

S3-Leitlinie
Psychosen mit komorbider substanzbezogener Störung
Kurzversion

Herausgebende Fachgesellschaften:

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

und

Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG-Sucht)

Fassung vom: 26.11.2025 – Version: 1.0

AWMF-Registernummer: 038-027

DAS DIESER VERÖFFENTLICHUNG ZUGRUNDLIEGENDE PROJEKT WURDE MIT MITTELN DES INNOVATIONSAUSSCHUSSES
BEIM GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSS UNTER DEM FÖRDERKENNZEICHEN 01VSF21014 GEFÖRDERT.

FORMAL GEPRÜFT DURCH DIE AWMF

Herausgebende

Federführende Fachgesellschaften:

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

Reinhardtstr. 29
10117 Berlin

Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG-Sucht)

Ulmenstraße 7
59069 Hamm

Bei der hier vorliegenden Kurzfassung handelt es sich um eine redaktionell überarbeitete und deutlich gekürzte Version der Behandlungsleitlinie „Psychosen mit komorbider Substanzbezogener Störung“. Die ausführlichen Empfehlungsbegründungen und weiteren Hintergrundtexte sind in der Langfassung der Leitlinie zu finden. Die Langfassung mit allen Quellenangaben sowie der Leitlinienreport sind im AWMF-Leitlinienregister online verfügbar.

Gültigkeitsdauer und Aktualisierungsverfahren

Die Leitlinie ist zuletzt am 26.11.2025 inhaltlich überarbeitet worden. Die Leitlinie ist ab 26.11.2025 für 5 Jahre bis zum 25.11.2030 gültig. Die Gültigkeitsdauer ist abhängig vom eingeschätzten Aktualisierungsbedarf.

Inhalt

1	Geltungsbereich und Zweck.....	5
2	Allgemeine Grundlagen	5
3	Diagnostik, Früherkennung.....	5
3.1	Grundlagen	5
3.1.1	Substanzinduzierte psychotische Störung.....	5
3.2	Diagnostische Standards, Früherkennung, psychometrische Instrumente	5
4	Therapie, Rehabilitation, Prävention – Allgemeine Aspekte	7
4.1	Versorgungssystem, Behandlungssettings.....	7
4.2	Versorgungsmodelle, Behandlungsprinzipien und -ziele	7
4.3	Rehabilitation	9
4.4	Prävention	10
5	Pharmakotherapie und andere somatische Verfahren	11
5.1	Pharmakotherapie.....	11
5.1.1	Akuttherapie bei Entzugssymptomen	11
5.1.2	Antipsychotische Pharmakotherapie	11
5.1.3	Einsatz von Stimmungsstabilisierern.....	16
5.1.4	Therapie zur Verhütung von Konsumrückfällen und Konsumreduktion.....	16
5.1.5	Pharmakotherapie bei Substanzinduzierten Psychosen	18
5.2	Andere somatische Verfahren.....	19
6	Psychotherapie und psychosoziale Interventionen.....	20
6.1	Psychoedukation	21
6.2	Motivationale Interventionen/Motivational Interviewing.....	21
6.3	Verhaltenstherapeutische Ansätze	22
6.3.1	Kognitive Verhaltenstherapie.....	22
6.3.2	Kontingenzmanagement	24
6.3.3	Training sozialer Fertigkeiten	24
6.4	Systemische Therapie, Familieninterventionen und Zusammenarbeit mit Angehörigen	25
6.5	Kognitive Remediation	27
6.6	Ergotherapie.....	27
6.7	Künstlerische Therapien.....	27

6.8	Sport- und Bewegungstherapie, körperliche Therapieansätze	27
6.9	Sozialarbeiterische Unterstützung und Sozialtherapie	27
6.10	Selbsthilfe, Genesungsbegleitung	28
6.11	Komplexe Therapieprogramme.....	28
6.12	Internet-/ Technologiebasierte Therapien.....	30
7	Diagnostik und Therapie unter besonderen Bedingungen und in Untergruppen.....	31
7.1	Erregungszustände/Aggressivität.....	31
7.1.1	Pharmakologische Therapieoptionen	31
7.2	Somatische Komorbiditäten	32
7.3	Jugendalter	32
7.4	Ersterkrankte	33
7.5	Höheres Lebensalter	34
7.6	Geschlechtsspezifische Aspekte	35
7.7	Behandlung bei sozialer Marginalisierung/Wohnungslosigkeit	35
7.8	Behandlung im forensischen Setting.....	36
8	Qualitätssicherung	38
8.1	Allgemeines	38
8.2	Mögliche Qualitätsmerkmale für die Behandlung von Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht.....	38
9	Wichtige Forschungsfragen	39
10	Zusammensetzung der Leitliniengruppe	40
10.1	Leitlinienkoordinator*in/Ansprechpartner*in	40
10.2	Beteiligte Fachgesellschaften und Organisationen	40
10.3	Patient*innen/Bürger*innenbeteiligung	46
10.4	Methodische Begleitung.....	47

1 Geltungsbereich und Zweck

Dieses Kapitel beinhaltet keine Empfehlungen. Siehe Langversion für die ausführlichen Text zu den folgenden Themen:

- Zielsetzung, Relevanz und Fragestellungen
- Patient*innenzielgruppe
- Versorgungsbereich
- Adressat*innen
- Verweise auf andere Leitlinien
- Weitere Dokumente zu dieser Leitlinie
- Methodische Grundlagen

2 Allgemeine Grundlagen

Dieses Kapitel beinhaltet keine Empfehlungen. Siehe Langversion für die ausführlichen Texte zu den folgenden Thematiken/Unterkapitel:

- Epidemiologie
- Erklärungsmodelle
- Verlauf und Prognose; Relevanz für Versorgung und soziales Umfeld

3 Diagnostik, Früherkennung

3.1 Grundlagen

Dieses Unterkapitel beinhaltet keine Empfehlungen. Siehe Langversion für den ausführlichen Text.

3.1.1 Substanzinduzierte psychotische Störung

Dieses Unterkapitel beinhaltet keine Empfehlungen. Siehe Langversion für den ausführlichen Text.

3.2 Diagnostische Standards, Früherkennung, psychometrische Instrumente

Die Früherkennung und diagnostische Einordnung psychotischer und affektiver Symptome oder Störungen bei Menschen mit riskantem Substanzkonsum und Substanzkonsumstörungen (ICD-10 F1-Diagnosen) ist von entscheidender Bedeutung, da der Substanzkonsum sowohl die Diagnose als auch den Verlauf der psychotischen Erkrankung beeinflussen kann. Eine Früherkennung ermöglicht gezielte Interventionen, vermindert die Wahrscheinlichkeit einer Chronifizierung und verbessert die psychosoziale Prognose. Die Krankheitslast sowohl für die Betroffenen als auch für die Angehörigen und Zugehörigen der Betroffenen wird reduziert und im besten Fall vermieden.

1.	Empfehlung	Neu (2025)
Empfehlungsgrad: EK ↑↑	Bei Menschen mit einem bekannten riskanten Konsum oder Substanzkonsumstörung, insbesondere von Cannabis oder Stimulanzien, soll in regelmäßigen Abständen gezielt nach psychotischen Symptomen gefragt werden. Bei entsprechendem Hinweis sollen die Symptome ausführlich einschließlich ihrer zeitlichen Zusammenhänge mit Konsumepisoden exploriert werden, so dass eine differentialdiagnostische Einordnung erfolgen und weitere Schritte abgeleitet werden können. In Abhängigkeit von der klinischen Konstellation sollen zusätzlich toxikologische Untersuchungen angeboten werden.	
	Konsensstärke: 89,5 % Konsens (17 Ja; 0 Nein; 2 Enthaltungen)	

2.	Verknüpfte Empfehlung	Neu (2025)
Empfehlungsgrad: 1. EK ↑↑ 2. EK ↔ 3. EK ↑↑	Bei Menschen mit einer Psychose (Schizophrenie, Bipolare Störung) soll in regelmäßigen Abständen gezielt nach Substanzkonsum gefragt und dieser ausführlich exploriert werden. Hierzu können gängige Screening Instrumente wie der AUDIT und der DUDIT eingesetzt werden. In Abhängigkeit von der klinischen Konstellation sollen zusätzlich toxikologische Untersuchungen angeboten werden.	
	Konsensstärke: 89,5 % Konsens (17 Ja; 0 Nein; 2 Enthaltungen)	

4 Therapie, Rehabilitation, Prävention – Allgemeine Aspekte

4.1 Versorgungssystem, Behandlungssettings

Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht werden in allen kurativen und rehabilitativen Settings der Allgemeinpsychiatrie und der Suchtkrankenhilfe sowie im sozial-rehabilitativen Bereich versorgt. Somit kommen viele verschiedene Akteur*innen in den einzelnen Behandlungssettings in Kontakt mit den Betroffenen.

4.2 Versorgungsmodelle, Behandlungsprinzipien und -ziele

In der vorliegenden Leitlinie wird der Begriff „integrierte Behandlung“ als Behandlung beider Störungen durch eine*n Therapeuten*in bzw. ein Therapeut*innenteam verwendet. Der Begriff darf nicht mit Projekten der „Integrierten Behandlung“ nach §140 im fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) verwechselt werden. Bei der „integrierten Behandlung“ im Sinne der vorliegenden Leitlinie sollen stütz- und fürsorgliche Konzepte aus der psychiatrisch-psychotherapeutischen Krankenversorgung und klassische suchtttherapeutische Ansätze aufeinander angepasst und individuell in Abhängigkeit vom aktuellen Befinden bzw. von der Erkrankungsphase flexibel gewichtet werden.

3.	Empfehlung	Neu (2025)
Empfehlungsgrad: B ↑	Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht sollte eine integrierte Behandlung „aus einer Hand“ durch ein Behandlungsteam angeboten werden.	
Qualität der Evidenz		
Klinische Outcomes F1: Alkohol- konsum & Drogenkonsum: niedrig ⊕⊕⊖⊖	Hunt, G. E., Siegfried, N., Morley, K., Brooke-Sumner, C., & Cleary, M. (2019). Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. <i>The Cochrane database of systematic reviews</i> , 12(12), CD001088.	
Klinisch stationäre psychiatri- sche Aufnahmen: niedrig ⊕⊕⊖⊖		
Drop Out Rate - Abbruch der Behandlung: niedrig ⊕⊕⊖⊖		
Allgemeines Funktionsniveau (GAF): niedrig ⊕⊕⊖⊖		
Klinischer Outcome F2/SMI: BPRS: niedrig ⊕⊕⊖⊖		
Lebensqualität:		

niedrig ⊕⊕⊖⊖	
Klinische Outcomes F1: Alkoholkonsum & Drogenkonsum: niedrig ⊕⊕⊖⊖	Gouzoulis-Mayfrank, E., König, S., Koebeke, S., Schnell, T., Schmitz-Buhl, M., & Daumann, J. (2015). Trans-Sector Integrated Treatment in Psychosis and Addiction. <i>Deutsches Arzteblatt international</i> , 112(41), 683–691.
Evidenz: GRADE Profil Nr.1 im Leitlinienreport	Konsensstärke: 100 %, starker Konsens (19 Ja; 0 Nein; 0 Enthaltungen)

4.	Empfehlung	Neu (2025)
Empfehlungsgrad: EK ↑	Wenn keine integrierte Behandlung möglich ist, dann sollte die parallele oder sequentielle Behandlung mit Koordination (Case Management) zwischen der Psychose- und Suchtbehandlung erfolgen.	
	Konsensstärke: 100 %, starker Konsens (19 Ja; 0 Nein; 0 Enthaltungen)	

5.	Empfehlung	Neu (2025)
Empfehlungsgrad: 0 ↔	Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht kann eine sektorübergreifende Behandlung durch dasselbe Behandlungsteam angeboten werden.	
Qualität der Evidenz		
Klinische Outcomes F1: Alkoholkonsum & Drogenkonsum: niedrig ⊕⊕⊖⊖	Gouzoulis-Mayfrank, E., König, S., Koebeke, S., Schnell, T., Schmitz-Buhl, M., & Daumann, J. (2015). Trans-Sector Integrated Treatment in Psychosis and Addiction. <i>Deutsches Arzteblatt international</i> , 112(41), 683–691.	
Evidenz: GRADE Profil Nr. 2 im Leitlinienreport	Konsensstärke: 88,9 %, Konsens (16 Ja; 2 Nein; 0 Enthaltungen)	

6.	Empfehlung	Neu (2025)
Empfehlungsgrad: B ↑	Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht sollte der Einbezug von aufsuchenden Elementen in die Behandlung angeboten werden.	
Qualität der Evidenz		
Drop Out Rate - Abbruch der Behandlung: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	Hunt, G. E., Siegfried, N., Morley, K., Brooke-Sumner, C., & Cleary, M. (2019). Psychosocial interventions for people	
Rückfallquote:		

<p>sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖</p> <p>Klinisch stationäre psychiatrische Aufnahmen: niedrig ⊕⊕⊖⊖</p> <p>Klinische Outcomes F1: Alkoholkonsum & Drogenkonsum: niedrig ⊕⊕⊖⊖</p> <p>Klinische Outcomes F2/SMI: niedrig ⊕⊕⊖⊖</p> <p>Soziales Funktionsniveau: niedrig ⊕⊕⊖⊖</p> <p>Allgemeines Funktionsniveau (GAF): niedrig ⊕⊕⊖⊖</p> <p>Lebensqualität: niedrig ⊕⊕⊖⊖</p>	<p>with both severe mental illness and substance misuse. <i>The Cochrane database of systematic reviews</i>, 12(12), CD001088.</p>
<p>Evidenz: GRADE Profil Nr. 3 im Leitlinienreport</p>	<p>Konsensstärke: 100 %, starker Konsens (21 Ja; 0 Nein; 0 Enthaltungen)</p>

7.	Verknüpfte Empfehlung	Neu (2025)
<p>Empfehlungsgrad:</p> <p>1. EK ↑↑</p> <p>2. EK ↔</p> <p>3. EK ↑↑</p>	<p>Menschen mit einer Komorbidität aus Psychose und Substanzkonsumstörung soll eine Behandlung angeboten werden, die mittel- oder langfristig entweder auf Abstinenz oder auf eine klinisch relevante Konsumreduktion hin motiviert.</p> <p>Im klinisch stationären Setting kann eine Abstinenzforderung sinnvoll sein, mit der Folge einer Beendigung des Aufenthalts bei wiederholtem Konsum und anhaltend unzureichender Veränderungsbereitschaft.</p> <p>In solchen Fällen soll in der Regel eine Weiterbehandlung im ambulanten Setting angeboten werden.</p>	
	<p>Konsensstärke: 100 %, starker Konsens (19 Ja; 0 Nein; 0 Enthaltung)</p>	

4.3 Rehabilitation

Die Ansätze und Settings der medizinischen Rehabilitation für Menschen mit Psychosen und für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen sind im deutschen Versorgungssystem traditionell getrennt. Die

Angebote für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen sind insgesamt umfangreich, während es für Menschen mit Psychosen nur wenige medizinische Rehabilitationsangebote gibt. Die medizinische Rehabilitation für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen findet in spezialisierten stationären und ambulanten Einrichtungen statt („Entwöhnungsbehandlung“, stationäre Sucht-Reha und ambulante Nachsorge).

8.	Empfehlung	Neu (2025)
Empfehlungsgrad: EK ↑	Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht sollte eine medizinisch rehabilitative Maßnahme (Sucht-Reha) angeboten werden. Wenn verfügbar, sollte die Sucht-Reha in einer Einrichtung mit Spezialisierung/Fokus auf Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht angeboten werden.	
	Konsensstärke: 100 %, starker Konsens (18 Ja; 0 Nein; 0 Enthaltungen)	

9.	Empfehlung	Neu (2025)
Empfehlungsgrad: EK ↑↑	Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht sollen soziale und berufliche Rehabilitationsmaßnahmen angeboten werden, wie sie in der S3-Leitlinie Schizophrenie und der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen beschrieben sind.	
	Konsensstärke: 94,7 %, Konsens (18 Ja; 1 Nein; 0 Enthaltungen)	

4.4 Prävention

Dieses Unterkapitel beinhaltet keine Empfehlungen. Siehe Langversion für den ausführlichen Text.

5 Pharmakotherapie und andere somatische Verfahren

5.1 Pharmakotherapie

In der Behandlung von Menschen mit Psychosen spielt die antipsychotische Psychopharmakotherapie zur Akuttherapie der psychotischen Symptome sowie zur Langzeittherapie in der Rezidivprophylaxe eine herausragende Rolle. Bei Menschen mit Bipolaren affektiven Störungen kommen darüber hinaus Stimmungsstabilisierer wie Lithium oder Antiepileptika zur Phasenprophylaxe zur Anwendung. Bei den Abhängigkeitserkrankungen kommen Anti-Craving-Substanzen zur Reduktion des Suchtmittelkonsums zum Einsatz. Grundsätzlich gelten für die Anwendung dieser Medikamente bei Menschen mit Psychose und komorbider Suchterkrankung dieselben therapeutischen Grundsätze sowie Indikationen und Kontraindikationen wie bei Menschen mit isolierten Psychosen oder Suchterkrankungen.

5.1.1 Akuttherapie bei Entzugssymptomen

Eine besondere Situation stellt die Entzugsbehandlung bei Komorbidität dar. Dabei ist es wichtig, für die Betroffenen gefährliche Entzugskomplikationen wie Delirien, epileptische Anfälle, hypertensive Krisen und Herzrhythmusstörungen zu verhindern.

10.	Empfehlung	Adaptation (2025)
Empfehlungsgrad: EK ↑↑	Bei Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht soll bei akuten Entzugssymptomen unter Berücksichtigung von Entzugsschwere und Entzugskomplikationen eine pharmakologisch unterstützte Entzugsbehandlung wie bei Menschen ohne die Komorbidität der Psychose erfolgen.	
Adaptation der S3-Leitlinie Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen (DGPPN & DG-Sucht, 2020; AWMF-Registernummer 076-001)		
Konsensstärke: 100 %, starker Konsens (24 Ja; 0 Nein; 0 Enthaltungen)		

5.1.2 Antipsychotische Pharmakotherapie

Bei der Komorbidität einer Psychose und einer Suchterkrankung beeinflussen sich die beiden Erkrankungen gegenseitig; daher kann jede Pharmakotherapie, die zu einer Stabilisierung der Symptome der Psychose beiträgt, sich auch positiv auf den Krankheitsverlauf der Suchterkrankung auswirken. Die Reduktion von psychotischen oder affektiven Symptomen ist nach klinischer Erfahrung häufig indirekt verbunden mit einem geringeren Substanzkonsum, insbesondere, wenn er als Selbstmedikation, Mittel zur Affektregulation oder als Ausdruck von Kontrollverlust interpretiert werden darf. Die antipsychotische Pharmakotherapie ist ein Grundpfeiler der Behandlung von Menschen mit Psychosen. Entsprechend ist auch bei Menschen mit einer Psychose und einer komorbiden Suchterkrankung auf eine adäquate antipsychotisch wirksame Pharmakotherapie mit Beachtung der Verträglichkeit zu achten.

11.	Empfehlung	Adaptation (2025)
Empfehlungsgrad: EK ↑↑	Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht soll im Rahmen eines Gesamtbehandlungskonzepts eine Pharmakotherapie der Psychose wie bei Menschen ohne die Komorbidität der Suchterkrankung angeboten werden entsprechend der S3-Leitlinie Schizophrenie und der S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen.	
Adaptation der S3-Leitlinie Schizophrenie (DGPPN, 2025b; AWMF-Registernummer 038-009) und der S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen (DGBS & DGPPN, 2019; AWMF-Registernummer 038-019)		
Konsensstärke: 100 %, starker Konsens (24 Ja; 0 Nein; 0 Enthaltungen)		

12.	Empfehlung	Neu (2025)
Empfehlungsgrad: B ↑	Menschen mit einer Schizophrenie oder schizoaffektiven Störung sollte auch zur Verminderung des Risikos der Entwicklung einer komorbiden Suchterkrankung eine pharmakologische Behandlung mit Antipsychotika der zweiten Generation angeboten werden.	
Qualität der Evidenz		
Erstdiagnose einer Substanzkonsumstörung (F1): niedrig ⊕⊕⊖⊖	Lähteenvuo, M., Luykx, J. J., Taipale, H., Mittendorfer-Rutz, E., Tanskanen, A., Batalla, A., & Tiihonen, J. (2022). Associations between antipsychotic use, substance use and relapse risk in patients with schizophrenia: real-world evidence from two national cohorts. <i>The British journal of psychiatry: the journal of mental science</i> , 221(6), 758–765.	
Klinisch stationäre psychiatrische Aufnahmen: niedrig ⊕⊕⊖⊖		
Klinisch stationäre psychiatrische Aufnahmen wegen Substanzkonsumstörung (F1): niedrig ⊕⊕⊖⊖		
Evidenz: GRADE Profil Nr. 5 im Leitlinienreport	Konsensstärke: 100 %, starker Konsens (18 Ja; 0 Nein; 0 Enthaltungen)	

13.	Empfehlung	Neu (2025)
Empfehlungsgrad: 0 ↔	Bei Menschen mit einer Schizophrenie oder schizoaffektiven Störung können auch zur Verminderung des Risikos der Entwicklung einer komorbiden Suchterkrankung Depotantipsychotika oder eine antipsychotische Kombinationsbehandlung unter Beachtung von möglichen Neben- und Wechselwirkungen erwogen werden.	
Qualität der Evidenz		
Erstdiagnose einer Substanzkonsumstörung (F1): niedrig ⊕⊕⊖⊖	Lähteenvuo, M., Luykx, J. J., Taipale, H., Mittendorfer-Rutz, E., Tanskanen, A., Batalla, A., & Tiihonen, J. (2022). Associations between antipsychotic use, substance use and relapse risk in patients with schizophrenia: real-world evidence from two national cohorts. <i>The British journal of psychiatry: the journal of mental science</i> , 221(6), 758–765.	
Klinisch stationäre psychiatrische Aufnahmen: niedrig ⊕⊕⊖⊖		
Klinisch stationäre psychiatrische Aufnahmen wegen Substanzkonsumstörung (F1): niedrig ⊕⊕⊖⊖		
Evidenz: GRADE Profil Nr. 5 im Leitlinienreport	Konsensstärke: 100 %, starker Konsens (18 Ja; 0 Nein; 0 Enthaltungen)	

14.	Empfehlung	Neu (2025)
Empfehlungsgrad: B ↑	In der antipsychotischen Pharmakotherapie von Menschen mit der Komorbidität einer Schizophrenie oder Schizoaffektiven Störung und einer Suchterkrankung sollte sowohl für das Ziel einer Reduktion von Positiv- und Negativsymptomen als auch im Hinblick auf Suchtdruck und Substanzkonsum Antipsychotika der zweiten Generation der Vorzug gegeben werden.	
Qualität der Evidenz		

<p>Klinischer Outcome F1 – Substanzkonsum, Cannabiskonsum, Alkoholkonsum sowie Craving sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖</p> <p>Klinischer Outcome F2 – Positiv- und Negativsymptomatik niedrig ⊕⊕⊖⊖</p> <p>Klinischer Outcome F3 sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖</p> <p>Unerwünschte Nebenwirkungen sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖</p> <p>Drop Out Rate sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖</p>	<p>Krause, M., Huhn, M., Schneider-Thoma, J., Bighelli, I., Gutmiedl, K., & Leucht, S. (2019). Efficacy, acceptability and tolerability of antipsychotics in patients with schizophrenia and comorbid substance use. A systematic review and meta-analysis. <i>European neuropsychopharmacology : the journal of the European College of Neuropsychopharmacology</i>, 29(1), 32–45.</p> <p>McLoughlin, B. C., Pushpa-Rajah, J. A., Gillies, D., Rathbone, J., Variend, H., Kalakouti, E., & Kyprianou, K. (2014). Cannabis and schizophrenia. <i>The Cochrane database of systematic reviews</i>, 2014(10), CD004837.</p> <p>Rafizadeh, R., Danilewitz, M., Bousman, C. A., Mathew, N., White, R. F., Bahji, A., Honer, W. G., & Schütz, C. G. (2023). Effects of clozapine treatment on the improvement of substance use disorders other than nicotine in individuals with schizophrenia spectrum disorders: A systematic review and meta-analysis. <i>Journal of psychopharmacology (Oxford, England)</i>, 37(2), 135–143.</p> <p>Temmingh, H. S., Williams, T., Siegfried, N., & Stein, D. J. (2018). Risperidone versus other antipsychotics for people with severe mental illness and co-occurring substance misuse. <i>The Cochrane database of systematic reviews</i>, 1(1), CD011057.</p>
<p>Erstdiagnose einer Substanzkonsumstörung (F1) niedrig ⊕⊕⊖⊖</p> <p>Klinisch stationäre psychiatrische Aufnahmen niedrig ⊕⊕⊖⊖</p> <p>Klinisch stationäre psychiatrische Aufnahmen wegen Substanzkonsumstörung (F1) niedrig ⊕⊕⊖⊖</p>	<p>Lähteenvuo, M., Luykx, J. J., Taipale, H., Mittendorfer-Rutz, E., Tanskanen, A., Batalla, A., & Tiihonen, J. (2022). Associations between antipsychotic use, substance use and relapse risk in patients with schizophrenia: real-world evidence from two national cohorts. <i>The British journal of psychiatry: the journal of mental science</i>, 221(6), 758–765.</p>
<p>Evidenz: GRADE Profil Nr. 4 und 5 im Leitlinienreport</p>	<p>Konsensstärke: 86.4 %, Konsens (19 Ja; 2 Nein; 1 Enthaltung)</p>

15.

Empfehlung

Neu (2025)

Empfehlungsgrad: B ↑	Menschen mit der Komorbidität einer Schizophrenie oder Schizoaffektiven Störung und einer Suchterkrankung sollte bei unzureichender Wirkung einer Monotherapie sowohl für das Ziel einer Reduktion von Positiv- und Negativsymptomen als auch im Hinblick auf eine Reduktion von Suchtdruck und Substanzkonsum eine antipsychotische Kombinationsbehandlung unter Abwägung möglicher Neben- und Wechselwirkungen angeboten werden.
Qualität der Evidenz	
Erstdiagnose einer Substanzkonsumstörung (F1): niedrig ⊕⊕⊖⊖	Lähteenvuo, M., Luykx, J. J., Taipale, H., Mittendorfer-Rutz, E., Tanskanen, A., Batalla, A., & Tiihonen, J. (2022). Associations between antipsychotic use, substance use and relapse risk in patients with schizophrenia: real-world evidence from two national cohorts. <i>The British journal of psychiatry: the journal of mental science</i> , 221(6), 758–765.
Klinisch stationäre psychiatrische Aufnahmen: niedrig ⊕⊕⊖⊖	
Klinisch stationäre psychiatrische Aufnahmen wegen Substanzkonsumstörung (F1): niedrig ⊕⊕⊖⊖	
Evidenz: GRADE Profil Nr. 5 im Leitlinienreport	Konsensstärke: 95,7 %, starker Konsens (22 Ja; 0 Nein; 1 Enthaltung)

16.	Empfehlung	Neu (2025)
Empfehlungsgrad: 0 ↔	Menschen mit der Komorbidität einer Schizophrenie oder Schizoaffektiven Störung und einer Suchterkrankung kann sowohl für das Ziel einer Reduktion von Positiv- und Negativsymptomen als auch im Hinblick auf eine Reduktion von Suchtdruck und Substanzkonsum eine pharmakologische Langzeitbehandlung mit Depotantipsychotika angeboten werden.	
Qualität der Evidenz		
Klinischer Outcome F2/SMI: CGI-S moderat ⊕⊕⊕⊖	Cuomo, I., Kotzalidis, G. D., de Persis, S., Piacentino, D., Perrini, F., Amici, E., & De Filippis, S. (2018). Head-to-head comparison of 1-year aripiprazole long-acting injectable (LAI) versus paliperidone LAI in comorbid psychosis and substance use disorder: Impact on clinical status, substance craving, and quality of life. <i>Neuropsychiatric Disease and Treatment</i> , 14, 1645–1656.	
Klinischer Outcome F1: Substanz Craving moderat ⊕⊕⊕⊖		
Lebensqualität (WHOQOL-BREF) moderat ⊕⊕⊕⊖		
Erstdiagnose einer Substanzkonsumstörung (F1) niedrig ⊕⊕⊖⊖	Lähteenvuo, M., Luykx, J. J., Taipale, H., Mittendorfer-Rutz, E., Tanskanen, A., Batalla, A., & Tiihonen, J. (2022).	

Klinisch stationäre psychiatrische Aufnahmen niedrig ⊕⊕⊖⊖	Associations between antipsychotic use, substance use and relapse risk in patients with schizophrenia: real-world evidence from two national cohorts. <i>The British journal of psychiatry: the journal of mental science</i> , 221(6), 758–765.
Klinisch stationäre psychiatrische Aufnahmen wegen Substanzkonsumstörung (F1) niedrig ⊕⊕⊖⊖	
Evidenz: GRADE Profil Nr. 6 im Leitlinienreport	Konsensstärke: 90,9 %, Konsens (20 Ja; 0 Nein; 2 Enthaltungen)

5.1.3 Einsatz von Stimmungsstabilisierern

17.	Empfehlung	Adoption (2025)
Empfehlungsgrad: 0 ↔	Eine zusätzliche Medikation mit Valproat (bei Lithiumtherapie) kann Menschen mit der Komorbidität Alkoholabhängigkeit und bipolare Störung angeboten werden, um Abstinenzchancen zu bessern oder bei Nichterreichen das Konsumverhalten zu verbessern (unter Beachtung der Kontraindikationen).	
Adoption der Empfehlung 3.6.4.3.3 der S3-Leitlinie Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen (DGPPN & DG-Sucht, 2020; AWMF-Registernummer 076-001)		
Konsensstärke: 100 %, starker Konsens (22 Ja; 0 Nein; 0 Enthaltungen)		

5.1.4 Therapie zur Verhütung von Konsumrückfällen und Konsumreduktion

18.	Empfehlung	Neu (2025)
Empfehlungsgrad: B ↑	Menschen mit der Komorbidität einer Schizophrenie, einer Schizoaffektiven Störung oder einer Bipolaren Störung und einer Alkoholabhängigkeit sollte Naltrexon zur Förderung der Abstinenz angeboten werden.	
Qualität der Evidenz		
Nebenwirkungen/ unerwünschte Ereignisse: Hospitalisierung niedrig ⊕⊕⊖⊖	Rosenstand, N. J., Nielsen, A. S., Skøt, L., Anhøj, S., Nielsen, D. G., Højlund, M., & Mellentin, A. I. (2024). Pharmacological Treatment of Alcohol use Disorder in Patients with Psychotic Disorders: A Systematic Review. <i>Current neuropharmacology</i> , 22(6), 1129–1143.	
Klinische Outcomes F1: Alkoholkonsum sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖		
Klinische Outcomes F2/SMI (CGI-S, GAF, PANSS):		

sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	
Evidenz: GRADE Profil Nr. 7 im Leitlinienreport	Konsensstärke: 100 %, starker Konsens (18 Ja; 0 Nein; 0 Enthaltungen)

19.	Empfehlung	Neu (2025)
Empfehlungsgrad: 0 ⇔	Menschen mit der Komorbidität einer Schizophrenie, einer Schizoaffektiven Störung oder einer Bipolaren Störung und einer Alkoholabhängigkeit kann Acamprosat zur Förderung der Abstinenz in der Postakutbehandlungsphase angeboten werden.	
Qualität der Evidenz		
Nebenwirkungen/ unerwünschte Ereignisse: alle sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	Rosenstand, N. J., Nielsen, A. S., Skøt, L., Anhøj, S., Nielsen, D. G., Højlund, M., & Mellentin, A. I. (2024). Pharmacological Treatment of Alcohol use Disorder in Patients with Psychotic Disorders: A Systematic Review. <i>Current neuropsychopharmacology</i> , 22(6), 1129–1143.	
Klinische Outcomes F1: Alkoholkonsum sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖		
Klinische Outcomes F2/SMI (CGI-S, GAF, PANSS): sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖		
Evidenz: GRADE Profil Nr. 7 im Leitlinienreport	Konsensstärke: 100 %, starker Konsens (18 Ja; 0 Nein; 0 Enthaltungen)	

20.	Empfehlung	Neu (2025)
Empfehlungsgrad: EK ⇔	Bei Menschen mit der Komorbidität einer Schizophrenie, einer Schizoaffektiven Störung oder einer Bipolaren Störung und einer Alkoholabhängigkeit kann Disulfiram zur Erhöhung der Abstinenzraten und zur Reduktion der schweren Trinktage im Rahmen eines psychosozialen Gesamttherapie-settings eingesetzt werden.	
	Konsensstärke: 94,4 %, Konsens (17 Ja; 0 Nein; 1 Enthaltung)	

Klinischer Hinweis:

Disulfiram (Antabus®) ist in Deutschland nicht mehr zugelassen und nur noch über Auslandsapotheken erhältlich (<https://www.pharmazeutische-zeitung.de/ausgabe-072018/wenige-pharmaka-zugelassen/>; Zugriffsdatum: 4.9.2024). Die ärztliche Verordnung stellt einen Off-Label-Gebrauch dar.

21.	Empfehlung	Neu (2025)
Empfehlungsgrad: B ↓	Menschen mit der Komorbidität einer Schizophrenie, einer Schizoaffektiven Störung oder einer Bipolaren Störung und einer Alkoholabhängigkeit sollte eine Kombination von Disulfiram und Naltrexon aufgrund der erhöhten Nebenwirkungs- und Komplikationsraten bei fehlendem Zusatznutzen gegenüber einer Monotherapie nicht angeboten werden.	
Qualität der Evidenz		
Klinische Outcomes F2/SMI (CGI-S, GAF, PANSS): sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	Rosenstand, N. J., Nielsen, A. S., Skøt, L., Anhøj, S., Nielsen, D. G., Højlund, M., & Mellentin, A. I. (2024). Pharmacological Treatment of Alcohol use Disorder in Patients with Psychotic Disorders: A Systematic Review. <i>Current neuropharmacology</i> , 22(6), 1129–1143.	
Nebenwirkungen/unerwünschte Ereignisse: alle niedrig ⊕⊕⊖⊖		
Evidenz: GRADE Profil Nr. 7 im Leitlinienreport	Konsensstärke: 100 %, starker Konsens (18 Ja; 0 Nein; 0 Enthaltungen)	

Klinischer Hinweis:

Die S3-Leitlinie Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen weist darauf hin, dass Naltrexon, Disulfiram und Acamprosat nicht in der Schwangerschaft verwendet werden sollten und dass allenfalls in Einzelfällen in der Schwangerschaft auf diese Medikamente zurückgegriffen werden kann (Abschnitt 3.7.2.4.2, S. 277-278).

5.1.5 Pharmakotherapie bei Substanzinduzierten Psychosen

22.	Empfehlung	Neu (2025)
Empfehlungsgrad: B ↑	Bei Menschen mit einer amphetamininduzierten Psychose sollten zur Akutbehandlung Antipsychotika eingesetzt werden. Aufgrund des günstigeren Nebenwirkungsprofils sollten Antipsychotika der zweiten Generation bevorzugt eingesetzt werden.	
Qualität der Evidenz		
Nebenwirkungen/unerwünschte Ereignisse: alle niedrig ⊕⊕⊖⊖	Fluyau, D., Mitra, P., & Lorthe, K. (2019). Antipsychotics for Amphetamine Psychosis. A Systematic Review. <i>Frontiers in psychiatry</i> , 10, 740.	
Drop Out Rate: Abbruch der Behandlung niedrig ⊕⊕⊖⊖		
Klinischer Outcome SMI/F2 (PANSS): niedrig ⊕⊕⊖⊖		

Evidenz: GRADE Profil Nr. 8 im Leitlinienreport

Konsensstärke: 100 %, starker Konsens (18 Ja; 0 Nein; 0 Enthaltungen)

5.2 Andere somatische Verfahren

Dieses Unterkapitel beinhaltet keine Empfehlungen. Siehe Langversion für den ausführlichen Text.

6 Psychotherapie und psychosoziale Interventionen

Neben der Pharmakotherapie sind die Psychotherapie und die verschiedenen psychosozialen Interventionen wichtige Grundpfeiler der Behandlung von Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht.

23.	Empfehlung	Neu (2025)
Empfehlungsgrad: EK ↑↑	Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht soll die Therapie nach einem Gesamtbehandlungsplan unter Berücksichtigung des individuellen Motivationsstadiums für eine Abstinenz oder Konsumreduktion angeboten werden. In diesem Rahmen sollen die einzelnen psychotherapeutischen und psychosozialen Interventionen im längerfristigen Behandlungsverlauf stadiengerecht und möglichst settingübergreifend angeboten werden.	
	Konsensstärke: 100 %, starker Konsens (22 Ja; 0 Nein; 0 Enthaltungen)	

24.	Empfehlung	Neu (2025)
Empfehlungsgrad: B ↑	Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht sollte im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans eine Psychoedukation und Psychotherapie angeboten werden, die auf die spezifischen Zusammenhänge zwischen Psychose und Substanzkonsum eingeht.	
Qualität der Evidenz		
Klinischer Outcome F1: Substanzkonsum niedrig ⊕⊕⊖⊖	McLoughlin, B. C., Pushpa-Rajah, J. A., Gillies, D., Rathbone, J., Variend, H., Kalakouti, E., & Kyprianou, K. (2014). Cannabis and schizophrenia. <i>The Cochrane database of systematic reviews</i> , 2014(10), CD004837.	
Klinischer Outcome SMI/F2: Mentaler Zustand (PANSS, BRPS) niedrig ⊕⊕⊖⊖	Siddiqui, S., Mehta, D., Coles, A., Selby, P., Solmi, M., & Castle, D. (2024). Psychosocial Interventions for Individuals With Comorbid Psychosis and Substance Use Disorders: Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Studies. <i>Schizophrenia bulletin</i> .	
Klinischer Outcome SMI/F2: Mentaler Zustand -Positivsymptome niedrig ⊕⊕⊖⊖		
Klinischer Outcome SMI/F2: Mentaler Zustand -Negativsymptome niedrig ⊕⊕⊖⊖		
Allgemeines Funktionsniveau (GAF, SOFAS, KAPQ) niedrig ⊕⊕⊖⊖		

Lebensqualität sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	
Evidenz: GRADE Profil Nr. 9 und 10 im Leitlinienreport	Konsensstärke: 95,5 %, starker Konsens (21 Ja; 0 Nein; 1 Enthaltung)

6.1 Psychoedukation

25.	Empfehlung	Neu (2025)
Empfehlungsgrad: EK ↑	Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht sollte im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans eine Psychoedukation, möglichst in der Gruppe, angeboten werden, die Wissen über beide Erkrankungen und ihre Wechselwirkungen vermittelt.	
	Konsensstärke: 95,5 %, starker Konsens (21 Ja; 0 Nein; 1 Enthaltung)	

6.2 Motivationale Interventionen/Motivational Interviewing

26.	Empfehlung	Neu (2025)
Empfehlungsgrad: A ↑↑	Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht sollen motivierende Gespräche nach den Prinzipien des Motivational interviewing (MI) mit dem Ziel der Steigerung der Motivation für eine Reduktion des Konsums oder Abstinenz angeboten werden.	
Qualität der Evidenz		
Drop Out Rate: Abbruch der Behandlung sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	Hunt, G. E., Siegfried, N., Morley, K., Brooke-Sumner, C., & Cleary, M. (2019). Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. <i>The Cochrane database of systematic reviews</i> , 12(12), CD001088.	
Klinischer Outcome F1: Substanzkonsum sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖		
Klinisch stationäre psychiatrische Aufnahmen sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖		
Inanspruchnahme ambulanter Versorgung sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖		
Klinischer Outcome SMI/F2: Mentaler Zustand (SCL-90-R, PANSS) sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖		

Allgemeines Funktionsniveau (GAF) sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	
Soziales Funktionsniveau (OTI, SOFAS) sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	
Evidenz: GRADE Profil Nr. 11 im Leitlinienreport	Konsensstärke: 86,4 %, Konsens (19 Ja; 0 Nein; 3 Enthaltungen)

6.3 Verhaltenstherapeutische Ansätze

6.3.1 Kognitive Verhaltenstherapie

27.	Empfehlung	Neu (2025)
Empfehlungsgrad: B ↑	Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht sollte im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans Kognitive Verhaltenstherapie (KVT), vorzugsweise in Ergänzung zu Motivationalen Interventionen, angeboten werden.	
Qualität der Evidenz		
MI + KVT Klinischer Outcome F1: Substanzkonsum niedrig ⊕⊕⊖⊖ Drop Out Rate: Abbruch der Behandlung Sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖ Unerwünschte Ereignisse niedrig ⊕⊕⊖⊖ Rückfallquote (Hospitalisierung) sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖ Klinischer Outcome F2/SMI: Mentaler Zustand (PANSS) niedrig ⊕⊕⊖⊖ Allgemeines Funktionsniveau (GAF) sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖ Soziales Funktionsniveau (SFS)	Hunt, G. E., Siegfried, N., Morley, K., Brooke-Sumner, C., & Cleary, M. (2019). Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. <i>The Cochrane database of systematic reviews</i> , 12(12), CD001088. Siddiqui, S., Mehta, D., Coles, A., Selby, P., Solmi, M., & Castle, D. (2024). Psychosocial Interventions for Individuals With Comorbid Psychosis and Substance Use Disorders: Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Studies. <i>Schizophrenia bulletin</i> .	

<p>niedrig ⊕⊕⊖⊖</p> <p>Lebensqualität (BQOL, CSQ) niedrig ⊕⊕⊖⊖</p> <p>KVT: Drop Out Rate: Abbruch der Behandlung niedrig ⊕⊕⊖⊖</p> <p>Klinischer Outcome F1: Substanzkonsum niedrig ⊕⊕⊖⊖</p> <p>Klinischer Outcome F2/SMI: Mentaler Zustand (Insight Scale) sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖</p> <p>Soziales Funktionsniveau (SOFAS) sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖</p>	<p>Evidenz: GRADE Profil Nr. 12 und 13 im Leitlinienreport</p>	<p>Konsensstärke: 81,8 %, Konsens (18 Ja; 0 Nein; 4 Enthaltungen)</p>
---	--	---

28.	Empfehlung	Neu (2025)
<p>Empfehlungsgrad:</p> <p style="text-align: center;">B ↑</p>	<p>Menschen mit der Komorbidität Bipolarer Störung und Sucht sollte im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans eine kognitive Verhaltenstherapie, vorzugsweise als Gruppentherapie, angeboten werden, die auf die spezifischen Zusammenhänge zwischen Bipolarer Störung und Substanzkonsum eingeht.</p>	
<p>Qualität der Evidenz</p> <p>Klinischer Outcome F1: Substanzkonsum niedrig ⊕⊕⊖⊖</p> <p>Klinischer Outcome F31: Episoden bipolarer Störung niedrig ⊕⊕⊖⊖</p> <p>Klinischer Outcome F31: Depressive und Manische Episoden niedrig ⊕⊕⊖⊖</p>	<p>Weiss, R. D., Griffin, M. L., Kolodziej, M. E., Greenfield, S. F., Najavits, L. M., Daley, D. C., Doreau, H. R., & Hennen, J. A. (2007). A randomized trial of integrated group therapy versus group drug counseling for patients with bipolar disorder and substance dependence. <i>The American journal of psychiatry</i>, 164(1), 100–107.</p> <p>Weiss, R. D., Griffin, M. L., Jaffee, W. B., Bender, R. E., Graff, F. S., Gallop, R. J., & Fitzmaurice, G. M. (2009). A "community-friendly" version of integrated group therapy for patients with bipolar disorder and substance</p>	

	<p>dependence: a randomized controlled trial. <i>Drug and alcohol dependence</i>, 104(3), 212–219.</p> <p>Jones, S. H., Riste, L., Robinson, H., Holland, F., Peters, S., Hartwell, R., Berry, K., Fitzsimmons, M., Wilson, I., Hilton, C., Long, R., Bateman, L., Weymouth, E., Owen, R., Roberts, C., & Barrowclough, C. (2019). Feasibility and acceptability of integrated psychological therapy versus treatment as usual for people with bipolar disorder and co-morbid alcohol use: A single blind randomised controlled trial. <i>Journal of affective disorders</i>, 256, 86–95.</p>
Evidenz: GRADE Profil Nr. 12 und 13 im Leitlinienreport	Konsensstärke: 100 %, starker Konsens (21 Ja; 0 Nein; 0 Enthaltungen)

6.3.2 Kontingenzmanagement

29.	Empfehlung	Neu (2025)
Empfehlungsgrad: 0 ↔	Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht kann Kontingenzmanagement zur Beeinflussung des Konsumverhaltens angeboten werden.	
Qualität der Evidenz		
Drop Out Rate: Abbruch der Behandlung moderat ⊕⊕⊕⊖	Hunt, G. E., Siegfried, N., Morley, K., Brooke-Sumner, C., & Cleary, M. (2019). Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. <i>The Cochrane database of systematic reviews</i> , 12(12), CD001088.	
Klinischer Outcome F1: Substanzkonsum niedrig ⊕⊕⊖⊖	Johnson, S., Rains, L. S., Marwaha, S., Strang, J., Craig, T., Weaver, T., McCrone, P., King, M., Fowler, D., Pilling, S., Marston, L., Omar, R. Z., Craig, M., Spencer, J., & Hinton, M. (2019). A contingency management intervention to reduce cannabis use and time to relapse in early psychosis: the CIRCLE RCT. <i>Health technology assessment (Winchester, England)</i> , 23(45), 1–108.	
Rückfallquote (Hospitalisierung) niedrig ⊕⊕⊖⊖		
Lebensqualität (QALYs, EQ-5D-3L) moderat ⊕⊕⊕⊖		
Evidenz: GRADE Profil Nr. 14 im Leitlinienreport	Konsensstärke: 100 %, starker Konsens (21 Ja; 0 Nein; 0 Enthaltungen)	

6.3.3 Training sozialer Fertigkeiten

30.	Empfehlung	Adoption (2025)
-----	------------	-----------------

Empfehlungsgrad: 1. A ↑↑ 2. B ↑	Bei Vorliegen relevanter Einschränkungen der sozialen Kompetenzen sowie bei anhaltender Negativsymptomatik soll ein Training sozialer Fertigkeiten angeboten werden. Ein Training sozialer Fertigkeiten sollte sich über mehrere Monate erstrecken und durch Aufgaben zum Alltagstransfer ergänzt werden.
Adoption der Empfehlung 71a und 71b der S3-Leitlinie Schizophrenie (DGPPN, 2025b; AWMF-Registernummer 038-009)	
Konsensstärke: 100 %, starker Konsens (23 Ja; 0 Nein; 0 Enthaltungen)	

6.4 Systemische Therapie, Familieninterventionen und Zusammenarbeit mit Angehörigen

31.	Verknüpfte Empfehlung	Neu (2025)
Empfehlungsgrad: 1. A ↑↑ 2. B ↑	Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht soll eine Familienintervention im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans angeboten werden. Sie sollte vorzugsweise spezifisch auf die Doppeldiagnose ausgerichtet sein.	
Qualität der Evidenz		
Patient*Innen-Outcomes:	Mueser, K. T., Glynn, S. M., Cather, C., Xie, H., Zarate, R., Smith, L. F., Clark, R. E., Gottlieb, J. D., Wolfe, R., & Feldman, J. (2013). A randomized controlled trial of family intervention for co-occurring substance use and severe psychiatric disorders. <i>Schizophrenia bulletin</i> , 39(3), 658–672.	
Klinischer Outcome F1: Substanzkonsum moderat ⊕⊕⊕⊖		
Klinischer Outcome F2/SMI: Mentaler Zustand moderat ⊕⊕⊕⊖		
Soziales Funktionsniveau: Tage in stabiler Gemeinschaft/ Wohnsituation moderat ⊕⊕⊕⊖		
Allgemeines Funktionsniveau: moderat ⊕⊕⊕⊖		
Kenntnis/Wissensstand		

<p>moderat ⊕⊕⊕⊖</p> <p>Problemlösung moderat ⊕⊕⊕⊖</p> <p>Familien/Angehörige-Outcomes:</p> <p>Kenntnis/Wissensstand moderat ⊕⊕⊕⊖</p> <p>Problemlösung moderat ⊕⊕⊕⊖</p> <p>Körperliche und mentale Funktionsfähigkeit moderat ⊕⊕⊕⊖</p> <p>Stigmatisierung moderat ⊕⊕⊕⊖</p> <p>Finanzielle Belastung moderat ⊕⊕⊕⊖</p>	
<p>Betroffene-Outcomes:</p> <p>Klinische Outcomes F1: Cannabiskonsum moderat ⊕⊕⊕⊖</p> <p>Lebensqualität moderat ⊕⊕⊕⊖</p> <p>Eltern-Outcomes:</p> <p>Belastungserleben - Stress moderat ⊕⊕⊕⊖</p> <p>Einhaltung von motivationalen Verhaltensweisen moderat ⊕⊕⊕⊖</p> <p>Kompetenz von motivationalen Verhaltensweisen moderat ⊕⊕⊕⊖</p> <p>Globales Einfühlungsvermögen moderat ⊕⊕⊕⊖</p> <p>Nicht-Einhaltung von motivationalen Verhaltensweisen</p>	<p>Smeerdijk, M., Keet, R., Dekker, N., van Raaij, B., Krikke, M., Koeter, M., de Haan, L., Barrowclough, C., Schippers, G., & Linszen, D. (2012). Motivational interviewing and interaction skills training for parents to change cannabis use in young adults with recent-onset schizophrenia: a randomized controlled trial. <i>Psychological medicine</i>, 42(8), 1627–1636.</p> <p>Smeerdijk, M., Keet, R., de Haan, L., Barrowclough, C., Linszen, D., & Schippers, G. (2014). Feasibility of teaching motivational interviewing to parents of young adults with recent-onset schizophrenia and co-occurring cannabis use. <i>Journal of substance abuse treatment</i>, 46(3), 340–345.</p> <p>Smeerdijk, M., Keet, R., van Raaij, B., Koeter, M., Linszen, D., de Haan, L., & Schippers, G. (2015). Motivational interviewing and interaction skills training for parents of young adults with recent-onset schizophrenia and co-occurring cannabis use: 15-month follow-up. <i>Psychological medicine</i>, 45(13), 2839–2848.</p>

moderat ⊕⊕⊕⊖	
Evidenz: GRADE Profil Nr. 15 und 16 im Leitlinienreport	Konsensstärke: 100 %, starker Konsens (21 Ja; 0 Nein; 0 Enthaltungen)

6.5 Kognitive Remediation

32.	Empfehlung	Neu (2025)
Empfehlungsgrad: A ↑↑	Menschen mit Psychose und Sucht, die im Rahmen der Psychose Beeinträchtigungen der kognitiven Prozesse aufweisen (Aufmerksamkeit, Lernen und Gedächtnis, Exekutivfunktionen, soziale Kognitionen oder Metakognitionen) soll Kognitive Remediation angeboten werden.	
Qualität der Evidenz		
Klinischer Outcome F1: Substanzkonsum moderat ⊕⊕⊕⊖	Eack, S. M., Hogarty, S. S., Bangalore, S. S., Keshavan, M. S., & Cornelius, J. R. (2016). Patterns of Substance Use During Cognitive Enhancement Therapy: An 18-Month Randomized Feasibility Study. <i>Journal of dual diagnosis</i> , 12(1), 74–82.	
Kognition und Verhalten: moderat ⊕⊕⊕⊖		
Evidenz: GRADE Profil Nr. 17 im Leitlinienreport	Konsensstärke: 100 %, starker Konsens (23 Ja; 0 Nein; 0 Enthaltungen)	

6.6 Ergotherapie

Dieses Unterkapitel beinhaltet keine Empfehlungen. Siehe Langversion für den ausführlichen Text.

6.7 Künstlerische Therapien

Dieses Unterkapitel beinhaltet keine Empfehlungen. Siehe Langversion für den ausführlichen Text.

6.8 Sport- und Bewegungstherapie, körperliche Therapieansätze

Dieses Unterkapitel beinhaltet keine Empfehlungen. Siehe Langversion für den ausführlichen Text.

6.9 Sozialarbeiterische Unterstützung und Sozialtherapie

33.	Empfehlung	Neu (2025)
-----	------------	------------

Empfehlungsgrad: EK ↑↑	Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht sollen im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes sozialarbeiterische Interventionen und Begleitung individuell angeboten werden.
	Konsensstärke: 95,7 %, starker Konsens (22 Ja; 0 Nein; 1 Enthaltung)

6.10 Selbsthilfe, Genesungsbegleitung

34.	Empfehlung	Neu (2025)
Empfehlungsgrad: EK ↑	Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht und deren Angehörigen und Zugehörigen sollte der Besuch einer Selbsthilfegruppe empfohlen werden. Wenn verfügbar, sollte der Besuch einer Selbsthilfegruppe mit dem Schwerpunkt auf der Doppeldiagnose Psychose und Sucht empfohlen werden.	
	Konsensstärke: 100 %, starker Konsens (22 Ja; 0 Nein; 0 Enthaltungen)	

6.11 Komplexe Therapieprogramme

35.	Empfehlung	Neu (2025)
Empfehlungsgrad: B ↑	Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht sollten komplexe Therapieprogramme mit mehreren Therapieelementen angeboten und individuell auf die Betroffenen angepasst werden. Die Gesamtdauer sollte mindestens sechs Monate betragen und die einzelnen Therapieelemente sollten stadiengerecht aufeinander folgen und wenn möglich auch Angehörige einbeziehen.	
Qualität der Evidenz		
Klinischer Outcome F1: Substanzkonsum niedrig ⊕⊕⊖⊖	Hjorthøj, C. R., Orlovska, S., Fohlmann, A., & Nordentoft, M. (2013). Psychiatric treatment following participation in the CapOpus randomized trial for patients with comorbid cannabis use disorder and psychosis. <i>Schizophrenia research</i> , 151(1-3), 191–196.	
Klinischer Outcome F2/SMI: Mentaler Zustand (PANSS) niedrig ⊕⊕⊖⊖		
Lebensqualität niedrig ⊕⊕⊖⊖		

<p>Klinisch stationäre psychiatrische Aufnahmen niedrig ⊕⊕⊖⊖</p> <p>Kumulative stationäre Verweildauer niedrig ⊕⊕⊖⊖</p>	
<p>Inanspruchnahme ambulanten Versorgung: Ambulante Behandlung und Medikation niedrig ⊕⊕⊖⊖</p> <p>Klinischer Outcome F1: Cannabiskonsum niedrig ⊕⊕⊖⊖</p> <p>Klinischer Outcome F2/SMI: Psychopathologie niedrig ⊕⊕⊖⊖</p> <p>Soziales Funktionsniveau niedrig ⊕⊕⊖⊖</p>	<p>Edwards, J., Elkins, K., Hinton, M., Harrigan, S. M., Donovan, K., Athanasopoulos, O., & McGorry, P. D. (2006). Randomized controlled trial of a cannabis-focused intervention for young people with first-episode psychosis. <i>Acta psychiatrica Scandinavica</i>, 114(2), 109–117.</p>
<p>Rückfall moderat ⊕⊕⊕⊖</p> <p>Klinischer Outcome F1: Substanzkonsum moderat ⊕⊕⊕⊖</p> <p>Klinischer Outcome F2/SMI: Mentaler Zustand (PANSS) moderat ⊕⊕⊖⊖</p> <p>Allgemeines Funktionsniveau moderat ⊕⊕⊕⊖</p> <p>Soziales Funktionsniveau moderat ⊕⊕⊕⊖</p>	<p>Barrowclough, C., Haddock, G., Tarrier, N., Lewis, S. W., Moring, J., O'Brien, R., Schofield, N., & McGovern, J. (2001). Randomized controlled trial of motivational interviewing, cognitive behavior therapy, and family intervention for patients with comorbid schizophrenia and substance use disorders. <i>The American journal of psychiatry</i>, 158(10), 1706–1713.</p>
<p>Evidenz: GRADE Profil Nr. 18, 19 und 20 im Leitlinienreport</p>	<p>Konsensstärke: 85 %, Konsens (17 Ja; 0 Nein; 3 Enthaltungen)</p>

6.12 Internet-/ Technologiebasierte Therapien

36.	Empfehlung	Neu (2025)
Empfehlungsgrad: 0 ⇔	Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht können im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans therapeutisch begleitete, wissenschaftlich evaluierte Internet- oder technologiebasierte Therapieelemente (kognitives Training, Psychoedukation, motivierende Interventionen) angeboten werden.	
Qualität der Evidenz		
Nicht via GRADE bewertet	Tatar, O., Bastien, G., Abdel-Baki, A., Huynh, C., & Jutras-Aswad, D. (2020). A systematic review of technology-based psychotherapeutic interventions for decreasing cannabis use in patients with psychosis. <i>Psychiatry research</i> , 288, 112940.	
Konsensstärke: 82,4 %, Konsens (14 Ja; 0 Nein; 3 Enthaltungen)		

7 Diagnostik und Therapie unter besonderen Bedingungen und in Untergruppen

7.1 Erregungszustände/Aggressivität

Bei Menschen mit der Komorbidität einer Suchterkrankung mit einer psychotischen Erkrankung kann es im Verlauf der komplexen Erkrankung zu Erregungszuständen sowie zu eigen- oder fremdaggressiven Handlungen kommen.

37.	Verknüpfte Empfehlung	Neu (2025)
Empfehlungsgrad:		
1. EK ↑↑	Bei einem Erregungszustand mit psychotischen und/oder manifomen Symptomen und bei diagnostischer Unsicherheit (unmittelbare Substanzwirkung im Sinne einer Intoxikation vs. substanzinduzierte Psychose vs. Komorbidität Substanzkonsumstörung und Psychose) soll eine strukturierte Ursachenklärung erfolgen.	
2. EK ↑	Diese sollte Anamnese, körperliche Untersuchung, Drogenscreening, Fremdanamnese und klinische Verhaltensbeobachtung umfassen.	
3. EK ↑↑	Bis zum Abschluss der Ursachenklärung soll ein klinisches Management ohne Pharmakotherapie angestrebt werden (Verbringen in eine reizreduzierte Umgebung, klinische Überwachung möglichst mit personeller Konstanz, Versuch einer beruhigenden Gesprächsführung: „talking down“).	
4. EK ↔	Wenn dies nicht möglich ist oder sich nicht als erfolgreich erweist und der klinische Zustand ein weiteres Abwarten kritisch erscheinen lässt, kann eine medikamentöse Akutintervention mit einem Benzodiazepin und/oder einem Antipsychotikum eingesetzt werden	
5. EK ↑↑	Dabei sollen die möglichen Vorteile und Risiken einer Nicht-Medikation und einer Medikation gegeneinander abgewogen werden.	
	Konsensstärke: 100 %, starker Konsens (21 Ja; 0 Nein; 0 Enthaltungen)	

7.1.1 Pharmakologische Therapieoptionen

Untersucht wurden insbesondere Wirkstoffe wie Benzodiazepine, Antipsychotika der ersten und der zweiten Generation, sowie Kombinationstherapien. Einzelne Studien zeigten positive Effekte spezifischer Substanzen bei substanzassoziierter Agitation, jedoch bleibt die Evidenzlage insgesamt begrenzt.

In der Zusammenschau erfolgt die Wahl des Medikaments sowie der Dosierung individuell unter besonderer Berücksichtigung des psychiatrischen Zustandsbildes, des Alters, der körperlichen Verfassung und möglicher Intoxikationen. In der Regel wird eine orale Gabe versucht werden, bevor parenterale Notfallmaßnahmen zum Einsatz kommen. Siehe Langversion für den ausführlichen Text und eine Zusammenfassung von Vor- und Nachteilen von Benzodiazepinen und Antipsychotika in der Akutbehandlung von Erregungszuständen.

7.2 Somatische Komorbiditäten

Dieses Unterkapitel beinhaltet keine Empfehlungen. Siehe Langversion für den ausführlichen Text.

7.3 Jugendalter

38.	Empfehlung	Adaptation (2025)
Empfehlungsgrad: EK ↑	Jugendlichen mit komorbider psychotischer Störung oder bipolar-affektiver Störung und einer substanzbezogenen Störung sollte eine integrierte, multiprofessionelle Versorgung angeboten werden, die (Kinder- und Jugend-)psychiatrische und -psychotherapeutische, suchttherapeutische und psychosoziale Komponenten kombiniert. Diese Versorgung sollte niedrigschwellig, koordiniert und familienorientiert erfolgen und mindestens 12 Monate kontinuierlich verfügbar sein.	
Adaptation der NICE-Guideline "Psychosis with coexisting substance misuse: assessment and management in adults and young people "(NICE, 2011, Abschnitt 9.10., S. 232)		
Konsensstärke: 94,4 %, Konsens (17 Ja; 1 Nein; 0 Enthaltungen)		

39.	Empfehlung	Neu (2025)
Empfehlungsgrad: 0 ↔	Menschen im Alter von 12 bis 21 Jahren mit einer akuten manischen oder gemischten Episode bei Bipolar I Störung und komorbider Cannabisabhängigkeit kann Topiramat in Kombination mit Quetiapin im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans mit motivierenden und kognitiv- verhaltenstherapeutischen Elementen angeboten werden, sofern eine sorgfältige individuelle Indikationsstellung erfolgt und eine engmaschige somatische Überwachung sichergestellt ist. Dabei handelt es sich um einen Off-label use.	
Qualität der Evidenz		
Nebenwirkungen/ Unerwünschte Ereignisse: alle moderat ⊕⊕⊕⊖	Farrow, J. E., DelBello, M. P., Patino, L. R., Blom, T. J., & Welge, J. A. (2024). A Double-Blind, Placebo-Controlled Study of Adjunctive Topiramate in Adolescents with Co-Occurring	

Klinische Outcomes F1: Substanzkonsum moderat ⊕⊕⊕⊖	Bipolar and Cannabis Use Disorders. <i>JAACAP open</i> , 2(4), 290–300.
Klinische Outcomes F30/31: Stimmungssymptome und Schweregrad moderat ⊕⊕⊕⊖	
Allgemein-somatischer Gesundheitszustand (BMI, Gewichtsänderung) moderat ⊕⊕⊕⊖	
Evidenz: GRADE Profil Nr. 21 im Leitlinienreport	Konsensstärke: 94,7 %, Konsens (18 Ja; 1 Nein; 0 Enthaltungen)

7.4 Ersterkrankte

40.	Empfehlung	Neu (2025)
Empfehlungsgrad: B ↑	Menschen mit einer substanzbezogenen Störung und einer Erstdiagnose einer komorbiden psychotischen bzw. bipolar-affektiven Störung sollte eine psychotherapeutische Intervention angeboten werden, die kognitive Verhaltenstherapie und motivierende Gesprächsführung integriert.	
Qualität der Evidenz		
Betroffene-Outcomes: Klinische Outcomes F1: Cannabiskonsum moderat ⊕⊕⊕⊖	Smeerdijk, M., Keet, R., Dekker, N., van Raaij, B., Krikke, M., Koeter, M., de Haan, L., Barrowclough, C., Schippers, G., & Linszen, D. (2012). Motivational interviewing and interaction skills training for parents to change cannabis use in young adults with recent-onset schizophrenia: a randomized controlled trial. <i>Psychological medicine</i> , 42(8), 1627–1636.	
Lebensqualität moderat ⊕⊕⊕⊖		
Eltern-Outcomes: Belastungserleben - Stress moderat ⊕⊕⊕⊖	Smeerdijk, M., Keet, R., de Haan, L., Barrowclough, C., Linszen, D., & Schippers, G. (2014). Feasibility of teaching motivational interviewing to parents of young adults with recent-onset schizophrenia and co-occurring cannabis use. <i>Journal of substance abuse treatment</i> , 46(3), 340–345.	
Einhaltung von motivationalen Verhaltensweisen moderat ⊕⊕⊕⊖		
Kompetenz von motivationalen Verhaltensweisen moderat ⊕⊕⊕⊖	Smeerdijk, M., Keet, R., van Raaij, B., Koeter, M., Linszen, D., de Haan, L., & Schippers, G. (2015). Motivational interviewing and interaction skills training for parents of young adults with recent-onset schizophrenia and co-	
Globales Einfühlungsvermögen		

<p>moderat ⊕⊕⊕⊖</p> <p>Nicht-Einhaltung von motivationalen Verhaltensweisen moderat ⊕⊕⊕⊖</p>	<p>occurring cannabis use: 15-month follow-up. <i>Psychological medicine</i>, 45(13), 2839–2848.</p>
<p>Klinische Outcomes F1: Cannabiskonsum niedrig ⊕⊕⊖⊖</p> <p>Klinische Outcomes F2/SMI: moderat ⊕⊕⊕⊖</p> <p>Drop-out Rate niedrig ⊕⊕⊖⊖</p> <p>Inanspruchnahme ambulanter Versorgung und Medikation niedrig ⊕⊕⊖⊖</p> <p>Soziales Funktionsniveau niedrig ⊕⊕⊖⊖</p> <p>Allgemeines Funktionsniveau moderat ⊕⊕⊕⊖</p> <p>Globale Bewertung der Funktionsfähigkeit moderat ⊕⊕⊕⊖</p> <p>Krankheitseinsicht (Level of insight) niedrig ⊕⊕⊖⊖</p> <p>Haltung zur Behandlung niedrig ⊕⊕⊖⊖</p> <p>Lebensqualität niedrig ⊕⊕⊖⊖</p>	<p>Edwards, J., Elkins, K., Hinton, M., Harrigan, S. M., Donovan, K., Athanasopoulos, O., & McGorry, P. D. (2006). Randomized controlled trial of a cannabis-focused intervention for young people with first-episode psychosis. <i>Acta psychiatrica Scandinavica</i>, 114(2), 109–117.</p> <p>González-Ortega, I., Echeburúa, E., Alberich, S., Bernardo, M., Vieta, E., de Pablo, G. S., & González-Pinto, A. (2022). Cognitive Behavioral Therapy Program for Cannabis Use Cessation in First-Episode Psychosis Patients: A 1-Year Randomized Controlled Trial. <i>International journal of environmental research and public health</i>, 19(12), 7325.</p> <p>Madigan, K., Brennan, D., Lawlor, E., Turner, N., Kinsella, A., O'Connor, J. J., Russell, V., Waddington, J. L., & O'Callaghan, E. (2013). A multi-center, randomized controlled trial of a group psychological intervention for psychosis with comorbid cannabis dependence over the early course of illness. <i>Schizophrenia research</i>, 143(1), 138–142.</p>
<p>Evidenz: GRADE Profil Nr. 22 und 23 im Leitlinienreport</p>	<p>Konsensstärke: 94,7 %, Konsens (18 Ja; 1 Nein; 0 Enthaltungen)</p>

7.5 Höheres Lebensalter

Dieses Unterkapitel beinhaltet keine Empfehlungen. Siehe Langversion für den ausführlichen Text.

7.6 Geschlechtsspezifische Aspekte

Dieses Unterkapitel beinhaltet keine Empfehlungen. Siehe Langversion für den ausführlichen Text.

7.7 Behandlung bei sozialer Marginalisierung/Wohnungslosigkeit

41.	Empfehlung	Neu (2025)
<p>Empfehlungsgrad:</p> <p style="text-align: center;">B ↑</p>	<p>Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht und Wohnungslosigkeit sollte beratende Unterstützung bei der Wohnraumsuche angeboten werden und bezüglich der Entscheidung zu Housing First sollten Vor- und Nachteile individuell abgewogen werden.</p>	
Qualität der Evidenz		
<p>Klinisch stationäre psychiatrische Aufnahmen hoch ⊕⊕⊕⊕</p> <p>Kumulative stationäre Verweildauer hoch ⊕⊕⊕⊕</p> <p>Adhärenz (Medikamente) hoch ⊕⊕⊕⊕</p> <p>Klinischer Outcome F1: Substanzkonsum hoch ⊕⊕⊕⊕</p> <p>Soziales Funktionsniveau: Wohnstabilität hoch ⊕⊕⊕⊕</p> <p>Recovery hoch ⊕⊕⊕⊕</p> <p>Klinischer Outcome F2/SMI: Mentale Gesundheit hoch ⊕⊕⊕⊕</p> <p>Lebensqualität hoch ⊕⊕⊕⊕</p>	<p>Tinland, A., Loubière, S., Boucekine, M., Boyer, L., Fond, G., Girard, V., & Auquier, P. (2020). Effectiveness of a housing support team intervention with a recovery-oriented approach on hospital and emergency department use by homeless people with severe mental illness: a randomised controlled trial. <i>Epidemiology and psychiatric sciences</i>, 29, e169.</p> <p>Loubière, S., Lemoine, C., Boucekine, M., Boyer, L., Girard, V., Tinland, A., Auquier, P., & French Housing First Study Group (2022). Housing First for homeless people with severe mental illness: extended 4-year follow-up and analysis of recovery and housing stability from the randomized <i>Un Chez Soi d'Abord</i> trial. <i>Epidemiology and psychiatric sciences</i>, 31, e14.</p>	
Evidenz: GRADE Profil Nr. 24 im Leitlinienreport	Konsensstärke: 100 %, starker Konsens (17 Ja; 0 Nein; 0 Enthaltungen)	

42.	Empfehlung	Neu (2025)
-----	------------	------------

Empfehlungsgrad: B ↑	Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht, die wohnungslos sind, sollten die gleichen Interventionen, wie in Kapitel 4 Empfehlung 3 dargestellt (integrierte Behandlung „aus einer Hand“ durch ein Behandlungsteam), angeboten werden.
Qualität der Evidenz	
Klinischer Outcome F1: Substanzkonsum moderat ⊕⊕⊕⊖ Drop Out Rate: niedrig ⊕⊕⊖⊖	Hunt, G. E., Siegfried, N., Morley, K., Brooke-Sumner, C., & Cleary, M. (2019). Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. <i>The Cochrane database of systematic reviews</i> , 12(12), CD001088.
Klinischer Outcome F2/SMI: Psychiatrische Symptome (BPRS) niedrig ⊕⊕⊖⊖	Penzenstadler, L., Soares, C., Anci, E., Molodynski, A., & Khazaal, Y. (2019). Effect of Assertive Community Treatment for Patients with Substance Use Disorder: A Systematic Review. <i>European addiction research</i> , 25(2), 56–67.
Betroffenensicht: Zufriedenheit mit Behandlung: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	
Soziales Funktionsniveau: Tage in stabiler Wohnsituation sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	
Evidenz: GRADE Profil Nr. 25 im Leitlinienreport	Konsensstärke: 100 %, starker Konsens (20 Ja; 0 Nein; 0 Enthaltungen)

7.8 Behandlung im forensischen Setting

43.	Empfehlung	Neu (2025)
Empfehlungsgrad: EK ↑	Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht sollten niedrigschwellige, aufsuchende und bedarfsadaptierte Beratungs- und Behandlungsangebote gemacht werden, auch zur Prävention von Fremdgefährdung.	
	Konsensstärke: 100 %, starker Konsens (20 Ja; 0 Nein; 0 Enthaltungen)	

44.	Empfehlung	Neu (2025)
Empfehlungsgrad: EK ↑	Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht sollten bei Versorgung in forensischen Abteilungen spezialisierte, integrierte und multiprofessionelle Komplexbehandlungsleistungen für beide Erkrankungsbereiche angeboten werden. Es sollte auf	

	die Besonderheiten durch die Zusammenhänge der beiden Störungsbilder eingegangen werden.
	Konsensstärke: 100 %, starker Konsens (20 Ja; 0 Nein; 0 Enthaltungen)

8 Qualitätssicherung

8.1 Allgemeines

Dieses Unterkapitel beinhaltet keine Empfehlungen. Siehe Langversion für den ausführlichen Text.

8.2 Mögliche Qualitätsmerkmale für die Behandlung von Menschen mit der Komorbidität Psychose und Sucht

Dieses Unterkapitel beinhaltet keine Empfehlungen. Siehe Langversion für den ausführlichen Text.

9 Wichtige Forschungsfragen

Dieses Unterkapitel beinhaltet keine Empfehlungen. Siehe Langversion für die Forschungsfragen.

10 Zusammensetzung der Leitliniengruppe

10.1 Leitlinienkoordinator*in/Ansprechpartner*in

Projektleitung:

Prof. Dr. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank
LVR-Institut für Forschung und Bildung (LVR-IFuB) - Sparte Forschung
c/o LVR-Klinik Köln
Wilhelm-Griesinger-Str. 23
51109 Köln
Tel: 0221 8993629

Leitlinienbüro:

LVR-Institut für Forschung und Bildung – Sparte Forschung
Leitlinienbüro LL-KoPsS
c/o LVR-Klinik Köln
Wilhelm-Griesinger-Str. 23
51109 Köln
LLKOPSS@lvr.de

Folgende Personen waren Mitglieder des Leitlinienbüros und somit maßgeblich am Prozess der Leitlinienentwicklung beteiligt:

- Prof. Dr. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank (Projektleitung)
- Hanna Betzing
- Dr. Isabell Lehmann
- Hannah Liebermann-Jordanidis
- Prof. Dr. Jürgen Zielasek

10.2 Beteiligte Fachgesellschaften und Organisationen

Die Leitliniengruppe wurde repräsentativ für den Anwenderkreis der Leitlinie zusammengestellt.

Die Zusammensetzung der Steuergruppe sowie der Einbezug von fachlichen Expert*innen wurden von den federführenden Fachgesellschaften festgelegt (siehe Tabelle 2 und 3). Die Steuergruppe wurde dialogisch zusammengesetzt, um alle Perspektiven zu berücksichtigen.

Tabelle 1: Mitglieder der Steuergruppe

Steuergruppe		
Fachgesellschaft (FG), Verband	Abkürzung	Name

Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V.	BApK	Siegfried Haller
Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen	DGBS	Prof. Dr. Martin Schäfer
Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen, Betroffenenvertretung	DGBS	Nadja Stehlin
Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin	DGS	Prof. Dr. Ulrich Preuss
Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V.	DG-Sucht	Prof. Dr. Falk Kiefer
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde Leitlinienbüro	DGPPN	Prof. Dr. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank
Leitlinienbüro		Dr. Isabell Lehmann
Leitlinienbüro		Prof. Dr. Jürgen Zielasek

Tabelle 2: Mitglieder der Expert*innengruppe

Expert*innengruppe	
Name	Bereich
Prof. Dr. Andreas Bechdorf	Prävention/Früherkennung/Frühintervention, Psychotherapie bei schweren psychischen Störungen
Dr. Uta Gühne	Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Störungen
Prof. Dr. Dusan Hirjak	Diagnostik
Prof. Dr. Stefan Leucht	Psychopharmakotherapie, Systematische Reviews/Meta-Analysen
Prof. Dr. Jürgen Müller	Forensische Psychiatrie
Prof. Dr. Hans Joachim Salize	Gesundheitsökonomie
Prof. Dr. Rainer Thomasius	Transition/junge Erwachsene

In der Auftaktsitzung wurde die Zusammensetzung der Leitliniengruppe vorgestellt und auf Repräsentativität überprüft. Daraufhin wurden weitere Organisationen, v.a. Angehörigen- und Betroffenenvertretungen, zur Beteiligung an der Leitliniengruppe angefragt, um eine Gleichgewichtung der Berufsgruppen zu erzielen und die Perspektiven von Angehörigen und Betroffenen stärker in den Entwicklungsprozess der Leitlinie einzubringen. Resultierend wurden im Laufe des Leitlinienprozesses folgende Fachgesellschaften nachmandatiert:

- Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung
- Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie
- Gesellschaft für Neuropsychologie
- Bundesnetzwerk Selbsthilfe seelische Gesundheit
- Arbeitsgemeinschaft der Rheinisch-Westfälischen Elternkreise drogengefährdeter und abhängiger Menschen e. V.

Eine detaillierte Auflistung aller teilnehmenden Fachgesellschaften/Organisation mit den jeweiligen Mandatsträger*innen sowie Stellvertretungen kann Tabelle 4 entnommen werden. Kam es während

des Leitlinienprozesses zu zwischenzeitlichen Wechseln bei den Mandatsträger*innen oder deren Stellvertretungen, so ist dies entsprechend in der Tabelle vermerkt.

Zu Beginn der Leitlinienentwicklung wurde in der Steuer- und Expert*innengruppe vorgeschlagen, dass sowohl die federführenden Fachgesellschaften DGPPN und DG-Sucht als auch die DGBS jeweils zwei Hauptmandate erhalten. Die DGBS wurde aufgrund ihrer trialogischen Zusammensetzung besonders berücksichtigt. Dieses Vorhaben wurde, nach Rücksprache mit der AWMF, in der Sitzung der Leitliniengruppe am 17. Januar 2023 erläutert, von der Gruppe befürwortet und anschließend konsentiert. Folglich hatten die DGPPN, die DG-Sucht sowie die DGBS jeweils zwei Mandate (siehe Tabelle 3). Die DGBS wurde durch ein ärztliches Mandat und ein Mandat für die Repräsentation der Betroffenen vertreten.

*Tabelle 3: Mandatsträger*innen der Fachgesellschaften /Organisationen*

Leitliniengruppe		
Fachgesellschaft / Organisation	Mandatsträger*in	Stellvertretung
Arbeitskreis der Chefärztinnen und Chefärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland (ACKPA)	Prof. Dr. Andreas Bechdorf	
Arbeitsgemeinschaft der Rheinisch-Westfälischen Elternkreise drogengefährdeter und abhängiger Menschen e. V. (ARWED e.V.)	Dr. Christiane Erbel (ab 13.04.23)	Regina Koch (ab 17.08.23) Maria Bader (13.04. - 17.08.23)
Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien (BAG KT)	Patric Driessen	Lien Heck (ab 11.01.23)
Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V. (BApK)	Siegfried Haller	
Bundesdirektorenkonferenz (BDK)	Prof. Dr. Wolfgang Jordan	Prof. Dr. Florian Metzger (ab 24.09.24)
Bundesfachvereinigung Leitender Krankenpflegepersonen in der Psychiatrie e.V. (BFLK)	Silke Ludowisy-Dehl	
Bundespsychotherapeutenkammer (BPTk)	Dr. Nikolaus Melcop	Dr. Tina Wessels Sona Gazer (11.06.2025)
Bundesverband Suchthilfe e. V. (BUS.)	Dr. Elke Sylvester	Sebastian Winkelkemper (31.01.23-21.07.25)
Bundesverband Deutscher Nervenärzte (BVDN)	Dr. Sabine Köhler	Dr. Doris Augustin-Reuß (ab 15.04.24) Dr. Christa Roth-Sackenheim
Bundesverband Deutscher Psychiater (BVDP)	Dr. Doris Augustin-Reuß (ab 28.01.25) Dr. Christa Roth-Sackenheim	Dr. Christa Roth-Sackenheim (ab 28.01.25) Dr. Sabine Köhler (1.10.22 - 28.01.25)

Leitliniengruppe		
Fachgesellschaft / Organisation	Mandatsträger*in	Stellvertretung
	(1.10.22 - 28.01.25)	
Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e.V. (BVVP)	Dr. Reinhard Martens	Benedikt Waldherr
Dachverband Deutschsprachiger Psychosen Psychotherapie e.V. (DDPP)	Prof. Dr. Stefan Klingberg	Prof. Dr. Christiane Montag
Deutsche Gesellschaft für Biologische Psychiatrie (DGBP)	PD Dr. Dipl. chem. Thomas Polak	
Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen (DGBS) 1. Mandat	Prof. Dr. Martin Schäfer	
Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen (DGBS) 2. Mandat	Nadja Stehlin	
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)	Prof. Dr. Oliver Fricke	
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)	Prof. Dr. Yulia Golub (ab 29.07.25) Prof. Dr. Rainer Thomasius (1.10.22-29.07.25)	
Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V. (DGP)	Andrea Rastinger	
Deutschen Gesellschaft für Psychoedukation e.V. (DGPE)	Dr. Rainer Holzbach	Dr. Matthias Bender
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) 1. Mandat	Prof. Dr. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank	Prof. Dr. Stefan Leucht
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) 2. Mandat	Prof. Dr. Dusan Hirjak (ab 25.10.22)	Prof. Dr. Jürgen Zielasek
Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGPs)	Prof. Dr. Anya Pedersen	Prof. Dr. Tanja Endrass (ab 03.03.23)
Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e.V. (DGPT)	Prof. Dr. Christiane Montag	Prof. Dr. Dorothea von Haebler
Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS)	Prof. Dr. Ulrich Preuss	
Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie e. V. (DGSF)	Andreas Gantner	
Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (DGSP)	Dr. Martin Reker	

Leitliniengruppe		
Fachgesellschaft / Organisation	Mandatsträger*in	Stellvertretung
Deutsche Gesellschaft für Suchtpsychologie e.V. (DG SPS e.V.)	Dr. Gallus Bischof	Dipl. Psych. Nikolaus Lange (ab 05.04.23)
Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG-Sucht) 1.Mandat	Prof. Dr. Falk Kiefer	PD Dr. Christian Weinland (ab 13.03.23)
Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG-Sucht) 2. Mandat	Prof. Dr. Thomas Hillemacher (ab 13.03.23)	PD Dr. Anne Kopmann (ab 13.03.23)
Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung (DPtV)	Dr. Astros Chatziastros (ab 16.03.23)	Dr. Christina Jochim (ab 9.06.24)
Deutscher Verband Ergotherapie e.V. (DVE)	Andreas Pfeiffer	Werner Höhl (ab 6.12.24) Gesa Döringer (1.10.22-6.12.24)
Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG)	Dr. Franz Begher	Prof. Dr. Rita Hansjürgens
Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT)	Prof. Dr. Irmgard Vogt (ab 9.03.23)	
Gesellschaft für Neuropsychologie (GNP)	Sebastian Kötter (ab 14.02.23)	
Bundesnetzwerk Selbsthilfe seelische Gesundheit (NETZ-G)	Franz-Josef Wagner (ab 17.07.23)	Christian Waas (ab 27.08.23)

Zur Erarbeitung der Kapitelinhalte und der Formulierung von Empfehlungen wurden themenspezifische Arbeitsgruppen (AGs) gebildet (siehe Tabelle 5). Hierzu wurde erstmals in der Leitliniensitzung am 23. März 2023 dazu eingeladen, den themenspezifischen AGs beizutreten. Die Aufteilung der AGs richtete sich nach dem Inhalt der Leitlinie, einzelne Kapitel wurden aufgrund des Umfangs in mehrere AGs unterteilt (siehe Tabelle 5). Die Teilnahme an den AGs war freiwillig. Die jeweiligen AG-Leitungen wurden aufgrund ihrer Expertise und unter Berücksichtigung ihrer Interessenkonflikterklärungen vorab angefragt und sind in der Tabelle in fetter Schriftart hervorgehoben. Jede AG wurde durch eine Person aus dem Leitlinienbüro für methodische Fragen und Aspekte unterstützt. Die Mitglieder der Arbeitsgruppen haben die Entwürfe der jeweiligen Kapitel verfasst. Am Ende des Leitlinienprozesses wurden die Texte durch das Leitlinienbüro redaktionell überarbeitet.

Tabelle 4: Zusammensetzung der themenspezifischen AGs

AG Nr. und Kapitelthema	Mitglieder (Leitungen fett markiert)
1 & 2: Geltungsbereich und Zweck, Allgemeine Grundlagen	Prof. Dr. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank Dr. Sabine Köhler

	Nadja Stehlin
3: Diagnostik, Früherkennung	Prof. Dr. Dusan Hirjak Sebastian Koetter Prof. Dr. Andreas Bechdorf Dr. Christiane Erbel Prof. Dr. Dr. Euphrosyne Gouzoulis-Mayrfrank Prof. Dr. Jürgen Zielasek
4: Therapie, Rehabilitation, Prävention – Allgemeine Aspekte	Prof. Dr. Dr. Euphrosyne Gouzoulis-Mayrfrank Nadja Stehlin Dr. Elke Sylvester Dr. Christiane Erbel Franz-Josef Wagner Dr. Gallus Bischof
5: Therapie – Spezielle Aspekte: Pharmakotherapie und andere somatische Verfahren	Prof. Dr. Martin Schäfer Prof. Dr. Jürgen Zielasek PD Dr. Dipl. chem. Thomas Polak Prof. Dr. Stefan Leucht Dr. Christiane Erbel Dr. Rainer Holzbach
6: Therapie – Spezielle Aspekte: Psychotherapie und psychosoziale Interventionen	
6a) beinhaltet folgende Themen: <ul style="list-style-type: none"> • Psychoedukation (Kap. 6.1) • Motivationale Interventionen / MI (Kap. 6.2) • Kognitive Verhaltenstherapie und weitere VT-Ansätze (Kap. 6.3) • Psychodynamische oder psychoanalytische Therapie (Kap. 6.5) • Training sozialer Fertigkeiten (Kap. 5.6) • Kognitive Remediation (Kap. 6.7) • Gesprächspsychotherapie, supportive Psychotherapie (Kap. 6.8) • Komplexe Therapieprogramme (Kap. 6.14) 	Prof. Dr. Dr. Euphrosyne Gouzoulis-Mayrfrank Hanna Betzing PD Dr. Christiane Montag Dr. Franz Begher Dr. Astros Chatziastros Siegfried Haller Patric Driessen Lien Heck Nadja Stehlin Prof. Dr. Irmgard Vogt Prof. Dr. Andreas Bechdorf Dr. Gallus Bischof
6b) beinhaltet folgende Themen: <ul style="list-style-type: none"> • Systemische Therapie, Familieninterventionen und Zusammenarbeit mit Angehörigen (Kap. 6.4) • Sozialarbeiterische Unterstützung und Sozialtherapie (Kap. 6.12) • Selbsthilfe, Genesungsbegleitung (Kap. 6.13) 	Dr. Uta Gühne Dr. Isabell Lehmann Andreas Gantner Dr. Franz Begher Siegfried Haller Prof. Dr. Rita Hansjürgens Silke Ludowisy-Dehl PD Dr. Christiane Montag Nadja Stehlin Prof. Dr. Irmgard Vogt Franz-Josef Wagner

	Christian Waas Dr. Gallus Bischof
6c) beinhaltet folgende Themen: <ul style="list-style-type: none"> • Ergotherapie (Kap. 6.9) • Künstlerische Therapien (Kap. 6.10) • Sport- und Bewegungstherapie, körperliche Therapieansätze (Kap. 6.11) 	Dr. Uta Gühne Hanna Betzing Dr. Astros Chatziastros Lien Heck Patric Driessen PD Dr. Christiane Montag Andreas Pfeiffer Franz-Josef Wagner Dr. Christiane Erbel
7. Diagnostik und Therapie unter besonderen Bedingungen und in Untergruppen	
7a) beinhaltet folgende Themen: <ul style="list-style-type: none"> • Erregungszustände/Aggressivität (Kap. 7.1) • Weitere somatische Komorbiditäten (Kap. 7.2) 	Prof. Dr. Dusan Hirjak Prof. Dr. Dr. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank Prof. Dr. Jürgen Zielasek
7b) beinhaltet folgende Themen: <ul style="list-style-type: none"> • Jugendalter (Kap. 7.3) • Ersterkrankte (Kap. 7.4) • Höheres Lebensalter (Kap. 7.5) • Geschlechtsspezifische Aspekte (Kap. 7.6) 	Prof. Dr. Dusan Hirjak Prof. Dr. Irmgard Vogt Prof. Dr. Rainer Thomasius Prof. Dr. Dr. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank Prof. Dr. Jürgen Zielasek Andreas Gantner Prof. Dr. Oliver Fricke Dr. Christiane Erbel Siegfried Haller
7c) beinhaltet folgende Themen: <ul style="list-style-type: none"> • Behandlung bei sozialer Marginalisierung/Wohnungslosigkeit (Kap. 7.7) • Behandlung im forensischen Setting (Kap. 7.8) 	Prof. Dr. Jürgen Zielasek Prof. Dr. Rita Hansjürgens Prof. Dr. Irmgard Vogt Prof. Dr. Jürgen Müller Dr. Christiane Erbel
8. Qualitätssicherung	Dr. Isabell Lehmann Siegfried Haller
Methodische Beratung der AGs	Hanna Betzing Dr. Isabell Lehmann Hannah Liebermann-Jordanidis

10.3 Patient*innen/Bürger*innenbeteiligung

Die Repräsentation der Betroffenen und Angehörigen wurde in der Leitlinie durch die Mandate der folgenden Fachgesellschaften/Interessenverbände gewährleistet:

- Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V. (BApK)
- Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen (DGBS) (Betroffenenvertreterin)
- Bundesnetzwerk Selbsthilfe seelische Gesundheit (NETZ-G)

- Arbeitsgemeinschaft der Rheinisch-Westfälischen Elternkreise drogengefährdeter und abhängiger Menschen e. V. (ARWED e.V.)

Neben der Leitliniengruppe wurden auch die einzelnen themenspezifischen AGs (siehe Tabelle 5) möglichst dialogisch zusammengestellt.

10.4 Methodische Begleitung

Die Leitliniengruppe wurde durch Prof. Dr. Ina Kopp und Dr. Monika Nothacker von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften – Institut für Medizinisches Wissensmanagement (AWMF-IMWi) methodisch beraten. Den Konsensusprozess hat das AWMF-IMWi neutral moderiert, namentlich durch Prof. Dr. Ina Kopp und in Vertretung durch Frauke Schwier.

Versionsnummer:	1.0
Erstveröffentlichung:	XX/XX/XXXX
Letzte inhaltliche Überarbeitung:	26/11/2025
Nächste Überprüfung geplant:	01/08/2030

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

Autorisiert für elektronische Publikation: AWMF online