

S3

LEITLINIE

Psychosoziale Therapien bei schweren
psychischen Erkrankungen

S3-Leitlinie

Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen

Kurzfassung | Fassung vom 09.02.2026

Uta Gühne, Stefan Weinmann, Thomas Becker, Steffi G. Riedel-Heller

Federführende/Herausgebende Fachgesellschaft:

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

AWMF-Register Nr. 038-020
Verfügbar unter: AWMF Leitlinienregister

**Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen | Arbeitsgemeinschaft
der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V.**

Inhalt

Inhalt.....	3
Herausgebende und beteiligte Fachgesellschaften	6
Beteiligte Personen	7
Methodik.....	11
Empfehlungen im Überblick	12
1 Die besondere Situation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und ihren Angehörigen	13
2 Recovery und Empowerment	13
Empfehlung 1.....	13
Empfehlung 2.....	13
3 Bereich Selbsthilfe und Selbstfürsorge-stärkende Interventionen	15
3.1 Selbsthilfegruppen als Form gemeinschaftlicher Selbsthilfe	15
Empfehlung 3.....	15
3.2 Selbsthilfe und Selbstmanagement-stärkende Ansätze	15
Empfehlung 4.....	15
3.3 Mediengestützte Edukation und Selbsthilfe	16
Ratgeber und Gesundheitsinformationen	16
Empfehlung 5.....	16
Digital-gestützte und mediale Ansätze.....	16
Empfehlung 6.....	17
3.4 Dialogische Ansätze	17
Empfehlung 7.....	18
4 Verbesserung von Behandlungsergebnissen und -koordination.....	18
4.1 Beziehungsgestaltung und Partizipative Entscheidungsfindung.....	18
Empfehlung 8.....	18
4.2 Frühintervention	19
Empfehlung 9.....	19
Empfehlung 10.....	19
Empfehlung 11.....	21
4.3 Gemeindepsychiatrische teambasierte Behandlungsansätze	21
Multiprofessionelle gemeindepsychiatrische Teams	21
Empfehlung 12.....	21
Empfehlung 13.....	22
Akutbehandlung im häuslichen Umfeld	22
Empfehlung 14.....	22
Empfehlung 15.....	23
Intensive längerfristige aufsuchende Behandlung	23
Empfehlung 16.....	23
Empfehlung 17.....	24
Empfehlung 18.....	24
4.4 Case Management	25

Empfehlung 19.....	25
4.5 Psychoedukation	26
Empfehlung 20.....	26
Empfehlung 21.....	26
Empfehlung 22.....	26
4.6 Peer Support – Experten aus Erfahrung.....	27
Empfehlung 23.....	27
5 Bereich psychosozialer Interventionen zur Verbesserung sozialer und kultureller Teilhabe	27
5.1 Unterstütztes Wohnen	27
Empfehlung 24.....	28
Empfehlung 25.....	28
5.2 Psychosoziale Interventionen in sozialen Kontexten	28
Empfehlung 26.....	29
Empfehlung 27.....	29
Empfehlung 28.....	30
Empfehlung 29.....	31
5.3 Trainierende Interventionen zur Verbesserung von Alltags- und sozialen sowie sozial-kognitiven Fertigkeiten.....	31
Empfehlung 30.....	31
Empfehlung 31.....	32
Empfehlung 32.....	32
5.4 Künstlerische Therapien.....	32
Empfehlung 33.....	33
5.5 Spezifische ergotherapeutische Interventionen.....	33
Empfehlung 34.....	34
6 Bereich psychosozialer Interventionen zur Verbesserung von Teilhabe an Bildung und Arbeit	34
6.1 Erhalt von beruflicher Beschäftigung	34
Empfehlung 35.....	34
6.2 Supported Education und Supported Employment	34
Empfehlung 36.....	35
Empfehlung 37.....	35
6.3 Traditionelle Ansätze beruflicher Rehabilitation	35
Empfehlung 38.....	36
6.4 Kombinierte Ansätze beruflicher Rehabilitation	36
Empfehlung 39.....	36
7 Bereich Gesundheit und Wohlergehen.....	36
7.1 Gesundheitsfördernde Interventionen.....	36
Empfehlung 40.....	36
Empfehlung 41.....	37
7.2 Bewegungs- und Sportinterventionen	37
Empfehlung 42.....	37
Empfehlung 43.....	39
8 Matrix des deutschen Versorgungssystems: Wie lassen sich die Empfehlungen der Leitlinie leistungsrechtlich umsetzen?.....	39
8.1 Ambulante psychiatrische Pflege und Soziotherapie	40

Empfehlung 44.....	40
9 Die Bedeutung psychosozialer Interventionen in benachbarten Praxisfeldern	40
Literaturverzeichnis	41

Herausgebende und beteiligte Fachgesellschaften

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

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

DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN), federführend
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V.
DGBP	Deutsche Gesellschaft für Biologische Psychiatrie e. V.
DGGPP	Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e. V.
DGKJP	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V.
ackpa	Arbeitskreis der Chefärztinnen und Chefarzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland e. V.
APK	Aktion Psychisch Kranke e. V.
bdp	Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e. V.
BKT	Berufsverband für Künstlerische Therapien g. e. V.
BVDN	Berufsverband Deutscher Nervenärzte e. V.
BVDP	Berufsverband Deutscher Psychiater e. V.
	Bundesverband Soziotherapie e. V.
BAG BBW	Bundesarbeitsgemeinschaft Berufsbildungswerke e. V.
BAG BTZ	Bundesarbeitsgemeinschaft Beruflicher Trainingszentren e. V.
BAG GPV	Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbünde e. V.
bag if	Bundesarbeitsgemeinschaft Inklusionsfirmen e. V.
BAG KT	Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerischer Therapien e. V.
BAG RPK	Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation psychisch kranker Menschen e. V.
BAG UB	Bundesarbeitsgemeinschaft für Unterstützte Beschäftigung e. V.
BAG WfbM	Bundesarbeitsgemeinschaft Werkstätten für behinderte Menschen e. V.
BDK	Bundesdirektorenkonferenz Psychiatrischer Krankenhäuser e. V.
BFLK	Bundesfachvereinigung Leitender Krankenpflegepersonen der Psychiatrie e. V.
BAPP	Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege e. V.
NetzG	Bundesnetzwerk Selbsthilfe seelische Gesundheit (NetzG) g.e.V.
BPtK	Bundespsychotherapeutenkammer e. V.
Bpe	Bundesverband der Psychiatrie-Erfahrenen e. V.
bvvp	Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e. V.
	Bundesverband Deutscher Berufsförderungswerke e. V.
BApK	Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e. V.
	Dachverband Gemeindepsychiatrie e. V.
DFPP	Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege e. V.
DGPE e.V.	Deutsche Gesellschaft für Psychoedukation e. V.
DGSP	Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V.
DGS	Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention e. V.

DGVt	Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V.
DVSG	Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V.
DBSH	Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e. V.
DVE	Deutscher Verband Ergotherapie e. V.
DVGS	Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e. V.
DTGPP	Deutsch-türkische Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und psychosoziale Gesundheit e. V.
EX-IN	EX-IN Deutschland e. V.
	Netzwerk von Geschwistern psychisch erkrankter Menschen
VKD	Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V./Fachgruppe Psychiatrie

Beteiligte Personen

Steuerungsgruppe: Koordination & Redaktion (Langfassung)

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

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

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

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

Leitliniensekretariat

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

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

Weitere Mitarbeitende

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

Erstellung der Kurzfassung dieser Leitlinie (vorliegende Fassung)

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

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

Expertengruppe

- Prof. Dr. Michaela Amering
- Dr. Stefan-M. Bartusch
- Prof. Dr. Andreas Bechdorf
- Prof. Dr. Thomas Bock
- Dr. Johanna Breilmann

- Dr. Christian Burr
- Prof. Dr. Arno Deister
- Manfred K. Desch (Landesverband Hessen der Angehörigen und Freunde psychisch erkrankter Menschen e. V.)
- Sibylle Glauser
- Prof. Dr. Iris Tatjana Graef-Calliess, MBA
- Prof. Dr. Andreas Heinz
- Prof. Dr. Rainer Hellweg
- PD Dr. Holger Hoffmann
- Werner Holtmann (NetzG)
- Dorothea Jäckel
- Prof. Dr. Reinhold Kilian
- Prof. Dr. Hans-Helmut König
- Prof. Dr. Alexander Konnopka
- Dr. Michael Konrad
- Prof. Dr. Gerhard Längle
- Julia Lippert
- Dr. Candelaria Mahlke (seit 01.01.2025)
- PD Dr. Annabel Müller-Stierlin (seit 01.03.2025)
- Dr. Elke Prestin
- Prof. Dr. Thomas Reker (bis 31.05.2023)
- Prof. Dr. Dirk Richter
- Matthias Rosemann
- Prof. Dr. Hans-Joachim Salize
- Prof. Dr. Georg Schomerus
- Prof. Dr. Matthias Schützwohl
- Prof. Dr. Kathrin Seifert
- Gyöngyvér Sielaff
- Prof. Dr. Tilman Steinert
- Prof. Dr. Katarina Stengler
- Jörg Utschakowski
- Prof. Dr. Günther Wienberg

Konsensgruppe

- Christel Achberger
- Heinz Augustin (bis 31.12.2022)
- Dr. Meltem Avci-Werning
- Dr. Beate Baumgarte
- Prof. Dr. Thomas Becker
- Dr. Franz-Peter Begher
- Dr. Matthias Bender
- Univ.-Dipl.-Soz.päd. Ursula Berninger
- Marion Beutner
- Paul Bomke (seit 01.09.2023)
- Prof. Dr. Peter Brieger
- Jörg Bungart
- Jurand Daszkowski
- Marko Daubitz
- Dr. Marianne Eberhard-Kaechele

- Christiane Eck-Meißner (seit 01.12.2023)
- Catharina Flader
- Dr. Grit Franke (seit 01.09.2024)
- Nils Greve
- Kay Herklotz
- Werner Höhl (seit 23.05.2024)
- Holger Höhmann, MAS, MIM, MBA
- Werner Holtmann
- Univ.-Prof. Dr. Dr. Karl Hörmann
- Prof. Dr. Gerhard Huber
- Leonore Julius
- Alfred Karsten
- Dr. Christian Kieser
- Heiko Kilian (bis 30.06.2024)
- Dr. Elif Kirmizi Alsan
- Dr. Marianne Klein
- Dr. Sabine Köhler
- Dr. Tim J. Krause
- Dr. Michael Krebs
- Dr. Sabine Kreß
- Walter Krug (bis 30.09.2024)
- Prof. Dr. Silvia Krumm
- Elvira Lange
- Prof. Dr. Gerhard Längle
- Bettina Lauterbach
- Silke Ludowisy-Dehl
- Dr. Lieselotte Mahler
- Prof. Dr. Wolfgang Mastnak
- Dr. Nikolaus Melcop
- Rudi Merod (bis 31.03.2023)
- Prof. Dr. Günter Meyer
- Karl-Heinz Möhrmann (seit 01.07.2025)
- Dr. André Nienaber
- Dr. Nicolas Nowack
- Dr. Klaus Obert
- Heike Petereit-Zipfel
- Dr. Stefan Peters
- Prof. Dr. Reinhard Peukert
- Andreas Pfeiffer
- PD Dr. Gabi Pitschel-Walz
- Wolfgang Pohlmann
- Olaf Reddemann
- Prof. Dr. Steffi G. Riedel-Heller
- Matthias Rosemann
- Dr. Christa Roth-Sackenheim
- Ariadne Sartorius (bis 30.06.23)
- Dorothea Sauter
- Dieter Schax
- Prof. Dr. Renate Schepker

- Erdmute Scheufele
- Prof. Dr. Meryam Schouler-Ocak
- Kathrin Schwank
- Betram Sellner
- Olaf Stieg (seit 01.08.2025)
- Andrea Stratmann
- Annette Theißen
- Dr. Roland Urban
- Dr. Iris Veit
- Prof. Dr. Irmgard Vogt (seit 01.04.2024)
- Franz-Josef Wagner
- Dipl.-Psych. Benedikt Waldherr
- Dr. Katja Watermann (01.07.2023 bis 31.08.2025)
- Dr. Sandra Wesenberg
- Dr. Tina Wessels
- Yvonne Wiesner (bis 30.06.2023)
- Monika Zimmermann (bis 31.07.2023)

AG Impuls (Trialogische Arbeitsgruppe)

- Prof. Dr. Thomas Becker
- Jurand Daszkowski
- Manfred K. Desch
- Catharina Flader
- Sibylle Glauser
- PD Dr. Uta Gühne
- Werner Holtmann
- Leonore Julius
- Heike Petereit Zipfel
- Prof. Dr. Reinhard Peukert
- Werner Pohlmann
- Dr. Elke Prestin
- Franz-Josef Wagner
- PD Dr. Dr. Stefan Weinmann

Weitere Beteiligte (Autoren & Autorinnen)

- Dr. Michael Konrad & Matthias Rosemann: Matrixkapitel
- Dr. Marianne Klein & Prof. Dr. Renate Schepker: Psychosoziale Behandlungsformen bei schweren psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen
- Prof. Dr. Matthias Schützwohl, Thomas Bergman, Mareike Müller-Cleve & Prof. Dr. Tanja Sappok: Psychosoziale Therapie für Menschen mit Störung der Intelligenzentwicklung und psychischer Erkrankung
- Prof. Dr. Vjera A. Holthoff & Prof. Dr. Hans Gutzmann: Psychosoziale Therapien im höheren Lebensalter
- Prof. Dr. Eckhardt Koch, Prof. Dr. Meryam Schouler-Ocak & Prof. Dr. Iris Tatjana Graef-Calliess: Die Bedeutung interkultureller Aspekte in Psychiatrie und Psychotherapie
- Prof. Dr. Manuela Dudeck: Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen im Maßregelvollzug

Beratung und unabhängige Moderation

Die Leitlinienentwicklung wurden durch die AWMF in allen Phasen unterstützt. Die Moderation aller Konsensuskonferenzen sowie die methodische Beratung und Begleitung während des gesamten Leitlinienaktualisierungsprozesses erfolgte durch Prof. Dr. med. Ina Kopp, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF).

Hinweis zur Kurzfassung

Weiterführende Literatur und Hintergründe finden Sie in der Langfassung dieser Leitlinie (Gühne et al. 2025). Die Kurzfassung enthält in der Hauptsache die Empfehlungen der Leitlinie mit Empfehlungsstärken und Abstimmungsergebnissen.

Perspektive der AG Impuls

Mit der Entwicklung der dritten Auflage dieser Leitlinie wurde erstmals ein strukturierter trialogischer Ansatz umgesetzt, in dem Betroffenen- und Angehörigenvertreter:innen die Leitlinienarbeit systematisch unterstützt haben. Die in der Arbeitsgruppe **AG Impuls** gebündelte Expertise basiert auf langjährigen Erfahrungen in Selbsthilfe, Selbstvertretung sowie Gremienarbeit auf Landes- und Bundesebene (Gühne et al. 2024). Die Betroffenen- und Angehörigenperspektive ist in der **Langfassung** der Leitlinie insbesondere durch sogenannte Impuls-Textboxen abgebildet, die ausgewählte Diskussionsinhalte aufgreifen und in verschiedenen Kapiteln verankert sind.

Methodik

Die grundlegende methodische Vorgehensweise bei der Erstellung dieser Leitlinie ist im Leitlinienreport (<https://www.dgppn.de/leitlinien-publikationen/leitlinien.html>) beschrieben. Im Kapitel 3 „Methoden der Leitlinien“ der Langversion der Leitlinie finden sich weitere Informationen.

Empfehlungen im Überblick

Nr.	Themenbereich	Empfehlungs-grad	Stand 2025	Konsensstärke
Empowerment & Recovery				
1	Empowerment	EK	Geprüft	100 %*
2	Recovery	EK	Geprüft	100 %*
Bereich Gesundheitskompetenz & Selbsthilfe				
3	Selbsthilfe	EK	Geprüft	86 %*
4	Selbstmanagement	●●	NEU	100 %
5	Manualisierte Selbsthilfe	EK	Geprüft	96 %*
6	Digital gestützte Interventionen	●	NEU	100 %
7	Trialog	EK	Modifiziert	100 %
Bereich Behandlungsergebnisse und Koordination				
8	Partizipative Entscheidungsfindung	EK	NEU	100 %
9	Früherkennung	EK	NEU	100 %
10	Frühintervention	●●●	NEU	93 %
11	Zugang & Erstkontakt zum Hilfesystem	EK	NEU	84 %
12	Gemeindepsychiatrische, teambasierte und multiprofessionelle Versorgung	●●●	Modifiziert	85 %
13	Regionale Versorgungsverantwortung	EK	NEU	93 %
14	Akutbehandlung im häuslichen Umfeld	●●●	Modifiziert	96 %
15	Umsetzung von Akutbehandlung	EK	NEU	96 %
16	Intensiv aufsuchende Behandlung	●●●	Modifiziert	100 %
17	Intensiv aufsuchende Behandlung bei Wohnungslosigkeit	●●●	Modifiziert	88 %
18	Aufgabe multiprofessioneller gemeindepsychiatrischer Teams	EK	Modifiziert	82 %
19	Case Management	●●	Modifiziert	97 %
20	Informiertheit als Grundlage	EK	Geprüft	97 %*
21	Psychoedukation	●●●	Geprüft	91 %*
22	Trialogforen & Psychoseseminare	EK	Geprüft	97 %*
23	Peer Support	●●	Geprüft	93 %*
24	Vermeidung Dauerinstitutionalisierung	●●●	Geprüft	89 %*
25	Wohnen mit mobiler Unterstützung	●●●	Geprüft	89 %*
Bereich soziale & kulturelle Teilhabe				
26	Familieninterventionen	●●●	NEU	83 %
27	Angehörigeninterventionen	●●	NEU	95 %
28	Unterstützte Elternschaft	●●	NEU	95 %
29	Erweiterung sozialer Netzwerke	●●	NEU	100 %
30	Hilfen zur eigenen Lebensgestaltung	EK	Geprüft	93 %*
31	Training sozialer und sozial-kognitiver Funktionen	●●●	Modifiziert	100 %
32	Training lebenspraktischer Fähigkeiten	●●	NEU	93 %
33	Künstlerische Therapien	●●	Modifiziert	100 %
34	Ergotherapeutische Interventionen	●●	Modifiziert	100 %
Bereich Teilhabe an Bildung und Beschäftigung				
35	Vermeidung Arbeitsplatzverlust	EK	Geprüft	100 %*
36	Supported Employment	●●●	Geprüft	89 %*
37	Ausbildung	EK	Geprüft	100 %*
38	Traditionelle Ansätze beruflicher Rehabilitation	●●	Geprüft	100 %*
39	Zusätzliche trainierende Ansätze	●●	Geprüft	100 %*
Bereich Gesundheit und Wohlergehen				
40	Gesundheitsfördernde Interventionen	●●●	Modifiziert	100 %
41	Integrierte Behandlung	EK	NEU	91 %
42	Bewegungsinterventionen	●●●	Modifiziert	96 %
43	Körperpsychotherapeutische Verfahren	●●	Modifiziert	93 %
Versorgung				
44	Ambulante psychiatrische Pflege & Soziotherapie	EK	NEU	100 %

●●● stärkster Empfehlungsgrad, ●● weniger eindeutige Empfehlung, ● schwache Empfehlung, EK Expertenkonsens

*Konsensstärken beziehen sich auf die jeweils vorangegangenen Abstimmungen

1 Die besondere Situation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und ihren Angehörigen

Dieses Modul beinhaltet keine Empfehlungen (siehe Langversion für den ausführlichen Hintergrundtext).

2 Recovery und Empowerment

Der Begriff **Empowerment** stammt historisch betrachtet aus Bürgerrechtsbewegungen und Bewegungen zur Vertretung von Interessen benachteiligter Bevölkerungsgruppen (Emanzipationsbewegungen) und zielt auf die Eigeninitiative von Menschen. Empowerment kann am ehesten übersetzt werden mit Selbstbefähigung und Förderung der Eigeninitiative. Empowerment ist ein wichtiges Element von Recovery, weil es die Selbsthilfe unterstützt. Empowerment kann unterstützt werden, in dem den Betroffenen Selbstbestimmung zugetraut wird und sie in ihren eigenen Wünschen, Zielen und Entscheidungen bestärkt werden.

Empfehlung 1	
Konsensbasierte Empfehlung „Empowerment“	
Geprüft	
Empfehlungsgrad	Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen haben ein Recht darauf, in ihren besonderen Bedürfnissen und ihrem individuell unterschiedlichen Hilfebedarf wahrgenommen zu werden, und sollten befähigt und in die Lage versetzt werden, ihre Interessen selbst durchzusetzen, sich zu organisieren sowie ihre Lebensverhältnisse individuell bestimmen zu können (Selbstbefähigung/Empowerment).
EK	
Konsensstärke	Starker Konsens

Zur **Umsetzung von Recovery im deutschsprachigen Raum** stehen u. a. folgende Materialien zur Verfügung, die zunehmend Anwendung in der Praxis finden:

- 100 Wege, um Recovery zu unterstützen
- Schulungsprogramm Recovery praktisch
- Das Leben wieder in den Griff bekommen
- Das Gezeitenmodell.

Die Komplexität und Multidimensionalität des Recovery-Konstruktes werden in der Menge und Vielfalt der wissenschaftlichen Arbeiten deutlich. Recovery hat aus verschiedenen Perspektiven heraus eine unterschiedliche Bedeutung. Die Umsetzung einer Recovery-Orientierung in der psychiatrischen Versorgung ist allein deshalb eine Herausforderung.

Empfehlung 2	
Konsensbasierte Empfehlung „Recovery“	
Geprüft	
Empfehlungsgrad	Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sollten in ihrem individuellen Recovery-Prozess unterstützt werden. Neben gezielten evidenzbasierten Interventionen, die die Betroffenen im Rahmen ihrer individuellen Ziele und Wünsche unterstützen, sie in ihrer Autonomie und Individualität stärken und die eine Inklusion in alle Lebensbereiche und Lebensqualität fördern, sollte in allen Bereichen der Versorgung eine Recovery-Orientierung entwickelt und gelebt werden. Die Grundlage hierfür liegt in einem gemeinsamen Verständnis von Recovery, das Gegenstand von Austauschprozessen ist.
EK	

Mit der 3. Auflage der Leitlinie werden die psychosozialen Interventionen in einem Recovery-orientierten Versorgungsmodell verortet (Abbildung 1). Im Zentrum steht der Recovery-Prozess als persönlicher Wachstums- und Entwicklungsprozess hin zu einem selbstbestimmten und sinnhaften Leben. Betont wird dabei eine subjektive, personenzentrierte und rehabilitative Perspektive. Die umgebenden Dimensionen stehen in enger Beziehung zum Recovery-Prozess und umfassen soziale, kulturelle und berufliche Teilhabe sowie Gesundheit und Wohlergehen, Gesundheitskompetenz und Selbsthilfe. Partizipative Entscheidungsfindung, multiprofessionelle teambasierte Behandlung und gemeindenahes Case Management unterstützen die Behandlungsergebnisse und -koordination. Psychosoziale Interventionen wirken dabei sowohl auf individueller als auch auf struktureller Ebene. So sind beispielsweise für die Förderung von Gesundheit und Wohlergehen neben individuellen gesundheitsfördernden Maßnahmen integrierte, koordinierte und umfassende Versorgungsstrukturen einschließlich einer somatischen Behandlung erforderlich.

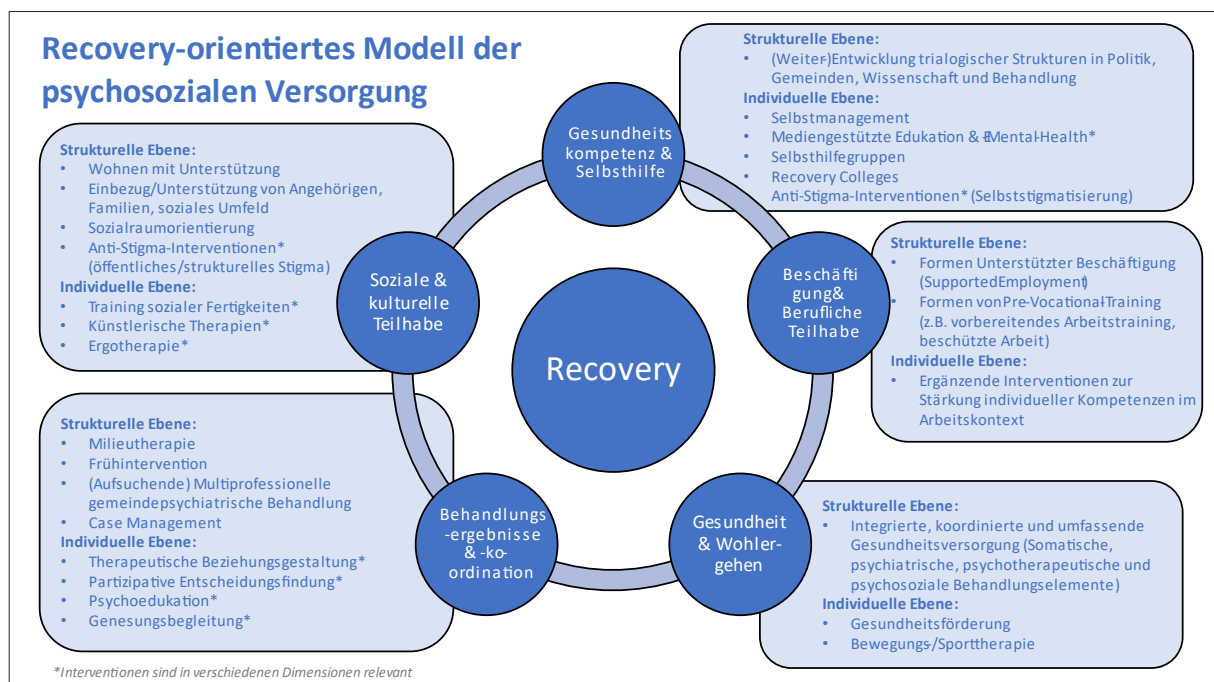


Abbildung 1: Recovery-orientiertes Modell der psychosozialen Versorgung (Gühne et al. 2022)

3 Bereich Selbsthilfe und Selbstfürsorge-stärkende Interventionen

3.1 Selbsthilfegruppen als Form gemeinschaftlicher Selbsthilfe

Selbsthilfegruppen werden auf unterschiedliche Weise gestaltet: geschlossene vs. offene Gruppen, Betroffenen-Selbsthilfegruppen vs. Angehörigen-Selbsthilfegruppen sowie gemischte Gruppen für Patient:innen und deren Angehörige sowie erkrankungsspezifische vs. erkrankungsübergreifende Gruppen. Zu unterscheiden sind weiterhin Kleingruppen, die alle Entscheidungen gemeinsam treffen, von Großgruppen mit hierarchischer Leitungsstruktur.

Empfehlung 3	
Konsensbasierte Empfehlung „Selbsthilfe“	
Geprüft und redaktionell bearbeitet	
Empfehlungsgrad	Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sollen über Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen informiert und auf Wunsch bei der Kontaktaufnahme unterstützt werden.
EK	
Konsensstärke	Starker Konsens

3.2 Selbsthilfe und Selbstmanagement-stärkende Ansätze

Selbstmanagement wird als Fähigkeit verstanden, die eigene Entwicklung weitestgehend selbstständig zu gestalten. Wichtige Elemente dabei sind eine kritische Selbstbeobachtung sowie ausreichend Motivation, eigene Zielformulierungen, die Fähigkeit zur Planung und Organisation des eigenen Handelns und eine kontinuierliche Handlungskontrolle durch Selbstverstärkung.

Aktuelle spezifische Selbstmanagementansätze betonen persönliches Recovery und individuelle Ziele und durch verbesserte Informiertheit und erweiterte Fertigkeiten eine Stärkung von Empowerment und partizipativer Entscheidungsfindung. So wurde beispielsweise mit dem **Illness-Management-and-Recovery-Programm** ein Ansatz entwickelt, Selbstmanagementstrategien von Patient:innen mit schizophrenen Erkrankungen und anderen schweren Erkrankungen zu stärken. Strategien umfassen auch hier psychoedukative und Ansätze der Kognitiven Verhaltenstherapie, Rückfallprophylaxe sowie ein Training sozialer und von Coping-Fertigkeiten.

Empfehlung 4	
Evidenzbasierte Empfehlung: Selbstmanagement	
NEU	
Empfehlungsgrad	Selbstmanagement ist ein bedeutender Teil der Krankheitsbewältigung und sollte im gesamten Behandlungs- und Versorgungsprozess durch spezifische Ansätze gezielt unterstützt werden.
B	
GRADE	Vergleich von Selbstmanagement-Interventionen (SM) vs. Kontrollgruppe (TAU, Warteliste und aktive Kontrolle, direkte Evidenz aus RCTs (Lean et al. 2019; Hsieh et al. 2023))
Evidenz ¹	
Gering (⊕⊕⊕⊕)	SM verkürzt stationäre Behandlungszeiten sign. stärker als eine Behandlung ohne spezifische SM-Intervention
Gering (⊕⊕⊕⊕)	SM reduziert stationäre Behandlungsaufnahmen sign. stärker als eine Behandlung ohne spezifische SM- Intervention

Gering (⊕⊕⊕⊖)	SM reduziert die Gesamtsymptomatik sign. stärker als eine Behandlung ohne spezifische SM- Intervention
Gering (⊕⊕⊕⊖)	SM verbessert soziale Funktionen sign. stärker als eine Behandlung ohne spezifische SM- Intervention
Gering (⊕⊕⊕⊖)	SM verbessert persönliches Recovery sign. stärker als eine Behandlung ohne spezifische SM- Intervention
Gering (⊕⊕⊕⊖)	SM verbessert Empowerment sign. stärker gegenüber einer Behandlung ohne spezifische SM- Intervention
moderat (⊕⊕⊕⊕)	SM erhöht die Lebensqualität stärker als eine Behandlung ohne spezifische SM- Intervention
Konsensstärke	Starker Konsens (100 %)
Abstimmungsergebnis vom 23.05.2024	

¹ Hoch – moderat – schwach – sehr schwach, Abhängig von Studiendesign, Studienlimitationen (Bias), Konsistenz bzw. Inkonsistenz der Ergebnisse, Indirektheit der Evidenz, Ungenauigkeit bzw. Genauigkeit der Darstellung, Publikationsbias

3.3 Mediengestützte Edukation und Selbsthilfe

Ratgeber und Gesundheitsinformationen

Zunehmende Bedeutung erlangt die **mediengestützte Edukation und Selbsthilfe**. Dabei wird die Nutzung von Patientenratgebern und Gesundheitsinformationen im Printformat von digital-gestützter Selbsthilfe unterschieden. Ratgebermaterialien sind als schriftliche Informations- und Aufklärungshilfen für spezielle Erkrankungen und Probleme verfasst. Patientenratgeber enthalten in der Regel eine detaillierte Auflistung und Beschreibung der typischen Beschwerden des Erkrankungsbildes, Hinweise auf unterschiedliche Erscheinungsformen und deren diagnostische Erfassung sowie Abgrenzung gegenüber anderen Erkrankungen mit ähnlichen Beschwerden, die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten und weitere Inhalte.

Empfehlung 5	Konsensbasierte Empfehlung „Manualisierte Selbsthilfe“
Geprüft	
Empfehlungsgrad	Ratgeber und Selbsthilfemanuale sollten interessenunabhängig, leicht verständlich und qualitativ hochwertig sein.
EK	
Konsensstärke	Starker Konsens

Digital-gestützte und mediale Ansätze

Digital-gestützte (Selbsthilfe-)Interventionen¹ gewinnen durch den niederschweligen Zugang sowie zeitliche und lokale Flexibilität immer mehr an Bedeutung. Die Betroffenen haben zudem die Möglichkeit eines selbstgewählten Tempos. Die wahrgenommene Stigmatisierung bleibt auf ein Minimum reduziert. Aktuelle Entwicklungen wie die Corona-Pandemie haben das Interesse an dieser Behandlungsform weiter verstärkt. Es gibt mittlerweile eine kaum zu überschauende Vielfalt computer- und internetbasierter sowie Mobiltelefon-basierter Ansätze zur Behandlung psychischer Erkrankungen, die hinsichtlich ihres Anspruchs über einfache Informationsseiten bis hin zu wissenschaftlich evaluierten internetbasierten Interventionen und

¹ Die Vielfalt digital gestützter Interventionen ist groß. Grundsätzlich unterschieden werden lokalbasierte Computerapplikationen (kein Zugriff auf das Internet während der Anwendung) von Internet- bzw. Onlineinterventionen (Zugriff auf das Internet während der Anwendung). Eine Erweiterung letzterer stellt die mobile Internetnutzung dar, bei der der Internetdienst über verschiedene Endgeräte (z.B. Smartphone, Handy, Tablet, E-Book-Reader, Smartwatch) genutzt werden kann.

hinsichtlich ihrer Ziele ganz unterschiedlich ausgerichtet sind. Verbunden mit dieser Vielfalt sind auch verschiedene Begriffe, die die Suche nach einem geeigneten Ansatz nicht vereinfachen und dennoch Unterschiede hinsichtlich Qualität und Evidenzbasierung begründen oder aber auch mit verschiedenen Anforderungen an den Behandelnden verbunden sind. Für den Einsatz digital-gestützter Interventionen liegen gute **Wirksamkeitsnachweise für viele psychische Erkrankungen** aus Metaanalysen, auch unter Routinebedingungen vor. Im Bereich der Behandlung von Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung fehlen bisher überzeugende Wirksamkeitsstudien.

Empfehlung 6	
Evidenzbasierte Empfehlung: Digital gestützte Interventionen	
NEU	
Empfehlungsgrad 0	Wissenschaftlich evaluierte digital-gestützte Interventionen für Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung können phasenabhängig und therapeutisch begleitet zur Anwendung kommen.
GRADE	Vergleich von Technologie-basierten Interventionen (TBIs) als komplementäres Element zu einer herkömmlichen Behandlung vs. Kontrollgruppe (konventionelle Intervention in Präsenz (Psychotherapie, Pharmakotherapie, nicht-therapeut. Digitaler Ansatz, Kombinationen); direkte Evidenz aus RCTs; Menschen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis inkl. Ersterkrankungen) (Morales-Pillado et al. 2023)
Evidenz ¹ Sehr gering (⊕⊕⊕⊕)	TBIs verbessern psychosoziale Funktionen sign. stärker als eine herkömmliche Behandlung ohne spezifische TBI
Sehr gering (⊕⊕⊕⊕)	TBIs verbessern die Lebensqualität <u>nicht</u> sign. stärker als eine Behandlung ohne spezifische TBI
Sehr gering (⊕⊕⊕⊕)	TBIs verbessern neurokognitive Funktionen sign. stärker als eine herkömmliche Behandlung ohne spezifische TBI
Sehr gering (⊕⊕⊕⊕)	TBIs verbessern sozialkognitive Funktionen sign. stärker als eine herkömmliche Behandlung ohne spezifische TBI
Sehr gering (⊕⊕⊕⊕)	TBIs verbessern die Positiv- und Negativsymptomatik <u>nicht</u> sign. stärker als eine herkömmliche Behandlung ohne spezifische TBI
Konsensstärke	Starker Konsens (100 %)
	Abstimmungsergebnis vom 23.05.2024

¹ Hoch – moderat – schwach – sehr schwach, Abhängig von Studiendesign, Studienlimitationen (Bias), Konsistenz bzw. Inkonsistenz der Ergebnisse, Indirektheit der Evidenz, Ungenauigkeit bzw. Genauigkeit der Darstellung, Publikationsbias

3.4 Trialogische Ansätze

Psychiatrie-Erfahrene werden heute als Expert:innen in eigener Sache angesehen, während Angehörige u. a. eine wichtige Funktion bei der Alltagsbewältigung und Rückfallverhütung haben, und professionell Tätige über das therapeutische Know-how verfügen. Diese Kompetenzen werden durch den sogenannten Trialog gemeinsam genutzt, indem **Raum und Struktur für eine gleichberechtigte Begegnung** von Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen und professionell Tätigen in Behandlung, Öffentlichkeitsarbeit, Antistigma-Arbeit, Lehre, Forschung, Qualitätssicherung und Psychiatrieplanung geschaffen wird. Trialog findet u.a. in Familiengesprächen, in Angehörigengruppen, in Psychoedukations- oder Selbsthilfegruppen statt.

Empfehlung 7	
Konsensbasierte Empfehlung „Trialog“	
NEU	
Empfehlungsgrad EK	Eine trialogische Zusammenarbeit zwischen Betroffenen, Angehörigen und professionell Tätigen kann eine Voraussetzung für eine Kooperation aller Beteiligten sein. Die trialogische Zusammenarbeit kann neben der individuellen Therapiebeziehung verschiedene Ziele verfolgen (z. B. Öffentlichkeitsarbeit, Qualitätsanforderungen, Fortentwicklung der Versorgungsstrukturen). In allen Bereichen von Planung, Angebot und Evaluation von Hilfeangeboten, in der Öffentlichkeits- und Antistigma-Arbeit sowie in Lehre und Forschung soll eine trialogische Zusammenarbeit unterstützt werden.
Konsensstärke	Starker Konsens (100 %) Abstimmungsergebnis vom 23.05.2024

4 Verbesserung von Behandlungsergebnissen und -koordination

4.1 Beziehungsgestaltung und Partizipative Entscheidungsfindung

Die **partizipative Entscheidungsfindung** (PEF; deutsch für „shared decision making“) ist als ein Interaktionsprozess zu verstehen, an dem Patient:in, Behandler:in und nach Möglichkeit auch angehörige Personen aktiv beteiligt sind und auf Basis geteilter Informationen und Präferenzen eine gemeinsam verantwortete Entscheidung ermöglicht wird. Neben den medizinischen Informationen fließen hier auch behandlungsrelevante persönliche Informationen sowie Sorgen, Befürchtungen und Vorstellungen mit ein.

Empfehlung 8	
Konsensbasierte Empfehlung „Partizipative Entscheidungsfindung“	
NEU	
Empfehlungsgrad EK	Die Beziehungsgestaltung zwischen professionell Tätigen und Patientinnen und Patienten soll auf Vertrauensbildung und gegenseitigen Respekt abzielen. Die Wahl der geeigneten Behandlungsstrategie soll Gegenstand eines gemeinsamen Aushandlungsprozesses sein, in dem fachliche Aspekte ebenso berücksichtigt werden wie persönliche Präferenzen und relevante Kontextfaktoren. Am Ende einer solchen Partizipativen Entscheidungsfindung (PEF) sollte möglichst eine gemeinsam getragene Entscheidung stehen. Diese Zielvorgabe schränkt die Freiheit der Beteiligten ausdrücklich nicht ein: Der Patient/die Patientin hat weiterhin das Recht, seine/ihre Einwilligung in eine vorgeschlagene Behandlung zu verweigern. Und der/die professionell Tätige kann die Erbringung einer gewünschten Behandlung verweigern, wenn er sie für fachlich nicht vertretbar hält.
Konsensstärke	Starker Konsens (100 %) Abstimmungsergebnis vom 23.05.2024

Anmerkungen: (1) Eine systematische Suche ist nicht erfolgt. Der aktuelle Cochrane Review (Aoki et al. 2022) verweist auf mögliche positive Effekte auf die Beteiligung im Entscheidungsprozess und eine verbesserte Zufriedenheit bei den Nutzenden (sehr geringe Vertrauenswürdigkeit der Evidenz) bezüglich der erhaltenen Informationen. Es wurden keine unerwünschten Wirkungen berichtet. Die gemeinsame Entscheidungsfindung basiert auf dem medizin-ethischen Prinzip der Autonomie und ist wichtig zur Sicherung der Partizipation und Selbstbestimmung der Betroffenen. Ein Schadenspotenzial ist nicht erkennbar. (2) Das Grundprinzip von PEF kann auch auf

andere Versorgungskontexte übertragen werden; dabei sind die Spezifika der einzelnen Settings zu berücksichtigen.

4.2 Frühintervention

Frühintervention bezeichnet die frühzeitige Erkennung und Behandlung von Menschen mit ersten psychotischen, affektiven oder persönlichkeitsbezogenen Symptomen bzw. in frühen Krankheitsphasen. Ziel ist es, der Entwicklung einer schweren psychischen Erkrankung (Severe Mental Illness, SMI) vorzubeugen. Für diese Risikogruppen wird Frühintervention international als zentrale Strategie der psychiatrischen Versorgung empfohlen.

Empfehlung 9	
Konsensbasierte Empfehlung „Früherkennung“	
NEU	
Empfehlungsgrad EK	Für Menschen mit hohem Risiko für Psychosen und andere schwere psychische Erkrankungen und für Angehörige sollen Angebote zur Früherkennung und Frühintervention flächendeckend zur Verfügung stehen. Sie sollen mit bestehenden ambulanten Versorgungsangeboten, insbesondere auch der primärärztlichen Versorgungsebene* vernetzt werden. Ziel soll die Verhinderung von Krankheitsepisoden und von schweren und chronischen Verläufen sein.
Konsensstärke	Starker Konsens (100 %) Abstimmungsergebnis vom 06.12.2023

* Neben der gesondert genannten primärärztlichen Versorgung gibt es zahlreiche weitere mögliche Hilfeangebote, die ebenfalls einer Vernetzung bedürfen, hier aber nicht explizit benannt werden.

Empfehlung 10	
Evidenzbasierte Empfehlung: „Frühintervention“	
NEU	
Empfehlungsgrad A	Menschen mit ersten Episoden psychotischer oder anderer schwerer psychischer Erkrankungen sollen frühzeitig eine koordinierte, umfassende und multiprofessionelle Behandlung, erforderlichenfalls aufsuchend und Setting-übergreifend durch ein speziell ausgebildetes Team erhalten. Ziele sollen die Verhinderung einer Verschlechterung und Chronifizierung von Symptomen, von erneuten Krankheitsepisoden und von sozialer Exklusion sein. Psychosoziale Therapien* sollen entsprechend der Empfehlungen der vorliegenden Leitlinie und in Abhängigkeit der individuellen Bedarfe und Präferenzen angeboten werden.
GRADE Evidenz¹	Vergleich spezialisierte Frühinterventionsteams (Specialised Early Intervention, SEI) vs. herkömmliche Therapie (TAU); direkte Evidenz aus RCTs; Menschen mit Erstkrankung (Psychose) (Puntis et al. 2020)
Gering (⊕⊕⊕⊖)	SEI verbessert klinische Recovery sign. Stärker gegenüber TAU
Hoch (⊕⊕⊕⊕)	SEI verringert das Risiko für Behandlungsgabbrüche nach der Intervention sign. Stärker gegenüber TAU (Unterschied ist signifikant)
Hoch (⊕⊕⊕⊕)	SEI verringert das Risiko für einen stationären Aufenthalt sign. Stärker als TAU
Gering (⊕⊕⊕⊖)	SEI verringert die durchschnittliche Anzahl der Tage in der psychiatrischen Klinik sign. Stärker als TAU
Gering (⊕⊕⊕⊖)	SEI verbessern psychosoziale Funktionen sign. Stärker als TAU

Gering (⊕⊕⊕⊖)	SEI verbessert die Behandlungszufriedenheit sign. Stärker als TAU Vergleich spezialisierte Frühinterventionsteams (Specialised Early Intervention, SEI) vs. herkömmliche Therapie (TAU); direkte Evidenz aus RCTs; Menschen mit Erstkrankung (Psychose) (Correll et al. 2018)
Gering (⊕⊕⊕⊖)	SEI verbessert klinische und funktionale Recovery sign. Stärker gegenüber TAU
Moderat (⊕⊕⊕⊖)	SEI verbessert klinische Recovery sign. Stärker gegenüber TAU
Gering (⊕⊕⊕⊖)	SEI reduzieren die psychiatrische Symptomatik sign. Stärker als TAU
Moderat (⊕⊕⊕⊖)	SEI reduzieren die Rückfallrate sign. Stärker als TAU
Gering (⊕⊕⊕⊖)	SEI verbessern Teilhabe Bildung/Arbeit sign. Stärker als TAU
Gering (⊕⊕⊕⊖)	SEI verbessern die Lebensqualität sign. stärker als TAU Vergleich Psychosoziale Interventionen (PSI) vs. herkömmliche Therapie (TAU); direkte Evidenz aus RCTs; Menschen mit Erstkrankung (Psychose) (Frawley et al. 2021)
Gering (⊕⊕⊕⊖)	PSI verbessern psychosoziale Funktionen sign. Stärker als TAU
Sehr gering (⊕⊕⊕⊖)	PSI verbessern Teilhabe Bildung/Arbeit sign. Stärker als TAU Vergleich Familieninterventionen (FI) vs. herkömmliche Therapie (TAU); direkte Evidenz aus RCTs; Menschen mit Erstkrankung (Psychose) (Camacho-Gomez und Castellvi 2020)
Sehr gering (⊕⊕⊕⊖)	FI verbessern psychosoziale Funktionen sign. Stärker als TAU
Gering (⊕⊕⊕⊖)	FI reduzieren die Rückfallrate sign. Stärker als TAU
Sehr gering (⊕⊕⊕⊖)	FI reduzieren die psychiatrische Symptomatik sign. Stärker als TAU
Konsensstärke	Starker Konsens (93 %) Abstimmungsergebnis vom 05.09.2023

¹ Hoch – moderat – schwach – sehr schwach, Abhängig von Studiendesign, Studienlimitationen, Konsistenz bzw. Inkonsistenz der Ergebnisse, Indirektheit der Evidenz, Ungenauigkeit bzw. Genauigkeit der Darstellung, Publikationsbias (Leitlinienreport)

Anmerkung:* Evidenz zur Wirksamkeit umschriebener psychosozialer Therapien bei Ersterkrankung liegt insbesondere für Familieninterventionen, Psychoedukation für erkrankte Personen und Angehörige, Interventionen zur Verbesserung von beruflicher Bildung und Teilhabe, insbesondere Supported Employment und Education, Sozial-kognitives Training, Ansätze von Bewegung, Sport und Gesundheitsförderung mit einem präventiven Fokus, Ansätze zur Stärkung des Selbstmanagements sowie Ansätze des Peer-Supports vor. Auch andere psychosoziale Interventionen, für die im Moment keine qualitativ hochwertige Evidenz in der Behandlung von Menschen mit ersten Episoden vorliegt, die aber in der vorliegenden Leitlinie beschrieben und empfohlen werden, sollten im Einzelfall und nach Abwägung ihres potenziellen Nutzens bei entsprechender Indikation angeboten werden.

Die **Belastungen durch eine schwere psychische Erkrankung** sind bereits in den frühen Stadien der Krankheit sehr hoch. Dies unterstreicht die gravierenden Auswirkungen der Erkrankung schon zu Beginn und die Bedeutung einer multidisziplinären Behandlung, die psychosoziale Interventionen in einem frühen Stadium einschließen. Die Ziele einer koordinierten, auf erst-erkrankte Menschen spezialisierten, multiprofessionellen Frühintervention sind primär die Einbindung in die Behandlung und die Verhinderung von Behandlungsabbrüchen, die Reduktion von Rezidiven und Rehospitalisierungen und die Stärkung psychosozialer Funktionen und der Inklusion in alle Lebensbereiche. Psychosoziale Interventionen, insbesondere wenn sie als Teil einer umfassenden und multiprofessionellen Behandlung und gemeindenah angeboten werden, sind mit erheblichen Verbesserungen verschiedener Outcomeparameter verbunden.

Empfehlung 11 NEU	
Konsensbasierte Empfehlung „Zugang & Erstkontakt zum Hilfesystem“	
Empfehlungsgrad EK	Der Zugang der Menschen mit ersten Episoden psychotischer oder anderer schwerer psychischer Erkrankungen zu Hilfen sollte durch breitflächige, niederschwellige und multimodale Ansätze (Information, Aufklärung, Schulungen für beteiligte Akteur:innen, Awareness-Kampagnen für die allgemeine Öffentlichkeit) erleichtert werden. Gleichzeitig soll bei Erstkontakt mit dem Hilfesystem der Individualität der Betroffenen und der Bedürfniszentrierung höchste Priorität beigemessen werden, um die Behandlungsbereitschaft bzw. das Engagement der Betroffenen für eine Behandlung von Beginn an zu erhöhen. Der Fokus soll auf der therapeutischen Beziehungsgestaltung und dem therapeutischen Dialog liegen. Nach Möglichkeit sollen nahe An-/Zugehörige oder Vertrauenspersonen einbezogen und Beziehungsabbrüche verhindert werden. In der Behandlungsplanung sollten die Prinzipien der Partizipativen Entscheidungsfindung berücksichtigt werden.
Konsensstärke	Konsens (84 %) Abstimmungsergebnis vom 05.09.2023

4.3 Gemeindepsychiatrische teambasierte Behandlungsansätze

Multiprofessionelle gemeindepsychiatrische Teams

Im Sinne einer ausgewogenen Versorgung (engl. Balanced Care) haben ambulante und gemeindenahе Dienste eine zentrale Bedeutung für die Versorgung schwer psychisch erkrankter Menschen. Ziel ist eine gut koordinierte, alltagsnahe Versorgung mit möglichst wenigen Krankenhausaufenthalten, wobei psychiatrische Kliniken eine absichernde Rolle behalten. In Deutschland stehen dafür vielfältige ambulante und gemeindebasierte Angebote zur Verfügung, darunter niedergelassene Fachärzte und Psychotherapeuten, Psychiatrische Institutsambulanzen, sozialpsychiatrische Dienste sowie Leistungen der Eingliederungshilfe.

Empfehlung 12 NEU	
Evidenzbasierte Empfehlung „Gemeindepsychiatrische, teambasierte und multiprofessionelle Versorgung“	
Empfehlungsgrad A	In allen Versorgungsregionen soll eine gemeindepsychiatrische, teambasierte und multiprofessionelle Versorgung von Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung zur Verfügung stehen.
GRADE Evidenz¹ Gering (⊕⊕⊕⊕) Gering (⊕⊕⊕⊕) Gering (⊕⊕⊕⊕) Gering (⊕⊕⊕⊕)	Vergleich von Behandlung durch multiprofessionelle gemeindepsychiatrische Teams (CMHT) vs. herkömmliche Therapie (TAU), direkte Evidenz aus RCTs; Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen (Malone et al. 2007) Behandlungszufriedenheit signifikant höher in CMHT- Gruppe im Vergleich zu TAU Risiko stationärer Aufnahmen sign. Geringer in CMHT- Gruppe im Vergleich zu TAU Anzahl Sterbefälle tendenziell geringer in CMHT-Gruppe im Vergleich zu TAU Tendenzielle Symptomreduktion in CMHT-Gruppe im Vergleich zu TAU
Konsensstärke	Konsens (85 %) Abstimmungsergebnis vom 06.12.2023

Empfehlung 13 NEU	
Konsensbasierte Empfehlung „Regionale Versorgungsverantwortung“	
Empfehlungsgrad EK	Die Angebote gemeindepsychiatrischer multiprofessioneller Teams sollten allen Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung in einer definierten Region zur Verfügung stehen.
Konsensstärke	Konsens (93 %) Abstimmungsergebnis vom 23.05.2024

Anmerkung: Grundlage für die Empfehlung bildet das evidenzbasierte englischsprachige Versorgungsmodell (CMHT), welches mit einer konstanten räumlichen Zuständigkeit und Versorgungsverpflichtung verbunden ist (Malone et al. 2007). Es ist anzunehmen, dass die Angebote gemeindepsychiatrischer multiprofessioneller Teams ihre Wirksamkeit für diese Personengruppe dann entfalten, wenn es eine konstante räumliche Zuständigkeit des Teams nach Wohnort der Patient:innen gibt. Übertragen auf die hiesige Versorgungslandschaft kann das gemeinde-psychiatrisch arbeitende Team Leistungen „aus einer Hand“ anbieten oder ein vertraglich zusammengeschlossener Verbund sein. In besonderen Versorgungsangeboten wird die außerklinische gemeinde-psychiatrische Versorgungsverpflichtung integriert mit der Vorhaltung stationärer bzw. stationsäquivalenter Behandlungsangebote für Krisensituationen; andernfalls wird sie in verbindlicher Kooperation mit psychiatrischen Kliniken wahrgenommen. Das Prinzip einer außerklinischen gemeindepsychiatrischen Versorgungspflicht ist bedeutsam, um die Versorgung besonders schwer erkrankter Menschen ins Zentrum der gemeindepsychiatrischen Behandlung zu stellen und auch in Situationen erschwerter Inanspruchnahme von Hilfen wirksam zu werden.

Akutbehandlung im häuslichen Umfeld

Die **Akutbehandlung im häuslichen Umfeld** (Home Treatment) versteht sich als eine aufsuchende Begleitung psychiatrisch behandlungsbedürftiger Patient:innen in akuten Krankheitsphasen durch speziell ausgebildete, multiprofessionelle Behandlungsteams und stellt eine Alternative zur stationären Standardbehandlung dar. Letztere soll durch die Akutbehandlung im häuslichen Umfeld verkürzt oder vermieden werden. Die Betroffenen werden in ihrem gewohnten Lebensumfeld nach einem gemeinsam erarbeiteten Behandlungsplan über 24 Stunden an sieben Tagen der Woche von einem mobilen Behandlungsteam versorgt. Im englischen Sprachraum werden zur Kennzeichnung die Begriffe Crisis Intervention Teams, Crisis Resolution Teams, Crisis Resolution and Home Treatment Teams (CRHTs) und Home Treatment Teams verwendet, wobei Home Treatment auch als ein übergreifender Terminus für die Behandlung zu Hause verwendet wird.

Empfehlung 14 NEU	
Evidenz- und konsensbasierte Empfehlung „Akutbehandlung im häuslichen Umfeld“	
Empfehlungsgrad A	Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sollen die Möglichkeit haben, in akuten Krankheitsphasen von mobilen multiprofessionellen Teams definierter Versorgungsregionen in ihrem gewohnten Lebensumfeld versorgt zu werden.
GRADE Evidenz ¹ Moderat (⊕⊕⊕⊕) Moderat (⊕⊕⊕⊕) Moderat (⊕⊕⊕⊕) Gering (⊕⊕⊕⊕) Gering (⊕⊕⊕⊕) Gering (⊕⊕⊕⊕)	Vergleich von Akutbehandlung im häuslichem Umfeld (HAT) vs. herkömmliche Therapie (TAU); direkte Evidenz aus RCTs; Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung (Murphy et al. 2015) Risiko stationärer Aufnahme sign. Geringer in HAT- Gruppe im Vergleich zu TAU Stationäre Behandlungszeit sign. Geringer in HAT- Gruppe im Vergleich zu TAU Behandlungsabbrüche sign. Geringer in HAT- Gruppe im Vergleich zu TAU Symptomschwere der psychischen Erkrankung tendenziell geringer in HAT-Gruppe im Vergleich zu TAU (nicht sign.) Behandlungszufriedenheit (Pat) sign. Höher in HAT- Gruppe im Vergleich zu TAU Behandlungszufriedenheit (Ang) sign. Höher in HAT- Gruppe im Vergleich zu TAU

Gering (⊕⊕⊕⊖) Gering (⊕⊕⊕⊖)	Belastungserleben (Ang) sign. Geringer in HAT- Gruppe im Vergleich zu TAU Anzahl Sterbefälle kein Unterschied zwischen beiden Gruppen Vergleich von Akutbehandlung im häuslichem Umfeld (HT) vs. herkömmliche Therapie (TAU); direkte Evidenz aus RCTs; Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung (Stulz et al. 2020; Cornelis et al. 2022)
Moderat (⊕⊕⊕⊕) Moderat (⊕⊕⊕⊕) Moderat (⊕⊕⊕⊕) Moderat (⊕⊕⊕⊕) Moderat (⊕⊕⊕⊕) Moderat (⊕⊕⊕⊕)	Allgemeine psychische Symptomatik kein sign. Unterschied Soziale Funktionalität kein sign. Unterschied Stationäre Behandlungstage nach 12 und 24 Monaten sign. Vorteil in HAT Anzahl unfreiwilliger stationärer Aufnahmen kein sign. Unterschied Lebensqualität kein sign. Unterschied Behandlungszufriedenheit kein sign. Unterschied
Konsensstärke	Starker Konsens (96 %) Abstimmungsergebnis vom 06.12.2023

Empfehlung 15 NEU	Konsensbasierte Empfehlung „Umsetzung einer Akutbehandlung“
Empfehlungsgrad EK	Die Umsetzung einer Akutbehandlung im häuslichen Umfeld in Deutschland sollte sich hinsichtlich der zentralen Programmelemente an dem international untersuchten evidenzbasierten Modell orientieren; gleichzeitig sollten Möglichkeiten einer flexiblen Anpassung an die jeweiligen örtlichen Rahmenbedingungen und Strukturen zulässig sein und dazu dienen, eine flächendeckende Implementierung zu erreichen.
Konsensstärke	Starker Konsens (96 %) Abstimmungsergebnis vom 06.12.2023

Intensive längerfristige aufsuchende Behandlung

Unter aufsuchender Behandlung wird hier eine intensiv und langfristig angelegte, gemeinde-nahe psychiatrische Versorgung verstanden (**Assertive Community Treatment, ACT**), bei der Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen aktiv in ihrem eigenen sozialen Umfeld begleitet werden. Sie geht über die Behandlung akuter Krankheitsphasen hinaus und zielt darauf ab, Behandlungskontinuität sicherzustellen sowie stationäre Aufenthalte zu vermeiden. Zentrales Merkmal ist der aufsuchende (nachgehende) Ansatz multiprofessioneller Teams, die die Verantwortung für die umfassende Versorgung übernehmen. Die Unterstützung umfasst unter anderem Hilfe im Alltag und im Arbeitsleben, medikamentöse Behandlung, Krisenintervention, Einbeziehung von Angehörigen, Förderung der allgemeinen Gesundheit, Unterstützung bei behördlichen Angelegenheiten sowie den Aufbau von Selbstmanagement-, Problemlöse- und sozialen Kompetenzen. Ziel ist es, ein möglichst selbstständiges Leben außerhalb stationärer Einrichtungen zu ermöglichen.

Empfehlung 16 NEU	Evidenzbasierte Empfehlung „Intensiv aufsuchende längerfristige Behandlung“
Empfehlungsgrad A	Menschen mit chronischen und schweren psychischen Erkrankungen sollen die Möglichkeit haben, auch über einen längeren Zeitraum und über akute Krankheitsphasen hinaus gehend, intensiv aufsuchend in ihrem gewohnten Lebensumfeld versorgt zu werden.
GRADE	Vergleich von Vergleich Intensive Case Management (ICM) vs. herkömmliche Behandlung (TAU), direkte Evidenz aus RCTs; Menschen mit schweren

Evidenz¹ Gering (⊕⊕⊕⊖) Gering (⊕⊕⊕⊖) Moderat (⊕⊕⊕⊕) Moderat (⊕⊕⊕⊕)	psychischen Erkrankungen, z. T. komorbider Substanzmissbrauch und Wohnungslosigkeit (Dieterich et al. 2017) Sign. Reduktion stationärer Behandlungszeiten durch ICM (24 Monate) ICM senkt das Risiko für einen Behandlungsabbruch sign. ggü. TAU ICM erhöht die Wahrscheinlichkeit des unabhängigen Wohnens sign. ICM erhöht die Behandlungszufriedenheit der Patient:innen sign. Vergleich von Vergleich Intensive Case Management (ICM) vs. Nicht-ICM (NICM), direkte Evidenz aus RCTs; Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen (Dieterich et al. 2017) ICM senkt die stationären Behandlungszeiten ggü. NICM nur sehr gering ICM senkt das Risiko für einen Behandlungsabbruch ggü. NICM sign. ICM hat einen vergleichbaren Effekt auf die Patientenzufriedenheit wie Nicht-ICM Vergleich von Resource Group Assertive Community Treatment (RACT) vs. herkömmliche Behandlung (TAU); direkte Evidenz aus RCTs; Menschen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis (Nordén et al. 2012) RACT führt zu einer Verbesserung psychosozialer Funktionen RACT führt zu einer Verbesserung der psychiatrischen Symptomatik RACT führt zu einer Verbesserung des Wohlbefindens
Konsensstärke	Starker Konsens (100 %) Abstimmungsergebnis vom 06.12.2023

¹ Hoch – moderat – schwach – sehr schwach, Abhängig von Studiendesign, Studienlimitationen (Bias), Konsistenz bzw. Inkonsistenz der Ergebnisse, Indirektheit der Evidenz, Ungenauigkeit bzw. Genauigkeit der Darstellung, Publikationsbias

Empfehlung 17 NEU	Evidenzbasierte Empfehlung „Intensiv aufsuchende Behandlung bei Wohnungslosigkeit“
Empfehlungsgrad A	Die Möglichkeit der intensiven aufsuchenden Versorgung soll Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung in Wohnungslosigkeit zur Verfügung stehen.
Evidenz	Verweis auf Wohnstudien (Housing First) ➔ Kapitel Wohnen mit mobiler Unterstützung
Konsensstärke	Konsens (88 %) Abstimmungsergebnis vom 06.12.2023

Empfehlung 18 NEU	Konsensbasierte Empfehlung „Aufgabe multiprofessioneller gemeindepsychiatrischer Teams“
Empfehlungsgrad EK	Wesentliche Aufgabe der multiprofessionellen gemeindepsychiatrischen Teams soll neben einer personenzentrierten Behandlung und Rehabilitation die gemeinsame Zuständigkeit des Teams für die gesundheitliche <u>und</u> psychosoziale Versorgung der Betroffenen sein und die Versorgungskontinuität sichern. Unter Einbezug des sozialen Umfeldes soll sich die Versorgung durch die multiprofessionellen gemeindepsychiatrischen Teams an den

	individuellen Erfordernissen orientieren; da wo möglich, sollen stationäre Behandlungen* vermieden werden.
Konsensstärke	Konsens (82 %) Abstimmungsergebnis vom 06.12.2023

**Erläuterung: Im Sinne der Forderung nach einer „Behandlung, ambulant vor stationär“ sollen, wo möglich, stationäre Behandlungen vermieden werden, wobei die Einschätzung der Notwendigkeit einer stationären Behandlung im Regelfall durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie oder einen Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie möglichst rasch erfolgen sollte und eine notwendige stationäre psychiatrische oder psychosomatische Behandlung gegebenenfalls ohne Verzögerung eingeleitet werden sollte.*

4.4 Case Management

Case Management (CM) ist eine Strategie zur Koordination und Abstimmung verschiedener Versorgungsangebote, insbesondere für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Ziel ist eine bedarfsgerechte Nutzung medizinischer, psychiatrischer und psychosozialer Hilfen über professionelle und institutionelle Grenzen hinweg.

CM umfasst ein breites Aufgabenspektrum mit zentralen Prinzipien wie einer tragfähigen Behandler-Patient-Beziehung, Behandlungskontinuität, guter Erreichbarkeit von Leistungen, individueller Unterstützung, Förderung von Selbstständigkeit sowie Orientierung an den Interessen der Betroffenen. In seiner einfachsten Form (Brokerage-Modell) beinhaltet CM die Bedarfserhebung, Hilfeplanung, Organisation und Qualitätssicherung der Hilfen sowie den fortlaufenden Kontakt zu den Patient:innen.

Empfehlung 19		Evidenzbasierte Empfehlung: „Case Management“	
NEU			
Empfehlungsgrad		Case Management sollte Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung und mit hoher Inanspruchnahme von stationärer Behandlung angeboten werden.	
B			
GRADE		Vergleich von Intensive Case Management vs. Nicht-intensives Case Management, direkte Evidenz aus RCTs (Dieterich et al. 2017)	
Evidenz¹			
moderat (⊕⊕⊕⊖)		⇓ stat. Behandlungszeiten: tendenzieller Unterschied zugunsten ICM vs. nicht-intensivem CM (nicht-sign.)	
Gering (⊕⊕⊖⊖)		⇓ Behandlungsabbrüche: sign. Unterschied zugunsten ICM vs. nicht-intensivem CM	
		Vergleich von Nicht-intensivem Case Management vs. Herkömmlicher Versorgung, direkte Evidenz aus RCTs (Lim et al. 2022)	
Gering (⊕⊕⊖⊖)		⇓ Psychiatrische Symptomschwere: sign. Effekte zugunsten des CM bei geringer Effektstärke	
moderat (⊕⊕⊕⊖)		⇑ Psychische Lebensqualität: sign. Effekte zugunsten des CM bei geringer Effektstärke	
Gering (⊕⊕⊖⊖)		⇑ Globale Lebensqualität: sign. Effekte zugunsten des CM bei geringer Effektstärke	
moderat (⊕⊕⊕⊖)		⇓ stat. Behandlungszeiten: sign. Effekte zugunsten des CM bei geringer Effektstärke	
moderat (⊕⊕⊕⊖)		⇑ Patientenzufriedenheit: Großer Effekt zugunsten der CM-Gruppe	
Konsensstärke		Starker Konsens (97 %) Abstimmungsergebnis vom 23.05.2024	

4.5 Psychoedukation

Unter dem Begriff der Psychoedukation werden systematische didaktisch-psychotherapeutische Interventionen zusammengefasst, die dazu geeignet sind, „Patienten und ihre Angehörigen über die Krankheit und ihre Behandlung zu informieren, ihr Krankheitsverständnis und den selbstverantwortlichen Umgang mit der Krankheit zu fördern und sie bei der Krankheitsbewältigung zu unterstützen.“ Die in der Verhaltenstherapie verwurzelte Psychoedukation bildet im Rahmen der Psychotherapie denjenigen Interventionsbestandteil ab, „bei dem die aktive Informationsvermittlung, der Erfahrungsaustausch unter den Betroffenen und die Bearbeitung allgemeiner Krankheitsaspekte im Vordergrund stehen“.

Empfehlung 20	
Konsensbasierte Empfehlung „Informiertheit als Grundlage“	
Geprüft	
Empfehlungsgrad EK	Jeder Betroffene mit einer schweren psychischen Erkrankung hat über die gesetzliche Aufklärungspflicht der Behandelnden hinaus ein Recht darauf, situationsgerechte Informationen zu seiner Erkrankung, deren Ursachen, Verlauf und den verschiedenen Behandlungsalternativen sowie (Selbst-)hilfemöglichkeiten über den gesamten Behandlungsverlauf vermittelt zu bekommen. Die Informiertheit des Patienten ist Grundlage gemeinsamer Entscheidungsfindung und Voraussetzung gesundheitsfördernden Verhaltens. Menschen mit Migrationshintergrund sollten diese Informationen unter Berücksichtigung des kulturellen und sprachlichen Hintergrunds erhalten können.
Konsensstärke	Starker Konsens

Empfehlung 21	
Evidenz- und Konsensbasierte Empfehlung „Psychoedukation“	
Geprüft	
Empfehlungsgrad A	Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen soll zur Verbesserung des Behandlungsergebnisses und Krankheitsverlaufs eine strukturierte Psychoedukation im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes ausreichend lange und möglichst in Gruppen angeboten werden. Angehörige sollen in die psychoedukative Intervention einbezogen werden.
Evidenzbasis*	Pitschel-Walz et al. 2001, Pilling et al. 2002; Lincoln et al. 2007, Pharoah et al. 2010, Xia et al. 2011, Zhao et al. 2015, Bond und Im Anderson 2015; Oud et al. 2016; Chatterton et al. 2017; Yesufu-Udechuku et al. 2015; BigHELLI et al. 2021
Konsensstärke	Konsens

*Es erfolgt hier keine umfängliche Bewertung mit Hilfe von GRADE-Profilen. Es wurde in der aktuellen Auflage die vorliegende Evidenz geprüft; es erfolgte keine Änderung der Empfehlung. Verwiesen wird an der Stelle auf das Neue Kapitel der Leitlinie zu Familien- und Angehörigeninterventionen.

Empfehlung 22	
Konsensbasierte Empfehlung „Dialogforen & Psychoseseminare“	
Geprüft (2024)	
Empfehlungsgrad EK	Informationsvermittlung und –austausch mit dem Ziel der Förderung der Krankheitsverarbeitung und Verbesserung des Krankheitsverlaufs kann

	auch im Rahmen von Trialogforen und Psychoseseminaren angeboten werden.
Konsensstärke	Starker Konsens

4.6 Peer Support – Experten aus Erfahrung

Der Einbezug von (ehemals) psychisch erkrankten Menschen gewinnt auch in Deutschland zunehmend an Bedeutung, etwa in Versorgung, Forschung und Fortbildung. Peer-Arbeit entstand aus Initiativen Betroffener und steht in engem Zusammenhang mit dem Trialog und dem Recovery-Konzept. Im Mittelpunkt stehen persönliche Erfahrungen, individuelle Bewältigungsstrategien sowie die Stärkung von Ressourcen und Fähigkeiten. Peer-Support fördert Hoffnung, Selbstbestimmung, gegenseitigen Respekt und Gleichberechtigung und kann Autonomie, Selbstvertrauen und soziale Netzwerke stärken sowie Selbststigmatisierung reduzieren. Darüber hinaus wirkt Peer-Arbeit positiv auf das therapeutische Klima und unterstützt den Abbau von Stigmatisierung. Zentrales Merkmal ist der geteilte Erfahrungshintergrund von Betroffenen und Angehörigen, der eine empathische, nicht primär diagnoseorientierte Unterstützung ermöglicht.

Empfehlung 23	
Evidenz- und Konsensbasierte Empfehlung „Peer Support“	
Geprüft	
Empfehlungsgrad B	Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sollte Peer-Support* unter Berücksichtigung ihrer Wünsche und Bedarfe zur Stärkung des Recovery-Prozesses und zur Förderung der Beteiligung an der Behandlung angeboten werden.
Evidenzebene:	Literatur** (Smit et al. 2023; Chien et al. 2019; Lyons et al. 2021; Wang et al. 2022; Lloyd-Evans et al. 2014; Fuhr et al. 2014)
Konsensstärke	Konsens

* Im deutschsprachigen Raum wird der Begriff Genesungsbegleitung oder Experte/Expertin aus Erfahrung benutzt. Die Unterstützung durch Peers sollte durch ausgebildete und psychisch stabile Peers erfolgen und ist als zusätzliches Angebot zu professionellen Angeboten zu verstehen.

**Es erfolgt hier keine umfängliche Bewertung mit Hilfe von GRADE-Profilen. Es wurde in der aktuellen Auflage die vorliegende Evidenz geprüft; es erfolgte keine Änderung der Empfehlung.

5 Bereich psychosozialer Interventionen zur Verbesserung sozialer und kultureller Teilhabe

5.1 Unterstütztes Wohnen

Unter unterstütztem Wohnen (Supported Housing) wird ein Ansatz verstanden, bei dem Menschen mit psychischen Erkrankungen zunächst einen eigenen, angemessenen Wohnraum in einem von ihnen bevorzugten Umfeld erhalten. Die fachliche Unterstützung erfolgt anschließend bedarfsorientiert und so lange, wie sie individuell notwendig ist. Im Mittelpunkt steht nicht das Wohnen in betreuenden Einrichtungen, sondern das Leben unter realen Alltagsbedingungen, da relevante Fähigkeiten dort am nachhaltigsten entwickelt werden können.

Unterstütztes Wohnen folgt damit einem Paradigmenwechsel weg von institutionellen Wohnformen hin zu selbstbestimmtem Wohnen mit flexibler, begleitender Unterstützung.

Empfehlung 24 Geprüft		Evidenz- und Konsensbasierte Empfehlung „Vermeidung Dauerinstitutionalisierung“
Empfehlungsgrad A		Mit Zunahme des Institutionalisierungsgrades nehmen unerwünschte Effekte zu. Deshalb soll eine Dauerinstitutionalisierung vermieden werden.
Evidenz		<i>Hinweis: Dieser Empfehlungsgrad wurde vergeben, da die Mitglieder der Leitliniengruppe davon ausgehen, dass es für die bekannten und umfänglich dokumentierten negativen Effekte der Institutionalisierung aus ethischen Gründen in der Zukunft keine randomisierten und kontrollierten Studien geben wird. Dauerinstitutionalisierung meint hier die Unterstützung über einen langen Zeitraum in gemeindefernen, stark institutionalisierten Wohnformen.</i>
Konsensstärke		Konsens

Empfehlung 25 Geprüft		Evidenz- und Konsensbasierte Empfehlung „Wohnen mit mobiler Unterstützung“
Empfehlungsgrad A		Schwer psychisch kranke Menschen sollen selbstbestimmt in der Gemeinde wohnen und entsprechend ihren individuellen Bedarfen und Präferenzen mobil unterstützt werden.
Evidenz*		(Aubry et al. 2015; Veldhuizen et al. 2015; Aubry et al. 2016; Stergiopoulos et al. 2015b; Patterson et al. 2013; Stergiopoulos et al. 2015a; Kirst et al. 2015; Palepu et al. 2013; Richter und Hoffmann 2017; Gulcur et al. 2003; Gulcur et al. 2007; Tsemberis et al. 2004; Hurlburt et al. 1996)
Konsensstärke		Konsens

*Es erfolgt hier keine umfängliche Bewertung mit Hilfe von GRADE-Profilen. Es wurde in der aktuellen Auflage die vorliegende Evidenz systematisch geprüft; es erfolgte keine Änderung der Empfehlung.

5.2 Psychosoziale Interventionen in sozialen Kontexten

Familienmitglieder sowie andere nahestehende Personen der psychisch erkrankten Person können eine wichtige Hilfe bei der Bewältigung der Erkrankung sein und gleichzeitig die mit der Erkrankung verbundenen Veränderungen, Herausforderungen und Konsequenzen als Belastung erleben. Dabei sind alle nahestehenden Personen auf ganz unterschiedliche Art von verschiedenen Herausforderungen und Belastungen betroffen. Die einzelnen Angehörigen (Eltern, Geschwister, Partner, Kinder) und andere nahestehende Personen bringen jeweils unterschiedliche Erfahrungen, Fragen und Bedürfnisse mit und übernehmen verschiedene Aufgaben.

Empfehlung 26	
Evidenzbasierte Empfehlung „Familieninterventionen“	
NEU	
Empfehlungsgrad A	Familieninterventionen* sollen Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung und ihren Angehörigen angeboten werden, um Erkrankungsrückfälle zu reduzieren und eine langfristige Kooperation zwischen den Betroffenen und dem sozialen Umfeld zu ermöglichen und zu erleichtern.
GRADE Evidenz² Gering (⊕⊕⊕⊖) Moderat (⊕⊕⊕⊕) Gering (⊕⊕⊕⊖) Gering (⊕⊕⊕⊖) Gering (⊕⊕⊕⊖) Gering (⊕⊕⊕⊖) Gering (⊕⊕⊕⊖) Gering (⊕⊕⊕⊖) Gering (⊕⊕⊕⊖) Sehr gering (⊕⊕⊕⊖) Sehr gering (⊕⊕⊕⊖) Moderat (⊕⊕⊕⊕)	Vergleich von Familieninterventionen (FI) vs. Standardbehandlung, direkte Evidenz aus RCTs (Chien et al. 2024) Auftretenswahrscheinlichkeit von Rückfällen: sign. Reduktion durch FI Belastungserleben Angehörige: sign. Reduktion durch FI Familienklima (Expressed Emotion): sign. Verbesserung durch FI Vergleich von Familieninterventionen (FI) vs. Standardbehandlung, direkte Evidenz aus RCTs (Kim und Park 2023) Rehospitalisierung Betroffene: sign. Reduktion durch FI Belastungserleben Angehörige: sign. Reduktion durch FI Wohlbefinden/psychische Gesundheit der Familie: sign. Verbesserung durch FI Bewältigungserleben Familie: sign. Verbesserung durch FI Lebensqualität (Patient:innen): sign. Verbesserung durch FI Behandlungszufriedenheit (Patient:innen): sign. Verbesserung durch FI Vergleich von psychoedukativer Familienintervention (FI) vs. Standardbehandlung, direkte Evidenz aus RCTs mit Familien mit einer an einer schweren Depression betroffenen Person (Katsuki et al. 2022) Depressive Symptomatik: sign. Reduktion durch FI Familiäre Funktionen: kein signifikanter Unterschied Vergleich von psychoedukativer Familienintervention (FI) vs. Standardbehandlung, direkte Evidenz aus RCTs (Rodolico et al. 2022) Rückfallrate bei psychotischer Erkrankung nach 12 Monaten: sign. Reduktion durch FI (verschiedene Modelle mit Ausnahme von sehr kurzer Intervention mit 2 oder weniger Sitzungen und dem alleinigen Fokus auf die Erstellung von Krisenplänen)
Konsensstärke	Konsens (83 %)
Abstimmungsergebnis vom 16.01.2025	

* Die in den Studien untersuchten Interventionen umfassten verschiedene Elemente: u.a. Informationen zur Erkrankung und des Umgangs mit dieser, Erarbeitung von Problemlösestrategien, Stress- und Krisenmanagement, Erweiterung von Kommunikationsfertigkeiten, Unterstützung sozialer Netzwerke und sozialen Supports.

²Hoch – moderat – schwach – sehr schwach, Abhängig von Studiendesign, Studienlimitationen (Bias), Konsistenz bzw. Inkonsistenz der Ergebnisse, Indirektheit der Evidenz, Ungenauigkeit bzw. Genauigkeit der Darstellung, Publikationsbias

Empfehlung 27	
Evidenzbasierte Empfehlung „Angehörigeninterventionen“	
NEU	
Empfehlungsgrad B	Angehörige* und nahestehende Personen von schwer psychisch erkrankten Menschen können schwerwiegende und vielfältige Belastungen erfahren. Zugleich können sie eine wichtige Ressource sein und eine wesentliche stabilisierende Funktion haben. Angehörige und nahestehende Personen sollten bei Bedarf Entlastung und Unterstützung erfahren, um das mit der Sorge um die erkrankte

	Person verbundene Belastungserleben zu reduzieren sowie die eigene Gesundheit und Lebensqualität zu stärken.
GRADE	Vergleich von Psychoedukation für Angehörige (PE) vs. Standardbehandlung , direkte Evidenz aus RCTs (Rodolico et al. 2022)
Evidenz¹ Moderat (⊕⊕⊕⊖)	Rückfallrate bei psychotischer Erkrankung nach 12 Monaten: sign. Reduktion durch PE
	Vergleich von Psychoedukation für Angehörige (PE) vs. Standardbehandlung , direkte Evidenz aus RCTs (Sin et al. 2017)
Gering (⊕⊕⊕⊖)	Mentales Wohlbefinden (Angehörige): kein sign. Unterschied
Gering (⊕⊕⊕⊖)	Lebensqualität (Angehörige): kein sign. Unterschied
Moderat (⊕⊕⊕⊖)	Stresserleben (Angehörige): kein sign. Unterschied
Moderat (⊕⊕⊕⊖)	Allgemeine Morbidität (Angehörige): sign. Reduktion durch PE
Sehr gering (⊕⊕⊕⊖)	Depressives Erleben (Angehörige): sign. Reduktion durch PE
Moderat (⊕⊕⊕⊖)	Belastungserleben (Angehörige): sign. Reduktion durch PE
Moderat (⊕⊕⊕⊖)	Familienklima: kein sign. Unterschied
	Vergleich von nicht-pharmakologischer Interventionen für Angehörige (NPI) vs. Standardbehandlung , direkte Evidenz aus RCTs (Chen et al. 2016)
Gering (⊕⊕⊕⊖)	Belastungserleben (Angehörige): sign. Reduktion durch NPI
Gering (⊕⊕⊕⊖)	Sozialer Support: keine sign. Verbesserung durch NPI
Gering (⊕⊕⊕⊖)	Familiäres Funktionsniveau: keine sign. Verbesserung NPI
Konsensstärke	Starker Konsens (95 %)
	Abstimmungsergebnis vom 16.01.2025

*Im Leitliniengremium wird betont, dass Angehörige unterschiedliche Personen mit unterschiedlichen Perspektiven, Erfahrungen und Bedürfnissen meint – gemeint sind sowohl Eltern und Partner:innen, als auch Kinder oder Geschwister sowie Onkel, Tanten und Großeltern und weitere verwandte Personen. Darüber hinaus tragen verschiedene weitere Faktoren (z. B. alleinerziehendes Elternteil, Alter von Kindern und mitbetroffenen Geschwistern, soziale Hintergründe) zum Ausmaß der erlebten Belastungen bei (s. Kapitel Die besondere Situation von (Familien-)Angehörigen in der Langfassung)

¹ Hoch – moderat – schwach – sehr schwach, Abhängig von Studiendesign, Studienlimitationen (Bias), Konsistenz bzw. Inkonsistenz der Ergebnisse, Indirektheit der Evidenz, Ungenauigkeit bzw. Genauigkeit der Darstellung, Publikationsbias

Empfehlung 28	Evidenz- und Konsensbasierte Empfehlung „Unterstützte Elternschaft“
NEU	
Empfehlungsgrad² B	Eltern mit einer schweren psychischen Erkrankung sollte - flexibel an die individuellen Bedürfnisse angepasst – Unterstützung in der elterlichen Funktion mithilfe spezifischer Ansätze angeboten werden.
GRADE	Vergleich von Elterninterventionen (EI) (Internetangebot + Online-Peer-Support) vs. Standardbehandlung , direkte Evidenz aus RCTs (Kaplan et al. 2014; O'Shea et al. 2019)
Evidenz¹ Sehr gering (⊕⊕⊕⊖)	Elterliche Copingskills: kein sign. Unterschied (O'Shea et al. 2019)
Sehr gering (⊕⊕⊕⊖)	Elterliche Fähigkeiten, Zufriedenheit: sign. Unterschied durch EI (O'Shea et al. 2019; Kaplan et al. 2014)
Sehr gering (⊕⊕⊕⊖)	Elterliche Copingskills: sign. Verbesserung durch EI (Kaplan et al. 2014)
Evidenzebene:	
Konsensstärke	Starker Konsens (95 %)
	Abstimmungsergebnis vom 16.01.2025

¹ Hoch – moderat – schwach – sehr schwach, Abhängig von Studiendesign, Studienlimitationen (Bias), Konsistenz bzw. Inkonsistenz der Ergebnisse, Indirektheit der Evidenz, Ungenauigkeit bzw. Genauigkeit der Darstellung, Publikationsbias

²Hochstufung der Empfehlung trotz schwacher Evidenz vorgeschlagen

Empfehlung 29	
Evidenzbasierte Empfehlung „Erweiterung sozialer Netze“	
NEU	
Empfehlungsgrad² B	Die Anwendung psychosozialer Therapien bei Menschen mit einer schweren psychischen Erkrankung und erlebter sozialer Isolation sollte auch darauf zielen, soziale Netzwerke der Betroffenen zu stärken und soziale Aktivitäten zu fördern.
GRADE Evidenz¹ Gering (⊕⊕⊖⊖)	Vergleich von psychosozialen Interventionen zur Erweiterung sozialer Netzwerke angeleitete Peer-Unterstützung, ein freiwilliges Partner-Programm, psychosoziales Kompetenztraining, unterstützte Teilnahme an sozialen Aktivitäten und eine hundegestützte Therapie vs. Standardbehandlung , direkte Evidenz aus RCTs (Anderson et al. 2015) Größe des sozialen Netzwerks: Zunahme der Netzwerkgröße stat. Signifikant
Evidenzebene:	
Konsensstärke	Starker Konsens (100 %) Abstimmungsergebnis vom 16.01.2025

¹ Hoch – moderat – schwach – sehr schwach, Abhängig von Studiendesign, Studienlimitationen (Bias), Konsistenz bzw. Inkonsistenz der Ergebnisse, Indirektheit der Evidenz, Ungenauigkeit bzw. Genauigkeit der Darstellung, Publikationsbias

²Hochstufung der Empfehlung trotz schwacher Evidenz vorgeschlagen

5.3 Trainierende Interventionen zur Verbesserung von Alltags- und sozialen sowie sozial-kognitiven Fertigkeiten

Trainierende Interventionen zur **Verbesserung von Alltags- und sozialen Fertigkeiten** zielen darauf ab, die Betroffenen darin zu stärken, Fertigkeiten auszubauen, um selbstbestimmt ein weitgehend unabhängiges Leben gestalten und am sozialen Leben besser teilhaben zu können. Dabei werden breitere Ansätze, die persönliche Bedürfnisse der Betroffenen im Sinne einer unabhängigen Alltagsgestaltung berücksichtigen und durch den Begriff Training alltags- oder lebenspraktischer Fertigkeiten (Life Skills Training) beschrieben werden, von denen unterschieden, die auf die Verbesserung sozialer und kommunikativer Fertigkeiten (Social Skills Training) zielen. Sowohl im Alltag als auch in der wissenschaftlichen Literatur lassen sich beide Interventionsformen nicht immer klar voneinander trennen.

Empfehlung 30	
Konsensbasierte Empfehlung „Hilfen zur eigenen Lebensgestaltung“	
Geprüft	
Empfehlungsgrad EK	Da schwere psychische Erkrankungen häufig mit Beeinträchtigungen von Alltagsfertigkeiten und sozialen Funktionen verbunden sind und dadurch die Teilhabe am sozialen Leben deutlich erschwert ist, haben Hilfen zur eigenen Lebensgestaltung und die Befähigung zur Teilhabe an sozialen Aktivitäten in verschiedenen Lebensbereichen (Selbstsorge, Familie, Freizeit, Arbeit, gesellschaftliche Teilhabe) einen hohen Stellenwert in der Behandlung.
Konsensstärke	Starker Konsens

Empfehlung 31 NEU	
Evidenz- und konsensbasierte Empfehlung „Training sozialer und sozial-kognitiver Funktionen“	
Empfehlungsgrad A	Trainierende Interventionen zur Verbesserung sozialer und sozial-kognitiver Funktionen* sollen bei Vorhandensein entsprechender Beeinträchtigungen und orientiert an den individuellen Bedarfen und Wünschen der Betroffenen durchgeführt werden. Die Interventionen sollten auch auf eine Stabilisierung des Erlernten und einen Alltagstransfer ausgerichtet sein.
GRADE	Vergleich von Training sozial-kognitiver Fertigkeiten (TSKF) vs. herkömmliche Therapie (TAU) oder aktive Kontrolle (Nijman et al. 2020)
Evidenz¹	
Moderat (⊕⊕⊕⊖)	TSKF verbessert die sozialen Fertigkeiten sign. stärker
Moderat (⊕⊕⊕⊖)	TSKF verbessert die soziale Wahrnehmung sign. stärker
Gering (⊕⊕⊖⊖)	TSKF verbessert die Emotionswahrnehmung sign. stärker
Gering (⊕⊕⊖⊖)	TSKF verbessert die allgemeine psychopath. Symptomatik nicht sign.
	Vergleich Training sozialer Fertigkeiten (TSF) vs. herkömmliche Therapie (TAU) oder aktive Kontrolle (Turner et al. 2018)
moderat (⊕⊕⊕⊖)	TSF verbessert die sozialen Fertigkeiten sign. stärker
moderat (⊕⊕⊕⊖)	TSF verbessert die allgemeine psychopath. Symptomatik sign.
Konsensstärke	Starker Konsens (100 %) Abstimmungsergebnis vom 29.03.2023

¹ Hoch – moderat – schwach – sehr schwach, Abhängig von Studiendesign, Studienlimitationen (Bias), Konsistenz bzw. Inkonsistenz der Ergebnisse, Indirektheit der Evidenz, Ungenauigkeit bzw. Genauigkeit der Darstellung, Publikationsbias

* Studien liegen bisher hauptsächlich für Patient:innen mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis vor. Wenige Befunde verweisen auf die Wirksamkeit in anderen Patientengruppen.

Empfehlung 32 NEU	
Evidenz- und konsensbasierte Empfehlung „Training lebenspraktischer Fähigkeiten“	
Empfehlungsgrad B	Bei einer Beeinträchtigung in der selbstständigen Lebensführung und unabhängigen Alltagsgestaltung sollten die Betroffenen entsprechend ihrer individuellen Wünsche und Bedarfe in ihren lebenspraktischen Fähigkeiten durch trainierende Ansätze möglichst im Lebensumfeld unterstützt werden. Kann ein Training im Lebensumfeld nicht stattfinden, sollte ein Alltagstransfer unterstützt werden.
GRADE	Vergleich von Vergleich Training von Alltagsfertigkeiten (TAF) vs. herkömmliche Therapie (TAU) oder supportive Gruppen (sG) (John et al. 2022)
Evidenz¹	
Gering (⊕⊕⊖⊖)	TAF verbessert Alltagsfertigkeiten sign. stärker
Gering (⊕⊕⊖⊖)	TAF verbessert die allgemeine psychopath. Symptomatik sign. stärker
Konsensstärke	Konsens (93 %) Abstimmungsergebnis vom 29.03.2023

¹ Hoch – moderat – schwach – sehr schwach, Abhängig von Studiendesign, Studienlimitationen (Bias), Konsistenz bzw. Inkonsistenz der Ergebnisse, Indirektheit der Evidenz, Ungenauigkeit bzw. Genauigkeit der Darstellung, Publikationsbias

5.4 Künstlerische Therapien

Künstlerische Therapien umfassen verschiedene Verfahren wie Musik-, Kunst-, Tanz-, Theater- oder Poesietherapie. Gemeinsam ist ihnen der gezielte Einsatz künstlerischer Medien und

Prozesse innerhalb einer therapeutischen Beziehung. Aktive und rezeptive künstlerische Tätigkeiten dienen der Prävention, Therapie und Rehabilitation sowie der Förderung von Ausdruck, Kommunikation, Selbstwahrnehmung und Persönlichkeitsentwicklung. Die Ansätze sind überwiegend psychotherapeutisch beeinflusst und greifen auf Erkenntnisse verschiedener Bezugswissenschaften zurück. Künstlerische Therapien sind personenzentriert, ressourcenorientiert und binden Patient:innen aktiv in die Gestaltung und Steuerung des therapeutischen Prozesses ein, wodurch Selbstwirksamkeit und Eigenverantwortung gestärkt werden.

Empfehlung 33 NEU	Evidenz- und konsensbasierte Empfehlung „Künstlerische Therapien“
Empfehlungsgrad B	Künstlerische Therapien mit ihren Spezialisierungen in Kunst-, Musik-, Tanz- und Theatertherapie sollten Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Abhängigkeit von individuellen Bedarfen und Präferenzen angeboten werden.
GRADE Evidenz¹ Sehr Gering (⊕⊕⊕⊕) Sehr Gering (⊕⊕⊕⊕) Sehr Gering (⊕⊕⊕⊕) gering (⊕⊕⊕⊕) moderat (⊕⊕⊕⊕) gering (⊕⊕⊕⊕) moderat (⊕⊕⊕⊕) moderat (⊕⊕⊕⊕) gering (⊕⊕⊕⊕) moderat (⊕⊕⊕⊕)	Vergleich von Kunsttherapie (KT) vs. Kontrollgruppe (TAU) (Ruiz et al. 2017) Es ist unklar, ob KT die Negativsymptomatik sign. stärker verbessert. Es ist unklar, ob KT die Positivsymptomatik sign. stärker verbessert Es ist unklar, ob KT die sozialen Funktionen verbessert Vergleich von Musiktherapie (MT) vs. Kontrollgruppe (TAU) (Geretsegger et al. 2017) MT verbessert die Negativsymptomatik sign. stärker als eine Behandlung ohne MT Befunde bez. Sozialer Funktionen sind widersprüchlich MT reduziert die psychiatrische Gesamtsymptomatik stärker MT erhöht die Lebensqualität stärker als eine Behandlung ohne MT Vergleich von Tanztherapie (TT) vs. Kontrollgruppe (TAU) ² (Ren und Xia 2013) TT verbessert die Negativsymptomatik sign. stärker als eine Behandlung ohne TT TT erhöht die Behandlungszufriedenheit nicht stärker TT erhöht die Lebensqualität nicht stärker als eine Behandlung ohne TT
Konsensstärke	Starker Konsens (100 %) Abstimmungsergebnis im Delphi-Verfahren (09/2024)

¹ Hoch – moderat – schwach – sehr schwach, Abhängig von Studiendesign, Studienlimitationen (Bias), Konsistenz bzw. Inkonsistenz der Ergebnisse, Indirektheit der Evidenz, Ungenauigkeit bzw. Genauigkeit der Darstellung, Publikationsbias
²basierend auf 1 RCT (N = 45)

5.5 Spezifische ergotherapeutische Interventionen

Ergotherapeutische Interventionen nutzen sinnvolle und bedeutungsvolle Tätigkeiten als therapeutisches Mittel zur Unterstützung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Ziel ist es, subjektive Entlastung zu fördern sowie Handlungsfähigkeit, Teilhabe und Lebensqualität im Alltag zu stärken. Ergotherapie begleitet und befähigt Patient:innen, gewünschte oder notwendige Alltagsaktivitäten (wieder) aufzunehmen und ihre Lebenswelt aktiv zu gestalten. Sie ist personenzentriert, ressourcenorientiert und stützt sich auf interdisziplinäre wissenschaftliche Grundlagen. Im Mittelpunkt steht das (Wieder-)Erlangen sinnstiftender Betätigung als Voraussetzung für Gesundheit, Wohlbefinden und soziale Teilhabe.

Empfehlung 34	
NEU	
Evidenz- und konsensbasierte Empfehlung „Ergotherapeutische Interventionen“	
Empfehlungsgrad B	Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sollten spezifische ergotherapeutische Interventionen mit einer starken Alltagsorientierung im Rahmen einer Gesamtbehandlungs- und Rehabilitationsplanung und orientiert an ihren individuellen Bedürfnissen und Präferenzen angeboten werden.
Evidenzebene:	(Morris et al. 2018; Vizzotto et al. 2021; Ercan Doğu et al. 2021; Mashimo et al. 2020; Shimada et al. 2018; Eklund et al. 2017; Vizzotto et al. 2016; Foruzandeh und Parvin 2013; Tatsumi et al. 2012; Cook et al. 2009; Chan et al. 2007; Längle et al. 2006; Reuster 2002; Buchain et al. 2003; Hadas-Lidor et al. 2001)*
Konsensstärke	Starker Konsens (100 %) Abstimmungsergebnis vom 29.03.2023

*Aufgrund der sehr heterogenen Studien hinsichtlich Experimental- und Kontrollintervention sowie hinsichtlich der Erhebungsinstrumente ist hier keine Bewertung nach GRADE erfolgt. Die Stichprobenumfänge der Primärstudien variieren; sie sind zumeist sehr klein. Die Studienqualität ist überwiegend moderat bis schwach. Bias müssen in der Mehrheit der Studien angenommen werden (s. auch Leitlinienreporte).

6 Bereich psychosozialer Interventionen zur Verbesserung von Teilhabe an Bildung und Arbeit

Psychosoziale Interventionen zur beruflichen Rehabilitation zielen darauf ab, die Ausbildungs- und Beschäftigungssituation von Menschen mit psychischen Erkrankungen systematisch zu verbessern. Sie unterstützen eine gleichberechtigte berufliche Teilhabe, die seit der UN-Behindertenrechtskonvention gesetzlich verankert ist, und orientieren sich an den individuellen Wünschen und Zielen der Betroffenen. Die Maßnahmen umfassen unter anderem berufliche Orientierung, Qualifizierung, Unterstützung bei der Arbeitsplatz- oder Ausbildungsplatzsuche sowie begleitende Hilfen zur Stabilisierung und zum Erhalt von Arbeit oder Bildung. Ziel ist eine nachhaltige Integration in Bildung und den allgemeinen Arbeitsmarkt sowie die Förderung von Selbstständigkeit, sozialer Teilhabe und Lebensqualität.

6.1 Erhalt von beruflicher Beschäftigung

Empfehlung 35	
Geprüft	
Konsensbasierte Empfehlung „Vermeidung Arbeitsplatzverlust“	
Empfehlungsgrad EK	Die berufliche Rehabilitation schwer psychisch kranker Menschen sollte darauf ausgerichtet werden, den Arbeitsplatzverlust zu vermeiden. Dazu bedarf es beim Auftreten psychischer Erkrankungen eines frühzeitigen Einbezuges entsprechender Dienste bzw. Hilfen.
Konsensstärke	Starker Konsens (100 %) Abstimmungsergebnis vom: 19.10.2017

6.2 Supported Education und Supported Employment

Supported Employment bezeichnet einen Ansatz der beruflichen Rehabilitation, bei dem Menschen mit psychischen Erkrankungen direkt in eine Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt vermittelt werden. Sie erhalten dort eine individuelle, zeitlich unbegrenzte

Unterstützung durch spezialisierte Fachkräfte (z. B. Jobcoaches). Ziel ist eine dauerhafte, den eigenen Wünschen entsprechende Erwerbstätigkeit. **Supported Education** umfasst Unterstützungsangebote für Menschen mit psychischen Erkrankungen, um ihre Teilhabe an Schule, Ausbildung oder Studium zu sichern oder wiederherzustellen. Dazu gehören Begleitung in Bildungssettings, Hilfe bei organisatorischen Anforderungen sowie eine enge Abstimmung mit Behandelnden. Ziel ist es, Bildungsabbrüche zu vermeiden und langfristige berufliche Perspektiven zu fördern. Beide Ansätze sollten nicht getrennt betrachtet werden.

Empfehlung 36	
Evidenz- und Konsensbasierte Empfehlung „Supported Employment“	
Geprüft	
Empfehlungsgrad A	Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und dem Wunsch nach einer Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sollen im Rahmen der Förderung beruflicher Teilhabe Programme mit dem Ziel einer raschen Platzierung direkt auf einem Arbeitsplatz des allgemeinen Arbeitsmarktes und notwendiger Unterstützung (Supported Employment) angeboten werden.
Evidenzebene*	Winter et al. (2022), Modini et al. (2016), Suijkerbuijk et al. (2017) In 2. Auflage außerdem berücksichtigt: Kinoshita et al. (2013), Twamley et al. (2003), Bond et al. (2008), Campbell et al. (2011)
Konsensstärke	Konsens (89 %) Abstimmungsergebnis vom: 19.10.2017

*Es erfolgt hier keine umfängliche Bewertung mit Hilfe von GRADE-Profilen. Es wurde in der aktuellen Auflage die vorliegende Evidenz systematisch geprüft; es erfolgte keine Änderung der Empfehlung.

Empfehlung 37	
Konsensbasierte Empfehlung „Ausbildung“	
Geprüft	
Empfehlungsgrad EK	Das Vorhandensein einer abgeschlossenen Ausbildung ist als Grundlage für die Teilhabe am Arbeitsleben für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen von enormer Wichtigkeit. Daher sollten reguläre schulische, akademische, betriebliche und besondere Ausbildungsangebote wohnortnah und mit entsprechenden flankierenden Unterstützungsangeboten zur Verfügung stehen.
Konsensstärke	Starker Konsens (100 %) Abstimmungsergebnis vom: 19.10.2017

6.3 Traditionelle Ansätze beruflicher Rehabilitation

Vorbereitende (Arbeits-)Training (pre-vocational Training) ist ein Ansatz der beruflichen Rehabilitation, bei dem Menschen mit psychischen Erkrankungen zunächst durch berufsvorbereitende Maßnahmen auf eine spätere Tätigkeit im allgemeinen Arbeitsmarkt vorbereitet werden. Dazu gehören z. B. Arbeitstherapie, Bewerbungstrainings und zeitlich begrenzte Beschäftigung in geschützten Arbeitssettings. Erst nach dieser Trainingsphase wird eine Vermittlung in reguläre Arbeit angestrebt („first train then place“); eine längerfristige Unterstützung am Arbeitsplatz ist dabei nicht immer vorgesehen.

Empfehlung 38 Geprüft		Evidenz- und Konsensbasierte Empfehlung „Traditionelle Ansätze beruflicher Rehabilitation“
Empfehlungsgrad B		Für schwer psychisch kranke Menschen sollten auch Angebote vorgehalten werden, die nach dem Prinzip „erst trainieren - dann platzieren“ vorgehen. Diese sind insbesondere für die Teilgruppe schwer psychisch kranker Menschen ohne Präferenz für eine sofortige Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt bedeutsam. Ziel ist die Platzierung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt mit Unterstützung.
Evidenzebene*		Holzner et al. (1998), Watzke et al. (2009) Evidenzgrad IIa-III. Keine neue Literatur identifiziert
Konsensstärke		Starker Konsens (100 %) Abstimmungsergebnis vom 19.10.2017

Hinweis: Evidenzgrad IIa-III bezieht sich auf Studien, in denen PVT gegen Standardbehandlung verglichen wurden.

*Es erfolgt hier keine umfängliche Bewertung mit Hilfe von GRADE-Profilen. Es wurde in der aktuellen Auflage die vorliegende Evidenz systematisch geprüft; es erfolgte keine Änderung der Empfehlung.

6.4 Kombinierte Ansätze beruflicher Rehabilitation

Empfehlung 39 Geprüft		Evidenz- und Konsensbasierte Empfehlung „Zusätzliche trainierende Ansätze“
Empfehlungsgrad B		Die Wirksamkeit von Ansätzen nach den Prinzipien von Supported Employment kann durch begleitende trainierende Interventionen erhöht werden. Diese sollten deshalb in Abhängigkeit der individuellen Bedarfe Anwendung finden.
Evidenzebene*		Chan et al. (2015), Suijkerbuijk et al. (2017), Vázquez-Estupiñán et al. (2018), Tsang et al. (2010)
Konsensstärke		Starker Konsens (100 %) Abstimmungsergebnis vom 19.10.2017

Untersucht wurden bisher vor allem arbeitsplatzspezifische Trainingsangebote zur Stärkung sozialer oder kognitiver Fertigkeiten oder auch spezifische verhaltenstherapeutische Ansätze.

7 Bereich Gesundheit und Wohlergehen

7.1 Gesundheitsfördernde Interventionen

Empfehlung 40 NEU		Evidenzbasierte Empfehlung: Gesundheitsfördernde Interventionen
Empfehlungsgrad A		Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sollen multimodale gesundheitsfördernde Interventionen mit den Schwerpunkten gesunde Ernährung und körperliche Aktivität <u>individualisiert</u> angeboten werden.

GRADE	Vergleich multimodale gesundheitsfördernde Interventionen (Lebensstilinterventionen; LSI) vs. überwiegend herkömmlicher Therapie (TAU); direkte Evidenz aus RCTs); Population: Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung (Pape et al. 2022)
Evidenz¹	
Sehr gering (⊕⊕⊕⊕)	LSI verbessert die Lebensqualität nicht sign. stärker als eine Behandlung ohne LSI
Sehr gering (⊕⊕⊕⊕)	LSI reduziert die depressive Symptomatik sign. stärker als eine Behandlung ohne LSI
Sehr gering (⊕⊕⊕⊕)	LSI reduziert die ängstliche Symptomatik sign. stärker als eine Behandlung ohne LSI
	Vergleich multimodale gesundheitsfördernde Interventionen vs. überwiegend herkömmliche Therapie (TAU); direkte Evidenz aus RCTs); Population: Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung (Speyer et al. 2019)
Sehr gering (⊕⊕⊕⊕)	LSI reduziert das Gewicht (≥ 5 %) sign. stärker als eine Behandlung ohne LSI
Sehr gering (⊕⊕⊕⊕)	LSI reduziert den BMI sign. stärker als eine Behandlung ohne LSI
Sehr gering (⊕⊕⊕⊕)	LSI reduziert den Taillenumfang sign. stärker als eine Behandlung ohne LSI
Sehr gering (⊕⊕⊕⊕)	LSI verbessert die Lebensqualität nicht sign. stärker als eine Behandlung ohne LSI
Sehr gering (⊕⊕⊕⊕)	Die Abbruchraten in beiden Gruppen sind vergleichbar.
	Vergleich Strukturierte Ansätze Ernährung und körperliche Aktivität vs. TAU; direkte Evidenz aus RCTs); Population: Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung (Mucheru et al. 2019)
Sehr gering (⊕⊕⊕⊕)	LSI reduziert das Gewicht (bis 24 Monate) sign. stärker als eine Behandlung ohne LSI
Sehr gering (⊕⊕⊕⊕)	LSI reduziert den BMI (bis 24 Monate) sign. stärker als eine Behandlung ohne LSI
Sehr gering (⊕⊕⊕⊕)	LSI reduziert den Taillenumfang nicht sign. stärker als eine Behandlung ohne LSI
Konsensstärke	Starker Konsens (100 %) Abstimmungsergebnis vom 13.10.2022

Empfehlung 41	Konsensbasierte Empfehlung: Prävention & Behandlung somatischer Komorbidität
NEU	
Empfehlungsgrad	Die Prävention und Behandlung der somatischen Komorbidität bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen erfordern ein integriertes, koordiniertes Handeln aller Beteiligten.
EK	
Konsensstärke	Konsens (91 %) Abstimmungsergebnis vom 13.10.2022

7.2 Bewegungs- und Sportinterventionen

Empfehlung 42	Evidenzbasierte Empfehlung: Bewegungsinterventionen
NEU	
Empfehlungsgrad	Bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sollen Bewegungsinterventionen präferenzbasiert und individualisiert als Teil eines multimodalen Gesamttherapiekonzepts zur Anwendung kommen.
A	

GRADE*	Vergleich aerobes Training vs. überwiegend herkömmlicher Therapie (TAU); direkte Evidenz aus RCTs; Population: Menschen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis (Bredin et al. 2021)
Evidenz¹	
Hoch (⊕⊕⊕⊕)	AT reduziert die Negativsymptomatik sign. stärker als TAU
Moderat (⊕⊕⊕⊖)	AT reduziert die Positivsymptomatik <u>nicht</u> sign. stärker als TAU
Hoch (⊕⊕⊕⊕)	AT verbessert die allgemeine Symptomatik sign. stärker als TAU
	Vergleich Muskelkräftigung (MK) vs. überwiegend herkömmlicher Therapie (TAU); direkte Evidenz aus RCTs; Population: Menschen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis (Bredin et al. 2021)
Moderat (⊕⊕⊕⊖)	MK verbessert die allgemeine Symptomatik <u>nicht</u> sign. stärker als TAU
	Vergleich Kombiniertes aerobes Training und Muskelkräftigung (KT) vs. überwiegend herkömmlicher Therapie (TAU); direkte Evidenz aus RCTs; Population: Menschen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis (Bredin et al. 2021)
Sehr gering (⊕⊖⊖⊖)	KT reduziert den BMI <u>nicht</u> sign. stärker als TAU
Sehr gering (⊕⊖⊖⊖)	KT reduziert die Positivsymptomatik <u>nicht</u> sign. stärker als TAU
Sehr gering (⊕⊖⊖⊖)	KT verbessert die allgemeine Symptomatik <u>nicht</u> sign. stärker als TAU
	Vergleich über alle Trainingsformen (ATF) vs. TAU; direkte Evidenz aus RCTs; Population: Menschen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis (Bredin et al. 2021)
Moderat (⊕⊕⊕⊖)	ATF reduziert den BMI sign. stärker als TAU
Moderat (⊕⊕⊕⊖)	ATF reduziert das Körpergewicht sign. stärker als TAU
Hoch (⊕⊕⊕⊕)	ATF reduziert die Negativsymptomatik sign. stärker als TAU
Moderat (⊕⊕⊕⊖)	ATF reduziert die Positivsymptomatik <u>nicht</u> sign. stärker als TAU
	Vergleich körperliche Aktivität (KA) vs. TAU; direkte Evidenz aus RCTs; Population: Menschen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis (Maurus et al. 2024) ²
Hoch (⊕⊕⊕⊕)	KA reduziert die Positivsymptomatik sign. stärker als TAU
Hoch (⊕⊕⊕⊕)	KA reduziert die Negativsymptomatik sign. stärker als TAU
Hoch (⊕⊕⊕⊕)	KA verbessert die allgemeine Symptomatik sign. stärker als TAU
Hoch (⊕⊕⊕⊕)	KA verbessert kognitive Funktionen sign. stärker als TAU
Hoch (⊕⊕⊕⊕)	KA verbessert die Lebensqualität sign. stärker als TAU
	Vergleich körperliche Aktivität (KA) vs. TAU; direkte Evidenz aus RCTs; Population: Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen (Maurus et al. 2024) ²
Hoch (⊕⊕⊕⊕)	KA reduziert depressive Symptome sign. stärker als TAU
Hoch (⊕⊕⊕⊕)	KA verbessert kognitive Funktionen sign. stärker als TAU
	Vergleich körperliche Aktivität (KA) vs. TAU; direkte Evidenz aus RCTs; Population: Menschen mit schweren depressiven Erkrankungen (Maurus et al. 2024) ²
Hoch (⊕⊕⊕⊕)	KA reduziert depressive Symptome sign. stärker als TAU
Hoch (⊕⊕⊕⊕)	KA verbessert kognitive Funktionen sign. stärker als TAU

Hoch (⊕⊕⊕⊕)	KA verbessert die Schlafqualität sign. stärker als TAU
Konsensstärke	Starker Konsens (100 %)
	Delphi-Abstimmung (Juli 2025)

*Bei der Bewertung nach GRADE wurde auf die aktuellste und umfassendste Evidenz recurriert.

¹ Hoch – moderat – schwach – sehr schwach, Abhängig von Studiendesign, Studienlimitationen (Bias), Konsistenz bzw. Inkonsistenz der Ergebnisse, Indirektheit der Evidenz, Ungenauigkeit bzw. Genauigkeit der Darstellung, Publikationsbias

²Abweichende Bewertung im EPA-Review: alle eingeschlossenen Reviews wurden zunächst nach der SIGN-Methodology-Checklist bewertet. Anschließend erhielten die in den Reviews eingesetzten Interventionen (lifestyle; physical activity etc.) diagnosesübergreifend bzw. diagnosespezifisch die GRADE-Bewertung (von A bis D). Eine A-Bewertung nach GRADE bedeutet hier: „At least one review rated as High quality and directly applicable to the target population, OR a body of evidence consisting principally of reviews rated as High quality, directly applicable to the target population, and demonstrating overall consistency of results.“

Empfehlung 43	Evidenzbasierte Empfehlung: Körperpsychotherapeutische Verfahren
NEU	
Empfehlungsgrad	Körperpsychotherapeutische Verfahren sollten bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen präferenzbasiert und individualisiert zur Anwendung kommen.
B	
Konsensstärke	Konsens (94 %)
	Abstimmungsergebnis vom 13.10.2022

8 Matrix des deutschen Versorgungssystems: Wie lassen sich die Empfehlungen der Leitlinie leistungsrechtlich umsetzen?

Empfohlen werden in dieser Leitlinie umschriebene psychosoziale Therapien sowie komplexe Interventionen mit einem psychosozialen Fokus, deren Wirksamkeit in wissenschaftlichen Studien untersucht wurde. Ausgangsbasis bilden die spezifischen Bedarfe von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen (s. Kapitel Lebens- und Versorgungslagen in der Langfassung) sowie verschiedenste Ansätze und Interventionen, diesen Bedarfen zu begegnen. Die Empfehlungen dieser Leitlinie basieren mehrheitlich auf international generierter Literatur, was eine Übertragung in die hiesigen Versorgungszusammenhänge erheblich erschwert.

Bei einer Umsetzung der Empfehlungen dieser Leitlinie in das deutsche Versorgungssystem kommt man nicht umhin, die Empfehlungen den unterschiedlichen Sozialgesetzbüchern zuzuordnen. Eine besondere Schwierigkeit besteht darin, die Empfehlungen dieser Leitlinie den verschiedenen leistungsrechtlichen Bereichen von Beratung, Behandlung, Rehabilitation und Teilhabe sowie Pflege zuzuordnen, für die es unterschiedliche Zuständigkeiten gibt. Für die Umsetzung der Leistungen von Behandlung und Rehabilitation ist gesetzlich der Bund zuständig, für die der Leistungen der Eingliederungshilfe die Bundesländer. Im sog. Matrixkapitel werden die verschiedenen leistungsrechtlich relevanten Bereiche von Krankenbehandlung, Rehabilitation und Leistungen der sozialen Teilhabe im Rahmen der Eingliederungshilfe für Menschen mit wesentlicher Behinderung beschrieben und die psychosozialen Interventionen aus den Evidenzkapiteln den jeweiligen Leistungsbereichen zugeordnet. Die sozialrechtlichen Rahmenbedingungen für die Versorgung schwer psychisch kranker Menschen in Deutschland werden vorangestellt (s. Langfassung).

8.1 Ambulante psychiatrische Pflege und Soziotherapie

Ambulante Angebote zur Krankenbehandlung sind in vielen Regionen nur sehr eingeschränkt oder auch gar nicht verfügbar, bzw. mit langen Wartezeiten verbunden. Viele Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen benötigen niedrigschwellige und nachgehende, teilweise zeitintensive, oft motivierende Hilfen. Diese sind vor allem in den Bereichen der Alltagsbewältigung sowie im Zusammenhang mit dem Symptom-, Krankheits- und Therapiemanagement notwendig. Die **psychiatrische häusliche Krankenpflege (PHKP)** und die **ambulante Soziotherapie** fokussieren diese Bedarfe; stehen aber bisher in der Versorgung schwer psychischer erkrankter Menschen nicht flächendeckend zur Verfügung. PHKP und ambulante Soziotherapie bieten ein breites Spektrum psychosozialer Therapieansätze und sind eine wichtige Unterstützung für Betroffene weitere Hilfen des medizinischen Versorgungssystems in Anspruch nehmen zu können.

Empfehlung 44 NEU	Konsensbasierte Empfehlung „Ambulante Psychiatrische Pflege und Soziotherapie“
Empfehlungsgrad EK	Ambulante Psychiatrische Pflege und Soziotherapie sollen als - in ein Gesamtbehandlungskonzept integrierte - gemeindepsychiatrische Angebote zur Verfügung stehen.
Konsensstärke	Konsens (100 %) Abstimmungsergebnis vom 16.01.2025

9 Die Bedeutung psychosozialer Interventionen in benachbarten Praxisfeldern

Dieses Kapitel beinhaltet keine Empfehlungen (siehe Langversion für den ausführlichen Hintergrundtext). Es umfasst folgende Unterkapitel:

- Psychosoziale Behandlungsformen bei schweren psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen
- Psychosoziale Therapie für Menschen mit Störung der Intelligenzentwicklung und psychischer Erkrankung
- Psychosoziale Therapien im höheren Lebensalter
- Die Bedeutung interkultureller Aspekte in Psychiatrie und Psychotherapie
- Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen im Maßregelvollzug
- Pandemic Preparedness: Was wir aus der COVID-19-Pandemie für die psychosoziale Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen lernen

Literaturverzeichnis

Anderson, Kimberley; Laxhman, Neelam; Priebe, Stefan (2015): Can mental health interventions change social networks? A systematic review. In: *BMC psychiatry* 15, S. 297. DOI: 10.1186/s12888-015-0684-6.

Aoki, Yumi; Yaju, Yukari; Utsumi, Tomohiro; Sanyaolu, Leigh; Storm, Marianne; Takaesu, Yoshikazu et al. (2022): Shared decision-making interventions for people with mental health conditions. In: *The Cochrane database of systematic reviews* 11 (11), CD007297. DOI: 10.1002/14651858.CD007297.pub3.

Aubry, T.; Goering, P.; Veldhuizen, S.; et al. (2016): A multiple-City RCT of Housing First with Assertive Community Treatment for homeless Canadians with severe mental illness. In: *Psychiatric Serv* 67 (3), S. 275–281.

Aubry, T.; Nelson, G.; Tsemberis, S. (2015): Housing First for People With Severe Mental Illness Who Are Homeless: A Review of the Research and Findings From the At Home-Chez soi Demonstration Project. In: *Can J Psychiatry* 60 (11), S. 467–474.

Bighelli, Irene; Rodolico, Alessandro; García-Mieres, Helena; Pitschel-Walz, Gabi; Hansen, Wulf-Peter; Schneider-Thoma, Johannes et al. (2021): Psychosocial and psychological interventions for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. In: *The lancet. Psychiatry* 8 (11), S. 969–980. DOI: 10.1016/S2215-0366(21)00243-1.

Bond, Gary R.; Drake, Robert E.; Becker, Deborah R. (2008): An update on randomized controlled trials of evidence-based supported employment. In: *Psychiatric rehabilitation journal* 31 (4), S. 280–290. DOI: 10.2975/31.4.2008.280.290.

Bond, K.; Im Anderson (2015): Psychoeducation for relapse prevention in bipolar disorder: A systematic review of efficacy in randomized controlled trials. In: *Bipolar Disord* 17, S. 349–362. DOI: 10.1111/bdi.12287.

Bredin, Shannon S. D.; Kaufman, Kai L.; Chow, Maddison I.; Lang, Donna J.; Wu, Nana; Kim, David D.; Warburton, Darren E. R. (2021): Effects of Aerobic, Resistance, and Combined Exercise Training on Psychiatric Symptom Severity and Related Health Measures in Adults Living With Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-Analysis. In: *Frontiers in cardiovascular medicine* 8, S. 753117. DOI: 10.3389/fcvm.2021.753117.

Buchain, Patricia Cardoso; Vizzotto, Adriana Dias Barbosa; Henna Neto, Jorge; Elkis, Helio (2003): Randomized controlled trial of occupational therapy in patients with treatment-resistant schizophrenia. In: *Revista brasileira de psiquiatria (Sao Paulo, Brazil : 1999)* 25 (1), S. 26–30.

Camacho-Gomez, Miguel; Castellvi, Pere (2020): Effectiveness of Family Intervention for Preventing Relapse in First-Episode Psychosis Until 24 Months of Follow-up: A Systematic Review With Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. In: *Schizophrenia bulletin* 46 (1), S. 98–109. DOI: 10.1093/schbul/sbz038.

Campbell, Kikuko; Bond, Gary R.; Drake, Robert E. (2011): Who benefits from supported employment: a meta-analytic study. In: *Schizophrenia bulletin* 37 (2), S. 370–380. DOI: 10.1093/schbul/sbp066.

Chan, J. Y.C.; Hirai, H. W.; Tsoi, K. K.F. (2015): Can computer-assisted cognitive remediation improve employment and productivity outcomes of patients with severe mental illness? A meta-analysis of prospective controlled trials. In: *Journal of Psychiatric Research* 68, S. 293–300.

- Chan, Sunny Ho-Wan; Lee, Siegfried Wing-Kin; Chan, Ida Wai-Mei (2007): TRIP: a psycho-educational programme in Hong Kong for people with schizophrenia. In: *Occupational therapy international* 14 (2), S. 86–98. DOI: 10.1002/oti.226.
- Chatterton, M. L.; Stockings, E.; Berk, M.; Barendregt, J. J.; Carter, R.; Mihalopoulos, C. (2017): Psychosocial therapies for the adjunctive treatment of bipolar disorder in adults: network meta-analysis. In: *British Journal of Psychiatry* 210, S. 333–341.
- Chen, Li-Fen; Liu, Jia; Zhang, Jing; Lu, Xiao-Qin (2016): Non-pharmacological interventions for caregivers of patients with schizophrenia: A meta-analysis. In: *Psychiatry research* 235, S. 123–127. DOI: 10.1016/j.psychres.2015.11.037.
- Chien, Wai Tong; Clifton, Andrew V.; Zhao, Sai; Lui, Steve (2019): Peer support for people with schizophrenia or other serious mental illness. In: *The Cochrane database of systematic reviews* 4, CD010880. DOI: 10.1002/14651858.CD010880.pub2.
- Chien, Wai Tong; Ma, Dennis Chak Fai; Bressington, Daniel; Mou, Huanyu (2024): Family-based interventions versus standard care for people with schizophrenia. In: *The Cochrane database of systematic reviews* 10 (10), CD013541. DOI: 10.1002/14651858.CD013541.pub2.
- Cook, Sarah; Chambers, Eleni; Coleman, Julie H. (2009): Occupational therapy for people with psychotic conditions in community settings: a pilot randomized controlled trial. In: *Clinical rehabilitation* 23 (1), S. 40–52. DOI: 10.1177/0269215508098898.
- Cornelis, Jurgen; Barakat, Ansam; Blankers, Matthijs; Peen, Jaap; Lommerse, Nick; Eikelenboom, Merijn et al. (2022): The effectiveness of intensive home treatment as a substitute for hospital admission in acute psychiatric crisis resolution in the Netherlands: a two-centre Zelen double-consent randomised controlled trial. In: *The lancet. Psychiatry* 9 (8), S. 625–635. DOI: 10.1016/S2215-0366(22)00187-0.
- Correll, Christoph U.; Galling, Britta; Pawar, Aditya; Krivko, Anastasia; Bonetto, Chiara; Ruggeri, Mirella et al. (2018): Comparison of Early Intervention Services vs Treatment as Usual for Early-Phase Psychosis: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-regression. In: *JAMA psychiatry* 75 (6), S. 555–565. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2018.0623.
- Dieterich, M.; Irving, C. B.; Bergman, H.; Khokhar, M. A.; Park, B.; Marshall, M. (2017): Intensive case management for severe mental illness. In: *Cochrane Database Syst Rev* Issue 1. Art. No.: CD007906. DOI: 10.1002/14651858.CD007906.pub3.
- Eklund, Mona; Tjörnstrand, Carina; Sandlund, Mikael; Argentzell, Elisabeth (2017): Effectiveness of Balancing Everyday Life (BEL) versus standard occupational therapy for activity engagement and functioning among people with mental illness – a cluster RCT study. In: *BMC psychiatry* 17. DOI: 10.1186/s12888-017-1524-7.
- Ercan Doğu, Selma; Kayıhan, Hülya; Kokurcan, Ahmet; Örsel, Sibel (2021): The effectiveness of a combination of Occupational Therapy and Social Skills Training in people with schizophrenia: A rater-blinded randomized controlled trial. In: *British Journal of Occupational Therapy* 84 (11), S. 684–693. DOI: 10.1177/03080226211022953.
- Foruzandeh, Nasrin; Parvin, Neda (2013): Occupational therapy for inpatients with chronic schizophrenia: a pilot randomized controlled trial. In: *Jpn J Nurs Sci* 10 (1), S. 136–141. DOI: 10.1111/j.1742-7924.2012.00211.x.
- Frawley, E.; Cowman, M.; Lepage, M.; Donohoe, G. (2021): Social and occupational recovery in early psychosis: a systematic review and meta-analysis of psychosocial interventions. In: *Psychological medicine* 53 (5), S. 1–12. DOI: 10.1017/S003329172100341X.

- Fuhr, D. C.; Salisbury, T. T.; Silva, M. J. de; Atif, N.; van Ginneken, N.; Rahman, A.; Patel, V. (2014): Effectiveness of peer-delivered interventions for severe mental illness and depression on clinical and psychosocial outcomes: a systematic review and meta-analysis. In: *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 49, S. 1691–1702.
- Geretsegger, Monika; Mössler, Karin A.; Bieleninik, Łucja; Chen, Xi-Jing; Høldal, Tor Olav; Gold, Christian (2017): Music therapy for people with schizophrenia and schizophrenia-like disorders. In: *The Cochrane database of systematic reviews* 5 (5), CD004025. DOI: 10.1002/14651858.CD004025.pub4.
- Gühne, U.; Weinmann, S.; Becker, T.; Riedel-Heller, S. G. (2025): S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Hg. v. DGPPN e. V. für die Leitlinien-gruppe. Berlin (AWMF-Registernummer 038-020). Online verfügbar unter <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-020>, zuletzt aktualisiert am 18.11.2025.
- Gühne, Uta; Daszkowski, Jurand; Desch, Manfred; Weinmann, Stefan; Riedel-Heller, Steffi G.; Becker, Thomas (2024): Einbindung von Betroffenen- und Angehörigenvertreter:innen in Leitlinienprozesse : S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ geht neue Wege. In: *Der Nervenarzt*. DOI: 10.1007/s00115-024-01760-z.
- Gühne, Uta; Weinmann, Stefan; Becker, Thomas; Riedel-Heller, Steffi G. (2022): Das Recovery-orientierte Modell der psychosozialen Versorgung. In: *Psychiatr Prax* 49 (5), S. 234–236. DOI: 10.1055/a-1809-8461.
- Gulcur, L.; Stefancic, A.; Shinn, M.; Tsemberis, S.; Fischer, S. N. (2003): Housing, hospitalization, and cost outcomes for homeless individuals with psychiatric disabilities participating in continuum of care and Housing First programmes. In: *J Community Appl Soc Psychol* 13, S. 171–186.
- Gulcur, L.; Tsemberis, S.; Stefancic, A.; Greenwood, R. M. (2007): Community integration of adults with psychiatric disabilities and histories of homelessness. In: *Community Ment Health J* 43 (3), S. 211–228.
- Hadas-Lidor, N.; Katz, N.; Tyano, S.; Weizman, A. (2001): Effectiveness of dynamic cognitive intervention in rehabilitation of clients with schizophrenia. In: *Clinical rehabilitation* 15 (4), S. 349–359. DOI: 10.1191/026921501678310153.
- Holzner, B.; Kemmler, G.; Meise, U. (1998): The impact of work-related rehabilitation on the quality of life of patients with schizophrenia. In: *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 33 (12), S. 624–631.
- Hsieh, Wen-Ling; Li, I-Hsien; Liu, Wen-I (2023): Effects of empowerment-based illness management on the medication adherence and recovery of persons with schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. In: *International journal of mental health nursing* 32 (4), S. 1008–1024. DOI: 10.1111/inm.13123.
- Hurlburt, M. S.; Hough, R. L.; Wood, P. A. (1996): Effects of substance abuse on housing stability of homeless mentally ill persons in supported housing. In: *Psychiatr Serv* 47 (7), S. 731–736.
- John, Annie; Gandhi, Sailaxmi; Prasad, Muliya Krishna; Manjula, Munivenkatappa (2022): Effectiveness of IADL interventions to improve functioning in persons with Schizophrenia: A systematic review. In: *The International journal of social psychiatry* 68 (3), S. 500–513. DOI: 10.1177/00207640211060696.
- Kaplan, Katy; Solomon, Phyllis; Salzer, Mark S.; Brusilovskiy, Eugene (2014): Assessing an Internet-based parenting intervention for mothers with a serious mental illness: a randomized

controlled trial. In: *Psychiatric rehabilitation journal* 37 (3), S. 222–231. DOI: 10.1037/prj0000080.

Katsuki, Fujika; Watanabe, Norio; Yamada, Atsurou; Hasegawa, Takaaki (2022): Effectiveness of family psychoeducation for major depressive disorder: systematic review and meta-analysis. In: *BJPsych open* 8 (5), e148. DOI: 10.1192/bjo.2022.543.

Kim, Sin-Hyang; Park, Sihyun (2023): Effectiveness of family interventions for patients with schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. In: *International journal of mental health nursing* 32 (6), S. 1598–1615. DOI: 10.1111/inm.13198.

Kinoshita, Y.; Furukawa, T. A.; Kinoshita, K.; et al. (2013): Supported employment for adults with severe mental illness. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews* (9). DOI: 10.1002/14651858.CD008297.pub2.

Kirst, M.; Zerger, S.; Misir, V.; Hwang, S.; Stergiopoulos, V. (2015): The impact of a Housing First randomized controlled trial on substance use problems among homeless individuals with mental illness. In: *Drug Alcohol Depend* 146, S. 24–29.

Längle, Gerhard; Bayer, Wiltrud; Köster, Margitta (2006): Unterscheiden sich die Effekte stationärer arbeits- und ergotherapeutischer Maßnahmen? Ergebnisse einer kontrollierten Multizenterstudie des Kompetenznetzes Schizophrenie. In: *Psychiatrische Praxis* (1), S. 34–41.

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

Lim, Christopher T.; Caan, Marissa P.; Kim, Clara H.; Chow, Clifton M.; Leff, H. Stephen; Tepper, Miriam C. (2022): Care Management for Serious Mental Illness: A Systematic Review and Meta-Analysis. In: *Psychiatric services (Washington, D.C.)* 73 (2), S. 180–187. DOI: 10.1176/appi.ps.202000473.

Lincoln, T. M.; Wilhelm, K.; Nestoriuc, Y. (2007): Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders: a meta-analysis. In: *Schizophrenia research* 96 (1-3), S. 232–245. DOI: 10.1016/j.schres.2007.07.022.

Lloyd-Evans, B.; Mayo-Wilson, E.; Harrison, B.; Istead, H.; Brown, E.; Pilling, S. et al. (2014): A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials of peer support for people with severe mental illness. In: *BMC psychiatry* 14 (39). DOI: 10.1186/1471-244X-14-39.

Lyons, Natasha; Cooper, Chris; Lloyd-Evans, Brynmor (2021): A systematic review and meta-analysis of group peer support interventions for people experiencing mental health conditions. In: *BMC psychiatry* 21 (1), S. 315. DOI: 10.1186/s12888-021-03321-z.

Malone, D.; Newron-Howes, G.; Simmonds, S.; Marriot, S.; Tyrer, P. (2007): Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality. In: *The Cochrane database of systematic reviews* (3), S. CD000270. DOI: 10.1002/14651858.CD000270.pub2.

Mashimo, Izumi; Yotsumoto, Kayano; Fujimoto, Hirokazu; Hashimoto, Takeshi (2020): Effects of Home-visit Occupational Therapy Using a Management Tool for Daily Life Performance on Severe Mental Illness: A Multicenter Randomized Controlled Trial. In: *The Kobe journal of medical sciences* 66 (4), E119-E128.

Maurus, Isabel; Wagner, Sarah; Spaeth, Johanna; Vogel, Anastasia; Muenz, Susanne; Seitz, Valentina et al. (2024): EPA guidance on lifestyle interventions for adults with severe mental

illness: A meta-review of the evidence. In: *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists* 67 (1), e80. DOI: 10.1192/j.eurpsy.2024.1766.

Modini, Matthew; Tan, Leona; Brinchmann, Beate; Wang, Min-Jung; Killackey, Eoin; Glozier, Nicholas (2016): Supported employment for people with severe mental illness: systematic review and meta-analysis of the international evidence. In: *The British Journal of Psychiatry*, S. 1–9. DOI: 10.1192/bjp.bp.115.165092.

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

Morris, Karen; Reid, Graeme; Spencer, Sally (2018): Occupational therapy delivered by specialists versus non-specialists for people with schizophrenia. In: *The Cochrane database of systematic reviews* 10 (10), CD012398. DOI: 10.1002/14651858.CD012398.pub2.

Mucheru, Doreen; Hanlon, Mary-Claire; McEvoy, Mark; Thakkinstian, Ammarin; MacDonald-Wicks, Lesley (2019): Comparative efficacy of lifestyle intervention strategies targeting weight outcomes in people with psychosis: a systematic review and network meta-analysis. In: *JBISIRIR-2017-003943*. DOI: 10.11124/JBISIRIR-2017-003943.

Murphy, S. M.; Irving, C. B.; Adams, C. E.; Waqar, M. (2015): Crisis intervention for people with severe mental illnesses. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews* (12). DOI: 10.1002/14651858.CD001087.pub5.

Nijman, Saskia A.; Veling, Wim; van der Stouwe, Elisabeth C. D.; Pijnenborg, Gerdina H. M. (2020): Social Cognition Training for People With a Psychotic Disorder: A Network Meta-analysis. In: *Schizophrenia bulletin* 46 (5), S. 1086–1103. DOI: 10.1093/schbul/sbaa023.

Nordén, T.; Malm, U.; Norlander, T. (2012): Resource Group Assertive Community Treatment (RACT) as a Tool of Empowerment for Clients with Severe Mental Illness: A Meta-Analysis. In: *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health* 8, S. 144–151.

O'Shea, Amber; Kaplan, Katy; Solomon, Phyllis; Salzer, Mark S. (2019): Randomized Controlled Trial of an Internet-Based Educational Intervention for Mothers With Mental Illnesses: An 18-Month Follow-Up. In: *Psychiatric services (Washington, D.C.)* 70 (8), S. 732–735. DOI: 10.1176/appi.ps.201800391.

Oud, M.; Mayo-Wilson, E.; Braidwood, R.; Schulte, P.; Jones, S. H.; Morriss, R. (2016): Psychological interventions for adults with bipolar disorder: systematic review and meta-analysis. In: *The British Journal of Psychiatry* 208, S. 213–222.

Palepu, A.; Patterson, M. L.; Moniruzzaman, A.; et al. (2013): Housing First Improves Residential Stability in Homeless Adults with concurrent substance dependence and mental disorders. In: *American journal of public health* 103.

Pape, Laura M.; Adriaanse, Marcel C.; Kol, Jelle; van Straten, Annemieke; van Meijel, Berno (2022): Patient-reported outcomes of lifestyle interventions in patients with severe mental illness: a systematic review and meta-analysis. In: *BMC psychiatry* 22 (1), S. 261. DOI: 10.1186/s12888-022-03854-x.

Patterson, M.; Moniruzzaman, A.; Palepu, A.; Zabkiewicz, D.; Frankish, C. J.; Krausz, M.; Somers, J. M. (2013): Housing First improves subjective quality of life among homeless adults with mental illness: 12-month findings from a randomized controlled trial in Vancouver, British Columbia. In: *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 48 (8), S. 1245–1259.

- Pharoah, Fiona; Mari, Jair; Rathbone, John; Wong, Winson (2010): Family intervention for schizophrenia. In: *The Cochrane database of systematic reviews* (12), S. CD000088. DOI: 10.1002/14651858.CD000088.pub2.
- Pilling, S.; Bebbington, P.; Kuipers, E.; Garety, P.; Geddes, J.; Orbach, G.; Morgan, C. (2002): Psychological treatments in schizophrenia: I. Meta-analysis of family intervention and cognitive behaviour therapy. In: *Psychological medicine* 32 (5), S. 763–782.
- Pitschel-Walz, G.; Leucht, S.; Bauml, J.; Kissling, W.; Engel, R. R. (2001): The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia--a meta-analysis. In: *Schizophrenia bulletin* 27 (1), S. 73–92.
- Puntis, Stephen; Minichino, Amedeo; Crescenzo, Franco de; Cipriani, Andrea; Lennox, Belinda; Harrison, Rachael (2020): Specialised early intervention teams for recent-onset psychosis. In: *The Cochrane database of systematic reviews* 11 (11), CD013288. DOI: 10.1002/14651858.CD013288.pub2.
- Ren, J.; Xia, J. (2013): Dance therapy for schizophrenia. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews* (10). DOI: 10.1002/14651858.CD006868.pub3.
- Reuster, T. (2002): Effektivität der Ergotherapie im psychiatrischen Krankenhaus. In: Reuster, T; Bach, O (Hrsg.): *Ergotherapie und Psychiatrie*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag: 41–68.
- Richter, D.; Hoffmann, H. (2017): Independent housing and support for people with severe mental illness: systematic review. In: *Acta psychiatrica Scandinavica* 136 (3), S. 269–279. DOI: 10.1111/acps.12765.
- Rodolico, Alessandro; Bighelli, Irene; Avanzato, Chiara; Concerto, Carmen; Cutrufelli, Pierfelice; Mineo, Ludovico et al. (2022): Family interventions for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. In: *The lancet. Psychiatry* 9 (3), S. 211–221. DOI: 10.1016/S2215-0366(21)00437-5.
- Ruiz, María Isabel; Aceituno, David; Rada, Gabriel (2017): Art therapy for schizophrenia? In: *Medwave* 17 (Suppl1), e6845. DOI: 10.5867/medwave.2017.6845.
- Shimada, Takeshi; Ohori, Manami; Inagaki, Yusuke; Shimooka, Yuko; Sugimura, Naoya; Ishihara, Ikuyo et al. (2018): A multicenter, randomized controlled trial of individualized occupational therapy for patients with schizophrenia in Japan. In: *PLoS One* 13 (4), e0193869. DOI: 10.1371/journal.pone.0193869.
- Sin, Jacqueline; Gillard, Steve; Spain, Debbie; Cornelius, Victoria; Chen, Tao; Henderson, Claire (2017): Effectiveness of psychoeducational interventions for family carers of people with psychosis: A systematic review and meta-analysis. In: *Clinical psychology review* 56, S. 13–24. DOI: 10.1016/j.cpr.2017.05.002.
- Smit, Dorien; Miguel, Clara; Vrijnsen, Janna N.; Groeneweg, Bart; Spijker, Jan; Cuijpers, Pim (2023): The effectiveness of peer support for individuals with mental illness: systematic review and meta-analysis. In: *Psychological medicine* 53 (11), S. 5332–5341. DOI: 10.1017/S0033291722002422.
- Speyer, Helene; Jakobsen, Ane Storch; Westergaard, Casper; Nørgaard, Hans Christian Brix; Pisinger, Charlotta; Krogh, Jesper et al. (2019): Lifestyle Interventions for Weight Management in People with Serious Mental Illness: A Systematic Review with Meta-Analysis, Trial Sequential Analysis, and Meta-Regression Analysis Exploring the Mediators and Moderators of Treatment Effects. In: *Psychother Psychosom* 88 (6), S. 350–362. DOI: 10.1159/000502293.
- Stergiopoulos, V.; Gozdzik, A.; Misir, V.; Skosireva, A.; Connelly, J.; Sarang, A.; et al. (2015a): Effectiveness of Housing First with Intensive Case Management in an Ethnically Diverse

Sample of Homeless Adults with Mental Illness: A Randomized Controlled Trial. In: *PLoS One* 10 (7).

Stergiopoulos, V.; Hwang, S. W.; Gozdzik, A.; et al. (2015b): Effect of Scattered-Site Housing Using Rent Supplements and Intensive Case Management on Housing Stability Among Homeless Adults With Mental Illness. A Randomized Trial. In: *JAMA* 313 (9), S. 905–915.

Stulz, Niklaus; Wyder, Lea; Maeck, Lienhard; Hilpert, Matthias; Lerzer, Helmut; Zander, Eduard et al. (2020): Home treatment for acute mental healthcare: randomised controlled trial. In: *The British journal of psychiatry : the journal of mental science* 216 (6), S. 323–330. DOI: 10.1192/bjp.2019.31.

Suijkerbuijk, Y. B.; Schaafsma, F. G.; van Mechelen, J. C.; Ojajärvi, A.; Corbière, M.; Anema, JR (2017): Interventions for obtaining and maintaining employment in adults with severe mental illness, a network meta-analysis. In: *Cochrane Database Syst Rev* (Issue 9. Art. No.: CD011867). DOI: 10.1002/14651858.CD011867.pub2.

Tatsumi, Eri; Yotsumoto, Kayano; Nakamae, Toshimichi; Hashimoto, Takeshi (2012): Effects of occupational therapy on hospitalized chronic schizophrenia patients with severe negative symptoms. In: *The Kobe journal of medical sciences* 57 (4), E145-54.

Tsang, H. W.H.; Fung, K. M.T.; Leung, A. Y.; Li, S. M.Y. (2010): Three year follow-up study of an integrated supported employment for individuals with severe mental illness. In: *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 44, S. 49–58.

Tsemberis, Sam; Gulcur, Leyla; Nakae, Maria (2004): Housing First, consumer choice, and harm reduction for homeless individuals with a dual diagnosis. In: *American journal of public health* 94 (4), S. 651–656.

Turner, David T.; McGlanaghy, Edel; Cuijpers, Pim; van der Gaag, Mark; Karyotaki, Eirini; MacBeth, Angus (2018): A Meta-Analysis of Social Skills Training and Related Interventions for Psychosis. In: *Schizophrenia bulletin* 44 (3), S. 475–491. DOI: 10.1093/schbul/sbx146.

Twamley, Elizabeth W.; Jeste, Dilip V.; Lehman, Anthony F. (2003): Vocational rehabilitation in schizophrenia and other psychotic disorders: a literature review and meta-analysis of randomized controlled trials. In: *The Journal of nervous and mental disease* 191 (8), S. 515–523. DOI: 10.1097/01.nmd.0000082213.42509.69.

Vázquez-Estupiñán, Martin Felipe; Durand-Arias, Sol; Astudillo-García, Claudia Iveth; Madrigal de León, Eduardo Ángel (2018): Effectiveness of augmented Individual Placement and Support interventions for competitive employment in people with schizophrenia: Systematic review and meta-analysis. In: *Salud Mental* 41 (4), S. 187–197. DOI: 10.17711/SM.0185-3325.2018.027.

Veldhuizen, S.; Adair, C. E.; Methot, C.; et al. (2015): Patterns and predictors of attrition in a trial of a housing intervention for homeless people with mental illness. In: *Soc Psychiatry Epidemiol* 50, S. 195–202.

Vizzotto, Adriana; Celestino, Diego; Buchain, Patricia; Oliveira, Alexandra; Oliveira, Graça; Di Sarno, Elaine et al. (2021): Occupational Goal Intervention Method for the Management of Executive Dysfunction in People With Treatment-Resistant Schizophrenia: A Randomized Controlled Trial. In: *The American journal of occupational therapy : official publication of the American Occupational Therapy Association* 75 (3). DOI: 10.5014/ajot.2021.043257.

Vizzotto, Adriana D. B.; Celestino, Diego L.; Buchain, Patricia C.; Oliveira, Alexandra M.; Oliveira, Graça M. R.; Di Sarno, Elaine S. et al. (2016): A pilot randomized controlled trial of the Occupational Goal Intervention method for the improvement of executive functioning in

patients with treatment-resistant schizophrenia. In: *Psychiatry research* 245, S. 148–156. DOI: 10.1016/j.psychres.2016.05.011.

Wang, Yi; Chen, Ying; Deng, Hong (2022): Effectiveness of Family- and Individual-Led Peer Support for People With Serious Mental Illness: A Meta-Analysis. In: *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 60 (2), S. 20–26. DOI: 10.3928/02793695-20210818-01.

Watzke, Stefan; Galvao, Anja; Brieger, Peter (2009): Vocational rehabilitation for subjects with severe mental illnesses in Germany. A controlled study. In: *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 44 (7), S. 523–531. DOI: 10.1007/s00127-008-0466-2.

Winter, Lars de; Couwenbergh, Chrisje; van Weeghel, Jaap; Sanches, Sarita; Michon, Harry; Bond, Gary R. (2022): Who benefits from individual placement and support? A meta-analysis. In: *Epidemiology and psychiatric sciences* 31, e50. DOI: 10.1017/S2045796022000300.

Xia, J.; Merinder, L. B.; Belgamwar (2011): Psychoeducation for schizophrenia. In: *Cochrane Database Syst Rev* (Issue 6 Art. No.: CD002831). DOI: 10.1002/14651858.CD002831.pub2.

Yesufu-Udechuku, A.; Harrison, B.; Mayo-Wilson, E.; Young, N.; Woodhams, P.; Shiers, D. et al. (2015): Interventions to improve the experience of caring for people with severe mental illness: systematic review and meta-analysis. In: *The British Journal of Psychiatry* 206, S. 268–274.

Zhao, S.; Sampson, S.; Xia, J.; Jayaram, M. B. (2015): Psychoeducation (brief) for people with serious mental illness. In: *Cochrane Database Syst Rev* (Issue 4. Art. No.: CD010823). DOI: 10.1002/14651858.CD010823.pub2.

Versionsnummer:	3.0
Erstveröffentlichung:	11/2012
Letzte inhaltliche Überarbeitung:	11/2025
Nächste Überprüfung geplant:	11/2030

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