

S3

LEITLINIE

S3-Leitlinie Schizophrenie

Leitlinienreport | Fassung vom 13.06.2026

Version 5.0

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

Version 5.0 vom 13.06.2026

Inhaltsverzeichnis

1. Geltungsbereich und Zweck	4
2. Zusammensetzung der Leitliniengruppe: Beteiligung von Interessengruppen	6
3. Methodik der Leitlinienaktualisierung	11
3.1 Recherche, Auswahl und Bewertung wissenschaftlicher Belege (Evidenzbasierung)	11
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	16
3.2.6 Erstellung von Evidenztabellen / GRADE Profile	19
3.3 Verabschiedung der Empfehlungen und strukturierte Konsensfindung	22
4. Interne und externe Begutachtung und Verabschiedung	25
5. Redaktionelle Unabhängigkeit	29
5.1 Finanzierung der Leitlinie	29
5.2 Darlegung von und Umgang mit potenziellen Interessenkonflikten	30
6. Verbreitung und Implementierung der Leitlinie	31
7. Gültigkeitsdauer und Aktualisierungsverfahren	32
8. Literatur	33
Anhang 1 Tabelle zur Erklärung von Interessen und Umgang mit Interessenkonflikten	36
Anhang 2 Methodenkritische Aspekte zu pharmakologischen und psychotherapeutischen klinischen Studien	83
Anhang 3 Recherchestrategien	90
Anhang 4 Abstimmungsergebnisse aller Empfehlungen und Statements	94
Anhang 5 GRADE Evidenzprofile	139

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 beschrieben¹.

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

¹ <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:

Fachgesellschaft/Organisation		Mandatsträger/in	Stellvertreter/in
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 Psychiatriische 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 (bis April 2026)
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 (bis April 2026)
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 (bis April 2026)
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 (bis April 2026)	Jacob Helbeck
DGBP	Deutsche Gesellschaft für Biologische Psychiatrie e.V.	Georg Juckel (bis April 2026)	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 (bis März 2026) Prof. Dr. Jürgen Gallinat (ab April 2026) Referat Forensische Psychiatrie: Dr. Sven Krimmer (bis April 2026)
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 (bis April 2026)
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:

Experte	Themenbereiche
Prof. Dr. Andreas Bechdorf 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
Prof. Dr. Christoph U. Correll 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
Prof. Dr. Martin Lambert Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf	Versorgungsstrukturen, innovative Versorgungsmodelle, Versorgungskoordination
Prof. Dr. Tania Lincoln Klinische Psychologie und Psychotherapie, Fakultät für Psychologie und Bewegungswissenschaft, Universität Hamburg	Psychotherapie, Psychosoziale Therapien
Prof. Dr. Stefanie Schmidt Abteilung für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Universität Bern	Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie- und Psychotherapie
Prof. Dr. Thomas Wobrock 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 für die erste Version (Oktober 2025) dieser living guideline 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. Im Mai 2026 erfolgte die erste Revision im living-guideline Zyklus ungefähr ein halbes Jahr nach der Veröffentlichung der letzten Revision. 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 n 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. Für die aktuelle erste living-guideline Revision wurde eine Bedarfs- und Bestandsanalyse basierend auf den initial formulierten Fragestellungen gemacht.

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. 20210) bewertet und ggf. als Grundlage für Empfehlungen und Hintergrundtexte herangezogen.

Im ersten Schritt wurde geprüft, ob es für die Quelleitlinien, 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)	• Methodisch hochwertig nach DELBI-Bewertung • Relevanz für das deutsche Versorgungssystem • Aktualität der Leitlinie	Nein
NICE CG155: Psychosis and schizophrenia in children and young people: recognition and management 2013 (NICE 2013)	• Methodisch hochwertig nach DELBI-Bewertung • Relevanz für das deutsche Versorgungssystem • Aktualität der Leitlinie	Nein
NICE NG10: Violence and aggression 2015 (NICE 2015)	• Methodisch hochwertig nach DELBI-Bewertung • Relevanz für das deutsche Versorgungssystem • Aktualität der Leitlinie	Nein
DGPPN: Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen 2012 (und Update 2018) (DGPPN 2012)	• Methodisch hochwertig nach DELBI-Bewertung • Relevanz für das deutsche Versorgungssystem • Aktualität der Leitlinie	Ja, aber noch nicht veröffentlicht. Abstimmung wo relevant ist mit der zuständigen Leitliniengruppe erfolgt
SIGN 131: Management of schizophrenia 2013 (SIGN 2013)	• Methodisch hochwertig nach DELBI-Bewertung • Übertragbarkeit auf das dt. Versorgungssystem • Aktualität der Leitlinie 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 Quelleitlinie bezüglich der Versorgung bei Schizophrenie verwendet.	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)	• Methodisch mittelmäßig nach AGREE-II-Bewertung • Relevanz für das deutsche Versorgungssystem • Aktualität der Leitlinie
NICE HTE17: Digital health technologies to help manage symptoms of psychosis and prevent relapse in adults and young people: early value assessment (NICE 2024)	• Methodisch mittelmäßig nach AGREE-II-Bewertung • Relevanz für das deutsche Versorgungssystem • Aktualität der Leitlinie

Ausgeschlossene Leitlinien:

Leitlinie	Ausschlusskriterien
APA: Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia (APA 2020)	• Übertragbarkeit auf das dt. Versorgungssystem • Aktualität der Leitlinie • Keine Empfehlungen, die nicht bereits in der 2019er Leitlinie verfügbar waren

3.2.3 Systematische Literaturrecherche (Details → siehe Anhang 3)

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. 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.

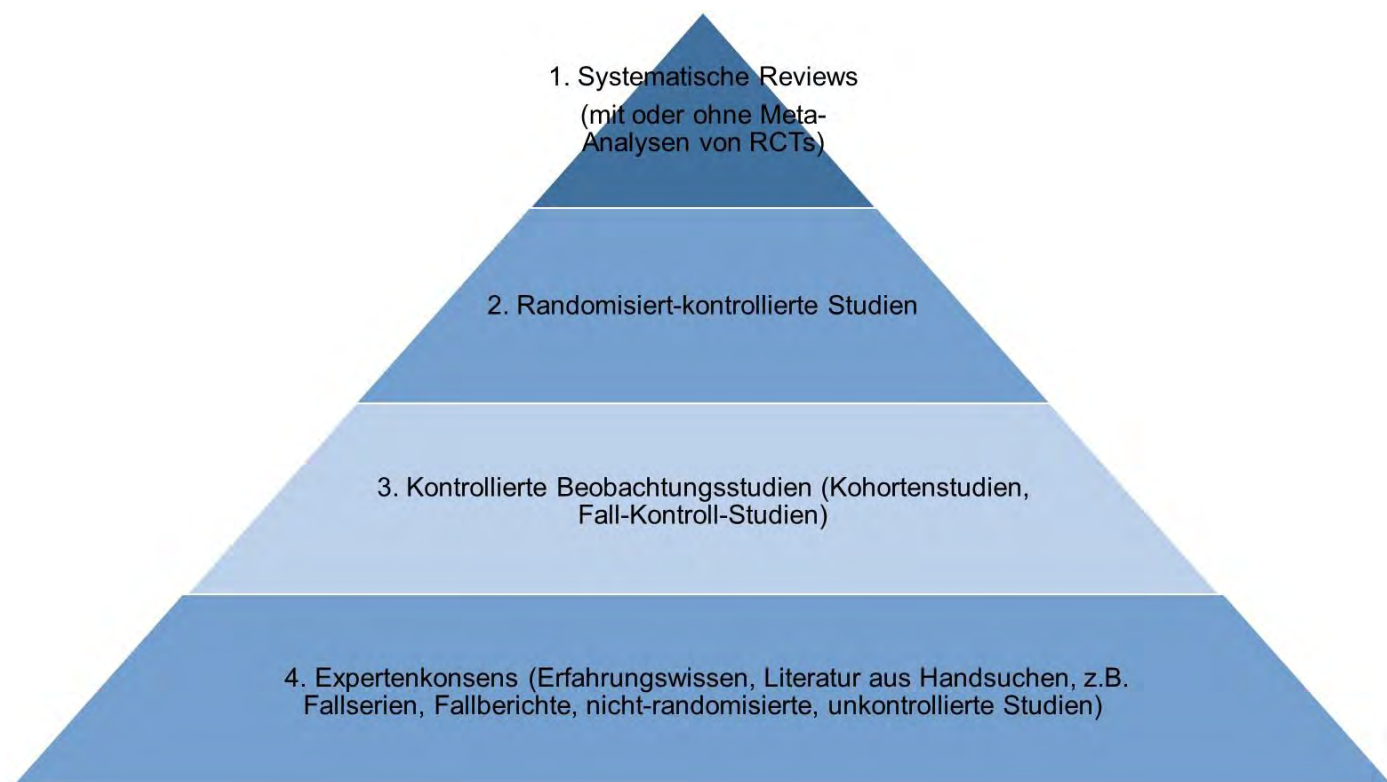


Abbildung 1: Evidenzebenen bei der systematischen Literaturrecherche

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 Publikationen bewertet.

Grundsätzlich galten die folgenden allgemeinen Einschluss- und Ausschlusskriterien:

Einschlusskriterien

- Publikation der Studie in dem Zeitraum der Recherche (→ Anlage 3)

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 2/3der Studienpopulation hat eine F20 Diagnose und höchstens 1/3der Studienpopulation hat eine F2x Diagnose (F21-F29)
- Die Studienpopulation bestand aus Kinder- und Jugendlichen (Alter: ≤ 18 Jahre) Erwachsenen (Alter: >18 , <65) und Menschen im höheren Lebensalter (> 65 Jahre)

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 und wird eine Zyklen in Anspruch nehmen. Zu dem aktuellen Zeitpunkt bestehen also noch Empfehlungen (ohne aktuellen 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 Deutschland²

- **Sehr niedrig:**

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

² <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. Mit der Revision 2026 haben wir durchgehend den Begriff der bedingten Empfehlung wo erforderlich verwendet. „Kann“-Empfehlungen sind nicht mehr vorgesehen und werden nach und nach angepasst.

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 „Konsentierten Empfehlungen“ bzw. in der 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 ⊕⊕⊕⊕

Beobachtungsstudie →		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 gezeigten Effekt reduzieren	Niedrig ⊕⊕○○
		Fehlende Präzision: -1 schwerwiegend -2 sehr schwerwiegend Publikationsbias: -1 wahrscheinlich -2 sehr wahrscheinlich	+1 würde einen falschen Effekt nahelegen, wenn die Ergebnisse keinen Effekt 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 Gesundhwes. 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

Für die Aktualisierung der Version 5.0 wurden Empfehlungen mit Änderungsbedarf im Rahmen des oben beschriebenen formalisierten Konsensusverfahrens (Nominaler Gruppenprozess) einzeln beraten und abgestimmt. Hierbei erfolgten Einführung in den Themenbereich, Möglichkeit zur Stellungnahme und Einbringung von Alternativvorschlägen, Abstimmung über die ursprüngliche Empfehlung und ggf. Alternativvorschläge sowie bei Bedarf eine erneute Diskussion mit abschließender Abstimmung.

Empfehlungen ohne Änderungsbedarf wurden zur Bestätigung ihres Fortbestands blockweise nach Modulen abgestimmt. Auch hierbei standen den stimmberechtigten Mitgliedern die Antwortoptionen „stimme zu“, „stimme nicht zu“ und „Enthaltung“ zur Verfügung. Die blockweise Abstimmung diente ausschließlich der Bestätigung der unveränderten Empfehlungen und der

Aufrechterhaltung der bisherigen Konsensstärke. Die ursprünglichen Abstimmungsergebnisse der vorangegangenen Konsentierung blieben daher unverändert bestehen.

Es fanden für diese Living-Guideline seit der Überführung in dies Format elf Konsensuskonferenzen zur Beratung und Verabschiedung von Empfehlungen statt:

- 26.05.2023 (09.30 – 16.30 Uhr), Videokonferenz (Version 4.0)
- 12.04.2024 (10.00 – 12.00 Uhr), Videokonferenz (Version 4.0)
- 24.05.2024 (10.00 – 12.00 Uhr), Videokonferenz (Version 4.0)
- 05.07.2024 (10.00 – 12.00 Uhr), Videokonferenz (Version 4.0)
- 25.10.2024 (10:00 – 12:00 Uhr), Videokonferenz (Version 4.0)
- 19.12.2024 (09:00 – 16:00 Uhr), Videokonferenz (Version 4.0)
- 20.12.2024 (09:00 – 16:00 Uhr), Videokonferenz (Version 4.0)
- 04.04.2025 (10:30 – 13:30 Uhr), Videokonferenz (Version 4.0)
- 02.05.2025 (10:00 – 13:00 Uhr), Videokonferenz (Version 4.0)
- 13.06.2025 (10:00 – 14:00 Uhr), Videokonferenz (aktuelle Revision Version 5.0)

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

- 28.05.2025 – 11.06.2025, SoSci Survey (Version 4.0)
- 01.07.2025 – 15.07.2025, SoSci Survey (Version 4.0)

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.

Mit der Überführung der Leitlinie in eine Living Guideline finden ab 2026 jährliche bzw. aufgrund neuer relevanter Evidenz erforderliche Konsensuskonferenzen statt. Bisher fanden folgende Living Konsensuskonferenzen statt:

- 22.05.2026 (09:00 – 16:00), Videokonferenz (Version 5.0)

Die Abstimmungsergebnisse aller Empfehlungen sind in Anhang 5 dargestellt.

Die nächste Living Konsensuskonferenz zur Aktualisierung 2027 ist für Mai 2027 geplant. Das genaue Datum wird noch bekannt gegeben. 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 für die Version 4.0 dieser Leitlinie 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 folgte 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 Anermerkungen 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.

Living-Update 2026

Für die 2026er Version 5.0 der Leitlinie erfolgte neben der systematischen Literaturrecherche (siehe Anlage 3) auch eine Abfrage an die Mitglieder der Konsensuskonferenz, ob Anpassungsbedarf besteht. Seitens der Projektleitung wurden die Themen Relapse-Prävention, rTMS, Cariprazin-Sondervotum und Empfehlungen zur Psychoedukation genannt. Dies erfolgte am 22.03.2026 mit einer Frist für eine Rückmeldung bis zum 10.04.2026 (ob weitere Empfehlungen überprüft werden sollen) und zum 24.04.2026 (Auftrag für Überarbeitungsvorschläge zu den Hintergrundtexten).

Aufgrund noch erwartbarer Daten, die zum Zeitpunkt der systematischen Literatursuche noch nicht verfügbar waren, wurde das Thema Relapse-Prävention auf 2027 verschoben. Nach Rücksprache mit dem Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V. (hatte das Sondervotum zu Cariprazin formuliert) wurde auch diese Diskussion zurückgestellt, da kein Mitglied der Fachgesellschaft bei der Konsensuskonferenz teilnehmen konnte. Neue Evidenz zum Cariprazin ergab sich durch die systematische Literaturrecherche nicht. Der Bundesverband für Ergotherapeut:innen in Deutschland BED e.V. wies auf ein neues systematisches Review hin, welches auch in der systematischen Literatursuche identifizierbar war. Dieses änderte jedoch nicht die Bewertung der Empfehlung.

Auch die neue Version 5.0 nach der ersten Living Konsensuskonferenz am 22.05.2026 wurde während eines mehrwöchigen Zeitraums (10.06.2026 – 17.07.2026) durch die beteiligten Fachgesellschaften begutachtet.

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.

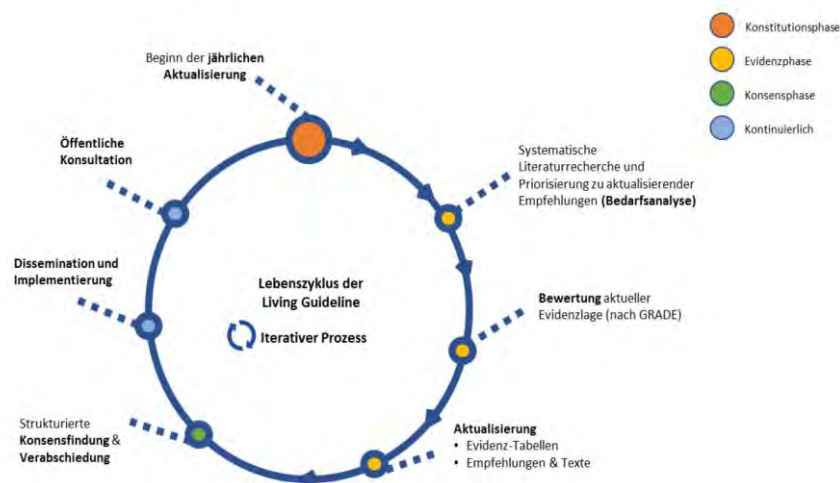


Abbildung 2: Living Zyklus der Leitlinienentwicklung

Im Juni 2026 wurden für die Version 5.0 die Zustimmungen aller an der Leitlinienaktualisierung beteiligten Organisationen und Fachgesellschaften der Konsensusgruppe auf Basis der Entwurfsfassung der Leitlinie eingeholt (siehe Tabelle 5). Die Entwurfsfassung der Leitlinie wurde den beteiligten Fachgesellschaften und Organisationen am 15.06.2026 als PDF-Datei zur Kommentierung und Zustimmung übermittelt. Die Kommentierungsphase erstreckte sich vom

15.06.2026 bis zum 30.06.2026. Eingehende Kommentare und Änderungsanmerkungen wurden durch die Steuerungsgruppe geprüft, dokumentiert und hinsichtlich ihrer Berücksichtigung im Leitlinientext bewertet. Sofern erforderlich, wurden entsprechende Anpassungen vorgenommen und mit der Leitliniengruppe abgestimmt. Die finalen Zustimmungen der Fachgesellschaften und Organisationen wurden auf Grundlage der daraus hervorgegangenen Endfassung eingeholt.

Fachgesellschaft/Organisation		Zustimmung V4.0 am:	Zustimmung V5.0 am
AGNP	Arbeitsgemeinschaft für Neuropsychopharmakologie und Pharmakotherapie e.V.	18.09.2025	07.07.2026
BAG KJPP	Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V.	17.09.2025	16.06.2026
BAG KT	Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien e.V.	25.08.2025	24.06.2026
BApK	Bundesverband der Angehörigen Psychisch Kranker e.V.	03.09.2025	26.06.2026
BAPP	Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege e.V.	29.08.2025	30.06.2026
BAR	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation	04.09.2025	30.06.2026
BASTA	Bündnis für psychisch erkrankte Menschen	18.09.2025	30.06.2026
BdB	Bundesverband der Berufsbetreuer/innen e.V.	17.09.2025	30.06.2026
BDK	Bundesdirektorenkonferenz	18.09.2025	15.06.2026
BDP	Berufsverband deutscher Psychologinnen u. Psychologen e.V.	11.08.2025	16.06.2026
BED	Bundesverband für Ergotherapeut:innen in Deutschland e.V.	21.08.2025	25.06.2026
BFLK	Bundesfachverband Leitender Krankenpflegepersonen in der Psychiatrie	05.08.2025	12.06.2026
BKJPP	Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V.	20.08.2025	01.07.2026
BPE	Bundesverband Psychiatrie-Erfahrene	Hat am Prozess nicht mehr teilgenommen (Rückzug am 13.11.2023)	13.07.2026
BPtK	Bundespsychotherapeutenkammer	04.08.2025	29.06.2026
BVDN	Berufsverband deutscher Nervenärzte	15.08.2025	14.07.2026
BVDP	Berufsverband deutscher Psychiater e.V.	25.08.2025	23.06.2026
bvvp	Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e.V.	18.09.2025	13.07.2026

DÄVT	Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie	28.09.2025	13.07.2026
DDPP	Dachverband Deutschsprachiger Psychosen-Psychotherapie e.V.	17.09.2025	15.06.2026
DE-GAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V.	02.10.2025	07.07.2026
DFPP	Deutsche Fachgesellschaft für Psychiatrische Pflege	17.08.2025	30.06.2026
DGBP	Deutsche Gesellschaft für Biologische Psychiatrie e.V.	18.09.2025	07.07.2026
DGGPP	Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V.	03.09.2025	15.06.2026
DGHP	Deutschen Gesellschaft für Hirnstimulation in der Psychiatrie e.V.	21.09.2025	07.07.2026
DGKJP	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V.	22.09.2025	23.06.2026
DGPs	Deutsche Gesellschaft für Psychologie e.V.	26.08.2025	10.07.2026
DGPE	Deutsche Gesellschaft für Psychoedukation e.V.	21.09.2025	26.06.2026
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde	26.08.2025	25.06.2026
DGPT	Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e.V.	18.09.2025	22.06.2026
DGS	Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention	26.08.2025	30.06.2026
DGSF	Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie und Familientherapie e.V.	21.09.2025	03.07.2026
DGSP	Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V.	31.07.2025	30.06.2026
DGVT	Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V.	13.08.2025	22.06.2026
DPtV	Deutsche PsychotherapeutenVereinigung e.V.	23.08.2025	29.06.2026
DVE	Deutscher Verband Ergotherapie e.V.	25.08.2025	30.06.2026
DVGP	Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V.	22.09.2025	29.06.2026
DVSG	Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V.	24.09.2025	25.06.2026
GNP	Deutsche Gesellschaft für Neuropsychologie e.V.	25.08.2025	29.06.2026
LIPPs	Verein der Lehrstuhlinhaber für Psychiatrie und Psychotherapie e.V.	22.09.2025	11.06.2026
SG	Systemische Gesellschaft	26.09.2025	01.07.2026

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.

Die Finanzierung hatte keinen Einfluss auf die Inhalte der Leitlinie, die Auswahl der Leitliniengruppe, die Evidenzbewertung, die Formulierung der Empfehlungen oder die Konsensfindung. Die inhaltliche Arbeit erfolgte unabhängig durch die Mitglieder der Leitliniengruppe. Eine direkte oder indirekte Einflussnahme der finanzierenden Organisationen auf die Empfehlungen der Leitlinie fand nicht statt.

Finanzierer	Art der Kosten
Mittel der Universität Augsburg	Professionelle Zoom Version, Hosting der Projektwebseite, Moderation der Konsensuskonferenzen, die Version 5.0 wurde vollständig vom Lehrstuhl für Psychiatrie und Psychotherapie an der Universität Augsburg finanziert
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 auf die Version 5.0 (2026) beteiligten Personen haben ihre Erklärungen zu Interessenkonflikten (Conflicts of Interest, Col) in den Jahren 2023-2026 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 eine nicht in den Leitlinienprozess involvierte Person (Frau Helena Biskup, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik der Universität Augsburg, Bezirkskrankenhaus Augsburg) ausgewertet (Anhang 1). Die Erklärung der Gutachterin 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 70,6% der Teilnehmer mindestens einen Col und 29,4% keine Col angegeben. Dabei weisen 23,5% 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 Interessenkonflikten
- 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 wieder in MAGICapp mit freiem Zugang veröffentlicht. Weiterhin ist die Leitlinie als PDF-Langversion, PDF-Kurzversion und PDF-Kurzversion (englisch) 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 auf die Versionen 4.0 und 4.1 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 und auch in der Version 5.0 beibehalten.

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.

Der Stand der letzten inhaltlichen Überarbeitung dieser Leitlinie (Version 5.0) ist der 13.06.2025.

Ansprechpartner für das Aktualisierungsverfahren ist:

Prof. Dr. Alkomiet Hasan

Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik der Universität Augsburg, Bezirkskrankenhaus Augsburg

E-Mail: alkomiet.hasan@med.uni-augsburg.de

Über diese Kontaktadresse können Hinweise auf neue Evidenz, Anregungen zur Weiterentwicklung der Leitlinie sowie Rückfragen zum Aktualisierungsverfahren eingereicht werden.

Nächste Living Konsensuskonferenz zur Aktualisierung 2027: Mai 2027: 09:00 – 16:00 (virtuell), der genaue Termin wird noch bekannt gegeben

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)

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)

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)

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

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

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 2023 - 2026 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	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Bauer, Michael	Capital Region of Denmark, Capital Region of Denmark, Capital Region of Denmark	Biogen MA Inc. USA, Biogen GmbH, Boehringer Ingelheim Pharma GmbH Co. KG, Compass Pathfinder Ltd. UK, Compass Pathfinder Ltd. UK, FoGes Forum Gesundheitswesen UG, FoGes Forum Gesundheitswesen UG, GH Research, Janssen-Cilag, Janssen-Cilag, Johnson Johnson, Lilly Deutschland GmbH, Lilly Deutschland GmbH, Liva Nova Deutschland, Liva Nova Deutschland, Liva Nova Deutschland, Mindforce Game Lab AB, Schweden, Novartis Pharma AG Switzerland, Novartis Pharma AG Switzerland, Sunovion Pharmaceuticals Inc. UK/USA, Sunovion Pharmaceuticals Inc. UK/USA	Kbo-Inn-Salzach-Klinikum gemeinnützige GmbH, MedTriX GmbH, Sächsisches Krankenhaus Altscherbitz, Stream up! GmbH, ZADZ AG	Nein	BMBF, SAB, DFG	Nein	Mitglied: IGSLi e.V., Mitglied: ECNP, Mitglied: AGNP, Mitglied: DGPPN (Leitung Projekt S3-Leitlinie Bipolare Störungen), Mitglied: DGBS e.V. (Leitung Projekt S3-Leitlinie Bipolare Störungen, Mitglied: WFSBP/DGBP Task Force (Leiter Leitlinie unipolare Depression), Wissenschaftliche Tätigkeit: Pharmakotherapie und Neurobiologie affektiver Störungen, Leitlinien, Klinische Tätigkeit: Affektive Störungen	COI: moderat – Pharmakotherapie Stimmenthaltung (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	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen -interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Prof. Dr. Baum, Erika	AOK-Bund, IQWiG-Gutachten zu ME/CFS, IhF (non Profit, Fortbildungsinstitut des HÄV, Bertelsmann-Stiftung	Inst.für hausärztl. Fortbildung (IhF)-non profit	IhF, Kompetenzzentrum Weiterbildung Hessen- non profit , Qualitätszirkel Tag der Allgemeinmedizin uä Fortbildungsveranstaltungen-non profit, aQuA-Institut	Zeitschriften KVH aktuell, up2date	nein	nein	Mitglied: DEGAM (Allgemeinmedizin und Familienmedizin): Präsidium und SLQ, Mitglied: Hausärzterverband, GHA, GMA, DDG, Lipidliga, Gastroliga, WONCA, Euract, EGPRN, Sportärzterverband ohne definierte Funktion, Leiterin der Ortsgruppe Gießen im Ärztinnenbund, Wissenschaftliche Tätigkeit: Primärärztliche Versorgung, Aus- und Weiterbildung, Demenz, Leitlinienerstellung Müdigkeit und Osteoporose, kardiovaskuläre Prävention , Klinische Tätigkeit: nicht mehr relevant klinisch tätig, gelegentlich Betreuung Herzsportgruppe, allgemeine Gesundheitsberatung , Beteiligung an Fort-/Ausbildung: nein, Persönliche Beziehung: jüngerer Sohn ist Mitarbeiter bei Biontec (Qualitätssicherung, Pharmazeut)	COI: gering – Kosteneffektivität keine Konsequenzen da keine Leitungsfunktion
Dr. Baumgarte, Beate	nein	nein	diverse, ASB, AGPR, Graf Recke Stiftung dgpp Akademie	keine	keine	keine	Mitglied: Vorstand dgpp , Wissenschaftliche Tätigkeit: keine, Klinische Tätigkeit: keine, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Akademie der dgpp, Persönliche Beziehung: nein	COI: keine – Keine
Prof. Dr. Bechdorf, Andreas	div. wissenschaftlic	Psychiatrische Praxis, Psychiatrie	Nein	Psychiatrie rlag; Elsevier	DFG, Innovationsfond, Gemeinsamer	keine	Mitglied: Mitglied des Geschäftsführenden Ausschusses der Chefarztinnen der Kliniken für	COI: moderat – Pharmakotherapie 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	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen -interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
	he Zeitungen	Verlag			Bundesausschuss, European Health and Digital Executive Agency, Einstein Foundation Berlin		Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern(ackpa); Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN): Mitglied des Vorstands; Mitglied der Taskforce „Supported employment“, „Innovative Versorgungsformen“ und Mitglied der Arbeitsgruppe zur Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen; Sprecher der Arbeitsgemeinschaft der Chefärztinnen und Chefarzte Psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern und Fachkrankenhäusern in Berlin; Mitglied des Fachausschusses zur Krankenhausplanung des Landes Berlin; Sprecher der Chefarzte der Kliniken für Psychiatrie und Prävention, Psychotherapie, HomeTreatment, Supported Employment Psychotherapie des kommunalen Krankenhauskonzerns Vivantes Berlin (Medical Board-Sprecher); Mitglied des European College of Neuropsychopharmacology (ECNP) / Bipolar Disorders Network; Mitglied der Since 2002 International Early Psychosis Association (IEPA);	Stimmrecht und keine Leitungsfunktion COI: gering – Psychoedukation, Psychotherapie 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	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Mitglied der German Association for Psychoeducation (DGPE); Principal Investigator am Deutschen Zentrum für Psychische Gesundheit (DZPG), Wissenschaftliche Tätigkeit: Prävention schwerer psychischer Erkrankungen: Psychotherapie bei schweren psychischen Erkrankungen: Psychosoziale Interventionen bei schweren psychischen Störungen: Supported Employment – Individual Placement and Support, Innovative Versorgungsformen: Home Treatment, Assertive Community Treatment, teambasierte Interventionen zur Reduktion von Zwang und Gewalt Multimodale Prädiktions und Verlaufsforschung, Acceptance and Commitment Therapy, Achtsamkeitsbasierte Verfahren, Dialektisch-Behaviorale Therapie, Klinische Tätigkeit: Krankenhauspsychiatrie, ambulante und aufsuchende Behandlung von Menschen mit schweren psychischen Störungen, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), Persönliche Beziehung: keine	

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Prof. Dr. Boege, Kerem	Tätigkeit als Gutachter für das BMFTR	Sprecher und Steering Committee Mitglied der German Alliance of Global Health Research gefördert durch das BMFTR. Sprecher der Interessengruppe Teilstationäre Psychotherapie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie.	Vorträge und Workshops in unterschiedlichen psychiatrischen Kliniken sowie Ausbildungsinstituten für Psychotherapie	Nein	Durchführung einer Reihe von klinischen Studien, gefördert von Narsat, BMG, BMFTR, DFG, GBA, DZPG, etc	Co-Founder von drei Mental Health Startups: Kiso Health, MentalHub, FIL	Mitglied: Mitgliedschaft in einer Reihe von Verbänden, unter anderem German Alliance of Global Health Research, Global Health Hub, Deutsche Gesellschaft für Psychologie, Verband der Hochschullehrerinnen etc., Wissenschaftliche Tätigkeit: Schwerpunkt in der wissenschaftlichen Tätigkeit liegt in der klinischen Psychologie und Psychotherapie, Interventionsforschung, digitale Ansätze in der Psychiatrie und Psychotherapie, Global Mental Health, Versorgungsforschung. , Klinische Tätigkeit: The point in clinical work is in the stationary, Teilstationären und ambulanten Versorgung von Menschen mit unterschiedlichen psychiatrischen Bildern in einem universitären Kontext. Leitung des Bereichs Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Charité. , Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Mitverantwortung für die Fortbildung von Assistenzärztinnen und -ärzten, sowie Psychologen und Psychologinnen an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Charité Berlin. , Persönliche Beziehung: Co-Founder von drei Mental Health Startups im Sinne einer Ausgründung aus der	COI: gering – Psychotherapie 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*inn enschaft	Forschungs- vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innen- recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Charité. Kiso Health, Mentalhub, FIL	
Dr. Böser, Hagen	none	none	IF Weinheim, IFKV, VT Münster	Buch: Verhaltenstherapie	none	none	Mitglied: Systemische Gesellschaft	COI: moderat – Systemische Therapie (moderat); Stimmhaltung (Beratungsfunktion möglich)
Dr. Claus, Sylvia	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Vorsitz der Bundesdirektorenkonferenz e.V. (bis 17.09.2025) Vorstandsmitglied der DGPPN Supervisorin Verhaltenstherapie, Wissenschaftliche Tätigkeit: Regionale Versorgung im Globalbudget (SGBV §64b), Klinische Tätigkeit: Psychiatrisch-psychotherapeutisch F0-F9 Ärztliche Direktorin Pfalzkrankenhaus, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: keine, Persönliche Beziehung: keine	COI: gering – Psychotherapie (gering); keine Konsequenzen da keine Leitungsfunktion
Prof. Dr. Correll, Christoph	Vertex	Neumora	Bristol-Meyers Squibb	Cardio Diagnostics	Hikma	AbbVie, Alkermes, Angelini, Boehringer-Ingelheim, Cerevel, Compass Pathways, Eli Lilly, Gedeon Richter, Holmusk, IntraCellular Therapies, Bristol-Meyers Squibb, Janssen/J, Karuna,	Nein	COI: hoch – Pharmakotherapie Stimmhaltung (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	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
						LB Pharma, Lundbeck, MedInCell, Sunovion, Merck, Mindpax, Neurocrine, Newron, Novo Nordisk, Otsuka, Recordati, Relmada, Reviva, Rovi, Teva, Viatrix, Takeda		
Dr. Dillo, Wolfgang	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Systemische Gesellschaft/ Vorstand Kassenwart	COI: moderat – systemische Familientherapie Stimmenthaltung (Beratungsfunktion möglich)
Dogue, Ulrike	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: stell. Vorsitzende bei BFLK, Wissenschaftliche Tätigkeit: Delegierte im Deutschen Pflegerat	COI: gering – Pflege keine Konsequenzen da keine Leitungsfunktion
Prof. Dr. Exner, Cornelia	Nein	Nein	Leipzig Institute for Training in Psychological Psychotherapy	Hogrefe and Kohlhammer Publishers	Nein	Leipzig Institute for Training in Psychological Psychotherapy	Mitglied: Society for Neuropsychology (Chair of the Scientific Advisory Board) German Psychological Society (Member) , Wissenschaftliche Tätigkeit: Metacognitive therapy (for obsessive-compulsive disorder), psychological rehabilitation following acquired brain injury, neuropsychological therapy	COI: gering – Metakognitives Training keine Konsequenzen da keine Leitungsfunktion COI: moderat – Kognitive Verhaltenstherapie Stimmenthaltung (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	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							following acquired brain injury, cognitive impairments associated with ADHD and obsessive-compulsive disorder, Klinische Tätigkeit: Outpatient cognitive-behavioral therapy, neuropsychological therapy, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Managing Director and Director of a psychotherapy training institute (specializing in cognitive behavioral therapy)	
Prof. Dr. Falkai, Peter G.	BMS, Boehringer-Ingelheim, JNJ, Lundbeck, Otsuka, Richter und Rovi.	BMS, Boehringer-Ingelheim, JNJ, Lundbeck, Otsuka, Richter und Rovi.	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: DGPPN, EPA, WFSBP, Leoöldina	COI: hoch – Pharmakotherapie Limitierung der Leitungsfunktion
Prof. Dr. Fallgatter, Andreas	Thieme-Verlag Stuttgart	Nein	verschiedene psychiatrische Kliniken	wissenschaftliche Publikationen siehe pubmed	Sprecher des Standortes Tübingen des DZPG	Nein	Mitglied: Vorstand DGPPN, Mitgliedschaften in DGBP, AGNP, DG-Sucht, DGBPS..., Wissenschaftliche Tätigkeit: nicht-invasive Hirnstimulation in der Psychiatrie, Hirnfunktionsänderungen bei psychischen Erkrankungen, Klinische Tätigkeit: Psychiatrie und Psychotherapie, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Herbsttagung und Mittwochskolloquium der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen , Persönliche Beziehung: keine	COI: gering – somatische Behandlungsverfahren 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	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Prof. Dr. Gaebel, Wolfgang	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	COI: keine – keine Konsequenzen
Prof. Dr. Galbusera, Laura	Nein	Nein	Nein	Nein	Universität Wuppertal und Universität Toulouse	Nein	Mitglied: DGSF (Funktion: Mandatsträgerin für S3 Leitlinie Schizophrenie 2023), Wissenschaftliche Tätigkeit: Psychosenpsychotherapie, Phänomenologische Psychiatrie, Systemische Psychotherapie, Sozialpsychiatrie, Klinische Tätigkeit: Offener Dialog, systemische Therapie, systemische Psychiatrie, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Organisation und inhaltliche Gestaltung der Lehre in den Bachelor und Master Psychotherapiestudiengänge nach der neuen Approbationsordnung an der Medizinische Hochschule Brandenburg. Durchführung der Lehrveranstaltung v.A. im Bereich Systemische Therapie.	COI: gering – Psychotherapie, systemische Therapie keine Konsequenzen da keine Leitungsfunktion
Prof. Dr. Gallinat, Jürgen	Boehringer	Nein	Lilly	Nein	Nein	Nein	Mitglied: DGPPN , Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Institut für Psychotherapie, UKE	COI: gering – Psychotherapie keine Konsequenzen da keine Leitungsfunktion
Glocker, Gabriele	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: der LV BW ApK sowie der BApK sind selber Interessenverbände- nämlich der	COI: keine – Keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Angehörigen psychisch erkrankter Menschen. Sie werden als gemeinnützige Vereine von verschiedener Seite, vor allem von den GKV's unterstützt. Persönliche Beziehungen zu deren Vertretern habe ich nicht.	
Greve, Nils	Nein	Dachverband Deutschsprachige Psychosen – Psychotherapie	Dozent in Ausbildungen für Psychotherapeuten	Diverse Buch- & Zeitschriften beiträge	Projekt „GBV“	Nein	Mitgliedschaften/Funktion in Interessensverbänden: DGPPN, DGSP, BAG GPV, Dachverband Gemeindepsychiatrie, Familientherapeutische Arbeitsgemeinschaft Marburg, Systemische Gesellschaft, DDPP, Aktion Psychisch Kranke Schwerpunkte wiss. Tätigkeiten, Publikationen: Ambulante psychiatrische Versorgungsstrukturen, offener Dialog und systemische Therapie/Beratung, Pharmakotherapie Schwerpunkte klinischer Tätigkeiten: Gemeindepsychiatrische Institutsambulanz des Psychosozialen Trägervereins Solingen Federführende Beteiligung an Fortbildungen/Ausbildungsinstitutionen:	ambulante Versorgungsstrukturen, Psychiatrische Institutsambulanzen, systemische Therapie 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 Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Systemische Therapieausbildung (Approbation), dialog_mx GmbH, Marburg	
Dr. Haas, Claus-Rüdiger	Gutachter bei Gericht, Begutachtung von schizophrenen Patient:innen	Nein	Weiterbildungsinstitute	Buchartikel	FIAT	Nein	Mitgliedschaften/Funktion in Interessensverbänden: Vorstand BAG KJPP, DGPPN, DGKJP, BKJPP, DGKN, GAIMH, MEZIS, LLPP Schwerpunkte wiss. Tätigkeiten, Publikationen: Freiheitsentziehende Maßnahmen, Autismus und Bindungsstörungen Schwerpunkte klinischer Tätigkeiten: Psychosen, Frühe Kindheit, Essstörungen, Autismus, Sucht Federführende Beteiligung an Fortbildungen/Ausbildungsinstitutionen: Sprecher der Chefärzt*innen KJP Westfalen-Lippe, Organisation der ärztlichen Weiterbildung KJP	COI: Keine
Dr. Halms, Theresa	Nein	Nein	Nein	Nein	Medizinische Fakultät, Universität Augsburg	Nein	Mitglied: DGPPN e.V., Mitglied, Wissenschaftliche Tätigkeit: Qualitative Forschung und Versorgungsbarrieren, Versorgungsforschung, Tabakabhängigkeit	COI: keine – Keiner

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Prof. Dr. Hasan, Alkomiet	Teva, Abbvie	Boehringer-Ingelheim	Janssen, Rovi, Recordati, Boehringer-Ingelheim, Lundbeck, Otsuka	Nein	BMBF, DFG, GBA-Innovationsfonds	Nein	Mitglied: DGPPN, AGNP, DGfP, Wissenschaftliche Tätigkeit: Verhaltenstherapie, Versorgungsforschung, EBM, Klinische Forschung, Biologische Psychiatrie, Klinische Tätigkeit: Schizophrenie	COI: hoch – Pharmakotherapie Limitierung der Leitungsfunktion
Heizmann, Sabrina	Nein	Nein	Nein	dem Springer Verlag	Nein	Nein	Mitglied: Bundesverband für Ergotherapeut:innen in Deutschland e.V. als Mandatsträgerin und weiteren Leitlinien, Klinische Tätigkeit: Winkelwaldklinik GmbH, Arbeit als Ergotherapeutin (hauptsächlich im onkologischen Bereich, jedoch auch in der geriatrischen Rehabilitation)	COI: gering – Ergotherapie keine Konsequenzen da keine Leitungsfunktion
Helbeck, Jacob	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege e.V. Vizepräsident für die DFPP als Stellvertreter für die S3 Leitlinie Schizophrenie delegiert	COI: gering – Pflege Limitierung von Leitungsfunktion
Herklotz, Kay	Nein	Nein	Ärztchammer Sachsen	Nein	Dachverband Gemeindepsychiatrie	Nein	Mitglied: Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V.; Landesverband Gemeindepsychiatrie - Informationsaustausch und Organisation gemeindepsychiatrischer	COI: keine – Keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Angebote	
Herm, Rebecca	Nein	Nein	Nein	für die Fachzeitschrift ergopraxis des Thieme-Verlags	Nein	Nein	Mitglied: Mitgliedschaft im Deutschen und Schweizerischen Berufsverband der Ergotherapie ohne Funktionsträgerschaft, Klinische Tätigkeit: Ergotherapie Domizilbesuche in der stationsäquivalenten Behandlung für sämtliche psychiatrischen Diagnosebilder. Implementierung betätigungszentrierter Ergotherapieverfahren entsprechend EBP	COI: gering – Ergotherapie keine Konsequenzen da keine Leitungsfunktion
Ibald, Kevin	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Mitglied in der DGSF, DGKV, DPtV ohne Funktion, Klinische Tätigkeit: Eigene Praxis	COI: gering – Systemische Therapie 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: Suizidologie, Psychosenforschung Schwerpunkte klinischer Tätigkeiten: Allgemeinpsychiatrie (Psychosen), therapieresistente Depressionen	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	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Prof. Dr. Janssen, Birgit	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Wissenschaftliche Tätigkeit: Versorgungsforschung, Klinische Tätigkeit: Allgemeine Psychiatrie	COI: gering – Allgemeiner Bezug zur Leitlinie keine Konsequenzen da keine Leitungsfunktion
Dr. Jochim, Christina	Nein	Nein	Berliner Fortbildungsakademie	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Deutsche Psychotherapeutenvereinigung, Vorsitzende; Mitglied bei Verdi, Spitzenfrauengesundheit, Dachverband Psychosenpsychotherapie, Wissenschaftliche Tätigkeit: Psychische Gesundheit, Stationäre Versorgung, Weiterbildung, Klinische Tätigkeit: Psychosen, Borderline, Abhängigkeitserkrankungen, Depression, Angst	COI: gering – Psychotherapie keine Konsequenzen da keine Leitungsfunktion
Prof. Dr. Klingberg, Stefan	Nein	Nein	Universitätskliniken, Kliniken der Regelversorgung, Psychotherapeutenkammern, Ausbildungsinstitute für Psychol. Psychotherapie	keine Autorenschaften mit direkten finanziellen Interessen	Mitarbeit in Klinischen Studien mit öffentlich-staatlicher Finanzierung durch BMBF und BMG	Nein	Mitglied: Dachverband Psychosenpsychotherapie (DDPP), Stv. Vorsitzender., Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Psychologie, Mitglied, Wissenschaftliche Tätigkeit: Psychotherapie bei psychotischen Störungen, Klinische Tätigkeit: Stationäre, teilstationäre, stationsäquivalente, ambulante Behandlung von Patienten mit psychotischen Störungen, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Tübinger Akademie für Verhaltenstherapie	COI: gering – Psychotherapie 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	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							(gemeinnütziges, nicht profitorientiertes staatlich anerkanntes Ausbildungsinstitut für Verhaltenstherapie, Mitglied im Vorstand	
Prof. Dr. Kopp, Ina	Deutsche Akkreditierungsstelle (DAkkS), European Federation of Periodontology (EFP), British Society for Periodontology (BSP), European Society of Endodontology (ESE), European Society for Contact Dermatitis (ESCD), European Academy for Childhood Disability (EACD), European Association for Osseointegration (EAO), European Federation of Conservative	Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ)	EBM Frankfurt, Arbeitsgruppe des Instituts für Allgemeinmedizin am FB Medizin der Johann Goethe-Universität Frankfurt, Bundesverband der implantologischen tätigen Zahnärzte in Europa e.V.(BDIZ)	Nein	Stiftung Deutsche Krebshilfe (DKH), Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) Innovationsfonds, Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) Innovationsfonds, Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) Innovationsfonds	Keine	Mitglied: Lenkungsausschuss für das Leitlinienprogramm Onkologie von Deutscher Krebsgesellschaft, Deutscher Krebshilfe und AWMF (Mitglied), Mitglied: Ständige Kommission Leitlinien der AWMF (Stellv. Vorsitzende), Mitglied: Primary Contact im Auftrag der AWMF im Guidelines International Network, Mitglied: Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin (Mitglied), Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (Mitglied), Mitglied: Fachbeirat für das Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien von Bundesärztekammer, Kassenärztlicher Bundesvereinigung und AWMF (Mitglied), Mitglied: Mitglied, Kohorte 1: SCIANA-Health Leaders Network, gefördert von Robert Bosch Stiftung (D), Health Foundation, Careum Stiftung, Mitglied: Mitglied des Kuratoriums des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG), Mitglied: Ehrenmitglied, Deutsche	COI: keine – Keiner

	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*inn enschaft	Forschungs- vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innen- recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
	Dentistry						Gesellschaft für Senologie , Mitglied: Mitglied, Board of Trustees des Guidelines International Network, Wissenschaftliche Tätigkeit: Leitlinien, Qualitätsmanagement, Versorgungsforschung, Digitalisierung und Künstliche Intelligenz in der Medizin, Klinische Tätigkeit: Keine, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Seminare Leitlinien der AWMF für Leitlinienentwickler und das Curriculum Leitlinienberater, GIN- McMaster INGUIDE Training Program, Methoden-Workshops des Leitlinienprogramms Onkologie, Persönliche Beziehung: Keine	
Dr. med. Krause, Tim	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	-	Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) - Mitglied seit 2010 - Referat Suizidologie , Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (DGS) - Arbeitsgemeinschaft zur Erforschung suizidalen Verhaltens - seit 09/2018 Mitglied im DGS- Vorstand , Mitglied: Nationales Suizidpräventionsprogramm (NaSPro) – AG Medizinische Versorgung/Gesundheitswesen - Mitglied seit 2021, Mitglied: Bündnis gegen Depression Halle	COI: keine – keinen

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							(Saale) und Magdeburg e. V. - seit 2017; Stellv. Vorsitzender, Mitglied: Beirat Wohnheim, Tagesstätte, Intensiv Betreutes Wohnen und Persönliches Budget für Menschen mit seelischen Behinderungen in Trägerschaft der Paul-Riebeck-Stiftung zu Halle an der Saale - seit 07/2018 Vertreter der psychiatrischen Universitätsklinik, Mitglied: Klinisches Ethikkomitee am Universitätsklinikum Halle (Saale) - seit 11/2021; Mitglied, Mitglied: Akademie für Ethik in der Medizin (AEM) – Arbeitsgruppe Ethik in der Psychiatrie - seit 2021; Mitglied, Wissenschaftliche Tätigkeit: Suizid, Suizidalität, Depression, Klinische Tätigkeit: Akutpsychiatrie Affektive Störungen, insbes. Depression Neurobiologische Therapieverfahren , Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Lehrveranstaltungen im Rahmen der oberärztlichen Tätigkeit; einzelne Vorträge, vorrangig zu Depression, Suizid und Suizidalität, Persönliche Beziehung: Keine.	

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Prof. Dr. Kölch, Michael	Nein	BIÖG RKI	DJJuF, Landesvereinigung Gesundheit Niedersachsen, IRESA Institut	Springer, Beltz, Hogrefe	BMBF	n.a.	Mitglied: Mitglied im Vorstand der DGKJP - Präsident der DGKJP seit 01.01.2025, Mitglied: Vorstandsmitglied BAG KJPP, Wissenschaftliche Tätigkeit: Forschungsschwerpunkt Kinder/Jugendliche in der Jugendhilfe, SSV, MDD, Klinische Tätigkeit: allg. KJP, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Fortbildung Entwicklungspsychopharmakologie, Facharztrepetitorium KJPP (DGKJP und 3LI), Persönliche Beziehung: n.a.	COI: gering – Diagnostik und Behandlung im Kindes- und Jugendalter keine Konsequenzen da keine Leitungsfunktion
Prof. Dr. Lambert, Martin	TEVA GmbH, Lilly Deutschland	Nein	Janssen Cilag GmbH, ROVI GmbH, TAKEDA, ROVI GmbH, Otsuka, Janssen, ROVI GmbH, TAKEDA	Nein	Medici	Gründer und CMO Mindnet-E-Health AG	Wissenschaftliche Tätigkeit: Schwere psychische Erkrankungen, Wissenschaftliche Tätigkeit: ADHS im Erwachsenenalter, Klinische Tätigkeit: Integrierte Versorgung, Psychosen und Transition-Psychiatrie, Spezialambulanz für ADHS im Erwachsenenalter.	COI: gering – Versorgungskoordination keine Konsequenzen da kein Stimmrecht und keine Leitungsfunktion COI: moderat – Pharmakotherapie keine Konsequenzen da kein Stimmrecht und keine Leitungsfunktion
Prof. Dr. Langguth, Berthold	Schwabe, Rovi, Sea Pharma, Stiftung Warentest	Neuromod	Rovi, Schwabe Infectopharm	Schwabe	Rainwater Foundation, Sonova, Bayerisches Gesundheitsministerium, Sanddorp	Sea Pharma	Mitglied: Vorstand Deutsche Gesellschaft für Hirnstimulation in der Psychiatrie (DGHP), Mitglied: Vorstand Retex (Initiative zur Schaffung von	COI: gering – Nicht-invasive Stimulationsverfahren, Depression und Zwangsstörungen

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
					Stiftung		Arbeitsplätzen für Menschen mit psychischer Erkrankung), Mitglied: Vorstand Tinnitus Research Initiative, Mitglied: RNID: Mitglied des wissenschaftlichen Beirates, Mitglied: Tinnitus Quest: wissenschaftlicher Berater, Wissenschaftliche Tätigkeit: Gehirnstimulation, Tinnitus, affektive Störungen, Schizophrenie, Zwang, E-Health, >460 Publikationen, Klinische Tätigkeit: Schizophrenie, affektive Störungen, Angst, Zwang, ADHD, Tinnitus, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Ausbildungsworkshops der DGHP (Deutsche Gesellschaft für Hirnstimulation in der Psychiatrie)	keine Konsequenzen da keine Leitungsfunktion COI: moderat – Pharmakotherapie Stimmenthaltung (Beratungsfunktion möglich)
Prof. Dr. Leucht, Stefan	Apsen, Angelini Verschiedene Projekte, Boehringer Ingelheim, Gedeon Richter, Bristol-Myers-Squibb, Johnson and Johnson (Janssen früher), Karuna, Kynexis, Mitsubishi,	Nein	Nein	Verschiedene Buchkapitel	Nein	Nein	Mitglied: DGPPN / Psychiatrie allgemein; ECNP / Pharmakologische Behandlung; BASTA / Patientenselbsthilfe, Anti-Stigma, Wissenschaftliche Tätigkeit: Pharmakologische und psychotherapeutische Behandlung der Schizophrenie, Klinische Tätigkeit: Leiter des Psychoseschwerpunkts am Haus, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Im Rahmen der Studentenausbildung und Fortbildung der ärztlichen und psychotherapeutischen Klinik an	COI: gering – Psychotherapie Limitierung von Leitungsfunktionen COI: hoch – Pharmakotherapie 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	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
	Neurotorium, NovoNordisk, Orionpharma, Otsuka/Lundbeck, ROVI, Sun Pharma, TEVA						unserer Klinik	
Prof. Dr. Lincoln, Tania	-	-	Workshops	Verlagen: Hogrefe, Beltz, Elsevier	-	Beteiligung an privatem Ausbildungsinstitut für Verhaltenstherapie (PTA Hamburg)	Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Psychologie (Sprecherin von 22-24) SIRS, DDPP, Wissenschaftliche Tätigkeit: Wissenschaftlicher Schwerpunkt: Mechanismen von Psychosen, Therapie von Psychosen, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Siehe oben: Beteiligung an privatem Ausbildungsinstitut für Verhaltenstherapie (PTA Hamburg)	COI: gering – Psychotherapie allg. keine Konsequenzen, da kein Stimmrecht und keine Leitungsfunktion COI: moderat – Kognitive Verhaltenstherapie keine Konsequenzen, da kein Stimmrecht und keine Leitungsfunktion
Ludowisy-Dehl, Silke	keine	keine	keine	Nein	keine	keine	Mitglied: G-BA/UA Qualitätssicherung / AG PPP-RL Präsidiumsmitglied Deutscher Pflegerat e.V., Mitglied: Mandatsträgerin S3-LL DGN-LL 038/013 Demenzen, Mitglied: Mandatsträgerin S3-LL Psychosen mit komorbider substanzbezogener Störung, Mitglied: Mandatsträgerin S3-LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen, Mitglied: Mandatsträgerin S3-LL Umgang mit Suizidalität, Wissenschaftliche	COI: gering – Pflege 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	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Tätigkeit: keine, Klinische Tätigkeit: Pflegedirektion, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: keine, Persönliche Beziehung: keine	
Dr. Martens, Reinhard	Nein	Nein	Keine bezahlten	Elsevier Co-Autor Artikel	Nein	MVZ Dr. Martens GmbH 007042301, 204 Aktien Rhoen Klinikum Inhaber-Aktien o.N. DE0007042301	Mitglied: BVVP Vorstandsmitglied Sachsen, Mitglied: BKJPP Vorstandsbeauftragter Psychotherapie, Mitglied: Beratender Fachausschuss Psychotherapie der KBV, Mitglied: Beratender Fachausschuss Psychotherapie der KV Sachsen, Mitglied: Mitglied Zulassungsausschuss KV Sachsen, Mitglied: Stellvertreter GBA Unterausschuss Psychotherapie, Klinische Tätigkeit: Kinder- und jugendpsychiatrische, psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung in Ostsachsen, Persönliche Beziehung: Ehefrau Co-Geschäftsführerin der MVZ Dr. Martens GmbH	COI: gering – Psychotherapie keine Konsequenzen da keine Leitungsfunktion
Martin, Beatrix	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitgliedschaften/Funktion in Interessensverbänden: Mitgliedschaft in der DVSG	Psychosoziale Interventionen, soziale und berufliche Rehabilitation (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	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Prof. Dr. Meisenzahl, Eva	Nein	Nein	Nein	Nein	CARE	Mitinhaberin des US-Patentes US20160192889A 1 mit dem Titel "Adaptive pattern recognition für psychosis riskmodelling". Diese Patent beschreibt Verfahren zur Früherkennung und Prognose psychotischer Störungen mittels computergestützter Mustererkennung.	Mitglied: LIPPS Mitglied, DÄVT Vorstand, DGPPN Mitglied, Referatsleitung Bildgebung DGPPN, ESAS (Präsidentin), EPA Mitglied, Wissenschaftliche Tätigkeit: Früherkennung psychiatrischer Erkrankungen, Psychosen, Depressionen, Klinische Tätigkeit: Akutpsychiatrie, TK, Psychiatrisch-Psychotherapeutische Komplexbehandlung, Früherkennung, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Wissenschaftliches Kolloquium HHU Psychiatrie, Update Psychiatrie und Psychotherapie HHU, Persönliche Beziehung: nein	COI: moderat – Computergestützte Früherkennung Stimmenthaltung (Beratungsfunktion möglich)
Dr. Melcop, Nikolaus	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Deutsche PsychotherapeutenVereinigung Stellvertretender Landesvorsitzender, Klinische Tätigkeit: Psychotherapeutische Praxis	COI: gering – Psychotherapie keine Konsequenzen da keine Leitungsfunktion
Prof. Dr. Meyer, Günter	Nein	Nein	PMG GmbH Berlin, FAW Forum Berlin	Nur historische Publikationen	Nur historische Forschungsprojekte	Nein	Mitglied: Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege (BAPP) e.V. - Vorstandstätigkeit. Bundesdekanekonferenz für Pflegewissenschaft (Vertretung Ostfalia) Sicherheitspolitischer Dialog Niedersachsen (Vertretung Ostfalia)	COI: gering – Pflege 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	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Fachkommission Langzeitpflege Deutscher Pflegerat, Mitglied: vpsg - Verein für Psychiatrie und Seelische Gesundheit e.V., Berlin - Vorstandstätigkeit, Wissenschaftliche Tätigkeit: Psychiatrische Pflege, Geschichte der Psychiatrie, Ethik, Ethische Konflikte, Ethische Fallbesprechungen	
Prof. Dr. Meyer-Lindenberg, Andreas	Hector Stiftung , Lundbeck Foundation, Innovationsausschuss G-BA, von Behring Röntgen Stiftung	Boehringer Ingelheim International, ECNP, The LOOP Zürich, Universität Aarhus/DK Assessment Committee, Region Hovedstadens Psykiatri, DK, Janssen-Cilag GmbH/Johnson, TEVA Pharmaceutical Industries, AbbVie Pharmaceuticals , Daimler und Benz Stiftung, Helmut Horten Foundation/Schweiz, Fondation FondaMental, Heinrich-Lanz-Stiftung, Wellcome Trust London, Gedeon Richter Pharma GmbH,	Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling e.V., CISSN/SCF (Studio die Consulenza Farmacologica , Columbia University New York, pro mente Akademie GmbH, Symposium Klinikum Ingolstadt, FOMF (Forum für medizinische Fortbildung), Consorcio Mexicano de Neuropsicofarmacologia,	Thieme Verlag, Kohlhammer Verlag, Beltz Verlag	BMBF, BMBF, BMBF, BMBF, DFG, Klaus-Tschira-Stiftung, DFG, BMBF, BMBF, MWK	Zentralinstitut für Seelische Gesundheit	Mitglied: DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde) Executive Board, Chairman/President in 2023-2024, Mitglied: DZPG (Deutsches Zentrum für Psychische Gesundheit) Management Board, Spokesperson partner-site Mannheim-Heidelberg-Ulm , Mitglied: German Brain Council (GBC) vice-chair 2026, Mitglied: Landesärztekammer Baden-Württemberg, Member, Mitglied: Aktion Psychisch Kranke e.V. Member, Mitglied: Ärztlicher Verband Krankenhauspsychiatrie BW Member, Mitglied: Leopoldina Member, Mitglied: VUD Member, Wissenschaftliche Tätigkeit: Entwicklung neuer Behandlungsmethoden für	COI: keine – keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
		Medical Research Council (MRC) London, University of Oxford/Wellcome Trust, Endosane Pharmaceuticals GmbH	Universität Norwalk, Connecticut USA, DGPPN-Kongress, State-of-the-Art, FOMF, Luzerner Psychiatrie AG				schwere psychische Störungen, insbesondere der Schizophrenie durch Anwendung von multimodalem Neuroimaging, Genetik und sozialen Neurowissenschaften, Klinische Tätigkeit: Psychiatrie (Depression, Schizophrenie), Persönliche Beziehung: nein	
Prof. Dr. med. Montag, Christiane	Nein	Nein	Nein	Nein	IPU Berlin, Prof. Dr. Dorothea von Haebler	Nein	Mitglied: Mitglied und seit 2022 Vorstandsmitglied DDPP, Mitglied: Mitglied Arbeitskreis OPD / Strukturachse / psychotische Störungen , Wissenschaftliche Tätigkeit: Soziale Kognition, Metakognition und Empathie, Psychosenpsychotherapie, kreative Therapien, innovative Versorgungsmodelle, Vermeidung von Zwang im psychiatrischen Hilfesystem, Klinische Tätigkeit: Allgemeinpsychiatrie, Psychotherapie, Psychosenpsychotherapie, Differentialdiagnostik von psychotischen Erkrankungen, innovative Versorgungsmodelle, Hometreatment , Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Curriculum zur psychodynamischen Psychosenpsychotherapie (Kooperation IPU und Charité/PUK SHK)	COI: gering – Psychotherapie 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	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Muysers, Jutta	Nein	Nein	DGPPN, Ärztekammer	Nein	Nein	Nein	Mitgliedschaften/Funktion in Interessensverbänden: DGPPN, stellvertretende Referatsleitung Forensik BDK Sprecherin AK Forensik Schwerpunkte wiss. Tätigkeiten, Publikationen: Forensische Themen Schwerpunkte klinischer Tätigkeiten: Forensische Psychiatrie in allen Zusammenhängen	Forensik (gering); keine Konsequenzen da keine Leitungsfunktion
Möhrmann, Karl Heinz	AWMF bzw. federführende Institution Leitlinienentwicklung (wechselnde Zeiträume der Tätigkeit), wie oben	Nein	Polizeihochschule Fürstenfeldbruck (jährlich ca. 4 mal; ein halber Tag Umfang), Bildungszentrum Irsee des Bay. Bezirktags (jährlich einmal; ca. 2,5 Tage lang)	div. Vorträge vor versch. Gremien, Veröffentl. in Zeitschr. und Tagungsbänden (wechselnde Tätigkeit)	---	Aktienbesitz: Siemens Healthineers	Mitglied: Gegenwärtig Siehe unter 1., Mitglied: Ferner: Mitglied bei DGBS, Münchner Bündnis gg. Depression, Deutsche Gesellsch. f. Psychoedukation (DGPE), Gesellsch. zur Förderung empirisch begründeter Therapieansätze bei schizophr. Menschen (gfts), Fördermitgl. Bay. Landesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V. (BayPE); BASTA, Wissenschaftliche Tätigkeit: Publikationen zu angehörigenrelevanten Themen in div. Zeitschriften und Tagungsbänden, Wissenschaftliche Tätigkeit: Vortrag: „Hilfen für psychisch	COI: keine – Keiner

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Prof. Dr. Nenadic, Igor	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Col: Keine - keine
Otto-Lange, Bettina	Stiftung MartensLebensräume Offenbach	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Selbsthilfe Organisation und Koordination der Initiative vor Ort, das sind zwei aktive Gruppen "Lebbe gehd waider" Aktive Mitarbeit im Landesverband Hessen LVPEH Vorstandstätigkeit auf Bundesebene BPE e.V.	COI: keine – Keiner
Dr. Pajkert-Otto, Anna	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Deutsche Psychotherapeutenvereinigung (DPtV) seit 2022 Gesellschaft für Neuropsychologie seit ca. 2016/2017 Psychotherapeutenkammer Berlin seit 2022, Klinische Tätigkeit: ambulante Versorgung von psychisch erkrankten Menschen, gelegentlich Coaching	COI: gering – Psychotherapie keine Konsequenzen da keine Leitungsfunktion
Dr. Pfeifer, Anja	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	COI: keine – keine
PD Dr. Pitschel-Walz, Gabriele	Nein	Nein	Kliniken, Ausbildungsinstitute, DGPPN, DGPE,	Elsevier Verlag, Thieme Verlag, Klett Cotta	DFG, GRK2621/1 POKAL-Kolleg	Nein	Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Psychoedukation (DGPE), Stellvertretende Vorsitzende, Mitglied des Münchner Bündnis gegen Depression	COI: moderat – Psychoedukation Stimmenthaltung (Beraterfunktion 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	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
			ROVI	Verlag, ROVI			Mitglied und Kassenprüferin bei Ariadne, München Stellvertretende Mandatsträgerin S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen , Wissenschaftliche Tätigkeit: Diagnostik und Therapie der Depression in der hausärztlichen Praxis, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Dozentin an Ausbildungsinstituten für Psychologische und ärztliche Psychotherapie, Supervision (vfkv, KIRINUS CIP, München, kbo Isar-Amper-Klinikum Themen: Kognitive Verhaltenstherapie, Behandlung der Schizophrenie, der Depression, Angehörigenarbeit, Gruppentherapien, Supervisionskonzepte	COI: gering – kognitive Verhaltenstherapie Keine Konsequenzen da keine Leitungsfunktion
Dr. Prüter-Schwarte, Christian	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Geschichte der Nervenheilkunde Schriftführer, Wissenschaftliche Tätigkeit: Prüter-Schwarte C: Herta Seidemann: Psychiaterin, Neurologin und Psychotherapeutin – „Germany`s loss – America`s gain. Nervenheilkunde (2025) 44: 475-483. DOI: 10.1055/a-2558-3995 Prüter-Schwarte C: Gustav Aschaffenburg (1866–1944) und	COI: gering – Forensik 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	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen -interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							die Einführung der verminderten Zurechnungsfähigkeit. Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie (2025) DOI: 10.1007/s11757-025-00884-5 Prüter-Schwarte C: Gustav Aschaffenburg (1866–1944) und die Einführung der verminderten Zurechnungsfähigkeit. Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie (2024) 18: 341-347. DOI 10.1007/s11757-024-00850-7 Schnorr T, Fleiner T, Trumpf R, Prüter-Schwarte C, Faselow J, Zijlstra W, Hausser-mann P: Circadian disturbances, anxiety and motor disturbances differentiate delirium superimposed on dementia from dementia-only. Front Psychiatry (2024) DOI 10.3389/fpsyt.2024.1407213 Prüter-Schwarte C: Medizin als Wissenschaft der Sorge? In: Wevelsiep C (Hrsg.) Im Zeitalter der Sorge. EUF University Press Bd. 1. wbg Academic Herder, Freiburg im Breis-gau, 2025, 161-176. ISBN: 978-3-534-64236-6	

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Prüter-Schwarte C: „Sexualität und Verbrechen“ – Hans Bürger-Prinz und Fritz Bauer, die Brisanz einer gemeinsamen Herausgeberschaft. In: Müller Th, Prüter-Schwarte C (Hrsg). Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Geschichte der Nervenheilkunde, Band 29. Königshausen Neumann, Würzburg, 2023, 329-344. ISBN: 978-3-8260-8196-5 , Klinische Tätigkeit: Leitung Abteilung für Forensische Psychiatrie Behandlung schizophrener Patienten, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Forensische Interventionstagung	
Dr. Rabe-Menssen, Cornelia	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Angestellte Tätigkeit in Berufsverband, Wissenschaftliche Tätigkeit: Versorgungsforschung, Mitgliederumfragen, Fakten zur Versorgungslage in der ambulanten Psychotherapie in Deutschland.	COI: keine – keine
Ratzeburg, Silke	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	COI: keine – keine
Dr. Rothkopf, Anne	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitgliedschaften/Funktion in Interessensverbänden: Mitglied bei Basta, München als Betroffene und Angehörige	COI: Keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Prof. Dr. Rus-Calafell, Mar	Nein	Scientific advisory boards von nationalen und internationalen Forschungsprojekten	Workshops zum Thema KVT für Psychosen Klinische Schulungen zur AVATAR-Therapie	Psychosen bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen Diagnostik, Prävention und Therapie Kolhammer	Aktuelle klinische Studien BMBF: AVATAR_VRSocial therapy for auditory verbal hallucinations in early psychosis Wellcome Trust: AVATAR Therapy for distressing auditory hallucinations in psychosis: real world evidence. Drittmittel geförderte Projekte DFG, BMBF, DZPG, AvH, Wellcome Trust (UK), National Institute for Health and Care Research (UK).	Nein	Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Psychologie, Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie (DGPs) Mitglied: Schizophrenia International Research Society (SIRS), Mitglied: International Consortium of Hallucination Research (ICHR) , Mitglied: Early Intervention Mental Health Association (IEPA) Wissenschaftliche Tätigkeit: Prävention, Bewertung, Psychologische Behandlung, Digitale Psychotherapie von Psychosen. , Klinische Tätigkeit: Prävention, Bewertung, Psychologische Behandlung, Digitale Psychotherapie von Psychosen. , Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Dozent und Betreuer am Forschungs- und Behandlungszentrum für psychische Gesundheit in Bochum (Aus- und Weiterbildung), Persönliche Beziehung: Nein	COI: gering – Psychotherapie, Kognitive Verhaltenstherapie keine Konsequenzen da keine Leitungsfunktion COI: moderat – AVATAR-Therapie Stimmenthaltung (Beratungsfunktion möglich)
Dipl.-Psych. Scheufele, Erdmute	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien - Mandatsträgerin, Mitglied: Berufsverband der Tanztherapeutinnen Deutschlands e.V. -	COI: gering – Künstlerische Therapien und berufliche Rehabilitation 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	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Mandatsträgerin, Klinische Tätigkeit: Integrative Therapie, DBT	
Dr. Schlimme, Jann	Nein	Nein	Verschiedene Anbieter von Eingliederungshilfe, Krankenhäuser, Weiterbildungsträger, DGSP Fortbildungskurse	Nein	Nein	Nein	Mitgliedschaften/Funktion in Interessensverbänden: Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP), gewähltes Mitglied im erweiterten Vorstand Schwerpunkte wiss. Tätigkeiten, Publikationen: Psychosen, Genesung von Psychosen, Medikationsstrategie, traumaintegrative Psychotherapie Schwerpunkte klinischer Tätigkeiten: Behandlung von Menschen mit Psychosen – psychiatrisch sowie psychotherapeutisch Federführende Beteiligung an Fortbildungen/Ausbildungsinstitutionen: s.o. die Fortbildung werden eigenverantwortlich gestalten	Psychotherapie und Pharmakotherapie (moderat), Stimmhaltung (Beratungsfunktion möglich)
Schmidt, Dorothea	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Mitgliedschaft und Mitarbeiterin im Bundesverband für Ergotherapeut:innen e.V.	COI: gering – Ergotherapie 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	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Prof. Dr. Schmidt, Stefanie	Bundesamt für Statistik/OBSA N, Mitglied der Eidgenössischen Kommission für Kinder- und Jugendfragen (EKKJ), Gutachterin für Forschungsanträge (z.B. SNF, DFG, Wellcome)	Advisory Board "My Story and Me" (Anna Freud Centre, London)	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: IEPA, SPR, DGP, Wissenschaftliche Tätigkeit: Psychische Gesundheit im Kindes- und Jugendalter, Früherkennung und Frühintervention, Evaluation von psychotherapeutischen Interventionen, Einfluss von sozialen Medien auf die psychische Gesundheit im Kindes- und Jugendalter, Passive Sensing/Social Big Data und psychische Gesundheit junger Menschen, Klinische Tätigkeit: Supervisorin, Leiterin der Psychotherapeutischen Praxisstelle für Kinder- und Jugendliche der Universität Bern, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: MAS AVKJ, DAS Supervision in der Psychotherapie von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen (Kooperation mit den Universitäten Fribourg, Luzern, Zürich und Bern), Persönliche Beziehung: Nein	COI: gering – Früherkennung, Kindes- und Jugendalter, Kognitive Verhaltenstherapie und systemische Therapie keine Konsequenzen, da kein Stimmrecht und keine Leitungsfunktion
Schmutzer, Constanze	Nein	Nein	LÄK Thüringen	Nein	Nein	Nein	Mitglied: BVDP, BVDN, DGPPN	COI: keine – Keine
Prof. Dr. med. Stübner, Susanne	Gerichte, Behörden	Gefängnismedizin Zeitschrift für Forensische Psychiatrie,	Ludwig-Maximilians-Universität München	Wissenschaftliche Veröffentlichungen, Beiträge zu Lehrbüchern	Wissenschaftliche Tätigkeiten außerhalb klinischer und/oder geförderter Studien	Nein	Mitgliedschaften/Funktion in Interessensverbänden: Wissenschaftlicher Beirat: Gefängnismedizin	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*inn enschaft	Forschungs- vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innen- recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
		Psychotherapie und Kriminologie Institut für Konfliktforschung DGNB Deutsche Gesellschaft für neurowissenschaftliche Begutachtung (Zertifizierungsausschuss) Arzneimittelsicherheit AMSP e.V.	Justizministerium Bildungswerk der Bayerischen Bezirke Wissenschaftliche Tagungen Seminare und Kongresse				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 Federführende Beteiligung an Fortbildungen/Ausbildungsinstitutionen: Dozententätigkeit an der LMU, für das Bayerische Justizministerium, Bildungswerk der Bayerischen Bezirke, Federführung lediglich bezüglich einzelner Veranstaltungen	
Prof. Dr. med. Supprian, Tillmann	Nein	Nein	Eisai GmbH Edmund-Rumpler-Straße 3 60549	Kohlhammer-Verlag Heßbrühlstr. 69 70565	Klin. Studie (ADAGIO) von Bristol-Myer-Squibb	Nein	Mitglied: Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und - psychotherapie , Mitglied: Sprecher des Arbeitskreises	COI: gering – Behandlung im höheren Lebensalter 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	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
			Frankfurt/Main , Bistum Essen Kath. Akademie DIE WOLFSBURG Falkenweg 6 45478 Mülheim an der Ruhr, Bildungszentrum Gesundheit und Pflege Hohenlohe Kastellstraße 5 74613 Öhringen, LWL-Klinik Münster Friedrich-Wilhelm-Weber-Str. 30 48147 Münster , streamedup! GmbH Borsigstraße 11-13 65205 Wiesbaden, Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein (IQN)	Stuttgart			Gerontopsychiatrie der Bundesdirektorenkonferenz (BDK e.V.), Mitglied: Mitglied im wissenschaftlichen Beirat des Bundesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker (BAPK e.V.) , Mitglied: Vorstandsmitglied im Düsseldorfer Bündnis gegen Depression, Mitglied: Mitglied im wissenschaftlichen Beirat des Landesverbandes der Alzheimer-Gesellschaften NRW e.V., Mitglied: Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), Wissenschaftliche Tätigkeit: Suizidprävention im Alter Frühdiagnostik von Demenzerkrankungen, Klinische Tätigkeit: Suizidprävention im Alter Frühdiagnostik von Demenzerkrankungen, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Kongress-Präsident des 17. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie vom 25.-27.6.2025 in Düsseldorf	

	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*inn enschaft	Forschungs- vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innen- recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
			Tersteegen-Str. 9 40474 Düsseldorf , Kreis Mettmann, 40822 Mettmann, Kongress der Deutschen Gesell. f. Innere Medizin (DGIM) Wiesbaden, BBT Gruppe Kardinal- Krementz-Str. 1-5 56073 Koblenz , Management Forum Starnberg GmbH Maximilian- Straße 2b D-82319 Starnberg, Ärztchamber Nordrhein Tersteegen- Str. 9 40474 Düsseldorf, Ärztchamber Nordrhein					

	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*inn enschaft	Forschungs- vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innen- recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
			Tersteegen- Str. 9 40474 Düsseldorf, St. Marien Hospital Eickel Marienstraße 2 44651 Herne , NeuroNation Friedrichstraße 68 10117 Berlin , Klinik für Psychiatrie Psychotherapi e und Psychosomatik Evang. Klinikum Niederrhein Johanniter Krankenhaus Oberhausen Steinbrink-Str. 96a 46145 Oberhausen , Siegener Neurologie- Forum , Ärztekammer Nordrhein Tersteegen- Str. 9 40474 Düsseldorf,					

	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*inn enschaft	Forschungs- vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innen- recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
			ASG Bildungs- forum Gerresheimer Straße 90 40233 Düsseldorf, University Hospital of Iceland, Laeknadagar 2026, Reykjavik, OSTAK Osteologie Akademie GmbH kaiser- Wilhelm-Str. 2 45276 Essen, Caritas- verband für das Erzbistum Paderborn e.V. Am Stadelhof 15 33098 Paderborn					
Prof. Dr. Szyck, Gregor	Kassenärztlich e Bundesvereinig ung/Krankenkassen Gerichte	Psychiatrische Klinik Lüneburg Lüneburger Ausbildungsinstitute s für Kinder- und Jugendlichen- Verhaltenstherapie (LAKiju-VT)	Diverse Ausbildungs- institute gemäß Psychotherape utengesetz	Nein	Innovationsausschus s beim G-BA	Nein	Mitglied: DGVT e.V. Mandatsträger für diese LL, Wissenschaftliche Tätigkeit: Wahrnehmungsprozesse, Grundlagenforschung, Autismus, Schizophrenie, Klinische Tätigkeit: Ambulante Psychotherapie,	COI: moderat – Ambulante psychotherapeutische Versorgung Stimmhaltung (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	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
	Obergbergkliniken GmbH						Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Gruppenpsychotherapie, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Leiter der psychotherapeutischen Ausbildungsinstitute an der MHH (AVVM-Verhaltenstherapie, IPAW-tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie), Persönliche Beziehung: entfällt	
Dr. Thünker, Johanna	Nein	Nein	Nein	Hogrefe-Verlag	Nein	Mitgliedschaften/Funktion in Interessensverbänden: Verband Psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (VPP im BDP e.V.), Bundesvorsitz Kommissarischer Vorsitz Regionalgruppe NRW im VPP Vorsitz Regionalgruppe NRW im VPP Schwerpunkte wiss. Tätigkeiten, Publikationen: Behandlung von Alpträumen	Keine	COI: Keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
						(Entwicklung und Evaluation eines standardisierten Behandlungskonzeptes bei Kindern und Jugendlichen) Schwerpunkte klinischer Tätigkeiten: Niedergelassene Psychotherapeutin (Verhaltenstherapie) in ländlicher Region: gesamtes Spektrum der psych. Störungen Federführende Beteiligung an Fortbildungen/Ausbildungsinstitutionen:		
PD Dr. Ullrich, Heiko	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	COI: keine – Keine
Dr. Urban, Roland	Nein	Kaiserin Friedrich Stiftung für die Fortbildung	keine	keine	keine	keine	Mitglied: Berufsverband Deutscher Psychiater Berufsverband Deutscher Nervenärzte (Vorstandsmitglied) Sektion Psychiatrie UEMS (Europäische Facharztvereinigung Ärztchamber Berlin, Wissenschaftliche Tätigkeit: keine, Klinische Tätigkeit: keine, Beteiligung an Fort-/Ausbildung:	COI: keine – Keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							keine, Persönliche Beziehung: keine	
Prof. Dr. Van Noort, Betteke	Gutachterin für wissenschaftliche Journals, u.a.: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Children and Youth Services Review PLOS ONE International Journal of Eating Disorders	Nein	Zentrum für Seelische Gesundheit - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (ZGFU), Institut für integrative Psychotherapie (MSB-IPB)	Ein Überblick meiner Publikationen finden Sie hier: https://scholar.google.com/citations?user=fpGevzcAAAAJ&hl=en	Mitglied vom EMPOWERYOU-Consortium (koordinierende Tätigkeit für den Standort an der MSB in Berlin)	Nein	Mitglied: Mandatsträgerin der bvvp (Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e.V.), Mitglied: Mitglied des Ausschusses für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie der Bundespsychotherapeutenkammer, Mitglied: Mitglied der Kommission zur Weiterentwicklung der Musterberufsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer, Wissenschaftliche Tätigkeit: Klinische Psychologie, Interventionsforschung, Adoleszenz, Viktimisierungserfahrungen, Essstörungen Ein Überblick meiner Publikationen finden Sie hier: https://scholar.google.com/citations?user=fpGevzcAAAAJ&hl=en , Klinische Tätigkeit: Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, Fachkunde Verhaltenstherapie	COI: keine – Keine
PD Dr. Veselinovic, Tanja	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: DÄVT, Mandatsträgerin für diese Leitlinie, Wissenschaftliche Tätigkeit: DGPPN, Mitglied	COI: gering – Verhaltenstherapie, Pharmakotherapie, Depression, Suizidalität 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	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Prof. Dr. Völlm, Birgit	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	COI: keine – Keine
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. Wessels, Tina	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	COI: gering – Psychotherapie keine Konsequenzen da keine Leitungsfunktion
Dr. Widera, Teresa	Es bestehen keine direkten, finanziellen Interessen. Gutachter-, Vortrags- oder Schulungstätigkeiten werden unentgeltlich als Vertretung meines Arbeitgeber	dito	dito	dito	dito	dito	Mitglied: /, Wissenschaftliche Tätigkeit: Rehabilitation und Teilhabe, Sozialmedizin, empirische Methoden/Statistik, Klinische Tätigkeit: /, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: /, Persönliche Beziehung: /	COI: gering – Rehabilitation 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	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
	wahrgenommen.							
Dr. Wieland, Lara	Nein	Nein	Nein	Charité Universitätsmedizin/Einstein Center for Neurosciences - Dr. Florian Schlagenhau f	wie obenstehend: Charité Universitätsmedizin/ Einstein Center for Neurosciences	Nein	Mitglied: (Passive) Mitgliedschaft in der Deutschen PsychotherapeutenVereinigung, Wissenschaftliche Tätigkeit: Bildgebung dopaminerger Mechanismen (wie oben angeführt), Klinische Tätigkeit: Honorartätigkeit im Rahmen der psychotherapeutischen Ausbildung in Verhaltenstherapie (ZPHU)	COI: gering – Psychotherapie keine Konsequenzen da keine Leitungsfunktion
Prof. Dr. med. Wilm, Stefan	Nein	Nein	Nein	Vera Kalitzkus	PSY-KOMO-Konsortium	Nein	Wissenschaftliche Tätigkeit: Versorgungsforschung, Patient-Arzt-Kommunikation, Familienmedizin, Klinische Tätigkeit: Hausärztlich tätig, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Leiter der Kurse für Psychosomatische Grundversorgung bei der Akademie der Ärztkammer Nordrhein	COI: keine – Keine
Prof. Dr. Wobrock, Thomas	Produkt und Markt GmbH	Johnson Johnson, Recordati, ROVI, Otsuka-Lundbeck, Boehringer	Johnson Johnson, ROVI, Recordati, Otsuka-Lundbeck, Boehringer	Elsevier-Verlag	versch. DSMBs	-	Mitglied: Früher Mitglied in Task Force WFSBP Leitlinien Schizophrenie, früher Mitglied DGPPN Steuergruppe S3-LL, aktuell DGPPN, DGBP, DGKiP, DGHP, ACKPA , Wissenschaftliche Tätigkeit: Evidenzbasierte Psychiatrie, Klinische Studien, Mitglied in Data	COI: moderat – Pharmakotherapie 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	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Safety Monitoring Boards (DSMBs), Leitlinien, Klinische Tätigkeit: Allgemeinpsychiatrie, Nennung in Ranking Listen als Experte für Schizophrenie, Depression, Sucht (Focus, Stern), Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Organisation der klinikinternen Fortbildungen, Prüfer bei Landesärztekammer, Weiterbildungsermächtigung für Psychiatrie und Psychotherapie, Persönliche Beziehung: -	
Ziehn, Kerstin	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Deutscher Verband Ergotherapie (DVE)	COI: gering – Ergotherapie keine Konsequenzen da keine Leitungsfunktion
Prof. Dr. von Haebler, Dorothea	Nein	-	DDPP VIA	Nein	Charité IPU	-	Mitglied: Dachverband Deutschsprachiger PsychosenPsychotherapie e.V., Vorsitzende, Mitglied: DGPT, Wissenschaftliche Tätigkeit: Professur für Interdisziplinäre Psychosentherapie, Multiprofessionelle Arbeit für Menschen mit Psychosen Lehre im Studium im Rahmen der Lehrtätigkeit und eingeladene Vorträge anderer akademischer Einrichtungen. , Klinische Tätigkeit: Leitung Psychoseambulanz.Berlin -psychotische Störungen; Schizophrenien; Bipolare	COI: gering – Psychosenpsychotherapie Limitierung von 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*inn enschaft	Forschungs- vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innen- recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Störungen , Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Curriculare Fortbildung in Psychodynamischer Psychosentherapie, Persönliche Beziehung: nein	

Anhang 2 Methodenkritische Aspekte (aus Version 3.0, 2019)

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 Version 3.0 (2019) mit der Revision auf die Version 4.0 (2025) 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.

Für die erste jährliche Aktualisierung 2026 wurde eine neue Literatursuche am 12.05.2026 durchgeführt. Mit der Suche wurde Farhad Shokrane³ (Systematic Review Consultants LTD), ein erfahrener Bibliothekar, der viele Cochrane Projekte begleitet hat, beauftragt. Dabei zeigte sich, dass der Suchalgorithmus für die Version 4.0 angepasst werden musste, so dass nun eine noch breitere Suche implementiert worden ist.

Pubmed	1401
Embase (OvidSP)	2239
Psycinfo (OvidSP)	760
Cochrane	12
Global Index Medicus	37
Total number of results	4449
Duplicates	1429
Total number of results to screen	3020

PubMed 12/05/2026

("Schizophrenia"[MH] OR "Psychotic Disorders"[MH:NoExp] OR "Schizo*"[TIAB] OR "Psychotic*"[TIAB] OR "Psychosis"[TIAB]) AND ("Systematic Review"[TI] OR Meta-Analy*[TI] OR Metaanaly*[TI] OR "Systematic Literature"[TI] OR "Systematic Evidence"[TI] OR "Systematic Quantitative Review"[TI] OR "Cochrane Review"[TI] OR "Systematic Search"[TI] OR ("PRISMA"[TIAB] AND Guideline*[TIAB]) OR "Cochrane Database Syst Rev"[TA] OR "Systematic Review"[PT] OR "Systematic Reviews as Topic"[MH] OR Meta-Analysis[PT] OR "Meta-Analysis as Topic"[MH] OR Network Meta-Analysis[PT] OR "Network Meta-Analysis as Topic"[MH]) AND (2024/6/6:3000/12/12[PDAT]) NOT ("Protocol"[TI] OR "Protocols"[TI])
1401

Embase <1974 to 2026 May 08> 12/05/2026

Search Strategy:

1 exp Schizophrenia Spectrum Disorder/ or exp Schizophrenia/ or Psychosis/ or (Schizo* or Psychotic* or Psychosis).tw,kw,kf. (395188)
2 exp Meta Analysis/ or Systematic Review/ or ((Meta adj1 Analy*) or Metaanaly* or (Systematic adj1 Review*) or "Systematic Literature" or "Systematic Evidence" or "Cochrane Review" or "Systematic Search").ti. or Cochrane.jw. or (Cochrane or Embase or PsychInfo or PsycInfo or CINAHL or CINHAL or Science Citation Index or "Web of Science" or Data Extraction or

³ <https://systematicreview.info/>

(Databases adj4 Search*) or "Update Review" or "We Searched" or ("PRISMA" and Guideline*).ab. (1009538)

3 1 and 2 (19581)

4 (Letter or Editorial).pt. (2288308)

5 3 not 4 (19312)

6 limit 5 to human (18658)

7 limit 6 to dc=20240606-20260512 (3388)

8 limit 6 to dd=20240606-20260512 (3265)

9 7 or 8 (3388)

10 limit 9 to embase (2239)

APA PsycInfo <1806 to May 2026 Week 1> 12/05/2026

Search Strategy:

1 exp Schizophrenia/ or Psychosis/ or (Schizo* or Psychotic* or Psychosis).tw. (208068)

2 limit 1 to ("0830systematic review" or 1200 meta analysis) (5197)

3 Systematic Review/ or Meta Analysis/ or ((Meta adj1 Analy*) or Metaanaly* or (Systematic adj1 Review*) or "Systematic Literature" or "Systematic Evidence" or "Cochrane Review" or "Systematic Search").ti. or (Cochrane or Embase or PsychInfo or CINAHL or CINHAL or Science Citation Index or "Web of Science" or Data Extraction or (Databases adj4 Search*) or "Update Review" or "We Searched" or ("PRISMA" and Guideline*).ab. (100421)

4 1 and 3 (5612)

5 2 or 4 (6418)

6 limit 5 to human (6055)

7 limit 6 to (editorial or letter) (65)

8 6 not 7 (5990)

9 limit 8 to up=20240601-20260512 (760)

Cochrane Database of Systematic Reviews via Cochrane Library 12/05/2026

Issue 5 of 12, May 2026

Date Run: 12/05/2026 13:50:42

#1 [mh Schizophrenia] or [mh "Psychotic Disorders"] OR (Schizo* or Psychotic* or Psychosis):ti,ab with Cochrane Library publication date Between Jan 2024 and May 2026, in Cochrane Reviews 12

Global Index Medicus 12/05/2026

(schizo* OR psychotic* OR psychosis) OR (mh:(schizophrenia)) OR (mh:(psychotic disorders)) AND (type_of_study:("systematic_reviews" OR "health_technology_assessment" OR "sysrev_observational_studies" OR "policy_brief")) AND (year_cluster:[2024 TO 2026])

37

Die 3020 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. Insgesamt wurden 20 Meta-Analysen im Detail betrachtet und für die Empfehlungen zur Avatar-Therapie und rTMS wurden basierend auf Literatursuche neue GRADE Profile angelegt. Ansonsten bedingten die neuen Meta-Analysen keine Veränderungen der Schlüsselempfehlungen. Die Liste alle 3020 Publikationen, sowie die Nennung der im Detail betrachtet Meta-Analysen kann bei den Koordinatoren der Leitlinie als Endnote-Datei oder RTX 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.)

Im Zuge der Living Guideline wurden Empfehlungen ohne Änderungsbedarf blockweise je Modul neu validiert, sodass hier keine neuen Abstimmungsergebnisse vorliegen. Vor Abstimmung wurden die Inhalte des Moduls und wesentliche Aspekte der Empfehlungen kurz zusammengefasst.

Empfehlung Nr.	Empfehlung	Empfehlungsgrad	Evidenzebene/Hinweise/Verweise	Abstimmung
Empfehlung 1	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. Die Leitsymptome nach ICD-10 für Schizophrenie sind: 1. Gedankenlautwerden, - eingebung, - entzug, -ausbreitung. 2. Kontroll- oder Beeinflussungswahn; Gefühl des Gemachten bzgl. Körperbewegungen, Gedanken, Tätigkeiten oder Empfindungen; Wahnwahrnehmungen. 3. Kommentierende oder dialogische Stimmen. 4. Anhaltender, kulturell unangemessener oder völlig unrealistischer Wahn (bizar- rer Wahn). 5. Anhaltende Halluzinationen jeder Sinnesmodalität. 6. Gedankenabreißen oder –einschiebungen in den Gedankenfluss. 7. Katatone Symptome wie Erregung, Haltungsstereotypien, Negativismus oder Stupor. 8. Negative Symptome wie auffällige Apathie, Sprachverarmung, verflachter oder inadäquater Affekt.	KKP		Starker Konsens: 100% (36/36)

	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 während eines Monats oder länger deutlich vorhanden gewesen sein. Bei eindeutiger Gehirnerkrankung, während einer Intoxikation oder während eines Entzuges soll keine Schizophrenie diagnostiziert werden.			
Empfehlung 2	Im Rahmen der Anamneseerhebung während der Erstdiagnostik und im Verlauf der Erkrankung sollen folgende Aspekte berücksichtigt werden: Strukturierter psychopathologischer Befund • Biographische und soziale Anamnese • Substanzmittelanamnese • Somatische Anamnese • Familienanamnese • Vorerfahrung in der Behandlung • Präferenzen und Wünsche der betroffenen Person in Bezug auf die möglichen diagnostischen und therapeutischen Optionen • Wunsch/Möglichkeit der Einbeziehung von Angehörigen und anderen Vertrauenspersonen	KKP		Starker Konsens: 100% (37/37)
Empfehlung 3	Eine organische Differentialdiagnostik soll bei jeder neu aufgetretenen psychotischen Symptomatik angeboten werden. Folgende Faktoren können klinische Hinweise für eine organische Genese der psychotischen Symptomatik geben: • Früher und akuter Beginn • Fokalneurologische Symptome, Bewusstseinsstörung, Orientierungsstörung, Krampfanfälle • Ausgeprägte kognitive Defizite*, Subakute (< 3 Monaten) Merkfähigkeitsstörungen als führendes Symptom, die nicht mit den für die Schizophrenie bekannten Symptomen vereinbar sind. • Verwirrtheit • Optische Halluzinationen • Psychomotorische Symptome (inkl. Katatonie) • Fluktuierender Verlauf der Erkrankung • Frühe Therapieresistenz • Fluktuierende Psychopathologie • Komorbide Entwicklungsverzögerung/-störung	KKP		Starker Konsens: 100% (36/36)

	• Fieber, Exsikkose			
Empfehlung 4	Unabhängig von der Krankheitsphase soll Menschen mit einer Schizophrenie neben einer leitliniengerechten pharmakotherapeutischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Behandlung auch eine regelmäßige Überwachung der somatischen Gesundheit zur Reduktion der hohen Mortalität angeboten werden.	KKP		Starker Konsens: 100% (33/33)
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	Bei einer Erstmanifestation der Schizophrenie sollen folgende Untersuchungen angeboten werden: Obligat • Eine komplette körperliche und neurologische Untersuchung (inkl. Gewicht und Körpergröße, Temperatur, Blutdruck/Puls) • Blutuntersuchungen o Differentialblutbild o Urin-/Nüchtern glukose und ggf. HbA1c o GPT, yGT, Kreatinin/eGFR o Natrium, Kalium, Calcium o BSG/CRP o Schilddrüsenparameter (initial TSH) • Drogenscreening im Urin • Strukturelle Bildgebung des Gehirns mit kranialem MRT (mit T1, T2, FLAIR Sequenzen, bei Auffälligkeiten weiterführende Diagnostik mit Kontrastmittel-MRT) Fakultativ • 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). • 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	KKP		Starker Konsens: 100% (33/33)

	Entscheidungen, als auch zur Vorbereitung von Entscheidungen über weitere neuropsychologische und psychosoziale Behandlungs- und Rehabilitationsangebote angeboten werden. • Ein EEG soll angeboten werden, falls klinische Hinweise für ein mögliches epileptisches Geschehen oder andere spezifische neurologische Erkrankungen 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, Intervision, 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	KKP		Starker Konsens: 100% (29/29)

	Behandlungsziele verfolgt werden können. Ergebnisse der trialogischen 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.			
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: • das klinische Zielsyndrom • Vorerfahrungen bzgl. Wirkungen und Nebenwirkungen mit einem oder mehreren Präparat(en) im bisherigen Behandlungsverlauf • Vor- und Nachteile des jeweiligen Präparats • metabolische, motorische, kardiovaskuläre oder hormonelle/sexuelle Nebenwirkungen (siehe Tabelle 9) • Nutzen und Risiken bei Verzicht auf eine Behandlung mit Antipsychotika • Präferenzen des Betroffenen • Geschlechtsspezifische Aspekte, Alter der Betroffenen und Komorbiditäten 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	KKP		Starker Konsens: 100% (30/30)

	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.			
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 Konsensus 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-	Starker Konsens: 100% (30/30)

			Analyse LoE Oxford 2009 1+ Uchida et al. 2011. Es wird ein Evidenzgrad vergeben, da in vielen Arbeiten kein Vorteil einer erhöhten Dosierung, wohl 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	KKP	LoE Oxford 2009 1+ (Meta-Analyse: Samara et	Starker Konsens: 96,4% (27/28)

	von sekundären Ursachen soll dem Patienten ein Wechsel auf ein anderes Antipsychotikum zum Erreichen einer Response angeboten werden.		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 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 Nebenwirkungen orientiert erfolgen.	A	Aus 2019er Leitlinie übernommen – Evidenzdarstellung in 2019er Methodenreport. Literatur wurde aktualisiert ohne Änderung der Empfehlung 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.	Starker Konsens: 100% (29/29)
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 Erstrkrankung 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.	Starker Konsens: 100% (28/28)

			2012. Meta-Analyse LoE Oxford 2009 1++ Kishimoto et al. 2013.	
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 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 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,	Starker Konsens: 100% (36/36)

			Kirson et al. 2013 , Tiihonen et al. 2017 , Kishimoto et al. 2021 .	
Empfehlung 38	Aufgrund nicht ausreichend belegter überlegener Wirksamkeit einzelner Depotantipsychotika untereinander sollte die Auswahl anhand des Nebenwirkungsprofils und des gewünschten Injektionsintervalls vorgenommen werden. 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.	KKP		Starker Konsens: 100% (37/37)
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 predominant negativen Symptomen 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,	Starker Konsens: 100% (25/25)

			MetaAnalyse LoE Oxford 2009 1+ Siskind et al. 2016. Da die Quelleitlinie NICE und SIGN Clozapin für diese Indikation mit hohem Empfehlungsgrad 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.	Starker Konsens: 100% (26/26)

			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 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, MetaAnalyse	Starker Konsens: 100% (23/23)

			LoE Oxford 2009 1+ Leucht et al. 2014.	
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. 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.	Konsens: 83,3% (20/24)
Empfehlung 47	Bei nicht ausreichendem Ansprechen auf eine antipsychotische Pharmakotherapie sollte eine rTMS/TBS anhand eines spezifischen Behandlungsprotokolls bei persistierenden akustischen Halluzinationen im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans als Therapieoption angeboten werden.	B	Evidenzbewertung nach GRADE	Starker Konsens: 96,8% (30/31)
Empfehlung 48a	Bei nicht ausreichenden Ansprechen auf eine antipsychotische Pharmakotherapie kann eine rTMS/TBS anhand eines spezifischen Behandlungsprotokolls, appliziert über dem linken dorsolateralen präfrontalen Kortex, zur Behandlung persistierender Negativsymptome im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans angeboten werden.	0	Evidenzbewertung nach GRADE	Konsens: 93,3% (28/30)
Empfehlung 48b	Die Patienten sollen über die hohe Rate an möglicher Non-Response aufgeklärt werden.	KKP		Konsens: 93,3% (28/30)
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 Absetzen angeboten werden.	KKP		Starker Konsens: 96,2% (25/26)
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	KKP		Starker Konsens: 100% (29/29)

	ausreichend Zeit und Gelegenheit zur Teilnahme an regelmäßiger Supervision, Intervention und teambasierten Fallbesprechungen haben. Behandlungsinstitutionen sollen dies durch die Bereitstellung von ausreichenden Ressourcen unterstützen.			
Empfehlung 57	Menschen mit Schizophrenie soll eine strukturierte Psychoedukation über mehrere Sitzungen zur Rückfallvermeidung angeboten werden. Dabei sollen Angehörige und/oder andere Vertrauenspersonen mit Zustimmung der Betroffenen einbezogen werden.	A	Evidenzbewertung nach GRADE.	Konsens: 92,9% (26/28)
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 ≥ 16 Sitzungen angeboten werden. Zur Optimierung der Therapieeffekte und bei komplexeren Therapiezielen sollte eine Sitzungszahl von ≥ 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	Starker Konsens: 100% (23/23)

			2009 2+ Lincoln et al. 2016.	
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 und persistierenden akustischen Halluzinationen sollte im Rahmen einer Psychotherapie zur Unterstützung der Einsatz von validierter und zertifizierter Avatartherapie zur Behandlung von auditiven verbalen Halluzinationen angeboten werden.	B	Evidenzbewertung nach GRADE.	Konsens: 86,2% (25/29)
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	Starker Konsens: 100% (30/30)

			und Meta-Analyse LoE Oxford 2009 1- Meta-Analyse Bird et al. 2010 sowie Gleeson et al. 2025 und Camacho-Gomez 2020.	
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 und Meta-Analyse LoE1+ Pharoah et al. 2010.	Starker Konsens: 100% (31/31)
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	A		Starker Konsens: 100% (25/25)

	Verbesserung der kognitiven Leistungsfähigkeit und der psychosozialen Funktionsfähigkeit angeboten werden.			
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 – Evidenzdarstellung in 2019er Methodenreport. Kohortenstudie LoE Oxford 2009 2+ Rosenbaum et al. 2012.	Starker Konsens: 100% (27/27)
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	KKP		Konsens: 93,1% (27/29)

	eine entsprechende leitliniengerechte Behandlung angeboten werden.			
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. durch gelassene Umgangsformen, empathische Gesprächsführung, individuelle Risikoeinschätzung, Mitarbeiterschulungen, Deeskalationsmaßnahmen) implementiert werden. Querverweis zu S3-038-022 S3 Leitlinie Verhinderung von Zwang	KKP	Adaptiert und erweitert nach NICE-Leitlinie „Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings“ 2015.	Starker Konsens: 100% (31/31)
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	KKP	Adaptiert und erweitert nach NICE-Leitlinie „Violence and aggression: short-term management in	Starker Konsens: 100% (29/29)

	Deeskalationsmaßnahmen nicht erfolgreich waren. Querverweis zu S3-038-022 S3 Leitlinie Verhinderung von Zwang		mental health, health and community settings" 2015.	
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. 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.	KKP		Im nächsten Zyklus
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 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.	Konsens: 89,3% (25/28)
Empfehlung 95	Suizidalität soll offen und emphatisch angesprochen und in diesem Rahmen das Suizidrisiko eingeschätzt werden. Entsprechende Maßnahmen sollen angeboten und eingeleitet werden. In Bezug auf das Erfassen von Suizidalität, die Diagnostik und die Einschätzung von Risikofaktoren verweisen wir auf Kapitel 1 und 2 der S3-Leitlinie Umgang mit Suizidalität	KKP		Starker Konsens: 96,4% (27/28)
Empfehlung 96	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	Starker Konsens: 96,4% (27/28)

			Evidenzgrundlage auf einer randomisiert-kontrollierten Studie basiert, Meltzer et al. 2003, besteht ein relevantes Verzerrungsrisiko, so dass der Empfehlungsgrad von A nach B angepasst worden ist.	
Empfehlung 97	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 98	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 99	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 100	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 101	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 LoE Oxford 2009 1- Leucht et al. 2015 .	Starker Konsens: 96,6% (28/29)
Empfehlung 102	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 103	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 104	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 105	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 106	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 107	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 108	Schwangeren Frauen mit Schizophrenie sollen, die in dieser Leitlinie beschriebenen nicht-pharmakologischen und pharmakologischen Maßnahmen angeboten werden. Das Angebot einer Behandlung mit Medikamenten in der Schwangerschaft soll auf Situationen beschränkt sein, bei denen die Folgen der medikamentös unbehandelten Erkrankung die möglichen Gefahren der kindlichen Medikamenten-Exposition überwiegen. Zur Bewertung der verschiedenen Medikamente im deutschsprachigen Raum sollen Datenbanken wie Embryotox und auch die jeweiligen Fachinformationen verwendet werden.	KKP	Adaptiert und erweitert nach AWMF-Leitlinie „Schizophrenie“ 2006, extrapoliert aus den zitierten systematischen Übersichtsarbeiten. *Die hier genannten Medikamente wurden am umfangreichsten untersucht. Im Alltag wird immer die Einzelfallprüfung unter Zuhilfenahme entsprechender Datenbanken, z.B. Embryotox (http://www.embryotox.de/einfuehrung.html), erfolgen.	Starker Konsens: 100% (28/28)
Empfehlung 109	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 besonderes beobachtet werden.	KKP	Adaptiert und erweitert nach AWMF-Leitlinie „Schizophrenie“ 2006.	Starker Konsens: 100% (30/30)
Empfehlung 110	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 111a	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.	A	Aus 2019er Leitlinie übernommen – Evidenzdarstellung in 2019er Methodenreport.	Starker Konsens: 100% (28/28)

			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.	
Empfehlung 111b	Die als wirksam nachgewiesenen Medikamente (siehe Tabelle 31) 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 112	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.: • Geschlechts- und altersadaptierte Erfassung von Nebenwirkungen (v.a. motorische Nebenwirkungen) • Würdigung der hohen Sensitivität für motorische Nebenwirkungen • Würdigung von Unterschieden in der objektiven und subjektiven Wahrnehmung von Nebenwirkungen • Einfluss erhöhter Prolaktinspiegel auf die sexuelle Entwicklung • Einfluss der Behandlung auf die Gewichts- und Größenentwicklung mit regelmäßiger Verlaufsbeobachtung dieser beiden wichtigen somatischen Parameter • Erkennen von früh auftretenden somatischen Komorbiditäten Höherfrequentes Monitoring (siehe Tabelle 26) von möglichen metabolischen Nebenwirkungen als bei Erwachsenen.	KKP		Starker Konsens: 100% (27/27)
Empfehlung 113	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	Starker Konsens: 100% (26/26)

			doppelblinde Studien mit kleiner Fallzahl, die im Hintergrundtext dargestellt sind.	
Empfehlung 114	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 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.	Starker Konsens: 100% (27/27)
Empfehlung 115	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	Starker Konsens: 100% (27/27)

			Studien für erwachsene Patienten und auch spezifisch für junge Ersterkrankte verfügbar sind (siehe Modul 4b), die Wirksamkeitsnachweise mit LoE Oxford 2009 1+ zeigen.	
Empfehlung 116	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 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. 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 anzuregen. Die sozialen und schulischen/beruflichen Aktivitäten sollen regelmäßig beobachtet und in den Gesamtbehandlungsplan integriert werden.	KKP		Starker Konsens: 100% (31/31)
Empfehlung 117	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 118	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 Syndrome, 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 119	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.	Starker Konsens: 100% (30/30)

			Weitere Literatur findet sich im Hintergrundtext.	
Empfehlung 120	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 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).	Starker Konsens: 100% (30/30)
Empfehlung 121	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 122	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 123	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: • Pharmakotherapie gemäß den Empfehlungen für Ersterkrankte in Modul 4a	A	Aus 2019er Leitlinie übernommen – Evidenzdarstellung in 2019er Methodenreport. Adaptiert gemäß NICE-Leitlinie „Psychosis and	Starker Konsens: 100% (30/30)

	• Spezialisierte kognitive Verhaltenstherapie und Familieninterventionen für Erst-erkrankte gemäß Modul 4b • Psychosoziale Interventionen zur Integration auf dem ersten Arbeitsmarkt¹ • Möglichkeit zu niederschweligen Behandlungsangeboten oder aufsuchender Behandlung • Verstärkte Zusammenarbeit auf hausärztlicher, fachärztlicher und betriebsärztlicher Versorgungsebene (Modul 5)		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 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 124	Die Evaluation eines erhöhten Risikos für Psychosen anhand einem der gängigen Instrumente (siehe Praktische Hinweise) sollte folgenden Personen angeboten werden: 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. 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. Die Untersuchung soll dabei durch in den diagnostischen Instrumenten geschultes Fachpersonal (Ärzte, Psychologen, Psychotherapeuten oder andere in der Psychiatrie erfahrene Professionelle) erfolgen¹. Ein allgemeines Screening bei Personen, die nicht die zuvor genannten Kriterien erfüllen, soll nicht erfolgen.	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 125	Menschen mit erhöhtem Psychoserisiko sollten entsprechend Evaluation (Empfehlung 125) • über ihren aktuellen Zustand mit vertretbarem therapeutischem Optimismus und psychotherapeutischer und psychosozialer Unterstützung informiert sowie bei der Verarbeitung dieses Wissens begleitet werden. • 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.	KKP	Adaptiert und angepasst nach AWMF-Leitlinie „Schizophrenie“ 2006.	Starker Konsens: 100% (28/28)
Empfehlung 126	Menschen mit erhöhtem Psychoserisiko soll eine Abklärung hinsichtlich depressiver Störungen, hinsichtlich Suizidalität und des Konsums psychoaktiver	KKP		Starker Konsens: 100% (28/28)

	Substanzen angeboten werden. Eventuelle Komorbidität mit körperlichen Erkrankungen soll beachtet werden. Entsprechende Behandlungsangebote sollen im Falle von manifesten Komorbiditäten gemacht werden.			
Empfehlung 127a	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	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 127b	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	Starker Konsens: 100% (28/28)

			Jugendlichenpsychotherapeuten) erfolgen.	
Empfehlung 127c	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 128	Menschen mit Schizophrenie sollten Rehabilitationsangebote erhalten, wenn sie dies wünschen und dies für ihre Rehabilitation notwendig erscheint.	KKP		Konsens: 90,3% (28/31)
Empfehlung 129	Für Menschen mit Schizophrenie sollen die pharmakotherapeutische, psychotherapeutische und die psychosoziale Behandlung auch in der Phase der Rehabilitationsbehandlung als Basistherapien zur Symptomreduktion und Rezidivprophylaxe angeboten werden.	KKP		Starker Konsens: 100% (30/30)
Empfehlung 130	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 131	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 132	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+	Starker Konsens: 100% (32/32)

			Suijkerbuijk et al. 2017, weitere Literatur siehe Hintergrundtext.	
Empfehlung 133	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 Oxford 2009 2+ offene, kontrollierte Querschnittstudie Holzner et al. 1998 und LoE Oxford 2009 2+ offene, kontrollierte Querschnittstudie Rüesch et al. 2004.	Konsens: 93,3% (28/30)
Empfehlung 134	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 135	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 136	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 137	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 138	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	KKP		Starker Konsens: 100% (31/31)

	flankierenden Versorgungsangebote in Absprache mit dem Betreffenden 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.			
Empfehlung 139	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. 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).	Starker Konsens: 100% (31/31)
Empfehlung 140	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	Starker Konsens: 100% (30/30)

			herabgestuft, da es keine Studien in Deutschland gibt.	
Empfehlung 141	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 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.	Starker Konsens: 96,8% (30/31)
Empfehlung 142	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	Starker Konsens: 100% (31/31)

			deutliche Patientenpräferenz.	
Empfehlung 143	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) 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.	Starker Konsens: 100% (31/31)
Empfehlung 144	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 145	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 146	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 147	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-	KKP	Adaptation und Erweiterung AWMF-Leitlinie „Schizophrenie“ 2006.	Starker Konsens: 100% (30/30)

	oder Fremdgefährdung bedarf. Dies kann z.B. der Fall sein bei: • Therapieresistenz, • akuter Suizidalität, • ausgeprägten Wahn- oder Angstzuständen, • nicht gewährleisteter Ernährung oder Pflege, • ausgeprägter Antriebshemmung oder Adynamie, • die Remission und Genesung behindernden häuslichen oder wohraumbezogenen Konstellationen, • die Behandlung komplizierenden Begleiterkrankungen, • komplexen Behandlungssituationen, • unklaren somatischen Komorbiditäten, • schweren unerwünschten Arzneimittelwirkungen, • oder bei sonstigen ambulant nicht zu versorgenden Problemen.			
Empfehlung 148	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 149	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 Fachärzten, Psychotherapeuten, anderen Fachberufen, 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 150	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 151	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	Starker Konsens: 97,1% (34/35)

			mit schweren psychischen Erkrankungen“ (nicht spezifisch für Schizophrenie) 2013/2018	
Empfehlung 152a	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 152b	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 153	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.

Version 4.0 (2025)	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 Gesamttherapiekonzeptes angeboten	B	Konsens: 91,7% (22/24)
Version 4.0 (2025)	Empfehlung 77	Menschen mit einer Schizophrenie soll zur Reduktion der Positivsymptomatik eine achtsamkeitsbasierte Therapie angeboten werden.	A	Starker Konsens: 96,6% (28/29)
Version 4.0 (2025)	Empfehlung 79	Menschen mit einer Schizophrenie kann eine Acceptance and Commitment Therapy (ACT) angeboten werden.	0	Starker Konsens: 96,0% (24/25)
Version 4.0 (2025)	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)
Version 5.0 (2026)	Keine	---	---	---

Gestrichene Empfehlungen

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

Leitlinienversion	Nummer aus 2019er Leitlinie	Text aus 2019 Leitlinien	Empfehlungsgrad	Grund für Streichung
Version 4.0 (2025)	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)
Version 4.0 (2025)	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
Version 4.0 (2025)	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.
Version 4.0 (2025)	Empfehlung 73	Psychotherapie unter Einbeziehung der Familie sollte folgendermaßen durchgeführt werden: • Sowohl die betroffene Person als auch die Familienmitglieder sollten mit einbezogen werden. • Die psychotherapeutische Behandlung sollte zwischen drei Monaten und einem Jahr dauern. • Sie sollte mindestens 10 geplante Sitzungen umfassen. • Die Präferenz der Familie für eine Ein-Familienbehandlung oder eine Mehrfamilien- Gruppenpsychotherapie sollte berücksichtigt werden. • Die Beziehung zwischen dem Angehörigen und der betroffenen Person sollte berücksichtigt werden. • Die Psychotherapie sollte eine spezifische unterstützende, psychoedukative und therapeutische Ausrichtung haben sowie Problemlösetraining oder die Erarbeitung eines Krisenplans beinhalten.	B	Keine Evidenz für die Schilderung in der Empfehlung.
Version 4.0 (2025)	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.

Version 4.0 (2025)	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 Angststörung vorliegt, dann ist eine S3-Leitlinie spezifisch hierfür verfügbar.
Version 4.0 (2025)	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
Version 4.0 (2025)	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
Version 4.0 (2025)	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
Version 4.0 (2025)	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
Version 4.0 (2025)	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
Version 4.0 (2025)	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
Version 5.0 (2026)	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	Verweis auf S3-Leitlinie Umgang mit Suizidalität

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 LoE1++ 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, Expertenconsens.	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

Für den Übergang von Version 4.0 (2025) auf Version 5.0 (2026) wurden keine statements gestrichen. Folgende Statements wurden in der Version 4.0 (2025) im Vergleich zu der Leitlinienversion 3.0 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. Insbesondere fehlt der eindeutige Nachweis einer überlegenen Kosteneffektivität von SGAs gegenüber FGAs. Klinische Entscheidungen der Antipsychotikavergabe können gegenwärtig nicht mit Evidenz hinsichtlich der Kosteneffektivität begründet oder untermauert werden.	LoE 2- Hamann et al. 2003, Hudson et al. 2003, Basu 2004, Barbui et al. 2005, Hargreaves & Gibson 2005, Haycox 2005, Hanrahan et al. 2006, Achilla & McCrone 2013.	Keine Empfehlung im eigentlichen Sinne. Im Rahmen der Living Revision ggf. Darstellung der aktuellen Zahlen im Hintergrundtext.
Statement 6	Die Behandlung mit Antipsychotika verringert gegenüber einer Nicht-Behandlung die Wiederaufnahmerate.		
Statement 7	Über die Kosteneffektivität der psychotherapeutischen Behandlung von Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis liegt keine belastbare (direkte) Evidenz für das deutsche Versorgungssystem vor. 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.	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/ schizoaffectiver Störung

Intervention: E22 niedrige Dosierung ($\geq 50\%$ 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) ¹ ≥ 24 Wochen	Relatives Risiko: 1.05 (CI 95% 0.93 - 1.17) Basierend auf Daten von 1007 Patienten und 8 Studien ² Beobachtungszeit ≥ 24 Wochen	520 pro 1000	546 pro 1000		Intervention: niedrige Dosierung ($\geq 50\%$ 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	536 pro 1000	665 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	92 pro 1000	66 pro 1000		Intervention: niedrige Dosierung ($\geq 50\%$ 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) ≥ 24 Wochen	Relatives Risiko: 0.38 (CI 95% 0.15 - 0.95) Basierend auf Daten von 164 Patienten und 3 Studien	179 pro 1000	68 pro 1000		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 Zeitraum	Ergebnisse und Messwerte	Absolute Effektschätzer		Vertrauenswürdigkeit der Evidenz (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	Zusammenfassung
		kontinuierliche Medikamenteneinnahme	intermittierende Medikamenteneinnahme		
Rückfall ≥ 26 Wochen	Relatives Risiko: 2.46 (CI 95% 1.7 - 3.54)	140 pro 1000	344 pro 1000	Moderat	Intervention: intermittierende Medikamenteneinnahme;

	Basierend auf Daten von 436 Patienten und 7 Studien ¹	Differenz: 204 mehr pro 1000 (CI 95% 98 mehr - 356 mehr)	Aufgrund von schwerwiegend unzureichender Präzision ²	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 ³	261 pro 1000 431 pro 1000 Differenz: 170 mehr pro 1000 (CI 95% 86 mehr - 277 mehr)	Moderat Aufgrund von schwerwiegender Indirektheit ⁴	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 Zeitraum	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	235 pro 1000 Differenz: 126 mehr pro 1000 (CI 95% 57 mehr - 225 mehr)	Niedrig aufgrund von schwerwiegender Inkonsistenz und Verzerrungsrisiko ¹	Dosisreduktion kann zu vermehrten Rückfällen führen.
Rehospitalisierung	Relatives Risiko: 1.53 (CI 95% 0.84 - 2.81)	82 pro 1000	125 pro 1000	Sehr niedrig	Es besteht Unsicherheit, ob die Dosisreduktion das

	Basierend auf Daten von 1433 Patienten und 8 Studien	Differenz: 43 mehr pro 1000 (CI 95% 13 weniger - 148 mehr)		Aufgrund von schwerwiegendem Verzerrungsrisiko, Inkonsistenz und unzureichender Präzision ²	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) Basierend auf Daten von 883 Patienten und 3 Studien Beobachtungszeit 3-12 Monate	186 pro 1000	73 pro 1000	Moderat Aufgrund von schwerwiegendem Verzerrungsrisiko ³	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	Moderat Aufgrund von schwerwiegendem Publikationsbias ⁴	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	Moderat aufgrund von schwerwiegendem Verzerrungsrisiko ⁵	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	Hoch	Es gibt keinen oder einen kleinen Unterschied in der Funktionsfähigkeit zwischen Dosisreduktion und Erhaltungstherapie.
Extrapyramidale Nebenwirkungen	Gemessen mit: SAS, DIEPSS, MPRC parkinsonian	Mittelwert	Mittelwert	Moderat	Dosisreduktion führt wahrscheinlich zu einer geringen

	Skala: - Höher ist besser Basierend auf Daten von 1532 Patienten und 9 Studien	Differenz: SMD 0.17 kleiner (CI 95% 0.32 kleiner - 0.03 kleiner)	Aufgrund von schwerwiegendem Verzerrungsrisiko ⁶	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, Siafis 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		
Ansprechrate 3 Monate	Relatives Risiko: 1.13 (CI 95% 0.99 - 1.27)	346 pro 1000	391 pro 1000		Intervention: Antipsychotika der 2. Generation; Kontrolle:

	Basierend auf Daten von 1724 Patienten und 9 Studien		Differenz: 45 mehr pro 1000 (CI 95% 3 weniger - 93 mehr)		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. Generation; Unter Antipsychotika der 2. Generation kommt es bei 55% zu einer Gewichtszunahme $>7\%$ 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. Generation; 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 Effekt, 0.8 SMD großer 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. Generation; Antipsychotika der 2. Generation haben um 0.43 SMD weniger EPMS als Antipsychotika der 1. Generation (0.2 SMD kleiner Effekt, 0.5 SMD mittlerer Effekt, 0.8 SMD großer Effekt).

Symptomreduktion 3 Monate	Gemessen mit: PANSS/BPRS Skala: - Basierend auf Daten von 1952 Patienten und 12 Studien	Mittelwert Mittelwert Differenz: SMD 0.11 Größer (CI 95% 0.02 kleiner - 0.24 Größer)		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 Zeitraumen	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 ¹	594 pro 1000	279 pro 1000 Differenz: 315 weniger pro 1000 (CI 95% 368 weniger - 249 weniger)	Hoch 2	
Studienabbruch wegen unerwünschter Wir- kungen	Relatives Risiko: 2.61 (CI 95% 1.12 - 6.07) Basierend auf Daten von 332 Patienten und 3 Studien ³	41 pro 1000	107 pro 1000 Differenz: 66 mehr pro 1000 (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 Zeitraum	Ergebnisse und Messwerte	Absolute Effektschätzer		Vertrauenswürdigkeit der Evidenz (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	Zusammenfassung
		Placebo	Antipsychotika		
Rückfall innerhalb eines Jahres	Relatives Risiko: 0.4 (CI 95% 0.33 - 0.49) Basierend auf Daten von 2669 Patienten und 24 Studien ¹	642 pro 1000	257 pro 1000 Differenz: 385 weniger pro 1000 (CI 95% 430 weniger - 327 weniger)		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 Differenz: 44 mehr pro 1000 (CI 95% 19 mehr - 73 mehr)		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 Differenz: 60 mehr pro 1000 (CI 95% 73 mehr - 126 mehr)		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 Differenz: 49 mehr pro 1000 (CI 95% 22 mehr - 83 mehr)		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 ¹	485 pro 1000 Differenz: 301 weniger pro 1000 (CI 95% 330 weniger - 267 weniger)	184 pro 1000	Hoch	
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 ²	541 pro 1000 Differenz: 249 weniger pro 1000 (CI 95% 276 weniger - 211 weniger)	292 pro 1000	Hoch	
Krankenhausein- weisung	Relatives Risiko: 0.43 (CI 95% 0.32 - 0.57) Basierend auf Daten von 3558 Patienten und 21 Studien ³	177 pro 1000 Differenz: 101 weniger pro 1000 (CI 95% 120 weniger - 76 weniger)	76 pro 1000	Hoch	
Gewichtszunahme	Relatives Risiko: 1.69 (CI 95% 1.21 - 2.35) Basierend auf Daten von 4767 Patienten und 19 Studien ⁴	60 pro 1000 Differenz: 41 mehr pro 1000 (CI 95% 13 mehr - 81 mehr)	101 pro 1000	Hoch	

Lebensqualität	Gemessen mit: Skala: - Basierend auf Daten von 1573 Patienten und 7 Studien ⁵	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 ⁶	
----------------	---	---	---	--

- 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 Zeitrahmen	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	Niedrig B, Aufgrund von schwerwiegendem risiko für bias, Aufgrund von schwerwiegendem risiko für bias, Aufgrund von schwerwie- gendem unzureichende präzision ¹	Intervention: Langwirksame Depot-Antipsychotika; Kon- trolle: Orale Antipsychotika; Mit Depot-Antipsychotika kommt es bei 29% zu einem Rückfall zum spätesten Zeit- punkt des follow-ups, mit ora- len Antipsychotika bei 31%. Dies stellt keinen signifikan- ten Unterschied dar.

naturalistisch: Krankenhauseinweisung	Relatives Risiko: 0.83 (CI 95% 0.72 - 0.95) Basierend auf Daten von 4310 Patienten und 18 Studien ²	pro 1000 Differenz: weniger pro 1000	Moderat Aufgrund von schwerwiegendem Risiko für Bias ³	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 Zeitrahmen	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; SANS; BNSS Skala: - Basierend auf Daten von 590 Patienten und 4 Studien	Mittelwert Differenz: SMD 0.47 Größer (CI 95% 0.23 Größer - 0.71 Größer)		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 großer 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 Zeitraumen	Ergebnisse und Messwerte	Absolute Effektschätzer		Vertrauenswürdigkeit der Evidenz (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	Zusammenfassung
		Antipsychotika + Placebo	Antipsychotika + An- tidepressiva		

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 Differenz: 2 mehr pro 1000 (CI 95% 26 weniger - 49 mehr)	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 Differenz: 7 mehr pro 1000 (CI 95% 12 weniger - 30 mehr)	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 ¹ 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 Zeitraumen	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; Kontrolle: 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; Kontrolle: Antipsychotika der 1./2. Generation; Unter Clozapin kommt es bei 8% zu Fieber gegenüber 3% bei der Kontrolle.
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; Kontrolle: Antipsychotika der 1./2. Generation; Unter Clozapin kommt es bei 20% zu einer Gewichtszunahme gegenüber 15% bei der Kontrolle. Das Ergebnis ist nicht signifikant, wobei die Tendenz in Richtung Gewichtszunahme unter Clozapin geht.
Sedierung	Relatives Risiko: 1.84 (CI 95% 1.28 - 2.68)	178 pro 1000	328 pro 1000		Intervention: Clozapin; Kontrolle: Antipsychotika der 1./2.

	Basierend auf Daten von 1255 Patienten und 11 Studien	Differenz: 150 mehr pro 1000 (CI 95% 50 mehr - 299 mehr)		Generation; Unter Clozapin leiden 33% unter einer Sedierung 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 367 pro 1000 Differenz: 286 mehr pro 1000 (CI 95% 122 mehr - 582 mehr)		Intervention: Clozapin; Kontrolle: 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 209 pro 1000 Differenz: 146 mehr pro 1000 (CI 95% 24 mehr - 437 mehr)		Intervention: Clozapin; Kontrolle: Antipsychotika der 1./2. Generation; Unter Clozapin kommt es bei 21% zu Tachykardien 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 ¹	Mittelwert Mittelwert Differenz: SMD 0.39 kleiner (CI 95% 0.61 kleiner - 0.17 kleiner)		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 großer Effekt).
Positivsymptome <3 Monate	Gemessen mit: SAPS, PANSS & BPRS (positive Subskala) Skala: - Niedriger ist besser Basierend auf Daten von Patienten und 8 Studien	Mittelwert Mittelwert Differenz: SMD 0.27 kleiner (CI 95% 0.47 kleiner - 0.08 kleiner)		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 großer Effekt).
Negativsymptome <3 Monate	Gemessen mit: SANS, PANSS (negative Subskala)	Mittelwert Mittelwert		Intervention: Clozapin; Kontrolle: Antipsychotika der 1./2.

	Skala: - Niedriger ist besser Basierend auf Daten von Patienten und 7 Studien	Differenz: MD 0.25 kleiner (CI 95% 0.40 kleiner - 0.10 kleiner)	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, schizoaffektiven und schizophreniformen Erkrankungen

Intervention: E43 Dosisescalation über den Zulassungsbereich

Vergleichsintervention: Standarddosierung

Endpunkt Zeitraumen	Ergebnisse und Messwerte	Absolute Effektschätzer		Vertrauenswürdigkeit der Evidenz (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	Zusammenfassung
		Standarddosierung	Dosisescalation über den Zulassungsbereich		
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: Dosisescalation über den Zulassungsbereich; Kontrolle: Standarddosierung; response: definiert als mindestens 20%-ige Reduktion des PANSS/BPRS Gesamtwerts. Bei einer Dosisescalation über den Zulassungsbereich liegt die response bei 33%, mit Standarddosierung bei 35%. Dies stellt keinen signifikanten Unterschied dar.
Positivsymptome		Mittelwert	Mittelwert		Intervention: Dosisescalation über den Zulassungsbereich; Kontrolle: Standarddosierung; Die Positivsymptome waren in der Interventionsgruppe um 0.24 SMD geringer

	Gemessen mit: BPRS/PANSS positive Subskala Skala: - Niedriger ist besser Basierend auf Daten von 233 Patienten und 3 Studien	Differenz: SMD 0.24 kleiner (CI 95% 0.5 kleiner - 0.03 Größer)		als in der Kontrollgruppe. Dies stellt keinen signifikanten Unterschied dar. (SMD von 0.2 kleiner Effekt, 0.5 mittlerer Effekt, 0.8 großer Effekt)
Negativsymptome	Gemessen mit: BPRS/PANSS negative Subskala Skala: - Niedriger ist besser 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: Dosisescalation über den Zulassungsbereich; Kontrolle: Standarddosierung; Bzgl. der Negativsymptome gibt es keinen signifikanten Unterschied zwischen Intervention und Kontrolle.
Gesamtsymptomatik	Gemessen mit: PANSS/BPRS Skala: - Niedriger ist besser Basierend auf Daten von 315 Patienten und 5 Studien ¹	Mittelwert Mittelwert Differenz: SMD 0.14 kleiner (CI 95% 0.37 kleiner - 0.08 Größer)		Intervention: Dosisescalation 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	Ergebnisse und Messwerte	Absolute Effektschätzer	Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	Zusammenfassung
----------	--------------------------	-------------------------	----------------------------------	-----------------

Zeitraumen		Antipsychotikum in Monotherapie	Antipsychotische Kombinationsthera- pie	(Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	
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 Differenz: 56 mehr pro 1000 (CI 95% 3 weniger - 123 mehr)		Ansprechen auf die Behand- lung definiert als $\geq 20\%$ Re- duktion des PANSS/BPRS oder $\geq 25\%$ 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 verbesserten Ansprechen auf die Be- handlung, wobei das Ergeb- nis gerade nicht mehr signifi- kant ist.
Ansprechen auf die Be- handlung (hochwertige, doppelblinde Studien)	Relatives Risiko: 1.0 (CI 95% 0.72 - 1.39) Basierend auf Daten von 693 Patienten und 10 Studien	169 pro 1000	169 pro 1000 Differenz: 0 weniger pro 1000 (CI 95% 47 weniger - 66 mehr)		Intervention: Antipsychoti- sche Kombinationstherapie mit 2 Antipsychotika; Kon- trolle: Antipsychotikum in Mo- notherapie. Hochqualitative, doppelblinde Studien zeigen durch Kombinationstherapie kein verbessertes Anspre- chen 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: Antipsychoti- sche Kombinationstherapie mit 2 Antipsychotika; Kon- trolle: Antipsychotikum in Mo- notherapie; Antipsychotische Kombinationstherapie führt zu einer um 0.53 SMD gerin- geren Gesamtsymptomatik. Dieser Effekt zeigt sich je- doch nur bei Einschluss offe- ner Studien.

Gesamtsymptomatik (hochwertige, doppelblinde Studien)	Gemessen mit: Skala: - Niedriger ist besser Basierend auf Daten von 378 Patienten und 9 Studien	Mittelwert	Mittelwert		Intervention: Antipsychotische Kombinationstherapie mit 2 Antipsychotika; Kontrolle: Antipsychotikum in Monotherapie; Hochqualitative Studien zeigen keinen signifikanten Unterschied bzgl. der Gesamtsymptomatik.
		Differenz: SMD 0.30 kleiner (CI 95% 0.78 kleiner - 0.19 Größer)			

Referenzen

[25] Galling B, Roldán A, Hagi K, Rietschel L, Walzada 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 Zeitraum	Ergebnisse und Messwerte	Absolute Effektschätzer		Vertrauenswürdigkeit der Evidenz (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	Zusammenfassung
		Antipsychotikum in Monotherapie + Placebo	Antipsychotikum + Carbamazepin/Lithium/Lamotrigin/Valproat		
Gesamtsymptomatik - Carbamazepin	Gemessen mit: PANSS/BPRS Skala: - Niedriger ist besser Basierend auf Daten von 79 Patienten und 3 Studien	Mittelwert	Mittelwert		Intervention: Antipsychotikum + Carbamazepin; Kontrolle: Antipsychotikum + Placebo; Carbamazepin führt zu 0.06 SMD weniger Allgemeinsymptomen. Das Ergebnis ist nicht statistisch signifikant. (0.2 SMD kleiner Effekt, 0.5 SMD mittlerer Effekt, 0.8 SMD großer Effekt).
Gesamtsymptomatik - Lithium	Gemessen mit: PANSS/BPRS	Mittelwert	Mittelwert		Intervention: Antipsychotikum + Lithium; Kontrolle:

	Skala: - Niedriger ist besser Basierend auf Daten von 254 Patienten und 6 Studien	Differenz: SMD 0.63 kleiner (CI 95% 0.94 kleiner - 0.32 kleiner)		Antipsychotikum + Placebo; Lithium führt zu 0.63 SMD weniger Gesamtsymptomen als die Monotherapie. Aller- dings kann der Effekt nach Ausschluss offener Studien beinahe vernachlässigt wer- den (Wang et al. 2014).
Gesamtsymptomatik - Lamotrigin	Gemessen mit: PANSS/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: Antipsychoti- kum + Lamotrigin; Kontrolle: Antipsychotikum + Placebo; Lamotrigin führt zu um 0.73 SMD verringerten Gesamt- symptomen. Dieser Effekt beruht allerdings auf einer Ausreißerstudie mit unplau- sibel hoher Wirksamkeit. Nimmt man diese heraus, ist Lamotrigin nicht mehr signifi- kant überlegen.
Gesamtsymptomatik - Valproat	Gemessen mit: PANSS/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: Antipsychoti- kum + Valproat; Kontrolle: Antipsychotikum + Placebo; Valproat führt zu 0.09 SMD verringerten Allgemeinsymp- tomen. Das Ergebnis ist nicht statistisch signifikant (0.2 SMD kleiner Effekt, 0.5 SMD mittlerer Effekt, 0.8 SMD größer 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 Zeitraum	Ergebnisse und Messwerte	Absolute Effektschätzer		Vertrauenswürdigkeit der Evidenz (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	Zusammenfassung
		Standardbehandlung	Elektrokonvulsionstherapie (EKT) plus Standard- behandlung		
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 ¹	308 pro 1000	634 pro 1000 Differenz: 326 mehr pro 1000 (CI 95% 231 mehr - 437 mehr)	Moderat Aufgrund von schwerwiegendem risk of bias ²	
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 ³	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 ⁴	
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 ⁵	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 ⁶	
Mentale Verfassung – Gesamtpunktzahl (BPRS, hoch = schlecht) - Follow-up: 8-12 Wochen	Gemessen mit: Skala: - Basierend auf Daten von 345 Patienten und 2 Studien ⁷		Differenz: MD 11.18 kleiner (CI 95% 12.61 kleiner - 9.76 kleiner)	Niedrig Aufgrund von schwerwiegendem risiko für bias, Aufgrund von schwerwiegender indirektheit ⁸	
Allgemeine Funktionsfähigkeit – Gesamtpunktzahl (GAF, hoch = gut) - Follow-up: 12-26 Wochen	Gemessen mit: Skala: - Basierend auf Daten von 97 Patienten und 2 Studien ⁹		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 ¹⁰	

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 47 und 48

Population: Menschen mit Schizophrenie

Intervention: E47/48 Hochfrequente repetitive transkranielle Magnetstimulation (rTMS)

Vergleichsintervention: Scheinbehandlung

Endpunkt Zeitraumen	Ergebnisse und Messwerte	Absolute Effektschätzer		Vertrauenswürdigkeit der Evidenz (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	Zusammenfassung
		Scheinbehandlung	E47/48 Hochfrequente repetitive transkranielle Magnetstimulation		
Negativsymptomatik	Gemessen mit: PANSS Negativ Skala: 7 - 49 Niedriger ist besser Basierend auf Daten von 821 Patienten und 15 Studien	Mittelwert	Mittelwert Differenz: SMD 0.31 kleiner (CI 95% 0.49 kleiner - 0.14 kleiner)	Moderat Aufgrund von schwerwiegendem Risiko für Bias ¹	
Positivsymptomatik	Gemessen mit: PANSS Positiv Skala: 7 - 49 Niedriger ist besser Basierend auf Daten von 831 Patienten und 14 Studien	Mittelwert	Mittelwert Differenz: SMD 0.02 kleiner (CI 95% 0.16 kleiner - 0.13 Größer)	Niedrig Aufgrund von schwerwiegendem Risiko für Bias, Aufgrund von schwerwiegendem unzureichender Präzision ²	

2. Risiko für Bias: schwerwiegend. Mehrere Studien mit unklarem/hohem Bias-Risiko (v. a. Allocation Concealment, Selective Reporting, Missing Data);
 Risiko für Bias: schwerwiegend. Mehrere Studien mit unklarem/hohem Bias-Risiko (v. a. Allocation Concealment, Selective Reporting, Missing Data); Unzureichende Präzision:
 schwerwiegend. Kein signifikanter Effekt; Konfidenzintervall schließt Nutzen und keinen Effekt ein.;

Referenzen

[1094] Wang B, Zhu X, Chen L, Liu S, Wang C. The effects of high-frequency repetitive transcranial magnetic stimulation on negative symptoms in schizophrenia patients: A systematic review and meta-analysis. PloS one 2025;20(12):e0337847.

Population: Menschen mit Schizophrenie

Intervention: E47/48 Kontinuierliche Theta-Burst-Stimulation (cTBS)

Vergleichsintervention: Scheinbehandlung

Endpunkt Zeitrahmen	Ergebnisse und Messwerte	Absolute Effektschätzer		Vertrauenswürdigkeit der Evidenz (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	Zusammenfassung
		Scheinbehandlung	Kontinuierliche Theta-Burst-Stimulation (cTBS)		
Therapieabbrüche	Relatives Risiko: 1.35 (CI 95% 0.49 - 3.69) Basierend auf Daten von 298 Patienten und 5 Studien	0.07 pro 1000	0.09 pro 1000 Differenz: 0.02 mehr pro 1000 (CI 95% 0.04 weniger - 0.19 mehr)	Moderat Aufgrund von schwerwiegendem unzureichende präzision ¹	
Akustische Halluzinationen	Gemessen mit: PSYRATS-AH/AHR Skala: - Niedriger ist besser Basierend auf Daten von 314 Patienten und 5 Studien	Mittelwert	Mittelwert Differenz: SMD 0.34 weniger (CI 95% 0.57 weniger - 0.12 weniger)	Niedrig Aufgrund von schwerwiegendem risiko für bias, Aufgrund von schwerwiegendem unzureichende präzision ²	
Akustische Halluzinationen (Follow-up)	Gemessen mit: PSYRATS-AH Skala: 0 - 44 Niedriger ist besser Basierend auf Daten von 233 Patienten und 3 Studien Beobachtungszeit 2-4 Wochen	Mittelwert	Mittelwert Differenz: MD 2.52 weniger (CI 95% 4.09 weniger - 0.95 weniger)	Moderat Aufgrund von schwerwiegendem unzureichende präzision ³	
Negativsymptomatik	Gemessen mit: PANSS Negativ Skala: 7 - 49 Niedriger ist besser Basierend auf Daten von 234 Patienten und 3 Studien	Mittelwert	Mittelwert Differenz: MD 0.75 kleiner (CI 95% 2.12 kleiner - 0.61 Größer)	Moderat Aufgrund von schwerwiegendem unzureichende präzision ⁴	

Positivsymptomatik	Gemessen mit: PANSS Positiv Skala: 7 - 49 Niedriger ist besser Basierend auf Daten von 298 Patienten und 4 Studien	Mittelwert Mittelwert Differenz: MD 1.4 kleiner (CI 95% 2.32 kleiner - 0.47 kleiner)	Moderat Aufgrund von schwerwiegendem unzureichende präzision ⁵	
--------------------	---	---	---	--

3. **Unzureichende Präzision: schwerwiegend.** Kleine Gesamtstichprobe (<400 Patient:innen);
4. **Risiko für Bias: schwerwiegend. Unzureichende Präzision: schwerwiegend.** Kleine Gesamtstichprobe (<400 Patient:innen);
5. **Unzureichende Präzision: schwerwiegend.** Kleine Gesamtstichprobe (<400 Patient:innen);
6. **Unzureichende Präzision: schwerwiegend.** Kleine Gesamtstichprobe (<400 Patient:innen);
7. **Unzureichende Präzision: schwerwiegend.** Kleine Gesamtstichprobe (<400 Patient:innen);

Referenzen

[1095] Kassar O, Selim A, Insan S, Hassan O, Sartorius A : Efficacy and safety of continuous theta burst stimulation for auditory hallucinations: A GRADE-assessed meta-analysis of randomized sham-controlled trials. Asian journal of psychiatry 2026;116:104822

Population: Menschen mit Schizophrenie und medikamentöser Behandlungsresistenz

Intervention: E47/48 Repetitive transkranielle Magnetstimulation (rTMS)

Vergleichsintervention: Scheinbehandlung

Endpunkt Zeitraumen	Ergebnisse und Messwerte	Absolute Effektschätzer		Vertrauenswürdigkeit der Evidenz (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	Zusammenfassung
		Scheinbehandlung	Repetitive transkranielle Magnetstimulation (rTMS)		
Halluzinationen	Gemessen mit: AHRs, PSYRATS-AH, PANSS-P3 Skala: - Niedriger ist besser Basierend auf Daten von 1867 Patienten und 35 Studien	Mittelwert Differenz: SMD 0.51 weniger (CI 95% 0.69 weniger - 0.43 weniger)	Mittelwert	Sehr niedrig Aufgrund von schwerwiegendem risiko für bias, Aufgrund von schwerwiegendem inkonsistenz, Aufgrund von schwerwiegendem publikationsbias ¹	
Negativsymptomatik	Gemessen mit: PANSS negative Subskala /SANS Skala: - Niedriger ist besser Basierend auf Daten von 1552 Patienten und 31 Studien	Mittelwert Differenz: SMD 0.22 weniger (CI 95% 0.34 weniger - 0.09 weniger)	Mittelwert	Niedrig Aufgrund von schwerwiegendem risiko für bias, Aufgrund von schwerwiegendem publikationsbias ²	

8. **Risiko für Bias: schwerwiegend.** Mehrere kleine Studien; teilweise unklare Verblindung und Randomisierung; **Inkonsistenz: schwerwiegend.** Relevante klinische und statistische Heterogenität ($I^2 = 67.7\%$); unterschiedliche Targets und Stimulationsprotokolle; **Publikationsbias: schwerwiegend.** Mögliche Small-study-effects; hoher Anteil kleiner Einzelstudien und chinesischer Studien;

9. **Risiko für Bias: schwerwiegend.** Mehrere kleine Studien; teilweise unklare Verblindung und Randomisierung; **Publikationsbias: schwerwiegend.** Mögliche Small-study-effects; hoher Anteil kleiner Einzelstudien und chinesischer Studien;

Referenzen

[1096] Wei Y, Lorenz C, Siafis S, Schneider-Thoma J, Kim DD, Wu H, Nomura N, Dong S, Furukawa Y, Zhu Y, Bighelli I, Hansen W-P, Vogelmann U, Strube W, Li C, Davis JM, Smith RC, Salanti G, Padberg F, Leucht S : Non-invasive brain stimulation augmentation therapy for treatment-resistant schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. EClinicalMedicine 2025;89:103583

Empfehlung 54

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 ¹	308 pro 1000	634 pro 1000 Differenz: 326 mehr pro 1000 (CI 95% 231 mehr - 437 mehr)	Moderat Aufgrund von schwerwiegendem risk of bias ²	
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 ³	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 ⁴	
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 ⁵	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 ⁶	

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

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

Zeitraumen		Standardbehandlung	Psychoedukation mit Angehörigen	(Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	
Rückfall 12 Monate	Odds ratio: 0.56 (CI 95% 0.39 - 0.82) Basierend auf Daten von 945 Patienten und 9 Studien ¹	35 pro 100	23 pro 100	Moderat Aufgrund von schwerwiegendem Risiko für Bias ²	
		Differenz: 12 weniger pro 100 (CI 95% 21 weniger - 6 weniger)			

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, Siafis 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 ¹	35 pro 100	25 pro 100	Moderat Aufgrund von schwerwiegendem Risiko für Bias ²	
		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 ¹	379 pro 1000	265 pro 1000		Intervention: Psychoeduka- tion; Kontrolle: Standardbe- handlung; Mit Psychoeduka- tion kommt es mittelfristig bei 27% zu einem Rückfall ge- genüber 38% bei Standard- behandlung.
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: Psychoeduka- tion; Kontrolle: Standardbe- handlung; Mit Psychoeduka- tion liegt die medikamentöse Adhärenz bei 90% gegen- über 80% mit Standardbe- handlung.
Verbessertes Wis- sensniveau	Relatives Risiko: 1.76 (CI 95% 1.47 - 2.11) Basierend auf Daten von 216 Patienten und 2 Studien	537 pro 1000	945 pro 1000		Intervention: Psychoeduka- tion; Kontrolle: Standardbe- handlung; Psychoedukation führt bei 95% zu einem ver- besserten Wissensniveau ge- genüber 54% mit Standard- behandlung.
Klinisch signifikante Verbesserung des All- gemeinzustands kurzfristig	Relatives Risiko: 1.13 (CI 95% 1.0 - 1.29) Basierend auf Daten von 208 Patienten und 2 Studien	770 pro 1000	870 pro 1000		Intervention: Psychoeduka- tion; Kontrolle: Standardbe- handlung; Psychoedukation führt bei 87% zu einem kli- nisch signifikant verbesserten Allgemeinzustand, mit Stan- dardbehandlung 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/Vergleichsinterven-
tion** 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
		Standardbehand- lung	Spezifische KVT		
Positivsymptome 2 Jahre	Gemessen mit: BRPS/PANSS/SAPS Skala: - Niedriger ist besser Basierend auf Daten von 442 Pa- tienten und 3 Studien	Mittelwert	Mittelwert Differenz: SMD 0.60 kleiner (CI 95% 0.79 kleiner - 0.41 kleiner)		Intervention: KVT, Kontrolle: Standardbehandlung; Bei Patienten mit einer ersten psychotischen Episode führt KVT zu um 0.60 SMD gerin- gerer Positivsymptomatik im 2-Jahres-Follow-up (0.2 SMD kleiner Effekt, 0.5 SMD mittlerer Effekt, 0.8 SMD gro- ßer Effekt).
Negativsymptome	Gemessen mit: BRPS/PANSS/SAPS Skala: - Niedriger ist besser Basierend auf Daten von 442 Pa- tienten und 3 Studien	Mittelwert	Mittelwert Differenz: SMD 0.45 kleiner (CI 95% 0.80 kleiner - 0.09 kleiner)		Intervention: KVT; Kontrolle: Standardbehandlung; Bei Patienten mit einer ersten psychotischen Episode führt KVT zu einer um 0.45 SMD geringeren Negativsympto- matik im Zwei-Jahres- Follow-up (0.2 SMD kleiner Effekt, 0.5 SMD mittlerer Ef- fekt, 0.8 SMD großer Effekt).

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 Differenz: SMD 0.33 kleiner (CI 95% 0.47 kleiner - 0.19 kleiner)		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).
Positivsymptome	Gemessen mit: PANSS; BPRS (positive Subskala) u.a. Skala: - Niedriger ist besser Basierend auf Daten von 2452 Patienten und 33 Studien	Mittelwert	Mittelwert Differenz: SMD 0.25 kleiner (CI 95% 0.37 kleiner - 0.13 kleiner)		Intervention: KVT; Kontrolle: Standardbehandlung; Mit 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).
Negativsymptome	Gemessen mit: PANSS; BPRS negative Subskala u.a. Skala: - Niedriger ist besser Basierend auf Daten von 2356 Patienten und 34 Studien	Mittelwert	Mittelwert Differenz: SMD 0.13 kleiner (CI 95% 0.25 kleiner - 0.01 kleiner)		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).

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)	Gemessen mit: BPRS/CPRS/PANSS Skala: - Niedriger ist besser Basierend auf Daten von 211 Pa- tienten und 3 Studien	Mittelwert	Mittelwert Differenz: SMD 0.07 kleiner (CI 95% 0.34 kleiner - 0.21 Größer)		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 Unter- schied dar (0.2 SMD kleiner Effekt, 0.5 SMD mittlerer Ef- fekt, 0.8 SMD großer Effekt).
Gesamtsymptomatik (≥20 Sitzungen KVT)	Gemessen mit: BPRS/CPRS/PANSS Skala: - Niedriger ist besser Basierend auf Daten von 326 Pa- tienten und 5 Studien	Mittelwert	Mittelwert Differenz: SMD 0.30 kleiner (CI 95% 0.52 kleiner - 0.08 kleiner)		Intervention: ≥20 Sitzungen KVT; Kontrolle: Standardbe- handlung; Bei einer Anzahl von ≥20 Sitzungen KVT sind die Allgemeinsymptome um 0.30 SMD geringer als in der Kontrollgruppe (0.2 SMD ge- ringer Effekt, 0.5 SMD mittlere- rer Effekt, 0.8 SMD großer Effekt).
Negativsymptome (≤16 Sitzungen KVT)	Gemessen mit: PANSS negative Subskala/SANS Skala: - Niedriger ist besser Basierend auf Daten von 211 Pa- tienten und 3 Studien	Mittelwert	Mittelwert Differenz: SMD 0.17 Größer (CI 95% 0.10 kleiner - 0.45 Größer)		Intervention: ≤16 Sitzungen KVT; Kontrolle: Standardbe- handlung; Bei einer Anzahl von ≤16 Sitzungen KVT sind die Negativsymptome um 0.17 SMD höher als in der Kontrollgruppe. Dies stellt keinen signifikanten Unter- schied dar (0.2 SMD kleiner Effekt, 0.5 SMD mittlerer Ef- fekt, 0.8 SMD großer Effekt).

Negativsymptome (≥20 Sitzungen KVT)	Gemessen mit: PANSS negative Subskala / 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)		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 größer 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 Zeitraum	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 ¹	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 ²	
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 ³	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 ⁴	
Allgemeine psychische Verfassung	Gemessen mit: PANSS Ge- samtwert	Mittelwert	Mittelwert	Niedrig	

< 12 Monate	Skala: - Niedriger ist besser Basierend auf Daten von 39 Patienten und 1 Studien	Differenz: MD 9.77 kleiner (CI 95% 20.59 kleiner - 1.05 Größer)		Aufgrund von sehr schwerwiegender unzureichender Präzision ⁵	
Funktionalität < 12 Monate	Gemessen mit: PSP Skala: - Höher ist besser Basierend auf Daten von 40 Patienten und 1 Studien ⁶	Mittelwert	Mittelwert	Niedrig Aufgrund von sehr schwerwiegender unzureichender Präzision ⁷	
		Differenz: MD 12.42 kleiner (CI 95% 22.75 kleiner - 2.09 kleiner)			

- 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, Siafis 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 63

Population: Menschen mit Schizophrenie

Intervention: E63 AVATAR-Therapie

Vergleichsintervention: Kontrollinterventionen

Endpunkt Zeitraum	Ergebnisse und Messwerte	Absolute Effektschätzer		Vertrauenswürdigkeit der Evidenz (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	Zusammenfassung
		Kontrollinterventionen	E63 AVATAR-Therapie		
Abbruch aus jeglichen Gründen	Relatives Risiko: 1.14 (CI 95% 0.78 - 1.67)	16 pro 100	18 pro 100	Niedrig	

	Basierend auf Daten von 660 Patienten und 6 Studien	Differenz: 2 mehr pro 100 (CI 95% 4 weniger - 11 mehr)	Aufgrund von schwerwiegendem Risiko für Bias, Aufgrund von schwerwiegendem unzureichender Präzision ¹	
Akustische Halluzinationen	Gemessen mit: PSYRATS-AH Skala: 0 - 44 Niedriger ist besser Basierend auf Daten von 682 Patienten und 7 Studien	Mittelwert Mittelwert Differenz: MD 2.97 weniger (CI 95% 4.03 weniger - 1.9 weniger)	Moderat Aufgrund von schwerwiegendem Risiko für Bias ²	
Distress	Gemessen mit: PSYRATS-AH Distress Skala: 0 - 20 Niedriger ist besser Basierend auf Daten von 556 Patienten und 6 Studien	Mittelwert Mittelwert Differenz: MD 1.72 weniger (CI 95% 2.44 weniger - 1 weniger)	Niedrig Aufgrund von schwerwiegendem Risiko für Bias, Aufgrund von schwerwiegendem unzureichender Präzision ³	
Positivsymptomatik	Gemessen mit: PANSS Positiv Skala: 7 - 49 Niedriger ist besser Basierend auf Daten von 311 Patienten und 4 Studien	Mittelwert Mittelwert Differenz: MD 1.13 weniger (CI 95% 2.17 weniger - 0.08 weniger)	Niedrig Aufgrund von schwerwiegendem Risiko für Bias, Aufgrund von schwerwiegendem unzureichender Präzision ⁴	
Negativsymptomatik	Gemessen mit: PANSS Negativ Skala: 7 - 49 Niedriger ist besser Basierend auf Daten von 311 Patienten und 4 Studien	Mittelwert Mittelwert Differenz: MD 0.33 weniger (CI 95% 0.82 weniger - 1.48 mehr)	Niedrig Aufgrund von schwerwiegendem Risiko für Bias, Aufgrund von schwerwiegendem unzureichender Präzision ⁵	
Lebensqualität	Gemessen mit: Skala: - Höher ist besser Basierend auf Daten von 311 Patienten und 4 Studien	Mittelwert Mittelwert Differenz: SMD 0.23 Größer (CI 95% 0.01 Größer - 0.45 Größer)	Niedrig Aufgrund von schwerwiegendem Risiko für Bias, Aufgrund von schwerwiegendem unzureichender Präzision ⁶	
Akustische Halluzinationen (Follow-up)	Gemessen mit: PSYRATS-AH Skala: 0 - 44 Niedriger ist besser Basierend auf Daten von 682 Patienten und 7 Studien Beobachtungszeit 3 Monate	Mittelwert Mittelwert Differenz: MD 3.81 weniger (CI 95% 6.19 weniger - 1.43 weniger)	Sehr niedrig Aufgrund von schwerwiegendem Risiko für Bias, Aufgrund von schwerwiegendem Inkonsistenz, Aufgrund von schwerwiegendem Publikationsbias ⁷	

10. **Risiko für Bias: schwerwiegend.** Teilweise offene Studien; begrenzte Verblindung; **Unzureichende Präzision: schwerwiegend.** Breites Konfidenzintervall mit Nutzen und möglichem Schaden;

11. **Risiko für Bias: schwerwiegend.** 3 offene Studien mit eingeschränkter Verblindung;

12. **Risiko für Bias: schwerwiegend.** Teilweise offene Studien; begrenzte Verblindung; **Unzureichende Präzision: schwerwiegend.** Kleiner Effekt; CI nahe Nulleffekt;
13. **Risiko für Bias: schwerwiegend.** Teilweise offene Studien; begrenzte Verblindung; **Unzureichende Präzision: schwerwiegend.** Kleiner Effekt; CI nahe Nulleffekt;
14. **Risiko für Bias: schwerwiegend.** Teilweise offene Studien; begrenzte Verblindung; **Unzureichende Präzision: schwerwiegend.** Kein signifikanter Effekt; breites Konfidenzintervall;
15. **Risiko für Bias: schwerwiegend.** Teilweise offene Studien; begrenzte Verblindung; **Unzureichende Präzision: schwerwiegend.** Kleiner Effekt; CI nahe Nulleffekt;
16. **Risiko für Bias: schwerwiegend.** Teilweise offene Studien; begrenzte Verblindung; **Inkonsistenz: schwerwiegend.** $I^2 = 64\%$; **Publikationsbias: schwerwiegend.** Kleine Studien mit variierenden Effekten; mögliche Small-study-effects.;

Referenzen

[1093] Hsu T-W, Tseng P-T, Hsu C-W, Yang F-C, Changchien T-C, Lin Y-H, Liang C-S : AVATAR therapy for medication-resistant auditory hallucination in patients with psychosis: a systematic review and meta-analysis. Schizophrenia (Heidelberg, Germany) 2025;12(1):1

Empfehlung 64

Population: Patienten mit Schizophrenie
 Intervention: E64 Metakognitives Training
 Vergleichsintervention: Standardbehandlung

Endpunkt Zeitraumen	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 besser Basierend auf Daten von 511 Patienten und 11 Studien ¹	Mittelwert Differenz: SMD 0.34 kleiner (CI 95% 0.53 kleiner - 0.15 kleiner)	Mittelwert		Intervention: Metakognitives Training; Kontrolle: Standardbehandlung; Mit Metakognitivem Training sind die Positivsymptome um 0.34 SMD geringer gegenüber der Kontrollgruppe (0.2 SMD kleiner Effekt, 0.5 SMD mittlerer Effekt, 0.8 SMD großer Effekt).
Wahnvorstellungen 2 - 8 Wochen	Gemessen mit: PSY-RATS/PDI-21 Skala: - Niedriger ist besser Basierend auf Daten von 702 Patienten und 11 Studien ²	Mittelwert Differenz: SMD 0.41 kleiner (CI 95% 0.74 kleiner - 0.07 kleiner)	Mittelwert		Intervention: Metakognitives Training; Kontrolle: Standardbehandlung; Metakognitives Training führt zu 0.41 SMD weniger Wahnvorstellungen als die Kontrolle (0.2 SMD kleiner Effekt, 0.5 SMD

				mittlerer Effekt, 0.8 SMD größer 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: Standardbehandlung; Metakognitives Training hat einen starken Effekt 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 ¹	37 pro 100 Differenz: 21 weniger pro 100 (CI 95% 31 weniger - 12 weniger)	16 pro 100	Niedrig Aufgrund von sehr schwerwiegenden Risiko für Bias ²	
Gesamtsymptomatik	Gemessen mit: Skala: - Niedriger ist besser Basierend auf Daten von 133 Patienten und 1 Studien ³	57.0 Mittelwert Differenz: SMD 1.26 kleiner (CI 95% 2.19 kleiner - 0.33 kleiner)	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		
		Differenz: SMD 0.89 kleiner (CI 95% 2.15 kleiner - 0.37 Größer)			

- 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, Sifakis 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

			Schizophrenie (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 Familientherapie		
Rückfall und Krankenhauseinweisung 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		Intervention: Spezifische Familientherapie; Kontrolle: Standardbehandlung; Familientherapie führt bei Patienten mit Schizophrenie und einer ersten Episode bei 15% zu einem Rückfall und Krankenhauseinweisung innerhalb eines Jahres. Bei der Kontrolle sind es 29%.
		Differenz: 144 weniger pro 1000 (CI 95% 197 weniger - 58 weniger)			

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 Zeitraumen	Ergebnisse und Messwerte	Absolute Effektschätzer Standardbehandlung jegliche familienbasierte Interventionen (> 5 Sitzungen)	Vertrauenswürdigkeit der Evidenz (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	Zusammenfassung
Rückfall 12 Monate	Relatives Risiko: 0.55 (CI 95% 0.48 - 0.62) Basierend auf Daten von 2981 Patienten und 32 Studien	344 pro 1000 189 pro 1000 Differenz: 155 weniger pro 1000 (CI 95% 179 weniger - 131 weniger)		Intervention: familienbasierte Intervention; Kontrolle: 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	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 ¹	558 pro 1000	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%.

17. 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 Zeitraumen	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)	351 pro 1000	183 pro 1000		Intervention: Soziale Fertigkeiten Training; Kontrolle:

	Basierend auf Daten von 263 Patienten und 2 Studien ¹	Differenz: 168 weniger pro 1000 (CI 95% 232 weniger - 74 weniger)			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 ²	25 Mittelwert	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.

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

19. 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 Zeitraumen	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 Differenz: SMD 0.45 Größer (CI 95% 0.31 Größer - 0.59 Größer)	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	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	Mittelwert		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 Zeitraumen	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	Mittelwert	Mittelwert	Moderat	

	Basierend auf Daten von 814 Patienten und 9 Studien ¹	Differenz: SMD 1.08 kleiner (CI 95% 1.23 kleiner - 0.98 kleiner)	Aufgrund von schwerwiegender Inkonsistenz ²	
Psychosoziales Funktionsniveau	Gemessen mit: SLOF, FROGS Skala: - Höher ist besser Basierend auf Daten von 740 Patienten und 7 Studien ³	Mittelwert Mittelwert Differenz: SMD 1.38 Größer (CI 95% 1.21 Größer - 1.55 Größer)	Niedrig Aufgrund von schwerwiegendem Inkonsistenz, Andere: Mehrere Publikationen eines Autors ⁴	
Krankheitseinsicht	Gemessen mit: ITAQ, BCIS Skala: - Höher ist besser Basierend auf Daten von 744 Patienten und 8 Studien ⁵	Mittelwert Mittelwert Differenz: SMD 1.10 Größer (CI 95% 0.94 Größer - 1.25 Größer)	Moderat Aufgrund von schwerwiegender Inkonsistenz ⁶	
Achtsamkeit	Gemessen mit: SMQ, FFMQ Skala: - Höher ist besser Basierend auf Daten von 186 Patienten und 5 Studien	Mittelwert Mittelwert Differenz: SMD 0.83 Größer (CI 95% 0.52 Größer - 1.14 Größer)	Moderat Aufgrund von schwerwiegender unzureichender Präzision ⁷	

- 1) Systematic review [214] . **Baseline/Vergleichsintervention** Kontrollarm aus der Referenz für Interventionsarm .
- 2) **Inkonsistenz: schwerwiegend.** The magnitude of statistical heterogeneity was high, with I²: 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 I²: 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 I²: 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	Ergebnisse und Messwerte	Absolute Effektschätzer	Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	Zusammenfassung
----------	--------------------------	-------------------------	----------------------------------	-----------------

Zeitraumen		Standardbehand- lung, Warteliste	ACT	(Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	
Psychotische Symp- tomatik	Gemessen mit: Skala: - Niedriger ist besser Basierend auf Daten von 274 Patienten und 6 Studien ¹	Mittelwert	Mittelwert	Sehr niedrig Aufgrund von schwerwiegendem Risiko für Bias, Aufgrund von schwerwiegendem Publikationsbias, Aufgrund von schwer- wiegender Inkonsistenz, Aufgrund von schwerwiegender Indirektheit ²	
		Differenz: SMD 0.21 kleiner (CI 95% 0.60 kleiner - 0.18 Größer)			

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 Veröffentlichungs-bias 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 (Behandlungsverein- barung, 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: Vorausverfü- gungen (Behandlungsverein- barung, Krisenpläne); Kon- trolle: Standardbehandlung; Mit Vorausverfügungen kommt es bei 17% zu Zwangseinweisungen gegen- über 22% bei der Kontrolle. Das bedeutet eine relative Risikoreduktion von 23%.
		Differenz: 51 weniger pro 1000 (CI 95% 88 weniger - 4 weniger)			

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 Zeitraum	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 ¹	227 pro 1000	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 ²	111 pro 1000	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 ³	485 pro 1000	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.
	Relatives Risiko: 1.21 (CI 95% 0.86 - 1.69)	381 pro 1000	461 pro 1000		Intervention: Benzodiazepine; Kontrolle: Haloperidol;

Verbesserung Gesamtsymptomatik (versus Haloperidol) 24 Stunden	Basierend auf Daten von 188 Patienten und 5 Studien	Differenz: 80 mehr pro 1000 (CI 95% 53 weniger - 263 mehr)	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
		Differenz: SMD 3.14 kleiner (CI 95% 3.95 kleiner - 2.34 kleiner)			

			randomisiert kontrollierte Studien eingeschlossen.
--	--	--	--

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 240 pro 1000 Differenz: 76 weniger pro 1000 (CI 95% 120 weniger - 22 weniger)	Intervention: Clozapin; Kontrolle: Olanzapin; Unter Clozapin kommt es bei 24% zu einer Rettungsintervention zur Suizidverhinderung, unter Olanzapin bei 32%.
---	--	---	--

Referenzen

[43] Meltzer HY, Alphas 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 99

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 signifikant.

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 100

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 ¹	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 ²	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 ³	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 leider 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 ⁴	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/HAM- D/MADRS/BPRS Skala: - Niedriger ist besser Basierend auf Daten von 1849 Patienten und 42 Studien ⁵	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 mittlerer Effekt, 0.8 SMD großer Effekt). Bei Patienten mit ausgeprägten depressiven Symptomen fanden sich stärkere Effekte, SMD -0.34 (-0.58, -0.09), verglichen mit SMD -0.21 in den verbliebenen Studien. Ebenso bei Patienten 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 123

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		Intervention: Frühinterventionen; Kontrolle: Standardbehandlung; mit Frühinterventionen kommt es bei 21% zu einem Rückfall gegenüber
		Differenz: 84 weniger pro 1000 (CI 95% 137 weniger - 20 weniger)			

				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 Differenz: 111 weniger pro 1000 (CI 95% 166 weniger - 43 weniger)	315 pro 1000	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 Differenz: SMD 0.32 kleiner (CI 95% 0.47 kleiner - 0.17 kleiner)	Mittelwert	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 130

Population: Patienten mit schwerer psychischer Erkrankung

Intervention: E131 Kognitive Remediation

Vergleichsintervention: gewöhnliche berufliche Rehabilitationsleistung

Endpunkt Zeitraumen	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)	237 pro 1000	408 pro 1000		Intervention: Computer-assistierte kognitive Remediation;

	Basierend auf Daten von 550 Patienten und 8 Studien	Differenz: 171 mehr pro 1000 (CI 95% 78 mehr - 292 mehr)		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 Differenz: MD 19.53 Größer (CI 95% 2.46 Größer - 36.61 Größer)		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 Basierend auf Daten von 442 Patienten und 7 Studien	Mittelwert Mittelwert Differenz: MD 959 Größer (CI 95% 285 Größer - 1633 Größer)		Intervention: Computer-assistierte kognitive Remediation; 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 132

Population: Patienten mit schwerer psychischer Erkrankung

Intervention: E133 Unterstützte Beschäftigung

Vergleichsintervention: andere berufliche Annäherung

Endpunkt Zeitraumen	Ergebnisse und Messwerte	Absolute Effektschätzer		Vertrauenswürdigkeit der Evidenz (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	Zusammenfassung
		andere berufliche Annäherung	Unterstützte Be- schäftigung		
Arbeitsplatz erhalten während der Studie	Relatives Risiko: 3.24 (CI 95% 2.17 - 4.82)	202 pro 1000	654 pro 1000		Intervention: Unterstützte Beschäftigung; definiert als

18 Monate	Basierend auf Daten von 951 Patienten und 7 Studien ¹	Differenz: 452 mehr pro 1000 (CI 95% 236 mehr - 772 mehr)		Ansatz der beruflichen Rehabilitation, der versucht Patienten einen kompetitiven Arbeitsplatz zu vermitteln, ohne größere Vorbereitung; Kontrolle: andere berufliche Annäherung; Mit unterstützter Beschäftigung haben 65% einen Arbeitsplatz erhalten gegenüber 20% der Kontrolle.
Beschäftigung auf dem 1. Arbeitsmarkt 24 Monate	Gemessen mit: Tage Skala: - Basierend auf Daten von 204 Patienten und 1 Studien ²	16.85 Mittelwert	87.48 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 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 ³	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 Zeitraum	Ergebnisse und Messwerte	Absolute Effektschätzer		Vertrauenswürdigkeit der Evidenz (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	Zusammenfassung
		Standardrehabilita- tion	Komplexe Arbeitsre- habilitationspro- gramme		
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)	9.66 Mittelwert	10.97 Mittelwert		

	Skala: 0 - 16 Höher ist besser Basierend auf Daten von 181 Patienten und 1 Studien	Differenz: MD 1.31 Größer	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 143

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 151a

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	pro 1000 Differenz: weniger 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: - Basierend auf Daten von 1072 Patienten und 4 Studien	Mittelwert	Mittelwert Differenz: SMD 0.14 kleiner (CI 95% 0.27 kleiner - 0.02 kleiner)		Intervention: Peer-Intervention; Kontrolle: Standardbehandlung; 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 Medi- kation	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: Weiterbehand- lung mit Antipsychotika; Kon- trolle: Absetzen der Medika- tion/ Placebo; Unter Antipsy- chotika kommt es bei 26% zu einem Rezidiv innerhalb ei- nes Jahres, bei Absetzen der Medikation bei 64% (Diffe- renz 38%).
Stationäre Wiederauf- nahme 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: Weiterbehand- lung mit Antipsychotika; Kon- trolle: Absetzen der Medika- tion/ Placebo; Unter Antipsy- chotika liegt die stationäre Wiederaufnahme bei 10%, nach Absetzen der Medika- tion bei 26% (Differenz 16%).
Rezidiv (nach 3-6 Jah- ren)	Relatives Risiko: 0.38 (CI 95% 0.18 - 0.78) Basierend auf Daten von 54 Pa- tienten und 2 Studien	630 pro 1000	239 pro 1000 Differenz: 391 weniger pro 1000 (CI 95% 517 weniger - 139 weniger)		Intervention: Weiterbehand- lung mit Antipsychotika; Kon- trolle: Absetzen der Medika- tion/ Placebo; Unter Antipsy- chotika kommt es bei 24% zu einem Rezidiv nach 3-6 Jah- ren, bei Absetzen der Medi- kation bei 63% (Differenz 39%).

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:	5.0
Erstveröffentlichung:	10-1998
Letzte inhaltliche Überarbeitung:	13.06.2026
Nächste Überprüfung geplant:	12.06.2027

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