Starker Konsens: 100% (29/29)
Empfehlung 68	Familien von Menschen mit ersten psychotischen Episoden soll eine spezifische, auf erste Episoden ausgerichtete psychotherapeutische Familienintervention zur Reduktion der Wiedererkrankungs- und Rehospitalisierungsraten angeboten werden.	A	Aus 2019er Leitlinie übernommen – Evidenzdarstellung in 2019er Methodenreport. Adaptation NICE-Leitlinie „Psychosis and schizophrenia in adults“ 2014 und Meta-Analyse LoE Oxford 2009 1- Meta-Analyse Bird et al. 2010 sowie Gleeson et al. 2025 und Camacho-Gomez 2020.	Starker Konsens: 100% (30/30)
Empfehlung 69	Bei akuter Exazerbation oder nach einem Rezidiv soll allen Familien von Menschen mit Schizophrenie, die mit einem Betroffenen zusammenleben, oder im nahen Kontakt stehen, Familieninterventionen angeboten werden. Diese können in der Akutphase oder später, oder auch im Krankenhaus begonnen werden.	KKP	Adaptation NICE-Leitlinie „Psychosis and schizophrenia in adults“ 2014	Starker Konsens: 100% (31/31)

			und Meta-Analyse LoE1+ Pharoah et al. 2010.	
Empfehlung 70	Menschen mit Schizophrenie soll eine psychotherapeutische Behandlung unter Einbeziehung der Familie oder Vertrauenspersonen/ Bezugspersonen angeboten werden, wenn Betroffene und Familienmitglieder zusammenleben oder im nahen Kontakt stehen. Diese kann in der Akutphase oder später, auch im Krankenhaus, begonnen werden.	A	Aus 2019er Leitlinie übernommen – Evidenzdarstellung in 2019er Methodenreport. Adaptation NICE-Leitlinie „Psychosis and schizophrenia in adults“ 2014 und Meta-Analyse LoE Oxford 2009 1+ Pharoah et al. 2010 sowie Rodolico et al. 2022.	Starker Konsens: 100% (26/26)
Empfehlung 71a	Bei Vorliegen relevanter Einschränkungen der sozialen Kompetenzen sowie bei anhaltender Negativsymptomatik soll ein Training Sozialer Fertigkeiten angeboten werden.	A	Aus 2019er Leitlinie übernommen – Evidenzdarstellung in 2019er Methodenreport Meta-Analyse LoE Oxford 2009 1+ Turner et al. 2017, Meta-Analyse LoE Oxford 2009 1- Almerie et al. 2015.	Starker Konsens: 100% (26/26)
Empfehlung 71b	Ein Training Sozialer Fertigkeiten sollte sich über mehrere Monate erstrecken und durch Aufgaben zum Alltagstransfer ergänzt werden.	B	Aus 2019er Leitlinie übernommen – Evidenzdarstellung in 2019er Methodenreport Meta-Analyse LoE Oxford 2009 1+ Turner et al. 2017, Meta-Analyse LoE Oxford 2009 1- Almerie et al. 2015.	Starker Konsens: 100% (26/26)
Empfehlung 72	Bei Menschen mit einer Schizophrenie mit Beeinträchtigungen der kognitiven Prozesse (Aufmerksamkeit, Lernen und Gedächtnis, Exekutivfunktionen, soziale Kognitionen oder Metakognitionen) soll eine Kognitive Remediation zur Verbesserung der kognitiven Leistungsfähigkeit und der psychosozialen Funktionsfähigkeit angeboten werden.	A		Starker Konsens: 100% (25/25)
Empfehlung 73	Kognitive Remediation soll zusätzlich zu individualisierten Trainingsmaßnahmen therapeutische Angebote enthalten, die die Entwicklung und den Einsatz von Kompensationsstrategien fördern und den Therapietransfer anleiten.	A		Starker Konsens: 100% (25/25)
Empfehlung 74	Psychodynamisch orientierte Psychotherapie ist in Bezug auf Schizophrenie nicht hinreichend untersucht. Psychodynamisch orientierte Psychotherapie kann zur Verbesserung des globalen Funktionsniveaus angeboten werden.	0	Aus 2019er Leitlinie übernommen –	Starker Konsens: 100% (27/27)

			Evidenzdarstellung in 2019er Methodenreport. Kohortenstudie LoE Oxford 2009 2+ Rosenbaum et al. 2012.	
Empfehlung 75	Gesprächspsychotherapie als psychotherapeutisches Verfahren ist in Bezug auf die Schizophrenie nicht hinreichend untersucht. Da Gemeinsamkeiten von Gesprächspsychotherapie mit Supportiver Psychotherapie bestehen, kann sie angeboten werden, wenn besser untersuchte Verfahren nicht zur Verfügung stehen oder nicht mit den Präferenzen der Patienten übereinstimmen	0	Aus 2019er Leitlinie übernommen – Evidenzdarstellung in 2019er Methodenreport. Adaptation NICE-Leitlinie „Psychosis and schizophrenia in adults“ 201 und AWMF-Leitlinie „Schizophrenie“ 2006.	Starker Konsens: 96,2% (25/26)
Empfehlung 76	Menschen mit einer Schizophrenie sollten spezifische ergotherapeutische Interventionen mit einer starken Alltagsorientierung im Rahmen einer Gesamtbehandlungs- und Rehabilitationsplanung und orientiert an ihren individuellen Bedürfnissen und Präferenzen angeboten werden.	B	Abgleich mit der S3-Leitlinie psychosoziale Therapien nach Abstimmung mit deren Koordinationsteam	Konsens: 81,8% (18/22) Antrag auf Empfehlungsgrad B: 88,9% (16/18)
Empfehlung 77	Menschen mit einer Schizophrenie soll zur Reduktion der Positivsymptomatik eine achtsamkeitsbasierte Therapie angeboten werden.	A	Evidenzbewertung nach GRADE.	Starker Konsens: 96,6% (28/29)
Empfehlung 78	Künstlerische Therapien mit ihren Spezialisierungen in Musik-, Kunst-, Tanz- und Theatertherapie sollten Menschen mit einer Schizophrenie in Abhängigkeit von individuellen Bedarfen und Präferenzen angeboten werden	B	Abgleich mit der S3-Leitlinie psychosoziale Therapien nach Abstimmung mit deren Koordinationsteam	Starker Konsens: 100% (26/26)
Empfehlung 79	Menschen mit einer Schizophrenie kann eine Acceptance and Commitment Therapy (ACT) angeboten werden.	0	Evidenzbewertung nach GRADE.	Starker Konsens: 96,0% (24/25)
Empfehlung 80	Bei Menschen mit einer Schizophrenie sollten Bewegungsinterventionen präferenzbasiert und individualisiert als Teil eines multimodalen Gesamttherapiekonzepts zur Anwendung kommen.	A	Anpassung Empfehlungsgrad von B nach A basierend auf systematisch recherchierter EPA Guidance (Maurus et al. 2024)	Starker Konsens: 100% (29/29) Empfehlungsgrad: Konsens: 88,5% (26/26)
Empfehlung 81	Die Symptome der häufigen psychischen Komorbiditäten bei Menschen mit einer Schizophrenie sollen aktiv erfragt werden. Bei Vorliegen der diagnostischen Kriterien und ggf. weiterer erforderlicher Abklärung einer solchen Komorbidität soll eine entsprechende leitliniengerechte Behandlung angeboten werden.	KKP		Konsens: 93,1% (27/29)
Empfehlung 82	Menschen mit einer Schizophrenie und einer komorbiden PTBS sollte eine trauma-fokussierte Psychotherapie (Prolonged Exposure oder EMDR) zur Reduktion der PTBS Symptomatik angeboten werden.	B		Starker Konsens: 100% (26/26)
Empfehlung 83	Präventionsmaßnahmen gegen aggressives Verhalten und nachfolgende Zwangsmaßnahmen sollen mittels Behandlungsinstitutionen (z. B. durch ruhige und gastfreundliche Umgebung mit Möglichkeiten des Rückzugs, bedürfnisorientierten Strukturen der Behandlungssettings (siehe Modul 5), Deeskalationsmaßnahmen, offene Tür/Zugang nach Außen) und mittels Behandlungsteams (z. B.	KKP	Adaptiert und erweitert nach NICE-Leitlinie „Violence and aggression: short-term management in	Starker Konsens: 100% (31/31)

	durch gelassene Umgangsformen, empathische Gesprächsführung, individuelle Risikoeinschätzung, Mitarbeiterschulungen, Deeskalationsmaßnahmen) implementiert werden.		mental health, health and community settings" 2015.	
	Querverweis zu S3-038-022 S3 Leitlinie Verhinderung von Zwang			
Empfehlung 84a	Menschen mit Schizophrenie soll die Erstellung von Krisenplänen und Behandlungsvereinbarungen zur Vermeidung von Zwangseinweisungen angeboten werden.	A	Aus 2019er Leitlinie übernommen – Evidenzdarstellung in 2019er Methodenreport. Adaptiert und erweitert nach NICE-Leitlinie „Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings" . Meta-Analyse LoE Oxford 2009 1+ de Jong et al. 2016. Diese Meta-Analyse wurde per Handrecherche ergänzt und bewertet – es wurde aufgrund der besonderen Bedeutung für die betroffenen Personen ein Evidenzgrad vergeben.	Starker Konsens: 100% (32/32)
Empfehlung 84b	Krisenpässe, Informationen über den bisherigen Erkrankungs- und Therapieverlauf und andere Maßnahmen der Vorsorgeplanung wie beispielsweise Behandlungsvereinbarungen sollen in der Akutsituation berücksichtigt werden.	KKP		Starker Konsens: 100% (32/32)
Empfehlung 85	Ziel der Intervention im akuten Erregungszustand ist es, dem Patienten die Partizipation am weiteren Behandlungsprozess zu ermöglichen. Maßnahmen zur Gefahrenabwehr wie Isolierung, Fixierung oder medikamentöse Sedierung gegen den Willen des Patienten sollen unter Wahrung aller rechtlichen Vorgaben und enger Überwachung erst dann erfolgen, wenn alle Deeskalationsmaßnahmen nicht erfolgreich waren.	KKP	Adaptiert und erweitert nach NICE-Leitlinie „Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings" 2015.	Starker Konsens: 100% (29/29)
	Querverweis zu S3-038-022 S3 Leitlinie Verhinderung von Zwang			
Empfehlung 86	Eine Nachbesprechung von aggressiven Vorfällen und Zwangsmaßnahmen soll in Abhängigkeit vom Befinden des Patienten zeitnah möglichst gemeinsam mit den pflegerischen Bezugspersonen, anderen involvierten Akteuren und den zuständigen Therapeuten angeboten werden. Die Gesprächsinhalte und getroffenen Absprachen sollten in der Patientenakte dokumentiert und in der Behandlungsplanung, auch bei Wiederaufnahmen, berücksichtigt werden.	KKP		Im nächsten Zyklus

	Bei schwerwiegenden Vorfällen sollte eine Patientenrunde durchgeführt werden und Mitpatienten, die durch den Vorfall stark belastet sind, sollen Einzelgespräche angeboten werden. Für das Behandlungsteam sollte zeitnah eine Supervision, präferentiell durch externe Supervisoren, als Reflexionsraum (und) für Lernprozesse angeboten werden.			
Empfehlung 87	Bei Erregungszuständen sollte nach Scheitern aller nicht-pharmakologischen Behandlungsoptionen zunächst die orale Gabe von Medikamenten angeboten werden. Erst, wenn dies nicht möglich ist, sollte eine parenterale Gabe erfolgen. Eine Alternative ist die Gabe eines inhalativen Antipsychotikums. Es soll die geringste wirksame Dosis angeboten werden und, falls notwendig, schrittweise höher dosiert werden.	B		Im nächsten Zyklus
Empfehlung 88	Bei vergleichbarer Wirksamkeit von Lorazepam und Antipsychotika in der Akutbehandlung von Aggression und psychomotorischer Erregung sollte aufgrund des günstigeren Nebenwirkungsprofils Lorazepam* angeboten werden.	B		Im nächsten Zyklus
Empfehlung 89	Im Falle des Auftretens einer Schlafstörung bei Menschen mit einer Schizophrenie soll eine Ursachenklärung (z.B. UAWs, OSAS) und, falls möglich, eine Beseitigung der Ursachen erfolgen.	KKP		Starker Konsens: 100% (37/37)
Empfehlung 90	Benzodiazepine und Z-Substanzen sollen aufgrund des Abhängigkeitspotentials nur zeitlich befristet zur Behandlung von Schlafstörungen eingesetzt werden.	KKP		Starker Konsens: 100% (37/37)
Empfehlung 91	Antipsychotika mit einer sedierenden Komponente können nach Risiko-Nutzen-Evaluation für die Behandlung von Schlafstörungen bei Menschen mit einer Schizophrenie unter Beachtung der allgemeinen Hinweise für Kombinationsbehandlung angeboten werden.	0	Aus 2019er Leitlinie übernommen – Evidenzdarstellung in 2019er Methodenreport. Systematisches Review LoE Oxford 2009 2- Kas- kie et al. 2017.	37/37)
Empfehlung 92	Antidepressiva mit einer sedierenden Komponente können nach Risiko-Nutzen-Evaluation für die Behandlung von Schlafstörungen bei Menschen mit einer Schizophrenie unter Beachtung der allgemeinen Hinweise für Kombinationsbehandlung angeboten werden.	KKP		Starker Konsens: 100% (37/37)
Empfehlung 93	Bei katatonen Symptomatik oder katatonen Schizophrenie kann als pharmakologische Therapie zeitlich begrenzt Lorazepam (in Kombination mit Antipsychotika, die sich durch ein geringes Risiko für die Entwicklung eines Malignen Neuroleptischen Syndroms (MNS) auszeichnen), angeboten werden.	0	Aus 2019er Leitlinie übernommen – Evidenzdarstellung in 2019er Methodenreport. Angepasst nach Adaptation AWMF-Leitlinie „Schizophrenie“ 2006	Starker Konsens: 100% (36/36)
Empfehlung 94	Bei der perniziösen Katatonie soll nach einer erfolglosen Therapie mit einem Antipsychotikum und Lorazepam zeitnah/unverzüglich eine EKT angeboten werden.	A	Aus 2019er Leitlinie übernommen – Evidenzdarstellung in 2019er Methodenreport. Umformulierung der Empfehlung	Konsens: 89,3% (25/28)

			Angepasst nach Adaptation AWMF-Leitlinie „Schizophrenie“ 2006. Meta-Analyse LoE Oxford 2009 1- Leroy et al. 2017. Auch wenn keine hochwertigen randomisierten kontrollierten Studien verfügbar sind, handelt es sich um eine absolute Notfallsituation, so dass für den Sonderfall perniziöse Katatonie und Versagen der pharmakologischen Therapie aufgrund der vitalen Indikation ein Empfehlungsgrad A verabschiedet worden ist.	
Empfehlung 95	Es soll eine kontinuierliche Einschätzung suizidaler Gedanken, Pläne und suizidalen Verhaltens erfolgen. Insbesondere imperative Stimmen, Verfolgungsängste, Fremdbeeinflussungserleben, depressive Symptome und Angstzustände sollen dahingehend überprüft werden, ob sie Auswirkungen auf das Auftreten von Suizidgedanken oder selbstschädigendes Verhalten haben. Auch die Vermeidung von Akathisie und anderen belastenden medikamentösen Nebenwirkungen sowie die Reduktion eines komorbiden Substanzkonsums sollen angestrebt werden.	KKP		Starker Konsens: 100% (30/30)
Empfehlung 96	Suizidalität soll offen und emphatisch angesprochen und in diesem Rahmen das Suizidrisiko eingeschätzt werden. Entsprechende Maßnahmen sollen angeboten und eingeleitet werden.	KKP		Starker Konsens: 100% (31/31)
Empfehlung 97	Bei stark und kontinuierlich erhöhter Suizidalität sollte eine Behandlung mit Clozapin nach Risiko-Nutzen Evaluation angeboten werden.	B	Aus 2019er Leitlinie übernommen – Evidenzdarstellung in 2019er Methodenreport. Angepasst nach Adaptation AWMF-Leitlinie „Schizophrenie“ 2006. Da die Evidenzgrundlage auf einer randomisiert-kontrollierten Studie basiert, Meltzer et al. 2003, besteht ein relevantes Verzerrungsrisiko, so dass der Empfehlungsgrad von	Starker Konsens: 96,4% (27/28)



			A nach B angepasst worden ist.	
Empfehlung 98	Menschen mit einer Schizophrenie sollen regelmäßig auf das Vorliegen depressiver Symptome untersucht werden. Präferentiell sollte bei Anwendung eines Ratinginstruments die CDSS verwendet werden.	KKP		Starker Konsens: 100% (29/29)
Empfehlung 99	Bei bestehenden depressiven Symptomen, die nicht durch andere Ursachen wie z.B. Lebensumstände, unerwünschte Arzneimittelwirkungen, Sedierung oder Negativsymptome erklärt werden können, soll zunächst eine Optimierung der antipsychotischen Medikation angeboten werden sowie ggf. Umstellung auf eine Substanz mit höherer antidepressiver Wirkkomponente.	A	Aus 2019er Leitlinie übernommen – Evidenzdarstellung in 2019er Methodenreport. Meta-Analyse LoE Oxford 2009 1++ Leucht et al. 2009a, Meta-Analyse LoE Oxford 2009 1++ Leucht et al. 2009b	Starker Konsens: 96,7% (29/30)
Empfehlung 100	Menschen mit einer Schizophrenie, bei denen komorbid (zu teilremittierten psychotischen Symptomen) eine depressive Symptomatik vorliegt, sollte eine dies berücksichtigende psychosespezifische KVT angeboten werden.	B	Aus 2019er Leitlinie übernommen – Evidenzdarstellung in 2019er Methodenreport. Meta-Analyse LoE Oxford 2009 1++ Wykes et al. 2008. Empfehlungsgrad auf B abgestuft, da sekundärer Parameter in der MA, und da der Effekt in den methodisch hochwertigen Studien nicht mehr signifikant ist.	Starker Konsens: 100% (26/26)
Empfehlung 101	Bei persistierenden depressiven Symptomen trotz Optimierung der antipsychotischen Therapie soll, sofern die Kriterien für eine depressive Episode erfüllt sind, eine zusätzliche medikamentöse antidepressive Therapie angeboten werden. Bei der Auswahl der Antidepressiva sollen medikamentöse Interaktionen beachtet und der Patient über die Möglichkeit einer Zunahme der unerwünschten Arzneimittelwirkungen aufgeklärt werden.	A	Aus 2019er Leitlinie übernommen – Evidenzdarstellung in 2019er Methodenreport. Meta-Analyse LoE Oxford 2009 1++ Helfer et al. 2016	Starker Konsens: 100% (30/30)
Empfehlung 102	Lithium, Carbamazepin oder Valproinsäure sollte Menschen mit Schizophrenie zur Therapie depressiver Symptomatik nicht angeboten werden.	B	Aus 2019er Leitlinie übernommen – Evidenzdarstellung in 2019er Methodenreport. Meta-Analyse LoE Oxford 2009 1+ Wang et al. 2016 , Meta-Analyse LoE Oxford 2009 1+ Leucht et al. 2014 , Meta-Analyse	Starker Konsens: 96,6% (28/29)

			LoE Oxford 2009 1- Leucht et al. 2015 .	
Empfehlung 103	Bei Zwangsstörung kann bei Verdacht auf eine sekundäre Ursache durch die antipsychotische Behandlung eine Dosisreduktion oder ein Wechsel auf ein Präparat mit geringerem Risiko (z.B. Aripiprazol, Risperidon) für Zwangssymptome unter Aufklärung über das Risiko einer Zunahme des psychotischen Erlebens angeboten werden. Alternativ und in Situationen, in denen keine Anpassung der primären antipsychotischen Medikation möglich ist, soll eine Behandlung gemäß der S3- Leitlinie Zwangsstörungen erfolgen.	KKP		Starker Konsens: 100% (29/29)
Empfehlung 104	Bei Menschen mit einer Schizophrenie soll gezielt nach Substanz- und Drogenkonsum gefragt und dieser ausführlich exploriert werden. Bei klinischem Verdacht auf das Vorliegen eines zusätzlichen Substanzgebrauches sollte, wenn möglich, eine toxikologische Untersuchung erfolgen. Bei Menschen mit einer Schizophrenie und komorbider Substanzstörung sollte ein integrativer Therapieansatz gewählt werden, bei dem in einem Setting und durch dasselbe Therapeutenteam angemessene Interventionen für beide Störungen angeboten werden. Wichtig ist eine konstante Betreuungsperson, die ambulant langfristig verfügbar ist und eine niederschwellige Zugangsmöglichkeit zum Versorgungssystem darstellt.	KKP		Starker Konsens: 100% (28/28)
Empfehlung 105	Menschen mit der Doppeldiagnose Schizophrenie und komorbider Substanzstörung soll eine antipsychotische Behandlung nach individueller Aufklärung über Nutzen und Risiken angeboten werden. Präferentiell sollten Präparate mit möglichst wenig anticholinergen und extrapyramidal- motorischen Nebenwirkungen zur Anwendung kommen. Gleichwertig sollen substanzspezifische psychotherapeutische und psychosoziale Interventionen angeboten werden.	KKP		Starker Konsens: 100% (29/29)
Empfehlung 106	Unter Berücksichtigung von Akuität und Besonderheiten der schizophrenen Psychose soll Menschen mit einer komorbiden Tabakabhängigkeit prinzipiell dieselben psychotherapeutischen und medikamentösen leitliniengerechten Prinzipien zur Reduktion oder Stopp des Nikotinkonsums unter Aufklärung und Würdigung des Risikos von Spiegelveränderungen der Antipsychotika angeboten werden wie Rauchern ohne zusätzliche psychische Störung.	KKP		Starker Konsens: 100% (29/29)
Empfehlung 107	Frauen mit einer Schizophrenie im reproduktiven Alter soll Beratung zur Familienplanung, zu Besonderheiten in der Schwangerschaft (insbesondere Medikation) und zu Unterstützungsmaßnahmen angeboten werden.	KKP		Starker Konsens: 100% (33/33)
Empfehlung 108	Eine multidisziplinäre Betreuung während bzw. in den Wochen nach der Schwangerschaft durch Professionelle aus der Psychiatrie, Psychotherapie, Gynäkologie, Pädiatrie und ggf. Endokrinologie soll angeboten werden.	KKP		Starker Konsens: 100% (27/27)
Empfehlung 109	Bei schwangeren Frauen mit Schizophrenie sollten die in dieser Leitlinie beschriebenen nicht-pharmakologischen und pharmakologischen Maßnahmen angeboten werden. Das Angebot einer Behandlung mit psychotropen Medikamenten in der	KKP	Adaptiert und erweitert nach AWMF-Leitlinie „Schizophrenie“ 2006, extrapoliert aus den	Starker Konsens: 100% (31/31)

	Schwangerschaft sollte auf Situationen beschränkt sein, bei denen die Folgen der medikamentös unbehandelten Erkrankung die möglichen Gefahren der kindlichen Medikamenten-Exposition überwiegen.		zitierten systematischen Übersichtsarbeiten. *Die hier genannten Medikamente wurden am umfangreichsten untersucht. Im Alltag wird immer die Einzelfallprüfung unter Zuhilfenahme entsprechender Datenbanken, z.B. Embryotox ( <a href="http://www.embryotox.de/einfuehrung.html">http://www.embryotox.de/einfuehrung.html</a> ), erfolgen.	
Empfehlung 110	Menstruationszyklus, Schwangerschaft, Postpartalperiode und Menopause führen zu hormonellen Umstellungen, die mit einer Veränderung der klinischen Symptomatik bei Frauen mit Schizophrenie einhergehen und eine Veränderung der Medikation und der Dosis erfordern können. Während dieser Zeit sollte die Entwicklung der klinischen Symptome besonders beobachtet werden.	KKP	Adaptiert und erweitert nach AWMF-Leitlinie „Schizophrenie“ 2006.	Starker Konsens: 100% (30/30)
Empfehlung 111	Bei Kindern und Jugendlichen (< 18 Jahre) mit einer Schizophrenie sollen die gleichen Maßnahmen für die allgemeine Pharmakotherapie, für die Dosisfindung, für die Behandlungsfrequenz und Behandlungsdauer, für das Therapeutische Drug Monitoring, für das Wechseln von Antipsychotika, für die Feststellung der medikamentösen Therapieresistenz und für die Überwachung und Behandlung von Nebenwirkungen wie bei Erwachsenen (siehe Modul 4) angeboten werden. Allerdings sollen wegen einer größeren Sensibilität für Nebenwirkungen bei Kindern und Jugendlichen die im Text dargestellten Besonderheiten bezüglich der Dosierung, der Umstellung und der Frequenz des Nebenwirkungsmonitorings beachtet werden.	KKP		Starker Konsens: 100% (31/31)
Empfehlung 112a	Kindern und Jugendlichen (< 18 Jahre) mit einer Schizophrenie soll zur Behandlung von Positivsymptomen nach Risiko-Nutzen-Evaluation und Aufklärung auch der Sorgeberechtigten eine orale antipsychotische Behandlung in Monotherapie angeboten werden. Positive Wirksamkeitsnachweise für Kinder und Jugendliche (< 18 Jahre) mit einer Schizophrenie liegen vor für Aripiprazol, (Haloperidol)*, (Olanzapin)#, Quetiapin, Paliperidon und Risperidon.	A	Aus 2019er Leitlinie übernommen – Evidenzdarstellung in 2019er Methodenreport. Meta-Analyse LoE Oxford 2009 1+ Pagsberg et al. 2017 und Meta-Analyse LoE Oxford 2009 1+ Harvey et al. 2016, auf A extrapoliert, da Befunde vergleichbar zu Erwachsenen sind, wo LoE Oxford 2009 1++ Meta-Analysen verfügbar sind.	Starker Konsens: 100% (28/28)

Empfehlung 112b	Die als wirksam nachgewiesenen Medikamente für Kinder und Jugendliche sollten bei entsprechender Indikation unter Berücksichtigung des jeweiligen Nebenwirkungsspektrums im Falle einer Unterschreitung des zugelassenen Lebensalters der Kinder und Jugendlichen auch off-label angeboten werden.	KKP		Starker Konsens: 100% (28/28)
Empfehlung 113	Bei Kindern und Jugendlichen (< 18 Jahre), die eine antipsychotische Behandlung erhalten, soll in Ergänzung zu den Prinzipien bei erwachsenen Patienten eine Kontrolle von Nebenwirkungen unter Beachtung ihrer spezifischen Besonderheiten angeboten werden. Hierzu zählen u.a.: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Geschlechts- und altersadaptierte Erfassung von Nebenwirkungen (v.a. motorische Nebenwirkungen)</li> <li>• Würdigung der hohen Sensitivität für motorische Nebenwirkungen</li> <li>• Würdigung von Unterschieden in der objektiven und subjektiven Wahrnehmung von Nebenwirkungen</li> <li>• Einfluss erhöhter Prolaktinspiegel auf die sexuelle Entwicklung</li> <li>• Einfluss der Behandlung auf die Gewichts- und Größenentwicklung mit regelmäßiger Verlaufsbeobachtung dieser beiden wichtigen somatischen Parameter</li> <li>• Erkennen von früh auftretenden somatischen Komorbiditäten</li> </ul> Höherfrequentes Monitoring (siehe Tabelle 26) von möglichen metabolischen Nebenwirkungen als bei Erwachsenen.	KKP		Starker Konsens: 100% (27/27)
Empfehlung 114	In Fällen einer gesicherten medikamentösen Behandlungsresistenz soll nach Risiko-Nutzen-Evaluation, entsprechender Aufklärung auch der Sorgeberechtigten und unter Einhaltung der notwendigen Begleituntersuchungen ein Behandlungsversuch mit Clozapin zur Behandlung der bestehenden psychotischen Symptomatik angeboten werden.	A	Aus 2019er Leitlinie übernommen – Evidenzdarstellung in 2019er Methodenreport. Die NICE-Leitlinie „Psychosis and Schizophrenia in Children and Young People: Recognition and Management“ 2013 empfiehlt ein solches Vorgehen. Die systematische Literatursuche erbrachte drei doppelblinde Studien mit kleiner Fallzahl, die im Hintergrundtext dargestellt sind.	Starker Konsens: 100% (26/26)
Empfehlung 115	Bei Kindern und Jugendlichen mit einer ersten Episode eine Psychose oder einer Schizophrenie soll eine KVT angeboten werden.	A	Aus 2019er Leitlinie übernommen – Evidenzdarstellung in 2019er Methodenreport. Adaptiert gemäß NICE-Leitlinie „Psychosis and Schizophrenia in Children	Starker Konsens: 100% (27/27)

			and Young People: Recognition and Management“ 2013. Weitere verfügbare Literatur wird im Hintergrundtext diskutiert. Es besteht prinzipiell aufgrund der fehlenden kontrollierten Studien ein LoE Oxford 2009 2+, aber aufgrund der entsprechenden Studien im Erwachsenenalter (siehe Modul 4b) und der Wirksamkeitsnachweise im Transitionsalter wurde der Empfehlungsgrad von B nach A extrapoliert.	
Empfehlung 116	Familien mit Kindern oder Jugendlichen mit einer ersten oder mehreren psychotischen Episoden einer Schizophrenie und/oder ihren Angehörigen oder Vertrauenspersonen soll in den verschiedenen Krankheitsphasen im stationären und ambulanten Setting Familieninterventionen zur Entlastung des Familiensystems und zur Reduktion des Rezidivrisikos angeboten werden.	A	Aus 2019er Leitlinie übernommen – Evidenzdarstellung in 2019er Methodenreport. Adaptiert gemäß NICE-Leitlinie „Psychosis and Schizophrenia in Children and Young People: Recognition and Management“ 2013. Obwohl keine Studien spezifisch für die Altersgruppe < 18 Jahre verfügbar sind, wird ein Empfehlungsgrad A vergeben, da entsprechende Studien für erwachsene Patienten und auch spezifisch für junge Ersterkrankte verfügbar sind (siehe Modul 4b), die Wirksamkeitsnachweise mit LoE Oxford 2009 1+ zeigen.	Starker Konsens: 100% (27/27)
Empfehlung 117	Nach der Akutphase soll an einer Schizophrenie erkrankten Kindern und Jugendlichen durch Ärzte und Psychotherapeuten sowie anderen in die Behandlung involvierten Personen eine Vermittlung zwischen den Betroffenen und den	KKP		Starker Konsens: 100% (31/31)

	<p>verantwortlichen Personen in der Schule oder der Ausbildung angeboten werden. Dabei soll sichergestellt werden, dass soweit möglich die schulische/berufliche Ausbildung fortgeführt werden kann und dafür ggf. entsprechende komplementäre Unterstützung zur Verfügung gestellt wird.</p> <p>Unterstützende Programme zur Wiedereingliederung oder dem Auffinden einer Ausbildungs-/Arbeitsstelle sollen den betroffenen Personen angeboten werden. Bei ausgeprägter Negativsymptomatik und/oder persistierender Positivsymptomatik mit starker Beeinträchtigung kann aufgrund der bestehenden Teilhabeproblematik eine Betreuung in eine spezialisierte Einrichtung notwendig sein. Eine entsprechende Eingliederungshilfe (nach §35a SGB VIII) ist ggfs. entsprechend anzulegen.</p> <p>Die sozialen und schulischen/beruflichen Aktivitäten sollen regelmäßig beobachtet und in den Gesamtbehandlungsplan integriert werden.</p>			
Empfehlung 118	Bei perniziöser Katatonie nach einer erfolglosen Therapie mit einem Antipsychotikum und Lorazepam oder eindeutiger medikamentöser Behandlungsresistenz nach adäquater Therapie in ausreichender Dosis und Zeitdauer und nach Ausschöpfung aller pharmakologischen und nicht-pharmakologischen Therapieoptionen soll die Indikationsstellung für eine EKT nur im multidisziplinären Team unter Einbeziehung eines Erwachsenenpsychiaters erfolgen.	KKP		Starker Konsens: 100% (27/27)
Empfehlung 119	Bei der Erstmanifestation paranoid-halluzinatorischer Symptomatik im höheren Lebensalter sollen zum Ausschluss einer organischen Ursache die in Modul 2 empfohlenen Untersuchungen angeboten werden. Im höheren Lebensalter sollen dabei insbesondere auf deliranten Syndromen, komorbide internistische Erkrankungen und auf in zeitlichem Zusammenhang mit dem Auftreten der Symptomatik stehende, neuangesetzte oder abgesetzte medikamentöse Behandlungen geachtet werden.	KKP		Starker Konsens: 100% (31/31)
Empfehlung 120	Menschen mit einer Schizophrenie im höheren Lebensalter (> 65 Jahre) sollte zur Behandlung von Positivsymptomen eine antipsychotische Behandlung in Monotherapie mit geringeren Dosierungen als jüngeren Patienten angeboten werden, da diese Personen eine höhere Sensibilität für Nebenwirkungen haben.	B	Aus 2019er Leitlinie übernommen – Evidenzdarstellung in 2019er Methodenreport. Adaptation AWMF-Leitlinie „Schizophrenie“ 2006. Weitere Literatur findet sich im Hintergrundtext.	Starker Konsens: 100% (30/30)
Empfehlung 121	Bei Menschen mit einer Schizophrenie im höheren Lebensalter (> 65 Jahre) sollen die gleichen psychotherapeutischen und psychosozialen Therapien wie bei jüngeren Patienten unter Berücksichtigung der spezifischen Besonderheiten des Alters angeboten werden.	A	Aus 2019er Leitlinie übernommen – Evidenzdarstellung in 2019er Methodenreport. Extrapoliert, da die entsprechenden Studien, die zu einer A Empfehlung in jüngeren Populationen	Starker Konsens: 100% (30/30)

			geführt haben, nur selten Menschen > 65 Jahren eingeschlossen hatten. Nach Diskussion in der Leitliniengruppe wurde trotzdem an einem Empfehlungsgrad A festgehalten, da die Prinzipien der Behandlung im höheren Lebensalter vergleichbar mit denen in der Altersspanne 18 bis 65 Jahre sind (hier sind umfangreiche Studien verfügbar, siehe Module 4a und 4b).	
Empfehlung 122	Vor Eindosierung eines Antipsychotikums bei Menschen mit einer Schizophrenie im höheren Lebensalter sollen das altersspezifisch akzentuierte Nebenwirkungsprofil und mögliche Interaktionen mit anderen Medikamenten überprüft werden. Eine vor Beginn der Behandlung bestehende Polypharmazie soll so weit wie möglich reduziert werden, um das Risiko für medikamentöse Interaktionen zu reduzieren.	KKP		Starker Konsens: 100% (31/31)
Empfehlung 123	Bei langjähriger Behandlung mit Antipsychotika sollten ältere Menschen gezielt auf das Vorliegen von Spätdyskinesien (sog. tardiven Dyskinesien) untersucht werden. Neben einer genauen diagnostischen Einordnung der Dyskinesien sollten dabei funktionale Auswirkungen und das Ausmaß der Beeinträchtigung der Lebensqualität der Betroffenen erfasst werden. Die Behandlung der tardiven Dyskinesien sollten anhand der in Modul 4a formulierten Empfehlungen erfolgen.	KKP		Starker Konsens: 100% (31/31)
Empfehlung 124	Menschen mit einer ersten Episode einer Schizophrenie sollen möglichst frühzeitig erkannt werden. Die Dauer der unbehandelten Psychose (DUP) soll so kurz wie möglich gestaltet werden. Im Einzelnen sollen folgende Interventionen in einer multiprofessionellen Behandlung für Ersterkrankte angeboten werden: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pharmakotherapie gemäß den Empfehlungen für Ersterkrankte in Modul 4a</li> <li>• Spezialisierte kognitive Verhaltenstherapie und Familieninterventionen für Ersterkrankte gemäß Modul 4b</li> <li>• Psychosoziale Interventionen zur Integration auf dem ersten Arbeitsmarkt<sup>1</sup></li> <li>• Möglichkeit zu niederschweligen Behandlungsangeboten oder aufsuchender Behandlung</li> <li>• Verstärkte Zusammenarbeit auf hausärztlicher, fachärztlicher und betriebsärztlicher Versorgungsebene (Modul 5)</li> </ul>	A	Aus 2019er Leitlinie übernommen – Evidenzdarstellung in 2019er Methodenreport. Adaptiert gemäß NICE-Leitlinie „Psychosis and schizophrenia in adults“ 2014. Entsprechende Meta-Analysen ergänzend zur NICE-Leitlinie 2014 wurden bei anderen systematischen Suchen gefunden oder per Handrecherche ergänzt und im Hintergrundtext dargestellt. Da bereits die NICE	Starker Konsens: 100% (30/30)

			Adaptation die A-Empfehlung rechtfertigt, wurde die neueste Meta-Analyse LoE Oxford 2009 1+ Correll et al. 2018 bewertet, um die aktuellsten Daten verfügbar zu machen.	
Empfehlung 125	<p>Die Evaluation eines erhöhten Risikos für Psychosen anhand einem der gängigen Instrumente (siehe Praktische Hinweise) sollte folgenden Personen angeboten werden:</p> <p>a) Personen mit Symptomen, welche vereinbar mit den heute gängigen Konzepten der Früherkennung sind, und mit einem dadurch bedingten subjektiven Leidensdruck, die von sich aus professionelle Hilfe aufsuchen.</p> <p>b) Personen mit einem etablierten Risiko (z.B. positive Familienanamnese) für eine psychotische Erkrankung, die weitere diagnostische Abklärung wünschen. Dabei sollten die etablierten Kriterien, Skalen und Interviews gemäß des aktuellen wissenschaftlichen Stands verwendet werden.</p> <p>Die Untersuchung soll dabei durch in den diagnostischen Instrumenten geschultes Fachpersonal (Ärzte, Psychologen, Psychotherapeuten oder andere in der Psychiatrie erfahrene Professionelle) erfolgen<sup>1</sup>.</p> <p>Ein allgemeines Screening bei Personen, die nicht die zuvor genannten Kriterien erfüllen, soll nicht erfolgen.</p>	KKP	Adaptiert gemäß NICE-Leitlinie „Psychosis and schizophrenia in children and young people“ 2013 und NICE-Leitlinie „Psychosis and schizophrenia in adults“ 2014.	Starker Konsens: 100% (26/26)
Empfehlung 126	<p>Menschen mit erhöhtem Psychoserisiko sollten entsprechend Evaluation (Empfehlung 125)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• über ihren aktuellen Zustand mit vertretbarem therapeutischem Optimismus und psychotherapeutischer und psychosozialer Unterstützung informiert sowie bei der Verarbeitung dieses Wissens begleitet werden.</li> <li>• nicht mit der vorzeitigen Diagnose einer Schizophrenie belastet und stigmatisiert werden. Es sollte z. B. von einem erhöhten ""Risiko einer weiteren Verschlechterung der seelischen Gesundheit"" oder dem Risiko „eine psychotische Krise zu entwickeln"" gesprochen werden.</li> </ul>	KKP	Adaptiert und angepasst nach AWMF-Leitlinie „Schizophrenie“ 2006.	Starker Konsens: 100% (28/28)
Empfehlung 127	Menschen mit erhöhtem Psychoserisiko soll eine Abklärung hinsichtlich depressiver Störungen, hinsichtlich Suizidalität und des Konsums psychoaktiver Substanzen angeboten werden. Eventuelle Komorbidität mit körperlichen Erkrankungen soll beachtet werden. Entsprechende Behandlungsangebote sollen im Falle von manifesten Komorbiditäten gemacht werden.	KKP		Starker Konsens: 100% (28/28)
Empfehlung 128a	Menschen mit erhöhtem Psychoserisiko sollte eine KVT (siehe Modul 4b) zur Reduktion des Risikos eines Übergangs oder zur Verzögerung des Übergangs in eine Psychose angeboten werden.	B	<p>Aus 2019er Leitlinie übernommen – Evidenzdarstellung in 2019er Methodenreport. Neubewertung der Literatur</p> <p>Adaptiert gemäß NICE-Leitlinie „Psychosis and</p>	Starker Konsens: 100% (28/28)



			schizophrenia in children and young people“ 2013 und NICE-Leitlinie „Psychosis and schizophrenia in adults“ 2014. 1Die endgültige Diagnosestellung nach ICD-10 muss durch nach dem Heilberufegesetz berechtigtes Personal (Fachärzte, Psychologische Psychotherapeuten bzw. Kinder und Jugendlichenpsychotherapeuten) erfolgen.	
Empfehlung 128b	Menschen mit erhöhtem Psychoserisiko soll eine Behandlung mit Antipsychotika zur Reduktion des Risikos eines Übergangs oder zur Verzögerung des Übergangs in eine Psychose nicht angeboten werden.	A	Aus 2019er Leitlinie übernommen – Evidenzdarstellung in 2019er Methodenreport. Neubewertung der Literatur Adaptiert gemäß NICE-Leitlinie „Psychosis and schizophrenia in children and young people“ 2013 und NICE-Leitlinie „Psychosis and schizophrenia in adults“ 2014. 1Die endgültige Diagnosestellung nach ICD-10 muss durch nach dem Heilberufegesetz berechtigtes Personal (Fachärzte, Psychologische Psychotherapeuten bzw. Kinder und Jugendlichenpsychotherapeuten) erfolgen.	Starker Konsens: 100% (28/28)
Empfehlung 128c	In Fällen, in denen KVT nicht ausreichend war und in denen attenuierte psychotische Symptome mit zunehmender Schwere auftreten, oder in denen kurze psychotische Episoden mit steigender Frequenz auftreten, sollten Antipsychotika der zweiten Generation* in geringer Dosierung nach ausführlicher Risiko-Nutzen-Evaluation vorübergehend zusätzlich zur Symptomreduktion angeboten werden.	KKP		Starker Konsens: 100% (28/28)
Empfehlung 129	Menschen mit Schizophrenie sollten Rehabilitationsangebote erhalten, wenn sie dies wünschen und dies für ihre Rehabilitation notwendig erscheint.	KKP		Konsens: 90,3% (28/31)
Empfehlung 130	Für Menschen mit Schizophrenie sollen die pharmakotherapeutische,	KKP		Starker Konsens: 100%

	psychotherapeutische und die psychosoziale Behandlung auch in der Phase der Rehabilitationsbehandlung als Basistherapien zur Symptomreduktion und Rezidivprophylaxe angeboten werden.			(30/30)
Empfehlung 131	Die Wirksamkeit von Ansätzen nach den Prinzipien von Supported Employment (Unterstützte Beschäftigung) kann durch begleitende Kognitive Remediation erhöht werden. Diese sollten deshalb in Abhängigkeit des individuellen Bedarfs angeboten werden.	B	Aus 2019er Leitlinie übernommen – Evidenzdarstellung in 2019er Methodenreport. Meta-Analyse: LoE Oxford 2009 1- Suijkerbuijk et al. 2017 und Meta-Analyse LoE Oxford 2009 1+ Chan et al. 2015 .	Starker Konsens: 100% (31/31)
Empfehlung 132	Menschen mit Schizophrenie sollten selbstbestimmt in der Gemeinde wohnen und entsprechend ihrer individuellen Bedarfe und Präferenzen aufsuchend unterstützt werden.	B	Aus 2019er Leitlinie übernommen – Evidenzdarstellung in 2019er Methodenreport. Meta-Analyse LoE Oxford 2009 1+ Stergiopoulos al. 2015 und Meta-Analyse LoE Oxford 2009 1+ Aubry et al. 2016.	Starker Konsens: 100% (31/31)
Empfehlung 133	Menschen mit einer Schizophrenie und dem Wunsch nach einer Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sollen im Rahmen der beruflichen Rehabilitation Programme mit dem Ziel einer raschen Platzierung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sowie die dafür notwendige Unterstützung (Supported Employment) angeboten werden.	A	Aus 2019er Leitlinie übernommen – Evidenzdarstellung in 2019er Methodenreport. Meta-Analyse LoE Oxford 2009 1+ Kinoshita et al. 2013, Meta-Analyse LoE Oxford 2009 1+ Modini et al. 2016 und Meta-Analyse LoE Oxford 2009 1+ Suijkerbuijk et al. 2017, weitere Literatur siehe Hintergrundtext.	Starker Konsens: 100% (32/32)
Empfehlung 134	Für Menschen mit Schizophrenie sollten auch Angebote vorgehalten werden, die nach dem Prinzip „erst trainieren - dann platzieren“ vorgehen. Diese sind insbesondere für die Teilgruppe ohne Präferenz für eine sofortige Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt bedeutsam. Ziel ist die Platzierung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt mit Unterstützung.	B	Aus 2019er Leitlinie übernommen – Evidenzdarstellung in 2019er Methodenreport. Nicht-randomisierte, offene, kontrollierte Studie LoE Oxford 2009 2+ Watzke et al. 2009, LoE	Konsens: 93,3% (28/30)

			Oxford 2009 2+ offene, kontrollierte Querschnittstudie Holzner et al. 1998 und LoE Oxford 2009 2+ offene, kontrollierte Querschnittstudie Rüesch et al. 2004.	
Empfehlung 135	Die berufliche Rehabilitation von Menschen mit Schizophrenie soll darauf ausgerichtet werden, den Arbeitsplatzverlust zu vermeiden. Dazu sollen entsprechende Dienste bzw. Hilfen frühzeitig einbezogen werden.	KKP	Abgleich mit der S3-Leitlinie psychosoziale Therapien nach Abstimmung mit deren Koordinationsteam	Starker Konsens: 100% (32/32)
Empfehlung 136	Das Vorhandensein einer abgeschlossenen Ausbildung ist als Grundlage für die Teilhabe am Arbeitsleben für Menschen mit Schizophrenie von enormer Wichtigkeit. Daher sollten reguläre schulische, akademische, betriebliche und besondere Ausbildungsangebote wohnortnah und mit entsprechenden flankierenden Unterstützungsangeboten zur Verfügung stehen (Supported Education).	KKP		Starker Konsens: 100% (31/31)
Empfehlung 137	Ein niedrigschwelliger Zugang zum Versorgungssystem soll jedem Menschen mit einer Schizophrenie ermöglicht werden. Eine wichtige Komponente des Versorgungssystems ist dabei die Koordination von psychiatrischen und psychotherapeutischen, psychosozialen und allgemeinen medizinischen und rehabilitativen Maßnahmen.	KKP	Adaptation und Anpassung AWMF-Leitlinie „Schizophrenie“ 2006.	Starker Konsens: 100% (31/31)
Empfehlung 138	Ein Zusammenwirken aller am Versorgungssystem Beteiligten mit den Betroffenen soll ein Merkmal der Behandlung der Schizophrenie sein. Alle Hilfeansätze sollten zum Ziel haben, die Betroffenen in soziale Bezüge zu integrieren. Die Selbsthilfe der Betroffenen sowie der Angehörigen oder anderen Vertrauenspersonen sollte gefördert werden, das Selbstbewusstsein der Betroffenen gestärkt, ihre Wünsche nach Informationen und ihr Einbezug bei Therapieentscheidungen nachdrücklich unterstützt werden.	KKP	Adaptation und Anpassung AWMF-Leitlinie „Schizophrenie“ 2006.	Starker Konsens: 100% (31/31)
Empfehlung 139	Eine ambulante fachspezifische Behandlung sollte bei Menschen mit Verdacht auf Schizophrenie zur Diagnostik sowie bei Menschen mit bereits diagnostizierter Schizophrenie zur Behandlung und Koordination der ambulanten und flankierenden Versorgungsangebote in Absprache mit dem Betroffenen angeboten werden.  Fußnote: Hier sei auch auf die GBA- Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf verwiesen.	KKP		Starker Konsens: 100% (31/31)
Empfehlung 140	Gemeindepsychiatrische, teambasierte multiprofessionelle ambulante Behandlung in definierten Regionen sollte zur Versorgung von Menschen mit einer Schizophrenie etabliert werden.	B	Aus 2019er Leitlinie übernommen – Evidenzdarstellung in 2019er Methodenreport.	Starker Konsens: 100% (31/31)

			Leitlinienadaptation (Anpassung Zielgruppe) AWMF-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“. Einschränkung, dass in den Studien heterogene Kollektive, also nicht ausschließlich Menschen mit einer Schizophrenie, untersucht worden sind (daher Anpassung des Empfehlungsgrads von A nach B).	
Empfehlung 141	Case Management kann nicht uneingeschränkt für die Routineversorgung aller Patienten empfohlen werden, sollte jedoch nach Prüfung der entsprechenden Voraussetzungen (z. B. geringe Versorgungsdichte von gemeindepsychiatrischen Ansätzen in einer Region und/oder hohe Inanspruchnahme von stationären Behandlungen) gezielt zur Anwendung kommen.	B	Aus 2019er Leitlinie übernommen – Evidenzdarstellung in 2019er Methodenreport. Leitlinienadaptation (Anpassung Zielgruppe) AWMF-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“. Einschränkung, dass in den Studien heterogene Kollektive, also nicht ausschließlich Menschen mit einer Schizophrenie, untersucht worden sind. Evidenzebene wurde herabgestuft, da es keine Studien in Deutschland gibt.	Starker Konsens: 100% (30/30)
Empfehlung 142	Ein aufsuchender Ansatz soll v.a. dann zur Verfügung stehen, wenn Behandlungsabbrüche drohen. Insbesondere soll die Möglichkeit der aufsuchenden Behandlung für die Versorgung von wohnungslosen Menschen mit einer Schizophrenie zur Verfügung stehen.	A	Aus 2019er Leitlinie übernommen – Evidenzdarstellung in 2019er Methodenreport. Leitlinienadaptation AWMF-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“. Einschränkung, dass in den	Starker Konsens: 96,8% (30/31)

			Studien heterogene Kollektive, also nicht ausschließlich Menschen mit einer Schizophrenie, untersucht worden sind. Allerdings stellen diese Menschen eine Risikogruppe für Behandlungsabbrüche und Wohnungslosigkeit dar, so dass eine hohe Versorgungsrelevanz angenommen wird.	
Empfehlung 143	Menschen mit chronischen und schweren psychischen Störungen (z.B. Schizophrenie) sollen die Möglichkeit haben, auch über einen längeren Zeitraum und über akute Krankheitsphasen hinausgehend, nachgehend aufsuchend in ihrem gewohnten Lebensumfeld behandelt zu werden.	A	Aus 2019er Leitlinie übernommen – Evidenzdarstellung in 2019er Methodenreport. Leitlinienadaptation AWMF-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“. Einschränkung, dass in den Studien heterogene Kollektive, also nicht ausschließlich Menschen mit einer Schizophrenie, untersucht worden sind. Hier besteht eine hohe Versorgungsrelevanz und eine deutliche Patientenpräferenz.	Starker Konsens: 100% (31/31)
Empfehlung 144	Eine tagesklinische Akutbehandlung sollte als Alternative zu einer stationären Behandlung angeboten werden, wenn die Voraussetzungen (siehe Hintergrundtext) dafür erfüllt sind.	B	Aus 2019er Leitlinie übernommen – Evidenzdarstellung in 2019er Methodenreport. Adaptation und Erweiterung AWMF-Leitlinie „Schizophrenie“ 2006. Vergabe Empfehlungsgrad aufgrund der vorhandenen Meta-Analyse (siehe Hintergrundtext)	Starker Konsens: 100% (31/31)

			und der Versorgungsrelevanz. Empfehlungsgrad wurde reduziert, da für Menschen mit einer Schizophrenie die Evidenz extrapoliert werden muss. Weitere Literatur, inklusive neuer Meta-Analyse findet sich im Hintergrundtext.	
Empfehlung 145	Bei Patienten, die aufgrund von Ängsten oder in Ermangelung eines tragfähigen Milieus zuhause nicht übernachten können oder wollen, oder bei denen noch keine vollständig ambulante Therapie möglich ist, kann die Behandlung in einer Nachtambulanz oder anderen Übergangseinrichtungen bzw. Krisenpension erwogen werden.	KKP	Adaptation und Erweiterung AWMF-Leitlinie „Schizophrenie“ 2006.	Konsens: 86,2% (25/29)
Empfehlung 146	Bei der Notwendigkeit zur Behandlung durch ein multiprofessionelles Team oder notwendiger Intensivierung psychopharmakologischer, psychotherapeutischer und psychosozialer Maßnahmen soll eine Überweisung zu einer psychiatrischen Institutsambulanz oder einem ambulanten Versorgungsnetz, wo je nach personeller Ausstattung auch komplexe Behandlungsprogramme vorgehalten werden können, geprüft werden.	KKP		Starker Konsens: 100% (30/30)
Empfehlung 147	Eine stationäre Behandlung kann einen erheblichen Eingriff in die Lebenskontinuität bedeuten, deswegen sollten Alternativen zur stationären Aufnahme in jedem Fall geprüft werden. Bei Erfordernis stationärer Behandlung sollten, wenn möglich, kurze, geplante Aufenthalte angestrebt werden.	KKP	Adaptation und Erweiterung AWMF-Leitlinie „Schizophrenie“ 2006.	Starker Konsens: 100% (30/30)
Empfehlung 148	Eine stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung soll angeboten werden, wenn der Patient der besonderen diagnostischen und therapeutischen Mittel oder des besonderen Schutzes des Krankenhauses wegen akuter Selbst- oder Fremdgefährdung bedarf. Dies kann z.B. der Fall sein bei: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Therapieresistenz,</li> <li>• akuter Suizidalität,</li> <li>• ausgeprägten Wahn- oder Angstzuständen,</li> <li>• nicht gewährleisteter Ernährung oder Pflege,</li> <li>• ausgeprägter Antriebshemmung oder Adynamie,</li> <li>• die Remission und Genesung behindernden häuslichen oder wohnraumbezogenen Konstellationen,</li> <li>• die Behandlung komplizierenden Begleiterkrankungen,</li> <li>• komplexen Behandlungssituationen,</li> <li>• unklaren somatischen Komorbiditäten,</li> <li>• schweren unerwünschten Arzneimittelwirkungen,</li> <li>• oder bei sonstigen ambulant nicht zu versorgenden Problemen.</li> </ul>	KKP	Adaptation und Erweiterung AWMF-Leitlinie „Schizophrenie“ 2006.	Starker Konsens: 100% (30/30)

Empfehlung 149	Im Rahmen einer stationären Behandlung soll eine multiprofessionelle Therapie mit verschiedenen, sowohl beziehungsfördernden und bedürfnisorientierten als auch störungsorientierten Interventionen angeboten werden.	KKP		Starker Konsens: 100% (29/29)
Empfehlung 150	Zur Identifikation von Menschen mit erhöhtem Psychoserisiko können in Zusammenarbeit mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie multiprofessionelle Früherkennungs- und Frühinterventionsnetzwerke unter Beteiligung von weiteren Berufsgruppen und Institutionen wie z. B. Hausärzten, niedergelassenen Fachärzte, Psychotherapeuten, anderen Fachberufe, Pflegefachpersonen, psychiatrischen Kliniken, Behörden und Institutionen im Bildungs- und Ausbildungswesen gebildet werden. Diese Netzwerke sollten auch aufsuchende Dienste umfassen.	KKP	Adaptation und Anpassung AWMF-Leitlinie „Schizophrenie“ 2006, Adaptation NICE-Leitlinie „Psychosis and schizophrenia in adults“ 2014 und Adaptation NICE-Leitlinie „Psychosis and schizophrenia in children and young people“ 2013.	Starker Konsens: 100% (26/26)
Empfehlung 151	Menschen mit einer Schizophrenie kann die Behandlung in einer nach Soteria Prinzipien und mit Soteria-Elementen in der Regelversorgung geführten Einrichtung unter Berücksichtigung der Verfügbarkeit dieses Versorgungsmodells angeboten werden.	0	Aus 2019er Leitlinie übernommen – Evidenzdarstellung in 2019er Methodenreport. Meta-Analyse LoE Oxford 2009 1+ Calton et al. 2008 und Meta-Analyse LoE Oxford 2009 1- MacPherson et al. 2009 .	Starker Konsens: 100% (30/30)
Empfehlung 152a	Peer-to-Peer Konzepte sollten Menschen mit einer Schizophrenie mit dem Ziel des Erreichens einer höheren Zuversicht und Recovery angeboten werden.	B	Meta-Analyse LoE Oxford 2009 1- Lloyd-Evans et al. 2014, es finden sich wenige spezifische Befunde für Schizophrenie, AWMF-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen“ (nicht spezifisch für Schizophrenie) 2013/2018	Starker Konsens: 97,1% (34/35)
Empfehlung 152b	Psychoedukative Ansätze nach dem Peer-to-Peer- Modell können Patienten und Angehörigen und anderen Vertrauenspersonen angeboten werden, um alternative Wege zu ermöglichen, Wissenszuwachs und Krankheitskonzept positiv zu beeinflussen und das Belastungserleben zu reduzieren (KKP).	KKP		Starker Konsens: 97,1% (34/35)
Empfehlung 153	Menschen mit Schizophrenie sollten durch betriebsnahe multiprofessionelle Versorgungsnetze unterstützt und behandelt werden, um eine frühzeitige Erkennung und Behandlung möglicher krankheitsbedingter Defizite und eine kontinuierliche Ausbildungs- und Erwerbsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt zu ermöglichen.	KKP	Adaptiert nach NICE-Leitlinie „Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management“ 2014.	Starker Konsens: 100% (32/32)

Empfehlung 154	Eine strukturierte Leitlinienimplementierung (wie im Hintergrundtext dargestellt) sollte durchgeführt werden, da sie das Behandlungsergebnis der Behandlung von Menschen mit Schizophrenie verbessern kann.	KKP	Literatur siehe Hintergrundtext.	Konsens: 83,3% (25/30)
----------------	---	-----	----------------------------------	------------------------

## Neue Empfehlungen

Folgende Empfehlungen (bereits in der vorherigen Tabelle inkludiert sind neue Empfehlungen) sind im Vergleich zu der Leitlinienversion von 2019 vollständig neu entwickelt und abgestimmt worden.

Empfehlung 63	Menschen mit einer Schizophrenie sollten therapeutisch-begleitete validierte digitale oder technik-gestützte Interventionen (wie AVATAR-Therapie zur Behandlung von auditiven verbalen Halluzinationen (Stimmen hören)) zur Verbesserung der Symptomatik oder Rückfallprävention als Teil eines multimodalen Gesamtkonzeptes angeboten	B	Konsens: 91,7% (22/24)
Empfehlung 77	Menschen mit einer Schizophrenie soll zur Reduktion der Positivsymptomatik eine achtsamkeitsbasierte Therapie angeboten werden.	A	Starker Konsens: 96,6% (28/29)
Empfehlung 79	Menschen mit einer Schizophrenie kann eine Acceptance and Commitment Therapy (ACT) angeboten werden.	0	Starker Konsens: 96,0% (24/25)
Empfehlung 82	Menschen mit einer Schizophrenie und einer komorbiden PTBS sollte eine trauma-fokussierte Psychotherapie (Prolonged Exposure oder EMDR) zur Reduktion der PTBS Symptomatik angeboten werden.	B	Starker Konsens: 100% (26/26)



## Gestrichene Empfehlungen

Folgende Empfehlungen wurden im Vergleich zu der Leitlinienversion von 2019 gestrichen:

Nummer aus 2019er Leitlinie	Text aus 2019 Leitlinien	Empfehlungsgrad	Grund für Streichung
Empfehlung 3	Bei akut aufgetretenen psychotischen Syndromen soll eine substanzinduzierte Genese mittels Drogenscreening ausgeschlossen werden.	KKP	Inhalte finden sich in der Empfehlung 8 der 2025er Leitlinienversion (Durchführung Drogenscreening)
Empfehlung 42	Vor Diagnose einer medikamentösen Behandlungsresistenz soll eine Pseudotherapieresistenz ausgeschlossen werden. Hierbei sollen folgende Merkmale beachtet werden: Adhärenz, Gebrauch von illegalen Substanzen, das Vorhandensein von belastenden Nebenwirkungen, Komorbiditäten (z.B. Trauma), die effektive Dosierung (inkl. Serumspiegelmessung und Interaktionsprüfung) und Umweltfaktoren (z.B. Stress, High-EE).	KKP	Inhalte finden sich in der Empfehlung 27 der 2025er Leitlinienversion
Empfehlung 64	Therapeuten sollten sich an den Prinzipien individualisierter kognitiver Verhaltenstherapie im Einzelsetting sowie an störungsspezifischen Manualen orientieren. Besondere Merkmale der KVT bei Psychosen sind dabei ein nicht-konfrontatives, unterstützendes Beziehungsangebot, „Normalisierung“ von Beschwerden, die Kontinuitätsannahme in Bezug auf die Symptomatik und die Orientierung an den Lebenszielen der Teilnehmer.	B	Therapeutisches Wissen, keine Empfehlungen im eigentlichen Sinne. Kann aus Lehrbüchern entnommen werden. Wird im Hintergrundtext erwähnt.
Empfehlung 73	Psychotherapie unter Einbeziehung der Familie sollte folgendermaßen durchgeführt werden: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sowohl die betroffene Person als auch die Familienmitglieder sollten mit einbezogen werden.</li> <li>• Die psychotherapeutische Behandlung sollte zwischen drei Monaten und einem Jahr dauern.</li> <li>• Sie sollte mindestens 10 geplante Sitzungen umfassen.</li> <li>• Die Präferenz der Familie für eine Ein-Familienbehandlung oder eine Mehrfamilien- Gruppenpsychotherapie sollte berücksichtigt werden.</li> <li>• Die Beziehung zwischen dem Angehörigen und der betroffenen Person sollte berücksichtigt werden.</li> <li>• Die Psychotherapie sollte eine spezifische unterstützende, psychoedukative und therapeutische Ausrichtung haben sowie Problemlösetraining oder die Erarbeitung eines Krisenplans beinhalten.</li> </ul>	B	Keine Evidenz für die Schilderung in der Empfehlung.
Empfehlung 82	Sportinterventionen (v.a. aerobes Ausdauertraining, Yoga) sollten unter Berücksichtigung der körperlichen Leistungsfähigkeit angeboten werden.	KKP	Inhalte wurden in Empfehlung 80 der 2025er Leitlinienversion integriert.

Empfehlung 104	Leiden Menschen mit einer Schizophrenie an einer komorbiden Angststörung können unter Berücksichtigung der Grunderkrankung und der damit verbundenen Behandlung die für Angsterkrankungen etablierten und evidenzbasierten Therapieoptionen angeboten werden.	KKP	Wenn eine Angsstörung vorliegt, dann ist eine S3-Leitlinie spezifisch hierfür verfügbar.
Empfehlung 109	Rauchenden Patienten mit einer stabilen Schizophrenie sollte Bupropion oder Vareniclin unter Beachtung von und nach Aufklärung über mögliche Risiken angeboten werden.	B	Entsprechende eigene S3-Leitlinie für Tabakabhängigkeit verfügbar
Empfehlung 110	Bei Menschen mit einer Schizophrenie und Alkoholabhängigkeit/-mißbrauch sollte die Behandlung für die beiden Störungen integriert in einem Therapieangebot erfolgen. Wenn das nicht möglich ist, sollte eine strukturierte Koordination der Behandlung, z.B. durch ein Case Management, gewährleistet sein.	KKP	Entsprechende eigene S3-Leitlinie für Alkoholkonsumstörungen verfügbar
Empfehlung 111	Bei Menschen mit einer Schizophrenie und komorbider Alkoholkonsumstörung soll eine leitliniengerechte psychotherapeutische/psychosoziale Behandlung für beide Störungen angeboten werden.	A	Entsprechende eigene S3-Leitlinie für Alkoholkonsumstörungen verfügbar
Empfehlung 112	Bei Menschen mit einer Schizophrenie und alkoholbezogenen Störungen sollten motivationale Interventionen allein oder in Kombination mit kognitiver Verhaltenstherapie (KVT) angeboten werden.	KKP	Entsprechende eigene S3-Leitlinie für Alkoholkonsumstörungen verfügbar
Empfehlung 113	Bei Menschen mit Schizophrenie und Alkoholabhängigkeit/-mißbrauch sollen Psychotherapie bzw. psychosoziale Behandlung mit einer leitliniengerechten Pharmakotherapie für beide Störungen kombiniert werden.	KKP	Entsprechende eigene S3-Leitlinie für Alkoholkonsumstörungen verfügbar
Empfehlung 114	Bei Menschen mit einer Schizophrenie und Cannabismißbrauch/abhängigkeit soll eine Reduktion des Konsums oder Abstinenz zur Reduktion des Risikos von Rezidiven, Reduktion des psychotischen Erlebens und Verbesserung des Funktionsniveaus sowie Verbesserung der Medikationsadhärenz angestrebt werden.	KKP	Neue S3-Leitlinie substanzinduzierte psychotische Störungen wird Ende 2025 erscheinen

## Statements

Statement Nr	Statement	Evidenzebene	Abstimmung
Statement 1	Menschen mit einer Schizophrenie haben ein statistisch signifikant erhöhtes Risiko für metabolische und kardiovaskuläre Erkrankungen, für Krebserkrankungen, für Lungenerkrankungen, sowie für andere somatische Komorbiditäten.	Kein LoE, Expertenskonsens basierend auf Correll et al. 2017, Vancampfort et al. 2015, Vancampfort et al. 2016, WFSBP-Leitlinie (Hasan et al. 2012).	Starker Konsens: 100% (30/30)
Statement 2	Menschen mit einem rezidivierenden Erkrankungsverlauf, ihre Angerhörigen und andere Vertrauenspersonen sollen darüber informiert werden, dass sich das Risiko für ein Rezidiv bei einem Absetzen nach einem Jahr verdoppelt (27% bei Weiterbehandlung, 65% bei Absetzen), und im Verlauf von 3 – 6 Jahren weiterhin erhöht bleibt (22% bei Weiterbehandlung, 63% bei Absetzen).	Meta-Analyse <b>LoE1++</b> Leucht et al. 2012.	Starker Konsens: 100% (28/28)
Statement 3	Die pharmakologische Behandlungsdauer wird durch eine Reihe von Rahmenbedingungen wie die Schwere der Indexepisode, das Ansprechen auf die Behandlung, unerwünschte Arzneimittelwirkungen, die Motivation der Betroffenen, die Familienanamnese, die Erkrankungsschwere, die psychosoziale Situation, die vorhandenen medizinischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Behandlungsangebote und die Versorgungssituation insgesamt beeinflusst, die in der individuellen Situation berücksichtigt werden sollen.	Kein LoE, Expertenskonsens.	Starker Konsens: 100% (26/26)
Statement 4	Leitlinienbasierte Qualitätsindikatoren zur Schizophreniebehandlung sind als Instrument des Qualitätsmanagements realisierbar.		Starker Konsens: 96,7% (29/30)

## Gestrichene Statements

Folgende Statements wurden im Vergleich zu der Leitlinienversion von 2019 gestrichen:

Nummer aus 2019er Leitlinie	Text aus 2019 Leitlinie	Evidenzebene	Grund für Streichung
Statement 4	Die in empirischen Kostenstudien aus Deutschland berechneten mittleren jährlichen direkten Pro-Kopf-Kosten von Patienten mit Schizophrenie lagen in den Jahren 2001 bis 2008 zwischen ca. 10.454 € und 25.144 €. Diese Kosten umfassen alle psychiatrischen Maßnahmen der stationären, ambulanten und rehabilitativen (sog. komplementären) Versorgungssektoren. Von einem Einfluss der Stichprobencharakteristiken (Schweregrad, Krankheitsdauer usw.) sowie des regional variierenden Ausbaugrades der psychiatrischen Versorgungsnetze auf die Kosten muss ausgegangen werden.	LoE 2+ Karow et al. 2012, König et al. 2010; LoE 2- Salize et al. 2007, Salize et al. 2009.	Keine Empfehlung im eigentlichen Sinne. Im Rahmen der Living Revision ggf. Darstellung der aktuellen Zahlen im Hintergrundtext.
Statement 5	Die überwiegende Mehrzahl der systematischen Reviews und Übersichtsarbeiten von gesundheitsökonomischen Studien der Antipsychotikabehandlung stellt methodische Mängel sowie die Mehrdeutigkeit und fehlende Generalisierbarkeit von Befunden über die Kosteneffektivität von Antipsychotika fest.	LoE 2- Hamann et al. 2003, Hudson et al. 2003, Basu	Keine Empfehlung im eigentlichen Sinne. Im Rahmen der Living Revision

	<p>Insbesondere fehlt der eindeutige Nachweis einer überlegenen Kosteneffektivität von SGAs gegenüber FGAs.</p> <p>Klinische Entscheidungen der Antipsychotikavergabe können gegenwärtig nicht mit Evidenz hinsichtlich der Kosteneffektivität begründet oder untermauert werden.</p>	2004, Barbui et al. 2005, Hargreaves & Gibson 2005, Haycox 2005, Hanrahan et al. 2006, Achilla & McCrone 2013.	ggf. Darstellung der aktuellen Zahlen im Hintergrundtext.
Statement 6	Die Behandlung mit Antipsychotika verringert gegenüber einer Nicht-Behandlung die Wiederaufnahmerate.		
Statement 7	<p>Über die Kosteneffektivität der psychotherapeutischen Behandlung von Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis liegt keine belastbare (direkte) Evidenz für das deutsche Versorgungssystem vor.</p> <p>Angesichts der hohen direkten Gesamtkosten der Versorgung erscheinen die Zusatzkosten einer psychotherapeutischen Behandlung von Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis erscheinen bei nachgewiesenem klinischem Bedarf und Wirksamkeit vertretbar.</p>	Kein LoE	Keine Empfehlung im eigentlichen Sinne. Im Rahmen der Living Revision sollen Implementierungsbarrieren dargestellt werden.

## Anhang 5 GRADE Evidenzprofile

Weitere Details und Ansichten der GRADE-Profile sind in der MAGICapp Version der Leitlinie hinterlegt.

### Empfehlung 21

Population: Patienten mit Schizophrenie/ schizoaffektiver Störung

Intervention: E22 niedrige Dosierung (≥50% bis <1 DDD) oder sehr niedrige Dosierung (<50% DDD) zur Rückfallprophylaxe

Vergleichsintervention: Standarddosierung (WHO daily defined dose DDD)

Endpunkt Zeitraumen	Ergebnisse und Messwerte	Absolute Effektschätzer		Vertrauenswürdigkeit der Evidenz (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	Zusammenfassung
		Standarddosierung	niedrige/ sehr niedrige Dosierung		
Therapieversagen (niedrige Dosierung vs Standarddosierung) <sup>1</sup> ≥ 24 Wochen	Relatives Risiko: 1.05 (CI 95% 0.93 - 1.17) Basierend auf Daten von 1007 Patienten und 8 Studien <sup>2</sup> Beobachtungszeit ≥24 Wochen	<b>520</b> pro 1000	<b>546</b> pro 1000		Intervention: niedrige Dosierung (≥50% bis <1 DDD); Kontrolle: Standarddosierung; Therapieversagen definiert als vorzeitiger Abbruch der Behandlung aus irgendeinem Grund. Unter Standarddosierung kommt es bei 52% zu einem Therapieversagen, unter niedriger Dosierung bei 55%. Dies stellt keinen signifikanten Unterschied dar.
Therapieversagen (sehr niedrige Dosierung vs Standarddosierung) ≥ 24 Wochen	Relatives Risiko: 1.24 (CI 95% 1.02 - 1.52) Basierend auf Daten von 386 Patienten und 6 Studien	<b>536</b> pro 1000	<b>665</b> pro 1000		Intervention: sehr niedrige Dosierung (<50% DDD) Kontrolle: Standarddosierung; Die sehr niedrige Dosierung führt mit 67% zu mehr Therapieversagen als die Standarddosierung mit 54%.
Studienabbruch wegen Nebenwirkungen (niedrige Dosierung vs Standarddosierung) ≥ 24 Wochen	Relatives Risiko: 0.7 (CI 95% 0.41 - 1.19) Basierend auf Daten von 658 Patienten und 5 Studien	<b>92</b> pro 1000	<b>66</b> pro 1000		Intervention: niedrige Dosierung (≥50% bis <1 DDD); Kontrolle: Standarddosierung; Unter Standarddosierung kommt es bei 9% zu einem Studienabbruch wegen Nebenwirkungen, bei

				niedriger Dosierung zu 7%. Dies stellt keinen signifikanten Unterschied dar.
Studienabbruch wegen Nebenwirkungen (sehr niedrige Dosierung vs Standarddosierung) $\geq 24$ Wochen	Relatives Risiko: 0.38 (CI 95% 0.15 - 0.95) Basierend auf Daten von 164 Patienten und 3 Studien	<b>179</b> pro 1000  <b>68</b> pro 1000  Differenz: <b>111 weniger pro 1000</b> (CI 95% 152 weniger - 9 weniger)		Intervention: sehr niedrige Dosierung (<50% DDD); Kontrolle: Standarddosierung; Unter Standarddosierung kommt es bei 18% zu einem Studienabbruch wegen Nebenwirkungen, unter sehr niedriger Dosierung bei 7%.

1) overall treatment failure was defined as the rate of subjects who prematurely discontinued their assigned treatment for any reason.

2) Systematic review [22] . **Baseline/Vergleichsintervention** Kontrollarm aus der Referenz für Interventionsarm .

## Referenzen

[22] Uchida H, Suzuki T, Takeuchi H, Arenovich T, Mamo DC : Low dose vs standard dose of antipsychotics for relapse prevention in schizophrenia: meta-analysis. Schizophrenia bulletin 2011;37(4):788-99

## Empfehlung 22

Population: Patienten mit Schizophrenie

Intervention: E22 intermittierende Medikamenteneinnahme

Vergleichsintervention: kontinuierliche Medikamenteneinnahme

Endpunkt Zeitraumen	Ergebnisse und Messwerte	Absolute Effektschätzer		Vertrauenswürdigkeit der Evidenz (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	Zusammenfassung
		kontinuierliche Medikamenteneinnahme	intermittierende Medikamenteneinnahme		
Rückfall $\geq 26$ Wochen	Relatives Risiko: 2.46 (CI 95% 1.7 - 3.54) Basierend auf Daten von 436 Patienten und 7 Studien <sup>1</sup>	140 pro 1000  Differenz: 204 mehr pro 1000 (CI 95% 98 mehr - 356 mehr)	344 pro 1000	Moderat Aufgrund von schwerwiegend unzureichender Präzision <sup>2</sup>	Intervention: intermittierende Medikamenteneinnahme; Kontrolle: kontinuierliche Einnahme; Die intermittierende Medikamenteneinnahme führt bei 34% zu einem Rezidiv, die kontinuierliche bei 14%.

Krankenhauseinweisung ≥26 Wochen	Relatives Risiko: 1.65 (CI 95% 1.33 - 2.06) Basierend auf Daten von 626 Patienten und 5 Studien <sup>3</sup>	261 pro 1000  Differenz: 170 mehr pro 1000 (CI 95% 86 mehr - 277 mehr)	431 pro 1000	Moderat Aufgrund von schwerwiegender indirektheit <sup>4</sup>	Die intermittierende Medikamenteneinnahme führt bei 43% zu einer Krankenhauseinweisung, die kontinuierliche bei 26%.
-------------------------------------	---	--	-----------------	---	--

- 1) Systematic review [103] mit eingeschlossenen Studien: Gaebel 2011, Jolley 1989/1990, Herz 1991\*, McCreadie 1982, McCreadie 1980, Wunderink 2007, Wiedemann 2001  
**Baseline/Vergleichsintervention** Kontrollarm aus der Referenz für Interventionsarm .
- 2) **Unzureichende Präzision: schwerwiegend.** Kleine Fallzahl, breites Konfidenzintervall;
- 3) Systematic review [103] mit eingeschlossenen Studien: Schooler 1997, Carpenter 1990\*, Carpenter 1987, Jolley 1989/1990, Herz 1991\* **Baseline/Vergleichsintervention** Kontrollarm aus der Referenz für Interventionsarm .
- 4) **Indirektheit: schwerwiegend.** Intermittent drug techniques differ between studies with some examining targeted intervention or dose reduction and family treatment;

#### Referenzen

[103] Sampson S, Mansour M, et al : Intermittent drug techniques for schizophrenia. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2013; (7):CD006196

Population: Erwachsene mit stabiler Schizophrenie bzw Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis

Intervention: E22 Dosisreduktion

Vergleichsintervention: Erhaltungstherapie

Endpunkt Zeitraumen	Ergebnisse und Messwerte	Absolute Effektschätzer		Vertrauenswürdigkeit der Evidenz (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	Zusammenfassung
		Erhaltungstherapie	Dosisreduktion		
Rückfall	Relatives Risiko: 2.16 (CI 95% 1.52 - 3.06) Basierend auf Daten von 2481 Patienten und 20 Studien Beobachtungszeit <3 Monate bis >1 Jahr	109 pro 1000  Differenz: 126 mehr pro 1000 (CI 95% 57 mehr - 225 mehr)	235 pro 1000	Niedrig aufgrund von schwerwiegender Inkonsistenz und Verzerrungsrisiko <sup>1</sup>	Dosisreduktion kann zu vermehrten Rückfällen führen.
Rehospitalisierung	Relatives Risiko: 1.53 (CI 95% 0.84 - 2.81) Basierend auf Daten von 1433 Patienten und 8 Studien	82 pro 1000  Differenz: 43 mehr pro 1000 (CI 95% 13 weniger - 148 mehr)	125 pro 1000	Sehr niedrig Aufgrund von schwerwiegendem Verzerrungsrisiko, Inkonsistenz und unzureichender Präzision <sup>2</sup>	Es besteht Unsicherheit, ob die Dosisreduktion das Rückfallrisiko erhöht. Insgesamt gibt es eine Tendenz, dass die Erhaltungstherapie zu weniger Rehospitalisierung führt.
Gewichtszunahme	Relatives Risiko: 0.39 (CI 95% 0.25 - 0.61)	186 pro 1000	73 pro 1000	Moderat	

	Basierend auf Daten von 883 Patienten und 3 Studien Beobachtungszeit 3-12 Monate	Differenz: 113 weniger pro 1000 (CI 95% 139 weniger - 73 weniger)	Aufgrund von schwerwiegendem Verzerrungsrisiko <sup>3</sup>	Dosisreduktion führt wahrscheinlich zu Gewichtsabnahme.
Vorzeitiges Verlassen der Studie aus irgendeinem Grund	Relatives Risiko: 1.38 (CI 95% 1.05 - 1.81) Basierend auf Daten von 1551 Patienten und 12 Studien	239 pro 1000      330 pro 1000  Differenz: 91 mehr pro 1000 (CI 95% 12 mehr - 194 mehr)	Moderat Aufgrund von schwerwiegendem Publikationsbias <sup>4</sup>	Dosisreduktion erhöht wahrscheinlich das vorzeitige Verlassen der Studie aus irgendeinem Grund.
Lebensqualität	Gemessen mit: QoL Scale, SWNS, QLS Total, S-QoL, SWNS, WHOQoL-BREF (negative Werte bevorzugen die Dosisreduktion) Skala: - Basierend auf Daten von 719 Patienten und 6 Studien Beobachtungszeit 6 Monate bis 1 Jahr	Mittelwert      Mittelwert  Differenz: SMD 0.01 weniger (CI 95% 0.17 weniger - 0.15 mehr)	Moderat aufgrund von schwerwiegendem Verzerrungsrisiko <sup>5</sup>	Zwischen Dosisreduktion und Erhaltungstherapie gibt es wahrscheinlich keinen oder einen kleinen Unterschied in der Lebensqualität.
Funktionsfähigkeit	Gemessen mit: SCLoF, PSP, SF-36 mental component summary, GAF, GSDS (positive Werte bevorzugen die Erhaltungstherapie) Skala: - Basierend auf Daten von 966 Patienten und 6 Studien Beobachtungszeit 6 Monate bis 1 Jahr	Mittelwert      Mittelwert  Differenz: SMD 0.03 mehr (CI 95% 0.1 weniger - 0.17 mehr)	Hoch	Es gibt keinen oder einen kleinen Unterschied in der Funktionsfähigkeit zwischen Dosisreduktion und Erhaltungstherapie.
Extrapyramidale Nebenwirkungen	Gemessen mit: SAS, DIEPSS, MPRC parkinsonian Skala: - Höher ist besser Basierend auf Daten von 1532 Patienten und 9 Studien	Mittelwert      Mittelwert  Differenz: SMD 0.17 kleiner (CI 95% 0.32 kleiner - 0.03 kleiner)	Moderat Aufgrund von schwerwiegendem Verzerrungsrisiko <sup>6</sup>	Dosisreduktion führt wahrscheinlich zu einer geringen Reduktion von extrapyramidalen Nebenwirkungen.

- 1) **Risiko für Bias: schwerwiegend.** Es wurde um eine Stufe herabgestuft wegen eines Verzerrungsrisikos. 8 von 20 Studien hatten in zwei Domänen ein hohes Verzerrungsrisiko (unzureichende Randomisierung, Abweichung von geplanter Intervention und selektiertes Berichten der Ergebnisse). In den weiteren Studien war das Verzerrungsrisiko unklar oder niedrig.; **Inkonsistenz: schwerwiegend.** Statistisch signifikante Heterogenität,  $I^2 = 70\%$ ,  $p < 0.00001$ . Zudem besteht eine hohe Variabilität der Punktschätzer und geringes Überlappen der Konfidenzintervalle bei visuellem Betrachten der forest plots.;



- 2) **Risiko für Bias: schwerwiegend.** Es wurde um eine Stufe herabgestuft wegen eines Verzerrungsrisikos. In zwei von acht Studien gab es ein hohes Verzerrungsrisiko in einer Domäne, bei den weiteren Studien bestand ein unklares oder geringes Verzerrungsrisiko.; **Inkonsistenz: schwerwiegend.** Es besteht eine hohe Variabilität der Punktschätzer und ein geringes Überlappen der Konfidenzintervalle bei visuellem Betrachten der forest plots. Statistisch signifikante Heterogenität,  $I^2 = 59\%$  und deutet auf Heterogenität der Daten hin.; **Unzureichende Präzision: schwerwiegend.** Das Konfidenzintervall schließt sowohl keinen Unterschied als auch ein besseres Ergebnis mit Erhaltungstherapie ein.;
- 3) **Risiko für Bias: schwerwiegend.** In einer der beiden Studien gab es ein moderates Verzerrungsrisiko in zwei Domänen (Randomisierungsprozess, Berichten des outcomes);
- 4) **Publikationsbias: schwerwiegend.** Die visuelle Betrachtung des funnel plots zeigt eine deutliche Asymmetrie;
- 5) **Risiko für Bias: schwerwiegend.** Es wurde wegen Verzerrungsrisikos um eine Stufe herabgestuft. In drei Studien bestand ein hohes Verzerrungsrisiko in zwei bis drei Domänen (Abweichen von intention-to-treat, fehlende outcome Daten, Messen des outcomes), in den restlichen Studien ein unklares bis niedriges Verzerrungsrisiko.; **Unzureichende Präzision: keine.** Es bestand keine unzureichende Präzision. Informationsgröße war angemessen ( $>400$  Teilnehmer für kontinuierlichen Endpunkt) und die obere und untere Grenze des KI übersteigt nicht die Grenze von 0.2 SMD.;
- 6) **Risiko für Bias: schwerwiegend.** In einigen der Studien gab es ein unklares bis hohes Verzerrungsrisiko.;

### Referenzen

[199] Rodolico A, Sifakis S, Bighelli I : Antipsychotic dose reduction compared to dose continuation for people with schizophrenia. Cochrane 2022.

### Empfehlung 33

Population: Patienten mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis und einer ersten Episode

Intervention: E33 Antipsychotika der zweiten Generation

Vergleichsintervention: Antipsychotika der ersten Generation

Endpunkt Zeitraum	Ergebnisse und Messwerte	Absolute Effektschätzer		Vertrauenswürdigkeit der Evidenz (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	Zusammenfassung
		Antipsychotika der ersten Generation	Antipsychotika der zweiten Generation		
Ansprechrates 3 Monate	Relatives Risiko: 1.13 (CI 95% 0.99 - 1.27) Basierend auf Daten von 1724 Patienten und 9 Studien	346 pro 1000	391 pro 1000		Intervention: Antipsychotika der 2. Generation; Kontrolle: Antipsychotika der 1. Generation; Ansprechrate: $\geq 50\%$ Reduktion PANSS/BPRS Gesamtwert Bei Antipsychotika der 2. Generation liegt die Ansprechrate bei 39% gegenüber 35% bei Antipsychotika der 1. Generation, wobei das Ergebnis gerade nicht mehr signifikant ist.

Gewichtszunahme (>7%)	Relatives Risiko: 2.26 (CI 95% 1.38 - 3.69) Basierend auf Daten von 733 Patienten und 3 Studien	244 pro 1000	551 pro 1000		Intervention: Antipsychotika der 2. Generation; Kontrolle: Antipsychotika der 1. Gene- ration; Unter Antipsychotika der 2. Generation kommt es bei 55% zu einer Gewichts- zunahme >7% gegenüber 24% bei Antipsychotika der 1. Generation.
Akathisie 3 Monate	Gemessen mit: Skala: - Basierend auf Daten von 998 Patienten und 7 Studien	Mittelwert	Mittelwert		Intervention: Antipsychotika der 2. Generation; Kontrolle: Antipsychotika der 1. Gene- ration; Mit Antipsychotika der 2. Generation kommt es um 0.48 SMD weniger Akathisie als mit Antipsychotika der 1. Generation (0.2 SMD kleiner Effekt, 0.5 SMD mittlerer Ef- fekt, 0.8 SMD größer Effekt).
EPMS	Gemessen mit: Skala: - Basierend auf Daten von 1338 Patienten und 9 Studien	Mittelwert	Mittelwert		Intervention: Antipsychotika der 2. Generation; Kontrolle: Antipsychotika der 1. Gene- ration; Antipsychotika der 2. Generation haben um 0.43 SMD weniger EPMS als An- tipsychotika der 1. Genera- tion (0.2 SMD kleiner Effekt, 0.5 SMD mittlerer Effekt, 0.8 SMD größer Effekt).
Symptomreduktion 3 Monate	Gemessen mit: PANSS&#x2F;BPRS Skala: - Basierend auf Daten von 1952 Patienten und 12 Studien	Mittelwert	Mittelwert		Intervention: Antipsychotika der 2. Generation; Kontrolle: Antipsychotika der 1. Gene- ration; Symptomreduktion: Veränderung des Gesamt- werts der PANSS/BPRS; Es gibt keinen signifikanten Un- terschied bzgl. der Symptom- reduktion mit Antipsychotika der 2. oder der 1. Genera- tion.

## Referenzen

[5] Zhang J-P, Gallego JA, Robinson DG, Malhotra AK, Kane JM, Correll CU : Efficacy and safety of individual second-generation vs. first-generation antipsychotics in first-episode psychosis: a systematic review and meta-analysis. The international journal of neuropsychopharmacology 2013;16(6):1205-18

## Empfehlung 35a

Population: Menschen mit Erstmanifestation einer Schizophrenie

Intervention: E35a Erhaltungstherapie

Vergleichsintervention: Placebo

Endpunkt Zeitrahmen	Ergebnisse und Messwerte	Absolute Effektschätzer		Vertrauenswürdigkeit der Evidenz (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	Zusammenfassung
		Placebo	Subgroup analysis (relapse at 12 months)		
Rückfall	Relatives Risiko: 0.47 (CI 95% 0.38 - 0.58) Basierend auf Daten von 528 Patienten und 8 Studien <sup>1</sup>	<b>594</b> pro 1000	<b>279</b> pro 1000  Differenz: <b>315 weniger pro 1000</b> (CI 95% 368 weniger - 249 weniger)	<b>Hoch</b> 2	
Studienabbruch wegen unerwünschter Wirkungen	Relatives Risiko: 2.61 (CI 95% 1.12 - 6.07) Basierend auf Daten von 332 Patienten und 3 Studien <sup>3</sup>	<b>41</b> pro 1000	<b>107</b> pro 1000  Differenz: <b>66 mehr pro 1000</b> (CI 95% 5 mehr - 208 mehr)		

1) Systematic review [207] . **Baseline/Vergleichsintervention** Kontrollarm aus der Referenz für Interventionsarm .

2) **Risiko für Bias: keine.** Studienautoren haben alle Faktoren nur für Gesamtpopulation angegeben, nicht für Subgruppen.;

3) Systematic review [208] . **Baseline/Vergleichsintervention** Systematic review [208] .

## Referenzen

[208] Kishi T, Ikuta T, Matsui Y, Inada K, Matsuda Y, Mishima K, Iwata N : Effect of discontinuation v. maintenance of antipsychotic medication on relapse rates in patients with remitted/stable first-episode psychosis: a meta-analysis. Psychological medicine 2019;49(5):772-779

Population: Patienten mit Schizophrenie

Intervention: E35 Antipsychotika

Vergleichsintervention: Placebo

Endpunkt	Ergebnisse und Messwerte	Absolute Effektschätzer	Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	Zusammenfassung
----------	--------------------------	-------------------------	----------------------------------	-----------------

Zeitraumen		Placebo	Antipsychotika	(Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	
Rückfall innerhalb eines Jahres	Relatives Risiko: 0.4 (CI 95% 0.33 - 0.49) Basierend auf Daten von 2669 Patienten und 24 Studien <sup>1</sup>	642 pro 1000	257 pro 1000		Intervention: Antipsychotika; Kontrolle: Placebo/ keine Be- handlung; Unter Antipsycho- tika kommt es bei 26% zu ei- nem Rückfall innerhalb eines Jahres, unter Placebo bei 64%.
Sedierung	Relatives Risiko: 1.5 (CI 95% 1.22 - 1.84) Basierend auf Daten von 2146 Patienten und 10 Studien	87 pro 1000	131 pro 1000		Intervention: Antipsychotika; Kontrolle: Placebo; Mit An- tipsychotika leiden 13% unter Sedierung gegenüber 9% der Kontrolle.
Gewichtszunahme	Relatives Risiko: 2.07 (CI 95% 2.31 - 3.25) Basierend auf Daten von 2321 Patienten und 10 Studien	56 pro 1000	116 pro 1000		Intervention: Antipsychotika; Kontrolle: Placebo; Unter An- tipsychotika kommt es bei 12% zu einer Gewichtszu- nahme gegenüber 6% bei der Kontrolle.
Bewegungsstörungen	Relatives Risiko: 1.55 (CI 95% 1.25 - 1.93) Basierend auf Daten von 1820 Patienten und 13 Studien	89 pro 1000	138 pro 1000		Intervention: Antipsychotika; Kontrolle: Placebo; Mit An- tipsychotika leiden 14% an Bewegungsstörungen gegen- über der Kontrolle mit 9%.

1. Systematic review [1] . **Baseline/Vergleichsintervention** Kontrollarm aus der Referenz für Interventionsarm .

## Referenzen

[1] Leucht S, Tardy M, Komossa K, Heres S, Kissling W, Salanti G, Davis JM : Antipsychotic drugs versus placebo for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. Lancet (London, England) 2012;379(9831):2063-71

## Empfehlung 35b

Population: Menschen mit Schizophrenie

Intervention: E35b Erhaltungstherapie

Vergleichsintervention: placebo/no treatment

Endpunkt Zeitraumen	Ergebnisse und Messwerte	Absolute Effektschätzer		Vertrauenswürdigkeit der Evidenz (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	Zusammenfassung
		placebo/no treat- ment	E36b Erhaltung- therapie		
Rückfall nach 7-12 Monaten	Relatives Risiko: 0.38 (CI 95% 0.32 - 0.45) Basierend auf Daten von 4249 Patienten und 30 Studien <sup>1</sup>	485 pro 1000	184 pro 1000	Hoch	
		Differenz: 301 weniger pro 1000 (CI 95% 330 weniger - 267 weniger)			
Vorzeitiger Abbruch der Studie (Verträglichkeit der Behandlung)	Relatives Risiko: 0.54 (CI 95% 0.49 - 0.61) Basierend auf Daten von 7001 Patienten und 56 Studien <sup>2</sup>	541 pro 1000	292 pro 1000	Hoch	
		Differenz: 249 weniger pro 1000 (CI 95% 276 weniger - 211 weniger)			
Krankenhausein- weisung	Relatives Risiko: 0.43 (CI 95% 0.32 - 0.57) Basierend auf Daten von 3558 Patienten und 21 Studien <sup>3</sup>	177 pro 1000	76 pro 1000	Hoch	
		Differenz: 101 weniger pro 1000 (CI 95% 120 weniger - 76 weniger)			
Gewichtszunahme	Relatives Risiko: 1.69 (CI 95% 1.21 - 2.35) Basierend auf Daten von 4767 Patienten und 19 Studien <sup>4</sup>	60 pro 1000	101 pro 1000	Hoch	
		Differenz: 41 mehr pro 1000 (CI 95% 13 mehr - 81 mehr)			
Lebensqualität	Gemessen mit: Skala: - Basierend auf Daten von 1573 Patienten und 7 Studien <sup>5</sup>	Differenz: SMD 0.32 kleiner (CI 95% 0.57 kleiner - 0.07 kleiner)		Niedrig Aufgrund von schwerwiegendem risiko für bias, Aufgrund von schwerwiegender unzureichender präzision <sup>6</sup>	

- 1) Systematic review [207] . **Baseline/Vergleichsintervention** Kontrollarm aus der Referenz für Interventionsarm .  
2) Systematic review [207] . **Baseline/Vergleichsintervention** Kontrollarm aus der Referenz für Interventionsarm .  
3) Systematic review [207] . **Baseline/Vergleichsintervention** Kontrollarm aus der Referenz für Interventionsarm .  
4) Systematic review [207] . **Baseline/Vergleichsintervention** Kontrollarm aus der Referenz für Interventionsarm .  
5) Systematic review [207] . **Baseline/Vergleichsintervention** Kontrollarm aus der Referenz für Interventionsarm .

- 6) **Risiko für Bias: schwerwiegend.** Fünf von sieben Studien wurden nach Zwischenanalysen vorzeitig abgebrochen, was möglicherweise zu einer Überschätzung der Wirkung geführt hat., Studien wurde früher als geplant beendet. Das resultiert in einer möglichen Überschätzung des Nutzens; **Unzureichende Präzision: schwerwiegend.** Nur wenige Studien lieferten Daten zu diesem Ergebnis, und das Konfidenzintervall war groß., Weite Konfidenzintervalle;

#### Referenzen

[207] Ceraso A, Lin JJ, Schneider-Thoma J, Sifakis S, Tardy M, Komossa K, Heres S, Kissling W, Davis JM, Leucht S : Maintenance treatment with antipsychotic drugs for schizophrenia. The Cochrane database of systematic reviews 2020;8(8):CD008016

#### Empfehlung 37

Population: Patienten mit Schizophrenie/schizoaffektiver Störung

Intervention: E37 Langwirksame Depot-Antipsychotika

Vergleichsintervention: Orale Antipsychotika

Endpunkt Zeitraumen	Ergebnisse und Messwerte	Absolute Effektschätzer		Vertrauenswürdigkeit der Evidenz (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	Zusammenfassung
		Orale Antipsychotika	Langwirksame Depot-Antipsychotika		
randomisiert: Rückfall (zum spätesten Zeitpunkt des follow-ups)	Relatives Risiko: 0.88 (CI 95% 0.79 - 0.99) Basierend auf Daten von 7833 Patienten und 32 Studien	pro 1000	pro 1000  Differenz: weniger pro 1000	Niedrig B, Aufgrund von schwerwiegendem Risiko für Bias, Aufgrund von schwerwiegendem Risiko für Bias, Aufgrund von schwerwiegendem unzureichender Präzision <sup>1</sup>	Intervention: Langwirksame Depot-Antipsychotika; Kontrolle: Orale Antipsychotika; Mit Depot-Antipsychotika kommt es bei 29% zu einem Rückfall zum spätesten Zeitpunkt des follow-ups, mit oralen Antipsychotika bei 31%. Dies stellt keinen signifikanten Unterschied dar.
naturalistisch: Krankenhauseinweisung	Relatives Risiko: 0.83 (CI 95% 0.72 - 0.95) Basierend auf Daten von 4310 Patienten und 18 Studien <sup>2</sup>	pro 1000	pro 1000  Differenz: weniger pro 1000	Moderat Aufgrund von schwerwiegendem Risiko für Bias <sup>3</sup>	Intervention: Langwirksame Depot-Antipsychotika; Kontrolle: Orale Antipsychotika; Bei der naturalistischen Studie (Kishimoto et al. 2013, Erklärung siehe Rationale) führen Depot-Antipsychotika zu weniger Krankenhauseinweisungen als orale Antipsychotika (RR=0,43; relative Risikoreduktion 57%).

- 1) **Risiko für Bias: schwerwiegend.** Wir verwendeten das Kriterium der Originalautoren, dass weniger als 4 mit ohne Bias bewertete Risk of Bias Domänen eine Studie schlechter Qualität bedeutet. Das war bei 13 von 32 RCTs der Fall. Wir bewerteten dies als schwerwiegenden Bias.; **Unzureichende Präzision: schwerwiegend.** Weite Konfidenzintervalle (schließt beinahe 1 ein);
- 2) Systematic review [210] . **Baseline/Vergleichsintervention** .
- 3) **Risiko für Bias: schwerwiegend.** Wir verwendeten das Kriterium der Originalautoren, dass weniger als 4 mit ohne Bias bewertete Risk of Bias Domänen eine Studie schlechter Qualität bedeutet. Das war bei 13 von 32 RCTs der Fall. Wir bewerteten dies als schwerwiegenden Bias.;

## Referenzen

- [102] Kishimoto T, Robenzadeh A, Leucht C, Leucht S, Watanabe K, Mimura M, Borenstein M, Kane JM, Correll CU : Long-acting injectable vs oral antipsychotics for relapse prevention in schizophrenia: a meta-analysis of randomized trials. Schizophrenia bulletin 2014;40(1):192-213
- [169] Kirson NY, Weiden PJ, Yermakov S, Huang W, Samuelson T, Offord SJ, Greenberg PE, Wong BJO : Efficacy and effectiveness of depot versus oral antipsychotics in schizophrenia: synthesizing results across different research designs. The Journal of clinical psychiatry 2013;74(6):568-75
- [170] Kishimoto T, Nitta M, Borenstein M, Kane JM, Correll CU : Long-acting injectable versus oral antipsychotics in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis of mirror-image studies. The Journal of clinical psychiatry 2013;74(10):957-65
- [210] Kishimoto T, Hagi K, Kurokawa S, Kane JM, Correll CU : Long-acting injectable versus oral antipsychotics for the maintenance treatment of schizophrenia: a systematic review and comparative meta-analysis of randomised, cohort, and pre-post studies. The lancet. Psychiatry 2021;8(5):387-404

## Empfehlung 39a

Population: Patienten mit Schizophrenie und prädominanter Negativsymptomatik

Intervention: E39a Amisulprid oder Olanzapin

Vergleichsintervention: Placebo/ausgewähltes Antipsychotikum der 1. oder 2. Generation

Endpunkt Zeitraumen	Ergebnisse und Messwerte	Absolute Effektschätzer		Vertrauenswürdigkeit der Evidenz (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	Zusammenfassung
		Placebo/ausgewähltes Antipsychotikum der 1. oder 2. Generation	Amisulprid oder Olanzapin		
Negativsymptome (Placebo vs Amisulprid)	Gemessen mit: PANSS negative Subskala&#x2F;SANS&#x2F;BNSS Skala: - Basierend auf Daten von 590 Patienten und 4 Studien	Mittelwert	Mittelwert		SMD<0 bedeutet, dass das zuerst erwähnte Antipsychotikum die Negativsymptome stärker reduziert. Amisulprid ist Placebo hinsichtlich Verringerung von prädominanten Negativsymptomen überlegen (SMD 0.47, wobei 0.2 SMD kleiner Effekt, 0.5 SMD mittlerer Effekt, 0.8 SMD größer Effekt).

Negativsymptome (Haloperidol vs Olanzapin)	Gemessen mit: PANSS negative Subskala & SANS & BNSS Skala: - Basierend auf Daten von 35 Patienten und 1 Studien	Mittelwert  Differenz: SMD 0.75 Größer (CI 95% 0.06 Größer - 1.44 Größer)		SMD < 0 bedeutet, dass das zuerst erwähnte Antipsychotikum die Negativsymptome stärker reduziert. Olanzapin ist Haloperidol hinsichtlich der Reduktion von Negativsymptomen überlegen (SMD 0.75, wobei 0.2 SMD kleiner Effekt, 0.5 SMD mittlerer Effekt, 0.8 SMD großer Effekt).
---	--	--	--	--

### Referenzen

[144] Krause M, Zhu Y, Huhn M, Schneider-Thoma J, Bighelli I, Nikolakopoulou A, Leucht S : Antipsychotic drugs for patients with schizophrenia and predominant or prominent negative symptoms: a systematic review and meta-analysis. European archives of psychiatry and clinical neuroscience 2018;268(7):625-639

### Empfehlung 40

Population: Patienten mit Schizophrenie

Intervention: E40 Antipsychotika + Antidepressiva

Vergleichsintervention: Antipsychotika + Placebo

Endpunkt Zeitraum	Ergebnisse und Messwerte	Absolute Effektschätzer		Vertrauenswürdigkeit der Evidenz (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	Zusammenfassung
		Antipsychotika + Placebo	Antipsychotika + Antidepressiva		
Exazerbation der Psychose	Relatives Risiko: 1.03 (CI 95% 0.6 - 1.75) Basierend auf Daten von 725 Patienten und 16 Studien Beobachtungszeit 10 Wochen	65 pro 1000	67 pro 1000		Intervention: Antipsychotika + Antidepressiva; Kontrolle: Antipsychotika + Placebo; Mit Antidepressiva kam es zu 2 von 1000 mehr Exazerbationen der Psychose. Dies stellt keinen signifikanten Unterschied dar.
mindestens eine Nebenwirkung	Relatives Risiko: 1.03 (CI 95% 0.95 - 1.12) Basierend auf Daten von 773 Patienten und 19 Studien Beobachtungszeit 9 Wochen	248 pro 1000	255 pro 1000		Intervention: Antipsychotika + Antidepressiva; Kontrolle: Antipsychotika + Placebo; Antidepressiva führen bei 26% zu mindestens einer



				Nebenwirkung und bei 25% unter Placebo. Dies stellt keinen signifikanten Unterschied dar.
Depressive Symptome	Gemessen mit: CDSS, MADRS, HDRS, BPRS Depression Skala: - Niedriger ist besser Basierend auf Daten von 1849 Patienten und 42 Studien <sup>1</sup> Beobachtungszeit 9 Wochen	Mittelwert  Differenz: SMD 0.25 kleiner (CI 95% 0.38 kleiner - 0.12 kleiner)	Mittelwert	Intervention: Antipsychotika + Antidepressiva; Kontrolle: Antipsychotika + Placebo; die durchschnittlichen depressiven Symptome sind in der Interventionsgruppe um 0.25 SMD geringer (0.2 SMD kleiner Effekt, 0.5 SMD mittlerer Effekt, 0.8 SMD großer Effekt).
Negativsymptome	Gemessen mit: PANSS negative Subskala, SANS, BPRS negative Subskala Skala: - Niedriger ist besser Basierend auf Daten von 1905 Patienten und 48 Studien Beobachtungszeit 9 Wochen	Mittelwert  Differenz: SMD 0.30 kleiner (CI 95% 0.44 kleiner - 0.16 kleiner)	Mittelwert	Intervention: Antipsychotika + Antidepressiva; Kontrolle: Antipsychotika + Placebo; Die mittleren Negativsymptome sind in der Interventionsgruppe 0.3 SMD geringer (0.2 SMD kleiner Effekt, 0.5 SMD mittlerer Effekt, 0.8 SMD großer Effekt)

1) Systematic review [2] . **Baseline/Vergleichsintervention** Kontrollarm aus der Referenz für Interventionsarm .

### Referenzen

[2] Helfer B, Samara MT, Huhn M, Klupp E, Leucht C, Zhu Y, Engel RR, Leucht S : Efficacy and Safety of Antidepressants Added to Antipsychotics for Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-Analysis. The American journal of psychiatry 2016;173(9):876-86

### Empfehlung 41

Population: Patienten mit therapierefraktärer Schizophrenie

Intervention: E41 Behandlung mit Clozapin

Vergleichsintervention: Antipsychotika der 1. oder 2. Generation

Endpunkt Zeitraum	Ergebnisse und Messwerte	Absolute Effektschätzer		Vertrauenswürdigkeit der Evidenz (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	Zusammenfassung
		Antipsychotika der 1. oder 2. Generation	Behandlung mit Clozapin		

epileptischer Anfall	Relatives Risiko: 3.84 (CI 95% 1.21 - 12.17) Basierend auf Daten von 331 Patienten und 3 Studien	18 pro 1000  Differenz: 51 mehr pro 1000 (CI 95% 4 mehr - 201 mehr)	69 pro 1000	Intervention: Clozapin; Kon- trolle: Antipsychotika der 1./2. Generation; Unter Clozapin kommt es bei 7% zu einem Anfall, bei der Kontrolle zu 2%.
Fieber	Relatives Risiko: 2.95 (CI 95% 1.45 - 5.98) Basierend auf Daten von 718 Patienten und 3 Studien	27 pro 1000  Differenz: 53 mehr pro 1000 (CI 95% 12 mehr - 134 mehr)	80 pro 1000	Intervention: Clozapin; Kon- trolle: Antipsychotika der 1./2. Generation; Unter Clozapin kommt es bei 8% zu Fieber gegenüber 3% bei der Kon- trolle.
Gewichtszunahme	Relatives Risiko: 1.37 (CI 95% 0.57 - 3.3) Basierend auf Daten von 366 Patienten und 4 Studien	148 pro 1000  Differenz: 55 mehr pro 1000 (CI 95% 64 weniger - 340 mehr)	203 pro 1000	Intervention: Clozapin; Kon- trolle: Antipsychotika der 1./2. Generation; Unter Clozapin kommt es bei 20% zu einer Gewichtszunahme gegen- über 15% bei der Kontrolle. Das Ergebnis ist nicht signifi- kant, wobei die Tendenz in Richtung Gewichtszunahme unter Clozapin geht.
Sedierung	Relatives Risiko: 1.84 (CI 95% 1.28 - 2.68) Basierend auf Daten von 1255 Patienten und 11 Studien	178 pro 1000  Differenz: 150 mehr pro 1000 (CI 95% 50 mehr - 299 mehr)	328 pro 1000	Intervention: Clozapin; Kon- trolle: Antipsychotika der 1./2. Generation; Unter Clozapin leiden 33% unter einer Se- dierung gegenüber 18% bei der Kontrolle.
starker Speichelfluss	Relatives Risiko: 4.53 (CI 95% 2.5 - 8.19) Basierend auf Daten von 1169 Patienten und 10 Studien	81 pro 1000  Differenz: 286 mehr pro 1000 (CI 95% 122 mehr - 582 mehr)	367 pro 1000	Intervention: Clozapin; Kon- trolle: Antipsychotika der 1./2. Generation; Unter Clozapin leiden 37% unter verstärktem Speichelfluss gegenüber 8% der Kontrolle.
Tachykardie	Relatives Risiko: 3.31 (CI 95% 1.38 - 7.93) Basierend auf Daten von 875 Patienten und 7 Studien	63 pro 1000  Differenz: 146 mehr pro 1000 (CI 95% 24 mehr - 437 mehr)	209 pro 1000	Intervention: Clozapin; Kon- trolle: Antipsychotika der 1./2. Generation; Unter Clozapin kommt es bei 21% zu Tach- kardien gegenüber 6% bei der Kontrolle.

Gesamtsymptomatik <3 Monate	Gemessen mit: BPRS, PANSS Skala: - Niedriger ist besser Basierend auf Daten von 1312 Patienten und 20 Studien <sup>1</sup>	Mittelwert  Differenz: SMD 0.39 kleiner (CI 95% 0.61 kleiner - 0.17 kleiner)	Mittelwert	Intervention: Clozapin; Kontrolle: Antipsychotika der 1./2. Generation; Die psychotischen Symptome insgesamt sind unter Clozapin um 0.39 SMD geringer im Vergleich zu anderen Antipsychotika der 1. oder 2. Generation (0.2 SMD geringer Effekt, 0.5 SMD mittlerer Effekt, 0.8 SMD größer Effekt).
Positivsymptome <3 Monate	Gemessen mit: SAPS, PANSS Skala: - Niedriger ist besser Basierend auf Daten von Patienten und 8 Studien	Mittelwert  Differenz: SMD 0.27 kleiner (CI 95% 0.47 kleiner - 0.08 kleiner)	Mittelwert	Intervention: Clozapin; Kontrolle: Antipsychotika der 1./2. Generation; Unter Clozapin sind die Positivsymptome um 0.27 SMD geringer als mit anderen Antipsychotika der 1./2. Generation (0.2 SMD kleiner Effekt, 0.5 SMD mittlerer Effekt, 0.8 SMD größer Effekt).
Negativsymptome <3 Monate	Gemessen mit: SANS, PANSS (negative Subskala) Skala: - Niedriger ist besser Basierend auf Daten von Patienten und 7 Studien	Mittelwert  Differenz: MD 0.25 kleiner (CI 95% 0.40 kleiner - 0.10 kleiner)	Mittelwert	Intervention: Clozapin; Kontrolle: Antipsychotika der 1./2. Generation; Die Negativsymptome sind unter Clozapin um 0.25 SD geringer als unter anderen Antipsychotika der 1./2. Generation (0.2 SD kleiner Effekt, 0.5 SD mittlerer Effekt, 0.8 SD größer Effekt).

1) Systematic review [10] . **Baseline/Vergleichsintervention** Kontrollarm aus der Referenz für Interventionsarm .

## Referenzen

[10] Siskind D, McCartney L, Goldschlager R, Kisely S : Clozapine v. first- and second-generation antipsychotics in treatment-refractory schizophrenia: systematic review and meta-analysis. The British journal of psychiatry : the journal of mental science 2016;209(5):385-392

## Empfehlung 43

Population: Patienten mit Schizophrenie, schizoaffectiven und schizophreniformen Erkrankungen

Intervention: E43 Dosiseskalation über den Zulassungsbereich  
 Vergleichsintervention: Standarddosierung

Endpunkt Zeitraumen	Ergebnisse und Messwerte	Absolute Effektschätzer		Vertrauens- würdigkeit der Evidenz (Vertrau- enswürdig- keit der Evi- denz)	Zusammenfassung
Ansprechen auf Behandlung	Relatives Risiko: 0.96 (CI 95% 0.73 - 1.27) Basierend auf Daten von 315 Patienten und 5 Studien	346 pro 1000	332 pro 1000  Differenz: 14 weniger pro 1000 (CI 95% 93 weniger - 93 mehr)		Intervention: Dosiseskalation über den Zulassungsbereich; Kontrolle: Standarddosierung; response: definiert als mindestens 20%-ige Reduktion des PANSS/BPRS Gesamtwerts. Bei einer Dosiseskalation über den Zulassungsbereich liegt die response bei 33%, mit Standarddosierung bei 35%. Dies stellt keinen signifikanten Unterschied dar.
Positivsymptome	Gemessen mit: BPRS&#x2F;PANSS posi- tive Subskala Skala: - Niedriger ist bes- ser Basierend auf Daten von 233 Patienten und 3 Studien	Mittelwert	Mittelwert  Differenz: SMD 0.24 kleiner (CI 95% 0.5 kleiner - 0.03 Größer)		Intervention: Dosiseskalation über den Zulassungsbereich; Kontrolle: Standarddosierung; Die Positivsymptome waren in der Interventionsgruppe um 0.24 SMD geringer als in der Kontrollgruppe. Dies stellt keinen signifikanten Unterschied dar. (SMD von 0.2 kleiner Effekt, 0.5 mittlerer Effekt, 0.8 großer Effekt)
Negativsymp- tome	Gemessen mit: BPRS&#x2F;PANSS nega- tive Subskala Skala: - Niedriger ist bes- ser Basierend auf Daten von 267 Patienten und 4 Studien	Mittelwert	Mittelwert  Differenz: SMD 0.07 Größer (CI 95% 0.17 kleiner - 0.31 Größer)		Intervention: Dosiseskalation über den Zulassungsbereich; Kontrolle: Standarddosierung; Bzgl. der Negativsymptome gibt es keinen signifikanten Unterschied zwischen Intervention und Kontrolle.
Gesamtsymp- tomatik	Gemessen mit: PANSS&#x2F;BPRS Skala: - Niedriger ist bes- ser Basierend auf Daten von 315 Patienten und 5 Stu- dien <sup>1</sup>	Mittelwert	Mittelwert  Differenz: SMD 0.14 kleiner (CI 95% 0.37 kleiner - 0.08 Größer)		Intervention: Dosiseskalation über den Zulassungsbereich; Kontrolle: Standarddosierung; Der PANSS/BPRS Gesamtwert unterscheidet sich in der Interventions- und Kontrollgruppe nicht signifikant.

--	--	--	--	--

1) Systematic review [12] . **Baseline/Vergleichsintervention** Kontrollarm aus der Referenz für Interventionsarm .

#### Referenzen

[12] Dold M, Fugger G, Aigner M, Lanzenberger R, Kasper S : Dose escalation of antipsychotic drugs in schizophrenia: a meta-analysis of randomized controlled trials. Schizophrenia research 2015;166(1-3):187-93

#### Empfehlung 44a

Population: Patienten mit Schizophrenie

Intervention: E44a Antipsychotische Kombinationstherapie mit 2 Antipsychotika

Vergleichsintervention: Antipsychotikum in Monotherapie

Endpunkt Zeitraumen	Ergebnisse und Messwerte	Absolute Effektschätzer		Vertrauenswürdigkeit der Evidenz (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	Zusammenfassung
		Antipsychotikum in Monotherapie	Antipsychotische Kombinationsthera- pie		
Ansprechen auf die Behandlung	Relatives Risiko: 1.19 (CI 95% 0.99 - 1.42) Basierend auf Daten von 938 Patienten und 14 Studien	294 pro 1000	350 pro 1000		Ansprechen auf die Behand- lung definiert als ≥ 20% Re- duktion des PANSS/BPRS o- der ≥ 25% Reduktion des PANSS; Intervention: Anti- psychotische Kombinations- therapie mit 2 Antipsychotika; Kontrolle: Antipsychotikum in Monotherapie; Antipsychoti- sche Kombinationstherapie führt bei Einschluss offener Studien zu einem verbesser- ten Ansprechen auf die Be- handlung, wobei das Ergeb- nis gerade nicht mehr signifi- kant ist.
		Differenz: 56 mehr pro 1000 (CI 95% 3 weniger - 123 mehr)			
	Relatives Risiko: 1.0 (CI 95% 0.72 - 1.39)	169 pro 1000	169 pro 1000		Intervention: Antipsychoti- sche Kombinationstherapie

Ansprechen auf die Behandlung (hochwertige, doppelblinde Studien)	Basierend auf Daten von 693 Patienten und 10 Studien	Differenz: 0 weniger pro 1000 (CI 95% 47 weniger - 66 mehr)		mit 2 Antipsychotika; Kontrolle: Antipsychotikum in Monotherapie. Hochqualitative, doppelblinde Studien zeigen durch Kombinationstherapie kein verbessertes Ansprechen auf die Behandlung.
Gesamtsymptomatik	Gemessen mit: Skala: - Niedriger ist besser Basierend auf Daten von 694 Patienten und 16 Studien	Mittelwert                      Mittelwert  Differenz: SMD 0.53 kleiner (CI 95% 0.87 kleiner - 0.19 kleiner)		Intervention: Antipsychotische Kombinationstherapie mit 2 Antipsychotika; Kontrolle: Antipsychotikum in Monotherapie; Antipsychotische Kombinationstherapie führt zu einer um 0.53 SMD geringeren Gesamtsymptomatik. Dieser Effekt zeigt sich jedoch nur bei Einschluss offener Studien.
Gesamtsymptomatik (hochwertige, doppelblinde Studien)	Gemessen mit: Skala: - Niedriger ist besser Basierend auf Daten von 378 Patienten und 9 Studien	Mittelwert                      Mittelwert  Differenz: SMD 0.30 kleiner (CI 95% 0.78 kleiner - 0.19 Größer)		Intervention: Antipsychotische Kombinationstherapie mit 2 Antipsychotika; Kontrolle: Antipsychotikum in Monotherapie; Hochqualitative Studien zeigen keinen signifikanten Unterschied bzgl. der Gesamtsymptomatik.

## Referenzen

[25] Galling B, Roldán A, Hagi K, Rietschel L, Walyzada F, Zheng W, Cao X-L, Xiang Y-T, Zink M, Kane JM, Nielsen J, Leucht S, Correll CU : Antipsychotic augmentation vs. monotherapy in schizophrenia: systematic review, meta-analysis and meta-regression analysis. World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA) 2017;16(1):77-89

## Empfehlung 45

Population: Patienten mit Schizophrenie

Intervention: E45 Antipsychotikum + Carbamazepin/Lithium/Lamotrigin/Valproat

Vergleichsintervention: Antipsychotikum in Monotherapie + Placebo

Endpunkt	Ergebnisse und Messwerte	Absolute Effektschätzer	Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	Zusammenfassung
----------	--------------------------	-------------------------	----------------------------------	-----------------

Zeitraumen		Antipsychotikum in Monotherapie + Placebo	Antipsychotikum + Carbamazepin/Lithium/Lamotrigin/Valproat	(Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	
Gesamtsymptomatik - Carbamazepin	Gemessen mit: PANSS&#x2F;BPRS Skala: - Niedriger ist besser Basierend auf Daten von 79 Patienten und 3 Studien	Mittelwert	Mittelwert  Differenz: SMD 0.06 kleiner (CI 95% 1.15 kleiner - 1.03 Größer)		Intervention: Antipsychotikum + Carbamazepin; Kontrolle: Antipsychotikum + Placebo; Carbamazepin führt zu 0.06 SMD weniger Gesamtsymptomen. Das Ergebnis ist nicht statistisch signifikant. (0.2 SMD kleiner Effekt, 0.5 SMD mittlerer Effekt, 0.8 SMD größer Effekt).
Gesamtsymptomatik - Lithium	Gemessen mit: PANSS&#x2F;BPRS Skala: - Niedriger ist besser Basierend auf Daten von 254 Patienten und 6 Studien	Mittelwert	Mittelwert  Differenz: SMD 0.63 kleiner (CI 95% 0.94 kleiner - 0.32 kleiner)		Intervention: Antipsychotikum + Lithium; Kontrolle: Antipsychotikum + Placebo; Lithium führt zu 0.63 SMD weniger Gesamtsymptomen als die Monotherapie. Allerdings kann der Effekt nach Ausschluss offener Studien beinahe vernachlässigt werden (Wang et al. 2014).
Gesamtsymptomatik - Lamotrigin	Gemessen mit: PANSS&#x2F;BPRS Skala: - Niedriger ist besser Basierend auf Daten von 98 Patienten und 3 Studien	Mittelwert	Mittelwert  Differenz: SMD 0.73 kleiner (CI 95% 1.26 kleiner - 0.20 kleiner)		Intervention: Antipsychotikum + Lamotrigin; Kontrolle: Antipsychotikum + Placebo; Lamotrigin führt zu um 0.73 SMD verringerten Gesamtsymptomen. Dieser Effekt beruht allerdings auf einer Ausreißerstudie mit unplausibel hoher Wirksamkeit. Nimmt man diese heraus, ist Lamotrigin nicht mehr signifikant überlegen.
Gesamtsymptomatik - Valproat	Gemessen mit: PANSS&#x2F;BPRS Skala: - Niedriger ist besser Basierend auf Daten von 361 Patienten und 5 Studien	Mittelwert	Mittelwert  Differenz: SMD 0.09 kleiner (CI 95% 0.44 kleiner - 0.26 Größer)		Intervention: Antipsychotikum + Valproat; Kontrolle: Antipsychotikum + Placebo; Valproat führt zu 0.09 SMD verringerten

			Allgemeinsymptomen. Das Ergebnis ist nicht statistisch signifikant (0.2 SMD kleiner Effekt, 0.5 SMD mittlerer Effekt, 0.8 SMD großer Effekt).
--	--	--	---

## Referenzen

[26] Correll CU, Rubio JM, Inczedy-Farkas G, Birnbaum ML, Kane JM, Leucht S : Efficacy of 42 Pharmacologic Cotreatment Strategies Added to Antipsychotic Monotherapy in Schizophrenia: Systematic Overview and Quality Appraisal of the Meta-analytic Evidence. JAMA psychiatry 2017;74(7):675-684

## Empfehlung 46

Population: Menschen mit Schizophrenie und eindeutiger medikamentöser Behandlungsresistenz

Intervention: E46 Elektrokonvulsionstherapie (EKT) plus Standardbehandlung

Vergleichsintervention: Standardbehandlung

Endpunkt Zeitraumen	Ergebnisse und Messwerte	Absolute Effektschätzer		Vertrauenswürdigkeit der Evidenz (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	Zusammenfassung
		Standardbehandlung	Elektrokonvulsionstherapie (EKT) plus Standardbehandlung		
Ansprechen auf Behandlung - Follow-up: 8-12 Wochen	Relatives Risiko: 2.06 (CI 95% 1.75 - 2.42) Basierend auf Daten von 819 Patienten und 9 Studien <sup>1</sup>	308 pro 1000	634 pro 1000  Differenz: 326 mehr pro 1000 (CI 95% 231 mehr - 437 mehr)	Moderat Aufgrund von schwerwiegendem risk of bias <sup>2</sup>	
Zufriedenheit und Akzeptanz der Behandlung (vorzeitiger Abbruch der Studie) – Follow-up: 8-12 Wochen	Relatives Risiko: 1.18 (CI 95% 0.38 - 3.63) Basierend auf Daten von 354 Patienten und 3 Studien <sup>3</sup>	23 pro 1000	27 pro 1000  Differenz: 4 mehr pro 1000 (CI 95% 14 weniger - 60 mehr)	Sehr niedrig Aufgrund von schwerwiegendem risiko für bias, Aufgrund von sehr schwerwiegender unzureichender Präzision <sup>4</sup>	
Kognitive Leistungsfähigkeit – Verschlechterung des Gedächtnisses – Follow-up: 3-4 Wochen	Relatives Risiko: 27.0 (CI 95% 1.67 - 437.68) Basierend auf Daten von 72 Patienten und 1 Studien <sup>5</sup>	pro 1000	pro 1000  Differenz: weniger pro 1000	Sehr niedrig Aufgrund von schwerwiegendem risiko für bias, Aufgrund von schwerwiegender Indirektheit, Aufgrund von sehr schwerwiegender unzureichender Präzision <sup>6</sup>	



Mentale Verfassung – Gesamtpunktzahl (BPRS, hoch = schlecht) - Follow-up: 8-12 Wochen	Gemessen mit: Skala: - Basierend auf Daten von 345 Patienten und 2 Studien <sup>7</sup>	Differenz: MD 11.18 kleiner (CI 95% 12.61 kleiner - 9.76 kleiner)	Niedrig Aufgrund von schwerwiegendem Risiko für Bias, Aufgrund von schwerwiegender Indirektheit <sup>8</sup>	
Allgemeine Funktionsfähigkeit – Gesamtpunktzahl (GAF, hoch = gut) - Follow-up: 12-26 Wochen	Gemessen mit: Skala: - Basierend auf Daten von 97 Patienten und 2 Studien <sup>9</sup>	Differenz: MD 10.66 Größer (CI 95% 6.98 Größer - 14.34 Größer)	Sehr niedrig Aufgrund von schwerwiegendem Risiko für Bias, Aufgrund von schwerwiegender Indirektheit, Aufgrund von schwerwiegender Inkonsistenz, Aufgrund von schwerwiegender unzureichender Präzision <sup>10</sup>	

- 1) Systematic review [211] . **Baseline/Vergleichsintervention** Kontrollarm aus der Referenz für Interventionsarm .
- 2) **Risiko für Bias: schwerwiegend.** Hohes Risiko für Verzerrungen hinsichtlich der Verblindung von Teilnehmern und Personal;
- 3) Systematic review [211] . **Baseline/Vergleichsintervention** Kontrollarm aus der Referenz für Interventionsarm .
- 4) **Risiko für Bias: schwerwiegend.** Hohes Risiko für Verzerrungen hinsichtlich der Verblindung von Teilnehmern und Personal; **Unzureichende Präzision: sehr schwerwiegend.** Geringe Ereignisrate;
- 5) Systematic review [211] mit eingeschlossenen Studien: Wang 2013 **Baseline/Vergleichsintervention** Systematic review .
- 6) **Risiko für Bias: schwerwiegend.** Hohes Risiko für Verzerrungen hinsichtlich der Verblindung von Teilnehmern und Personal; **Indirektheit: schwerwiegend.** Die Skalenwerte wurden als Surrogatindex für das beabsichtigte Outcome verwendet; **Unzureichende Präzision: sehr schwerwiegend.** Geringe Ereignisrate;
- 7) Systematic review [211] . **Baseline/Vergleichsintervention** Kontrollarm aus der Referenz für Interventionsarm .
- 8) **Risiko für Bias: schwerwiegend.** Hohes Risiko für Verzerrungen hinsichtlich der Verblindung von Teilnehmern und Personal; **Indirektheit: schwerwiegend.** Die Skalenwerte wurden als Surrogatindex für das angestrebte Outcome verwendet.;
- 9) Systematic review [211] . **Baseline/Vergleichsintervention** Kontrollarm aus der Referenz für Interventionsarm .
- 10) **Risiko für Bias: schwerwiegend.** Hohes Risiko für Verzerrungen hinsichtlich der Verblindung von Teilnehmern und Personal.; **Inkonsistenz: schwerwiegend.** Hohe Heterogenität; **Indirektheit: schwerwiegend.** Die Skalenwerte wurden als Surrogatindex für das angestrebte Outcome verwendet.; **Unzureichende Präzision: schwerwiegend.** Geringe Stichprobengröße;

## Referenzen

[211] Sinclair DJ, Zhao S, Qi F, Nyakyoma K, Kwong JS, Adams CE : Electroconvulsive therapy for treatment-resistant schizophrenia. The Cochrane database of systematic reviews 2019;3(3):CD011847

## Empfehlung 54

Population: Menschen mit Schizophrenie und eindeutiger medikamentöser Behandlungsresistenz

Intervention: E46 Elektrokonvulsionstherapie (EKT) plus Standardbehandlung

Vergleichsintervention: Standardbehandlung

Endpunkt	Ergebnisse und Messwerte	Absolute Effektschätzer	Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	Zusammenfassung
----------	--------------------------	-------------------------	----------------------------------	-----------------

Zeitraumen		Standardbehandlung	Elektrokonvulsionstherapie (EKT) plus Standardbehandlung	(Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	
Ansprechen auf Behandlung - Follow-up: 8-12 Wochen	Relatives Risiko: 2.06 (CI 95% 1.75 - 2.42) Basierend auf Daten von 819 Patienten und 9 Studien <sup>1</sup>	308 pro 1000	634 pro 1000  Differenz: 326 mehr pro 1000 (CI 95% 231 mehr - 437 mehr)	Moderat Aufgrund von schwerwiegendem Risiko für Bias <sup>2</sup>	
Zufriedenheit und Akzeptanz der Behandlung (vorzeitiger Abbruch der Studie) – Follow-up: 8-12 Wochen	Relatives Risiko: 1.18 (CI 95% 0.38 - 3.63) Basierend auf Daten von 354 Patienten und 3 Studien <sup>3</sup>	23 pro 1000	27 pro 1000  Differenz: 4 mehr pro 1000 (CI 95% 14 weniger - 60 mehr)	Sehr niedrig Aufgrund von schwerwiegendem Risiko für Bias, Aufgrund von sehr schwerwiegender unzureichender Präzision <sup>4</sup>	
Kognitive Leistungsfähigkeit – Verschlechterung des Gedächtnisses – Follow-up: 3-4 Wochen	Relatives Risiko: 27.0 (CI 95% 1.67 - 437.68) Basierend auf Daten von 72 Patienten und 1 Studien <sup>5</sup>	pro 1000	pro 1000  Differenz: weniger pro 1000	Sehr niedrig Aufgrund von schwerwiegendem Risiko für Bias, Aufgrund von schwerwiegender Indirektheit, Aufgrund von sehr schwerwiegender unzureichender Präzision <sup>6</sup>	
Mentale Verfassung – Gesamtpunktzahl (BPRS, hoch = schlecht) - Follow-up: 8-12 Wochen	Gemessen mit: Skala: - Basierend auf Daten von 345 Patienten und 2 Studien <sup>7</sup>		Differenz: MD 11.18 kleiner (CI 95% 12.61 kleiner - 9.76 kleiner)	Niedrig Aufgrund von schwerwiegendem Risiko für Bias, Aufgrund von schwerwiegender Indirektheit <sup>8</sup>	
Allgemeine Funktionsfähigkeit – Gesamtpunktzahl (GAF, hoch = gut) - Follow-up: 12-26 Wochen	Gemessen mit: Skala: - Basierend auf Daten von 97 Patienten und 2 Studien <sup>9</sup>		Differenz: MD 10.66 Größer (CI 95% 6.98 Größer - 14.34 Größer)	Sehr niedrig Aufgrund von schwerwiegendem Risiko für Bias, Aufgrund von schwerwiegender Indirektheit, Aufgrund von schwerwiegender Inkonsistenz, Aufgrund von schwerwiegender unzureichender Präzision <sup>10</sup>	

1) Systematic review [211] . **Baseline/Vergleichsintervention** Kontrollarm aus der Referenz für Interventionsarm .

2) **Risiko für Bias: schwerwiegend.** Hohes Risiko für Verzerrungen hinsichtlich der Verblindung von Teilnehmern und Personal;

3) Systematic review [211] . **Baseline/Vergleichsintervention** Kontrollarm aus der Referenz für Interventionsarm .

4) **Risiko für Bias: schwerwiegend.** Hohes Risiko für Verzerrungen hinsichtlich der Verblindung von Teilnehmern und Personal; **Unzureichende Präzision: sehr schwerwiegend.** Geringe Ereignisrate;

5) Systematic review [211] mit eingeschlossenen Studien: Wang 2013 **Baseline/Vergleichsintervention** Systematic review .

- 6) **Risiko für Bias: schwerwiegend.** Hohes Risiko für Verzerrungen hinsichtlich der Verblindung von Teilnehmern und Personal; **Indirektheit: schwerwiegend.** Die Skalenwerte wurden als Surrogatindex für das beabsichtigte Outcome verwendet; **Unzureichende Präzision: sehr schwerwiegend.** Geringe Ereignisrate;
- 7) Systematic review [211] . **Baseline/Vergleichsintervention** Kontrollarm aus der Referenz für Interventionsarm .
- 8) **Risiko für Bias: schwerwiegend.** Hohes Risiko für Verzerrungen hinsichtlich der Verblindung von Teilnehmern und Personal; **Indirektheit: schwerwiegend.** Die Skalenwerte wurden als Surrogatindex für das angestrebte Outcome verwendet.;
- 9) Systematic review [211] . **Baseline/Vergleichsintervention** Kontrollarm aus der Referenz für Interventionsarm .
- 10) **Risiko für Bias: schwerwiegend.** Hohes Risiko für Verzerrungen hinsichtlich der Verblindung von Teilnehmern und Personal.; **Inkonsistenz: schwerwiegend.** Hohe Heterogenität; **Indirektheit: schwerwiegend.** Die Skalenwerte wurden als Surrogatindex für das angestrebte Outcome verwendet.; **Unzureichende Präzision: schwerwiegend.** Geringe Stichprobengröße;

### Referenzen

[211] Sinclair DJ, Zhao S, Qi F, Nyakyoma K, Kwong JS, Adams CE : Electroconvulsive therapy for treatment-resistant schizophrenia. The Cochrane database of systematic reviews 2019;3(3):CD011847

### Empfehlung 57a

Population: Patienten mit Schizophrenie

Intervention: E57a Psychoedukation mit Angehörigen

Vergleichsintervention: Standardbehandlung

Endpunkt Zeitraum	Ergebnisse und Messwerte	Absolute Effektschätzer		Vertrauenswürdigkeit der Evidenz (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	Zusammenfassung
		Standardbehandlung	Psychoedukation mit Angehörigen		
Rückfall 12 Monate	Odds ratio: 0.56 (CI 95% 0.39 - 0.82) Basierend auf Daten von 945 Patienten und 9 Studien <sup>1</sup>	35 pro 100	23 pro 100  Differenz: 12 weniger pro 100 (CI 95% 21 weniger - 6 weniger)	Moderat Aufgrund von schwerwiegendem Risiko für Bias <sup>2</sup>	

1) Systematic review [213] . **Baseline/Vergleichsintervention** Systematic review [213] .

2) **Risiko für Bias: schwerwiegend.** Abweichungen von geplanten Interventionen, Fehlende Ergebnisdaten;

### Referenzen

[213] Bighelli I, Rodolico A, García-Mieres H, Pitschel-Walz G, Hansen W-P, Schneider-Thoma J, Sifakis S, Wu H, Wang D, Salanti G, Furukawa TA, Barbui C, Leucht S : Psycho-social and psychological interventions for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. The Lancet. Psychiatry 2021;8(11):969-980

### Empfehlung 57a+b

Population: Menschen mit Schizophrenie

Intervention: E57ab Psychoedukation

## Vergleichsintervention: Standardbehandlung

Endpunkt Zeitraumen	Ergebnisse und Messwerte	Absolute Effektschätzer		Vertrauenswürdigkeit der Evidenz (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	Zusammenfassung
		Standardbehandlung	E59 Psychoedukation		
Rückfall 12 Monate	Odds ratio: 0.63 (CI 95% 0.42 - 0.94) Basierend auf Daten von 616 Patienten und 5 Studien <sup>1</sup>	35 pro 100	25 pro 100	Moderat Aufgrund von schwerwiegendem Risiko für Bias <sup>2</sup>	
		Differenz: 10 weniger pro 100 (CI 95% 20 weniger - 2 weniger)			

1) Systematic review [213] . **Baseline/Vergleichsintervention** Kontrollarm aus der Referenz für Interventionsarm .

2) **Risiko für Bias: schwerwiegend.** Abweichungen von geplanten Interventionen, Fehlende Ergebnisdaten;

Population: Patienten mit Schizophrenie

Intervention: E57ab Psychoedukation

Vergleichsintervention: Standardbehandlung

Endpunkt Zeitraumen	Ergebnisse und Messwerte	Absolute Effektschätzer		Vertrauenswürdigkeit der Evidenz (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	Zusammenfassung
		Standardbehandlung	Psychoedukation		
Rückfall mittelfristig	Relatives Risiko: 0.7 (CI 95% 0.61 - 0.81) Basierend auf Daten von 1214 Patienten und 11 Studien <sup>1</sup>	379 pro 1000	265 pro 1000		Intervention: Psychoedukation; Kontrolle: Standardbehandlung; Mit Psychoedukation kommt es mittelfristig bei 27% zu einem Rückfall gegenüber 38% bei Standardbehandlung.
medikamentöse Adhärenz kurzfristig	Relatives Risiko: 1.12 (CI 95% 1.07 - 1.17) Basierend auf Daten von 1400 Patienten und 10 Studien	801 pro 1000	897 pro 1000		Intervention: Psychoedukation; Kontrolle: Standardbehandlung; Mit Psychoedukation liegt die medikamentöse Adhärenz bei 90% gegenüber 80% mit Standardbehandlung.
Verbessertes Wissensniveau	Relatives Risiko: 1.76 (CI 95% 1.47 - 2.11)	537 pro 1000	945 pro 1000		Intervention: Psychoedukation; Kontrolle:

	Basierend auf Daten von 216 Patienten und 2 Studien	Differenz: 408 mehr pro 1000 (CI 95% 252 mehr - 596 mehr)		Standardbehandlung; Psychoedukation führt bei 95% zu einem verbesserten Wissensniveau gegenüber 54% mit Standardbehandlung.
Klinisch signifikante Verbesserung des Allgemeinzustands kurzfristig	Relatives Risiko: 1.13 (CI 95% 1.0 - 1.29) Basierend auf Daten von 208 Patienten und 2 Studien	770 pro 1000  Differenz: 100 mehr pro 1000 (CI 95% 0 weniger - 223 mehr)	870 pro 1000	Intervention: Psychoedukation; Kontrolle: Standardbehandlung; Psychoedukation führt bei 87% zu einem klinisch signifikant verbesserten Allgemeinzustand, mit Standardbehandlung sind es 77%. Das Ergebnis ist gerade nicht mehr signifikant.

1) Systematic review [17] mit eingeschlossenen Studien: Brief - Group 1995a, Brief - Group 1999, Standard - Unclear 2005, Standard - Unclear 2006, Unclear - Both 2007, Unclear - Both 2008, Brief - Group 2007, Standard - Group 1988, Standard - Individual 03c, Standard - Unclear 1996, Standard - Both 2008b **Baseline/Vergleichsintervention** Kontrollarm aus der Referenz für Interventionsarm .

## Referenzen

[17] Xia J, et al : Psychoeducation for schizophrenia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011; (6):CD002831

## Empfehlung 58

Population: Patienten mit Schizophrenie

Intervention: E58 Spezifische KVT

Vergleichsintervention: Standardbehandlung

Endpunkt Zeitraum	Ergebnisse und Messwerte	Absolute Effektschätzer		Vertrauenswürdigkeit der Evidenz (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	Zusammenfassung
		Standardbehandlung	Spezifische KVT		
Positivsymptome 2 Jahre	Gemessen mit: BRPS&#x2F;PANSS&#x2F;SAPS Skala: - Niedriger ist besser Basierend auf Daten von 442 Patienten und 3 Studien	Mittelwert  Differenz: SMD 0.60 kleiner (CI 95% 0.79 kleiner - 0.41 kleiner)	Mittelwert		Intervention: KVT, Kontrolle: Standardbehandlung; Bei Patienten mit einer ersten psychotischen Episode führt KVT zu um 0.60 SMD geringerer Positivsymptomatik im 2-Jahres-Follow-up (0.2 SMD kleiner Effekt, 0.5 SMD

				mittlerer Effekt, 0.8 SMD großer Effekt).
Negativsymptome	Gemessen mit: BRPS&#x2F;PANSS&#x2F;SAPS Skala: - Niedriger ist besser Basierend auf Daten von 442 Patienten und 3 Studien	Mittelwert	Mittelwert	Intervention: KVT; Kontrolle: Standardbehandlung; Bei Patienten mit einer ersten psychotischen Episode führt KVT zu einer um 0.45 SMD geringeren Negativsymptomatik im Zwei-Jahres-Follow-up (0.2 SMD kleiner Effekt, 0.5 SMD mittlerer Effekt, 0.8 SMD großer Effekt).
		Differenz: SMD 0.45 kleiner (CI 95% 0.80 kleiner - 0.09 kleiner)		

### Referenzen

[31] 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. The British journal of psychiatry : the journal of mental science 2010;197(5):350-6

### Empfehlung 59

Population: Patienten mit Schizophrenie

Intervention: E59 Kognitive Verhaltenstherapie (KVT)

Vergleichsintervention: Standardbehandlung

Endpunkt Zeitraumen	Ergebnisse und Messwerte	Absolute Effektschätzer		Vertrauenswürdigkeit der Evidenz (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	Zusammenfassung
		Standardbehandlung	Kognitive Verhaltenstherapie (KVT)		
Gesamtsymptomatik	Gemessen mit: PANSS, BPRS, CPRS, HPRS Skala: - Niedriger ist besser Basierend auf Daten von 2952 Patienten und 34 Studien	Mittelwert	Mittelwert		Intervention: KVT; Kontrolle: Standardbehandlung; Allgemeinsymptome sind mit KVT um 0.33 SMD geringer als in der Kontrollgruppe. (0.2 SMD kleiner Effekt, 0.5 SMD mittlerer Effekt, 0.8 SMD großer Effekt).
		Differenz: SMD 0.33 kleiner (CI 95% 0.47 kleiner - 0.19 kleiner)			
Positivsymptome		Mittelwert	Mittelwert		Intervention: KVT; Kontrolle: Standardbehandlung; Mit

	<p>Gemessen mit: PANSS&amp;#x2F;BPRS (positive Subskala) u.a. Skala: - Niedriger ist besser Basierend auf Daten von 2452 Patienten und 33 Studien</p>	<p>Differenz: SMD 0.25 kleiner (CI 95% 0.37 kleiner - 0.13 kleiner)</p>		<p>KVT sind die Positivsymptome um 0.25 SMD geringer als in der Kontrollgruppe (0.2 SMD kleiner Effekt, 0.5 SMD mittlerer Effekt, 0.8 SMD größer Effekt).</p>
Negativsymptome	<p>Gemessen mit: PANSS&amp;#x2F;BPRS negative Subskala u.a. Skala: - Niedriger ist besser Basierend auf Daten von 2356 Patienten und 34 Studien</p>	<p>Mittelwert                      Mittelwert</p> <p>Differenz: SMD 0.13 kleiner (CI 95% 0.25 kleiner - 0.01 kleiner)</p>		<p>Intervention: KVT; Kontrolle: Standardbehandlung; Mit KVT sind die Negativsymptome um 0.13 SMD geringer als in der Kontrollgruppe (0.2 SMD kleiner Effekt, 0.5 SMD mittlerer Effekt, 0.8 SMD größer Effekt).</p>

## Referenzen

[18] Jauhar S, McKenna PJ, Radua J, Fung E, Salvador R, Laws KR : Cognitive-behavioural therapy for the symptoms of schizophrenia: systematic review and meta-analysis with examination of potential bias. The British journal of psychiatry : the journal of mental science 2014;204(1):20-9

## Empfehlung 60

Population: Patienten mit Schizophrenie

Intervention: E60 ≥20 Sitzungen KVT oder ≤16 Sitzungen KVT

Vergleichsintervention: Standardbehandlung

Endpunkt Zeitraumen	Ergebnisse und Messwerte	Absolute Effektschätzer		Vertrauenswürdigkeit der Evidenz (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	Zusammenfassung
		Standardbehand- lung	≥20 Sitzungen KVT oder ≤16 Sitzungen KVT		
Gesamtsymptomatik (≤16 Sitzungen KVT)	<p>Gemessen mit: BPRS&amp;#x2F;CPRS&amp;#x2F;PANSS Skala: - Niedriger ist besser Basierend auf Daten von 211 Pa- tienten und 3 Studien</p>	Mittelwert	Mittelwert		<p>Intervention: ≤16 Sitzungen KVT; Kontrolle: Standardbe- handlung; Bei einer Anzahl von ≤16 Sitzungen KVT sind die Allgemeinsymptome in der Interventionsgruppe um 0.07 SMD geringer als in der Kontrollgruppe. Dies stellt keinen signifikanten</p>

				Unterschied dar (0.2 SMD kleiner Effekt, 0.5 SMD mittlerer Effekt, 0.8 SMD großer Effekt).
Gesamtsymptomatik (≥20 Sitzungen KVT)	Gemessen mit: BPRS&#x2F;CPRS&#x2F;PANSS Skala: - Niedriger ist besser Basierend auf Daten von 326 Patienten und 5 Studien	Mittelwert  Differenz: SMD 0.30 kleiner (CI 95% 0.52 kleiner - 0.08 kleiner)	Mittelwert	Intervention: ≥20 Sitzungen KVT; Kontrolle: Standardbehandlung; Bei einer Anzahl von ≥20 Sitzungen KVT sind die Allgemeinsymptome um 0.30 SMD geringer als in der Kontrollgruppe (0.2 SMD geringer Effekt, 0.5 SMD mittlerer Effekt, 0.8 SMD großer Effekt).
Negativsymptome (≤16 Sitzungen KVT)	Gemessen mit: PANSS negative Subskala&#x2F;SANS Skala: - Niedriger ist besser Basierend auf Daten von 211 Patienten und 3 Studien	Mittelwert  Differenz: SMD 0.17 Größer (CI 95% 0.10 kleiner - 0.45 Größer)	Mittelwert	Intervention: ≤16 Sitzungen KVT; Kontrolle: Standardbehandlung; Bei einer Anzahl von ≤16 Sitzungen KVT sind die Negativsymptome um 0.17 SMD höher als in der Kontrollgruppe. Dies stellt keinen signifikanten Unterschied dar (0.2 SMD kleiner Effekt, 0.5 SMD mittlerer Effekt, 0.8 SMD großer Effekt).
Negativsymptome (≥20 Sitzungen KVT)	Gemessen mit: PANSS negative Subskala&#x2F;SANS Skala: - Niedriger ist besser Basierend auf Daten von 250 Patienten und 5 Studien	Mittelwert  Differenz: SMD 0.32 kleiner (CI 95% 0.57 kleiner - 0.07 kleiner)	Mittelwert	Intervention: ≥20 Sitzungen KVT; Kontrolle: Standardbehandlung; Bei ≥20 Sitzungen KVT sind die Negativsymptome um 0.32 SMD geringer als in der Kontrollgruppe (0.2 SMD kleiner Effekt, 0.5 SMD mittlerer Effekt, 0.8 SMD großer Effekt).

## Referenzen

[32] Sarin F, Wallin L, Widerlöv B : Cognitive behavior therapy for schizophrenia: a meta-analytical review of randomized controlled trials. Nordic journal of psychiatry 2011;65(3):162-74

## Empfehlung 62



Population: Menschen mit Schizophrenie

Intervention: E62 KVT ohne Antipsychotika

Vergleichsintervention: Keine spezifische Behandlung

Endpunkt Zeitraumen	Ergebnisse und Messwerte	Absolute Effektschätzer		Vertrauenswürdigkeit der Evidenz (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	Zusammenfassung
		Keine spezifische Behandlung	KVT ohne Antipsy- chotika		
Rückfall/Exazerbation der Psychose > 12 Monate	Relatives Risiko: 0.5 (CI 95% 0.05 - 5.28) Basierend auf Daten von 74 Pa- tienten und 1 Studien <sup>1</sup>	54 pro 1000  Differenz: 27 weniger pro 1000 (CI 95% 51 weniger - 231 mehr)	27 pro 1000	Niedrig Aufgrund von sehr schwerwiegender un- zureichender Präzision <sup>2</sup>	
Vorzeitiger Studienab- bruch (jeglicher Grund) < 12 Monate	Relatives Risiko: 0.8 (CI 95% 0.23 - 2.75) Basierend auf Daten von 74 Pa- tienten und 1 Studien <sup>3</sup>	135 pro 1000  Differenz: 27 weniger pro 1000 (CI 95% 104 weniger - 236 mehr)	108 pro 1000	Niedrig Aufgrund von sehr schwerwiegender un- zureichender Präzision <sup>4</sup>	
Allgemeine psychische Verfassung < 12 Monate	Gemessen mit: PANSS Ge- samtwert Skala: - Niedriger ist besser Basierend auf Daten von 39 Pa- tienten und 1 Studien	Mittelwert  Differenz: MD 9.77 kleiner (CI 95% 20.59 kleiner - 1.05 Größer)	Mittelwert	Niedrig Aufgrund von sehr schwerwiegender un- zureichender Präzision <sup>5</sup>	
Funktionalität < 12 Monate	Gemessen mit: PSP Skala: - Höher ist besser Basierend auf Daten von 40 Pa- tienten und 1 Studien <sup>6</sup>	Mittelwert  Differenz: MD 12.42 kleiner (CI 95% 22.75 kleiner - 2.09 kleiner)	Mittelwert	Niedrig Aufgrund von sehr schwerwiegender un- zureichender Präzision <sup>7</sup>	

1) Systematic review [213] . **Baseline/Vergleichsintervention** Kontrollarm aus der Referenz für Interventionsarm .

2) **Unzureichende Präzision: sehr schwerwiegend.** Unzureichende Datenmenge (weniger als 1000 Teilnehmer für ein kontinuierliches Outcome) und das KI umfasst sowohl bessere Ergebnisse für CBT ohne Antipsychotika als auch nahezu keine Unterschiede.;

3) Systematic review [213] . **Baseline/Vergleichsintervention** Kontrollarm aus der Referenz für Interventionsarm .

4) **Unzureichende Präzision: sehr schwerwiegend.** Unzureichende Datenmenge (weniger als 1000 Teilnehmer für ein kontinuierliches Outcome) und das KI umfasst sowohl bessere Ergebnisse für CBT ohne Antipsychotika als auch nahezu keine Unterschiede.;

5) **Unzureichende Präzision: sehr schwerwiegend.** Unzureichende Datenmenge (weniger als 800 Teilnehmer für ein kontinuierliches Outcome) und das KI umfasst sowohl bessere Ergebnisse für CBT ohne Antipsychotika als auch nahezu keine Unterschiede.;

6) Systematic review [213] . **Baseline/Vergleichsintervention** Kontrollarm aus der Referenz für Interventionsarm .

- 7) **Unzureichende Präzision: sehr schwerwiegend.** Unzureichende Datenmenge (weniger als 800 Teilnehmer für ein kontinuierliches Outcome) und das KI umfasst sowohl bessere Ergebnisse für CBT ohne Antipsychotika als auch nahezu keine Unterschiede.;

#### Referenzen

[213] Bighelli I, Rodolico A, García-Mieres H, Pitschel-Walz G, Hansen W-P, Schneider-Thoma J, Sifakis S, Wu H, Wang D, Salanti G, Furukawa TA, Barbui C, Leucht S : Psycho-social and psychological interventions for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. The lancet. Psychiatry 2021;8(11):969-980

#### Empfehlung 64

Population: Patienten mit Schizophrenie

Intervention: E64 Metakognitives Training

Vergleichsintervention: Standardbehandlung

Endpunkt Zeitraum	Ergebnisse und Messwerte	Absolute Effektschätzer		Vertrauenswürdigkeit der Evidenz (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	Zusammenfassung
		Standardbehandlung	Metakognitives Training		
Positivsymptome 2 Wochen - 6 Monate	Gemessen mit: PANSS positive Subskala Skala: 7 - 49 Niedriger ist bes- ser Basierend auf Daten von 511 Patienten und 11 Studien <sup>1</sup>	Mittelwert  Differenz: SMD 0.34 kleiner (CI 95% 0.53 kleiner - 0.15 kleiner)	Mittelwert		Intervention: Metakognitives Training; Kontrolle: Standard- behandlung; Mit Metakogniti- vem Training sind die Posi- tivsymptome um 0.34 SMD geringer gegenüber der Kon- trollgruppe (0.2 SMD kleiner Effekt, 0.5 SMD mittlerer Ef- fekt, 0.8 SMD großer Effekt).
Wahnvorstellungen 2 - 8 Wochen	Gemessen mit: PSY- RATS&#x2F;PDI-21 Skala: - Niedriger ist besser Basierend auf Daten von 702 Patienten und 11 Studien <sup>2</sup>	Mittelwert  Differenz: SMD 0.41 kleiner (CI 95% 0.74 kleiner - 0.07 kleiner)	Mittelwert		Intervention: Metakognitives Training; Kontrolle: Standard- behandlung; Metakognitives Training führt zu 0.41 SMD weniger Wahnvorstellungen als die Kontrolle (0.2 SMD kleiner Effekt, 0.5 SMD mitt- lerer Effekt, 0.8 SMD großer Effekt).
Subjektive Akzeptanz/Wirksamkeit der Behandlung	Gemessen mit: Skala: - Basierend auf Daten von 296 Patienten und 5 Studien	Mittelwert  Differenz: SMD 0.84 kleiner (CI 95% 1.37 kleiner - 0.31 kleiner)	Mittelwert		Intervention: Metakognitives Training; Kontrolle: Standard- behandlung; Metakognitives Training hat einen starken Ef- fekt auf die subjektive

			Akzeptanz/Wirksamkeit der Behandlung, SMD 0.84 (0.2 SMD kleiner Effekt, 0.5 SMD mittlerer Effekt, 0.8 SMD größer Effekt).
--	--	--	---

- 1) Systematic review [35] . **Baseline/Vergleichsintervention** Kontrollarm aus der Referenz für Interventionsarm .  
 2) Systematic review [35] . **Baseline/Vergleichsintervention** Kontrollarm aus der Referenz für Interventionsarm .

### Referenzen

[35] Eichner C, Berna F : Acceptance and Efficacy of Metacognitive Training (MCT) on Positive Symptoms and Delusions in Patients With Schizophrenia: A Meta-analysis Taking Into Account Important Moderators. Schizophrenia bulletin 2016;42(4):952-62

### Empfehlung 67

Population: Menschen mit Schizophrenie

Intervention: E67 Systemische Therapie

Vergleichsintervention: Standardbehandlung

Endpunkt Zeitraum	Ergebnisse und Messwerte	Absolute Effektschätzer		Vertrauenswürdigkeit der Evidenz (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	Zusammenfassung
		Standardbehandlung	Systemische Therapie		
Rückfall 12 Monate	Odds ratio: 0.33 (CI 95% 0.17 - 0.66) Basierend auf Daten von 248 Patienten und 4 Studien <sup>1</sup>	37 pro 100	16 pro 100	Niedrig Aufgrund von sehr schwerwiegenden Risiko für Bias <sup>2</sup>	
Gesamtsymptomatik	Gemessen mit: Skala: - Niedriger ist besser Basierend auf Daten von 133 Patienten und 1 Studien <sup>3</sup>	57.0 Mittelwert	46.8 Mittelwert		
Funktionsfähigkeit	Gemessen mit: Skala: - Niedriger ist besser Basierend auf Daten von 133 Patienten und 1 Studien	14.5 Mittelwert	6.70 Mittelwert		

- 1) Systematic review [215] . **Baseline/Vergleichsintervention** Systematic review [215] .

- 2) **Risiko für Bias: sehr schwerwiegend.** Within-study bias;

3) Systematic review [215] . **Baseline/Vergleichsintervention** Kontrollarm aus der Referenz für Interventionsarm .

#### Referenzen

[215] Rodolico A, Bighelli I, Avanzato C, Concerto C, Cutrufelli P, Mineo L, Schneider-Thoma J, Sifas 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. The lancet. Psychiatry 2022;9(3):211-221

Population: Patienten mit Schizophrenie

Intervention: E67 Antipsychotika + Systemische Therapie

Vergleichsintervention: Antipsychotika

Endpunkt Zeitraum	Ergebnisse und Messwerte	Absolute Effektschätzer		Vertrauenswürdigkeit der Evidenz (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	Zusammenfassung
		Antipsychotika	Antipsychotika + Systemische Therapie		
Verbesserung der Symptome der Schizo- phrenie am Ende der Behandlung	Gemessen mit: Skala: - Höher ist besser Basierend auf Daten von 468 Patienten und 6 Studien	Mittelwert	Mittelwert		Intervention: Antipsychotika + Systemische Therapie; Kon- trolle: Antipsychotika; Mit Systemischer Therapie sind die Symptome der Schizo- phrenie am Ende der Be- handlung um 0.69 SMD ver- bessert (0.2 SMD kleiner Ef- fekt, 0.5 SMD mittlerer Effekt, 0.8 SMD großer Effekt).
Verbesserung der Symptome der Schizo- phrenie (Follow-up 12- 24 Monate)	Gemessen mit: Skala: - Höher ist besser Basierend auf Daten von 100 Patienten und 2 Studien	Mittelwert	Mittelwert		Intervention: Antipsychotika + Systemische Therapie; Kon- trolle: Antipsychotika; Syste- mische führt im Follow-up von 12-24 Monaten zu um 0.69 SMD verbesserten Symptomen der Schizophre- nie (0.2 SMD kleiner Effekt, 0.5 SMD mittlerer Effekt, 0.8 SMD großer Effekt).

#### Referenzen

[37] Pinquart M, Oslejsek B, Teubert D : Efficacy of systemic therapy on adults with mental disorders: A meta-analysis. Psychotherapy research : journal of the Society for Psychotherapy Research 2016;26(2):241-57

**Empfehlung 68**

Population: Patienten mit Schizophrenie und einer ersten Episode

Intervention: E68 Spezifische Familientherapie

Vergleichsintervention: Standardbehandlung

Endpunkt Zeitraum	Ergebnisse und Messwerte	Absolute Effektschätzer		Vertrauenswürdigkeit der Evidenz (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	Zusammenfassung
		Standardbehandlung	Spezifische Familien- therapie		
Rückfall und Krank- hauseinweisung 1 Jahr	Relatives Risiko: 0.5 (CI 95% 0.32 - 0.8) Basierend auf Daten von 288 Patienten und 3 Studien	289 pro 1000	145 pro 1000  Differenz: 144 weniger pro 1000 (CI 95% 197 weniger - 58 weniger)		Intervention: Spezifische Fa- milientherapie; Kontrolle: Standardbehandlung; Famili- entherapie führt bei Patienten mit Schizophrenie und einer ersten Episode bei 15% zu einem Rückfall und Krank- hauseinweisung innerhalb ei- nes Jahres. Bei der Kontrolle sind es 29%.

**Referenzen**

[31] 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. The British journal of psychiatry : the journal of mental science 2010;197(5):350-6

**Empfehlung 69**

Population: Familien von Patienten mit Schizophrenie/schizoaffektiver Erkrankung

Intervention: E69 jegliche familienbasierte Interventionen (> 5 Sitzungen)

Vergleichsintervention: Standardbehandlung

Endpunkt Zeitraum	Ergebnisse und Messwerte	Absolute Effektschätzer		Vertrauenswürdigkeit der Evidenz (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	Zusammenfassung
		Standardbehandlung	jegliche familienba- sierte Interventionen (> 5 Sitzungen)		
Rückfall 12 Monate	Relatives Risiko: 0.55 (CI 95% 0.48 - 0.62)	344 pro 1000	189 pro 1000		Intervention: familienbasierte Intervention; Kontrolle:

	Basierend auf Daten von 2981 Patienten und 32 Studien	Differenz: 155 weniger pro 1000 (CI 95% 179 weniger - 131 weniger)		Standardtherapie; Familienbasierte Intervention führt mit 19% zu weniger Rückfällen innerhalb eines Jahres als bei der Kontrolle mit 34%.
Familie mit high expressed emotion	Relatives Risiko: 0.68 (CI 95% 0.54 - 0.86) Basierend auf Daten von 164 Patienten und 3 Studien	789 pro 1000 537 pro 1000  Differenz: 252 weniger pro 1000 (CI 95% 363 weniger - 110 weniger)		Intervention: familienbasierte Intervention; Kontrolle: Standardtherapie; Familienbasierte Intervention führt mit 54% zu weniger high expressed emotion als bei der Kontrolle mit 79%.
Krankenhauseinweisung 12 Monate	Relatives Risiko: 0.78 (CI 95% 0.63 - 0.98) Basierend auf Daten von 532 Patienten und 9 Studien	405 pro 1000 316 pro 1000  Differenz: 89 weniger pro 1000 (CI 95% 150 weniger - 8 weniger)		Intervention: familienbasierte Intervention; Kontrolle: Standardtherapie; Familienbasierte Intervention führt mit 32% zu weniger Krankenhauseinweisungen innerhalb eines Jahres als die Kontrolle mit 41%.
Besseres Zurechtkommen der Familie 6 Monate	Relatives Risiko: 2.42 (CI 95% 0.85 - 6.91) Basierend auf Daten von 63 Patienten und 1 Studien	129 pro 1000 312 pro 1000  Differenz: 183 mehr pro 1000 (CI 95% 19 weniger - 762 mehr)		Intervention: familienbasierte Intervention; Kontrolle: Standardtherapie; Familienbasierte Therapie führt bei 31% zu einem besseren Zurechtkommen der Familie gegenüber 13% bei der Standardtherapie. Das Ergebnis ist nicht statistisch signifikant, es besteht jedoch eine Tendenz in Richtung der familienbasierten Intervention.
Subjektiv verringerte Belastung 12 Monate	Relatives Risiko: 1.26 (CI 95% 0.89 - 1.79) Basierend auf Daten von 51 Patienten und 1 Studien	640 pro 1000 806 pro 1000  Differenz: 166 mehr pro 1000 (CI 95% 70 weniger - 506 mehr)		Intervention: familienbasierte Intervention; Kontrolle: Standardbehandlung; Familienbasierte Intervention führt bei 81% zu subjektiv verringerter Belastung, bei der Standardbehandlung sind es 64%. Das Ergebnis ist nicht

				statistisch signifikant, jedoch besteht eine Tendenz in Richtung familienbasierter Intervention.
Feindseligkeit	Relatives Risiko: 0.35 (CI 95% 0.18 - 0.66) Basierend auf Daten von 87 Patienten und 2 Studien <sup>1</sup>	558 pro 1000  Differenz: 363 weniger pro 1000 (CI 95% 458 weniger - 190 weniger)	195 pro 1000	Intervention: familienbasierte Intervention; Kontrolle: Standardbehandlung; Mit familienbasierter Intervention kommt es bei 20% zu Feindseligkeit in der Familie, bei der Kontrolle sind es 56%.

2. Systematic review [73] mit eingeschlossenen Studien: Tarrier 1988, Leff 2001 **Baseline/Vergleichsintervention** Kontrollarm aus der Referenz für Interventionsarm .

### Referenzen

[73] Pharoah F, Rathbone J, et al : Family intervention for schizophrenia. The Cochrane database of Systematic Reviews 2010; (12):CD000088

### Empfehlung 71a+b

Population: Patienten mit Schizophrenie

Intervention: E71 Training sozialer Fertigkeiten

Vergleichsintervention: Standardbehandlung

Endpunkt Zeitraum	Ergebnisse und Messwerte	Absolute Effektschätzer		Vertrauenswürdigkeit der Evidenz (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	Zusammenfassung
		Standardbehandlung	Training sozialer Fertigkeiten		
Rückfall Follow-up 6-12 Monate	Relatives Risiko: 0.52 (CI 95% 0.34 - 0.79) Basierend auf Daten von 263 Patienten und 2 Studien <sup>1</sup>	351 pro 1000  Differenz: 168 weniger pro 1000 (CI 95% 232 weniger - 74 weniger)	183 pro 1000		Intervention: Soziale Fertigkeiten Training; Kontrolle: Standardbehandlung; Mit Soziale Fertigkeiten Training kommt es bei 18% zu einem Rückfall, mit Standardtherapie bei 35%.
Soziales Funktionsniveau	Gemessen mit: SAD (Social avoidance and disability scale) Skala: - Niedriger ist besser Basierend auf Daten von 143 Patienten und 1 Studien <sup>2</sup>	25 Mittelwert  Differenz: MD 16 kleiner (CI 95% 17.04 kleiner - 14.96 kleiner)	9 Mittelwert		Intervention: Soziale Fertigkeiten Training; Kontrolle: Standardbehandlung; Soziale Fertigkeiten Training führt zu einem verbesserten sozialen Funktionsniveau auf der SAD-Skala. Die SAD-Skala

				ist eine aus 28 Fragen bestehende Selbsteinschätzungs-Skala, die verschiedene Aspekte von sozialen Sorgen misst, darunter Disstress, Unbehagen, Angst, Sorge und die Vermeidung sozialer Situationen.
Negativsymptome	Gemessen mit: SANS Skala: - Niedriger ist besser Basierend auf Daten von 187 Patienten und 2 Studien	32.02 Mittelwert	22.76 Mittelwert	Intervention: Soziale Fertigkeiten Training; Kontrolle: Standardbehandlung; Soziale Fertigkeiten Training führt zu weniger Negativsymptomen, der mittlere Wert auf der SANS Skala ist um 8.98 geringer.

3. Systematic review [75] mit eingeschlossenen Studien: Ma 2003, Saren 2004 **Baseline/Vergleichsintervention** Kontrollarm aus der Referenz für Interventionsarm .

4. Systematic review [75] mit eingeschlossenen Studien: Saren 2004 **Baseline/Vergleichsintervention** Kontrollarm aus der Referenz für Interventionsarm .

#### Referenzen

[74] Almerie MQ, Okba Al Marhi M, Jawoosh M, Alsabbagh M, Matar HE, Maayan N, Bergman H : Social skills programmes for schizophrenia. The Cochrane database of systematic reviews 2015;(6):CD009006

[75] Almerie MQ, Obka Al Marhi M, et al : Social skills programmes for schizophrenia. The Cochrane database of Systematic Reviews 2015; (6):CD009006

#### Empfehlung 72

Population: Patienten mit Schizophrenie

Intervention: E72 kognitive Remediation

Vergleichsintervention: Standardtherapie

Endpunkt Zeitrahmen	Ergebnisse und Messwerte	Absolute Effektschätzer		Vertrauenswürdigkeit der Evidenz (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	Zusammenfassung
		Standardtherapie	kognitive Remediation		
kognitive Leistungsfähigkeit	Gemessen mit: Skala: - Höher ist besser Basierend auf Daten von 1982 Patienten und 38 Studien	Mittelwert	Mittelwert		Intervention: kognitive Remediation; Kontrolle: Standardbehandlung; Die kognitive Leistungsfähigkeit ist mit kognitiver Remediation um 0.45 SMD höher (0.2 SMD kleiner)



				Effekt, 0.5 SMD mittlerer Effekt, 0.8 SMD großer Effekt).
Aufmerksamkeit/ Wachsamkeit	Gemessen mit: Skala: - Höher ist besser Basierend auf Daten von 901 Patienten und 16 Studien	Mittelwert  Differenz: SMD 0.25 Größer (CI 95% 0.08 Größer - 0.42 Größer)	Mittelwert	Intervention: kognitive Remediation; Kontrolle: Standardbehandlung; Die Aufmerksamkeit/Wachheit ist mit kognitiver Remediation um 0.25 SMD höher als mit Standardbehandlung (0.2 SMD kleiner Effekt, 0.5 SMD mittlerer Effekt, 0.8 SMD großer Effekt).
Soziale Kognition	Gemessen mit: Skala: - Höher ist besser Basierend auf Daten von 539 Patienten und 7 Studien	Mittelwert  Differenz: SMD 0.65 Größer (CI 95% 0.33 Größer - 0.97 Größer)	Mittelwert	Intervention: kognitive Remediation; Kontrolle: Standardbehandlung; Kognitive Remediation führt zu um 0.65 SMD erhöhter sozialer Kognition (0.2 SMD kleiner Effekt, 0.5 SMD mittlerer Effekt, 0.8 SMD großer Effekt).
Verarbeitungsgeschwindigkeit	Gemessen mit: Skala: - Höher ist besser Basierend auf Daten von 1332 Patienten und 24 Studien	Mittelwert  Differenz: SMD 0.26 Größer (CI 95% 0.07 Größer - 0.45 Größer)	Mittelwert	Intervention: kognitive Remediation; Kontrolle: Standardbehandlung; Die Verarbeitungsgeschwindigkeit liegt mit kognitiver Remediation um 0.26 SMD höher als mit Standardbehandlung (0.2 SMD kleiner Effekt, 0.5 SMD mittlerer Effekt, 0.8 SMD großer Effekt).
Verbales Lernen und Gedächtnis	Gemessen mit: Skala: - Höher ist besser Basierend auf Daten von 1346 Patienten und 23 Studien	Mittelwert  Differenz: SMD 0.41 Größer (CI 95% 0.27 Größer - 0.55 Größer)	Mittelwert	Intervention: kognitive Remediation; Kontrolle: Standardbehandlung; Mit kognitiver Remediation ist das verbale Lernen und Gedächtnis um 0.41 SMD höher als mit Standardbehandlung (0.2 SMD kleiner Effekt, 0.5 SMD mittlerer Effekt, 0.8 SMD großer Effekt).

Logisches Denken/ Lösen von Problemen	Gemessen mit: Skala: - Höher ist besser Basierend auf Daten von 1389 Patienten und 25 Studien	Mittelwert  Differenz: SMD 0.57 Größer (CI 95% 0.22 Größer - 0.92 Größer)		Intervention: kognitive Remediation; Kontrolle: Standardbehandlung; Kognitive Remediation führt zu um 0.57 SMD verbessertem logischen Denken/Lösen von Problemen als die Standardbehandlung (0.2 SMD kleiner Effekt, 0.5 SMD mittlerer Effekt, 0.8 SMD großer Effekt).
---------------------------------------	---	--	--	--

### Referenzen

[139] Wykes T, Huddy V, Cellard C, McGurk SR, Czobor P : A meta-analysis of cognitive remediation for schizophrenia: methodology and effect sizes. The American journal of psychiatry 2011;168(5):472-85

### Empfehlung 77

Population: Menschen mit Schizophrenie

Intervention: E77 Achtsamkeitsbasierte Verfahren

Vergleichsintervention: Standardbehandlung

Endpunkt Zeitraum	Ergebnisse und Messwerte	Absolute Effektschätzer		Vertrauenswürdigkeit der Evidenz (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	Zusammenfassung
		Standardbehandlung	Achtsamkeitsbasierte Verfahren		
Psychotische Symptomatik	Gemessen mit: PANSS, BPRS Skala: - Niedriger ist besser Basierend auf Daten von 814 Patienten und 9 Studien <sup>1</sup>	Mittelwert  Differenz: SMD 1.08 kleiner (CI 95% 1.23 kleiner - 0.98 kleiner)	Mittelwert	Moderat Aufgrund von schwerwiegender Inkonsistenz <sup>2</sup>	
Psychosoziales Funktionsniveau	Gemessen mit: SLOF, FROGS Skala: - Höher ist besser Basierend auf Daten von 740 Patienten und 7 Studien <sup>3</sup>	Mittelwert  Differenz: SMD 1.38 Größer (CI 95% 1.21 Größer - 1.55 Größer)	Mittelwert	Niedrig Aufgrund von schwerwiegendem Inkonsistenz, Andere: Mehrere Publikationen eines Autors <sup>4</sup>	

Krankheitseinsicht	Gemessen mit: ITAQ, BCIS Skala: - Höher ist besser Basierend auf Daten von 744 Patienten und 8 Studien <sup>5</sup>	Mittelwert  Differenz: SMD 1.10 Größer (CI 95% 0.94 Größer - 1.25 Größer)	Mittelwert  Moderat Aufgrund von schwerwiegender inkonsistenz <sup>6</sup>	
Achtsamkeit	Gemessen mit: SMQ, FFMQ Skala: - Höher ist besser Basierend auf Daten von 186 Patienten und 5 Studien	Mittelwert  Differenz: SMD 0.83 Größer (CI 95% 0.52 Größer - 1.14 Größer)	Mittelwert  Moderat Aufgrund von schwerwiegender unzureichender Präzision <sup>7</sup>	

- 1) Systematic review [214] . **Baseline/Vergleichsintervention** Kontrollarm aus der Referenz für Interventionsarm .
- 2) **Inkonsistenz: schwerwiegend.** The magnitude of statistical heterogeneity was high, with I<sup>2</sup>: 94.4 %;
- 3) Systematic review [214] . **Baseline/Vergleichsintervention** Kontrollarm aus der Referenz für Interventionsarm .
- 4) **Inkonsistenz: schwerwiegend.** The magnitude of statistical heterogeneity was high, with I<sup>2</sup>: 95.8 %;
- 5) Systematic review [214] . **Baseline/Vergleichsintervention** Kontrollarm aus der Referenz für Interventionsarm .
- 6) **Inkonsistenz: schwerwiegend.** The magnitude of statistical heterogeneity was high, with I<sup>2</sup>: 89.9 %;
- 7) **Unzureichende Präzision: schwerwiegend.** Wenige Teilnehmer (100-300);

#### Referenzen

[214] Qin K, Yu Y, Cai H, Li J, Zeng J, Liang H : Effectiveness of mindfulness-based intervention in schizophrenia: A meta-analysis of randomized controlled trials. Psychiatry research 2024;334:115808

#### Empfehlung 79

Population: Menschen mit Schizophrenie

Intervention: E79 Acceptance and Commitment Therapy

Vergleichsintervention: Standardbehandlung, Warteliste

Endpunkt Zeitraum	Ergebnisse und Messwerte	Absolute Effektschätzer		Vertrauenswürdigkeit der Evidenz (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	Zusammenfassung
		Standardbehand- lung, Warteliste	ACT		
Psychotische Symptomatik	Gemessen mit: Skala: - Niedriger ist besser Basierend auf Daten von 274 Patienten und 6 Studien <sup>1</sup>	Mittelwert  Differenz: SMD 0.21 kleiner (CI 95% 0.60 kleiner - 0.18 Größer)	Mittelwert	Sehr niedrig Aufgrund von schwerwiegendem Risiko für Bias, Aufgrund von schwerwiegendem Publikationsbias, Aufgrund von schwerwiegender Inkonsistenz, Aufgrund von schwerwiegender Indirektheit <sup>2</sup>	

- 1) Systematic review [216] . **Baseline/Vergleichsintervention** Kontrollarm aus der Referenz für Interventionsarm .

- 2) **Risiko für Bias: schwerwiegend.** Selektive Berichterstattung; **Inkonsistenz: schwerwiegend.** The direction of the effect is not consistent between the included studies; **Indirektheit: schwerwiegend.** Unterschiede zwischen der relevanten und der eingeschlossenen Population; **Publikationsbias: schwerwiegend.** Diese Veröffentlichungsbias wird durch Recherche der Autoren in Studienregistern bestätigt, in denen sieben Studien trotz des seit ihrer Registrierung bereits beträchtlichen Zeitablaufs noch immer nicht veröffentlicht waren.;

#### Referenzen

[216] Brown E, Shrestha M, Gray R : The safety and efficacy of acceptance and commitment therapy against psychotic symptomatology: a systematic review and meta-analysis. Revista brasileira de psiquiatria (Sao Paulo, Brazil : 1999) 2021;43(3):324-336

#### Empfehlung 84a

Population: Patienten mit einer psychischen Erkrankung

Intervention: E84a Vorausverfügungen (Behandlungsvereinbarung, Krisenplan)

Vergleichsintervention: Standardbehandlung

Endpunkt Zeitraumen	Ergebnisse und Messwerte	Absolute Effektschätzer		Vertrauenswürdigkeit der Evidenz (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	Zusammenfassung
		Standardbehandlung	Vorausverfügungen (Behandlungsvereinbarung, Krisenplan)		
Zwangseinweisung 12-18 Monate	Relatives Risiko: 0.77 (CI 95% 0.6 - 0.98) Basierend auf Daten von 1102 Patienten und 4 Studien	220 pro 1000	169 pro 1000		Intervention: Vorausverfügungen (Behandlungsvereinbarung, Krisenpläne); Kontrolle: Standardbehandlung; Mit Vorausverfügungen kommt es bei 17% zu Zwangseinweisungen gegenüber 22% bei der Kontrolle. Das bedeutet eine relative Risikoreduktion von 23%.

#### Referenzen

[40] de Jong MH, Kamperman AM, Oorschot M, Priebe S, Bramer W, van de Sande R, Van Gool AR, Mulder CL : Interventions to Reduce Compulsory Psychiatric Admissions: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA psychiatry 2016;73(7):657-64

#### Empfehlung 88

Population: Patienten mit psychose-induzierter Aggression oder Agitation

Intervention: E88 Benzodiazepine

## Vergleichsintervention: Antipsychotika

Endpunkt Zeitrahmen	Ergebnisse und Messwerte	Absolute Effektschätzer		Vertrauenswürdigkeit der Evidenz (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	Zusammenfassung
		Antipsychotika	Benzodiazepine		
Sedierung (versus Haloperidol) 16 Stunden	Relatives Risiko: 1.13 (CI 95% 0.83 - 1.54) Basierend auf Daten von 434 Patienten und 8 Studien <sup>1</sup>	227 pro 1000  Differenz: 30 mehr pro 1000 (CI 95% 39 weniger - 123 mehr)	257 pro 1000		Intervention: Benzodiazepine; Kontrolle: Haloperidol; Es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen Haloperidol und Benzodiazepin bzgl. Sedierung.
Extrapyramidale Symptome (versus Haloperidol) 21 Stunden	Relatives Risiko: 0.16 (CI 95% 0.06 - 0.39) Basierend auf Daten von 536 Patienten und 8 Studien <sup>2</sup>	111 pro 1000  Differenz: 93 weniger pro 1000 (CI 95% 104 weniger - 68 weniger)	18 pro 1000		Intervention: Benzodiazepine; Kontrolle: Haloperidol; Haloperidol führt mit 11% zu signifikant mehr extrapyramidalen Symptomen als bei Benzodiazepinen mit 2%.
Verbesserung Gesamtsymptomatik (versus Olanzapin) 24 Stunden	Relatives Risiko: 0.73 (CI 95% 0.48 - 1.11) Basierend auf Daten von 150 Patienten und 1 Studien <sup>3</sup>	485 pro 1000  Differenz: 131 weniger pro 1000 (CI 95% 252 weniger - 53 mehr)	354 pro 1000		Intervention: Benzodiazepine; Kontrolle: Olanzapin; Bzgl. der Verbesserung der Gesamtsymptomatik (gemessen mit PANSS-EC = PANSS-Excited Component) gibt es zwischen Intervention und Kontrolle keinen signifikanten Unterschied.
Verbesserung Gesamtsymptomatik (versus Haloperidol) 24 Stunden	Relatives Risiko: 1.21 (CI 95% 0.86 - 1.69) Basierend auf Daten von 188 Patienten und 5 Studien	381 pro 1000  Differenz: 80 mehr pro 1000 (CI 95% 53 weniger - 263 mehr)	461 pro 1000		Intervention: Benzodiazepine; Kontrolle: Haloperidol; Bzgl. der Verbesserung der Gesamtsymptomatik (gemessen mit PANSS-EC = PANSS-Excited Component) gibt es zwischen Intervention und Kontrolle keinen signifikanten Unterschied.

- 1) Systematic review [77] mit eingeschlossenen Studien: Lorazepam 1991, USA, Diazepam 1979, IL, Flunitrazepam 1999, IL, Lorazepam 2001, RO and USA, Lorazepam 1997a, USA, Lorazepam 1997b, USA, Clonazepam 1993, CA, Lorazepam 1989, USA **Baseline/Vergleichsintervention** Kontrollarm aus der Referenz für Interventionsarm .
- 2) Systematic review [77] mit eingeschlossenen Studien: Clonazepam 1999, CHN, Flunitrazepam 1999, IL, Clonazepam 1993, CA, Lorazepam 1997b, USA, Lorazepam 2001, RO and USA, Lorazepam 1991, USA, Lorazepam 1997a, USA, Midazolam 2006, AU **Baseline/Vergleichsintervention** Kontrollarm aus der Referenz für Interventionsarm .

3) Systematic review [140] mit eingeschlossenen Studien: Lorazepam 2001, RO and USA **Baseline/Vergleichsintervention** Kontrollarm aus der Referenz für Interventionsarm .

#### Referenzen

[76] Zaman H, Sampson SJ, Beck AL, Sharma T, Clay FJ, Spyridi S, Zhao S, Gillies D : Benzodiazepines for psychosis-induced aggression or agitation. The Cochrane database of systematic reviews 2017;12:CD003079

[77] Zaman H, Sampson SJ : Benzodiazepines for psychosis-induced aggression or agitation. The Cochrane database of Systematic Reviews 2017; 12:CD003079.

[140] Zaman H, Sampson SJ, et al : Benzodiazepines for psychosis-induced aggression or agitation. The Cochrane database of Systematic Reviews 2017; 12:CD003079

#### Empfehlung 94

Population: Patienten mit Katatonie

Intervention: E94 Elektrokonvulsionstherapie

Vergleichsintervention: Verschiedene Vergleichsinterventionen

Endpunkt Zeitraumen	Ergebnisse und Messwerte	Absolute Effektschätzer		Vertrauenswürdigkeit der Evidenz (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	Zusammenfassung
		Verschiedene Vergleichsinterventionen	Elektrokonvulsionstherapie		
Schwere der Katatonie	Gemessen mit: BFCRS Skala: - Niedriger ist besser Basierend auf Daten von 211 Patienten und 10 Studien	Mittelwert	Mittelwert		Intervention: EKT; Kontrolle: uneinheitliche Vergleichsinterventionen (z.B. Scheinbehandlung, Antipsychotika, Standardbehandlung).; Unter EKT verbesserte sich die Schwere der Katatonie um 3.14 Punkte auf der BFCRS Skala (Bush-Francis Catatonia Rating Scale). Ferner wurden nicht nur randomisiert kontrollierte Studien eingeschlossen.
		Differenz: SMD 3.14 kleiner (CI 95% 3.95 kleiner - 2.34 kleiner)			

#### Referenzen

[42] Leroy A, Naudet F, Vaiva G, Francis A, Thomas P, Amad A : Is electroconvulsive therapy an evidence-based treatment for catatonia? A systematic review and meta-analysis. European archives of psychiatry and clinical neuroscience 2018;268(7):675-687

#### Empfehlung 97

Population: Patienten mit Schizophrenie/schizoaffektiver Störung und hohem Risiko für Suizid

Intervention: E97 Clozapin  
Vergleichsintervention: Olanzapin

Endpunkt Zeitraumen	Ergebnisse und Messwerte	Absolute Effektschätzer		Vertrauenswürdigkeit der Evidenz (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	Zusammenfassung
		Olanzapin	Clozapin		
Bedeutender Suizidversuch	Relatives Risiko: 0.62 (CI 95% 0.41 - 0.93) Basierend auf Daten von 980 Patienten und 1 Studien	112 pro 1000  Differenz: 43 weniger pro 1000 (CI 95% 66 weniger - 8 weniger)	69 pro 1000		Intervention: Clozapin; Kontrolle: Olanzapin; Unter Clozapin kommt es bei 7% zu einem bedeutenden Suizidversuch, mit Olanzapin bei 11%.
Krankenhauseinweisung zur Suizidverhinderung	Relatives Risiko: 0.77 (CI 95% 0.59 - 0.99) Basierend auf Daten von 980 Patienten und 1 Studien	218 pro 1000  Differenz: 50 weniger pro 1000 (CI 95% 89 weniger - 2 weniger)	168 pro 1000		Intervention: Clozapin; Kontrolle: Olanzapin; Unter Clozapin kommt es bei 17% zu einer Krankenhauseinweisung zur Suizidverhinderung, mit Olanzapin bei 22%. Das Ergebnis ist gerade noch signifikant.
Zusätzliche Medikamente - Antidepressiva	Relatives Risiko: 0.89 (CI 95% 0.79 - 1.01) Basierend auf Daten von 980 Patienten und 1 Studien	537 pro 1000  Differenz: 59 weniger pro 1000 (CI 95% 113 weniger - 5 mehr)	478 pro 1000		Intervention: Clozapin; Kontrolle: Olanzapin; Unter Clozapin nehmen 48% zusätzlich Antidepressiva gegenüber 54% unter Olanzapin. Dabei ist das Ergebnis gerade nicht mehr signifikant.
Rettungsintervention zur Suizidverhinderung	Relatives Risiko: 0.76 (CI 95% 0.62 - 0.93) Basierend auf Daten von 980 Patienten und 1 Studien	316 pro 1000  Differenz: 76 weniger pro 1000 (CI 95% 120 weniger - 22 weniger)	240 pro 1000		Intervention: Clozapin; Kontrolle: Olanzapin; Unter Clozapin kommt es bei 24% zu einer Rettungsintervention zur Suizidverhinderung, unter Olanzapin bei 32%.

## Referenzen

[43] Meltzer HY, Alphs L, Green AI, Altamura AC, Anand R, Bertoldi A, Bourgeois M, Chouinard G, Islam MZ, Kane J, Krishnan R, Lindenmayer JP, Potkin S : Clozapine treatment for suicidality in schizophrenia: International Suicide Prevention Trial (InterSePT). Archives of general psychiatry 2003;60(1):82-91

## Empfehlung 100

Population: Patienten mit Schizophrenie/ schizoaffectiver Erkrankung

Intervention: E100 Kognitive Verhaltenstherapie (KVT)

Vergleichsintervention: Standardbehandlung

Endpunkt Zeitraumen	Ergebnisse und Messwerte	Absolute Effektschätzer		Vertrauenswürdigkeit der Evidenz (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	Zusammenfassung
		Standardbehandlung	Kognitive Verhaltenstherapie (KVT)		
Stimmung	Gemessen mit: CDSS Skala: - Basierend auf Daten von 953 Patienten und 15 Studien	Mittelwert  Differenz: SMD 0.36 Größer (CI 95% 0.08 Größer - 0.65 Größer)	Mittelwert		Intervention: KVT; Kontrolle: Standardbehandlung; KVT führte zu einer verbesserten Stimmung auf der CDSS- Skala, jedoch war der Effekt bei qualitativ hochwertigen Studien nicht mehr signifi- kant.

#### Referenzen

[19] Wykes T, Steel C, Everitt B, Tarrier N : Cognitive behavior therapy for schizophrenia: effect sizes, clinical models, and methodological rigor. Schizophrenia bulletin 2008;34(3):523-37

#### Empfehlung 101

Population: Patienten mit Schizophrenie

Intervention: E101 Antipsychotika + Antidepressiva

Vergleichsintervention: Antipsychotika + Placebo

Endpunkt Zeitraumen	Ergebnisse und Messwerte	Absolute Effektschätzer		Vertrauenswürdigkeit der Evidenz (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	Zusammenfassung
		Antipsychotika + Placebo	Antipsychotika + An- tidepressiva		
Bauchschmerzen	Relatives Risiko: 1.82 (CI 95% 1.02 - 3.26) Basierend auf Daten von 250 Patienten und 3 Studien <sup>1</sup>	116 pro 1000  Differenz: 95 mehr pro 1000 (CI 95% 2 mehr - 262 mehr)	211 pro 1000		Intervention: Antipsychotika + Antidepressiva; Kontrolle: Antipsychotika + Placebo; Unter Antidepressiva leiden 21% unter Bauchschmerzen gegenüber 12% unter Pla- cebo.



Mundtrockenheit	Relatives Risiko: 1.43 (CI 95% 1.03 - 1.96) Basierend auf Daten von 644 Patienten und 11 Studien <sup>2</sup>	175 pro 1000  Differenz: 75 mehr pro 1000 (CI 95% 5 mehr - 168 mehr)	250 pro 1000	Intervention: Antipsychotika + Antidepressiva; Kontrolle: Antipsychotika + Placebo; Unter Antidepressiva leiden 25% unter Mundtrockenheit gegenüber 18% unter Pla- cebo.
Obstipation	Relatives Risiko: 1.7 (CI 95% 1.02 - 2.86) Basierend auf Daten von 476 Patienten und 7 Studien <sup>3</sup>	81 pro 1000  Differenz: 57 mehr pro 1000 (CI 95% 2 mehr - 151 mehr)	138 pro 1000	Intervention: Antipsychotika + Antidepressiva; Kontrolle: Antipsychotika + Placebo; Unter Antidepressiva leiden 14% unter Obstipation ge- genüber 8% unter Placebo.
Schwindel	Relatives Risiko: 1.82 (CI 95% 1.09 - 3.05) Basierend auf Daten von 663 Patienten und 12 Studien <sup>4</sup>	59 pro 1000  Differenz: 48 mehr pro 1000 (CI 95% 5 mehr - 121 mehr)	107 pro 1000	Intervention: Antipsychotika + Antidepressiva; Kontrolle: Antipsychotika + Placebo; Unter Antidepressiva leiden 11% unter Schwindel gegen- über 6% mit Placebo.
Depressive Symptome	Gemessen mit: CGS&#x2F;HAM- D&#x2F;MADRS&#x2F;BPRS Skala: - Niedriger ist besser Basierend auf Daten von 1849 Patienten und 42 Studien <sup>5</sup>	Mittelwert   Differenz: SMD 0.25 kleiner (CI 95% 0.38 kleiner - 0.12 kleiner)	Mittelwert	Intervention: Antipsychotika + Antidepressiva; Kontrolle: Antipsychotika + Placebo; Mit Antidepressiva sind die de- pressiven Symptome um 0.25 SMD geringer (0.2 SMD kleiner Effekt, 0.5 SMD mitt- lerer Effekt, 0.8 SMD großer Effekt). Bei Patienten mit ausgeprägten depressiven Symptomen fanden sich stär- kere Effekte, SMD -0.34 (- 0.58, -0.09), verglichen mit SMD -0.21 in den verbliebe- nen Studien. Ebenso bei Pa- tienten mit postpsychotischer Depression SMD -0.36 (- 0.93, -0.20) (gegenüber -0.24 SMD in den verbliebenen Studien).

1) Systematic review [2] . **Baseline/Vergleichsintervention** Kontrollarm aus der Referenz für Interventionsarm .

2) Systematic review [2] . **Baseline/Vergleichsintervention** Kontrollarm aus der Referenz für Interventionsarm .

- 3) Systematic review [2] . **Baseline/Vergleichsintervention** Kontrollarm aus der Referenz für Interventionsarm .  
 4) Systematic review [2] . **Baseline/Vergleichsintervention** Kontrollarm aus der Referenz für Interventionsarm .  
 5) Systematic review [2] . **Baseline/Vergleichsintervention** Kontrollarm aus der Referenz für Interventionsarm .

### Referenzen

[2] Helfer B, Samara MT, Huhn M, Klupp E, Leucht C, Zhu Y, Engel RR, Leucht S : Efficacy and Safety of Antidepressants Added to Antipsychotics for Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-Analysis. The American journal of psychiatry 2016;173(9):876-86

### Empfehlung 124

Population: Patienten mit einer ersten psychotischen Episode oder einer Schizophrenie im Frühstadium

Intervention: E124 Auf Ersterkrankte spezialisierte Frühinterventionen

Vergleichsintervention: Standardbehandlung

Endpunkt Zeitraum	Ergebnisse und Messwerte	Absolute Effektschätzer		Vertrauenswürdigkeit der Evidenz (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	Zusammenfassung
		Standardbehandlung	Auf Ersterkrankte spezialisierte Frühinterventionen		
Rückfall	Relatives Risiko: 0.71 (CI 95% 0.53 - 0.93) Basierend auf Daten von 1275 Patienten und 7 Studien	291 pro 1000	207 pro 1000  Differenz: 84 weniger pro 1000 (CI 95% 137 weniger - 20 weniger)		Intervention: Frühinterventionen; Kontrolle: Standardbehandlung; mit Frühinterventionen kommt es bei 21% zu einem Rückfall gegenüber 29% mit Standardbehandlung.
≥1 Krankenhauseinweisung	Relatives Risiko: 0.74 (CI 95% 0.61 - 0.9) Basierend auf Daten von 2105 Patienten und 10 Studien	426 pro 1000	315 pro 1000  Differenz: 111 weniger pro 1000 (CI 95% 166 weniger - 43 weniger)		Intervention: Frühinterventionen; Kontrolle: Standardbehandlung; mit Frühinterventionen kommt es bei 32% zu ≥1 Krankenhauseinweisung gegenüber 43% mit Standardbehandlung.
Gesamtsymptomatik	Gemessen mit: PANSS Skala: - Niedriger ist besser Basierend auf Daten von 1179 Patienten und 8 Studien	Mittelwert	Mittelwert  Differenz: SMD 0.32 kleiner (CI 95% 0.47 kleiner - 0.17 kleiner)		Intervention: Frühinterventionen; Kontrolle: Standardbehandlung; Frühinterventionen führen zu einer um 0.32 SMD verringerten Gesamtsymptomatik (0.2 SMD kleiner)

			Effekt, 0.5 SMD mittlerer Effekt, 0.8 SMD großer Effekt).
--	--	--	---

### Referenzen

[174] 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;75(6):555-565

### Empfehlung 131

Population: Patienten mit schwerer psychischer Erkrankung

Intervention: E131 Kognitive Remediation

Vergleichsintervention: gewöhnliche berufliche Rehabilitationsleistung

Endpunkt Zeitraum	Ergebnisse und Messwerte	Absolute Effektschätzer		Vertrauenswürdigkeit der Evidenz (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	Zusammenfassung
		gewöhnliche berufliche Rehabilitationsleistung	Kognitive Remediation		
Zahl der Erwerbstätigen	Relatives Risiko: 1.72 (CI 95% 1.33 - 2.23) Basierend auf Daten von 550 Patienten und 8 Studien	237 pro 1000	408 pro 1000		Intervention: Computer-assistierte kognitive Remediation; Kontrolle: gewöhnliche berufliche Rehabilitationsleistung; Die Zahl der Erwerbstätigen liegt mit kognitiver Remediation bei 41%, mit gewöhnlicher beruflicher Rehabilitationsleistung bei 24%.
Gesamte Arbeitstage im Jahr	Gemessen mit: Anzahl der Tage Skala: - Höher ist besser Basierend auf Daten von 475 Patienten und 7 Studien	Mittelwert	Mittelwert		Intervention: Computer-assistierte kognitive Remediation; Kontrolle: gewöhnliche berufliche Rehabilitationsleistung; Kognitive Remediation führt zu 19.53 mehr Arbeitstagen im Jahr als die Kontrolle.
Gesamtes jährliches Einkommen	Gemessen mit: \$ Skala: - Höher ist besser	Mittelwert	Mittelwert		Intervention: Computer-assistierte kognitive Remediation;

	Basierend auf Daten von 442 Patienten und 7 Studien	Differenz: MD 959 Größer (CI 95% 285 Größer - 1633 Größer)	Kontrolle: gewöhnliche berufliche Rehabilitationsleistung; Mit kognitiver Remediation liegt das gesamte jährliche Einkommen um 959\$ höher als mit der Kontrolle.
--	---	---	--

### Referenzen

[51] Chan JYC, Hirai HW, Tsoi KKF : Can computer-assisted cognitive remediation improve employment and productivity outcomes of patients with severe mental illness? A meta-analysis of prospective controlled trials. Journal of psychiatric research 2015;68:293-300

### Empfehlung 133

Population: Patienten mit schwerer psychischer Erkrankung

Intervention: E133 Unterstützte Beschäftigung

Vergleichsintervention: andere berufliche Annäherung

Endpunkt Zeitraum	Ergebnisse und Messwerte	Absolute Effektschätzer		Vertrauenswürdigkeit der Evidenz (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	Zusammenfassung
		andere berufliche Annäherung	Unterstützte Be- schäftigung		
Arbeitsplatz erhalten während der Studie 18 Monate	Relatives Risiko: 3.24 (CI 95% 2.17 - 4.82) Basierend auf Daten von 951 Patienten und 7 Studien <sup>1</sup>	202 pro 1000	654 pro 1000		Intervention: Unterstützte Be- schäftigung: definiert als An- satz der beruflichen Rehabili- tation, der versucht Patienten einen kompetitiven Arbeits- platz zu vermitteln, ohne grö- ßere Vorbereitung; Kontrolle: andere berufliche Annähe- rung; Mit unterstützter Be- schäftigung haben 65% ei- nen Arbeitsplatz erhalten ge- genüber 20% der Kontrolle.
Beschäftigung auf dem 1. Arbeitsmarkt 24 Monate	Gemessen mit: Tage Skala: - Basierend auf Daten von 204 Patienten und 1 Studien <sup>2</sup>	16.85 Mittelwert	87.48 Mittelwert		Intervention: Unterstützte Be- schäftigung: definiert als An- satz der beruflichen Rehabili- tation, der versucht Patienten einen kompetitiven Arbeits- platz zu vermitteln, ohne grö- ßere Vorbereitung; Kontrolle:

				andere berufliche Annäherung; Mit der Kontrolle werden durchschnittlich 16.85 Tage in konkurrierender Beschäftigung verbracht. Mit unterstützter Beschäftigung sind es 70.63 Tage mehr.
Beschäftigung in jeglicher Form von bezahlter Arbeit 21 Monate	Gemessen mit: Tage Skala: - Basierend auf Daten von 510 Patienten und 2 Studien <sup>3</sup>	43.75 Mittelwert	128.69 Mittelwert	Intervention: Unterstützte Beschäftigung: definiert als Ansatz der beruflichen Rehabilitation, der versucht Patienten einen kompetitiven Arbeitsplatz zu vermitteln, ohne größere Vorbereitung; Kontrolle: andere berufliche Annäherung; Mit der Kontrolle werden durchschnittlich 43.75 Tage in jeglicher Form von bezahlter Arbeit verbracht, mit unterstützter Beschäftigung sind es 84.94 Tage mehr.

- 1) Systematic review [79] mit eingeschlossenen Studien: Gold 2006, Tsang 2009, Lehman 2002, Wong 2008, Drake 1999, Drake 1996, Killackey 2008 **Baseline/Vergleichsintervention** Kontrollarm aus der Referenz für Interventionsarm .
- 2) Systematic review [79] mit eingeschlossenen Studien: Mueser 2004 **Baseline/Vergleichsintervention** Kontrollarm aus der Referenz für Interventionsarm .
- 3) Systematic review [79] mit eingeschlossenen Studien: Mueser 2004, Burns 2007 **Baseline/Vergleichsintervention** Kontrollarm aus der Referenz für Interventionsarm .

#### Referenzen

[54] Kinoshita Y, Furukawa TA, Kinoshita K, Honyashiki M, Omori IM, Marshall M, Bond GR, Huxley P, Amano N, Kingdon D : Supported employment for adults with severe mental illness. The Cochrane database of systematic reviews 2013;(9):CD008297

[79] Kinoshita Y, et al : Supported employment for adults with severe mental illness. The Cochrane database of Systematic Reviews 2013; (9):CD008297

#### Empfehlung 134

Population: Patienten mit Schizophrenie/ schizoaffektiver Erkrankung

Intervention: E134 Komplexe Arbeitsrehabilitationsprogramme

Vergleichsintervention: Standardrehabilitation

Endpunkt	Ergebnisse und Messwerte	Absolute Effektschätzer	Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	Zusammenfassung
----------	--------------------------	-------------------------	----------------------------------	-----------------

Zeitraumen		Standardrehabilitation	Komplexe Arbeitsrehabilitationsprogramme	(Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	
Arbeitslosigkeit 9 Monate	Relatives Risiko: 0.78 (CI 95% 0.63 - 0.97) Basierend auf Daten von 181 Patienten und 1 Studien	733 pro 1000	572 pro 1000		Intervention: komplexe Arbeitsrehabilitationsprogramme Kontrolle: Standardrehabilitation; Mit komplexen Arbeitsrehabilitationsprogrammen liegt die Arbeitslosigkeit nach 9 Monaten bei 57%, mit Standardrehabilitation bei 73%.
Beschäftigung in beschützter Arbeitsstätte/ Arbeitsrehabilitation 9 Monate	Relatives Risiko: 7.78 (CI 95% 1.89 - 32.1) Basierend auf Daten von 181 Patienten und 1 Studien	27 pro 1000	210 pro 1000		Intervention: komplexe Arbeitsrehabilitationsprogramme; Kontrolle: Standardrehabilitation; Die Beschäftigung in einer beschützten Arbeitsstätte liegt mit komplexen Arbeitsrehabilitationsprogrammen bei 21%, mit der Kontrolle bei 3%.
Funktionsniveau nach 9 Monaten	Gemessen mit: Level of Functioning Scale (LoF) Skala: 0 - 16 Höher ist besser Basierend auf Daten von 181 Patienten und 1 Studien	9.66 Mittelwert	10.97 Mittelwert		Intervention: komplexe Arbeitsrehabilitationsprogramme; Kontrolle: Standardbehandlung; Das Funktionsniveau liegt mit komplexen Arbeitsrehabilitationsprogrammen nach 9 Monaten durchschnittlich bei 10.97, mit Standardbehandlung bei 9.66.

## Referenzen

[56] Watzke S, Galvao A, Brieger P : Vocational rehabilitation for subjects with severe mental illnesses in Germany. A controlled study. Social psychiatry and psychiatric epidemiology 2009;44(7):523-31

## Empfehlung 144

Population: Patienten mit akuter psychiatrischer Störung

Intervention: E144 Tagesklinische Behandlung

Vergleichsintervention: Stationäre Behandlung

Endpunkt Zeitraumen	Ergebnisse und Messwerte	Absolute Effektschätzer		Vertrauenswürdigkeit der Evidenz (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	Zusammenfassung
		Stationäre Behandlung	Tagesklinische Behandlung		
Wiederaufnahme ins Krankenhaus nach Entlassung 10-24 Monate	Relatives Risiko: 0.91 (CI 95% 0.72 - 1.15) Basierend auf Daten von 667 Patienten und 5 Studien	311 pro 1000  Differenz: 28 weniger pro 1000 (CI 95% 87 weniger - 47 mehr)	283 pro 1000		Intervention: Tagesklinische Behandlung; Kontrolle: Stationäre Behandlung; Für die Wiederaufnahme ins Krankenhaus besteht kein signifikanter Unterschied zwischen tagesklinischer und stationärer Behandlung.

### Referenzen

[175] Marshall M, Crowther R, Sledge WH, Rathbone J, Soares-Weiser K : Day hospital versus admission for acute psychiatric disorders. The Cochrane database of systematic reviews 2011;(12):CD004026

### Empfehlung 152a

Population: Patienten mit schwerer psychischer Erkrankung

Intervention: E152a Peer-Interventionen

Vergleichsintervention: Standardbehandlung

Endpunkt Zeitraumen	Ergebnisse und Messwerte	Absolute Effektschätzer		Vertrauenswürdigkeit der Evidenz (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	Zusammenfassung
		Standardbehandlung	Peer-Interventionen		
Krankenhauseinweisung 9-12 Monate	Relatives Risiko: 1.07 (CI 95% 0.55 - 2.07) Basierend auf Daten von 45 Patienten und 1 Studien	pro 1000  Differenz: weniger pro 1000	pro 1000		Intervention: Peer-Intervention; Kontrolle: Standardbehandlung; Mit Peer-Interventionen kommt es nicht zu weniger Krankenhauseinweisungen als mit Standardbehandlung.
Hoffnung 2-3 Monate	Gemessen mit: Skala: -	Mittelwert	Mittelwert		Intervention: Peer-Intervention; Kontrolle:

	Basierend auf Daten von 1072 Patienten und 4 Studien	Differenz: SMD 0.14 kleiner (CI 95% 0.27 kleiner - 0.02 kleiner)		Standradbehandlung; Peer-Interventionen führen zu vermehrter Hoffnung.
Genesung (recovery) 2-12 Monate	Gemessen mit: Skala: - Basierend auf Daten von 1066 Patienten und 4 Studien	Mittelwert                      Mittelwert  Differenz: SMD 0.24 kleiner (CI 95% 0.39 kleiner - 0.09 kleiner)		Intervention: Peer-Interventionen; Kontrolle: Standardbehandlung; Peer-Interventionen haben eine positive Auswirkung auf die Genesung.

## Referenzen

[60] Lloyd-Evans B, Mayo-Wilson E, Harrison B, Istead H, Brown E, Pilling S, Johnson S, Kendall T : A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials of peer support for people with severe mental illness. BMC psychiatry 2014;14:39

## Statement 2

Population: Patienten mit Schizophrenie

Intervention: S2 Weiterbehandlung mit Antipsychotika

Vergleichsintervention: Absetzen der Medikation/Placebo

Endpunkt Zeitraumen	Ergebnisse und Messwerte	Absolute Effektschätzer		Vertrauenswürdigkeit der Evidenz (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	Zusammenfassung
		Absetzen der Medikation	Weiterbehandlung mit Antipsychotika		
Rezidiv (nach 1 Jahr)	Relatives Risiko: 0.4 (CI 95% 0.33 - 0.49) Basierend auf Daten von 2669 Patienten und 24 Studien	642 pro 1000	257 pro 1000  Differenz: 385 weniger pro 1000 (CI 95% 430 weniger - 327 weniger)		Intervention: Weiterbehandlung mit Antipsychotika; Kontrolle: Absetzen der Medikation/ Placebo; Unter Antipsychotika kommt es bei 26% zu einem Rezidiv innerhalb eines Jahres, bei Absetzen der Medikation bei 64% (Differenz 38%).
Stationäre Wiederaufnahme 13 Monate	Relatives Risiko: 0.38 (CI 95% 0.27 - 0.55) Basierend auf Daten von 2090 Patienten und 16 Studien	256 pro 1000	97 pro 1000  Differenz: 159 weniger pro 1000 (CI 95% 187 weniger - 115 weniger)		Intervention: Weiterbehandlung mit Antipsychotika; Kontrolle: Absetzen der Medikation/ Placebo; Unter Antipsychotika liegt die stationäre Wiederaufnahme bei 10%,



				nach Absetzen der Medikation bei 26% (Differenz 16%).
Rezidiv (nach 3-6 Jahren)	Relatives Risiko: 0.38 (CI 95% 0.18 - 0.78) Basierend auf Daten von 54 Patienten und 2 Studien	630 pro 1000	239 pro 1000	Intervention: Weiterbehandlung mit Antipsychotika; Kontrolle: Absetzen der Medikation/ Placebo; Unter Antipsychotika kommt es bei 24% zu einem Rezidiv nach 3-6 Jahren, bei Absetzen der Medikation bei 63% (Differenz 39%).
		Differenz: 391 weniger pro 1000 (CI 95% 517 weniger - 139 weniger)		

#### Referenzen

[1] Leucht S, Tardy M, Komossa K, Heres S, Kissling W, Salanti G, Davis JM : Antipsychotic drugs versus placebo for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. Lancet (London, England) 2012;379(9831):2063-71

Versionsnummer: 4.1

Erstveröffentlichung: 10/1998

Letzte inhaltliche Überarbeitung: 06/2025

Nächste Überprüfung geplant: 06/2026

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. **Insbesondere bei Dosierungsangaben sind stets die Angaben der Hersteller zu beachten!**

Autorisiert für elektronische Publikation: AWMF online