

Leitlinienreport zum Update der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen

E-Mail-Kontakt:

Info-Leitlinie-PsychosozialeTherapien@medizin.uni-leipzig.de

AWMF-Register Nr.: 038-020

Stand: 02.10.2018

Update S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen

Evidenz- und konsensbasierte Leitlinie (S3); AWMF-Registernummer 038-020

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

Keywords: S3-Guidelines, psychosocial therapy, severe mental illness, recommendation

Herausgeber

Das vorliegende Update der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ wurde von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) koordiniert und wird gemeinsam mit den 43 beteiligten medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften, Berufsverbänden und Organisationen herausgegeben.

Am Konsensusprozess beteiligt (in alphabetischer Reihenfolge):

ACKPA	Arbeitskreis der Chefärztinnen und Chefarzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland
APK	Aktion Psychisch Kranke e. V.
BAG BBW	Bundesarbeitsgemeinschaft der Berufsbildungswerke e. V.
BAG BTZ	Bundesarbeitsgemeinschaft Beruflicher Trainingszentren
BAG GPV	Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände e. V.
BAG IF	Bundesarbeitsgemeinschaft Integrationsfirmen e. V.
BAG KT	Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerischer Therapien
BAG PIA	Bundesarbeitsgemeinschaft Psychiatrische Institutsambulanzen der Bundesdirektorenkonferenz
BAG RPK	Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation psychisch kranker Menschen
BAG UB	Bundesarbeitsgemeinschaft für Unterstützte Beschäftigung e. V.
BAG WfbM	Bundesarbeitsgemeinschaft Werkstätten für behinderte Menschen e. V.
BApK	Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker / Familien-Selbsthilfe Psychiatrie
BAPP	Bundesinitiative ambulante psychiatrische Pflege e. V.
BDK	Bundesdirektorenkonferenz Psychiatrischer Krankenhäuser
BDP	Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e. V.
BFLK	Bundesfachvereinigung Leitender Krankenpflegepersonen der Psychiatrie (BFLK) e. V.
BFW	Bundesverband Deutscher Berufsförderungswerke e. V.
BKT	Bundesverband für Künstlerische Therapien e. V.

*Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report*

BPE	Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e. V.
BPtK	Bundespsychotherapeutenkammer
BVDN	Berufsverband Deutscher Nervenärzte e. V.
BVDP	Berufsverband Deutscher Psychiater
Bvvp	Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e. V.
DBSH	Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e. V.
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V.
DFPP	Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege
DGBP	Deutsche Gesellschaft für Biologische Psychiatrie
DGGPP	Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und –psychotherapie e. V.
DGKJP	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V.
DGPE	Deutsche Gesellschaft für Psychoedukation e. V.
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie Psychotherapie und Nervenheilkunde
DGS	Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention e. V.
DGSP	Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V.
DGVT	Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V.
DHS	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V.
DTGPP	Deutsch türkische Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und psychosoziale Gesundheit e. V.
DVE	Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V.
DVGS	Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e. V.
EX-IN	EX-IN Deutschland e. V.
LVPE RLP	Landesverband Psychiatrie Erfahrener Rheinland-Pfalz e. V.
VKD	Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V. / Fachgruppe Psychiatrie
	Berufsverband der Soziotherapeuten e. V.
	Dachverband Gemeindepsychiatrie e. V.

Verantwortlich für das Update der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien:

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) in Zusammenarbeit mit

- dem Universitätsklinikum Ulm, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II und dem
- Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health der Universität Leipzig

Koordination und Redaktion:

Die Projektkoordination und Redaktion übernahmen:

- Prof. Dr. Thomas Becker, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm, Bezirkskrankenhaus Günzburg (Projektleitung)
- Prof. Dr. Steffi G. Riedel-Heller, MPH, Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP) der Universität Leipzig (Projektleitung)
- Dr. Dr. Stefan Weinmann, Vivantes Klinikum am Urban, Berlin und Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, Schweiz
- Dr. Uta Gühne, Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP) der Universität Leipzig

Weitere Projektmitarbeiter:

- Daniel Richter, Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP) der Universität Leipzig, Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG), Berlin

Methodische Unterstützung des Koordinations- und Redaktionsteams und Moderation:

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

Expertengruppe (in alphabetischer Reihenfolge)

Themenbereich	Experten
Angehörigen-Experten (NEU)	Janine Berg-Peer Gudrun Schliebener Sibylle Glauser
Arbeit	PD Dr. Holger Hoffmann Prof. Dr. Thomas Reker Prof. Dr. Andreas Bechdorf
Empowerment und Recovery	Prof. Dr. Michaela Amering Prof. Dr. Reinhold Kilian
Ergotherapie	PD Dr. Thomas Reuster Prof. Dr. Matthias Schützwohl
Gesundheitssystem-Perspektive	Prof. Dr. Arno Deister Prof. Dr. Tilman Steinert
Gesundheitsökonomie-Perspektive	Prof. Dr. Hans-Helmut König Dr. Alexander Konnopka

*Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report*

Klinische Relevanz & Außenperspektive	Prof. Dr. Andreas Heinz Prof. Dr. Rainer Hellweg
Perspektive der Pflege- und Gesundheitsfachberufe	Dorothea Jäckel Prof. Dr. Dirk Richter
Perspektive Teilhabe am sozialen Leben und Sozialrecht	Prof. Dr. Heinrich Kunze Prof. Dr. Gerhard Längle
Primärmedizin/Hausarztversorgung und schwere psychische Erkrankungen (NEU)	Dr. Ilka Aden Prof. Dr. Nils Schneider
Psychoedukation	Prof. Dr. Josef Bäuml PD Dr. Gabi Pitschel-Walz
Rehabilitation (NEU)	Prof. Dr. Hans-Joachim Salize Prof. Dr. Katarina Stengler
Transkulturelle Psychiatrie und Migrationsaspekte	PD Dr. med. Iris Tatjana Graef-Calliess Prof. Dr. Wielant Machleidt
Triialog und User involvement (Erweitert)	Prof. Dr. Thomas Bock Ruth Fricke Gyöngyvér Sielaff Jörg Utschakowski
Vernetzung von Hilfen	Dr. Stefan Bartusch Dr. Hermann Elgeti
Wohnen	Dr. Manfred Moos Matthias Rosemann Prof. Dr. Dr. Manfred Wolfersdorf

Konsensusgruppe (in alphabetischer Reihenfolge)

Fachgesellschaft/Organisation		Mandatsträger	Stellvertreter
ACKPA	Arbeitskreis der Chefärztinnen und Chefärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemein-krankenhäusern in Deutschland	Dr. Claudia Birkenheier	
APK	Aktion Psychisch Kranke e. V.	Prof. Dr. Reinhard Peukert	Nils Greve
BAG BBW	Bundesarbeitsgemeinschaft der Berufsbildungswerke e. V.	Walter Krug	
BAG BTZ	Bundesarbeitsgemeinschaft Beruflicher Trainingszentren e. V.	Heiko Kilian	Dr. Reinald Faß
BAG GPV	Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände e. V.	Matthias Rosemann	Dr. Klaus Obert
BAG IF	Bundesarbeitsgemeinschaft Integrationsfirmen e. V.	Betram Sellner	Monika Zimmermann
BAG KT	Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerischer Therapien e. V.	Prof. Dr. Ulrich Elbing	Cornelia Schumacher
BAG PIA (BDK)	Bundesarbeitsgemeinschaft Psychiatrische Institutsambulanzen der Bundesdirektorenkonferenz	Prof. Dr. Katarina Stengler	
BAG RPK	Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation psychisch kranker Menschen e. V.	Annette Theißing	Dr. Sabine Kreß
BAG UB	Bundesarbeitsgemeinschaft für Unterstützte Beschäftigung e. V.	Holger Mangold	Jörg Bungart
BAG WfbM	Bundesarbeitsgemeinschaft Werkstätten für behinderte Menschen e. V.	Wolfgang Schrank (verstorben März 2018), keine Neubenennung erfolgt	
BApK	Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e. V./Familien-Selbsthilfe Psychiatrie	Gudrun Schliebener	
BAPP	Bundesinitiative ambulante psychiatrische Pflege e. V.	Prof. Dr. Sabine Weißflog	Michael Theune
BDK	Bundesdirektorenkonferenz Psychiatrischer Krankenhäuser	Prof. Dr. Gerhard Längle	

*Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report*

Fachgesellschaft/Organisation		Mandatsträger	Stellvertreter
BDP	Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e. V.	Eva Maria Stein (Rücktritt im Herbst 2017) Michael Ziegelmayr (Übernahme des Mandats im Herbst 2017)	
BFLK	Bundesfachvereinigung Leitender Krankenpflegepersonen der Psychiatrie e. V.	Rainer Kleßmann	Frank Vilsmeier
BFW	Bundesverband Deutscher Berufsförderungswerke e. V.	Dr. Reinald Faß	
BKT	Berufsverband für Künstlerische Therapien g. e. V.	Prof. Dr. Dr. Dr. Wolfgang Mastnak	Univ.-Prof. Dr. Dr. Karl Hörmann
BPE	Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e. V.	Ruth Fricke	
BPTK	Bundespsychotherapeutenkammer	Dr. Nikolaus Melcop	Dr. Tina Wessels
BVDN	Berufsverband Deutscher Nervenärzte e. V.	Dr. med. Sabine Köhler	Dr. med. Roland Urban
BVDP	Berufsverband Deutscher Psychiater	Dr. med. Oliver Biniasch	Dr. med. Peter-Christian Vogel
Bvvp	Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e. V.	Dr. Erika Goetz-Erdmann	
DBSH	Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e. V.	Thomas Greune	
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V.	Dr. Ilka Aden	Univ. Prof. Dr. med. Emeritus Thomas Lichte
DFPP	Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege	Dorothea Sauter	André Nienaber Uwe Genge (Zusatzvertreter)
DGBP	Deutsche Gesellschaft für Biologische Psychiatrie	PD Dr. Knut Schnell	Ursula Berninger
DGGPP	Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e. V.	Dr. Beate Baumgarte	

*Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report*

Fachgesellschaft/Organisation		Mandatsträger	Stellvertreter
DGKJP	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V.	Prof. Dr. med. Renate Schepker	
DGPE	Deutsche Gesellschaft für Psychoedukation e. V.	Prof. Dr. med. Josef Bäuml	PD Dr. Gabi Pitschel-Walz
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde	Prof. Dr. Thomas Becker	Prof. Dr. Steffi G. Riedel-Heller
DGS	Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention e. V.	Univ-Prof. Dr. Elmar Etzersdorfer	Prof. Dr. Barbara Schneider, M.Sc.
DGSP	Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V.	Christel Achberger	Dr. Silvia Krumm
DGVT	Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V.	Rudi Merod	
DHS	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V.	Dr. Heribert Fleischmann	Dr. Raphael Gaßmann
DTGPP	Deutsch-türkische Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und psychosoziale Gesundheit	Prof. Dr. med. Meryam Schouler-Ocak	Prof. Dr. Eckhardt Koch
DVE	Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V.	Andreas Pfeiffer	Werner Höhl
DVGS	Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e. V.	Prof. Dr. Gerd Hölter	Dr. Katharina Alexandridis
			Dr. Hubertus Deimel (Zusatzvertreter)
EX-IN	EX-IN Deutschland e. V.	Werner Holtmann	Veikko Kellner
LVPE RLP	Landesverband Psychiatrie Erfahrener Rheinland-Pfalz e. V.	Carsten Hoffmann	
VKD	Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V./Fachgruppe Psychiatrie	Holger Höhmann, MAS, MIM, MBA	Klaus Kupfer
	Berufsverband der Soziotherapeuten e. V.	Dr. med. Nicolas Nowack	Hansgeorg Ließem

*Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report*

Fachgesellschaft/Organisation		Mandatsträger	Stellvertreter
	Dachverband Gemeindepsychiatrie e. V.	Petra Godel-Erhardt	Dr. Micheal Konrad

Frau Fanny Schoeler-Rädke (Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen, IQTIG, Berlin) begleitete den Entwicklungsprozess als unabhängige Beobachterin.

Weitere Autoren:

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

Autoren	Kapitel/Abschnitt
Georg Schomerus	Stigma und Anti-Stigma-Interventionen
Andreas Bechdorf	Frühintervention
Volkmar Aderhold	EXKURS: Bedürfnisangepasster Ansatz und Offener Dialog
Dorothea Sauter, André Nienaber, Dirk Richter und Michael Schulz in Abstimmung mit der DFPP e. V.	EXKURS: Psychiatrische Pflege
Werner Höhl und Andreas Pfeiffer	Inhaltliche Überarbeitung des Evidenzkapitels Ergotherapie
Renate Schepker und Isabel Böge (DGKJP)	Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie
Matthias Schützwahl, Andrea Koch, Uta Gühne und Knut Hoffmann	Psychosoziale Therapien bei Menschen mit Intelligenzminderung und psychischer Erkrankung
Vjera A. Holthoff und Hans Gutzmann	Psychosoziale Therapien im höheren Lebensalter
Eckhardt Koch, Meryam Schouler-Ocak und Iris Tatjana Graef-Calliess	Die Bedeutung interkultureller Aspekte in Psychiatrie und Psychotherapie

Externes Peer-Review:

Ein externes Peer-Review fand durch Prof. Dr. Urs Hepp Integrierte Psychiatrie Winterthur (Schweiz) statt. Das Review vom 11.07.2018 befindet sich in **Anlage K**.

Inhaltsverzeichnis

1. Geltungsbereich und Zweck	11
1.1 Begründung für die Auswahl des Leitlinienthemas	11
1.2 Zielorientierung der Leitlinie	11
1.3 Patientenzielgruppe.....	12
1.4 Versorgungsbereich	13
1.5 Anwenderzielgruppe/Adressaten	14
2. Zusammensetzung der Leitliniengruppe: Beteiligung von Interessensgruppen	15
2.1 Repräsentativität der Leitliniengruppe: Beteiligte Berufsgruppen	15
2.2 Repräsentativität der Leitliniengruppe: Beteiligung von Patienten und Angehörigen	21
3. Methodologische Exaktheit	22
3.1 Recherche, Auswahl und Bewertung wissenschaftlicher Belege (Evidenzbasierung)	22
3.1.1 Formulierung von Schlüsselfragen	22
3.1.2 Verwendung existierender Leitlinien zum Thema.....	24
3.1.3 Systematische Literaturrecherche.....	27
3.1.4 Auswahl der Evidenz.....	27
3.1.5 Bewertung der Evidenz.....	28
3.1.6 Erstellung von Evidenztabelle.....	31
3.2 Formulierung der Empfehlungen und strukturierte Konsensfindung	31
3.2.1 Formale Konsensfindung: Verfahren und Durchführung	31
3.2.2 Berücksichtigung von gesundheitlichem Nutzen, Nebenwirkungen und Risiken	33
3.2.3 Formulierung der Empfehlungen und Vergabe von Evidenzgraden und Empfehlungsstärken	33
4. Externe Begutachtung und Verabschiedung	35
4.1 Pilottestung	35
4.2 Externe Begutachtung	35
4.3 Verabschiedung durch die Vorstände der herausgebenden Fachgesellschaften und Organisationen	36
5. Redaktionelle Unabhängigkeit	37
5.1 Finanzierung der Leitlinie	37
5.2 Darlegung von und Umgang mit Interessenkonflikten	37
6. Verbreitung und Implementierung	38
6.1 Konzept zur Verbreitung und Implementierung	38
6.2 Unterstützende Materialien für die Anwendung der Leitlinie	39

6.3 Diskussion möglicher organisatorischer und/oder finanzieller Barrieren gegenüber der Anwendung der Leitlinienempfehlungen.....	40
6.4 Messgrößen für das Monitoring: Qualitätsziele, Qualitätsindikatoren	41
7. Gültigkeitsdauer und Aktualisierungsverfahren.....	42
7.1 Datum der letzten inhaltlichen Überarbeitung und Status.....	42
7.2 Aktualisierungsverfahren	43
Literatur.....	44

Anlagen¹

Anlage A Evidenzgrundlage zu den Empfehlungen zu Peer-Support	2
Anlage B Systeminterventionen: Evidenzgrundlage zu den Empfehlungen zu Gemeindepsychiatrischen Behandlungsansätzen	41
Anlage C Systeminterventionen: Evidenzgrundlage zu den Empfehlungen zu Ansätzen des Unterstützten Wohnens	66
Anlage D Systeminterventionen: Evidenzgrundlage zu den Empfehlungen zu Maßnahmen der Arbeitsrehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben	103
Anlage E Einzelinterventionen: Evidenzgrundlage zu den Empfehlungen zu Psychoedukativen Interventionen und Dialog für Betroffene und Angehörige	157
Anlage F Einzelinterventionen: Evidenzgrundlage zu den Empfehlungen zu Künstlerischen Therapien	222
Anlage G Einzelinterventionen: Evidenzgrundlage zu den Empfehlungen zu Bewegungs- und Sporttherapien	257
Anlage H Einzelinterventionen: Evidenzgrundlage zu den Empfehlungen zu Gesundheitsfördernden Interventionen	295
Anlage I Protokolle der Konsensustreffen und Ergebniszusammenfassungen aus den Delphi-Abstimmungen	323
Anlage J Zusammenfassung und Bewertung aus der Erklärung von Interessenkonflikten	351
Anlage K Verabschiedung der finalen Leitlinie: Rückmeldungen, Stellungnahmen, Sondervoten und Gutachten aus externem Peer-Review	382

¹ Seitenzahlennumerierung beginnt hier neu

1. Geltungsbereich und Zweck

1.1 Begründung für die Auswahl des Leitlinienthemas

Psychosoziale Therapien bilden einen zentralen Bestandteil moderner multimodaler Therapiekonzepte für die Behandlung psychischer Störungen. Für viele psychosoziale Therapieansätze gibt es hochwertige Studienevidenz. Die Aktualisierung der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien erlaubt es, die bereits in der ersten Auflage systematisch zusammengetragene Evidenz zu erweitern und für das psychiatrisch-psychotherapeutische und das psychosoziale Hilfesystem zur Verfügung zu stellen. Anderenfalls würde die evidenzgestützte Weiterentwicklung des deutschen Versorgungssystems verzögert und es bestünde das Risiko einer Evidenz-Praxis-Lücke in der Patientenversorgung.

Hinzu kommt, dass viele psychosoziale Hilfsangebote für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, z. B. berufliche Rehabilitationsangebote, Wohnangebote, Sozialpsychiatrische Dienste oder Tagesstätten für psychisch kranke Menschen, nicht durch die ambulanten und stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Institutionen, sondern durch das psychosoziale Hilfesystem vorgehalten werden. Die psychosozialen Dienste werden anders finanziert als die Einrichtungen der ambulanten und stationären Krankenversorgung. Eine effektive Versorgung für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen bedarf der Kooperation verschiedener Hilfesysteme. Die S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien zielt darauf ab, die Prinzipien evidenzbasierter Medizin sowie des formalisierten Experten- und Stakeholder-Konsenses auch in diesem komplexen Feld zur Anwendung zu bringen. Die Entwicklung einheitlicher und übergreifender Therapie- und Versorgungsstandards in diesem Bereich hat große Praxisrelevanz und zielt auf eine Patientengruppe mit hohen und komplexen Bedarfen.

1.2 Zielorientierung der Leitlinie

Behandlungsleitlinien sind systematisch entwickelte Aussagen, die den gegenwärtigen Erkenntnisstand im Fachgebiet wiedergeben und den behandelnden Therapeuten und ihren Patienten und Angehörigen die Entscheidungsfindung für eine angemessene Behandlung spezifischer Krankheitssituationen erleichtern [1]. Die zu diesem Report zugehörige Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) reiht sich in das Leitlinienprogramm der AWMF ein und basiert auf der Methodik der S3-Leitlinien, weist aber einige Besonderheiten auf. Die aktuell vorliegende Fassung stellt ein Update der 2013 erschienenen S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ dar.

Ziel der vorliegenden evidenz- und konsensbasierten Leitlinie ist es, Empfehlungen zur umfassenden psychosozialen Behandlung und Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen auf der Basis der besten verfügbaren Evidenz vor dem Hintergrund des deutschen Versorgungssystems zu geben. Den mit der Behandlung und Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen befassten Personen wird eine systematisch entwickelte Entscheidungshilfe an die Hand gegeben, welche psychosozialen Interventionen sich in Studien als wirksam und im deutschen Versorgungssystem als umsetzbar herausgestellt haben. Dabei zielen die psychosozialen Interventionen hauptsächlich darauf ab, die individuellen Möglichkeiten der Betroffenen, in ihrer sozialen Umgebung zu leben und am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben, zu verbessern. Dies wird entweder durch eine günstige Gestaltung der Umgebungsbedingungen oder

dadurch erreicht, dass soziale und kommunikative Kompetenzen für die (Re-)integration in den verschiedenen Lebensbereichen vermittelt werden. Die Leitlinie dient auch der Information von psychisch erkrankten Menschen und Angehörigen. Speziell dazu wurden eine Patienten- und Angehörigenleitlinie entwickelt, welche im Zuge dieses Updates aktualisiert werden. Weiterhin liefert die Leitlinie eine Entscheidungshilfe für die mit der Versorgungsplanung befassten Personen und Institutionen.

Die Leitlinie gibt den aktuell konsentierten Standard bei psychosozialen Interventionen wieder. Durch die Empfehlungen dieser Leitlinie soll die Qualität der Behandlung und Versorgung der im nachstehenden Kapitel genannten Personengruppe verbessert und nicht durch Evidenz begründete Varianz in der Versorgung verringert werden. Die Anwendung wirksamer und hilfreicher Verfahren soll gestärkt werden. Gleichzeitig werden bei einzelnen Verfahren und Hinweisen auf fehlende Wirksamkeit abgeschwächte Empfehlungen gegeben. Ziel ist die Steigerung der Lebensqualität und die Ermöglichung eines so weit wie möglich selbstbestimmten Lebens der Betroffenen mit größtmöglicher Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.

In dieser Leitlinie wird besonders der deutsche Kontext berücksichtigt. Dies ist notwendig, da viele Studien, welche als Evidenzgrundlage herangezogen wurden, im Ausland durchgeführt wurden. Über Fragen der Kontextabhängigkeit hinaus treffen die in Gruppenuntersuchungen dargestellten Effekte nicht immer auf jeden individuell Betroffenen zu. Die S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ ist, wie alle anderen Leitlinien auch, keine Richtlinie und entbindet Personen, die in der Behandlung und Versorgung von Erkrankten tätig sind, nicht davon, Entscheidungen unter Berücksichtigung der Umstände des individuell Betroffenen zu treffen

Abschließend wird darauf hingewiesen, dass die Leitlinie Empfehlungen zu psychosozialen Interventionen gibt, die ihrem Charakter nach zunächst beschrieben und sowohl von der psychotherapeutischen Behandlung im engeren Sinne als auch von allgemeinen Unterstützungsleistungen und Lebenshilfen abgegrenzt werden müssen. Die Leitlinie versucht Empfehlungen zu psychotherapeutischen Verfahren zu vermeiden, diese Regel ist insbesondere bei den körperpsychotherapeutischen Verfahren sowie den Künstlerischen Therapien verletzt. Es werden keine Empfehlungen zur medikamentösen und sonstigen somatischen oder zur spezifischen psychotherapeutischen Behandlung gegeben, obgleich diese Behandlungsmodalitäten an verschiedenen Stellen angesprochen werden. In dieser Leitlinie wird nicht dem angloamerikanischen Sprachgebrauch gefolgt, bei dem die psychotherapeutischen und soziotherapeutischen Verfahren zu den psychosozialen Verfahren zusammengefasst werden. Vielmehr ist der Schwerpunkt der hier behandelten Interventionen ein soziotherapeutischer.

1.3 Patientenzielgruppe

Die Zielgruppe dieser Leitlinie sind nicht Menschen mit einer bestimmten psychischen Erkrankung, sondern umfasst Menschen mit verschiedenen schweren psychischen Erkrankungen. Diese Personengruppe wird in der internationalen Literatur als „people with severe mental illness“ beschrieben. Jedem praktisch in der Versorgung psychisch kranker Menschen Tätigen ist dieser Personenkreis als Gruppe mit besonderen Bedarfen evident.

Die Personengruppe der Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen ist v. a. durch die Auswirkungen ihrer schweren und anhaltenden psychischen Erkrankung gekennzeichnet, die sich durch deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen zeigen und

aufgrund der komplexen Behandlungsbedarfe oft mit einer intensiven, teilweise aber auch unzureichenden und wenig koordinierten Inanspruchnahme medizinischer und psychosozialer Hilfen verbunden sind. Für die Versorgungsplanung psychiatrisch-psychotherapeutischer und psychosozialer Hilfen nehmen sie eine Sonderstellung ein. Historisch gesehen sind diejenigen psychisch kranken Menschen gemeint, die vor der Psychiatrieenquete über viele Jahre in psychiatrischen Anstalten lebten und heute gemeindenah versorgt werden.

Zielgruppe dieser Leitlinie sind demnach Menschen mit einer psychiatrischen Diagnose, welche über längere Zeit, d. h. über mindestens zwei Jahre, Krankheitssymptome aufweisen bzw. in Behandlung sind, die mit erheblichen Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens und das soziale Funktionsniveau einhergehen sowie häufig mit einer intensiven Inanspruchnahme des Behandlungs- und psychosozialen Hilfesystems verbunden sind.

Für die vorliegende Leitlinie wurde nach folgenden Erkrankungen im Sinne medizinischer Diagnosen recherchiert [2]:

- Schizophrenie und andere schwere psychische Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis (ICD-10: F20–F22, F25)
- Schwere affektive Störungen: Manien (ICD-10: F30), bipolar-affektive Störungen (ICD-10: F31), schwere und rezidivierend-depressive Erkrankungen (ICD-10: F32.2–F32.3 und F33)
- Schwere Persönlichkeitsstörungen (ICD-10: F60–F61)
- Schwere Angststörungen (ICD-10: F41)
- Schwere Zwangsstörungen (ICD-10: F42)

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

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

1.4 Versorgungsbereich

Die Leitlinienaussagen sind nicht auf einen bestimmten Versorgungssektor begrenzt. Die Versorgung schwer psychisch kranker Menschen mit psychosozialen Interventionen findet quasi überall dort statt, wo die im Folgenden beschriebenen Interventionen zur Anwendung kommen können. Die Möglichkeiten sind hier sehr breit und gehen über rein medizinische Behandlungseinrichtungen weit hinaus. Wo sich Aussagen spezifisch auf das ambulante, stationäre oder teilstationäre Setting beziehen, wird dies im Text deutlich. Setting-bezogene Aspekte waren oft Inhalt der Konsentierungsprozesse (vgl. z. B. Kapitel „Multiprofessionelle gemeindepsychiatrische teambasierte Behandlung“). In Kapitel D der Leitlinie wird eine Verankerung der einzelnen Interventionen im deutschen Versorgungssystem angestrebt.

Psychosoziale Therapien umfassen eine Reihe von sehr unterschiedlichen Interventionen, die hier für den deutschsprachigen Raum systematisiert und erweitert werden. Einen Schwerpunkt bilden dabei grundlegende Aspekte psychosozialen Handelns. Darunter wird die Gestaltung von Umgebungsbedingungen und des sozialen Miteinanders sowie die Organisation aller therapeutischen Angebote in psychiatrischen bzw. psychosozialen Institutionen wie Krankenhausstationen, Tageskliniken, Wohnheimen, Tagesstätten, beschützten Arbeitsplätzen etc. verstanden. Einen weiteren Schwerpunkt bilden sogenannte Systeminterventionen, bei denen es um die Organisation und Gestaltung der Versorgungsangebote geht. Es handelt sich um meist komplexe Interventionen wie z. B. gemeindepsychiatrische multiprofessionelle Behandlungen, das Case Management oder Ansätze der Arbeitsrehabilitation.

Daneben lassen sich Ansätze der Ergotherapie, der Künstlerischen Therapien oder beispielsweise von Bewegung und Sport den sogenannten Einzelinterventionen zuordnen. Diese können in verschiedenen Behandlungs- und Versorgungszusammenhängen (ambulanter Bereich, Tagesklinik, stationäre Versorgung) Anwendung finden.

Auch Konzepten der Selbsthilfe, des Selbstmanagements und der Beteiligung von Experten in eigener Sache kommt im Behandlungsalltag eine erhebliche Bedeutung zu. Aufgrund des hohen Anteils eigenen Engagements der Betroffenen bilden sie einen eigenen Bereich im psychiatrischen Hilfesystem ab und sind aus diesem nicht mehr wegzudenken. Selbsthilfe wird mittlerweile auch als vierte Säule psychiatrischer Behandlung bezeichnet [3].

Im angloamerikanischen Konzept der *Psychosocial Interventions* wird die Grenze zur Psychotherapie weitergezogen [4]. Obwohl die Grenze zwischen den psychotherapeutischen und psychosozialen Ansätzen fließend verläuft, werden in der vorliegenden Leitlinie psychotherapeutische Ansätze wie die der Kognitiven Verhaltenstherapie, der tiefenpsychologischen Verfahren, der Systemischen - und Familientherapie oder auch Ansätze der Humanistischen Psychotherapie explizit ausgeschlossen.

1.5 Anwenderzielgruppe/Adressaten

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

- erwachsene Menschen mit einer schweren psychischen Erkrankung und deren Angehörige,
- professionell psychiatrisch, psychotherapeutisch und psychosozial Tätige (wie beispielsweise Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Neurologie, ärztliche Psychotherapeuten und Fachärzte für Allgemeinmedizin und hausärztlich tätige Internisten, Psychologische Psychotherapeuten, Diplom-Psychologen, Ergotherapeuten, Sozialarbeiter, Pflegefachkräfte, Personal in anderen psychiatrischen Einrichtungen, Therapeuten Künstlerischer Therapien, Therapeuten von Bewegungsinterventionen, gesetzliche Betreuer und andere, die im Hilfesystem tätig sind),
- andere Personen und Entscheidungsträger im Gesundheits- und Sozialsystem, die Unterstützungsleistungen für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen anbieten oder organisieren (z. B. Mitarbeiter der Jobcenter, Entscheidungsträger in Ministerien, Gesundheitsämter).

2. Zusammensetzung der Leitliniengruppe: Beteiligung von Interessensgruppen

2.1 Repräsentativität der Leitliniengruppe: Beteiligte Berufsgruppen

Das **Leitliniengremium** war auch für die Erarbeitung der aktuellen Version multidisziplinär unter Beteiligung von Patienten- und Angehörigenvertretern und Vertretern wichtiger im psychiatrisch-psychotherapeutischen Hilfesystem tätigen Professionen zusammengesetzt.

Die **Projektgruppe** führte die Literaturrecherche und –auswertung durch, erstellte die Textentwürfe und war für die Gesamtkonzeption der Leitlinie verantwortlich. Die **Expertengruppe** bestand aus ausgewählten Experten, die für die jeweiligen in der Leitlinie behandelten thematischen Bereiche beratend tätig waren. Die **Konsensusgruppe** bestand aus Patienten- und Angehörigenvertretern und Vertretern von Fachgesellschaften aller relevanten im psychosozialen Hilfesystem tätigen Fachgruppen. Maßgeblich unterstützt wurde der Entwicklungsprozess in Form von Beratung und Begleitung eines formalisierten Konsensusverfahrens (Nominaler Gruppenprozess) durch die AWMF. Unter der **Moderation** von Frau Prof. Dr. Ina Kopp (AWMF) wurde ein Großteil der Empfehlungen, inklusive der Empfehlungsgrade, durch alle am Konsensusprozess Beteiligten diskutiert und konsentiert.

a) Projektgruppe

Der Projektgruppe oblagen neben der gesamten Organisation des Leitlinienprozesses und der Kommunikation mit allen Beteiligten, die Aufbereitung der Evidenz, die Erstellung der Hintergrundtexte, der Entwurf der Empfehlungen, die Sitzungsvorbereitungen, die Prüfung und Einarbeitung der gemeinsam im Konsensusprozess getragenen Kommentare und die abschließende Erstellung des Leitlinientextes und -reportes.

Mitglieder der Projektgruppe:

Prof. Dr. Thomas Becker, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm, Bezirkskrankenhaus Günzburg (Projektleitung)

Prof. Dr. Steffi G. Riedel-Heller, MPH, Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health der Universität Leipzig (ISAP) (Projektleitung)

Dr. Dr. Stefan Weinmann, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im Vivantes Klinikum Am Urban, Berlin,

Dr. Uta Gühne, Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health der Universität Leipzig (ISAP)

Daniel Richter, Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health der Universität Leipzig (ISAP)

b) Konsensusgruppe

Die an der Versorgung von Menschen mit einer schweren psychischen Erkrankung maßgeblich beteiligten Fachgesellschaften, Berufsverbände sowie Patienten- und Angehörigenorganisationen wurden durch die Projektgruppe des S3-Leitlinien-Verfahrens erneut angesprochen und um Entsendung von Mandatsträgern in die Konsensusgruppe gebeten (Tab. 1). Um die Repräsentativität

weiter zu erhöhen, wurden weitere Organisationen in die Konsensusgruppe aufgenommen. Vor jeder der Sitzungen der Konsensusgruppe wurde die Repräsentativität der Gruppe zur Entwicklung der Leitlinie durch die Anwesenden und die Vertreter geprüft.

Jede beteiligte Fachgesellschaft, jeder Berufsverband bzw. jede Organisation hatte im formalen Konsensusverfahren eine Stimme. Die Benennung des Stimmberechtigten und die Abgabe der Voten erfolgten im Einvernehmen mit den von der jeweiligen Fachgesellschaft bzw. Organisation entsandten Repräsentanten.

Im Verlauf fanden zwei Treffen der Leitlinien-Konsensusrunde statt, in denen auf der Basis der vorab zugesandten Materialien mittels einer Präsentation die recherchierte Evidenz zu den verschiedenen Themen dargestellt und diskutiert sowie Vorschläge für Empfehlungen mittels nominalem Gruppenprozess unter Leitung von Frau Prof. Dr. Ina Kopp (AWMF) diskutiert und abgestimmt wurden. Einige der Empfehlungen wurden im Nachgang an die Gruppendiskussion und unter Berücksichtigung der Diskussionsbeiträge im Rahmen von formalisierten Delphi-Verfahren konsentiert (vgl. 3.2 Formulierung der Empfehlungen und strukturierte Konsensfindung).

Tab 1: Mitglieder der Konsensusgruppe (in alphabetischer Reihenfolge)

Fachgesellschaft/Organisation	Mandatsträger	Stellvertreter
ACKPA Arbeitskreis der Chefärztinnen und Chefärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemein-krankenhäusern in Deutschland	Dr. Claudia Birkenheier	
APK Aktion Psychisch Kranke e. V.	Prof. Dr. Reinhard Peukert	Nils Greve
BAG BBW Bundesarbeitsgemeinschaft der Berufsbildungswerke e. V.	Walter Krug	
BAG BTZ Bundesarbeitsgemeinschaft Beruflicher Trainingszentren e. V.	Heiko Kilian	Dr. Reinald Faß
BAG GPV Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände e. V.	Matthias Rosemann	Dr. Klaus Obert
BAG IF Bundesarbeitsgemeinschaft Integrationsfirmen e. V.	Betram Sellner	Monika Zimmermann
BAG KT Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerischer Therapien e. V.	Prof. Dr. Ulrich Elbing	Cornelia Schumacher
BAG PIA (BDK) Bundesarbeitsgemeinschaft Psychiatrische Institutsambulanzen der Bundesdirektorenkonferenz	Prof. Dr. Katarina Stengler	
BAG RPK Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation psychisch kranker Menschen e. V.	Annette Theißing	Dr. Sabine Kreß

*Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report*

Fachgesellschaft/Organisation	Mandatsträger	Stellvertreter
BAG UB	Bundesarbeitsgemeinschaft für Unterstützte Beschäftigung e. V.	Holger Mangold Jörg Bungart
BAG WfbM	Bundesarbeitsgemeinschaft Werkstätten für behinderte Menschen e. V.	Wolfgang Schrank (verstorben März 2018)
BApK	Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e. V./Familien-Selbsthilfe Psychiatrie	Gudrun Schliebener
BAPP	Bundesinitiative ambulante psychiatrische Pflege e. V.	Prof. Dr. Sabine Weißflog Michael Theune
BDK	Bundesdirektorenkonferenz Psychiatrischer Krankenhäuser	Prof. Dr. Gerhard Längle
BDP	Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e. V.	Eva Maria Stein (Rücktritt im Herbst 2017)
		Michael Ziegelmayr (Übernahme des Mandats im Herbst 2017)
BFLK	Bundesfachvereinigung Leitender Krankenpflegepersonen der Psychiatrie e. V.	Rainer Kleßmann Frank Vilsmeier
BFW	Bundesverband Deutscher Berufsförderungswerke e. V.	Dr. Reinald Faß
BKT	Berufsverband für Künstlerische Therapien g. e. V.	Prof. Dr. Dr. Dr. Wolfgang Mastnak Univ.-Prof. Dr. Dr. Karl Hörmann
BPE	Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e. V.	Ruth Fricke
BPTK	Bundespsychotherapeutenkammer	Dr. Nikolaus Melcop Dr. Tina Wessels
BVDN	Berufsverband Deutscher Nervenärzte e. V.	Dr. med. Sabine Köhler Dr. med. Roland Urban
BVDP	Berufsverband Deutscher Psychiater	Dr. med. Oliver Binasch Dr. med. Peter-Christian Vogel
Bvvp	Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e. V.	Dr. Erika Goez-Erdmann
DBSH	Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e. V.	Thomas Greune
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und	Dr. Ilka Aden Univ. Prof. Dr. med. Emeritus Thomas Lichte

*Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report*

Fachgesellschaft/Organisation		Mandatsträger	Stellvertreter
Familienmedizin e. V.			
DFPP	Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege	Dorothea Sauter	André Nienaber Uwe Genge (Zusatzvertreter)
DGBP	Deutsche Gesellschaft für Biologische Psychiatrie	PD Dr. Knut Schnell	Ursula Berninger
DGGPP	Deutsche Gesellschaft für Geronto- psychiatrie und -psychotherapie e. V.	Dr. Beate Baumgarte	
DGKJP	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V.	Prof. Dr. med. Renate Schepker	
DGPE	Deutsche Gesellschaft für Psychoedukation e. V.	Prof. Dr. med. Josef Bäuml	PD Dr. Gabi Pitschel-Walz
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde	Prof. Dr. Thomas Becker	Prof. Dr. G. Steffi Riedel- Heller
DGS	Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention e. V.	Univ-Prof. Dr. Elmar Etzersdorfer	Prof. Dr. Barbara Schneider, M.Sc.
DGSP	Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V.	Christel Achberger	Dr. Silvia Krumm
DGVT	Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V.	Rudi Merod	
DHS	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V.	Dr. Heribert Fleischmann	Dr. Raphael Gaßmann
DTGPP	Deutsch-türkische Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und psychosoziale Gesundheit	Prof. Dr. med. Meryam Schouler- Ocak	Prof. Dr. Eckhardt Koch
DVE	Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V.	Andreas Pfeiffer	Werner Höhl
DVGS	Deutscher Verband für Gesund- heitssport und Sporttherapie e. V.	Prof. Dr. Gerd Hölter	Dr. Katharina Alexandridis Dr. Hubertus Deimel (Zusatzvertreter)

Fachgesellschaft/Organisation		Mandatsträger	Stellvertreter
EX-IN	EX-IN Deutschland e. V.	Werner Holtmann	Veikko Kellner
LVPE RLP	Landesverband Psychiatrie Erfahrener Rheinland-Pfalz e. V.	Carsten Hoffmann*	
VKD	Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V./Fachgruppe Psychiatrie	Holger Höhmann, MAS, MIM, MBA	Klaus Kupfer
	Berufsverband der Soziotherapeuten e. V.	Dr. med. Nicolas Nowack	Hansgeorg Ließem
	Dachverband Gemeindepsychiatrie e. V.	Petra Godel-Erhardt	Dr. Micheal Konrad

* Carsten Hoffmann war bis Ende 2017 für den Landesverband Psychiatrie Erfahrener Rheinland-Pfalz e. V. als Mandatsträger aktiv. Nach diesem Zeitpunkt blieben Reaktionen auf unsere Korrespondenz und Einladungen aus, so dass wir am 14. März 2018 den Vorsitzenden des Landesverbandes Psychiatrie Erfahrener Rheinland-Pfalz e. V. anschrieben. Auch hier erhielten wir keine Antwort, so dass in der zweiten Phase des Prozesses die Stimme des Landesverbandes Psychiatrie Erfahrener Rheinland-Pfalz e. V. fehlt.

Die AOK Bayern sowie der Bundesverband Pflegemanagement hatten während des Leitlinienprozesses der ersten Auflage jeweils einen Mandatsträger benannt. Unmittelbar vor Beginn des Aktualisierungsprozesses der Leitlinie wurden die beiden Organisationen gemeinsam mit allen anderen erneut angeschrieben. Vom BV Pflegemanagement erhielten wir keine Antwort; auch auf zwei Folgeeinladungen nicht. Die AOK Bayern lehnt in ihrem Antwortschreiben die Mitwirkung an Leitlinien aus grundsätzlichen Erwägungen heraus ab.

c) Expertengruppe

Für die jeweiligen thematischen Bereiche wurden durch die Projektgruppe Experten angesprochen und benannt, welche die Aufarbeitung der Evidenz und die Ausarbeitung der Texte und Empfehlungen fachlich begleiteten (Tab. 2).

Tab. 2: Mitglieder der Expertengruppe (in alphabetischer Reihenfolge)

Themenbereich	Experten
Angehörigen-Experten (NEU)	Janine Berg-Peer
	Gudrun Schliebener
	Sibylle Glauser
Arbeit	PD Dr. Holger Hoffmann
	Prof. Dr. Thomas Reker
	Prof. Dr. Andreas Bechdorf
Empowerment und Recovery	Prof. Dr. Michaela Amering
	Prof. Dr. Reinhold Kilian

*Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report*

Ergotherapie	PD Dr. Thomas Reuster Prof. Dr. Matthias Schützwohl
Gesundheitssystem-Perspektive	Prof. Dr. Arno Deister Prof. Dr. Tilman Steinert
Gesundheitsökonomie-Perspektive	Prof. Dr. Hans-Helmut König Dr. Alexander Konnopka
Klinische Relevanz & Außenperspektive	Prof. Dr. Andreas Heinz Prof. Dr. Rainer Hellweg
Perspektive der Pflege- und Gesundheitsfachberufe	Dorothea Jäckel Prof. Dr. Dirk Richter
Perspektive Teilhabe am sozialen Leben und Sozialrecht	Prof. Dr. Heinrich Kunze Prof. Dr. Gerhard Längle
Primärmedizin/Hausarztversorgung und schwere psychische Erkrankungen (NEU)	Dr. Ilka Aden Prof. Dr. Nils Schneider
Psychoedukation	Prof. Dr. Josef Bäuml PD Dr. Gabi Pitschel-Walz
Rehabilitation (NEU)	Prof. Dr. Hans-Joachim Salize Prof. Dr. Katarina Stengler
Transkulturelle Psychiatrie und Migrationsaspekte	PD Dr. med. Iris Tatjana Graef-Calliess Prof. Dr. Wielant Machleidt
Trialog und User involvement (erweitert)	Prof. Dr. Thomas Bock Ruth Fricke Gyöngyvér Sielaff Jörg Utschakowski
Vernetzung von Hilfen	Dr. Stefan Bartusch Dr. Hermann Elgeti
Wohnen	Dr. Manfred Moos Matthias Rosemann Prof. Dr. Dr. Manfred Wolfersdorf

d) Weitere Autoren

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

Autoren	Kapitel/Abschnitt
Georg Schomerus	Stigma und Anti-Stigma-Interventionen
Andreas Bechdorf	Frühintervention
Volkmar Aderhold	EXKURS: Bedürfnisangepasster Ansatz und Offener Dialog
Dorothea Sauter, André Nienaber, Dirk Richter und Michael Schulz in Abstimmung mit der DFPP e. V.	EXKURS: Psychiatrische Pflege
Werner Höhl und Andreas Pfeiffer	Inhaltliche Überarbeitung des Evidenzkapitels Ergotherapie
Renate Schepker und Isabel Böge (DGKJP)	Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie
Matthias Schützwahl, Andrea Koch, Uta Gühne und Knut Hoffmann	Psychosoziale Therapien bei Menschen mit Intelligenzminderung und psychischer Erkrankung
Vjera A. Holthoff und Hans Gutzmann	Psychosoziale Therapien im höheren Lebensalter
Eckhardt Koch, Meryam Schouler-Ocak und Iris Tatjana Graef-Calliess	Die Bedeutung interkultureller Aspekte in Psychiatrie und Psychotherapie

2.2 Repräsentativität der Leitliniengruppe: Beteiligung von Patienten und Angehörigen

Die Beteiligung von Personen mit schweren psychischen Erkrankungen und deren Angehörige wurde durch den Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e. V. (BPE), vertreten durch Ruth Fricke, durch den Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e. V./Familien-Selbsthilfe Psychiatrie (BApK), vertreten durch Gudrun Schliebener sowie den Landesverband Psychiatrie Erfahrener Rheinland-Pfalz e.V. (LVPE RLP), vertreten durch Carsten Hoffmann in der Konsensusgruppe gewährleistet (Tab. 1). Im Rahmen der Expertentätigkeit wurde die Erstellung des Updates zudem durch Janine Berg-Peer und Sibylle Glauser als weitere Angehörigen-Experten unterstützt. Janine Berg-Peer engagiert sich auf europäischer Ebene (EUFAMI) für denBApK e.V. Sibylle Glauser ist in der Angehörigenberatung der Universitären Psychiatrischen Dienste Bern tätig (Tab. 2).

Fachgesellschaft/Organisation		Mandatsträger
BAPK	Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e. V./Familien-Selbsthilfe Psychiatrie	Gudrun Schliebener
BPE	Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e. V.	Ruth Fricke
LVPE RLP	Landesverband Psychiatrie Erfahrener Rheinland-Pfalz e. V.	Carsten Hoffmann*

Anmerkung: Auszug aus Tab. 1

* Carsten Hoffmann war bis Ende 2017 für den Landesverband Psychiatrie Erfahrener Rheinland-Pfalz e. V. als Mandatsträger aktiv. Nach diesem Zeitpunkt blieben Reaktionen auf unsere Korrespondenz und Einladungen aus, so dass wir am 14. März 2018 den Vorsitzenden des Landesverbandes Psychiatrie Erfahrener Rheinland-Pfalz e. V. anschrieben. Auch hier erhielten wir keine Antwort, so dass in der zweiten Phase des Prozesses die Stimme des Landesverbandes Psychiatrie Erfahrener Rheinland-Pfalz e. V. fehlt.

3. Methodologische Exaktheit

3.1 Recherche, Auswahl und Bewertung wissenschaftlicher Belege (Evidenzbasierung)

Die Schritte bei der Aktualisierung der Leitlinie orientieren sich mehrheitlich an den Schritten bei der Erstellung der ersten Auflage der Leitlinie und werden im Folgenden dargestellt:

- Zusammenstellung der Projektgruppe, der Expertengruppe und der Konsensusgruppe einschließlich Einladung von Patienten- und Angehörigenvertretern
- Wiederholte Darlegung von Interessenkonflikten aller Beteiligten
- Beschreibung der Zielgruppe der Leitlinie
- Definition klinisch relevanter Fragestellungen
- Entwicklung von Kriterien für die Evidenzrecherche
- Entwicklung von Kriterien für die Evidenzbewertung: Studientypen und –bewertung
- Entwicklung von Kriterien für die Informationssynthese und den Konsensusprozess: Studientypen und –bewertung, formalisierter Konsensusprozess (strukturierte Konsensusfindung gemäß AWMF)
- Zusammenfassung / Synthese der Review- und Studien-Ergebnisse und Bewertung der klinischen Relevanz
- Durchführung der Formalisierten Gruppenprozesse bzw. Delphi-Prozesse (strukturierte Konsensusfindung)
- Einarbeitung der Kommentare
- Ausarbeitung der endgültigen Version der Leitlinie
- Externe Begutachtung

3.1.1 Formulierung von Schlüsselfragen

Entsprechend der ausgewählten Interventionen erfolgte durch die Projektgruppe die Festlegung von Schlüsselfragen, welche dem gesamten Leitlinien-Gremium zur ersten gemeinsamen

Konsensuskonferenz präsentiert und dort zur Diskussion gestellt wurden. Grundlage für die Auswahl der Schlüsselfragen bilden die besonderen Bedarfe der in der Leitlinie definierten Zielgruppe, die sehr komplex sind und weit über medizinische und psychotherapeutische Bedarfe hinausreichen. Neben diesen komplexen Behandlungs- und Versorgungserfordernissen ist davon auszugehen, dass Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen erhöhten Risiken sozialer Exklusion ausgesetzt sind. Die Teilhabe in zentralen Bereichen wie Arbeit, Bildung, Wohnen, Freizeit und Familie ist oft behindert [5–7]. Hier setzen psychosoziale Therapien an, die den Gegenstandsbereich dieser Leitlinie bilden und die die psychosoziale Situation der Betroffenen hinsichtlich gleichberechtigter Teilhabe und größtmöglicher Selbständigkeit verbessern sollen. Dabei spielen neben den System- und Einzelinterventionen auch die Unterstützung durch (ehemals) Betroffene sowie andere Ansätze der Selbsthilfe und des Selbstmanagements eine immer größere Rolle. Neu aufgenommen in das Update wurde auch die Evidenzbewertung von Interventionen gesundheitsfördernden Verhaltens, da davon auszugehen ist, dass die Risiken somatischer Komorbidität und Mortalität deutlich erhöht sind [8].

a) Schlüsselfragen zur Gestaltung der Rahmenbedingungen therapeutischen Handelns

- Inwieweit finden sich Haltungen und Ansätze zur Stärkung von Empowerment und Förderung von Recovery in der wissenschaftlichen Literatur wieder? Welche evidenzgestützten Möglichkeiten zur Stärkung von Empowerment und Recovery in der Behandlung schwer psychisch kranker Menschen gibt es?
- Wie wirkt sich die Gestaltung therapeutischer Milieus in der Behandlung schwer psychisch kranker Menschen aus?
- Gibt es Evidenz für die Wirkung von Formen therapeutischer Gemeinschaften auf das Befinden und den Verlauf der Erkrankung bei psychisch kranken Menschen?

b) Schlüsselfragen zu den Selbsthilfe- und Selbstmanagementansätzen

- Wie wirksam sind Selbstmanagementansätze in der Behandlung schwer psychisch kranker Menschen?
- Welche Ansätze der Peer-Arbeit lassen sich in der wissenschaftlichen Literatur unterscheiden und welche Evidenz lässt sich hinsichtlich deren Wirksamkeit bei schwer psychisch kranken Menschen finden?

c) Schlüsselfragen zu den Systeminterventionen

- Wie lässt sich die Wirksamkeit gemeindepsychiatrischer, multiprofessioneller Versorgung bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen (severe mental illness, SMI) in unterschiedlichen Krankheitsphasen beurteilen? Welche Wirkfaktoren lassen sich identifizieren?
- Welche Evidenz gibt es für die Unterstützung schwer psychisch kranker Menschen durch den Case-Management-Ansatz in seiner vorrangig koordinierenden Ausrichtung?
- Wie wirksam sind unterstützte Wohnformen für Menschen mit SMI hinsichtlich klinischer Parameter, Zufriedenheit, sozialer Funktionen? Lässt sich der Ansatz des Supported Housing durch Evidenz stützen? Lassen sich auch Aussagen zur Wirksamkeit unterschiedlicher Konzepte treffen?
- Wie wirken sich Formen der Arbeitsrehabilitation (PVT, SE) auf die Arbeit, die klinischen Verläufe und die Lebensqualität aus? Inwieweit lassen sich die Befunde internationaler Forschung auf Deutschland übertragen? Durch welche zusätzlichen Strategien lassen sich die Beschäftigungsrate und Jobhaltedauer weiter verbessern?

d) Schlüsselfragen zu den Einzelinterventionen

- Sind psychoedukative Verfahren bei Menschen mit SMI wirksam? Gibt es Hinweise auf differentielle Aspekte hinsichtlich Setting, Diagnosespezifika oder Dauer bzw. Intensität?
- Inwieweit verbessert der Einbezug Angehöriger in die Behandlung schwer psychisch kranker Menschen den Krankheitsverlauf und die sozialen Funktionen?
- Welche Evidenz gibt es für die Wirksamkeit Künstlerischer Therapien (Kunsttherapie, Musiktherapie, Theater- und Dramatherapie, Tanz- und Bewegungstherapie) in der Behandlung schwer psychisch kranker Menschen?
- Welche Evidenz gibt es mittlerweile für die Wirksamkeit von Sport und Bewegungstherapie bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen? Welche Auswirkungen haben Sport und Bewegungstherapien sowohl auf körperliche als auch auf psychische Zielparameter?
- Verbessern gesundheitsbezogene Interventionen Risikofaktoren und klinische Verläufe bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen? Wie lassen sich Risiken somatischer Komorbidität senken?

e) Übergreifende Schlüsselfragestellungen

- Gibt es über alle Formen psychosozialer Therapien hinweg Subgruppen, die besonders von einer psychosozialen Therapie profitieren? (z. B. in Abhängigkeit von Alter, Geschlecht, Komorbidität, Migrationshintergrund)
- Welche Evidenz hinsichtlich spezifischer Ansätze der Versorgung bzw. der Versorgungssysteme gibt es in Deutschland?

3.1.2 Verwendung existierender Leitlinien zum Thema

Vor Beginn der eigentlichen Rechercharbeiten erfolgte eine systematische Suche nach relevanten Leitlinien, um zum einen sicherzustellen, dass es keine vergleichbare Leitlinie in Deutschland gibt und zum anderen zu gewährleisten, dass bereits existierende Evidenz und Empfehlungen zu relevanten Themen in die vorliegende Leitlinie einfließen können. Am 24.07.2015 wurde in folgenden Datenbanken bzw. auf folgenden Seiten von Leitlinienentwicklern nach gültigen (i. d. R. nicht älter als 5 Jahre), evidenz- und konsensbasierten Leitlinien recherchiert:

- <http://www.awmf.org/leitlinien/leitlinien-suche.html>
- <http://www.leitlinien.de/leitlinien-finden/leitlinien-finden>
- <http://www.g-i-n.net>
- <http://www.guidelines.gov>
- <http://www.sign.ac.uk>
- <http://guidance.nice.org.uk/CG/Published>

Weitere Einschlusskriterien umfassten folgende Aspekte: deutsch- oder englischsprachige Leitlinie, Repräsentativität der Entwicklergruppe sowie redaktionelle Unabhängigkeit. Suchbegriffe in den benannten speziellen Datenbanken waren: severe mental illness, severe mental disorder, serious mental illness, complex mental health needs, schizophrenia.

Identifizierte Leitlinien werden im Folgenden aufgeführt. Im Rahmen der Erstellung dieser Leitlinie wurde für jede Fragestellung geprüft, ob es relevante Inhalte aus den bereits existierenden Leitlinien gibt. Ebenso erfolgte regelmäßig eine Prüfung hinsichtlich von Neuerscheinungen bzw.

*Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report*

Aktualisierungen relevanter Leitlinien. Es erfolgte keine Ableitung von Empfehlungen allein auf der Basis von Quelleitlinien. Die Gründe hierfür werden im Folgenden dargelegt.

S3-Behandlungsleitlinie Schizophrenie der DGPPN, 2006 (AWMF-Reg. Nr. 038-009) [9]

Diese Leitlinie befand sich während der Erstellung der vorliegenden Leitlinie in Überarbeitung. In der (ungültigen) evidenzbasierten Konsensusleitlinie Schizophrenie aus dem Jahre 2006 erfolgte eine systematische Recherche und Darstellung der Evidenz zur Gestaltung bestimmter Behandlungssettings (z. B. gemeindepsychiatrische Teams, Assertive Community Treatment). Es wurden basierend auf einer systematischen Recherche und Literaturlauswertung Empfehlungen zu definierten psychosozialen Interventionen gegeben, die allerdings nur auf die Schizophrenie bezogen sind. Hauptadressaten dieser Leitlinie waren, im Gegensatz zur vorliegenden Leitlinie, medizinisches Personal und Patienten.

S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression der DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, 2015 (AWMF-Reg. Nr. nvl-005) [10]

In dieser diagnosespezifischen S3-Leitlinie werden evidenzbasierte Konsensusempfehlungen zur Behandlung der Depression gegeben, die neben der medikamentösen und somatischen Therapie auch die psychotherapeutische Behandlung und die Gestaltung der Versorgungskette beinhalten. Neben Aspekten der Versorgungscoordination und Schnittstellenproblematik, finden sich Aspekte (nicht zwingend Empfehlungen) zu einigen psychosozialen Interventionen, die sich jedoch an Menschen mit einer Depression aller Schweregrade richten und deshalb nicht aussagekräftig für die Gruppe der schwer psychisch kranken Menschen sind: angeleitete Selbsthilfe, technologiegestützte psychosoziale Interventionen, körperliches Training, Soziotherapie.

S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen der DGBS und DGPPN, 2012 (AWMF-Reg. Nr. 038-018) [11]

In dieser S3-Leitlinie finden sich einige Aspekte bzw. Empfehlungen zu psychosozialen Interventionen (Künstlerische Therapien, Ergotherapie, Sport und Bewegung, Selbsthilfe) und zum Versorgungssystem, diese sind allerdings auf die Gruppe der Menschen mit bipolaren Störungen begrenzt.

S3-Leitlinie „Zwangsstörungen“ der DGPPN, 2015 (AWMF-Reg. Nr. 038/017) [12]

Diese Leitlinie umfasst Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie von Patienten mit Zwangsstörungen. Therapieempfehlungen beziehen sich in erster Linie auf psychotherapeutische und somatische Ansätze. Darüber hinaus werden auch einige Aspekte (KKP-Empfehlungen) der Versorgungscoordination sowie psychosozialer Ansätze dargestellt

S3-Leitlinie Behandlung von Angststörungen, 2015 (AWMF-Reg. Nr.: 051-028) [13]

Die S3-Leitlinie ist das Ergebnis einer Zusammenarbeit der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM), der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM), der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin (DKPM), des Deutschen Fachverbands für Verhaltenstherapie (DVT), der Gesellschaft für Angstforschung (GAF), der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen (DAG SHG) sowie weiteren Fachgesellschaften, Patientenvertretern und Selbsthilfeorganisationen. Es

finden sich KKP-Empfehlungen für Sport und Selbsthilfe im Bereich psychosozialer Ansätze, die auf die Patientengruppen mit Angststörungen beschränkt sind.

S3-Leitlinie "Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen" der DG-Sucht, DGPPN und der AWMF, 2015 (AWMF-Reg. Nr.: 076-001) [14]

Diese Leitlinie konzentriert sich auf die Diagnostik und Behandlung von schädlichem und abhängigem Alkoholgebrauch. In einem Abschnitt werden relevante Aspekte bei psychischer Komorbidität beleuchtet. Es wird aber nicht auf Menschen mit einer schweren psychischen Erkrankung sowie auf psychosoziale Interventionen fokussiert.

S3-Leitlinie "Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums" der DG-Sucht und der DGPPN, 2015 (AWMF-Reg. Nr.: 076-006) [15]

Diese Leitlinie konzentriert sich auf die Diagnostik und Behandlung von schädlichem und abhängigem Tabakkonsum. Auch hier gibt es ein Kapitel zur Behandlung bei psychischer Komorbidität. Die Empfehlungen richten sich hier an Menschen mit einer Depression oder einer Schizophrenie.

Psychosis and schizophrenia in adults: Treatment and management. National Collaborating Centre for Mental Health commissioned by the National Institute for Health and Care Excellence, 2014 (National Clinical Guideline Number 178) [16]

In dieser sehr umfangreichen britischen Leitlinie zur Behandlung von Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis wird zu vielen psychosozialen Ansätzen Stellung genommen. In der neuen Auflage wurden zu ausgewählten Themen aktuelle systematische Recherchen und Metaanalysen durchgeführt und die verfügbare Evidenz bewertet. Die Leitlinie greift sowohl Systeminterventionen, als auch Einzelinterventionen und Ansätze der Selbsthilfe auf. Aufgrund des Fokus auf Menschen mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis und der unterschiedlichen Versorgungssysteme sind die Empfehlungen jedoch nicht uneingeschränkt übertragbar.

Management of schizophrenia. A national clinical guideline. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), 2013 [17]

Die nationale Leitlinie zur Behandlung der Schizophrenie in Schottland betrachtet ebenfalls zahlreiche psychosoziale Interventionen. Es gelten dieselben Einschränkungen hinsichtlich der Übertragbarkeit wie bei der britischen Leitlinie.

Occupational therapy practice guidelines for adults with serious mental illness. American Occupational Therapy Association, 2012 [18]

Bei der Leitlinie zu Ansätzen beruflicher Rehabilitation für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen der American Occupational Therapy Association handelt es sich ebenfalls um eine evidenz- und konsensbasierte Leitlinie. Es werden verschiedene Interventionen betrachtet, die im Rahmen der beruflichen Rehabilitation zur Anwendung kommen. Neben Ansätzen von Supported Employment und Supported Education werden beispielsweise auch Ansätze des Fertigkeitentrainings, von Sport und Bewegung, des Finanzmanagements und gesundheitsförderliche Ansätze betrachtet. Möglicherweise sind die Empfehlungen nicht interessenunabhängig. Eine uneingeschränkte Übertragbarkeit ist deshalb nicht möglich.

3.1.3 Systematische Literaturrecherche

Der **Literaturrecherche** lag eine Zusammenstellung klinisch relevanter Fragestellungen durch die Projektgruppe zugrunde, welche die Recherche und Auswertung leitete. Die klinisch relevanten Fragestellungen wurden in der ersten Konsensuskonferenz vorgestellt. Für die Mehrheit der Themen wurde eine systematische Literaturrecherche in folgenden **Datenbanken** durchgeführt:

- MEDLINE,
- Cochrane-Datenbanken: Cochrane Controlled Trials Register (CCTR), Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (DARE),
- Embase,
- PsycINFO,
- alle großen Leitlinien- und HTA-Datenbanken wie die der NGC (National Guideline Clearinghouse, INAHTA, ÄZQ, SIGN)

Außerdem wurde in den Literaturverzeichnissen der identifizierten Studien und Reviews und in ausgewählten Fachbüchern nach relevanten Publikationen gesucht. Weiterhin wurden die Mitglieder der Konsensus- und Expertengruppe um Übersendung relevanter Literatur zu den Themen gebeten.

Für die Suche wurden für jedes Thema sensitive **Suchstrategien** festgelegt, die auf die Cochrane-Suchstrategien aufbauten (s. **Anlagen A bis H** des Reports). Es wurden zunächst systematische Reviews und Metaanalysen berücksichtigt und in einem zweiten Schritt später erschienene Studien, insbesondere randomisierte kontrollierte Studien betrachtet. Seltener wurden auch nicht-randomisierte kontrollierte Studien berücksichtigt. Lediglich englisch- oder deutschsprachige Publikationen wurden eingeschlossen, für die ein Volltext vorlag. Die aktuelle Suche wurde an der Suchstrategie der 1. Auflage der Leitlinie ausgerichtet. Für neu aufgenommene Interventionen erfolgte die Suche zeitlich uneingeschränkt.

Zunächst wurden in einem ersten Screening-Schritt nicht-relevante Literaturstellen anhand der Abstracts entfernt. In einem zweiten Schritt erfolgte die endgültige Auswahl der Publikationen anhand der Volltexte. Der Selektionsprozess wird für jede Suche mit Hilfe des PRISMA Flow-Diagramm [19] in den **Anlagen A bis H** dargestellt. Die Auswahl der Studien wurde stichprobenartig von zwei Mitarbeitern vorgenommen.

3.1.4 Auswahl der Evidenz

Bei der Auswahl der Evidenz (Reviews und Primärarbeiten) wurde der PICO-Regel (Patient – Intervention – Control Intervention - Outcome) gefolgt. Nur wenn mithilfe der identifizierten wissenschaftlichen Arbeit die Beantwortung einer klinisch relevanten Fragestellung möglich schien, wurde die Arbeit berücksichtigt. Entscheidend war dabei die Passung aller vier Kategorien:

- **Patient:** Eingeschlossen wurden die Arbeiten dann, wenn die ganz überwiegende Mehrheit der Studienteilnehmer schwer psychisch erkrankt entsprechend der oben benannten Kriterien (psychische Erkrankung, Dauer, psychosoziale Beeinträchtigung) und zwischen 18 und 65 Jahre alt war. Eingeschlossen wurden die Arbeiten unabhängig vom Behandlungssetting (ambulant vs. stationär) und auch von möglicher Komorbidität (z. B. Substanzabhängigkeit).
- **Intervention:** Eingeschlossen wurden die Arbeiten dann, wenn die Intervention Gegenstand der Schlüsselfragen war (z. B. Maßnahmen der Arbeitsrehabilitation, Psychoedukation, Peer-Support, Künstlerische Therapien).

- **Kontrollintervention:** Eingeschlossen wurden solche Arbeiten, in denen gegen jegliche Kontrollintervention verglichen wurde. Diese konnte also beispielsweise ein Wartegruppendedesign vorsehen, eine herkömmliche Behandlung oder auch eine andere aktive Kontrollintervention.
- **Outcome:** Eingeschlossen wurden die Arbeiten, die folgende Outcomes berichteten:
 - **Krankheitsassoziierte Merkmale** (z. B. Reduktion der psychischen Symptomatik / Psychopathologie, Ansprechraten (Response), Verbesserung von Allgemeinzustand und körperlicher Gesundheit, Reduktion von Rückfällen in akute Krankheitsphasen, Remission)
 - **Behandlungsassoziierte Merkmale** (z. B. Reduktion von Behandlungsabbrüchen, Behandlungszufriedenheit)
 - **Merkmale sozialer Inklusion** (z. B. Verbesserung beruflicher Perspektive und Wohnsituation)
 - **Lebensqualität, soziale Funktionen und psychische Parameter** (z. B. Selbstwertgefühl)
 - **Biologische Merkmale** (z. B. Körpergewicht)
 - **Angehörigenassoziierte Merkmale** (z. B. Belastungserleben bei Angehörigen)
 - **Kosteneffektivität** (z. B. Behandlungskosten)

Ziel war, Evidenz auf der Basis qualitativ hochwertiger Studien und Meta-Analysen zu identifizieren. Grundlage bildete dabei die systematische Literaturrecherche nach internationaler Literatur. Für jedes Thema und jeden Outcome-Parameter wurde in der Zusammenschau der Reviews und Studien die höchste verfügbare Evidenzebene dargestellt. Folgende Evidenzebenen wurden verwendet (Tab. 3).

Tab. 3: Evidenzgraduierung

Ia	Evidenz aus einer Meta-Analyse von mindestens drei randomisierten kontrollierten Studien (randomized controlled trials, RCTs) oder eine einzelne große randomisierte kontrollierte Studie mit eindeutigem Ergebnis
Ib	Evidenz aus mindestens einer kleineren randomisierten kontrollierten Studie oder einer Meta-Analyse von weniger als 3 RCTs
IIa	Evidenz aus zumindest einer methodisch guten, kontrollierten nicht-randomisierten Studie
IIb	Evidenz aus mindestens einer methodisch guten, quasi-experimentellen Studie
III	Evidenz aus methodisch guten, nicht-experimentellen deskriptiven Studien, wie z.B. Vergleichsstudien, Korrelationsstudien und Fallserien
IV	Evidenz aus Berichten und Empfehlungen von Expertenkomitees oder Expertenmeinung und/oder klinische Erfahrung respektierter Autoritäten

3.1.5 Bewertung der Evidenz

Bei Erfüllung der Einschlusskriterien erfolgte eine Bewertung der methodischen Qualität der Literatur. Alle Publikationen, die als Evidenzgrundlage in die Leitlinie eingingen und in dieser auch entsprechend dargestellt werden, wurden mit Hilfe von strukturierten Checklisten bewertet. Stichprobenartig wurden diese von zwei Mitarbeitern geprüft. Bei Unklarheiten erfolgte eine Abstimmung im Team. Es wird darauf hingewiesen, dass die Bewertung der Arbeiten, die bereits bei früheren Literaturrecherchen während der ersten Auflage der Leitlinie identifiziert wurden, hier nicht erneut erfolgte. Diese sind im Leitlinienreport der ersten Auflage nachzulesen.

In die Checkliste zur Bewertung der Übersichtsarbeiten gingen folgende Kriterien ein:

- Fragestellung, Zielsetzung
- Design
- Datenbanken
- Zeitraum
- Eingeschlossene Studientypen
- Ein- und Ausschlusskriterien
- Qualitätsbewertung der Primärstudien
- Patientenmerkmale
- Erhobene Outcomes
- Ergebnisse

Entscheidend für den Einschluss von Reviews/Übersichtsarbeiten waren (1) eine klare und adäquate Fragestellung, (2) eine adäquate Methodik, (3) eine systematische Literaturrecherche und (4) die Bewertung der Studienqualität.

Die Bewertung der randomisierten kontrollierten Einzelstudien erfolgte mit dem Risk of Bias Tool der Cochrane Collaboration (Tab. 4).

Tab. 4: Risk of Bias Tool der Cochrane Collaboration (modifizierte Version)

1. Erstellen der Randomisierungssequenz	
Niedriges Risiko – nicht vorhersehbar	<ul style="list-style-type: none"> • Tabelle mit zufälligen Zahlen • Computergenerierte Zufallszahlen • Stratifizierte oder Block-Randomisierung • “Minimisation” • Einfach - Münzwurf, Mischen von Karten oder Umschlägen, würfeln, auslosen
Hohes Risiko – vorhersehbar	<ul style="list-style-type: none"> • Quasi-zufällig – Geburtsdatum, Tag des Besuchs, ID oder Aktennummer, abwechselnde Zuordnung • Nicht-zufällig – Wahl durch Arzt/Ärztin oder TeilnehmerIn, Testresultate, Verfügbarkeit
Unklares Risiko	<ul style="list-style-type: none"> • Keine genaue Beschreibung/Darstellung der Randomisierungssequenz wie bspw. die Teilnehmer zufällig verteilt wurden (randomly assigned)
2. Geheimhaltung der Behandlungsfolge	
Niedriges Risiko – nicht vorhersehbar	<ul style="list-style-type: none"> • Zentrale Zuteilung (Telefon, Internet, Apotheke) • Fortlaufend nummerierte, verschlossene, undurchsichtige Umschläge • Fortlaufend nummerierte, identische Medikamentenbehälter
Hohes Risiko – vorhersehbar	<ul style="list-style-type: none"> • Randomisierungssequenz ist dem Personal zuvor schon bekannt • Umschläge oder Verpackungen ohne “Sicherheitsmaßnahmen” • Nicht zufällige, vorhersehbare Reihenfolge
Unklares Risiko	<ul style="list-style-type: none"> • Keine genaue Beschreibung wie die Geheimhaltung im Detail umgesetzt wurde bspw. bei der Verwendung von Umschlägen wurde nicht dargestellt ob die Nummerierung fortlaufend gewählt wurde, die Umschläge mglw. durchsichtig und nicht verschlossen waren
3. Verblindung von TeilnehmerInnen und Personal	
Niedriges Risiko – nicht vorhersehbar	<ul style="list-style-type: none"> • Verblindung (wahrscheinlich keine Entblindung) • Keine oder unvollständige Verblindung, allerdings Einfluss auf Endpunkt unwahrscheinlich
Hohes Risiko – vorhersehbar	<ul style="list-style-type: none"> • Keine, unvollständige oder durchbrochene Verblindung, Einfluss auf

	Endpunkte wahrscheinlich
Unklares Risiko	<ul style="list-style-type: none"> Keine genaue Beschreibung des Verblindungsprozedere
4. Verblindung bei der Endpunktbeurteilung	
Niedriges Risiko– nicht vorhersehbar	<ul style="list-style-type: none"> Verblindung (wahrscheinlich keine Entblindung) Keine oder unvollständige Verblindung, allerdings Einfluss auf Endpunkt unwahrscheinlich
Hohes Risiko – vorhersehbar	<ul style="list-style-type: none"> Keine oder durchbrochene Verblindung und Einfluss auf Endpunkte wahrscheinlich
Unklares Risiko	<ul style="list-style-type: none"> Keine genaue Beschreibung des Verblindungsprozedere
5. Verlust-unvollständige Daten	
Niedriges Risiko– nicht vorhersehbar	<ul style="list-style-type: none"> Keine fehlenden Daten Gründe für das Fehlen von Daten unabhängig von Behandlungsergebnis Fehlende Daten über Gruppen gleich verteilt bei ähnlichen Gründen Fehlender Anteil oder anzunehmende Effektstärke haben wahrscheinlich keinen Einfluss auf die Ergebnisse, der klinisch relevant wäre
Hohes Risiko – vorhersehbar	<ul style="list-style-type: none"> Gründe mit Behandlungsergebnis assoziiert bzw. Missverhältnis bei Anzahl oder Gründen Fehlender Anteil oder anzunehmende Effektstärke haben gfs. klinisch relevanten Einfluss 'as-treated' Analyse mit wesentlicher Abweichung von ursprünglicher Zuteilung Abbruchrate > 30% (ein Richtwert, in Abhängigkeit von Stichprobengröße und Studiendauer zu bewerten) Unangemessene Imputation* (keine Beschreibung der Wahl des Verfahrens, mögliche Unterschiede zwischen Completer Analyse und ITT-Analyse nicht erfolgt)
Unklares Risiko	<ul style="list-style-type: none"> Keine genaue Beschreibung, z.B. Gründe für Missings werden nicht benannt
6. Selektives Berichten	
Niedriges Risiko– nicht vorhersehbar	<ul style="list-style-type: none"> Übereinstimmung der eingeschlossenen primären und sekundären Outcomes im Methodik- und Ergebnisteil der Studie (ohne Protokolleinsicht)
Hohes Risiko – vorhersehbar	<ul style="list-style-type: none"> Endpunkte nicht berichtet wie festgelegt oder zu erwarten wäre z.B. fehlende, zusätzlich, Untergruppen, unerwartete Messungen oder Methoden Endpunkte unvollständig berichtet und damit nicht für Meta-Analyse verwertbar
Unklares Risiko	<ul style="list-style-type: none"> Keine genauen Angaben
7. Weitere Bias	
Niedriges Risiko– nicht vorhersehbar	<ul style="list-style-type: none"> Studie scheint keine anderen Gründe für Bias zu haben
Hohes Risiko – vorhersehbar	<ul style="list-style-type: none"> Relevante Interessenkonflikte der Autoren Sonstige Arten von Bias (z.B. Gender-Bias) Qualität der Intervention (standardisiert, supervidiert, fachliche Kompetenz) Anfängliche Unterschiede in den Behandlungsgruppen Unterschiedliche diagnostische Aktivität Fehlen einer aktiven Kontrollintervention
Unklares Risiko	<ul style="list-style-type: none"> Keine genaue Beschreibung

3.1.6 Erstellung von Evidenztabelle

Für alle eingeschlossenen Arbeiten wurden entsprechende Tabellen erstellt, die eine zusammenfassende und übersichtliche Darstellung der relevanten Outcomes zu den verschiedenen Bereichen zeigen. Parallel wurden in diesem Zusammenhang weitere Tabellen zu den eingeschlossenen Arbeiten erstellt, die grundlegende Charakteristika, wie bspw. die Beschreibung der Patientenpopulation oder der eingesetzten Interventionen, darstellen. Die Erstellung der Evidenztabelle erfolgt unabhängig voneinander durch zwei Mitglieder der Projektgruppe (Anhänge A bis H in diesem Report sowie in der Langversion der Leitlinie).

3.2 Formulierung der Empfehlungen und strukturierte Konsensfindung

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

3.2.1 Formale Konsensfindung: Verfahren und Durchführung

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

Einige der Empfehlungen wurden im Nachgang an die Gruppendiskussion und unter Berücksichtigung der Diskussionsbeiträge im Rahmen von formalisierten Delphi-Verfahren konsentiert. Für die erste Konsensuskonferenz standen vier zu konsentierende Themen auf der Agenda. Drei dieser Themen (Unterstütztes Wohnen, Gesundheitsfördernde Interventionen, Künstlerische Therapien) konnten

vorgestellt und ein Thema (Künstlerische Therapien) konsentiert werden. Die Konsentierung der Empfehlungen zu Unterstütztem Wohnen und Gesundheitsfördernden Interventionen erfolgte nach Umsetzung der Änderungsvorschläge im Rahmen der schriftlichen Delphiverfahren. Dafür wurde allen Akteuren der Experten- und Konsensgruppe der veränderte Leitlinientext inklusive Empfehlungsvorschlägen und Leitlinienreport zugesandt. Alle Mandatsträger und deren Stellvertreter erhielten das Abstimmungsformular der AWMF (Delphi-Verfahren) ergänzt durch die relevanten Formulierungen zu den einzelnen Themen und wurden gebeten dieses einmal pro Fachgesellschaft bzw. Organisation auszufüllen und zurückzusenden (Möglichkeiten per E-Mail, per Fax oder per Post). Entsprechend dem Formular hatten die Mandatsträger bzw. ihre Stellvertreter die Möglichkeit, den jeweiligen Empfehlungen zuzustimmen oder nicht zuzustimmen und stattdessen begründete Alternativvorschläge unter Benennung relevanter Literatur zu unterbreiten. Die Experten hatten die Möglichkeit, auf formlosen Wege Anmerkungen zu den Vorschlägen zu geben. In aller Regel wurden Bearbeitungsfristen über drei bis vier Wochen gewährt, die pro Delphi-Verfahren mehrmals verlängert wurden, da die Fristen nicht durch alle Akteure eingehalten werden konnten. Alle eingehenden Abstimmungsformulare wurden registriert, gesammelt und anonym aufbereitet. Eine Zusammenfassung ist der **Anlage I** zu entnehmen. Es erfolgte eine Diskussion der Ergebnisse in der Projektgruppe und eine regelmäßige Rückmeldung der Ergebniszusammenfassungen an alle Teilnehmer. Nachdem die ersten beiden Delphi-Verfahren für die Bereiche Unterstütztes Wohnen und Gesundheitsfördernde Interventionen abgeschlossen waren, wurde ein solches Verfahren auch für die Bewegungs- und Sportinterventionen durchgeführt.

Auf der zweiten Konsensuskonferenz im Herbst 2017 wurden die Evidenz und die Empfehlungen zu den Bereichen der gemeindepsychiatrischen multiprofessionellen Ansätze, zur Arbeitsrehabilitation sowie zur Psychoedukation vorgestellt. Auch hier konnte keine Abstimmung mittels nominalen Gruppenprozesses für alle Interventionsbereiche erfolgen (vgl. **Anlage I**). Deshalb erfolgte die Abstimmung der Empfehlungen zur Psychoedukation im Nachgang der Konferenz mittels Delphi-Technik. Schließlich wurden auch die Empfehlungen zum Peer-Support und zu Recovery mittels Delphi-Technik abgestimmt. Das Vorgehen hierbei glich dem oben beschriebenen Prozedere.

Die Klassifikation der Konsensstärke orientiert sich am Regelwerk der AWMF:

- Starker Konsens: Zustimmung von mehr als 95 % der abstimmungsberechtigten Personen
- Konsens: Zustimmung von mehr als 75 % bis 95 % der abstimmungsberechtigten Personen
- Mehrheitliche Zustimmung: Zustimmung von mehr als 50 % bis 75 % der abstimmungsberechtigten Personen
- Kein Konsens: Zustimmung von weniger als 50 % der abstimmungsberechtigten Personen

Im Rahmen der Abstimmungen wurde mindestens ein Konsens angestrebt und auch erreicht. In der überwiegenden Mehrheit konnte über alle 33 Empfehlungen hinweg ein starker Konsens erreicht werden (bei 20 von 33 Empfehlungen). Das gilt sowohl für die Abstimmungsergebnisse im nominalen Gruppenprozess als auch im Delphi-Verfahren. Der (starke) Konsens im Rahmen der Delphi-Abstimmung wurde über alle Abstimmungen hinweg in der ersten Befragungsrunde erreicht, so dass keine Neuabstimmungen notwendig waren. Das gute Ergebnis in den schriftlichen Abstimmungsrunden lässt sich auf die intensive Vorbereitung zurückführen. Die Mehrheit der Themen wurde auf den Konferenzen diskutiert. Die Anmerkungen der Akteure wurden in einer transparenten Weise kontinuierlich berücksichtigt und ein regelmäßiger Austausch gepflegt.

Sondervoten wurden initial nicht angeregt, weder auf den Leitlinienentwürfen noch im Nachgang des formalisierten Delphi-Verfahrens. Erst im Rahmen der Abstimmung der finalen Leitlinie (vgl. 4.3 Verabschiedung durch die Vorstände der herausgebenden Fachgesellschaften und Organisationen) erfolgte eine kritische Stellungnahme zum Evidenzkapitel Arbeitsrehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben von fünf der acht Organisationen, die den Bereich Arbeitsrehabilitation und berufliche Teilhabe vertreten (Bundesarbeitsgemeinschaft Beruflicher Trainingszentren e.V. (BAG BTZ), Bundesarbeitsgemeinschaft der Berufsbildungswerke e.V. (BAG BBW), Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation psychisch Kranker e.V. (BAG RPK), Bundesarbeitsgemeinschaft Werkstätten für behinderte Menschen e.V. (BAG WfbM) und Bundesverband Deutscher Berufsförderungswerke e.V. (BFW)). Die BAG BBW und die BAG RPK votierten im Verlauf positiv für die aktuelle Leitlinienversion. Den Empfehlungen der AWMF bei starkem Dissens (s. unten) folgend mündete dieser Prozess in ein Sondervotum durch drei Organisationen (Bundesarbeitsgemeinschaft Beruflicher Trainingszentren e.V. (BAG BTZ), Bundesarbeitsgemeinschaft Werkstätten für behinderte Menschen e.V. (BAG WfbM) und Bundesverband Deutscher Berufsförderungswerke e.V. (BFW)). Stellungnahme, Gegenstellungnahme und Sondervotum sind deshalb in **Anlage K** dieses Reports dargestellt. Alle Protokolle der Abstimmungsverfahren finden sich in **Anlage I** dieses Reports.

Das Regelwerk der AWMF sieht bei starkem Dissens folgendes Vorgehen vor:

1. Die Fachgesellschaft beantragt die Aufnahme eines Sondervotums oder die Darlegung des begründeten Dissens zu den Aussagen, die nicht mitgetragen werden können. Dieses Sondervotum wird von der Fachgesellschaft selbst als konkreter Alternativvorschlag mit Begründung formuliert und in die Leitlinie aufgenommen.
2. Die Fachgesellschaft beantragt Klarstellung im Leitlinienreport, dass sie am Entwicklungsprozess beteiligt war, jedoch den finalen Text der Leitlinie nicht mitträgt. Der Leitlinientext bleibt in diesem Fall unverändert in der Fassung, die von den Mitgliedern der Leitliniengruppe konsentiert und von den anderen Fachgesellschaften verabschiedet wurde.
3. Die Fachgesellschaft zieht Ihre Beteiligung zurück und wird nicht mehr als Beteiligte genannt. Der Leitlinientext bleibt auch in diesem Fall unverändert wie unter 2.
4. Die anderen beteiligten Fachgesellschaften entscheiden über Fortführung der Verhandlungen oder Herausgabe der Leitlinie ohne Beteiligung der Fachgesellschaft, die den Konsens nicht mitträgt

3.2.2 Berücksichtigung von gesundheitlichem Nutzen, Nebenwirkungen und Risiken

In der gesamten Leitlinie wurde, wenn erforderlich, Stellung zu Risiken bezogen bzw. darauf hingewiesen. Falls vorhanden, wurden ebenso Kosten-Nutzen-Analysen berücksichtigt und ausgewertet.

3.2.3 Formulierung der Empfehlungen und Vergabe von Evidenzgraden und Empfehlungsstärken

Die Graduierung der Empfehlungen basiert auf der identifizierten Evidenz, der klinischen Expertise der Beteiligten und den Patientenpräferenzen und schließt damit auch explizit subjektiv wertende Elemente ein. Innerhalb der formalen Konsensfindung im Rahmen des Updates wurde deshalb zunächst die methodisch aufbereitete Evidenz unter klinischen Gesichtspunkten gewertet und die Empfehlungen auf dieser Grundlage diskutiert. Bei der Festlegung der Stärke der Empfehlungen

wurden auch weitere Kriterien berücksichtigt, die unter dem Abschnitt „Von der Evidenz zur Empfehlung: Berücksichtigung der GRADE-Kriterien“ für jeden systematisch aufbereiteten Interventionsbereich zusammenfassend dargestellt werden.

Für die Erarbeitung der den einzelnen Empfehlungen zugrundeliegenden Empfehlungsgrade wurden in Anlehnung an die GRADE-Kriterien (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) folgende Faktoren berücksichtigt [20]:

- **Qualität der Evidenz:** Evidenzebene Ia bis IV unter Berücksichtigung der Qualität der Studien und Reviews (vgl. Tab. 3) unter Berücksichtigung der Relevanz der Effekte
- **Unsicherheit über Ausgewogenheit zwischen erwünschten und unerwünschten Effekten:** Bei hohem Risiko, dass unerwünschte Effekte überwiegen oder zu deutlichen Bedenken führen könnten, konnte die Evidenzebene für die Bestimmung des Empfehlungsgrades herabgestuft werden.
- **Unsicherheit/Schwankungen hinsichtlich der Werte und Präferenzen:** Bei hoher Wahrscheinlichkeit, dass trotz Wirksamkeit der Intervention diese für Patienten oder einen Teil der Patienten nicht akzeptabel sein könnte, konnte die Evidenzebene für die Bestimmung des Empfehlungsgrades herabgestuft werden.
- **Unsicherheit darüber, ob die Intervention eine sinnvolle Nutzung der Ressourcen darstellt:** Bei hoher Wahrscheinlichkeit eines ungünstigen Kosten-Nutzen-Verhältnisses, konnte die Evidenzebene für die Bestimmung des Empfehlungsgrades herabgestuft werden.
- **Breite Anwendbarkeit im deutschen Versorgungssystem:** Wenn Studien in anderen Gesundheitssystemen durchgeführt wurden und die Umsetzbarkeit im deutschen Versorgungssystem nur sehr eingeschränkt gegeben war, konnte die Evidenzebene für die Bestimmung des Empfehlungsgrades herabgestuft werden.

Für die Empfehlungen wurden folgende Empfehlungsgrade verwendet, wobei die Evidenzebenen auf der Basis der oben genannten Kriterien herauf- oder herabgestuft werden konnten (Tab. 4).

Tab. 4: Empfehlungsgrade

A	Soll-Empfehlung: die meisten Patienten sollten diese Intervention in einer spezifischen Situation erhalten und würden sich dafür entscheiden.	Evidenz-Ebene Ia und Ib
B	Sollte-Empfehlung: Ein Teil der Patienten sollte diese Intervention erhalten, nachdem Vor- und Nachteile und Alternativen gemeinsam erörtert wurden.	Evidenzebenen IIa, IIb, III oder Evidenz aus Ebene I, die jedoch für die spezifische Fragestellung extrapoliert, abgeleitet werden muss
O	Kann-Empfehlung: Es gibt unzureichende Evidenz, um eine Empfehlung abzugeben, oder die Nachteile und Vorteile sind vergleichbar.	Evidenz-Ebene IV oder Ableitungen aus IIa, IIb oder III
KKP	Klinischer Konsensus-Punkt: Empfehlung, zu deren Begründung keine Studien durchgeführt werden können, oder die einer breiten Werte- und Präferenzentscheidung in unserer Gesellschaft entsprechen.	Empfehlung auf der Basis von Konsens

Ein Evidenzkapitel der Leitlinie ist üblicherweise so aufgebaut, dass die Verknüpfung zwischen den Empfehlungen und der zugrundeliegenden Evidenz sowie den zusätzlich berücksichtigten Kriterien einheitlich und übersichtlich dargestellt ist:

- **Hintergrund:** Enthält Hintergrundwissen zu den einzelnen Interventionen.

- **Internationale Evidenz:** Zunächst werden die Ergebnisse der systematischen Recherche vorgestellt, welche dann in der Folge ausführlich beschrieben werden und einem Schema folgen: a) aggregierte Evidenz aus Leitlinien sowie aus Übersichtsarbeiten und b) Evidenz aus Einzelstudien. Neben der Textform erfolgt hierzu eine übersichtliche Darstellung in Evidenztabelle.
- **Kosteneffektivität:** Falls vorhanden, wurden hier Kosten-Nutzen-Analysen berücksichtigt und ausgewertet.
- **Von der Evidenz zur Empfehlung:** Dieser Abschnitt berücksichtigt neben einer Zusammenfassung der Evidenz alle relevanten Aspekte zu möglichen Risiken, Präferenzen der Nutzer oder Möglichkeiten der Anwendbarkeit in Deutschland etc. und führt letztlich zur Empfehlung über.

4. Externe Begutachtung und Verabschiedung

4.1 Pilottestung

Da es sich um das erste Update der Leitlinie handelt, konnten Erfahrungen der Zielgruppe mit der Leitlinie in das Update einfließen. Aufgrund der zahlreichen Aktivitäten der Projektgruppe im Rahmen der Implementierung der Leitlinie gab/gibt es viele Schnittstellen in die Praxis und Wissenschaft. Dies ermöglicht die Berücksichtigung von Erfahrungen im Umgang mit der Leitlinie. In Folge dessen sind beispielsweise neue Bereiche (z. B. Gesundheitsfördernde Interventionen, Peer-Arbeit) in das Update neu aufgenommen worden.

Unmittelbar geplant ist eine Multicenter-Studie mit Beginn im 2. Quartal 2018. Gefördert wird die Studie aus Mitteln des Innovationsfonds zur Förderung von Versorgungsforschung. Ziel der Studie „Implementierung der Patientenleitlinie Psychosoziale Therapien für Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen“ (IMPPeTuS, Förderkennzeichen: 01VSF17017) ist zum einen eine umfassende Erfassung der derzeitigen Leitlinienumsetzung der S3 Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ in verschiedenen Versorgungsregionen. Im zweiten Teil soll in einer kontrollierten Studie überprüft werden, ob eine strukturierte Implementierung der zugehörigen Patientenleitlinie eine verbesserte Umsetzung der S3 Leitlinie zur Folge hat und zu einer verbesserten Inanspruchnahme psychosozialer Therapien führt. Darüber hinaus soll untersucht werden, ob so ein besseres Behandlungsergebnis, eine verbesserte Lebensqualität sowie eine höhere Behandlungszufriedenheit erreicht werden können. Gleichzeitig sollen Barrieren und unterstützende Faktoren der Leitlinienimplementierung ermittelt werden.

4.2 Externe Begutachtung

Ein externes Peer-Review des aktuellen Updates der Leitlinie fand durch Prof. Dr. Urs Hepp Integrierte Psychiatrie Winterthur (Schweiz) statt (**Anlage K**).

Zudem ist die erste Auflage der Leitlinie in der Zeitschrift *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* (einem Peer Review Journal) unter dem Titel „S3 guideline on psychosocial therapies in severe mental illness: evidence and recommendations“ durch das Autorenteam Uta Gühne, Stefan Weinmann, Katrin Arnold, Thomas Becker und Steffi G. Riedel-Heller publiziert und im Vorfeld begutachtet worden [21].

Im Zeitraum vom 28.06.2018 bis zum 20.07.2018 fand eine Konsultationsphase durch die Beteiligten im Rahmen der Verabschiedung der Leitlinie durch die Fachgesellschaftsvorstände statt (vgl. Abschnitt 4.3).

4.3 Verabschiedung durch die Vorstände der herausgebenden Fachgesellschaften und Organisationen

Nach der formalen Verabschiedung der Empfehlungen durch die Mitglieder der Konsensusgruppe wurde der Leitlinientext redaktionell von der Projektgruppe überarbeitet. Diese vorläufige Endversion wurde sowohl der herausgebenden Fachgesellschaft (DGPPN) als auch allen beteiligten und mitherausgebenden Fachgesellschaften und Verbänden aus der Konsensusgruppe und den Experten vorgelegt.

Am 15.06.2018 teilte die DGPPN die Zustimmung aller Vorstandsmitglieder zu den Empfehlungen des vorliegenden Updates der Leitlinie mit.

Im Zeitraum vom 28.06.2018 bis zum 20.07.2018 hatten die beteiligten Fachgesellschaften, Organisationen und Verbände die Möglichkeit, dieser Version der Leitlinie im E-Mail-Umlaufverfahren zuzustimmen bzw. Einwände zu formulieren. Letztere sind in **Anlage K** abgebildet. Dabei oblag es, analog dem Vorgehen im gesamten Leitlinienprozess, den einzelnen Fachgesellschaften, wie die einzelnen Fachgesellschaften die Verantwortlichkeit ihres Mandatsträgers und das Verabschiedungsverfahren für sich regeln. Alle Vorstände der beteiligten Fachgesellschaften, Organisationen, Verbände haben der Leitlinie in der aktuell vorliegenden Form zugestimmt.

Allerdings erfolgte im Rahmen der Abstimmung der finalen Leitlinie eine kritische Stellungnahme zum Evidenzkapitel Arbeitsrehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben durch fünf der acht Organisationen, die den Bereich Arbeitsrehabilitation und berufliche Teilhabe vertreten (Bundesarbeitsgemeinschaft Beruflicher Trainingszentren e. V. (BAG BTZ), Bundesarbeitsgemeinschaft der Berufsbildungswerke e. V. (BAG BBW), Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation psychisch Kranker e.V. (BAG RPK), Bundesarbeitsgemeinschaft Werkstätten für behinderte Menschen e. V. (BAG WfbM) und Bundesverband Deutscher Berufsförderungswerke e. V. (BFW)). Den Empfehlungen der AWMF bei starkem Dissens folgend mündete dieser Prozess in ein Sondervotum durch drei der stellungnehmenden Organisationen (Bundesarbeitsgemeinschaft Beruflicher Trainingszentren e. V. (BAG BTZ), Bundesarbeitsgemeinschaft Werkstätten für behinderte Menschen e. V. (BAG WfbM) und Bundesverband Deutscher Berufsförderungswerke e. V. (BFW)). Die BAG BBW und die BAG RPK votierten im Verlauf positiv für die aktuelle Leitlinienversion. Die Empfehlungen im Bereich der Arbeitsrehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben wurden bereits am 19.10.2017 unter Beteiligung der betreffenden Akteure in einer strukturierten Konsensuskonferenz in Frankfurt verabschiedet. Stellungnahme, Gegenstellungnahme und Sondervotum sind deshalb in **Anlage K** dieses Reports dargestellt. In der Leitlinie selbst findet sich an entsprechender Stelle ein Verweis auf den Report.

5. Redaktionelle Unabhängigkeit

5.1 Finanzierung der Leitlinie

Die Finanzierung der Leitlinienerstellung erfolgte allein aus Mitteln der DGPPN. Dabei sind Kosten in Höhe von insgesamt 117.715,52 Euro entstanden. Die Arbeit der Experten und Teilnehmer an der Konsensrunde erfolgte ehrenamtlich ohne Honorar bzw. im Rahmen ihrer Entsendung durch die Fachgesellschaften und Organisationen.

Die redaktionelle Arbeit der Projektgruppe war während des gesamten Zeitraumes der Erarbeitung des Updates unabhängig und wird allein von dieser verantwortet. Sie wird nicht durch die Interessen Dritter, persönliche Interessen der Projektgruppe oder Interessen der herausgebenden und finanzierenden Fachgesellschaft beeinflusst.

5.2 Darlegung von und Umgang mit Interessenkonflikten

Um den Aktualisierungsprozess möglichst transparent zu gestalten wurde mit Beginn der Leitlinienentwicklung eine Erklärung zu Interessenkonflikten angefordert. Alle Teilnehmer der ersten Konsensuskonferenz legten eine Erklärung zu Interessenkonflikten des laufenden Jahres und der drei zurückliegenden Jahre zu nachfolgend genannten Aspekten schriftlich offen. Vor erneuter Konsensuskonferenz wurde eine aktuelle Abfrage der Interessenskonflikterklärungen an alle Teilnehmer gerichtet. Dabei gab es aufgrund einer Aktualisierung der Formulare zu Interessenskonflikterklärungen innerhalb des Regelwerkes der AWMF einen Wechsel der Formulare im Leitlinienprozess. So wurde bei der zweiten Abfrage die Beta-Version genutzt. Grundsätzlich wurden folgende Aspekte erfragt:

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

Vor Beginn jeder Konferenz wurde im Rahmen einer offenen Diskussion gefragt, ob eine der anwesenden Personen in der Erklärung eines Delegierten einen Grund für den Ausschluss von der Abstimmung sieht. Eine geplante Regulierung von Interessenkonflikten im Sinne eines Ausschlusses einzelner Teilnehmer von Diskussionen oder Abstimmungen wurde von der Delegiertenrunde in jeder Sitzung beraten. Bei der Bewertung der Angaben zu Interessenkonflikten wurde dem Bewertungssystem der AWMF gefolgt (<http://www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk/ll-entwicklung.html>). In einem mehrstufigen Vorgehen wurde eingeschätzt, (1) ob Interessenkonflikte

vorliegen, (2) und wenn ja, ob es thematische Bezüge zu Fragestellungen der Leitlinie gibt und (3) ob eventuelle Interessenkonflikte von Relevanz hinsichtlich der Entwicklung der Leitlinie sind.

Dem Risiko von Verzerrungen der Leitlinieninhalte durch etwaige Interessenkonflikte wurde zusätzlich durch die ausgewogene Zusammensetzung der Leitliniengruppe, die systematische Recherche und Bewertung der Evidenz und den Einsatz strukturierter Konsensfindung mit unabhängiger Moderation entgegengewirkt. Die Interessenkonflikte der Steuergruppe wurden von unabhängiger Seite bewertet. Zudem erfolgte ein externes Peer-Review-Verfahren.

Eine Übersicht der Erklärungen zu Interessenskonflikten aller Koordinatoren, Fachgesellschaftsdelegierten und Experten findet sich im Leitlinienreport, in **Anlage J**. Darüber hinaus können die verwendeten Formblätter zur Darlegung potenzieller Interessenkonflikte im Leitliniensekretariat am Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP) der Medizinischen Fakultät, Universität Leipzig angefordert werden.

Bewertung: Im Rahmen der Bewertung von Interessenkonflikten in diesem Prozess wurden keine direkten, finanziellen Interessen mit einem thematischen Bezug zur Leitlinie bzw. zu spezifischen Fragestellungen als relevant eingestuft. Im Rahmen ihrer Delegation gaben einige Teilnehmer indirekte Interessen, v. a. im Rahmen ihrer Mitgliedschaft / Funktion in Interessenverbänden oder auch durch Interesse an wissenschaftlicher Tätigkeit in relevanten Bereichen an. Aufgrund der Evidenzbasierung, eines an den Regeln der Leitlinienerstellung orientierten strengen methodischen Vorgehens und einer sehr ausgewogenen Zusammensetzung des Leitliniengremiums, einschließlich Patienten- und Angehörigenvertretern, stellen diese Interessen keinen Grund für Bias dar. Für alle Empfehlungen wurde zudem ein Konsens bzw. ein starker Konsens erreicht. Es musste kein Delegierter von der Koordination, Abstimmung oder Beratung ausgeschlossen werden.

6. Verbreitung und Implementierung

6.1 Konzept zur Verbreitung und Implementierung

Mittlerweile ist eine Reihe von Verfahren bekannt, welche die Verbreitung (Dissemination) und die Implementierung von Leitlinien erleichtern können. Insgesamt ist aber weiterhin auffällig, wie wenig Evidenz es zur Wirksamkeit verschiedener Implementierungsstrategien psychiatrischer Leitlinien hinsichtlich der Nutzung oder gar des Behandlungsergebnisses gibt [22]. Es besteht weiterhin Unklarheit darüber, welche Maßnahmen der Leitlinienimplementierung unter welchen speziellen Umständen wirksam sind. Ein Cochrane Review zur Frage der Auswirkungen einer systematischen Implementierung psychiatrischer Leitlinien auf Behandlungsprozesse und Behandlungsergebnisse (am Beispiel der Schizophrenie) fand kaum klinisch bedeutsame und nachhaltige Auswirkungen einer Implementierung von Leitlinien auf Behandlungsprozesse und -ergebnisse [23]. Auch das naheliegende Potenzial der Patientenversionen von Leitlinien für deren Implementierung wurde bisher noch nicht untersucht.

Es gibt Hinweise, dass der Einsatz multifaktorieller Strategien der Leitlinienimplementierung (kontinuierliche Unterstützung mit Expertenkonsultationen, Nutzung psychologischer Methoden zum Umgang mit Umsetzungsbarrieren, Techniken sozialen Marketings) mit einer höheren Effektivität verbunden ist als die Anwendung von Einzelstrategien wie reine Fortbildung und Einzelqualitätssicherungsmaßnahmen [24].

Das **Konzept zur Verbreitung und Implementierung des Updates** sieht deshalb die Nutzung vielfältiger Strategien vor und greift dabei auf Erfahrungen aus der ersten Auflage der Leitlinie zurück. Die Langversion der Leitlinie wird in Buchform (Springer Verlag) veröffentlicht und wird außerdem kostenlos über die Homepage der DGPPN und die Homepage der AWMF im Internet zugänglich gemacht (www.awmf.org/leitlinien.html). Über die Homepage der AWMF ist auch der Leitlinienreport zugänglich. Über die Homepage der DGPPN werden alle weiteren Materialien mit jeweiligen Querverweisen auf diese zugänglich sein (Langversion, Report, deutsche und englische Kurzversion, Patientenversion, Wartezimmerversion). Damit ist für die Adressaten der Leitlinie ein einfacher Zugang gesichert. Alle beteiligten Verbände, Fachgesellschaften und Organisationen werden zudem gebeten, ihre Mitglieder auf das Erscheinen der Leitlinie aufmerksam zu machen. Zusätzlich soll eine Pressemitteilung die Öffentlichkeit auf das Erscheinen des Updates der Leitlinie hinweisen.

Zur Beförderung der Leitlinien-Nutzung sind Beiträge in Fachzeitschriften, z. B. in Form von CME-Beiträgen, vorgesehen. Weiterhin ist die Vorstellung der Leitlinie im Rahmen von Fachkongressen (Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde u. a.) geplant. Die Inhalte der Leitlinie werden auch in den Mitgliederzeitschriften von Selbsthilfeorganisationen und Fachverbänden dargestellt werden. Ein weiteres Element des Implementierungskonzeptes besteht in der Einbringung der Leitlinien in die Aus-, Weiter- und Fortbildung von Ärzten und anderen Gesundheitsberufen. So sind, wie bereits auch in der Vergangenheit geschehen, Weiterbildungs- und Fortbildungsveranstaltungen im Rahmen klinikinterner Weiterbildung, von Fachärztereinbildung sowie von Fortbildungen in Trägereinrichtungen psychosozialer Leistungen geplant. Etabliert werden sollen zukünftig regionale Symposien oder Qualitätszirkel, in denen mit regionalen Versorgungsplanern die Umsetzung der Empfehlungen des Updates in die Praxis diskutiert und weiterentwickelt werden soll. Wichtige Fragen dabei können sein: (1) Welche Erfahrungen existieren bereits mit der Umsetzung einzelner Elemente? (2) Wie kann eine Umsetzung der Empfehlungen auf regionaler Ebene erfolgen? (3) Welche strukturellen Veränderungen sind dazu erforderlich? (4) Welche Beispiele gelungener Umsetzung gibt es in der Region?

Geplant ist zudem die bereits erwähnte Multicenter-Studie IMPPeTuS mit Beginn im 2. Quartal 2018. Ziel der Studie ist zum einen eine umfassende Erfassung der derzeitigen Leitlinienumsetzung der S3 Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ in verschiedenen Versorgungsregionen. Im zweiten Teil des Vorhabens soll in einer cluster-randomisierten Studie überprüft werden, ob eine strukturierte Implementierung der Patientenversion der S3 Leitlinie Psychosoziale Therapien einen positiven Effekt auf ein selbstbestimmtes und selbstständiges Handeln von Patientinnen und Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen in Bezug auf psychosoziale Therapieangebote hat und sich dadurch Lebensqualität, Behandlungszufriedenheit oder die klinische Symptomatik positiv beeinflussen lassen. In diesem Rahmen werden weitere Materialien (Online-Tutorial, Schulungsmaterialien etc.) entwickelt, die eine Nutzung über das Projekt hinaus ermöglichen.

6.2 Unterstützende Materialien für die Anwendung der Leitlinie

Die vorliegende Leitlinie hat mehrere Bestandteile, die es ermöglichen, dass die Nutzer sich in unterschiedlicher Tiefe mit den Empfehlungen beschäftigen können. Sie wird im Volltext in Buchform mit der zugrundeliegenden Evidenz und der Kurzfassung der Empfehlungen publiziert. Außerdem

wird die Kurzfassung im Internet zugänglich sein, ebenso die ausführlichen Evidenzgrundlagen. Im Leitlinienreport wird dargestellt, auf welche Weise Evidenz recherchiert und bewertet und wie die Empfehlungen zustande gekommen sind. Des Weiteren gibt es eine Patientenversion der Leitlinie, in der in verständlicher Sprache die wichtigsten Empfehlungen beschrieben sind. Eine Ultra-Kurz-Version bzw. Wartezimmerversion ermöglicht eine breite Verbreitung.

Im Rahmen der Multicenter-Studie IMPPeTuS mit Beginn im 2. Quartal 2018 ist geplant, die Patientenleitlinie nicht nur in gedruckter Form bereitzustellen, sondern darüber hinaus ein internetgestütztes Informationsprogramm für Patienten und Angehörige zu entwickeln. Daneben sollen weitere Informationsmaterialien entwickelt und in ihrer Handhabung geprüft werden.

6.3 Diskussion möglicher organisatorischer und/oder finanzieller Barrieren gegenüber der Anwendung der Leitlinienempfehlungen

Mögliche Barrieren der Anwendung der Leitlinienempfehlungen können bei den Betroffenen, den Angehörigen, den Behandlern und bei den Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems identifiziert werden. Bei Betroffenen und Angehörigen spielen Präferenzen (z. B. für bestimmte Versorgungsmodelle und Einzelverfahren) eine Rolle. Auf der Seite der Behandler sind Präferenzen, die Verfügbarkeit von Therapeuten in den Einrichtungen und Praxen, die Einbindung in bestehende gemeindepsychiatrische Netzwerke und finanzielle Anreize wichtige Faktoren für die Umsetzung der Leitlinienempfehlungen. Zu den entscheidendsten Faktoren gehören die Rahmenbedingungen des Gesundheits- und regionalen psychiatrischen Versorgungssystems (z. B. fehlende lokale Angebote für eine teambasierte gemeindepsychiatrische Behandlung), da viele Empfehlungen die Gestaltung der Versorgung insgesamt betreffen und nur bedingt von den einzelnen Behandlern beeinflussbar sind. Wichtige Adressaten der Leitlinienempfehlungen sind daher Entscheidungsträger im psychiatrischen Versorgungssystem. Die Leitlinienempfehlungen werden daher auch über Beiträge in psychiatriepolitischen Gremien diskutiert.

Die Implementierung der Leitlinie soll die Behandlungszufriedenheit von Betroffenen und Behandlern sowie die Lebensqualität der Betroffenen verbessern. Die Leitlinie soll daher in einem angemessenen Zeitraum dahingehend evaluiert werden, ob diese Ziele erreicht werden. Hierfür werden zusammen mit der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) spezifische Messgrößen, sogenannte Qualitätsindikatoren entwickelt, die wesentliche Instrumente der Leitlinien-Implementierung darstellen als auch für die Überprüfung der Leitlinienkonformität und der Auswirkungen der Leitlinie herangezogen werden sollen. Aufgrund der laufenden Arbeit der DGPPN, des AQUA-Institutes und des Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zum Thema Qualitätsindikatoren bei psychiatrischen Erkrankungen wurden zunächst keine eigenen Qualitätsindikatoren entwickelt und in der Konsensusgruppe abgestimmt, sondern eine Abstimmung mit diesen Prozessen angestrebt.

Um Barrieren gegenüber der Anwendung möglichst gering zu halten, wurde bei der Formulierung der Empfehlungen und Verschriftlichung der Leitlinie darauf geachtet, die Empfehlungen und die zugehörige Evidenzgrundlage möglichst übersichtlich und verständlich darzustellen. Die Patientenpräferenzen wurden im Rahmen der einzelnen Abschnitte der Evidenzkapitel explizit berücksichtigt. Im Rahmen des Matrixkapitels werden die Möglichkeiten des deutschen Versorgungssystems und die Chancen, die sich aus der Weiterentwicklung der Gesetzeslage ergeben,

insbesondere im Hinblick auf die Umsetzung psychosozialer Therapien beschrieben. Auf die Möglichkeiten von Vernetzungsstrukturen wird in einem separaten Kapitel verwiesen.

Eine systematische Barrierenanalyse, die die einzelnen Empfehlungen daraufhin überprüft, welche Faktoren für ihre Umsetzung förderlich oder hinderlich sein könnten sind im Rahmen von IMPPETuS geplant. Die Ergebnisse werden entsprechend dargestellt.

6.4 Messgrößen für das Monitoring: Qualitätsziele, Qualitätsindikatoren

Wesentliche Instrumente der Leitlinienimplementierung sind **Qualitätsindikatoren**, welche die Qualität der Behandlung und Versorgung, wie sie in der Leitlinie definiert ist, abbilden sollen. Die Qualität der Behandlung und Versorgung allgemein ist definiert als „Ausmaß, in dem Gesundheitsdienste für Individuen und Populationen die Wahrscheinlichkeit erwünschter gesundheitlicher Outcomes erhöhen und mit dem gegenwärtigen Wissen des Fachgebiets übereinstimmen“ [25]. Die Qualität der Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen ergibt sich daraus, ob die Betroffenen die therapeutischen Maßnahmen erhalten, die sie benötigen, und ob die Maßnahmen so durchgeführt werden, dass die in den Studien beschriebenen positiven Effekte auch eintreten.

Die Beurteilung, ob eine qualitativ hochwertige Behandlung vorliegt, kann in der Routineversorgung nicht generell mittels gesonderter Erhebungen erfolgen, sondern muss sich auf Maße verlassen, die das komplexe Phänomen Behandlungsqualität möglichst gut und vereinfacht abbilden.

Es besteht kein Konsens, wie die Qualität der Behandlung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen zu erfassen ist. Qualitätsindikatoren kommen auch in Deutschland einer zunehmenden Rolle als zentrale Elemente der Qualitätssicherung zu. Die Qualitätsindikatoren basieren in der Regel auf den Empfehlungen evidenzbasierter Leitlinien. Sie eignen sich somit, den Ist-Zustand der Versorgung mit dem in den Leitlinien formulierten Soll-Zustand abzugleichen. Die **Messbarkeit der Qualität der Behandlung** von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen ist allerdings eines der zentralen Probleme, um die Entwicklung und Anwendbarkeit von Qualitätsindikatoren beurteilen zu können. Wesentliche Ergebnisse einer psychiatrischen Behandlung wie die Symptomreduktion und die subjektive Beeinträchtigung bzw. Lebensqualität der Betroffenen können nicht mittels Routinedaten, sondern nur mittels der Anwendung komplexer Messinstrumente erfasst werden. Die Anwendung dieser Instrumente ist jedoch in der Regel mit einem großen personellen Aufwand bei der Datenerfassung und mit hohen Anforderungen an die Analyse und Interpretation der Daten verbunden.

Qualitätsindikatoren für psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen stoßen an **Grenzen der Messbarkeit und der Validität**, da die Gesundheitsoutcomes von individuellen Faktoren der Patienten, dem Krankheitsverlauf und soziodemographischen Charakteristika wie Herkunft, soziale Schicht, finanzielle Ressourcen, psychosoziale Einbindung und familiäre Unterstützungssysteme abhängen. Qualität zeigt sich in der Art der Interaktion zwischen Betroffenen und einzelnen Komponenten, Teilsystemen und dem Gesamtbehandlungs- und -versorgungssystem. Die Tatsache, dass eine Intervention, die von der Leitlinie empfohlen wird, stattgefunden hat, kann noch nichts über die Angemessenheit im Einzelfall und die Qualität der Durchführung aussagen. Daher geben Qualitätsindikatoren auf der Ebene der Struktur- und Prozessqualität Hinweise auf die Qualität, insbesondere aber auf Unterschiede zwischen verschiedenen Regionen, Einrichtungen und

Versorgungssystemen, die Anlass für weitergehende Prüfung sein sollten. Es gibt wenig Literatur zu Indikatoren der Behandlungsqualität [26].

In den letzten Jahren sind mehrere Initiativen in Deutschland zu nennen, in denen **Qualitätsindikatoren für die Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen** entwickelt und formuliert wurden. Insbesondere für die Schizophrenie liegen Vorschläge für (teilweise sektorübergreifende) Indikatorensets vor [26–28]. Außerdem wurde das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG) durch den Gemeinsamen Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen beauftragt, das vom AQUA vorgelegte Indikatorenset (2015) zu überarbeiten und weiterzuentwickeln.

Alle Indikatorensets basieren auf einer systematischen Recherche von geeigneten Behandlungsempfehlungen und Schlüsselempfehlungen von S3-Leitlinien. Diese wurden dann in Gruppen aus verschiedenen Interessensvertretern konsentiert. Für zwei Indikatorensets liegen Machbarkeitsstudien vor [29].

Derzeit sind keine geeigneten Studien verfügbar, die den Zusammenhang von Sammlungen spezifischer Indikatoren oder auch einzelner Qualitätsindikatoren mit dem Behandlungsergebnis bei Menschen mit einer Schizophrenie oder anderer schwerer psychischer Erkrankungen untersuchen. Eine Überprüfung der Validität der Qualitätsindikatoren steht somit noch aus. Aus diesem Grunde kann die Auswahl spezifischer Indikatoren nur vorläufig sein. Für die Beurteilung der psychosozialen Versorgung könnten z. B. folgende Qualitätsindikatoren in Frage kommen:

- Mittlere jährliche kumulative Verweildauer in stationär-psychiatrischer Behandlung,
- Krankenhaus-Wiederaufnahmeraten innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung,
- Arbeit auf dem ersten Arbeitsmarkt,
- Besuch einer Selbsthilfegruppe,
- Teambasierte gemeindepsychiatrische Behandlung,
- Bedarfsdeckung im Wohnbereich,
- Einbezug von Angehörigen in die Behandlung,
- Teilnahme an Psychoedukation bzw. trialogischen Gruppen,
- Unterstützung im Rahmen von Supported Employment,
- Angebot eines Krankheits-Selbstmanagementprogramms,
- Recovery-Orientierung einzelner Einrichtungen bzw. des gesamten Hilfesystems.

Im Rahmen der Erarbeitung der vorliegenden Leitlinie wurden keine Qualitätsindikatoren abgestimmt und konsentiert. Es wird darauf hingewiesen, dass die Festlegung von Qualitätsindikatoren zur Messung der Leitlinienkonformität und der Behandlungsqualität sowie der Anschluss an andere Projekte zwar vorbereitet werden kann, die eigentliche Umsetzung der Leitlinie aber in der Verantwortung der jeweiligen Einrichtung liegt [30].

7. Gültigkeitsdauer und Aktualisierungsverfahren

7.1 Datum der letzten inhaltlichen Überarbeitung und Status

Die Gültigkeitsdauer der Leitlinie beträgt fünf Jahre ab Zeitpunkt der letzten inhaltlichen Überarbeitung, die am 02.10.2018 erfolgte. Eine Aktualisierung wird durch die DGPPN koordiniert.

Zwischenzeitliche Fragen und Anmerkungen zur geplanten Aktualisierung können an die Lenkungsgruppe gerichtet werden (E-Mail: Info-Leitlinie-PsychosozialeTherapien@medizin.uni-leipzig.de).

7.2 Aktualisierungsverfahren

Unter Vorbehalt einer Förderung ist eine Überarbeitung nach fünf Jahren vorgesehen. Zwischenzeitlich notwendige Änderungen (z. B. resultierend aus aktuellen Studien) bzw. Ergänzungen (z. B. aus der Barrierenanalyse) werden von Seiten der Autoren und der Steuergruppe geprüft, Handlungsbedarf besprochen und entsprechende Vorgehensweisen eingeleitet (z. B. Bedarf einer vorzeitigen Aktualisierung). Über die Einrichtung eines speziellen E-Mail-Kontos (Info-Leitlinie-PsychosozialeTherapien@medizin.uni-leipzig.de), dessen Adresse öffentlich zugänglich ist, sind die Mitarbeiter der Autorengruppe jederzeit erreichbar.

Erforderliche vorzeitige Änderungen der Leitlinie werden über die Akteure aus Experten- und Konsensgruppe verteilt, in dem diese im Rahmen von E-Mail-Umlaufverfahren durch die Autorengruppe informiert werden. Zudem wird auf den Internetseiten mit einem expliziten Zugang zur Leitlinie (DGPPN, AWMF) auf eine mögliche Änderung hingewiesen.

Literatur

- 1 *Field MJ, Lohr KN*. Clinical Practice Guidelines: Directions for a New Program. Washington, DC: The National Academies Press; 1990
- 2 *DIMDI*. DIMDI - ICD-10-WHO Version 2013 (15.12.2014). Im Internet: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-who/kodesuche/onlinefassungen/htmlamtl2013/>; Stand: 17.09.2015
- 3 *Borgetto B*. Selbsthilfe und Gesundheit. Analysen, Forschungsergebnisse und Perspektiven in der Schweiz und in Deutschland. Buchreihe des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums. Bern: Huber; 2004
- 4 *Mueser KT, Frances Deavers F, Penn DL et al*. Psychosocial Treatments for Schizophrenia. *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 2013; 9: 465–497
- 5 *Gühne U, Riedel-Heller SG*. Die Arbeitssituation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Deutschland (2015). Im Internet: www.dgppn.de; Stand: 01.04.2016
- 6 *Gühne U, Stein J, Weinmann S et al*. Housing Interventions in Severe Mental Illness - International Evidence from RCTs. *Psychiatr Prax* 2017; 44 (4): 194–205. doi:10.1055/s-0042-118594
- 7 *Gühne U, Becker T, Salize H et al*. Wie viele Menschen sind in Deutschland schwer psychisch krank? *Psychiatr Prax* 2015; 42 (8): 415–423. doi:10.1055/s-0035-1552715
- 8 *DeHert M de, Correll CU, Cohen D*. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry* 2011; 10: 52–77
- 9 *DGPPN*. S3-Behandlungsleitlinie Schizophrenie. AWMF-Registernr.: 038-009. Darmstadt: Steinkopff; 2006
- 10 *DGPPN, BÄK, KBV, AWMF*. S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression (2015). Im Internet: <http://www.dgppn.de/publikationen/leitlinien.html>; Stand: 26.01.2017
- 11 *DGBS, DGPPN*. S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen. Langversion 1.0. AWMF-Registernr.: 038-019. Im Internet: https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/02c5331d181fbf33dfb4c774c6e6a23e80f358aa/S3_Leitlinie%20Bipolar_11052012_.pdf; Stand: 06.06.2018
- 12 *Kordon A, Lotz-Rambaldi W, Muche-Borowski C, Hohagen F*. S3-Leitlinie Zwangsstörungen. Im Auftrag der DGPPN. AWMF-Registernummer 038/017. Im Internet: <http://www.dgppn.de/publikationen/leitlinien.html>; Stand: 26.01.2017
- 13 *Bandelow B, Lichte T, Rudolf S, Wiltink J, Beutel M*. S3-Leitlinie Behandlung von Angststörungen. AWMF-Registernr.: 051-028; 2014
- 14 *DG - Sucht, DGPPN*. S3-Leitlinie "Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen". AWMF-Registernr.: 076-001. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2015
- 15 *Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V., Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V.* S3-Leitlinie "Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums". AWMF-Register Nr. 076-006. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften; 2015
- 16 *NICE*. Psychosis and schizophrenia in adults. The NICE guideline on treatment and management - Updated edition 2014 [National Clinical Guideline Number 178]. Im Internet: <https://www.nice.org.uk/Guidance/CG178>
- 17 *Scottish Intercollegiate Guidelines Network*. Management of schizophrenia. [SIGN publication no. 131]. Im Internet: <http://www.sign.ac.uk>

- 18 *Brown C.* Occupational therapy practice guidelines for adults with serious mental illness. Bethesda (MD): American Occupational Therapy Association, Inc. (AOTA); 2012
- 19 *Moher D, Liberati A, Tetzlaff J et al.* Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med* 2009; 6 (7): e1000097.
doi:10.1371/journal.pmed1000097
- 20 *Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R et al.* Going from evidence to recommendations. *BMJ* 2008; 336 (7658): 1049–1051
- 21 *Gühne U, Weinmann S, Arnold K et al.* S3 guideline on psychosocial therapies in severe mental illness: evidence and recommendations. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2015; 265 (3): 173–188. doi:10.1007/s00406-014-0558-9
- 22 *Girlanda F, Fiedler I, Becker T et al.* The evidence – practice gap in specialist mental healthcare: systematic review and meta-analysis of guideline implementation studies. *Br J Psychiatry* 2017; 210 (1): 24–30. doi:10.1192/bjp.bp.115.179093
- 23 *Bighelli I, Ostuzzi G, Girlanda F et al.* Implementation of treatment guidelines for specialist mental health care. *Cochrane Database Syst Rev* 2016; 12: CD009780.
doi:10.1002/14651858.CD009780.pub3
- 24 *Weinmann S, Koesters M, Becker T.* Effects of implementation of psychiatric guidelines on provider performance and patient outcome: systematic review. *Acta Psychiatr Scand* 2007; 115 (6): 420–433. doi:10.1111/j.1600-0447.2007.01016.x
- 25 *Lohr KN.* Medicare: A Strategy for Quality Assurance. Washington, DC: National Academy Press; 1990
- 26 *Weinmann S, Becker T.* Qualitätsindikatoren für die Integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. Handbuch. Bonn: Psychiatrie Verlag GmbH; 2009
- 27 *Großimlinghaus I, Hauth I, Falkai P et al.* Aktuelle Empfehlungen der DGPPN für Schizophrenie-Qualitätsindikatoren. *Nervenarzt* 2017; 88 (7): 779–786. doi:10.1007/s00115-017-0347-6
- 28 *AQUA-Institut.* Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen. Sektorenübergreifende Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach § 137a SGB V. Indikatorenset 1.1. (14.12.2015). Im Internet: https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua_de/Projekte/452_Schizophrenie/Schizophrenie_Indikatorenset_1.1.pdf; Stand: 30.05.2018
- 29 *Kösters M, Staudigl L, Picca A et al.* Qualitätsindikatoren für die Behandlung von Menschen mit Schizophrenie – Ergebnisse einer Anwendungsstudie. *Psychiatr Prax* 2017; 44: 163–171.
doi:10.1055/s-0042-112300
- 30 *Selbmann H Kl.* Implementierung von Leitlinien in den Versorgungsalltag. *g. Psychiatrie* 2005: 33–38

Anlagen¹

In den folgenden Anlagen wird u. a. die Evidenzgrundlage aufgeführt. Da das Update die Evidenzrecherche aus der ersten Auflage ergänzt, erfolgt hier keine erschöpfende Darstellung der zugrundeliegenden Evidenz. Die im Rahmen der ersten Auflage der Leitlinie bewertete Evidenz wird hier nicht erneut bewertet und ist deshalb im Leitlineinreport der ersten Auflage inkludiert. Gleichwohl werden relevante Ergebnisse, die den Empfehlungen zugrundeliegen und in den sogenannten Ergebnistabellen/Evidenztabellen zusammengefasst sind, hier analog zu den in der Leitlinie enthaltenen Tabellen dargestellt.

Inhalt

Anlage A Evidenzgrundlage zu den Empfehlungen zu Peer-Support	2
Anlage B Systeminterventionen: Evidenzgrundlage zu den Empfehlungen zu Gemeindepsychiatrischen Behandlungsansätzen.....	41
Anlage C Systeminterventionen: Evidenzgrundlage zu den Empfehlungen zu Ansätzen des Unterstützten Wohnens.....	66
Anlage D Systeminterventionen: Evidenzgrundlage zu den Empfehlungen zu Maßnahmen der Arbeitsrehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben.....	103
Anlage E Einzelinterventionen: Evidenzgrundlage zu den Empfehlungen zu Psychoedukativen Interventionen und Trialog für Betroffene und Angehörige.....	157
Anlage F Einzelinterventionen: Evidenzgrundlage zu den Empfehlungen zu Künstlerischen Therapien	222
Anlage G Einzelinterventionen: Evidenzgrundlage zu den Empfehlungen zu Bewegungs- und Sporttherapien	257
Anlage H Einzelinterventionen: Evidenzgrundlage zu den Empfehlungen zu Gesundheitsfördernden Interventionen.....	295
Anlage I Protokolle der Konsensustreffen und Ergebniszusammenfassungen aus den Delphi-Abstimmungen	323
Anlage J Zusammenfassung und Bewertung aus der Erklärung von Interessenkonflikten	351
Anlage K Verabschiedung der finalen Leitlinie: Rückmeldungen, Stellungnahmen, Sondervoten und Gutachten aus externem Peer-Review.....	382

¹ Aktuelle Seitenzahlen beziehen sich auf die Anlagen.

Anlage A Evidenzgrundlage zu den Empfehlungen zu Peer-Support

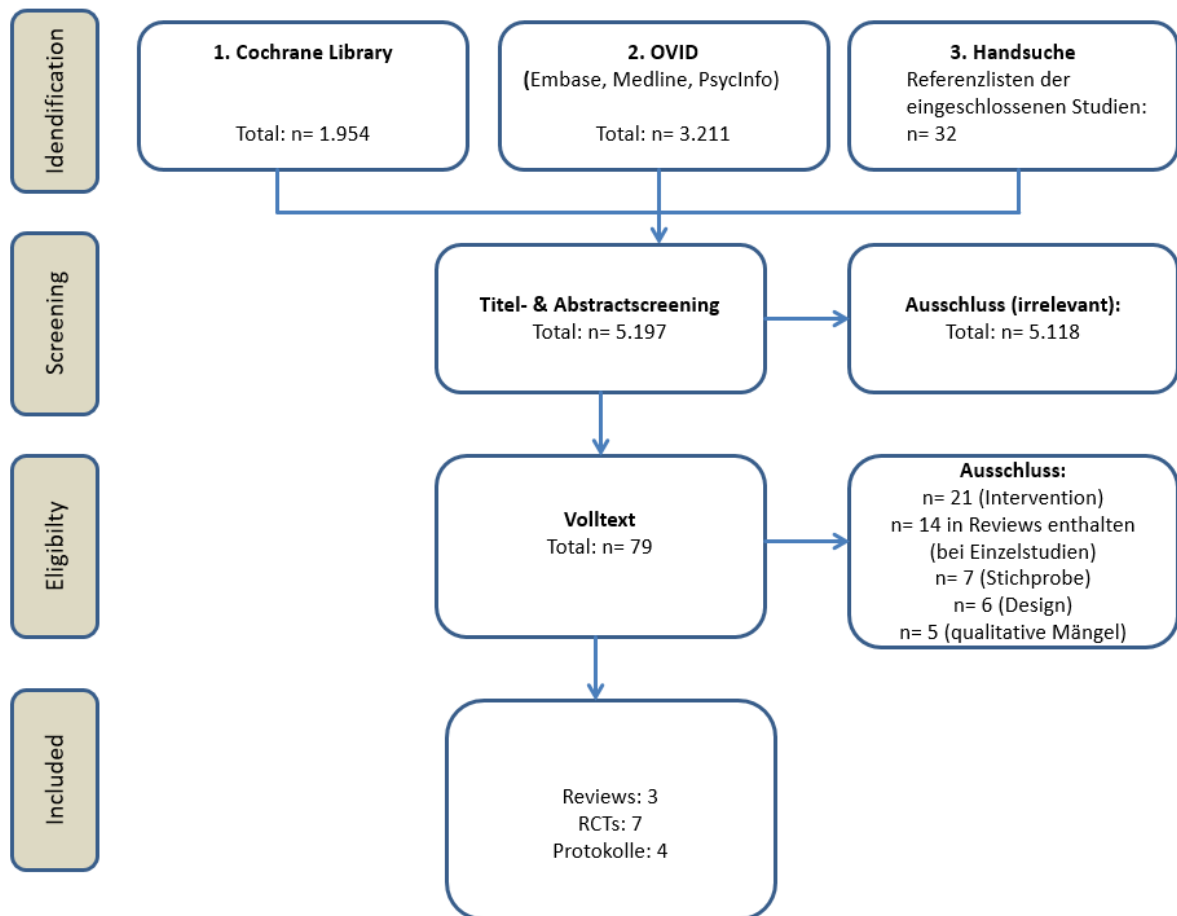
Systematische Literaturrecherche zu Peer-Support

- Genutzte Datenbanken: EMBASE, MEDLINE, PsycInfo, Cochrane Library
- Suchzeitraum: von Einführung der jeweiligen Datenbank bis Juli 2017

Lfd. Nr.	Suchbegriffe ²
1	Peer Support
2	Peer Support Service or Peer Support Service*
3	Peer involvement
4	Consumer provider* or consumer service* or consumer run*
5	Mutual support
6	Peer Mental health service or Peer Mental health service*
7	Peer led research
8	Peer counseling
9	Peer assistance
10	Peer coach
11	self help
12	social adj (support* or network* or advise* or advice* or counsel*)
13	role modeling
14	mentorship
15	1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14
16	((chronic* or sever*) and mental* and disorder*)
17	((chronic* or sever*) and mental* and illness)
18	(severe and psychiatric and disorder*)
19	(severe and mental and health and problems)
20	(depression or (depressive and disorder*) or (severe and affective and disorder*))
21	(schizophrenia or psychotic* or paranoid or schizophrenic* or psychosis)
22	((bipolar and disorder*) or (bipolar and affective and disorder*) or (manic and depression) or (bipolar and depression))
23	((personality and disorder*) or (obsessive and compulsive and disorder*))
24	16 or 17 or 18 or 19 or 20 or 21 or 22 or 23
25	15 and 24
26	((randomized and controlled and trial) or (randomised and controlled and trial))
27	(random* and allocation)
28	(random* and (trial or study))
29	((meta and analysis) or metaanaly* or (meta and analy*))
30	(systematic and (review or search*))
31	26 or 27 or 28 or 29 or 30
32	25 and 31
33	limit 32 to adult <18 to 64 years> PsycINFO: limit 32 to adulthood <18+ years> MEDLINE: limit 32 to all adult <19 plus years>
34	limit 33 to humans PsycINFO: limit 33 to human
35	limit 34 to (english or german)

²² Die Suchbegriffe für die Zielpopulation und die methodischen Aspekte wiederholen sich in allen Interventionsbereichen und werden deshalb ausschließlich hier aufgeführt.

Prisma-Flowchart zu Peer-Support



Extraktionsbögen der eingeschlossenen systematischen Reviews / Meta-Analysen zu Peer-Support

Titel	A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials of peer support for people with severe mental illness
Autoren	Brynmor Lloyd-Evans, Evan Mayo-Wilson, Bronwyn Harrison, Hannah Istead, Ellie Brown, Stephen Pilling, Sonia Johnson and Tim Kendall
Jahr	- 2014
Journal	- BMC Psychiatry
Fragestellung / Zielsetzung	- Die Arbeit bewertet Studien, die gemeindebasierte Interventionen und Peer-unterstützte Maßnahmen bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen untersuchen
Design	- Systematischer Review mit Meta-Analyse
Datenbanken	- Cochrane CENTRAL Register, Medline, Embase, PsycINFO, and CINAHL
Zeitraum	- von Beginn der jeweiligen Datenbank bis Dezember 2013
Eingeschlossene Studientypen	- randomisierte kontrollierte Studien
Autoren eingeschlossener Arbeiten	<p>Gegenseitige Unterstützung (Mutual support):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Edmundson (1982) - Rogers (2007) - Kaplan (2011) - Segal (2011) <p>Peer Support³:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Solomon (1995) - Clarke (2000) - Craif (2004) - Davidson (2004) - Sells (2006) - Rivera (2007) - Barbic (2009) - Simon (2011) - Sledge (2011) - Cook (2011) - Cook (2012) - Proudfoot (2012) - van Gestel-Timmermanns (2012) - Chinman (2013)
weitere relevante Einschlusskriterien	- Erwachsene mit schweren psychischen Erkrankungen (beinhaltet Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, bipolare Störungen oder gemischten Populationen).
relevante Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> - Studien mit ausschließlich Patienten, die eine unipolare Störung, Depression oder Persönlichkeitsstörung vorwiesen - Peers, die ausschließlich Angebote der Sekundärversorgung genutzt haben (Peers were using or had used secondary mental health services) - Wohnraumbezogene oder stationäre Peer Support Programme sowie sehr spezielle Programme, die bspw. auf bestimmte Bereiche abzielen (Arbeit,

³ Beinhaltet auch drei Studien zu Peer delivered Services.

Titel	A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials of peer support for people with severe mental illness
	körperliche Gesundheit etc.) und Interventionen die durch psych. Fachpersonal durchgeführt wurden
Qualitätsbewertung durchgeführt	- ja (Risk of Bias Tool der Cochrane Collaboration)
Für welche Patienten / Subgruppen Aussagen getroffen?	-
Gemessene Outcomes	- Hospitalisierungsrate, Beschäftigung (Arbeit), Symptome (psych. Gesundheit), Lebensqualität (QoL), Genesung (Recovery), Hoffnung, Selbstbestimmung (Empowerment) und die (Anwender-) Zufriedenheit
Ergebnisse	<p><u>Allgemein:</u></p> <p>Verteilung nach Länder:</p> <ul style="list-style-type: none"> - USA (n=14), Europa (n=2), Kanada (n=1), Australien (n=1) <p>Anzahl Teilnehmer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - n= 5.597 (min. 33/max. 1.827) <p>Dauer der Interventionen (Spanweite):</p> <ul style="list-style-type: none"> - 3-104 Wochen <p>Interventionensgruppen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Peer-Support (n=14), Gegenseitige Unterstützung (n=4) <p>Vergleichsgruppen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - herkömmliche Therapie (n=18) <p><u>Gegenseitige Unterstützung (Mutual support):</u></p> <p><u>statistisch signifikante Ergebnisse:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Lebensqualität (Anzahl Studien n=1) → SMD = -1.42 (-1.69, - 1.16) - Empowerment (Anzahl der Studien n=3) → SMD = -1.44 (-2.79, - 0.09) - Symptome Depression und Angst (Anzahl der Studien n=1) → SMD = - 0.42 (-0.66, - 0.18) <p><u>nicht statistisch signifikante Ergebnisse:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Recovers (Anzahl der Studien n=1) → SMD = -0.11 (-0.35, 0.13) - Hospitalisierungsrate (Anzahl Studien n=1) → RR = 0.50 (0.23, 1.11) <p><u>Peer support:</u></p> <p><u>statistisch signifikante Ergebnisse:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Genesung (Anzahl der Studien n=4) → SMD = -0.24 (-0.39, - 0.09) - Hoffnung (Anzahl der Studien n=4) → SMD = -0.14 (-0.27, -0.02) - Zufriedenheit² (Anzahl der Studien n=1) → SMD = 0.48 (0.05, 0.91) <p><u>nicht statistisch signifikante Ergebnisse:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Hospitalisierungsrate (Anzahl der Studien n=1) → RR = 1.07 (0.55, 2.07)

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

Titel	A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials of peer support for people with severe mental illness
	<ul style="list-style-type: none"> - Hospitalisierungsrate⁴ (Anzahl der Studien n=1) → RR = 0.68 (0.45, 1.03) - Dauer der Aufnahme (Anzahl der Studien n=3) → SMD = -0.22 (-0.72, 0.28) - Symptome gesamt (Anzahl der Studien n=3) → SMD = -0.07 (-0.39, 0.24) - Symptome Psychosis (Anzahl der Studien n=2) → SMD = -0.08 (-0.27, 0.03) - Symptome Depression und Angst (Anzahl der Studien n=3) → SMD = -0.10 (-0.24, 0.03) - Lebensqualität (Anzahl der Studien n=5) → SMD = 0.04 (-0.16, 0.24) - Selbstbestimmung (Anzahl der Studien n=2) → SMD = -2.67 (-7.35, 2.02) - Zufriedenheit (Anzahl der Studien n=3) → SMD = 0.02 (-0.20, 0.23)
Bemerkungen	Die Ergebnisse sind sehr heterogen. Allgemeingültige Aussagen zu den untersuchten Interventionen lassen sich daher nur schwer formulieren.
Bewertung	<u>Fragestellung:</u> - Klar formuliert und adäquat hinsichtlich unserer Suchkriterien
	<u>Methodik:</u> - nachvollziehbar, angemessen
	<u>Literatursuche:</u> - relevante Datenbanken, Kriterien definiert
	<u>Studienqualität:</u> - geringe Qualität

⁴ Bezieht sich auf die drei Arbeiten zu Peer delivered Services.

*Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report*

Titel	Effectiveness of peer-delivered interventions for severe mental illness and depression on clinical and psychosocial outcomes: a systematic review and meta-analysis
Autoren	Daniela C. Fuhr, Tatiana Taylor Salisbury, Mary J. De Silva, Najia Atif, Nadja van Ginneken, Atif Rahman, Vikram Patel
Jahr	- 2014
Journal	- Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol
Fragestellung / Zielsetzung	- Die Arbeit verfolgt drei wesentliche Ziele: (1) Zusammenfassen der bisherigen Evidenz zur Auswirkung von Peer-gestützten Maßnahmen auf klinische und psychosoziale Outcomes bei Personen mit schweren psych. Erkrankungen, (2) ein Update der bisherigen Arbeiten zu diesem Thema zu geben und (3) um für künftige Forschung auf diesem Gebiet entsprechende wichtige Hinweise zu liefern
Design	- Systematischer Review mit Meta-Analyse
Datenbanken	- Medline, Embase, PsycINFO, Global Health, CINAHL, Social Science Citation Index, Sociofile und die Cochrane Libraries
Zeitraum	- von Beginn der jeweiligen Datenbank bis Dezember 2012
Eingeschlossene Studientypen	- randomisierte kontrollierte Studien
Autoren eingeschlossener Arbeiten	<p>Gruppeninterventionen bei Personen mit SMI:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cook (2012) - Cook (2012) - Druss (2010) - van Gestel-Timmermanns (2012) <p>Einzelinterventionen bei Personen mit SMI:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Davidson (2004) - Forchuk (2005) - Greenfield (2008) - Rivera (2007) - Sells (2008) - Solomon (1995) <p>Gruppeninterventionen bei Personen mit Depression:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ludman (2007) <p>Einzelinterventionen bei Personen mit Depression:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dennis (2009) - Dennis (2011) - Letourneau (2011)
weitere relevante Einschlusskriterien	- Erwachsene mit einer Diagnose aus dem ICD-10 oder der DSM-IV-Kriterien
relevante Ausschlusskriterien	-
Qualitätsbewertung durchgeführt	- ja (Risk of bias Tool der Cochrane Collaboration)

Titel	Effectiveness of peer-delivered interventions for severe mental illness and depression on clinical and psychosocial outcomes: a systematic review and meta-analysis
Für welche Patienten / Subgruppen Aussagen getroffen?	<ul style="list-style-type: none"> - für Studien mit hoher Qualität bei Personen mit SMI - für Äquivalenzstudien bei Personen mit SMI - für Personen mit Depression
Gemessene Outcomes	<ul style="list-style-type: none"> - klinische und psychosoziale Outcomes, wie bspw. Veränderung der Symptomatik, Lebensqualität, soziale Funktionalität, Hoffnung, Selbstwertgefühl, Einsamkeit (nur bei Pat. mit Depression)
Ergebnisse	<p><u>Allgemein:</u> Verteilung nach Länder: <ul style="list-style-type: none"> - USA (n=9), Kanada (n=4), Niederlande (n=1) Anzahl der Teilnehmer: <ul style="list-style-type: none"> - n= 3.595 (min. 42/max. 701) Dauer der Interventionen: <ul style="list-style-type: none"> - keine homogenen Angaben Interventionsgruppen: <ul style="list-style-type: none"> - Peer-Support (Psychoedukation, soziale Unterstützung, Krankheitsmanagement, n=14) Vergleichsgruppen: <ul style="list-style-type: none"> - überwiegend herkömmliche Therapie <u>Studien mit hoher Qualität:</u> <u>statistisch signifikante Ergebnisse:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Lebensqualität (Anzahl der Studien n=2) → SMD 0.24 (0.08–0.40, p = 0.003) - Hoffnung (Anzahl der Studien n=3) → SMD 0.24 (0.02–0.46, p = 0.03) <u>nicht statistisch signifikante Ergebnisse:</u> <ul style="list-style-type: none"> - psychische Symptome (Anzahl der Studien n=1) → SMD -0.14 (-0.57-0.29, p = 0.51) <u>Äquivalenzstudien:</u> <u>statistisch signifikante Ergebnisse:</u> <ul style="list-style-type: none"> - <u>nicht statistisch signifikante Ergebnisse:</u> <ul style="list-style-type: none"> - psychische Symptome (Anzahl der Studien n=1) → SMD -0.14 (-0.57-0.29, p = 0.51) - Lebensqualität (Anzahl der Studien n=2) → SMD -0.11 (-0.42-0.20, p = 0.56) <u>Depression:</u> <u>statistisch signifikante Ergebnisse:</u> </p>

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

Titel	Effectiveness of peer-delivered interventions for severe mental illness and depression on clinical and psychosocial outcomes: a systematic review and meta-analysis
	<p>-</p> <p><u>nicht statistisch signifikante Ergebnisse:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - psychische Symptome (Anzahl der Studien n=4) → SMD -0.12 (-0.56-0.32, p = 0.60) - Einsamkeit (Anzahl der Studien n=4) → SMD 0.27 (-0.19-0.72, p = 0.25)
Bemerkungen	<ul style="list-style-type: none"> - nur sehr wenige Studien mit hoher Qualität zur Thematik vorhanden - nur geringfügige positive Tendenzen zur Wirkung von Peer-gestützten Maßnahmen (Studien mit hoher Qualität)
Bewertung	<p>Fragestellung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - klar formuliert und adäquat hinsichtlich unserer Suchkriterien
	<p>Methodik:</p> <ul style="list-style-type: none"> - nachvollziehbar, angemessen
	<p>Literatursuche:</p> <ul style="list-style-type: none"> - relevante Datenbanken, Kriterien definiert
	<p>Studienqualität:</p> <ul style="list-style-type: none"> - RCTs mit durchwachsender Qualität, Heterogenität berücksichtigt

*Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report*

Titel	Consumer-providers of care for adult clients of statutory mental health services
Autoren	Pitt V, Lowe D, Hill S, Prictor M, Hetrick SE, Ryan R, Berends L
Jahr	- 2013
Journal	- Cochrane Database of Systematic Reviews
Fragestellung / Zielsetzung	- Die Zielstellung der Arbeit beinhaltet die Auswirkungen von Beschäftigung / Arbeit auf ehemalige und derzeitige Nutzer von psychosozialen Diensten des staatlichen / gesetzlichen Systems.
Design	- Cochrane Review
Datenbanken	<ul style="list-style-type: none"> - Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL, The Cochrane Library 2012, Issue 3) - MEDLINE (OvidSP) (1950 to March 2012) - EMBASE (OvidSP) (1988 to March 2012) - PsycINFO (OvidSP) (1906 to March 2012) - CINAHL (EBSCOhost) (1981 to March 2009) - Current Contents (OvidSP) (1993 to March 2012), and reference lists of relevant articles
Zeitraum	- von Beginn der jeweiligen Datenbank bis März 2012
Eingeschlossene Studientypen	- randomisierte kontrollierte Studien
Autoren eingeschlossener Arbeiten	<ul style="list-style-type: none"> - Gordon 1979 - Kaufmann 1995 - Solomon 1995 - O'Donnell 1999 - Bright 1999 - Clarke 2000 - Craig 2004 - Sells 2006 - Rivera 2007 - Rogers 2007 - Sledge 2011
weitere relevante Einschlusskriterien	- k. A.
relevante Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> - Ausschluss von sozialen oder häuslichen Diensten (wie bspw. Housing) und forensischen Angeboten für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen - Darüber hinaus auch Angebote, bei denen eine eingeschränkte Einbeziehung der Teilnehmer (z. B. bei der Planung der Intervention) zutrifft oder wenn die Nutzer Teilnehmer von Selbsthilfegruppen bzw. Weiteren Angeboten waren, die nicht spezifisch auf die psychische Gesundheitsversorgung ausgelegt waren
Qualitätsbewertung durchgeführt	- Ja (Risk of Bias Tool der Cochrane Collaboration)

Titel	Consumer-providers of care for adult clients of statutory mental health services
Für welche Patienten / Subgruppen Aussagen getroffen?	- k. A.
Gemessene Outcomes	<ul style="list-style-type: none"> - psychosoziale Outcomes (Lebensqualität (QoL), soziale Beziehungen, Befähigung (Empowerment)) - Outcomes zur psychischen Gesundheit (Symptome, Depression) - Unerwünschte Ereignisse - Nutzerzufriedenheit - Inanspruchnahme der Leistungen (Nutzungsraten, Drop-Out-Raten, Krankenhauseinweisungen) - Outcomes zur Leistungserbringung (Zeitaufwand für verschiedene Aufgaben)
Ergebnisse	<p><u>Allgemein:</u> Verteilung nach Länder:</p> <ul style="list-style-type: none"> - USA (n= 9), Europa (n= 1), Australien (n= 1) <p>Anzahl der Teilnehmer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - n = 2.796 (min. 45 / max. 1.827) <p>Dauer der Intervention:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2-36 Monate <p>Interventionsgruppen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Peer-Support (Consumer-Providers) (n=11) <p>Vergleichsgruppen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - meist herkömmliche Therapie <p><u>Consumer-provider versus Professional:</u></p> <p><u>statistisch signifikante Ergebnisse:</u></p> <p>Notfalleinweisungen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vorteile der Interventionsgruppe gegenüber der Kontrollgruppe (SMD - 0.34; 95% CI -0.60 bis -0.07) <p><u>nicht statistisch signifikante Ergebnisse:</u></p> <p>psychosoziale Outcomes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lebenszufriedenheit (MD -0.30; 95% CI -0.80 bis 0.20) - tägliche Aktivitäten (MD 0.00; 95% CI -0.07 bis 0.07) - soziale Beziehungen (MD -0.10; 95% CI -0.48 bis 0.28) <p>Symptome (allgemein):</p> <ul style="list-style-type: none"> - keine Unterschiede zwischen den Interventions- und Kontrollgruppen

*Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report*

Titel	Consumer-providers of care for adult clients of statutory mental health services								
	<p>Symptome (Depression):</p> <ul style="list-style-type: none"> - keine Unterschiede zwischen den Interventions- und Kontrollgruppen (MD 3.61; 95% CI -1.37 bis 8.59) <p>Nutzerzufriedenheit:</p> <ul style="list-style-type: none"> - keine Unterschiede zwischen den Interventions- und Kontrollgruppen (SMD -0.22; 95% CI -0.69 bis 0.25) <p>Inanspruchnahme der Leistungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - keine Unterschiede zwischen den Interventions- und Kontrollgruppen (MD 0.00; 95% CI -0.08 bis 0.08) <p>Krankenhauseinweisungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - keine Unterschiede zwischen den Interventions- und Kontrollgruppen (RR 0.68; 95% CI 0.45 bis 1.03) <p>Verweildauer im Krankenhaus:</p> <ul style="list-style-type: none"> - keine Unterschiede zwischen den Interventions- und Kontrollgruppen (MD 1.10; 95% CI -0.72 bis 2.92) 								
Bemerkungen	<ul style="list-style-type: none"> - sehr häufig fand eine fragmentierte und selektive Berichterstattung in den eingeschlossen Arbeiten statt - teilweise nicht transparente Angaben zu entsprechenden Finanzierungs- / Förderquellen - sehr unterschiedliche und vielfältige Definitionen, die für die Beschreibung des Consumer-Providers-Terms in der einschlägigen Literatur verwendet werden 								
Bewertung	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>Fragestellung:</td> <td>- klar formuliert und adäquat hinsichtlich unserer Suchkriterien</td> </tr> <tr> <td>Methodik:</td> <td>- nachvollziehbar, angemessen</td> </tr> <tr> <td>Literatursuche:</td> <td>- relevante Datenbanken, Kriterien definiert</td> </tr> <tr> <td>Studienqualität:</td> <td>- RCTs mit geringer bis moderater Qualität</td> </tr> </table>	Fragestellung:	- klar formuliert und adäquat hinsichtlich unserer Suchkriterien	Methodik:	- nachvollziehbar, angemessen	Literatursuche:	- relevante Datenbanken, Kriterien definiert	Studienqualität:	- RCTs mit geringer bis moderater Qualität
Fragestellung:	- klar formuliert und adäquat hinsichtlich unserer Suchkriterien								
Methodik:	- nachvollziehbar, angemessen								
Literatursuche:	- relevante Datenbanken, Kriterien definiert								
Studienqualität:	- RCTs mit geringer bis moderater Qualität								

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

Titel	Peer-based health interventions for people with serious mental illness: A systematic literature review
Autoren	Leopoldo J. Cabassa, David Camacho, Carolina M. Velez-Grau, Ana Stefancic
Jahr	- 2017
Journal	- Journal of Psychiatric Research
Fragestellung / Zielsetzung	<ul style="list-style-type: none"> - Die Zielstellungen der Arbeit waren: (1) die Bewertung der methodischen Qualität der eingeschlossenen Studien, (2) Bewertung und Zusammenfassung der Studienergebnisse und (3) eine Einschätzung darüber, ob ethnische Minderheiten in den Studien ausreichend eingeschlossen wurden. - <i>Anmerkung:</i> Studien, die bereits in anderen Reviews eingeschlossen wurden, werden an dieser Stelle nicht berücksichtigt (Ausnahme: Studien, die in einer Meta-Analyse eingeschlossen wurden).
Design	- Systematischer Literaturreview
Datenbanken	- PsychInfo, Web of Science, PubMed, and Google Scholar
Zeitraum	- 1990 bis November 2015
Eingeschlossene Studientypen	- Randomisierte kontrollierte Studien, quasi experimental Studien und Einzelgruppenstudien
Autoren eingeschlossener Arbeiten	<p><u>Studien zu Selbst-Management:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Lawn 2007 (Einzelgruppenstudie) - Druss 2010 (RCT) - Sajatovic 2011 (Einzelgruppenstudie) - Bartels 2013 (Einzelgruppenstudie) - Goldberg 2013 (RCT) - Lorig 2014 (Einzelgruppenstudie) <p><u>Studien zu Raucherentwöhnung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ashton (2011) (Einzelgruppenstudie) - Williams (2011) (Einzelgruppenstudie) - Ashton (2015) (Einzelgruppenstudie) <p><u>Studien mit Peer-Unterstützung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Bates (2008) (Einzelgruppenstudie) - Griswold (2010) (Einzelgruppenstudie) - Kelly (2014) (RCT) <p><u>Studien zu einem gesunden Lebensstil:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Gill (2011) (Einzelgruppenstudie) - Schneider (2012) (Einzelgruppenstudie) - Aschbrenner (2016) (Einzelgruppenstudie) - Curtis (2016) (Quasi) <p><u>sonstige Studien:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Kane und Blank (2004) (Quasi) - Martin und Martin (2014) (Einzelgruppenstudie)
weitere relevante	<ul style="list-style-type: none"> - Sprache: Englisch (in Peer-Reviewed Journals) - Intervention: Durchführung durch Peers oder kombiniert mit medizinischen

*Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report*






































Titel	Peer-based health interventions for people with serious mental illness: A systematic literature review
Einschlusskriterien	Fachpersonal - Population: Personen mit schweren psych. Erkrankungen - Outcomes: körperliche Gesundheit
relevante Ausschlusskriterien	- k. A.
Qualitätsbewertung durchgeführt	- ja (Methodological Quality Rating Scale (MQRS); Vaughn and Howard, 2004)
Für welche Patienten / Subgruppen Aussagen getroffen?	- k. A.
Gemessene Outcomes	- Selbstmanagement, Diät, körperliche Aktivität, Medikations-Adhärenz, Inanspruchnahme der Leistungen, Lebensqualität (QoL)
Ergebnisse	<p>Allgemein: <u>Verteilung nach Länder:</u> - USA (n= 3)</p> <p><u>Anzahl der Teilnehmer:</u> - n =167 (min. 24; max. 80)</p> <p><u>Dauer der Intervention:</u> - 21-24 Wochen</p> <p><u>Interventionsgruppen:</u> - Selbst-Management (n=2), Peer-Navigation (n=1)</p> <p><u>Vergleichsgruppen:</u> - Herkömmliche Therapie (n=3)</p> <p><u>statistisch signifikante Ergebnisse:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Selbstmanagement (beinhaltet Aktivierung des Pat., Selbstwirksamkeit (Self-Efficacy), Überwachung der eigenen Gesundheit, und Krankheitsmanagement) – alle drei eingeschlossenen RCT´s zeigten auf Grund der Intervention positive Auswirkungen - Diät (beinhaltet selbst bewertete Einschätzungen zur (gesunden) Ernährung, Häufigkeiten der Nahrungsaufnahme und Änderung der Essgewohnheiten bezüglich Diabetes-Selbstversorgung) – eine Studie berichtet über entsprechend positive Wirkungen der Intervention - Körperliche Aktivität (beinhaltet selbst bewertete Einschätzungen zum Aktivitätslevel, 6-Minuten Gehtest und die körperliche Leistungsfähigkeit) - eine Studie berichtet über entsprechend positive Wirkungen - Inanspruchnahme von Leistungen (beinhaltet Notfallaufnahmen, Krankenhauseinweisungen und Inanspruchnahme von amb. Diensten) – zwei Studien berichten über entsprechend positive Wirkungen der Intervention <p><u>nicht statistisch signifikante Ergebnisse:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Medikations-Adhärenz – zwei Studien zeigten keine überlegenen Effekte durch die Intervention - Lebensqualität - zwei Studien zeigten keine überlegenen Effekte durch die




*Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report*

Titel	Peer-based health interventions for people with serious mental illness: A systematic literature review
	<p>Intervention</p> <ul style="list-style-type: none"> - Raucherentwöhnung – keine Studie zeigt überlegene Effekte durch die Intervention
Bemerkungen	<ul style="list-style-type: none"> - Da hier in der Mehrheit nicht-randomisierte Studien eingeschlossen sind, erfährt diese Arbeit keine Berücksichtigung als Evidenzgrundlage. Die Ergebnisse werden als Zusatzinformation bereitgestellt.
Bewertung	<p>Fragestellung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klar formuliert und adäquat hinsichtlich der Suchkriterien (Einschluss verschiedener Studiendesigns)
	<p>Methodik:</p> <ul style="list-style-type: none"> - nachvollziehbar, angemessen
	<p>Literatursuche:</p> <ul style="list-style-type: none"> - relevante Datenbanken, Kriterien definiert (keine Ausschlusskriterien)
	<p>Studienqualität:</p> <ul style="list-style-type: none"> - RCTs erhöhte Qualität (gem. MQRS), Mehrheit der Studien Nicht-RCTs

Einzelstudien

Risiko für Bias aus allen Einzelstudien zur Effektivität von Peer-Support

	Random sequence generation (selection bias)	Allocation concealment (selection bias)	Blinding of participants and personnel (performance bias)	Blinding of outcome assessment (detection bias)	Incomplete outcome data (attrition bias)	Selective reporting (reporting bias)	Other bias
Chien & Chan 2013							
Chien & Thompson 2013							
Morriss et al. 2016							
Salzer et al. 2016							
Mahlke et al. 2017							
Kelly et al. 2017							
O'Connell et al. 2017							

	Niedriges Verzerrungsrisiko
	Unklares Verzerrungsrisiko
	Hohes Verzerrungsrisiko

Extraktionsbögen der eingeschlossenen Einzelstudien zu Peer-Support

Chien und Chan 2013 The effectiveness of mutual support group intervention for Chinese families of people with schizophrenia: A randomised controlled trial with 24-month follow-up	
Studiendesign	– randomisierte kontrollierte Studie (3-Gruppen-Design)
Teilnehmer	<u>Anzahl Teilnehmer:</u> - n=135 (männlich= 84, weiblich= 51) <u>Setting:</u> - ambulant <u>Alter der Teilnehmer (Ø):</u> - 25 Jahre <u>Diagnosen:</u> - Schizophrenie <u>Dauer der Erkrankung:</u> - 2 Jahre <u>Dauer der Studie:</u> - 9 Monate
Interventions- / Kontrollgruppe	<u>Interventionsgruppe 1 (n=45):</u> – Kombinierte Intervention aus Peer-Support und Psychoedukation (z. B. Informationen zu Erkrankung, Therapie und Versorgungsangeboten) <u>Interventionsgruppe 2 (n= 45):</u> – Psychoedukation (14-tägig) <u>Kontrollgruppe (n= 45):</u> – Herkömmliche Therapie
Gemessene Outcomes	- Funktionalität (SLOF), Soziale Unterstützung (SSQ6), Family Assessment Device (FAD), Family Support Services Index (FSSI), Wiederaufnahmen stationär (Anzahl und Dauer), Severity of positive symptoms (based on BPRS), Medication Scores
Ergebnisse	<u>statistisch signifikante Ergebnisse:</u> - SLOF (für die Bereiche Self Maintenance (p<0.001), Social Functioning (p<0.001), Community Living (p<0.005)) - SSQ6 (p<0.005) - FAD (p<0.005) - Wiederaufnahmen stationär (nur für die Dauer; p<0.01) - BPRS (p<0.01) <u>nicht statistisch signifikante Ergebnisse:</u> - FSSI - Wiederaufnahmen stationär (nur für die Anzahl an stat. Aufnahmen) - Medication Scores

*Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report*

Risk of bias Chien et al. 2013		
Bias	Einschätzung	Grundlage für Einschätzung
	Gering – unklar – hohes Risiko	
Randomisierungssequenz (selection bias)	gering	Zitat: Allocation by block randomisation
Geheimhaltung Behandlungsfolge (selection bias)	gering	Zitat: every three caregivers drew a labelled card in an opaque envelope
Verblindung Teilnehmer/ Behandler(performance bias)	hoch	k. A.
Verblindung Endpunktbeurteilung (detection bias)	gering	Zitat: the research assistant, who was blind to the participants' intervention conditions
Unvollständige Daten (attrition bias)	gering	Zitat: similar reasons in both groups
Selektives Berichten (reporting bias)	gering	Kommentar: alle Outcomes berichtet
Weitere Risiken (adequate therapy method, treatment fidelity, supervision, training, personal, financial, or any other interests producing bias)	gering	Kommentar: keine

Chien and Thompson 2013 An RCT with Three-Year Follow-Up of Peer Support Groups for Chinese Families of Persons With Schizophrenia	
Studiendesign	– randomisierte kontrollierte Studie (3-Gruppen-Design)
Teilnehmer	<p><u>Anzahl der Teilnehmer:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - n=106 (männlich= 37; weiblich= 69) <p><u>Alter der Teilnehmer (Ø)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 27 Jahre <p><u>Setting:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ambulant <p><u>Dauer der Erkrankung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 2.5 Jahre <p><u>Diagnosen der Teilnehmer:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Schizophrenie <p><u>Dauer der Studie:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 9 Monate
Interventions- / Kontrollgruppe	<p><u>Interventionsgruppe 1 (n=35):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Kombinierte Intervention aus Peer-Support und Psychoedukation (z. B. Informationen zu Erkrankung, Therapie und Versorgungsangeboten) <p><u>Interventionsgruppe 2 (n= 35):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Psychoedukation (14-tägig) <p><u>Kontrollgruppe (n= 36):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Herkömmliche Therapie
Gemessene Outcomes	<ul style="list-style-type: none"> - Funktionalität (SLOF), Soziale Unterstützung (SSQ6), Family Assessment Device (FAD), Family Support Services Index (FSSI), Wiederaufnahmen stationär (Anzahl und Dauer), Severity of positive symptoms (based on BPRS), Medication Scores
Ergebnisse	<p><u>statistisch signifikante Ergebnisse:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - SLOF (für die Bereiche Self Maintenance (p<0.001), Social Functioning (p<0.001), Community Living (p<0.005)) - SSQ6 (positive Effekte) - FAD (p<0.005) - Wiederaufnahmen stationär (für die Dauer und Anzahl; p<0.01) <p><u>nicht statistisch signifikante Ergebnisse:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - FSSI (keine p-Wert Angabe) - Medication Scores (keine p-Wert Angabe) - BPRS (keine p-Wert Angabe)

*Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report*

Risk of bias Chien and Thompson 2013		
Bias	Einschätzung	Grundlage für Einschätzung
	Gering – unklar – hohes Risiko	
Randomisierungssequenz (selection bias)	gering	Zitat: were randomly selected from the patient lists by means of computer-generated numbers
Geheimhaltung Behandlungsfolge (selection bias)	unklar	k. A.
Verblindung Teilnehmer/ Behandler(performance bias)	hoch	k. A.
Verblindung Endpunktbeurteilung (detection bias)	gering	Zitat: a trained research nurse who was independent from the participants' recruitment procedure and blind to their intervention participation
Unvollständige Daten (attrition bias)	gering	Zitat: similar reasons for drop out reported
Selektives Berichten (reporting bias)	gering	Kommentar: all Outcomes are reported
Weitere Risiken (adequate therapy method, treatment fidelity, supervision, training, personal, financial, or any other interests producing bias)	unklar	Kommentar: k. A.

Kelly et al. 2017 Integrating behavioral healthcare for individuals with serious mental illness: A randomized controlled trial of a peer health navigator intervention	
Studiendesign	– randomisierte kontrollierte Studie
Teilnehmer	<u>Anzahl der Teilnehmer:</u> - n= 151 (männlich= 70, weiblich= 81) <u>Setting:</u> - ambulant / rehabilitativ <u>Alter der Teilnehmer (Ø):</u> - 45 Jahre <u>Diagnosen:</u> - Schizophrenie (23,7 %), schizoaffektive Erkrankungen (18,4 %), bipolare Störungen (18,4 %), Depression (32,9 %), andere (6,6 %) <u>Dauer der Erkrankung:</u> - k. A. <u>Dauer der Studie:</u> - 6 Monate
Interventions- / Kontrollgruppe	<u>Interventionsgruppe (n=76):</u> – individualisierte und manualisierte Intervention (z. B. Bedarf nach Maßnahmen je nach Notwendigkeit; sog. Bridge Intervention) bestehend aus motivationalen Aspekten und kognitiven verhaltenstherapeutischen Bestandteilen (z. B. Coaching, Rollenspiele etc.) sowie psychoedukativen Elementen (Aufklärung hinsichtlich des Versorgungssystems etc.) <u>Kontrollgruppe (n=75):</u> – Warteliste
Gemessene Outcomes	- Nutzung von Gesundheitsangeboten, Selbstmanagement, Gesundheitsbefinden
Ergebnisse	<u>statistisch signifikante Ergebnisse:</u> Nutzung von Gesundheitsangeboten: - Anzahl der Arztbesuche (Routine) (p= 0.012) - Beziehung Hausarzt (Qualität) (p= 0.019) Selbstmanagement: - Behavioral Self-Management (p=0.016) Gesundheitsbefinden: - Bodily pain index (p=0.066) <u>nicht statistisch signifikante Ergebnisse:</u> Nutzung von Gesundheitsangeboten: - Anzahl der ungeplanten Aufnahmen bzw. Notfalleinweisungen (p= 0.732) Selbstmanagement: - Confidence for Self-Management (p= 0.211) Gesundheitsbefinden: - Chronische Erkrankungen (Diagnose) (p=0.892) - Bodily pain severity (p= 0.457)

*Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report*

Risk of bias Kelly et al. 2017		
Bias	Einschätzung	Grundlage für Einschätzung
	Gering – unklar – hohes Risiko	
Randomisierungssequenz (selection bias)	gering	Zitat: subjects were randomized using a computer-generated random number table
Geheimhaltung Behandlungsfolge (selection bias)	unklar	k. A.
Verblindung Teilnehmer/ Behandler(performance bias)	hoch	k. A.
Verblindung Endpunktbeurteilung (detection bias)	unklar	k. A.
Unvollständige Daten (attrition bias)	hoch	Zitat: high drop out rates (after 12 month follow up > 20 %)
Selektives Berichten (reporting bias)	gering	Kommentar: alle Outcomes berichtet
Weitere Risiken (adequate therapy method, treatment fidelity, supervision, training, personal, financial, or any other interests producing bias)	unklar	Kommentar: k. A.

Mahlke et al. 2017 Effectiveness of one-to-one peer support for patients with severe mental illness – a randomised controlled trial	
Studiendesign	– randomisierte kontrollierte Studie (multi-site, parallel-arm)
Teilnehmer	<p><u>Anzahl der Teilnehmer:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - n=216 (männlich= 92, weiblich= 124) <p><u>Setting:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - stationär / ambulant <p><u>Alter der Teilnehmer (Ø):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 41 Jahre <p><u>Diagnosen der Teilnehmer:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Schizophrenie (23%), bipolare Störungen (16 %), unipolare Depression (24%), Persönlichkeitsstörungen (27%), schizoaffektive Erkrankungen (6%), Diagnose nicht vorhanden (3%), andere (2%) <p><u>Dauer der Erkrankung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - mind. 2 Jahre <p><u>Dauer der Studie:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 6 Monate
Interventions- / Kontrollgruppe	<p><u>Interventionsgruppe (n=114):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Einzelbetreuung durch einen Peer (die Peers waren unabhängig und nicht Teil des klinischen med. Teams) – alle Peers erhielten im Vorfeld ein strukturiertes Trainingsprogramm (vermittelt durch einen Peer und einen Psychologen) <p><u>Kontrollgruppe (n=102):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Herkömmliche Therapie
Gemessene Outcomes	- Self-efficacy (German Version of the General Self-Efficacy Scale (GSE))
Ergebnisse	<p><u>statistisch signifikante Ergebnisse:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - GSE <p><u>nicht statistisch signifikante Ergebnisse:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -

*Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report*

Risk of bias Mahlke et al. 2017		
Bias	Einschätzung	Grundlage für Einschätzung
	Gering – unklar – hohes Risiko	
Randomisierungssequenz (selection bias)	gering	Zitat: The participants were randomly allocated to either one-to-one peer support or the control group in a 1:1 ratio, stratified by hospital, in blocks of 20.
Geheimhaltung Behandlungsfolge (selection bias)	gering	Zitat: An independent statistician, working in the Department of Medical Biometry and Epidemiology of the University Medical Centre Hamburg Eppendorf produced randomly generated treatment allocations using SAS Institute Inc., Cary, NC, USA, Version 9.3 within sealed, numbered, opaque envelopes that were stored and inaccessible to the trial team
Verblindung Teilnehmer/ Behandler(performance bias)	hoch	k. A.
Verblindung Endpunktbeurteilung (detection bias)	hoch	Zitat: it might not have been feasible to maintain the blinding of interviewers
Unvollständige Daten (attrition bias)	hoch	Zitat: high drop out rates
Selektives Berichten (reporting bias)	gering	Kommentar: alle Outcomes berichtet
Weitere Risiken (adequate therapy method, treatment fidelity, supervision, training, personal, financial, or any other interests producing bias)	unklar	k. A.

<p>Morriss et al. 2016 Clinical effectiveness and acceptability of structured group psychoeducation vs optimised unstructured peer support for patients with remitted bipolar disorder (PARADES). A pragmatic, multicentre, observer blind, randomised controlled superiority trial</p>	
Studiendesign	– randomisierte kontrollierte Studie
Teilnehmer	<p><u>Anzahl der Teilnehmer:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - n= 304 (männlich= 127, weiblich=177) <p><u>Setting:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - gemeindebasiert <p><u>Alter der Teilnehmer (Ø):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 45 Jahre <p><u>Diagnosen der Teilnehmer:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Bipolare Erkrankungen <p><u>Dauer der Erkrankung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - die Mehrheit der Teilnehmer wiesen mehr als 20 bipolare Episoden vor <p><u>Dauer der Studie:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 16 Wochen
Interventions- / Kontrollgruppe	<p><u>Interventionsgruppe (n=153):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Strukturierte Gruppen-Psychoedukation (in Form von Workshops, interaktiv gestaltet) <p><u>Kontrollgruppe (n=151):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – unstrukturierter Peer-Support
gemessene Outcomes	– Zeitabstand bis zum Auftreten der nächsten bipolaren Episode, Teilnahme an den Sitzungen
Ergebnisse	<p><u>statistisch signifikante Ergebnisse:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Teilnahme an den Sitzungen (p=0.026) <p><u>nicht statistisch signifikante Ergebnisse:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Zeitabstand bis zum Auftreten der nächsten bipolaren Episode (p=0.217)

*Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report*

Risk of bias Morriss et al. 2016		
Bias	Einschätzung	Grundlage für Einschätzung
	Gering – unklar – hohes Risiko	
Randomisierungssequenz (selection bias)	gering	Zitat: randomization was done by a clinical trials unit using a computer generated stochastic allocation sequence
Geheimhaltung Behandlungsfolge (selection bias)	gering	Zitat: To ensure masked allocation, the research assistants sent participant details to the trial coordination team at a separate site, who in turn passed the participant information to the clinical trials unit for randomisation. The clinical trials unit reported the randomization allocation to the trial coordination team, which directly informed each participant and the lead health professional running the treatment group to which the participant was allocated.
Verblindung Teilnehmer/ Behandler(performance bias)	hoch	k. A.
Verblindung Endpunktbeurteilung (detection bias)	gering	Zitat: Outcome assessors were masked to group allocation
Unvollständige Daten (attrition bias)	gering	Zitat: drop out documented, very low
Selektives Berichten (reporting bias)	gering	Kommentar: alle Outcomes berichtet
Weitere Risiken (adequate therapy method, treatment fidelity, supervision, training, personal, financial, or any other interests producing bias)	unklar	k. A.

O'Connell et al. 2017 Enhancing Outcomes for persons with co-occurring disorders through skills training and peer recovery support	
Design	– randomisierte kontrollierte Studie
Teilnehmer	<p><u>Anzahl der Teilnehmer:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - n= 137 (männlich=90, weiblich=47) <p><u>Setting:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - stationär <p><u>Alter der Teilnehmer (Ø):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 35 Jahre <p><u>Diagnosen der Teilnehmer:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Aus dem schizophrenen Formenkreis und affective Störungen in Komb. mit Drogenkonsum (Substance use) <p><u>Dauer der Erkrankung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - k. A. <p><u>Dauer der Studie:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 3 Monate
Interventions- / Kontrollgruppe	<p><u>Interventionsgruppe 1 (n=42) (IG 1):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Skills-Training mit Engage – Engage = Peer-gestütztes Programm mit Fokus auf das soziale Engagement der Teilnehmer (z. B. Medikamentengebrauch, Alkoholabstinenz) – das Skills-Training legt den Schwerpunkt darauf, die Wichtigkeit der (pharmakolog.)Therapie hervorzuheben <p><u>Interventionsgruppe 2 (n=48) (IG 2):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Skills-Training ohne Engage <p><u>Kontrolgruppe (n=47) (KG):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – herkömmliche Therapie
Gemessene Outcomes	<ul style="list-style-type: none"> - Psychiatrische Symptome, Selbstkritik, Verbundenheit (Relatedness), soziale Funktionalität, Inanspruchnahme (Wiederaufnahmen stat.), Alkoholkonsum
Ergebnisse	<p><u>statistisch signifikante Ergebnisse:</u></p> <p>Psychiatrische Symptome:</p> <ul style="list-style-type: none"> - PANSS (positive Symptome): IG 1 (p=0.002) und IG 2 (p=0.09) gegenüber der KG - PANSS (negative Symptome): nur IG 2 (p=0.006) gegenüber der KG <p>Selbstkritik:</p> <ul style="list-style-type: none"> - IG 1 (p=0.002) gegenüber KG <p>Verbundenheit (Relatednes):</p> <ul style="list-style-type: none"> - IG 1 (p=0.009) gegenüber KG <p>Soziale Funktionalität:</p> <ul style="list-style-type: none"> - IG 1 (p=0.001) und IG 2 (p=0.08) gegenüber KG <p>Inanspruchname:</p>

*Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report*

	<ul style="list-style-type: none"> - IG 1 (p=0.02) und IG 2 (p=0.03) gegenüber KG <p>Alkoholkonsum (Anzahl der Tage ohne Alkoholkonsum):</p> <ul style="list-style-type: none"> - IG 1 (p=0.002) und IG 2 (p=0.03) gegenüber KG
--	---

Risk of bias O'Connell et al. 2017		
Bias	Einschätzung	Grundlage für Einschätzung
	Gering – unklar – hohes Risiko	
Randomisierungssequenz (selection bias)	unklar	k. A.
Geheimhaltung Behandlungsfolge (selection bias)	unklar	k. A.
Verblindung Teilnehmer/ Behandler(performance bias)	hoch	k. A.
Verblindung Endpunktbeurteilung (detection bias)	unklar	k. A.
Unvollständige Daten (attrition bias)	unklar	k. A.
Selektives Berichten (reporting bias)	gering	Kommentar: alle Outcomes berichtet
Weitere Risiken (adequate therapy method, treatment fidelity, supervision, training, personal, financial, or any other interests producing bias)	unklar	k. A.

Salzer et al. 2016 Effectiveness of Peer-Delivered Center for Independent Living Supports for Individuals With Psychiatric Disabilities: A Randomized, Controlled Trial	
Studiendesign	– randomisierte kontrollierte Studie
Teilnehmer	<u>Anzahl der Teilnehmer:</u> - n= 98 (männlich= 52, weiblich= 46) <u>Setting:</u> - ambulant <u>Alter der Teilnehmer (Ø):</u> - 49 Jahre <u>Diagnosen der Teilnehmer:</u> - Aus dem schizophrenen Formenkreis, bipolare Störungen, schwere Depression <u>Dauer der Erkrankung:</u> - k. A. <u>Dauer der Studie:</u> - 6 Monate
Interventions- / Kontrollgruppe	<u>Interventionsgruppe (n=50):</u> – Peer-gestützte Intervention (im Centers for Independent Living) <u>Kontrollgruppe (n=48):</u> – Herkömmliche Therapie
Gemessene Outcomes	– Selbstbefähigung, Teilnahme (Anzahl der teilgenommenen Tage), Lebensqualität (QoL), Gesamtanzahl an ungedeckten Bedarfen
Ergebnisse	<u>statistisch signifikante Ergebnisse:</u> - <u>nicht statistisch signifikante Ergebnisse:</u> - Selbstbefähigung (p=0.20) - Teilnahme (Anzahl der teilgenommenen Tage) (p=0.13) - Lebensqualität (p=0.16) - Gesamtanzahl an ungedeckten Bedarfen (p=0.21)

Risk of bias Salzer et al. 2016		
<i>Bias</i>	<i>Einschätzung</i>	<i>Grundlage für Einschätzung</i>
	<i>Gering – unklar – hohes Risiko</i>	
Randomisierungssequenz (selection bias)	gering	Zitat: Blocked randomization in groups of 10 was used to determine group assignment.
Geheimhaltung Behandlungsfolge (selection bias)	gering	Zitat: The research coordinator, who was not involved in data collection, placed the study assignments in sealed envelopes with the study identification numbers on them.
Verblindung Teilnehmer/ Behandler (performance bias)	hoch	k. A.
Verblindung Endpunktbeurteilung (detection bias)	hoch	Zitat: Research staff were unaware of the condition until after informed consent was obtained and the baseline interview was completed at which point the research assistant opened the envelope in the presence of the study participant to review their assignment.
Unvollständige Daten (attrition bias)	unklar	k. A.
Selektives Berichten (reporting bias)	gering	Kommentar: alle Outcomes berichtet
Weitere Risiken (adequate therapy method, treatment fidelity, supervision, training, personal, financial, or any other interests producing bias)	unklar	k. A.

Peer Support – Evidenztabellen aus der aggregierten Evidenz

Tab. A1: Übersicht aggregierter Evidenz zur Wirksamkeit von Peer-Support

Autoren Jahr	Anzahl eingeschlossener Studien Studienland	Patienten	Intervention	Kontrollgruppe	Länge des Follow up's
Lloyd-Evans et al. 2014	<ul style="list-style-type: none"> - 18 RCTs⁵ - USA (k=14), Kanada (k=1), Australien (k=1), Niederlande (k=1) 	<ul style="list-style-type: none"> • Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in fachärztlicher Behandlung • 42 Jahre (Median) • N=5.597 (33, 1.827) • Gemeindebasiert 	<ul style="list-style-type: none"> • Peer-geleitete Unterstützung (k=11, manualisierte Selbstmanagement-Programme, unstrukturierte Unterstützung, Online-Programme) • Gegenseitige Unterstützung (k=4, Peer-Support-Gruppen, unmoderierte Internet Support-Gruppe) • Peers in traditionellen Rollen psychiatrischer Dienste (k=3, ICM, ACT) • 3 Wochen bis 2 Jahre 	<ul style="list-style-type: none"> • Herkömmliche Therapie allein 	3-6 Monate
Fuhr et al. 2014	<ul style="list-style-type: none"> - 10 RCTs (SMI)⁶ - 4 RCTs (Depression)⁷ - USA (k=9), Kanada (k=4), Niederlande (k=1) 	<ul style="list-style-type: none"> • Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen (Psychosen) oder einer Depression • K. A. • N=3.595 (42/701) • Gemeindebasiert 	<ul style="list-style-type: none"> • SMI-Population (k=10): Peer-Arbeit im Sinne Peer-geleiteter Unterstützung und Rollenübernahme in psychiatrischen Diensten: Gruppeninterventionen (k=4) vs. individuell ausgerichtete Interventionen (k=6) (Krankheits-management, 	<ul style="list-style-type: none"> • Überwiegend herkömmliche ambulante Behandlung 	Überwiegend mind. 6 Monate

⁵ Edmundson (1982), Solomon (1995), Clarke (2000), Craig (2004), Davidson (2004), Sells (2006), Rogers (2007), Rivera (2007), Barbic (2009), Kaplan (2011), Segal (2011), Simon (2011), Sledge (2011), Cook (2011), Cook (2012), Proudfoot (2012), van Gestel-Timmermans (2012), Chinman (2013).

⁶ Cook 2012, Cook 2012, Druss 2010, van Gestel-Timmermans 2012, Davidson 2004, Forchuk (2005), Greenfield (2008), Rivera (2007), Sells (2008), Solomon (1995).

⁷ Ludman 2007, Dennis 2009, Dennis 2011, Letourneau 2011.

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

Autoren Jahr	Anzahl eingeschlossener Studien Studienland	Patienten <ul style="list-style-type: none"> • Diagnose(n) • Alter • Anzahl (min, max.) • Setting 	Intervention <ul style="list-style-type: none"> • Art d. Interventionen • Dauer (min, max) 	Kontrollgruppe	Länge des Follow up's
			<ul style="list-style-type: none"> • manualisierte Recovery-orientierte Programme, soziale Unterstützung, Entlassmanagement aus stationärer Behandlung, Case Management in Krisenpensionen oder in Gemeinde) • Manualisierte Programme über 6 bis 12 Wochen • Begleitung in Gemeinde über längere Zeiträume: 9 Monate bis 12 Monate 		
<p style="text-align: center;">Pitt et al. 2013</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 11 RCTs⁸ - USA (k=9), Großbritannien (k=1), Australien (k=1) 	<ul style="list-style-type: none"> • Schwere psychische Erkrankungen • K. A. • N=2.796 (45, 1.827) • Gemeindepsychiatrische Versorgung 	<ul style="list-style-type: none"> • Peer-Unterstützung in Bereichen gesetzlicher Gesundheitsversorgung ('statutory mental health services') (n=11) • Peers in traditionellen Rollen psychiatrischer Dienste vs. professionelle Anbieter (K=5, N=581, Case Management, Co-Funktion in Gruppentherapie) • Psychiatrische Versorgungsangebote mit vs. ohne zusätzliche Peer-Arbeit (k=6, 	<ul style="list-style-type: none"> • Herkömmliche Behandlung allein (ohne Peer-Arbeit) oder Rolle der Peers in der Experimentalintervention wird durch professionelle Teammitarbeiter besetzt 	<p style="text-align: center;">Überwiegend 12 Monate</p>

⁸ Gordon 1979, Kaufmann 1995, Solomon 1995, O'Donnell 1999, Bright 1999, Clarke 2000, Craig 2004, Sells 2006, Rivera 2007, Rogers 2007, Sledge 2011

*Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report*

Autoren Jahr	Anzahl eingeschlossener Studien Studienland	Patienten <ul style="list-style-type: none"> • Diagnose(n) • Alter • Anzahl (min, max.) • Setting 	Intervention <ul style="list-style-type: none"> • Art d. Interventionen • Dauer (min, max) 	Kontrollgruppe	Länge des Follow up's
			N= 2215, Beratung und Support) <ul style="list-style-type: none"> • K. A. 		

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

Tab. A2: Effekte von Peer-Support aus aggregierter Evidenz

	Lloyd-Evans 2014			Fuhr 2014		Pitt 2013	
	Gegenseitige Unterstützung K=4	Peer-geleitete Unterstützung K=11	Peers in traditionellen Rollen K=3	Überlegenheitsstudien K=8	Äquivalenzstudien K=2	Überlegenheitsstudien (prof. geleitet) K=6	Äquivalenzstudien (prof. geleitet) K=5
Krankheitsassoziierte Merkmale							
↓ Psychopathologie		~		~	~		~
↓ Depressions- und Angstsymptomatik	++ ¹	~					~ ¹
↓ Stationäre Behandlungsinanspruchnahme	+ ¹	~	~ ¹			~ ¹	~ ¹
↓ Krisen- und Notfallbehandlungen							++
↑ Inanspruchnahme anderer fachspezifischer Behandlungsangebote							~
Behandlungsassoziierte Merkmale							
↑ Behandlungszufriedenheit		~	- ¹			~	~
↑ Therapeutische Beziehung							~
↓ Behandlungsabbrüche						~	~
↑ Teilnahme an Angeboten						~	
↑ Erfüllte Bedürfnisse auf Patientenseite						++ ¹	
Psychosoziale Outcomes und Recovery-assoziierte Merkmale							
↑ Recovery	~ ¹	++					
↑ Hoffnung		++		~/++*			
↑ Empowerment	++	~				~	
↑ Lebensqualität	++ ¹	~		~/++*	~	~ ¹	~ ¹
↑ Psychosoziales Funktionsniveau						~ ¹	

*Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report*

Anmerkungen:

++ signifikanter Vorteil in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe; + tendenzielle Überlegenheit ohne signifikanten Unterschied in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe.

~ Ergebnisse vergleichbar in beiden Gruppen; - Nachteil in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe.

* nur Studien mit hoher Qualität berücksichtigt

¹ Anzahl Studien (k=1)

Peer Support – Evidenztabelle zu den Einzelstudien

Tab. A3: Charakteristika eingeschlossener Einzelstudien zur Wirksamkeit von Peer-Support (RCTs)

Autor/Jahr Land	Patienten <ul style="list-style-type: none"> Anzahl (IG/KG) Diagnose(n) Erkrankungsdauer Alter Setting 	Intervention <ul style="list-style-type: none"> Ansatz Setting Dauer 	Kontrollgruppe (n)	Länge des Follow up
Morris et al. 2016 (Großbritannien)	<ul style="list-style-type: none"> N=304 (153/151) Bipolare Erkrankung (Typ I: 75 % vs. 85 %) Anzahl vorausgegangener Episoden: 1-7: 14 % vs. 12 %; 8-19: 33 % vs. 30 %; ≥20: 54 % vs. 58 % MW: PE: 44,2 [±11.1] vs. Peer-Support: 46,5 [±11.4] Ambulant 	<ul style="list-style-type: none"> Strukturierte Gruppenpsycho- edukation 21 wöchentliche Sitzungen a 2 Stunden 	<ul style="list-style-type: none"> Unstrukturierter Peer-Support (Gruppe) 21 wöchentliche Sitzungen a 2 Stunden 	96 Wochen
Salzer et al. 2016 (USA)	<ul style="list-style-type: none"> N=99 (50/49) Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, bipolare Störungen oder schwere Depressionen K.A. 48 Jahre (Ø-Alter) Ambulant 	<ul style="list-style-type: none"> Individuelle Peer-Begleitung außerhalb psychiatr. Einrichtungen (<i>Centers for independent living</i>) 24 Wochen 	<ul style="list-style-type: none"> Herkömmliche Therapie 	12 Monate
Kelly et al. 2017 (USA)	<ul style="list-style-type: none"> N=151 (76/75) SMI K.A. 45 Jahre (Ø-Alter) Ambulant 	<ul style="list-style-type: none"> „Bridge Intervention“ (Peer-unterstütztes Selbstmanagement-training) und TAU 24 Wochen 	<ul style="list-style-type: none"> Warteliste und herkömmliche Therapie 	6 Monate
Mahlke et al. 2017 (Deutschland)	<ul style="list-style-type: none"> N=216 (114/112) SMI > 2 Jahre 42 Jahre (Ø-Alter)⁷ Ambulant/(stationär) 	<ul style="list-style-type: none"> Individuelle Peer-Begleitung 24 Wochen 	<ul style="list-style-type: none"> Herkömmliche Therapie 	6 Monate
O’Connell et al. 2017 (USA)	<ul style="list-style-type: none"> N=137 (42/48/47) Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, schwere affektive Erkrankungen mit psychotischen Symptomen und komorbider Substanzmissbrauch K.A. 	<ul style="list-style-type: none"> Peer-geleitetes Programm zur Stärkung des sozialen Engagements + Fertigkeiten-training 12 Wochen 	<ul style="list-style-type: none"> Fertigkeiten-training (Krankheitsmanagement, Umgang mit schädlichen Substanzen) ohne Peer-Programm Herkömmliche Therapie allein 	K. A.

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

Autor/Jahr Land	Patienten <ul style="list-style-type: none"> • Anzahl (IG/KG) • Diagnose(n) • Erkrankungsdauer • Alter • Setting 	Intervention <ul style="list-style-type: none"> • Ansatz • Setting • Dauer 	Kontrollgruppe (n)	Länge des Follow up
	<ul style="list-style-type: none"> • 38 Jahre (Ø-Alter) • Stationär (vor Entlassung) 			
<p style="text-align: center;">Chien & Chan 2013 (Hongkong)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • N=135 Paare (45/45/45) Patienten + Angehörige (33 %-36 % Eltern, 29 %-31 % Partner, 20 %-24 % Kinder) • Schizophrenie • 2,2 Jahre (Ø-Dauer) • Patienten: 25 Jahre (Ø-Alter) • Angehörige: 42 Jahre (Ø-Alter) • Ambulant 	<ul style="list-style-type: none"> • Gruppe Gegenseitige Unterstützung für Angehörige (+ Patienten) • 9 Monate (14 2-stündige Gruppensitzungen) 	<ul style="list-style-type: none"> • Psychoedukation (vergleichbarer Umfang) + TAU • Herkömmliche Therapie (TAU) allein 	24 Monate
<p style="text-align: center;">Chien & Thompson 2013 (Hongkong)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • N=106 Paare (35/35/36) Patienten + Angehörige (32 % Eltern, 30 % Partner, 24 % Kinder) • Schizophrenie • 2,5 Jahre (Ø-Dauer) • 27 Jahre (Ø-Alter) • Angehörige: 43 Jahre (Ø-Alter) • Ambulant 	<ul style="list-style-type: none"> • Gruppe Gegenseitige Unterstützung für Angehörige (+ Patienten) • 9 Monate (14 2-stündige Gruppensitzungen) 	<ul style="list-style-type: none"> • Psychoedukation (vergleichbarer Umfang) + TAU • herkömmliche Therapie (TAU) allein 	36 Monate

SMI Schwere psychische Erkrankungen, ACT Assertive Community Treatment, IMR Illness Management and Recovery Program (psychoeducation, cognitive-behavioral approaches to medication adherence, relapse prevention, social skills training, coping skills training)

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

Tab. A4: Effekte von Peer-Support aus aktuellen Einzelstudien (RCTs)

	Individuelle Peer-Begleitung Patienten			Gruppenintervention Angehörige		Gruppenintervention Patienten	
Autor, Jahr N=Anzahl eingeschlossener Patienten/Angehörige	Salzer et al. 2016 N=99	Mahlke et al. 2017 N=216	Kelly et al. 2017 N=151	Chien & Chan 2013 N=135	Chien & Thompson 2013 N=106	Morriss et al. 2016 N=304	O'Connell et al. 2017 N=137
Follow-up	Individuelle Peer-Begleitung vs. TAU 12 Monate	Individuelle Peer-Begleitung vs. TAU 6 Monate	Bridge-Intervention (Selbstmanagement-ansatz) vs. Warteliste 6 Monate	Mutual Support Gruppe für Angehörige vs. Psychoedukation 24 Monate	Mutual Support Gruppe für Angehörige vs. Psychoedukation 36 Monate	Gruppen-PE vs. Gruppen- Peer-Support 96 Wochen	Peer-Programm + Fertigkeitentraining vs. Fertigkeiten-training allein 9 Monate
Aspekte von Recovery, Empowerment und Lebensqualität							
↑ Empowerment	~						
↑ Selbstwirksamkeitserleben		++					
↑ Psychosoziale Funktionen		~		++		++	~
↑ Gesundheitsbezogene Einstellungen			++				
↑ Lebensqualität	~	~					
Krankheits- und behandlungsbezogene Outcomes							
↓ Symptomschwere (allgemein)				++		~	~
↓ Positivsymptomatik					++		
↑ Inanspruchnahmeverhalten (Hausarzt)			++				++
↑ Arzt-Patient-Beziehung			++				

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

Autor, Jahr N=Anzahl eingeschlossener Patienten/Angehörige	Individuelle Peer-Begleitung Patienten			Gruppenintervention Angehörige		Gruppenintervention Patienten	
	Salzer et al. 2016 N=99	Mahlke et al. 2017 N=216	Kelly et al. 2017 N=151	Chien & Chan 2013 N=135	Chien & Thompson 2013 N=106	Morriss et al. 2016 N=304	O'Connell et al. 2017 N=137
Follow-up (Primärbereich)	Individuelle Peer-Begleitung vs. TAU 12 Monate	Individuelle Peer-Begleitung vs. TAU 6 Monate	Bridge-Intervention (Selbstmanagement- ansatz) vs. Warteliste 6 Monate	Mutual Support Gruppe für Angehörige vs. Psychoedukation 24 Monate	Mutual Support Gruppe für Angehörige vs. Psychoedukation 36 Monate	Gruppen-PE vs. Gruppen- Peer- Support 96 Wochen	Peer-Programm + Fertigkeitentraining vs. Fertigkeiten- training allein 9 Monate
↓ Rückfallrisiko & stationäre Wiederaufnahmeraten		~		~	++	++ ²	~
↑ Zeit bis Rückfall						++ ³	
↓ Alkoholkonsum							++
↓ Stationäre Behandlungsdauer				++	++		
↓ Anzahl ungedeckter Bedarfe	~						
Angehörigenbezogene Outcomes							
↑ Familiäres Funktionsniveau				++	++		
↑ Wahrgenommene soziale Unterstützung				++			
Familiäre Unterstützungsbedarfe				~	~		

*Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report*

++ signifikanter Vorteil in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe; + tendenzielle Überlegenheit ohne signifikanten Unterschied in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe, oder kleine Stichprobe; ~ Ergebnisse vergleichbar in beiden Gruppen, KVT Kognitive Verhaltenstherapie, PE Psychoedukation; k.A. keine Angaben zu diesem Outcome-Kriterium; ↓ Reduktion, ↑ Erhöhung, TAU herkömmliche Behandlung, WG Wartegruppe; ¹ nach 3 Monaten; ² nur bei Patienten mit 1-7 Krankheitsepisoden ³ in manische Episode

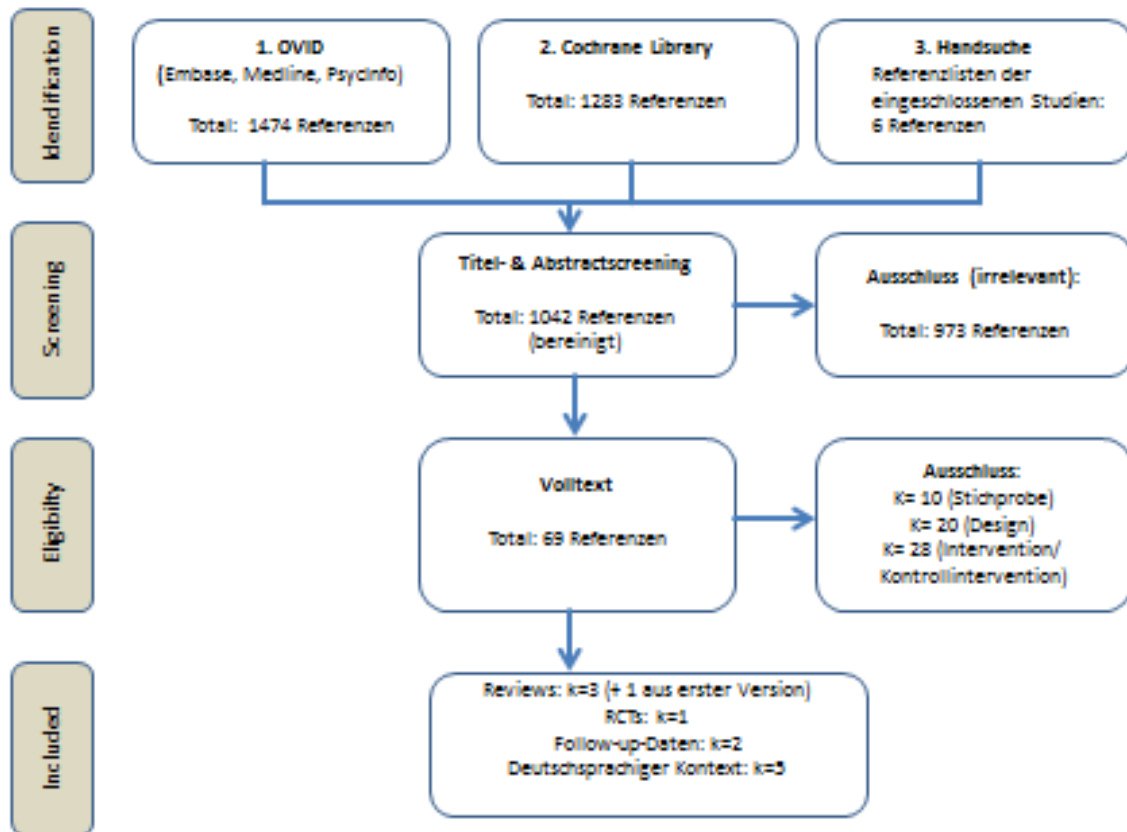
Anlage B Systeminterventionen: Evidenzgrundlage zu den Empfehlungen zu Gemeindepsychiatrischen Behandlungsansätzen

Systematische Literaturrecherche zu Multiprofessionellen gemeindepsychiatrischen Behandlungsansätzen

- Genutzte Datenbanken: EMBASE, MEDLINE, PsycInfo, Cochrane Library
- Suchzeitraum: 2009 bis Februar 2016

Lfd. Nr.	Interventionsspezifische Suchbegriffe
1	home and treatment
2	acute and care and home
3	crisis and intervention
4	mobil* and crisis and team
5	community and crisis and service or management
6	crisis and resolution and home treatment
7	acute and care
8	acute and intervention
9	acute and treat*
10	acute and therap*
11	acute and management
12	acute and service
13	aggressive and outreach
14	care and programme and approach
15	care and programme*
16	1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15
17	community and care
18	community and intervention
19	community and treat*
20	community and therap*
21	community and management
22	community and model
23	community and program*
24	community and team
25	community and service
26	community and base
27	communit* and mental* and health and team
28	communit* and (enter* or centre* or treat)
29	17 or 18 or 19 or 20 or 21 or 22 or 23 or 24 or 25 or 26 or 27 or 28
30	assertive and community and treatment
31	assertive and outreach and treatment
32	PACT
33	training and community and living
34	madison and model
35	case and management
36	care and management
37	care and programme and approach
38	30 or 31 or 32 or 33 or 34 or 35 or 36 or 37

Prisma-Flowchart zu Gemeindepsychiatrischen Behandlungsansätzen



PRISMA flow-Diagramm: Gemeindepsychiatrische teambasierte Ansätze

**Extraktionsbögen der eingeschlossenen systematischen Reviews / Meta-Analysen zu
Gemeindepsychiatrischen Behandlungsansätzen**

Titel	Crisis intervention for people with severe mental illnesses
Autoren	Murphy SM, Irving CB, Adams CE, Waqar M
Jahr	- 2015
Journal	- Cochrane Database of Systematic Reviews
Fragestellung / Zielsetzung	- Die Zielstellung der Arbeit beinhaltet die Bewertung von Kriseninterventionsmodellen bei Personen mit schweren psychischen Erkrankungen, die sich gerade in einer akuten Episode befinden. Falls möglich, soll darüber hinaus ein Vergleich von Kriseninterventionsmodellen durchgeführt werden, der häusliche Ansätze mit stationären Varianten untersucht.
Design	- Systematischer Review mit Meta Analyse
Datenbanken	- Cochrane Schizophrenia Group's Study-Based Register of Trials
Zeitraum	- 1998 bis September 2014
Eingeschlossene Studientypen	- randomisierte kontrollierte Studien
weitere relevante Einschlusskriterien	-
relevante Ausschlusskriterien	- Studien mit Teilnehmern, die ausschließlich an schweren Depressionen leiden
Qualitätsbewertung durchgeführt	- Ja (Risk of Bias Tool der Cochrane Collaboration)
Für welche Patienten / Subgruppen Aussagen getroffen?	-
Gemessene Outcomes	- Krankenhauseinweisungen, familiäre Belastung, psychische Gesundheit (BPRS), Global Assessment Scale (GAS), Zufriedenheit mit Intervention, Lebensqualität
Ergebnisse	Allgemein: Verteilung nach Länder: - Europa (n= 3), USA (n= 2), Kanada (n= 2), Australien (n= 1) Anzahl Teilnehmer: - n= 1.144 (min. 41 /max. 260)

Titel	Crisis intervention for people with severe mental illnesses
	<p>Dauer der Interventionen (Spannweite):</p> <ul style="list-style-type: none"> - 3 Monate bis 2 Jahre <p>Interventionensgruppen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Crisis Interventions (for Home treatment) <p>Vergleichsgruppen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Herkömmliche Therapie <p><u>statistisch signifikante Ergebnisse:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Krankenhauseinweisungen (RR 0.75 CI 0.50 bis 1.13, 6 Monate, hohe Qualität) - familiäre Belastung (RR 0.34 CI 0.20 bis 0.59, 6 Monate, geringe Qualität) - Zufriedenheit mit Behandlung (MD 5.40 CI 3.91 bis 6.89, 20 Monate, moderate Qualität) - Behandlungsabbrüche (RR 0.73 CI 0.55 bis 0.97, 6 Monate) <p><u>nicht statistisch signifikante Ergebnisse:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - BPRS (MD -4.03 CI -8.18 bis 0.12, 3 Monate, geringe Qualität) - GAS (MD 5.70, -0.26 bis 11.66, 20 Monate, moderate Qualität) - Lebensqualität (MD -1.50 CI -5.15 bis 2.15, 6 Monate, geringe Qualität) - Mortalitätsrate
Bemerkungen	<ul style="list-style-type: none"> - Die Effekte von Kriseninterventionsmodellen sind durchaus akzeptabel und für die Behandlung von Personen mit schweren psychischen Erkrankungen eine potenzielle Möglichkeit. Jedoch ist weitere Forschung notwendig, da die hier eingeschlossenen Studien teilweise mit wenig Power sowie methodischen Schwächen behaftet sind.
Bewertung	<p><u>Fragestellung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Klar formuliert und adäquat hinsichtlich unserer Suchkriterien mit der Einschränkung, dass RCTs zu verschiedenen Interventionen eingeschlossen wurden. Studien z.T. älteren Datums. <p><u>Methodik:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - nachvollziehbar, angemessen <p><u>Literatursuche:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - relevante Datenbanken, Kriterien definiert <p><u>Studienqualität:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - RCTs von hoher, moderater bis schwacher Qualität, Heterogenität berücksichtigt, nur wenige Daten poolbar aufgrund unterschiedlicher Outcomes

*Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report*

Titel	Implementation of the Crisis Resolution Team model in adult mental health settings: a systematic review	
Autoren	Wheeler C et al.	
Jahr	- 2015	
Journal	- BMC Psychiatry	
Fragestellung / Zielsetzung	- Die Zielstellung der Arbeit bestand darin, die Effekte von aufsuchender Akutbehandlung (Crisis Resolution Teams) zu untersuchen. Dabei lag der Fokus darauf, zu bewerten: (1) welche Eigenschaften der Teams mglw. zu positiven Outcomes führen, (2) was die Versorgungsqualität dieser Teams beeinflusst und (3) welche Empfehlungen man den staatlichen Trägern bezüglich dieser Versorgungsvariante machen kann.	
Design	- Systematischer Review (Einschluss unterschiedlicher Studiendesigns)	
Datenbanken	- MEDLINE, Embase, PsycINFO, CINAHL and Web of Science, Google,	
Zeitraum	- bis November 2013	
Eingeschlossene Studiendesigns	- quantitative und qualitative Studiendesigns, nationale und regionale) Surveyauswertungen, qualitative Interviews und Fokusgruppen, Richtlinien	
Autoren eingeschlossener Studien	<ul style="list-style-type: none"> - Piggott 1993 - Dean 1993 - Doyle 1994 - Reding 1995 - Guo 2001 - Hugo 2002 - Adesanya 2005 - Johnson 2005a - Bechdorf 2011 Johnson 2005b - Keown 2007 - Jethwa 2007 	<ul style="list-style-type: none"> - Dibben 2008 - Johnson 2008 - Allen 2009 - Kolbjornsrud 2009 - Happell 2009 - Tyrer 2010 - Forbes 2010 - Harrison 2011 - Barker 2011 - Barker 2011
weitere relevante Einschlusskriterien	- Erwachsene mit akuten psychischen Störungen, die normalerweise in eine Klinik eingewiesen werden	
relevante Ausschlusskriterien	- Interventionen, die daheim durchgeführt wurden und einen mittel- bis langfristigen Versorgungsansatz verfolgten	
Qualitätsbewertung durchgeführt	- ja (Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT))	

Titel	Implementation of the Crisis Resolution Team model in adult mental health settings: a systematic review
Für welche Patienten / Subgruppen Aussagen getroffen?	-
Gemessene Outcomes	
Ergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> - Eine systematische Übersichtsarbeit untersuchte Aspekte der Implementierung von aufsuchender Akutbehandlung. Berücksichtigt wurden hierbei sowohl RCTs, als auch naturalistische Studien sowie qualitative Arbeiten, Surveys und Leitlinien. Aus quantitativen Studien, in denen mindestens zwei CRHTs miteinander verglichen wurden, ergeben sich Hinweise auf eine Assoziation zwischen psychiatrischer Expertise im Team und reduzierter stationärer Aufnahmen um 40%. Die Mehrheit der Studien fand keine klaren Zusammenhänge hinsichtlich der Aspekte Teamorganisation, Ausdehnung der Behandlungszeiten durch Pflege oder Psychiater geleitetes Assessment - Vergleichsstudien (CRHT vs. TAU) verweisen auf eine reduzierte Zahl stationärer Aufnahmen sowie Dauer stationärer Behandlungen. In drei von fünf Studien wurde eine höhere Patientenzufriedenheit evident. Für keinen der hier untersuchten Aspekte von CRHT (z.B. 24-Stunden-Service, Gatekeeping-Funktion, Personal-Patienten-Verhältnis, ärztliche Expertise, Multidisziplinarität) ließ sich ein konsistenter Effekt finden <p><i>The 69 papers included in the review comprised:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Comparisons of two CRT models (n=5): Natural experiments, three with pre-post comparisons. Studies were published between 1994 and 2011; three were set in the UK, one in USA and one in Australia.</i> 2. <i>CRTs versus standard care (n = 16): Two studies were randomized controlled trials, three were non-randomised (naturalistic) two-group comparison studies; and 11 were naturalistic pre-post comparison studies. Two studies were Australian, one German, one American, and 12 British; studies were published between 1993 and 2011.</i> 3. <i>CRT national surveys (n = 4) Two papers reported one UK national CRT survey; two papers reported one Norwegian national survey. The UK survey was first published in 2006; the Norwegian survey in 2011.</i> 4. <i>CRT stakeholder qualitative interviews and quantitative surveys (n=24): Twelve studies included service users as participants, five included carers, and twelve included CRT staff. In 15 studies, individual interviews were conducted in person (seven semi-structured, two structured, six not reported); one involved focus groups and eight involved data collection via online surveys, postal questionnaire or phone interview. The studies included between 1 and 177 CRTs, and between 7 and 471 participants. 17 studies were set in the UK; two each</i>

Titel	Implementation of the Crisis Resolution Team model in adult mental health settings: a systematic review
	<p><i>in Australia and Norway; and one each in France, Canada and The Republic of Ireland.</i></p> <p><i>5. CRT government and expert guidelines (n = 20). These comprised eight sets of English government guidance, and 12 reports from UK voluntary sector campaigning or research organisations.</i></p> <p><i>The <u>overall mean quality score</u> for included studies (not including government and expert guidelines) was 2.96 (moderately high quality) on the MMAT scale, with a standard deviation (SD) of 1.07.</i></p>
Bemerkungen	<ul style="list-style-type: none"> - Vorsichtig zu interpretierende Befunde verweisen auf einen Vorteil hinsichtlich reduzierter stationärer Inanspruchnahme bei 24-stündigem Service gegenüber reduzierter Behandlungszeit. - Arbeit zeigt die Vielfalt der implementierten Programme auf und verweist auf mangelnde Evidenz, welche Aspekte von CRHT letztlich besonders wirksam sind. - Keine Berücksichtigung der Ergebnisse in LL. Hintergrundinformation!
Bewertung	<p><u>Fragestellung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Klar formuliert und adäquat hinsichtlich unserer Suchkriterien <p><u>Methodik:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - nachvollziehbar, angemessen <p><u>Literatursuche:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - MEDLINE, Embase, PsycINFO, CINAHL and Web of Science, Google <p><u>Studienqualität:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Studienqualität (nicht Berücksichtigt Expertenrichtlinien und wurde moderat bis gut bewertet

Titel	Intensive case management for severe mental illness
Autoren	Marina Dieterich, Claire B Irving, Hanna Bergman, Mariam A Khokhar, Bert Park, Max Marshall (Editorial group: Cochrane Schizophrenia Group)
Jahr	- 2017
Journal	- Cochrane Database of Systematic Reviews
Fragestellung / Zielsetzung	- Die Zielstellung der Arbeit lag darin, zu bewerten, welche Einflüsse Intensive Case Management (ICM) auf die Versorgung von Personen mit schweren psychischen Erkrankungen haben (im Vergleich zu Non-ICM-Maßnahmen oder herkömmlicher Therapie).
Design	- Systematischer Review mit Meta-Analyse

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

Titel	Intensive case management for severe mental illness
Datenbanken	- Cochrane Schizophrenia Group's Trials Register
Zeitraum	- bis 2017
Anzahl eingeschlossene Studientypen	- randomisierte kontrollierte Studien
weitere relevante Einschlusskriterien	- Erwachsene zwischen 18-65 Jahren
relevante Ausschlusskriterien	- quasi-randomisierte Studien.
Qualitätsbewertung durchgeführt	- ja (Risk of Bias Tool der Cochrane Collaboration)
Für welche Patienten / Subgruppen Aussagen getroffen?	- Personen mit schweren psychischen Erkrankungen und einer hohen stationären Einweisungsrate
Gemessene Outcomes	- Hospitalisierung, Nutzung von anderen med. Psych. Dienstleistungen, soz. Funktionalität
Ergebnisse	<p>ICM vs herkömmliche Therapie</p> <p><u>statistisch signifikante Ergebnisse:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Anzahl stationärer Tage - Anzahl von Krankenhauseinweisungen - Behandlungsabbrüche - Vergleichbare/leicht reduzierte Mortalitätsrate durch Suizide - soz. Funktionalität möglicherweise verbessert <p><u>nicht statistisch signifikante Ergebnisse:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - - <i>service use: ICM slightly reduced the number of days in hospital per month (n = 3595, 24 RCTs, MD -0.86, 95% CI -1.37 to -0.34, low-quality evidence, level of heterogeneity was high). Removing four outliers reduced heterogeneity still further (I2 = 36%; P = 0.05) as well as the overall estimate, but ICM still seemed to significantly decrease time in hospital (n = 3143, 20 RCTs, MD -0.62, 95% CI -1.00 to -0.23)</i> - <i>ICM reduced the number of people admitted to hospital more than standard care, at least in the medium term (n= 1303, 5 RCTs, RR 0.85, 95% CI 0.77 to 0.93).</i> - <i>ICM reduced the number of people leaving the trial early (n = 1798, 13 RCTs, RR 0.68, 95% CI 0.58 to 0.79, low-quality evidence)</i> - <i>adverse events: the evidence showed that ICM may make little or no difference in reducing death by suicide (n = 1456, 9 RCTs, RR 0.68, 95% CI 0.31 to 1.51, low-quality evidence).</i>

Titel	Intensive case management for severe mental illness
	<p>- <i>social functioning, there was uncertainty about the effect of ICM on unemployment due to very low-quality evidence (n = 1129, 4 RCTs, RR 0.70, 95% CI 0.49 to 1.0, very low-quality evidence).</i></p> <p>ICM vs Non-ICM</p> <p><u>statistisch signifikante Ergebnisse:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Behandlungsabbrüche <p><u>nicht statistisch signifikante Ergebnisse:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Anzahl stationärer Tage - Anzahl von Krankenhauseinweisungen - soz. Funktionalität <p>- <i>service use: there was moderate-quality evidence that ICM probably makes little or no difference in the average number of days in hospital per month (n = 2220, 21 RCTs, MD -0.08, 95% CI -0.37 to 0.21, moderate-quality evidence) or in the average number of admissions (n = 678, 1 RCT, MD -0.18, 95% CI -0.41 to 0.05, moderate-quality evidence) compared to non-ICM.</i></p> <p>- <i>ICM may reduce the number of participants leaving the intervention early (n = 1970, 7 RCTs, RR 0.70, 95%CI 0.52 to 0.95, low-quality evidence)</i></p> <p>- <i>ICM may make little or no difference in reducing death by suicide (n = 1152, 3 RCTs, RR 0.88, 95% CI 0.27 to 2.84, low-quality evidence).</i></p> <p>- <i>social functioning: there was uncertainty about the effect of ICM on unemployment as compared to non-ICM (n = 73, 1 RCT, RR 1.46, 95% CI 0.45 to 4.74, very low-quality evidence).</i></p> <p>Modelltreue zum ACT-Konzept hat Einfluss auf stationäre Behandlungszeiten bei gleichzeitiger Abhängigkeit vom Anspruchsverhalten im Vorfeld</p> <p>- <i>meta-regression: i.) the more ICM is adherent to the ACT model, the better it is at decreasing time in hospital ('organisation fidelity' variable coefficient -0.36, 95% CI -0.66 to -0.07); and ii.) the higher the baseline hospital use in the population, the better ICM is at decreasing time in hospital ('baseline hospital use' variable coefficient -0.20, 95% CI -0.32 to -0.10).</i></p> <p><i>Combining both these variables within the model, 'organisation fidelity' is no longer significant, but the 'baseline hospital use' result still significantly influences time in hospital (regression coefficient -0.18, 95% CI -0.29 to -0.07, P = 0.0027).</i></p>
Bemerkungen	<ul style="list-style-type: none"> - Aktuelle Arbeit erst nach der systematischen Literaturrecherche erschienen. Keine veränderte Schlussfolgerung im Vergleich zur Vorarbeit.

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

Titel	Intensive case management for severe mental illness
Bewertung	<u>Fragestellung:</u> - Klar formuliert und adäquat hinsichtlich unserer Suchkriterien
	<u>Methodik:</u> - korrekt
	<u>Literatursuche:</u> - Suche in Cochrane Schizophrenia Group's Trials Register, Kriterien definiert
	<u>Studienqualität:</u> - sehr geringe bis moderate Studienqualität.

Titel	Resource Group Assertive Community Treatment (RACT) as a Tool of Empowerment for Clients with Severe Mental Illness: A Meta-Analysis
Autoren	Tommy Nordén, Ulf Malm and Torsten Norlander
Jahr	- 2012
Journal	- Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health
Fragestellung / Zielsetzung	<ul style="list-style-type: none"> - Die Zielstellung der Arbeit lag darin, die Anwendung des Resource Group Assertive Community Treatment (RACT)* für Patienten mit einer psychiatrischen Diagnose im Vergleich zur herkömmlichen Therapie zu bewerten (im Zeitraum von 2001-2011). - <i>* RACT is distinctive in that the ACT team consists not only of professionals but also of the client and his/her significant others. In addition, the treatment originates with the needs and wishes of the client. This type of approach strengthens the self-confidence and competence of the client.</i>
Design	- Systematischer Review mit Meta-Analyse
Datenbanken	- Medline, Psycinfo
Zeitraum	- 1980 – 2011
Eingeschlossene Studiendesigns	- randomisierte kontrollierte Studien (n= 6) und Beobachtungsstudien (n= 11)
Autoren der eingeschlossenen Studien	<u>6 RCTs /(selektiert):</u> <ul style="list-style-type: none"> - Montero 2001 - Malm 2003 - Grawe 2006 - Veltro 2006 - Pioli 2006 - Sungur 2011

Titel	Resource Group Assertive Community Treatment (RACT) as a Tool of Empowerment for Clients with Severe Mental Illness: A Meta-Analysis
weitere relevante Einschlusskriterien / Hinweise	- die Meta-Analyse berücksichtigt ausschließlich den Zeitraum von 2001-2011
relevante Ausschlusskriterien	-
Qualitätsbewertung durchgeführt	- die Qualitätsbewertung wurde geprüft durch das GRADE-Instrument* <i>*Grades of Recommendations Assessment, Development and Evaluation: frequently used to rate the power of evidence and appropriateness for implementation. Grading was done on 4-point scales, Categories of Qualities of Evidence (CQE), where 1 indicated very low quality, 2 for low quality, 3 for moderate quality, and 4 for high quality. In the assessments, attention was also paid to five determinants of quality: detailed design and execution, inconsistency, indirectness, reporting bias, and imprecision. The assessments were carried out by two independent judges.</i>
Für welche Patienten / Subgruppen Aussagen getroffen?	- Patienten mit Schizophrenie
Gemessene Outcomes	-
Ergebnisse	<p><u>Allgemein (insgesamt):</u> Verteilung nach Länder: - k. A. Anzahl Teilnehmer: - n= 2.263 (min. /max.) Dauer der Interventionen (Spanweite): - 12-60 Monate Interventionensgruppen: - Resource Group Assertive Community Treatment (RACT) Vergleichsgruppen: - herkömmliche Therapie</p> <p><u>statistisch signifikante Ergebnisse (nur RCTs):</u> - Funktionalität - Wohlbefinden - Symptomatik</p> <p>- <i>The averaged results indicated good levels of quality for Symptoms (CQE = 3.75), Functioning (CQE = 3.83), and Well-being (CQE = 3.60) which yielded a mean CQE score of 3.73.</i></p> <p>- <i>There is an overall effect size of 0.87 [95%CI: 0.47 – 1.28] (k=6, N=400) for studies with a randomized control group design (RCT), considered a large effect by Cohen. Large effects were also noted for Functioning</i></p>

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

Titel	Resource Group Assertive Community Treatment (RACT) as a Tool of Empowerment for Clients with Severe Mental Illness: A Meta-Analysis
	<i>(0.93 [95% CI: -0.10 – 1.96], k=6, N=400) and Well-being (1.16 [95% CI: 0.26 – 2.07], k=5, N=345), whereas Symptoms yielded a medium effect (0.57 [95% CI: -0.10 – 1.25], k=6, N=400).</i>
Bemerkungen	<ul style="list-style-type: none"> - In den 3 Outcome-Domänen wurden unterschiedliche Maße zusammengefasst. Die Varianz war hier breit. Betrachtet man die beschriebenen Interventionen in den einzelnen Studien wird auch hier eine breite Varianz ersichtlich. - Die Ergebnisse der RCTs verweisen auf Evidenz hinsichtlich der Wirksamkeit dieses ACT-Modells hinsichtlich psychosozialer Funktionen, Symptomatik und LQ/Zufriedenheit bei Nutzern und Familien bei schizophrener Erkrankung. Allerdings sind die Konfidenzintervalle sehr breit
Bewertung	<u>Fragestellung:</u>
	- Klar formuliert und adäquat hinsichtlich unserer Suchkriterien
	<u>Methodik:</u>
	- nachvollziehbar, angemessen
<u>Literatursuche:</u>	
- Suche in Medline, Psycinfo	
<u>Studienqualität:</u>	
- 6 RCTs mit guter Qualität	

Titel	Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse.
Autoren	Hunt GE, Siegfried N, Morley K, Sitharthan T, Cleary M.
Jahr	- 2013
Journal	- Cochrane Database of Systematic Reviews
Fragestellung / Zielsetzung	- Die Zielstellung der Arbeit lag darin, die Effekte von psychosozialen Interventionen im Hinblick auf die Reduzierung des Substanzkonsums (substance use) zu bewerten.
Design	- systematischer Review mit Meta-Analyse
Datenbanken	- Cochrane Schizophrenia Group's Trials Register, Cochrane Database of Systematic Reviews, MEDLINE und PsycINFO
Zeitraum	- 2012 bis Januar 2013 (Update)
eingeschlossene Studiendesigns	- randomisierte kontrollierte Studien (n= 32)

*Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report*

Autoren der eingeschlossenen Studien	<p><u>7 RCTs:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nagel 2009 - Barrowclough 2010 - Bonsack 2011 - Bechdorf 2011 - Madigan 2013 - Hjorthoj 2013 - McDonell2013
weitere relevante Einschlusskriterien	-
relevante Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> - quasi randomisierte Studien - Patienten mit organischen Komorbiditäten oder anderen psychischen Erkrankungen, wie bspw. PTSD, Angststörungen etc. - Personen, ausschließlich Tabakmissbrauch
Qualitätsbewertung durchgeführt	- Ja (Risk of Bias Tool der Cochrane Collaboration)
Für welche Patienten / Subgruppen Aussagen getroffen?	- Wenn möglich, wurde neben der Untersuchung von Patienten mit Schizophrenie weitere vgl. Subgruppen untersucht
Gemessene Outcomes	- Anzahl an Ausscheider aufgrund der Intervention, Veränderung des Substanzmissbrauchs (Substance Use), Veränderungen in der Symptomatik
Ergebnisse	<p><u>Allgemein:</u></p> <p>Verteilung nach Länder:</p> <ul style="list-style-type: none"> - k. A. <p>Anzahl Teilnehmer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - n= 3.165 (min. k. A. / max. k. A.) <p>Dauer der Interventionen (Spannweite):</p> <ul style="list-style-type: none"> - k. A. <p>Interventionensgruppen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Integrated Models of Care with assertive Community Treatment (ACT), Non-integrated Models of Care or intensive Case Management, Verhaltenstherapie, Motivational Interviewing , Contingency Management, Soft-Skills-Training <p>Vergleichsgruppen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Herkömmliche Therapie <p>Long-term integrated Care vs. herkömmliche Therapie:</p> <p><u>statistisch signifikante Ergebnisse:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - <p><u>nicht statistisch signifikante Ergebnisse</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Loss to Treatment - 3-Jahres-Sterblichkeit - Alkoholkonsum - Substanzkonsum - GAF

	<p><i>Evaluation of long-term integrated care included four RCTs (n = 735):</i></p> <ul style="list-style-type: none">- no significant differences on loss to treatment (n = 603, 3 RCTs, RR 1.09 CI 0.82 to 1.45, low quality of evidence)- death by 3 years (n = 421, 2 RCTs, RR 1.18 CI 0.39 to 3.57, low quality of evidence)- alcohol use (not in remission at 36 months) (n = 143, 1 RCT, RR 1.15 CI 0.84 to 1.56, low quality of evidence)- substance use (n = 85, 1 RCT, RR 0.89 CI 0.63 to 1.25, low quality of evidence)- global assessment of functioning (n = 171, 1 RCT, MD 0.7 CI 2.07 to 3.47, low quality of evidence)- general life satisfaction (n = 372, 2 RCTs, MD 0.02 higher CI 0.28 to 0.32, moderate quality of evidence). <p>Non-integrated intensive Case Management vs. herkömmliche Therapie:</p> <p><u>statistisch signifikante Ergebnisse:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- <p><u>nicht statistisch signifikante Ergebnisse</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Loss to Treatment <p><i>Evaluation of non-integrated intensive case management with usual treatment (4 RCTs, n = 163):</i></p> <ul style="list-style-type: none">- no statistically significant difference for loss to treatment at 12 months (n = 134, 3 RCTs, RR 1.21 CI 0.73 to 1.99, very low quality of evidence). <p>Motivational interviewing + kogn. Verhaltenstherapie vs. herkömmliche Therapie:</p> <p><u>statistisch signifikante Ergebnisse:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- <p><u>nicht statistisch signifikante Ergebnisse</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Loss to Treatment- Substanzkonsum- BPRS <p>Motivational interviewing vs. herkömmliche Therapie:</p> <p><u>statistisch signifikante Ergebnisse:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- <p><u>nicht statistisch signifikante Ergebnisse</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Loss to Treatment- Substanzkonsum- BPRS <p>Contingency Management vs. herkömmliche Therapie:</p> <p><u>statistisch signifikante Ergebnisse:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- <p><u>nicht statistisch signifikante Ergebnisse</u></p>
--	--




*Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report*

	<ul style="list-style-type: none"> - Loss to Treatment - stationäre Einweisungen - Substanzkonsum
Bemerkungen	<p>Insgesamt wenige Daten poolbar. Kaum aussagekräftig hinsichtlich der uns interessierenden Interventionen.</p> <p>Die Arbeit dient der Hintergrundinformation.</p>
Bewertung	<p><u>Fragestellung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Klar formuliert und adäquat hinsichtlich unserer Suchkriterien <p><u>Methodik:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - korrekt <p><u>Literatursuche:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Suche in Cochrane Schizophrenia Group's Trials Register, Kriterien definiert <p><u>Studienqualität:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - gering bis sehr gering (risk of bias hoch, schmale Stichprobenumfänge, breite Konfidenzintervalle)

Einzelstudien

Risiko für Bias aus allen Einzelstudien zur Effektivität gemeindepsychiatrischer teambasierter und aufsuchender Ansätze

	Random sequence generation (selection bias)	Allocation concealment (selection bias)	Blinding of participants and personnel (performance bias)	Blinding of outcome assessment (detection bias)	Incomplete outcome data (attrition bias)	Selective reporting (reporting bias)	Other bias
Killaspy 2006							
Ito 2011							

	low risk of bias
	unclear risk of bias
	high risk of bias

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

Autoren / Titel	Ito J, Oshima I, Nishio M, Sono T, Suzuki Y, Horiuchi K, Niekawa N, et al. The effect of Assertive Community Treatment in Japan.
Studiendesign	- randomisierte kontrollierte Studie
Teilnehmer	<p><u>Anzahl der Teilnehmer:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - n= 118 (männlich= 61, weiblich= 57) <p><u>Setting:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Mental Health Service Setting <p><u>Alter der Teilnehmer (Ø):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 40 Jahre <p><u>Diagnosen der Teilnehmer:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Überwiegend Teilnehmer mit Schizophrenie <p><u>Dauer der Erkrankung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - K.A: <p><u>Dauer der Studie:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 12 Monate
Interventions- / Kontrollgruppe	<p><u>Interventionsgruppe:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - ACT* <p><i>* The team was organized according to ACT principles. Fidelity to the model was assessed with the Dartmouth Assertive Community Treatment Scale (DACTS) (6). The authors conducted an independent DACTS assessment and obtained a score of 4.1, which indicated that the team design achieved the requisite fidelity of the original model. For face-to-face contacts, the mean was approximately 2.4 h or 4.3 contacts per month per client during the trial year (including a maximum of 8.3 h or 19.3 times).</i></p> <p><u>Kontrollgruppe:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Herkömmliche Therapie (im Rahmen der stationären Rehabilitation)
Gemessene Outcomes	- Anzahl Tage stationär, psychiatrische Symptomatik (BPRS), soziale Funktionalität (GAF), Lebensqualität, Zufriedenheit (CSQ-8)
Ergebnisse	<p><u>Statistisch signifikante Ergebnisse:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Anzahl Tage stationär ($p= 0.02$; T-Test $t=2.33$)* - BPRS, Depressionsscore ($F=5.57$, $p= 0.03$) - Zufriedenheit ($t=2.08$, $p= 0.05$) <p><u>nicht statistisch signifikante Ergebnisse:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - <p><i>*We found a significant reduction of in-patient days for the ACT group demonstrated by t-test ($t = 2.33$, $P = 0.02$). However, the results of ancova did not show significant differences for in-patient days between the two groups ($F = 1.85$, $P = 0.18$).</i></p>

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

Risk of bias Ito et al. 2011		
<i>Bias</i>	<i>Einschätzung</i>	<i>Grundlage für Einschätzung</i>
	Gering – unklar – hohes Risiko	
Randomisierungssequenz (selection bias)	gering	<i>The consenting participants were given new identification (ID) numbers which were reported to the first author. Using a prearranged list, these ID numbers were randomized to the two conditions.</i>
Geheimhaltung Behandlungsfolge (selection bias)	unklar	-
Verblindung Teilnehmer/ Behandler(performance bias)	hoch	-
Verblindung Endpunktbeurteilung (detection bias)	hoch	<i>The assessors were not blinded to treatment allocation We obtained the information about patient characteristics and hospital days from medical records. All other data were obtained during the semi-structured interviews conducted by the authors (TS, YS, and KH) who were trained in use of the scales.</i>
Unvollständige Daten (attrition bias)	hoch	<i>A total of two patients died (one from each group), and 53 declined the follow-up interview; therefore, the attrition rate for follow-up was 37.3% in the ACT group and 50.9% in the control group.</i>
Selektives Berichten (reporting bias)	gering	-
Weitere Risiken (adequate therapy method, treatment fidelity, supervision, training, personal, financial, or any other interests producing bias)	hoch	<i>The ACT group had spent significantly more days in the hospital at baseline than the control group ($t = 1.98, P = 0.05$).</i>
Anmerkungen	<p>Erste ACT-Studie in Japan (beginnender Prozess der Deinstitutionalisierung)</p> <p>Ausrichtung an ACT und Überprüfung der Programmtreue mit Hilfe Dartmouth Assertive Community Treatment Scale</p> <p>Methodisch mit deutlichen Mängeln</p>	

<p>Titel / Autor</p>	<p>Killaspay et al. 2006 „The REACT study: randomised evaluation of assertive community treatment in north London“ (in Dieterich Review und in 1. Auflage der LL Psychosoziale Therapien eingeschlossen)</p> <p>McCrone P, Killaspay H, Bebbington P, Johnson S, Nolan F, Pilling S, King M. The REACT study: cost-effectiveness analysis of assertive community treatment in north London. Psychiatr Serv. 2009 Jul;60(7):908-13.</p> <p>Killaspay H, Kingett S, Bebbington P, Blizard R, Johnson S, Nolan F, Pilling S, King M. Randomised evaluation of assertive community treatment: 3-year outcomes. Br J Psychiatry. 2009 Jul;195(1):81-2.</p> <p>10-Jahres-Follow-Up-Daten aufgenommen:</p> <p>Killaspay H, Mas-Expósito L, Marston L, King M. Ten year outcomes of participants in the REACT (Randomised Evaluation of Assertive Community Treatment in North London) study 2014 Oct 24;14:296.</p>
<p>Studiendesign</p>	<p>- (nichtverblindete) randomisierte kontrollierte Multicenter-Studie</p>
<p>Teilnehmer</p>	<p><u>Anzahl der Teilnehmer:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - n= 251 (männlich= 146, weiblich= 105) <p><u>Setting:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - CMHTs (ambulante multiprofessionelle Versorgung) <p><u>Alter der Teilnehmer (Ø):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 39 Jahre <p><u>Diagnosen der Teilnehmer:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Teilnehmer mit Schizophrenie, schizoaffektive Störungen, andere chron. Psychosen, bipolare Störungen u.a (mind. 100 aufeinanderfolgende stationäre Behandlungstage oder mind. 5 Aufnahmen innerhalb der letzten 2 Jahre oder mind. 50 Tage oder mind. 3 Aufnahmen innerhalb des letzten Jahres) <p><u>Dauer der Erkrankung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - K.A. <p><u>Dauer der Studie:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 18 Monate
<p>Interventions- / Kontrollgruppe</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ACT-Team (Fallzahlhöhe=12, Verfügbarkeit zwischen 8.00 und 20.00 Uhr, geteilte Verantwortung, tägliche und wöchentliche Teammeetings, aufsuchend, kontaktaufrecht-erhaltend, multidisziplinäres Team DACT-Scale: gute Übereinstimmung mit ACT-Modell) - CMHT-Teams (höhere Fallzahlen, Sprechzeiten zwischen 9.00 und 17.00 Uhr Mo-Fr, nicht aufsuchend, weniger geteilte Verantwortung, weniger Teambesprechungen)
<p>Gemessene Outcomes</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Stationäre Behandlungszeiten in Tagen, Symptomatik, soziale Funktionalität, Behandlungszufriedenheit, Engagement mit Service, Kontaktverlust, Abbrüche, Qualität, Lebensqualität, selbstverletzendes Verhalten, Fremdgefährdung, Kontakte mit Polizei und forensischen Einrichtungen, Medikamentencompliance, Substanzmissbrauch
<p>Ergebnisse</p>	<p>Killaspay 2006:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>No significant differences in inpatient bed use (median difference 1, 95% CI:16 to 38)</i> - <i>or in clinical or social outcomes for the two treatment groups.</i> - <i>ACT-Clients seemed better engaged (adapted homeless engagement acceptance schedule: difference in means 1.1, 1.0 to 1.9)</i> - <i>and those who agreed to be interviewed were more satisfied with</i>

	<p>services (adapted client satisfaction questionnaire: difference in means 7.14, 0.9 to 13.4).</p> <p>Killaspy 2009:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>No statistically significant differences</u> between the ACT and CMHT participants in total in-patient days over the 36 months (median difference 0 (95% CI -50 to 56), Mann-Whitney test $P = 0.866$). Three ACT and three CMHT participants remained in hospital throughout the 36 months. Fewer CMHT than ACT participants were admitted to a medium secure facility, but there were no other differences between the groups in any indicators of in-patient service use. - Similar proportions were referred to supported accommodation. - There were no statistically significant differences in adverse events between ACT and CMHT participants. - When analysis was restricted to participants whose care had not transferred at the end of the REACT study, there was a <u>statistically significant difference in the proportion of clients lost to follow-up</u> (3/95 ACT v. 11/89 CMHT, $w^2=5.53$, $P= 0.019$). - The mean <u>face-to-face contacts</u> made between staff and clients over the preceding 3 months at 36-month follow-up was <u>statistically significantly greater for ACT than CMHT participants</u> (ACT team 12.20 (s.d.=12.05); CMHT 7.22 (s.d.=9.52), difference in means 4.98 (95% CI 2.11-7.85), $P=0.001$). <p>Killaspy 2014</p> <ul style="list-style-type: none"> - First analysis found that the initial randomization group (ACT or CMHT) was not statistically significantly associated with total inpatient bed days over the 10 year period. However, those whose care remained with or transferred to ACT or forensic services during the 10 years (change variable group 1) used more inpatient days on average than those whose care remained under the CMHT, transferred from ACT to CMHT or were discharged to primary care (change variable group 0). Having been an inpatient for more days prior to randomization was also associated with a higher number of inpatient days over the 10 years. - None of the social outcomes assessed at 10 year follow up were associated with treatment group at 36 months or change in treatment group from 36 months to 10 years. <p>McCrone 2009</p> <ul style="list-style-type: none"> - Total follow-up costs over 18 months were higher for the ACT group by £4,031 (\$6,369), but this was not statistically significant (95% confidence interval of -£2,592 to £10,690 [-\$4,095 to \$16,890]). A one-unit improvement in satisfaction was associated with extra costs in the ACT group of £473 (\$747).
--	--

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

Risk of bias		
<i>Bias</i>	<i>Einschätzung</i>	<i>Grundlage für Einschätzung</i>
	Gering – unklar – hohes Risiko	
Randomisierungssequenz (selection bias)	niedrig	Zitat: <i>permuted block randomization with a block size of eight ensuring parity between CMHT in proportions randomized to ICM</i>
Geheimhaltung Behandlungsfolge (selection bias)	niedrig	Zitat: <i>The interviewer contacted an administrator at the trial centre who opened the appropriate numbered envelope communicating the outcome of randomisation. Participants and referrers were informed of the treatment assignment by letter</i>
Verblindung Teilnehmer/ Behandler(performance bias)	hoch	Not possible
Verblindung Endpunktbeurteilung (detection bias)	unklar	Primary outcome: clinician/participant mediated - rating - Unclear. Secondary outcomes: interviewer rated - rating -No. Interviewers were independent of clinical care, but not blind
Unvollständige Daten (attrition bias)	niedrig	YES - Primary outcomes: average number of days in hospital per month. No missing data (except death, balanced in number across groups) YES - Secondary outcomes: number and reason for missing data are reported. Analysis carried out on an ITT basis
Selektives Berichten (reporting bias)	niedrig	All the listed outcomes of interest are completely reported.
Weitere Risiken (adequate therapy method, treatment fidelity, supervision, training, personal, financial, or any other interests producing bias)	niedrig	Public funded (Camden and Islington Health Authority; King's Fund; Department of Health). Competing interesting declared: none. No further details. No evidence other bias are occurring

Gemeindepsychiatrische und teambasierte Behandlung – Evidenztabellen

a) Multiprofessionelle gemeindepsychiatrische Teams (Community Mental Health Teams, CMHT)

Tab. B1: Übersicht aggregierter Evidenz zur Wirksamkeit multiprofessioneller gemeindepsychiatrischer Teams

Autoren Jahr	Anzahl eingeschlossener Studien Land	Patienten Diagnosen Anzahl	Intervention	Kontroll-intervention	Länge des Follow up' s
NICE 2014	3 RCTs (Merson et al. 1992; Tyrer et al. 1998; Gater et al. 1997) Großbritannien	SMI (Psychosen und Schizophrenie: 65 %) N=344	Community focused multidisciplinary team (k = 1) Community team (k=2)	Herkömmliche ambulante (k=1) bzw. stationäre (k=2) psychiatrische Behandlung	12 bis 104 Wochen
Malone et al. 2007 (Cochrane Review)	3 RCTs (Merson et al. 1992; Tyrer et al. 1998; Burns et al. 1993) Großbritannien	SMI (überwiegend Schizophrenien, depressive und bipolare Erkrankungen) N=587	Community Mental Health Teams, Community treatment teams	Herkömmliche ambulante Begleitung durch Klinikpersonal ohne multi-disziplinäre Team-komponente	3 bis 12 Monate

Tab. B2: Effekte von multiprofessioneller gemeindepsychiatrischer Behandlung

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

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

b) Akutbehandlung im häuslichen Umfeld

Tab B3: Übersicht aggregierter Evidenz zur Wirksamkeit von Ansätzen der Akutbehandlung im häuslichen Umfeld

Autoren Jahr	Anzahl eingeschlossener Studien Land	Patienten Diagnosen Anzahl	Intervention	Kontroll-intervention	Länge des Follow up 's
Leitlinie NICE 2014	6 RCTs Australien, Kanada, UK, USA	SMI-Patienten in psychischer Krise und stationärer Behandlungsnotwendigkeit (Schizophrenien, Depressionen, Angststörungen etc.) N=851	-Crisis resolution and home treatment teams (k=1) -Behandlung zu Hause mit Krisenintervention (k=5)	herkömmliche stationäre multi-professionelle psychiatrische Behandlung	4 bis 104 Wochen
Review Murphy et al. 2015* (Cochrane Review)	8 RCTs Australien, Kanada, UK, USA	SMI-Patienten in psychischer Krise und stationärer Behandlungsnotwendigkeit (Schizophrenien, Depressionen, Angststörungen etc.) N=1144 (N=41-250)	-Crisis resolution and home treatment teams (k=1) -Behandlung zu Hause mit Krisenintervention (k=5) - Krisenhäuser (k=2)	herkömmliche stationäre multi-professionelle psychiatrische Behandlung	3 bis 24 Monate

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

Tab. B4: Effekte von Akutbehandlung im häuslichen Umfeld

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

	Metaanalyse NICE-Leitlinie Schizophrenie	Metaanalyse Cochrane Review
	NICE 2014	Murphy 2015
Kosteneffektivität		
↑ Kosteneffektivität		++ ¹

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

c) Intensive aufsuchende Behandlung

Tab. B5: Übersicht aggregierter Evidenz zur Wirksamkeit von Ansätzen intensiver aufsuchender gemeindepsychiatrischer Behandlung

Autoren Jahr	Anzahl eingeschlossener Studien Land	Patienten Diagnosen Anzahl	Intervention	Kontroll- intervention	Studien- und Follow up- Länge
NICE 2014	Übernahme der Studien aus Dieterich et al. 2010				
Dieterich et al. 2010 <i>Achtung: Der aktualisierte Cochrane-Review erschien erst nach der systematischen Literaturrecherche.</i>	38 RCTs USA, Australien, Kanada, UK, Schweden, Dänemark, Niederlande	SMI-Patienten mit verschiedenen Diagnosen, z.T. komorbidem Substanzmissbrauch und Wohnungslosigkeit N=7328	Intensive Case Management*	k=26 herkömmliche Behandlung k=11 CM (mit hohem Betreuungsschlüssel, >20 Patienten pro Mitarbeiter) k=1 TAU und CM	Studiendauer: 6 Monate bis 4 Jahre (MW=23.5 Monate) Short term: k=1 Medium term: k=9 Long term: k=28
Norden et al. 2012	6 RCTs Norwegen, Schweden, Spanien, Italien, Türkei	Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis N=400	Resource Group Assertive Community Treatment (RACT)	herkömmliche Behandlung	in der Mehrheit follow-up bis zu 24 Monaten berücksichtigt

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

Tab B6.: Effekte von intensiver aufsuchender Behandlung auf verschiedene Zielparameter

	Dieterich et al. 2010		Norden et al. 2012
	ICM vs. Standardbehandlung	ICM vs. CM	RACT
<i>Krankheitsassoziierte Merkmale</i>			
↓ Sterbefälle	+	~	
↓ Symptomschwere	~		++
<i>Behandlungsassoziierte Merkmale</i>			
↓ stationäre Behandlungen	+	~	
↓ stationäre Behandlungszeiten	++	~	
↓ Behandlungsabbrüche	++	+	
↑ Behandlungszufriedenheit	++	+	++
↑ Medikamentöse Compliance	+ ¹		
<i>Merkmale sozialer</i>			

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

	Dieterich et al. 2010		Norden et al. 2012
	ICM vs. Standardbehandlung	ICM vs. CM	RACT
<i>Inklusion/Exklusion</i>			
↑ soziale Funktionen (GAF)	++ ⁴		++
↑ Beschäftigungssituation	+	~ ¹	
↑ unabhängiges Wohnen	++		
↓ Straffälliges Verhalten/Inhaftierung	~	~	
<i>Lebensqualität</i>			
↑ Lebensqualität	~	~	++
<i>Kosteneffektivität</i>	++ ² /~ ³	~	

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

Tab. B7: Effekte von intensiver aufsuchender Behandlung aus Einzelstudien

	ACT in Japan Ito et al. 2011	REACT-Study Killaspy 2006, 2009, 2014
Patienten Teilnehmerzahl N (gesamt), Diagnose	N=118 SMI und hohe Inanspruchnahme stationärer Behandlung	N=251 SMI, hohe Inanspruchnahme stationärer Behandlung und schlechte Anbindung
Experimental- vs. Kontrollintervention	ACT vs. Herkömmliche klinikbasierte Behandlung	ACT vs. CMHT
Follow-up-Zeitraum	12 Monate	3 Jahre/10 Jahre
Krankheitsassoziierte Merkmale		
↓ Symptomschwere (allgemein)	~	
↓ Depressive Symptomatik	++	
Behandlungsassoziierte Merkmale		
↓ stationäre Behandlungszeiten	++	~/~
↓ der Behandlungsabbrüche		+/
↑ Behandlungskontakte		++/
↑ Behandlungszufriedenheit/Pat.	++	
Soziale Funktionen und Lebensqualität		
↑ soziales Funktionsniveau	~	
↑ Lebensqualität	~	
↑ Soziale Kontakte zur Familie		~/~
↑ Erwerbstätigkeit		~/~
Unerwünschte Ereignisse²		~/~

Anmerkungen: ++: signifikanter Vorteil in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe, +: tendenzielle Überlegenheit ohne signifikanten Unterschied in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe, ~: Ergebnisse vergleichbar in beiden Gruppen, -: Nachteil in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe, ↓: Reduktion, ↑: Erhöhung, ¹Effekt bei weiblichen Studienteilnehmern, SMI: severe mental illness; 2: Sterblichkeit, Unfallhäufigkeit, Selbstverletzung, Straffälligkeit, Haft, Wohnungslosigkeit, Studienabbruch)

Anlage C Systeminterventionen: Evidenzgrundlage zu den Empfehlungen zu Ansätzen des Unterstützten Wohnens

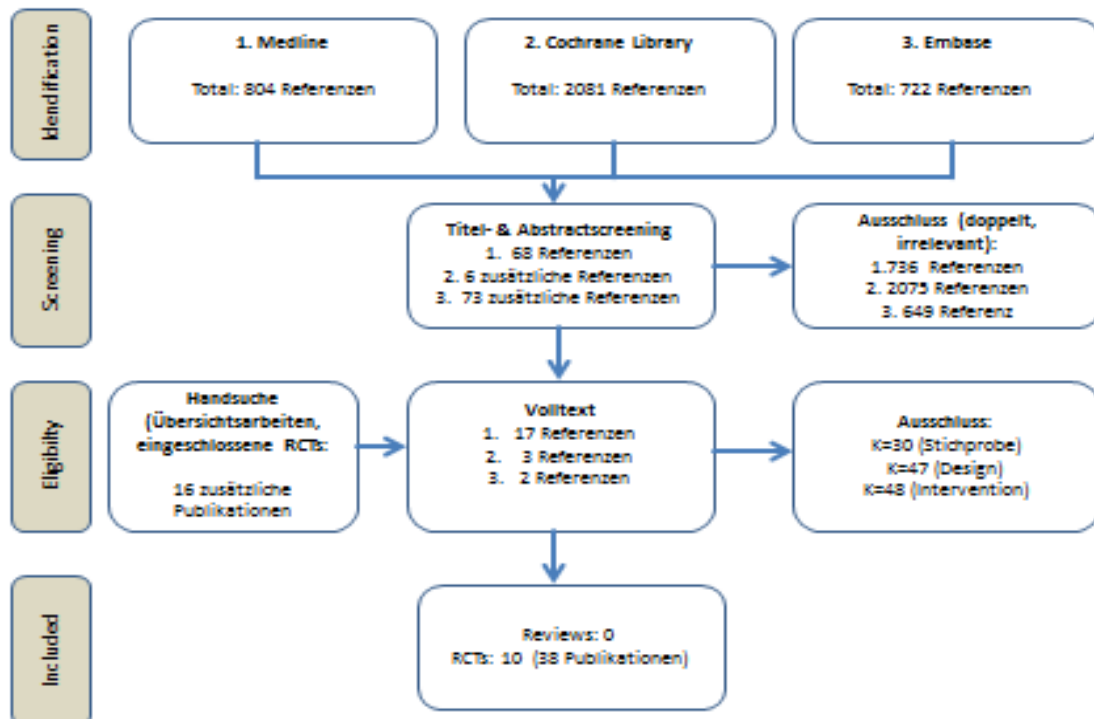
Systematische Literaturrecherche zu Ansätzen des Unterstützten Wohnens

Eine erste systematische Recherche, analog zur Suche im Rahmen der ersten Leitlinienversion, verwies auf zahlreiche Studien zu Wohninterventionen für schwer psychisch kranke Menschen ohne Wohnung. Deshalb wurde eine zweite systematische Suche unter Einschluss zusätzlicher Suchbegriffe durchgeführt (*homelessness intervention, housing first*). Die Suche wurde auch hier auf systematische Reviews mit mindestens einer RCT und randomisierte kontrollierte Einzelstudien begrenzt.

- Genutzte Datenbanken: EMBASE, MEDLINE, Cochrane Library
- Suchzeitraum: 2006 bis Juli / August 2016

Lfd. Nr.	Interventionsspezifische Suchbegriffe
1	residential services
2	residential care
3	residential group
4	residential home
5	housing
6	supported housing
7	assisted accommodation
8	assisted living
9	community living
10	living
11	group homes
12	community based living
13	supportive housing
14	homelessness intervention
15	housing first
16	special housing

Prisma-Flowchart zu Unterstützes Wohnen



PRISMA flow-Diagramm: Wohnen

Einzelstudien: Bewertung der Studiengqualität

Risiko für Bias aus allen Einzelstudien zur Effektivität von Unterstützten Wohnen

	Random sequence generation (selection bias)	Allocation concealment (selection bias)	Blinding of outcome assessment (detection bias)	Incomplete outcome data (attrition bias)	Selective reporting (reporting bias)	Other bias
St. Francis Residence	●	●	●	●	●	●
Boston McKinney Project	●	●	●	●	●	●
San Diego McKinney Project	●	●	●	●	●	●
Pathways to Housing/Housing First	●	●	●	●	●	●
DC Parallel Housing Program	●	●	●	●	●	●
At Home/Chez Soi Study	●	●	●	●	●	●
Douglas House	●	●	●	●	●	●
CTI (Susser 1997, Herman 2000, Jones 2003)	●	●	●	●	●	●
CTI (Herman 2011, Tomita 2012, 2014, 2015)	●	●	●	●	●	●
Illness Management and Recovery in Multiple-Unit Supportive Housing (Levitt 2009) ¹	●	●	●	●	●	●

¹: high risk for Substance use and illness
Selfmanagement (clinician scale) ratings, low risk for
All other assessments

●	low risk of bias
●	unclear risk of bias
●	high risk of bias

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

St. Francis Residence Lipton et al. (1988) Housing the homeless mentally ill: A longitudinal study of a treatment approach		
Studiendesign	RCT	
Teilnehmer	N=49 <i>homeless chronic mentally ill patients after discharge from inpatient care (schizophrenic disorders: 80%)</i> Durchschnittliches Alter: 37 Jahre Männer: 65 %	
Interventionen	<u>Interventionsgruppe:</u> <i>Residential treatment program after discharge (supported housing) + Case Management</i> <u>Kontrollgruppe:</u> <i>Standard postdischarge planning and treatment</i>	
Outcomes	<ul style="list-style-type: none"> - Krankheitsschwere - Anzahl Nächte in stabiler/instabiler Wohnsituation/in stationärer Behandlung - Wohnzufriedenheit 	
Ergebnisse	Nach 12 Monaten: <ul style="list-style-type: none"> - kein Unterschied bei Krankheitsschwere - Wohnstabilität in EG größer (permanent housing (durchschnittliche Nächte/Jahr) 79 % vs. 33 %; p=.0001) - Wohnungslose Nächte (durchschnittliche Nächte/Jahr): 6 % vs. 46 %; p=.019 - Stationäre Behandlungen (durchschnittliche Nächte/Jahr): 15 % vs. 46 %; p=.001 - Wohnzufriedenheit höher in EG 	
Risk of bias		
Bias	Einschätzung	Grundlage für Einschätzung
	<i>Gering – unklar – hohes Risiko</i>	
Randomisierungssequenz (selection bias)	unklar	Kommentar: keine Beschreibung
Geheimhaltung Behandlungsfolge (selection bias)	unklar	Kommentar: keine Beschreibung
Verblindung Teilnehmer/Behandler (performance bias)	Hoch	Kommentar: nicht möglich
Verblindung Endpunktbeurteilung (detection bias)	unklar	Kommentar: keine genaue Beschreibung
Unvollständige Daten (attrition bias)	gering	„Oft the 52 patients selected for the study, 49 were followed during the study year“
Selektives Berichten (reporting bias)	gering	Kommentar: alle outcomes berichtet
Weitere Risiken (adequate therapy method, treatment fidelity, supervision, training, personal, financial, or any other interests producing bias)	unklar	Kommentar: kaum Beschreibungen Keine Unterschiede zu Beginn der Studie zwischen den Gruppen

Bemerkungen	Insgesamt hohes Risiko für bias. Geringe Stichprobengröße
-------------	--

Boston McKinney Project	
Dickey 1996: Use of mental health services by formerly homeless adults residing in group and independent housing	
Seidman 2003: The Effect of Housing Interventions on Neuropsychological Functioning Among Homeless Persons With Mental Illness	
Schutt 1997: Satisfaction with residence and with life: when homeless mentally ill persons are housed	
Goldfinger 1999: Housing Placement and Subsequent Days Homeless Among Formerly Homeless Adults With Mental Illness	
Dickey 1997: Housing Costs for Adults Who Are Mentally Ill and Formerly Homeless	
Studendesign	RCT
Teilnehmer	N=112 Männer: 70 % Durchschnittliches Alter: 37 (SD:8) Jahre Severe mental illness: 100 % Rekrutierung aus Obdachlosenheimen
Interventionen	<u>Wohngruppen (Group homes):</u> <i>“evolving consumer households”—designed so that residents could assume greater control of the residence over time by taking on staff responsibilities, from daily chores to managing the household as a self-governing group</i> <u>Unabhängiges Wohnen in Appartements (Independent apartments)</u> <i>independent apartments were single-occupancy units, whereas each group home accommodated six to ten persons in separate bedrooms but with shared facilities</i> Teilnehmer aus beiden Gruppen erhielten klinisches Case Management.
Outcomes	- Service use - Housing status - Neuropsychological functioning - housing preferences, housing satisfaction, quality of life - Kosteneffektivität - Baseline, and at 6, 12, and 18 months
Ergebnisse	<u>Inpatient psychiatric services:</u> no significant difference <u>Emergency crisis services:</u> no significant difference <u>Case Management (hours):</u> no significant difference <i>Subjects were <u>more satisfied</u> with their residential accommodations after moving into permanent housing and liked independent housing more than group living.</i> <i>Housing satisfaction did not vary as a consequence of the discrepancy between type of housing preferred and obtained.</i> <i><u>Life satisfaction</u> was related to personality measures but was not affected by the move into housing or by the type of housing obtained.</i> <i>Overall neuropsychological functioning improved significantly across the full study sample. Executive performance, measured by the Wisconsin Card Sorting Test, decreased significantly among persons assigned to independent apartments and increased, but not significantly, among those assigned to</i>

*Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report*

	<p><i>group homes.</i></p> <p><u>Neuropsychological functioning improved significantly among the entire study sample from baseline to follow up, demonstrating an effect of time (Hotelling's $T^2=67.68$, $df=20, 66$, $p<.01$, $N=86$).</u></p> <p><u>Executive functioning (WCST categories scores) significantly declined among the participants who were assigned to independent apartments (3.2 compared with 2.3, $t=2.41$, $df=37$, $p=.021$) and increased slightly among those who were assigned to group homes (2.5 compared with 2.8, not significant). The effect of housing type on WCST scores was statistically significant ($F=5.70$, $df=1, 82$, $p=.019$).</u></p> <p><u>Treatment and case management costs did not vary by housing type, but housing costs were significantly higher for those assigned to Evolving Consumer Households. Regardless of original housing assignment, treatment costs were lower for clients who remained where they were originally placed.</u></p>	
Risk of bias		
Bias	Einschätzung	Grundlage für Einschätzung
	Gering – unklar - hoch	
Randomisierungssequenz (selection bias)	Unklar	Kommentar: keine Beschreibung
Geheimhaltung Behandlungsfolge (selection bias)	Unklar	Kommentar: keine Beschreibung
Verblindung Teilnehmer/ Behandler (performance bias)	Hoch	Kommentar: nicht möglich
Verblindung Endpunktbeurteilung (detection bias)	unklar	<i>Three sources, amongst others Case Manager</i>
Unvollständige Daten (attrition bias)	gering	<i>“six subjects who began the study were lost to follow up”</i> Kommentar: Bei neuropsychologische Funktionen (80 % Teilnahme), aber hier keine Unterschiede zu Abbrechern in Baselinedaten
Selektives Berichten (reporting bias)	gering	Kommentar: alle outcomes berichtet
Weitere Risiken (adequate therapy method, treatment fidelity, supervision, training, personal, financial, or any other interests producing bias)	Unklar	Kommentar: keine Beschreibung
Bemerkungen	Es hat bereits vor Studienbeginn eine Vorauswahl stattgefunden. Ein großer Teil der TN wurde als „unsicher“ für unabhängiges Wohnen eingeschätzt.	

<p>San Diego McKinney Project</p> <p>Hurlburt et al. 1996: Effects of Substance Abuse on Housing Stability of Homeless Mentally ill Persons in Supported Housing</p> <p>Shern et al. 1997: Housing Outcomes for Homeless Adults With Mental Illness: Results From the Second-Round McKinney Program</p> <p>Schutt et al. 2009: Lessening Homelessness Among Persons with Mental Illness: A Comparison of Five Randomized Treatment Trials</p>	
Studiendesign	RCT
Teilnehmer	<p>N=361 <i>homeless mentally ill persons</i> (Schizophrenie: 55,4 %, Major Depression: 28,3 %, Bipolare Störung: 16,3 %)</p> <p>Altersgruppen: 18 bis 29 Jahre: 24.9 %, 30 bis 39 Jahre: 41.6 %, 40 bis 49 Jahre: 24.1 %, über 50 Jahre: 9.4 %</p>
Interventionen	<p><i>Four different experimental conditions based on two levels:</i></p> <p>a) <i>access to independent housing (access to a Section 8 certificate versus no access to a Section 8 certificate)</i>¹</p> <p>b) <i>two different types of case management services</i>² (traditional versus comprehensive services).</p> <p>¹: <i>Section 8 certificates from the U.S. Department of Housing and Urban Development (HUD) were used to implement the most important feature of supported housing, access to a range of affordable housing options. A Section 8 certificate can be used to select any rental unit that meets federal Section 8 housing standards. After moving into what is typically an apartment setting, certificate holders pay 30 percent of their income toward rent, and the remainder of the rental cost is subsidized by HUD.</i></p> <p>²: <i>The comprehensive case management condition differed from the traditional case management condition in several respects. Comprehensive case managers had smaller maximum caseloads than traditional case managers (22 clients compared with 40) and were available to clients 24 hours a day, seven days a week rather than eight hours a day, five days a week. Comprehensive case managers had slightly higher salaries than traditional case managers and were able to begin working with clients immediately after entry into the project. Finally, comprehensive case managers took a formal team approach to working with clients. They actively discussed cases with one another in daily team meetings and shared ideas for working with clients.</i></p>
Outcomes	<p><u>Housing outcomes:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Stable independent housing (Client begins to live consistently in an apartment or home within 18 months of project entry)</i> - <i>Stable community housing (Client begins to live consistently in another housing residence in the community within 18 months of project entry)</i> - <i>Variable housing (Client lives consistently in housing in the community but does not stabilize in one setting)</i> - <i>Unstable housing (Client spends more than 10 percent of nights without any type of housing and does not achieve stable housing during the first two years)</i> - <i>Institutional settings Client spends a great deal of time in a hospital (usually mental-health-related) or in jail or prison</i> - <i>Unknown (Too little information to classify client's housing outcome)</i>
Ergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Clients with access to Section 8 housing certificates were much more likely to achieve independent housing than clients without access to Section 8 certificates, but no differences emerged across the two different levels of case management.</i>

*Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report*

	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Housing stability was strongly mediated by <u>several covariates</u>, especially the presence of problems with drugs or alcohol. Both gender and the amount of time clients had spent homeless before study entry were significantly related to housing outcomes. Age, education, ethnicity, and diagnosis were not significantly related to housing outcomes,</i> - <i>Stable independent housing: 44 %</i> - <i>Stable community housing: 15 %</i> - <i>Variable housing: 11 %</i> - <i>Unstable housing: 10 %</i> - <i>Institutional settings: 9 %</i> - <i>Those who received a Section 8 certificate were 4.87 times more likely to achieve stability in independent housing than those in the non-Section 8 condition.</i> 	
Risk of bias		
Bias	Einschätzung Gering – unklar - hoch	Grundlage für Einschätzung
Randomisierungssequenz (selection bias)	unklar	Kommentar: keine Angaben
Geheimhaltung Behandlungsfolge (selection bias)	Unklar	Kommentar: keine Angaben
Verblindung Teilnehmer/ Behandler (performance bias)	Hoch	Kommentar: nicht möglich
Verblindung Endpunktbeurteilung (detection bias)	unklar	Kommentar: keine Angaben
Unvollständige Daten (attrition bias)	Gering	Kommentar: Erhebung "harter" Daten vollständig
Selektives Berichten (reporting bias)	gering	Kommentar: Wohnstabilität untersucht
Weitere Risiken (adequate therapy method, treatment fidelity, supervision, training, personal, financial, or any other interests producing bias)	Unklar	Kommentar: unzureichende Angaben
Bemerkungen	In den verschiedenen Publikationen finden sich kaum konkrete Angaben zur Durchführung.	

<p>Pathways to Housing/Housing First</p> <p>Tsemberis 2004: Housing first, consumer choice, and harm reduction for homeless individuals with a dual diagnosis.</p> <p>Gulcur et al. 2003: Housing, Hospitalization, and Cost Outcomes for Homeless Individuals with Psychiatric Disabilities Participating in Continuum of Care and Housing First Programmes</p> <p>Gulcur et al. 2007: Community Integration of Adults with Psychiatric Disabilities and Histories of Homelessness</p> <p>Padgett et al. 2006: Housing First Services for People Who Are Homeless With Co-Occurring Serious Mental Illness and Substance Abuse</p> <p>Greenwood et al. 2005: Decreasing Psychiatric Symptoms by Increasing Choice in Services for Adults with Histories of Homelessness</p>	
Studiendesign	RCT
Teilnehmer	<p>N=225</p> <p>Männer: 78 %</p> <p>Durchschnittliches Alter: 41,3 (SD:8) Jahre</p> <p>Severe mental illness: 100 % (davon 53 % TN mit psychotischen Störungen)</p> <p>Wohnungslosigkeit (<i>“street sample” and recruited from 2 state psychiatric hospitals</i>)</p>
Interventionen	<p>Housing-First-Modell (N=87)</p> <p><i>Immediate access to independent housing without requiring psychiatric treatment or sobriety and support through multi-disciplinary Assertive Community Treatment (ACT) team</i></p> <p>Continuum-Care-Model (Kontrollgruppe, N=119)</p> <p><i>Continuum of Care programmes made treatment and sobriety prerequisites for housing. Usual care programs that offer abstinent contingent housing and services based on a treatment first model. Atypical program would be exemplified by a group home or a single-room occupancy residence in which clients are expected to attend day treatment, 12-step, and other therapeutic groups and follow medication regimens enforced by on-site staff. Sleeping, cooking, and bathing facilities are shared, and house rules strictly prohibit consumption of any substances and overnight guests.</i></p>
Outcomes	<ul style="list-style-type: none"> - Consumer choice (a modified version of Consumer Choice) - Housing stability (in days) - Substance use (Drug and Alcohol Follow-Back Calendar) - Treatment utilization (substance abuse treatment service utilization) - Psychiatric symptoms (Colorado Symptom Index) - Costs (total number of days each participant spent in different locations for each time point)
Ergebnisse (24 Monate)	<p>Consumer choice: analyses showed significant differences at 6, 12, 18, and 24 months, with the experimental group reporting significantly more choice than the control group.</p> <p>Housing stability: analyses showed significant differences at 6, 12, 18, and 24 months, with the experimental group reporting less time spent homeless and more time spent stably housed compared with the control group.</p> <p>Substance use: analyses showed no significant differences in either alcohol or drug use between the 2 groups by time condition</p> <p>Treatment utilization: analyses showed significant differences at 6, 18, and 24 months ($P<.025$) and at 12 months ($P<.05$), with the Continuum group reporting significantly higher use of substance abuse treatment programs than the Housing First group. In addition, a decrease in service use occurred</p>

	<p>among the Housing First group and an increase occurred among the Continuum group over time.</p> <p>Proportion of time hospitalized: Repeated measures ANOVA results show that there was a significant effect of programme assignment on time hospitalized, with the control group spending significantly more time in hospitals than the experimental group overall ($F(1, 195)=7.4, p<0.01$).</p> <p>Psychiatric Symptoms: Repeated-measures analyses showed no significant differences psychiatric symptoms between the 2 groups by time condition</p> <p>Recruitment source by programme interactions showed that the experimental programme had greater effects on reducing hospitalization for the hospital subsample and reducing homelessness for the street sub-sample.</p> <p>Cost analysis: Repeated measures ANOVA results show that there was a significant effect of programme assignment on costs with the control group costing significantly more than the experimental group overall ($F(1, 173)=6.1, p<0.05$).</p>	
<p>Weitere Ergebnisse: Follow-up nach 48 Monaten Gulcur et al. 2007 Padgett et al. 2006</p>	<p>Community integration</p> <p>Factor analysis supported a definition of community integration that includes psychological, physical, and social domains, but also suggested the existence of another factor, independence/self-actualization.</p> <p>Regression analysis suggested that choice and independent scatter-site housing were predictors of psychological and social integration respectively. Psychiatric hospitalization, symptomatology and participation in substance use treatment were also found to influence aspects of integration.</p> <p>After 48 months, results showed no significant group differences in alcohol and drug use. Treatment first participants were significantly more likely to use treatment services. These findings, in combination with previous reports of much higher rates of housing stability in the housing first group, show that “dual diagnosed” adults can remain stably housed without increasing their substance use.</p>	
<p>Risk of bias</p>		
<p>Bias</p>	<p>Einschätzung Gering – unklar – hohes Risiko</p>	<p>Grundlage für Einschätzung</p>
<p>Randomisierungssequenz (selection bias)</p>	<p>Hoch</p>	<p>Kommentar: keine Beschreibung</p>
<p>Geheimhaltung Behandlungsfolge (selection bias)</p>	<p>Hoch</p>	<p>Kommentar: keine Beschreibung</p>
<p>Verblindung Teilnehmer/ Behandler (performance bias)</p>	<p>Hoch</p>	<p>Kommentar: nicht möglich</p>
<p>Verblindung Endpunktbeurteilung (detection bias)</p>	<p>Hoch</p>	<p>“Interviewers were blind to participants’ assignment for baseline interviews but not for follow up interviews.”</p>
<p>Unvollständige Daten (attrition bias)</p>	<p>gering</p>	<p>“The follow-up rates by time period were as follows: 88% at 6 months, 87% at 12 months, 84% at 18 months, and 78% at 24 months. (81% at 48 months) These follow- up rates do not include individuals who were missing at certain time points but who were located subsequently and for whom residential data was collected at a later point. Thus, the follow-up rates reported here are based on conservative</p>

*Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report*

		<p><i>calculations.”</i></p> <p><i>“No differences in baseline characteristics were found between the two groups at 24-month, which suggests that the attrition observed in the sample over time was not systematic.”</i></p>
Selektives Berichten (reporting bias)	gering	Kommentar: alle outcomes berichtet
Weitere Risiken (adequate therapy method, treatment fidelity, supervision, training, personal, financial, or any other interests producing bias)	Unklar	<p>Kommentar: unzureichende Beschreibung</p> <p><i>“No differences were found on any of the baseline characteristics between the two study conditions”</i></p>
Bemerkungen	<p>RCT, in der zahlreiche Outcomes untersucht wurden. Methodik zu Randomisierung schlecht beschrieben.</p>	

DC Parallel Housing Program McHugo 2004 A randomized controlled trial of integrated versus parallel housing services for homeless adults with severe mental illness.		
Studiendesign	randomized controlled trial	
Teilnehmer	<p>Erwachsene Menschen mit severe mental illness (n=121; 72,2 % Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis) in Wohnungslosigkeit oder mit hohem Risiko zur Wohnungslosigkeit</p> <p>Frauen: 52.1%</p> <p>Durchschnittliches Alter: 39.9 Jahre</p> <p>Arbeitslosenrate: 90.1%</p> <p>Ausschluss von Personen mit dauerhafter Wohnungslosigkeit</p>	
Interventionen	<p><u>Integrated Housing Program:</u></p> <p><i>Case management and housing services were provided by teams within a single agency and were closely coordinated (program included aspects of the continuum model)</i></p> <p><u>Parallel Housing Condition:</u></p> <p><i>Case management services were provided by mobile assertive community treatment teams and housing by routine community based landlords (housing was not linked to mental health services, program espoused the principles of supported housing)</i></p>	
Outcomes	<p><u>Primary outcomes:</u></p> <p>Residential status (Residential Follow-back Calendar)</p> <p>Satisfaction with housing (two scales from the Quality of Life Interview)</p> <p><u>Secondary outcomes:</u></p> <p>Psychiatric symptoms (Colorado Symptom Index)</p> <p>Substance abuse (interview with the Time-Line Follow-back Calendar)</p> <p>Victimization (Conflict Tactics Scales, Survey of Childre' s Exposure to Community Violence)</p> <p>Quality of life (overall life satisfaction scale from the QOLI)</p> <p>Service utilization (Treatment Services Review)</p>	
Ergebnisse	<p><i>Integrated housing led to more:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -days of stable housing -Greater life satisfaction, especially for male patients -Greater reductions in psychiatric symptoms -Closer integration between services, and greater use of supervised settings led to more time in stable housing for patients in the integrated housing and was associated with greater gains 	
Risk of bias		
Bias	Einschätzung	Grundlage für Einschätzung
	Gering – unklar – hohes Risiko	
Randomisierungssequenz (selection bias)	Unklar	Kommentar: keine nähere Beschreibung
Geheimhaltung Behandlungsfolge (selection bias)	Unklar	Kommentar: keine nähere Beschreibung

*Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report*

Verblindung Teilnehmer/ Behandler (performance bias)	Hoch	Kommentar: nicht möglich
Verblindung Endpunktbeurteilung (detection bias)	Unklar	Kommentar: keine Angaben dazu, offensichtlich nicht erfolgt
Unvollständige Daten (attrition bias)	Hoch	<i>“We are lost 19 Participants (15.7%) to attrition during the 18-month study period, 7 from integrated housing services (11,5%) and 12 from parallel housing services (20%), nonsignificant. The dropouts were significantly different from the completers in having spent more months homeless during their lifetime, and in having spent a smaller proportion of time in stable housing during the 6 months prior to baseline. When group equivalence following attrition was examined, the both service groups were significantly different on two residential history variables.”</i>
Selektives Berichten (reporting bias)	Gering	Kommentar: alle outcomes berichtet
Weitere Risiken (adequate therapy method, treatment fidelity, supervision, training, personal, financial, or any other interests producing bias)	gering	Studie scheint keine anderen Gründe für bias zu haben
Bemerkungen	Die Stärke der Studie liegt im Vergleich zweier Ansätze.	

<p>Titel / Autoren</p>	<p>At Home/Chez Soi study/ Vancouver At Home Study</p> <p>Somers JM, Patterson ML, Moniruzzaman A et al. 2013 Vancouver At Home: pragmatic randomized trials investigating Housing First for homeless and mentally ill adults.</p> <p>Patterson ML, Moniruzzaman A, Somers JM 2014 Community Participation and Belonging Among Formerly Homeless Adults with Mental Illness After 12 months of Housing First in Vancouver, British Columbia: A Randomized Controlled Trial.</p> <p>Palepu A, Patterson ML, Moniruzzaman A et al. 2013 Housing First Improves Residential Stability in Homeless Adults with concurrent substance dependence and mental disorders.</p> <p>Somers JM, Rezanoff SN, Moniruzzaman A et al. 2013. Housing First Reduces Re-offending among Formerly Homeless Adults with Mental Disorders: Results of a Randomized Controlled Trial</p> <p>Somers JM, Moniruzzaman A, Palepu A. 2015 Changes in daily substance use among people experiencing homelessness and mental illness: 24-month outcomes following randomization to Housing First or usual care.</p> <p>Woodhall-Melnik et al. 2015: The Impact of a 24 Month Housing First Intervention on Participants' Body Mass Index and Waist Circumference: Results from the At Home / Chez Soi Toronto Site Randomized Controlled Trial</p> <p>Veldhuizen et al. 2015: Patterns and predictors of attrition in a trial of a housing intervention for homeless people with mental illness</p> <p>Stergiopoulos et al. 2015: Effect of Scattered-Site Housing Using Rent Supplements and Intensive Case Management on Housing Stability Among Homeless Adults With Mental Illness A Randomized Trial (<i>JAMA</i>. 2015;313(9):905-915.)</p> <p>Stergiopoulos et al. 2015: Effectiveness of Housing First with Intensive Case Management in an Ethnically Diverse Sample of Homeless Adults with Mental Illness: A Randomized Controlled Trial (PLOS ONE)</p> <p>Aubry et al. 2016 A Multiple-City RCT of Housing First With Assertive Community Treatment for Homeless Canadians With Serious Mental Illness.</p> <p>Kirst et al. 2015: The impact of a Housing First randomized controlled trial on substance use problems among homeless individuals with mental illness.</p> <p>Patterson M et al. 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.</p>
<p>Studiendesign</p>	<p>- randomisierte kontrollierte Studien (die Studiendesigns und weitere methodische Aspekte wurden durch das At Home/Chez Soi National Research Team vorgegeben)</p>
<p>Teilnehmer</p>	<p>At Home/Chez Soi</p> <p><u>Anzahl der Teilnehmer:</u></p> <p>- n= 2.148 (männlich= 1.440, weiblich= 708) aus 5 kanadischen Regionen (Moncton, Montreal, Toronto, Winnipeg, and Vancouver)</p> <p><u>Alter der Teilnehmer:</u></p> <p>- Überwiegend zwischen 35-54 Jahre (Altersgruppen: <34: 33%; 35-54: 57%, >56: 10%)</p> <p><u>Geschlecht:</u></p> <p>- 67 % Männer</p> <p><u>Arbeitslosenstatus:</u></p>

	<ul style="list-style-type: none"> - 93 % ohne aktuelle Arbeit <p><u>Diagnosen der Teilnehmer:*</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Teilnehmer mit psychotischen Erkrankungen, Wahnerkrankungen (Mania) und anderen schweren psychischen Erkrankungen <p><i>Most At Home/Chez Soi study participants were recruited from shelters or the streets. "High need" participants were those with a psychotic disorder, mania, or hypomania and poor community functioning. High-need participants were also required to have either (a) a recent history of repeated hospitalization, (b) a substance use disorder, or (c) recent arrest or incarceration. All other people meeting study criteria were "moderate need".</i></p> <p>Vancouver At Home Study</p> <p><u>Anzahl der Teilnehmer:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - n= 497 wohnungslos oder unzumutbar <p><u>Alter der Teilnehmer (Ø):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 41 (SD: 11,0) Jahre <p><u>Alter bei erster Wohnungslosigkeit:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 30.3 (SD = 13.3) Jahre <p><u>Diagnosen der Teilnehmer:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - überwiegend schwere psych. Erkrankungen <p><u>Weitere Merkmale:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Männer: 73 % - Substanzabhängigkeit: 58 % - Täglicher illegaler Drogenkonsum: 25% - Mind. 1 Kriterien für "severe" mental disorder: 73 % - Mind. 1 Kriterien für "less severe" mental disorder: 53%
<p>Interventions- / Kontrollgruppe</p>	<p>At Home/Chez Soi</p> <p><u>Interventionsgruppe*:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Patienten mit hohem Bedarf an Therapie erhielten Housing First (HF) und ein Assertive Community Treatment (ACT) - Patienten mit moderaten Bedarf an Therapie erhielten HF und ein Intensive Case Management (ICM) <p><u>Kontrollgruppe:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - herkömmliche Therapie (<i>TAU consisted of the regular treatments and supports available in each city</i>) <p><i>*Assertive community treatment and ICM provide services through multidisciplinary teams with low staff to client ratios (in the present study, 1:10 in ACT and 1:17 in ICM). ACT teams offer integrated treatment and support directly, while ICM teams broker some of these services. Staff in both ACT and ICM visit clients in their residences or on the street, as needed.</i></p> <p>Vancouver At Home Study</p> <p><u>Patienten mit hohen Bedarfen (n = 297)*</u></p> <p><u>Interventionsgruppe 1:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Housing First with Assertive Community Treatment (ACT), n= 90 <p><u>Interventionsgruppe 2:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Congregate Housing with on-site support (CONG), n= 107 <p><u>Kontrollgruppe:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - herkömmliche Therapie, n= 100

	<p>* Participants stratified as HN (n = 297) were assigned to one of three study arms: (1) Housing First with Assertive Community Treatment (ACT) (n = 90) in which participants could choose from up to three market lease apartments in a variety of neighborhoods and services were provided by a multi-disciplinary outreach team; (2) Congregate Housing with on-site support (CONG) (n = 107) in which participants had their own room and bathroom but shared amenity space with 100 other program participants and received three meals per day as well as activity programming and various health and social services on site; and (3) Treatment as Usual (HN-TAU) (n = 100) which provided no additional housing or support services beyond what was already available in the community.</p> <p><u>Patienten mit moderaten Bedarfen (n = 200)*</u></p> <p><u>Interventionsgruppe:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Housing First with Intensive Case Management (ICM), n= 100 <p><u>Kontrollgruppe:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - herkömmliche Therapie, n= 100 <p>*Participants stratified as MN (n = 200) were assigned to one of two study arms: (1) Housing First with Intensive Case Management (ICM) (n = 100) in which participants could choose from up to three market lease apartments in a variety of neighborhoods and services were provided by a team of outreach case managers who connected participants to existing services; and (2) MN-TAU (n = 100) as described above.</p>																						
<p>Gemessene Outcomes</p>	<ul style="list-style-type: none"> - "Stabilität" der Wohnverhältnisse (gemessen in Anzahl der Tage), Lebensqualität (EQ-5D), selbst bewerteter physischer und psychischer Status (PCS), psychiatrische Symptomatik (Colorado Symptom Index), Schwere des Substanzmissbrauchs, Community functioning (MCAS), physische und psychische Integration in die Gemeinschaft (Community Integration Scale), Genesung (Recovery Assessment Scale), selbst berichtete polizeiliche Festnahmen, selbst berichtete Notfallaufnahmen im letzten halben Jahr, selbst berichtete Krankenhauseinweisungen 																						
<p>Results Stergiopoulos et al. 2015 (JAMA) 4 study sites</p>	<p>During the 24 months after randomization, the adjusted percentage of <u>days stably housed</u> was higher among the intervention group than the usual care group, although adjusted mean differences varied across sites.</p> <table border="1" data-bbox="416 1384 1367 1592"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Study City</th> <th colspan="2">Adjusted % (No. of Days Stably Housed/No. of Days With Housing Data)</th> <th rowspan="2">Adjusted Mean Difference, % (95% CI)</th> </tr> <tr> <th>Intervention Group</th> <th>Usual Care Group</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A</td> <td>62.7 (417.3/683.0)</td> <td>29.7 (189.2/621.6)</td> <td>33.0 (26.2-39.8)</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>73.2 (491.5/653.4)</td> <td>23.6 (157.0/606.8)</td> <td>49.5 (41.1-58.0)</td> </tr> <tr> <td>C</td> <td>74.4 (506.7/658.1)</td> <td>38.8 (255.2/626.2)</td> <td>35.6 (29.4-41.8)</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>77.2 (520.4/651.5)</td> <td>31.8 (223.1/649.1)</td> <td>45.3 (38.2-52.5)</td> </tr> </tbody> </table> <p>The <u>mean change in EQ-5D score</u> from baseline to 24 months among the intervention group was not statistically different from the usual care group (60.5 [95%CI, 58.6 to 62.5] at baseline and 67.2 [95%CI, 65.2 to 69.1] at 24 months for the intervention group vs 62.1 [95% CI, 59.9 to 64.4] at baseline and 68.6 [95%CI, 66.3 to 71.0] at 24 months for the usual care group, difference in mean changes, 0.10 [95%CI, -2.92 to 3.13], P=.95).</p>	Study City	Adjusted % (No. of Days Stably Housed/No. of Days With Housing Data)		Adjusted Mean Difference, % (95% CI)	Intervention Group	Usual Care Group	A	62.7 (417.3/683.0)	29.7 (189.2/621.6)	33.0 (26.2-39.8)	B	73.2 (491.5/653.4)	23.6 (157.0/606.8)	49.5 (41.1-58.0)	C	74.4 (506.7/658.1)	38.8 (255.2/626.2)	35.6 (29.4-41.8)	D	77.2 (520.4/651.5)	31.8 (223.1/649.1)	45.3 (38.2-52.5)
Study City	Adjusted % (No. of Days Stably Housed/No. of Days With Housing Data)		Adjusted Mean Difference, % (95% CI)																				
	Intervention Group	Usual Care Group																					
A	62.7 (417.3/683.0)	29.7 (189.2/621.6)	33.0 (26.2-39.8)																				
B	73.2 (491.5/653.4)	23.6 (157.0/606.8)	49.5 (41.1-58.0)																				
C	74.4 (506.7/658.1)	38.8 (255.2/626.2)	35.6 (29.4-41.8)																				
D	77.2 (520.4/651.5)	31.8 (223.1/649.1)	45.3 (38.2-52.5)																				
<p>Stergiopoulos et al. 2015 (PLOS ONE) Toronto</p>	<p>378 participants were randomized to <u>HF with ICM or treatment-as-usual (TAU)</u> in <u>Toronto</u> (Canada), and followed for 24 months.</p> <p>Over the 24 months of follow-up, HF participants spent a significantly greater <u>percentage of time in stable residences</u> compared to TAU participants (75.1% 95% CI 70.5 to 79.7 vs. 39.3% 95% CI 34.3 to 44.2, respectively). Similarly, <u>community functioning (MCAS)</u> improved significantly from baseline in HF compared to TAU</p>																						

	<p>participants (change in mean difference = +1.67 95% CI 0.04 to 3.30). There was a <u>significant reduction in the number of days spent experiencing alcohol problems among the HF</u> compared to TAU participants at 24 months (ratio of rate ratios = 0.47 95% CI 0.22 to 0.99) relative to baseline, a reduction of 53%. Although the <u>number of emergency department visits and days in hospital</u> over 24 months did not differ significantly between HF and TAU participants, fewer HF participants compared to TAU participants had 1 or more hospitalizations during this period (70.4% vs. 81.1%, respectively; $P=0.044$).</p> <p>Compared to non-racialized HF participants, racialized HF participants saw an increase in the amount of money spent on alcohol (change in mean difference = \$112.90 95% CI 5.84 to 219.96) and a reduction in physical community integration (ratio of rate ratios = 0.67 95% CI 0.47 to 0.96) from baseline to 24 months. Secondary analyses found a significant reduction in the number of days experiencing problems due to alcohol use among foreign-born (vs. Canadian-born) HF participants at 24 months (ratio of rate ratios = 0.19 95% 0.04 to 0.88), relative to baseline.</p> <p>Compared to usual care, HF with ICM can improve housing stability and community functioning and reduce the days of alcohol related problems in an ethnically diverse sample of homeless adults with mental illness within 2-years</p>
<p>Aubry et al. 2016 High-need patients</p>	<p>A sample of 950 participants with serious mental illness who were absolutely homeless or precariously housed were randomly assigned to receive either Housing First with ACT (N=469) or treatment as usual (N=481).</p> <p>Housing First participants spent <u>more time in stable housing</u> than participants in treatment as usual (71% versus 29%, adjusted absolute difference [AAD]=42%, $p<.01$). Compared with treatment-as-usual participants, Housing First participants who entered housing did so <u>more quickly</u> (73 versus 220 days, AAD=146.4, $p<.001$), had longer housing tenures at the study end-point (281 versus 115 days, AAD=161.8, $p<.01$), and <u>rated the quality of their housing more positively</u> (adjusted standardized mean difference [ASMD]=.17, $p<.01$). Housing First participants reported <u>higher quality of life</u> (ASMD=.15, $p<.01$) and were assessed as having <u>better community functioning</u> (ASMD=.18, $p<.01$) over the two-year period. Housing First participants showed significantly greater gains in community functioning and quality of life in the first year; however, differences between the two groups were attenuated by the end of the second year.</p>
<p>Results Patterson et al. 2014 Vancouver</p>	<p>Residence in independent apartments was associated with increased 'psychological integration' for participants with less severe needs; however, no significant improvement in 'physical integration' was observed among any of the intervention groups. Analysis of individual items on the Psychological Integration subscale revealed that, compared to TAU, participants assigned to independent apartments were more likely to endorse statements related to the emotional components of community but not statements related to neighboring. Participants assigned to the congregate residence were more likely to endorse knowing their neighbors, but not interacting with neighbors or the emotional components of community.</p> <p>Community Integration Subscale Scores</p> <p>With regard to the <u>Physical Integration subscale</u>, there was no significant change in the mean score over time for any of the HN or MN groups ($p[0.05]$). All Housing First and TAU groups reported engaging in approximately two of the seven activities in the past month at each time point. However, in the multivariable model, a trend toward greater physical integration was observed for the CONG group at 12 months ($p = 0.076$).</p> <p>On the <u>Psychological Integration subscale</u>, significant improvement was observed at both 6 and 12 months for the ICM group compared to MNTAU after controlling for potential confounders (13.1 vs. 11.5 at 6 months; 12.6 vs. 11.9 at 12 months; $p B 0.05$). However, there was no significant increase in mean subscale score over time for either</p>

	<p>of the HN Housing First groups compared to HNTAU ($p[0.05]$).</p> <p>Psychological Integration Item Analysis</p> <p>Compared to HNTAU, the CONG group was significantly more likely to agree with the statement “I know most of the people who live near me” (AOR = 1.54) whereas the ACT group was significantly less likely to agree with the same statement (AOR = 0.65). Compared to HNTAU, neither CONG nor ACT groups were more likely to report <u>interacting with the people who live near them</u> (AOR = 1.00 and 0.88 respectively). For the MN groups, ICM participants were no more likely than MNTAU to report knowing most neighbors (AOR = 0.70) or interacting with neighbors (AOR = 0.97).</p> <p>The ACT group was significantly more likely than HNTAU to agree with <u>feeling at home where they live</u> (AOR = 1.77) and with <u>feeling like they belong where they live</u> (AOR = 1.56). Compared to HNTAU, CONG participants were not more likely to agree with feeling at home (AOR = 1.10) or feeling like they belong where they live (AOR = 1.24). The ICM group was also significantly more likely than MNTAU to agree with feeling at home where they live (AOR = 2.05) and with feeling like they belong where they live (AOR = 1.99).</p>
<p>Palepu et al. 2013 Vancouver</p>	<p><u>Objectives:</u> relationship between substance dependence and residential stability in homeless adults with current mental disorders 12 months after randomization to Housing First programs or treatment as usual</p> <p><u>Outcomes:</u></p> <p>We used the Residential Time-Line Follow Back Inventory to derive our primary outcome variable, <u>residential stability</u>, which we defined as the number of days in stable residences after randomization into the study, up to the participant’s 12-month follow-up visit. Stable residence was defined as housing where the individual held tenancy rights for at least 6 months and included living with family or someone else, group homes, independent apartments, and congregate residences.</p> <p>Our primary independent variable, <u>substance dependence</u> (yes or no), was identified using the MINI 6.0.33 We also captured the self-reported frequency of substance use over the past month using the Maudsley Addiction Profile. We dichotomized the frequency of substance use to capture daily substance use versus less than daily or none; this variable was used to reflect severity of substance use.</p> <p><u>Results:</u></p> <p>58% (n = 288) met the criteria for substance dependence</p> <p>29% (n = 143) reported daily substance use (alcohol and illicit drugs)</p> <p>We found <u>no significant association between substance dependence and residential stability</u> (adjusted incidence rate ratio = 0.97; 95% confidence interval = 0.69, 1.35) after adjusting for housing intervention, employment, sociodemographics, chronic health conditions, mental disorder severity, psychiatric symptoms, and lifetime duration of homelessness.</p> <p>There were <u>significant differences between participants who met criteria for substance dependence and those who did not:</u></p> <p>-participants with substance dependence were younger (38.4 vs 44.3 years; $P < .001$), had lifetime durations of homelessness of more than 5 years (36% vs 24%; $P < .001$), did not graduate from high school (65% vs 45%; $P < .001$), first experienced homelessness at younger than 25 years (51% vs 33%; $P < .001$), had a higher prevalence of mental disorders (both less severe and severe clusters), had chronic health conditions and viral infections, and had been arrested in the past 6 months (41% vs 29%; $P < .001$).</p> <p>There was <u>no difference in the proportion of days stably housed at 12 months by substance dependence status</u> (51% vs 52%; $P = .89$) or by daily substance use (49% vs</p>

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

	<p>53%; $P = .29$).</p> <p>We also observed no difference in residential stability within the Housing First intervention groups by substance dependence (72% vs 71%; $P = .72$) or by daily substance use (70% vs 73%; $P = .42$). The number of days in stable residences did not differ by substance dependence (183.2 days vs 183.9 days), and we found no significant difference in residential stability when stratified by need level status and substance dependence.</p> <p><u>The intervention (i.e., Housing First vs treatment as usual) was the only variable significantly associated with residential stability (adjusted IRR = 4.05; 95% CI = 2.95, 5.56).</u></p> <p>→ Our findings demonstrated that Housing First can achieve residential stability in adults who are homeless and have mental disorders, even if they are substance dependent.</p>
Somers 2013 Vancouver	<p>The majority of the sample (67%) was involved with the justice system, with a mean of 8.07 convictions per person in the ten years prior to recruitment. The most common category of crime was “property offences” (mean = 4.09). Following randomization, the scattered site HF condition was associated with significantly lower numbers of sentences than treatment as usual (Adjusted IRR = 0.29; 95% CI 0.12–0.72). Congregate HF was associated with a marginally significant reduction in sentences compared to treatment as usual (Adjusted IRR = 0.55; 95% CI: 0.26–1.14).</p>
Somers et al. 2015 Vancouver	<p><u>Measurements</u> DSU over 24 and 12 months was derived from the Maudsley Addiction Profile. Also measured were demographics, homelessness history, psychiatric diagnoses, symptom severity, comorbid illnesses and duration of stable housing.</p> <p><u>Findings</u> Compared with HN-TAU, neither CONG [adjusted odds (AOR) ratio = 0.73, 95% confidence interval (CI) = 0.39–1.37] nor ACT (AOR = 1.22, 95% CI = 0.61–2.45) differed on DSU at 24 months, and MN-TAU did not differ from ICM (AOR = 0.78, 95% CI = 0.37–1.63). There were no differences at 12 months, when analyses were restricted to participants who indicated substance use at baseline, or when considering the duration of stable housing.</p> <p><u>Conclusions</u> Housing First, an intervention to support recovery for homeless people who have co-occurring mental illness and substance use disorders, did not reduce daily substance use compared with treatment as usual after 12 or 24 months.</p>
Kirst et al. 2015 Toronto	<p>Substance use outcomes were compared between a Housing First intervention and treatment as usual group in a sample of 575 individuals experiencing homelessness and mental illness, with or without a co-occurring substance use problem, in the At Home/Chez Soi trial in <u>Toronto</u>, Canada. Generalized linear models were used to compare study arms with respect to change in substance use outcomes over time (baseline, 6, 12, 18 and 24 month).</p> <p>At 24 months, participants in the Housing First intervention had <u>significantly greater reductions in number of days experiencing alcohol problems and amount of money spent on alcohol</u> than participants in the Treatment as Usual group. No differences between the study arms in illicit drug outcomes were found at 24 months.</p>
Woodhall-Melnik et al. 2015 Toronto	<p>Using longitudinal data from 575 participants at the Toronto site of the At Home/Chez Soi randomized controlled trial, we investigate the impact of receiving a Housing First intervention on the Body Mass Index (BMI) and waist circumference of participants with moderate and high needs for mental health support services. The ANCOVA results indicate that the intervention resulted in <u>no significant change in BMI or waist circumference</u> from baseline to 24 months.</p>
Veldhuizen et al. 2015 All sites	<p>The study recruited 2,148 homeless people with mental illness. Of these, 1,158 were randomized to the housing first intervention (HF), and 990 to treatment as usual (TAU). Excluding 79 people known to have died, attrition was 14 %. This proportion was</p>

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

	<i>higher in TAU than in HF (21 vs. 8 %, $p < 0.01$). Attrition was significantly lower in one site than elsewhere, and was also lower among those with substance dependence (13 vs. 18 %, $p < 0.01$) and among those enrolled earlier in the study.</i>	
Patterson M et al. 2013	<p><i>Participants (n = 497) were stratified by level of need ("high" or "moderate") and randomly assigned to Housing First (HF) in scattered-site apartments, HF in a congregate setting (high needs only), or TAU. Linear mixed-effects regression was used to model the association between study arm and self-reported QoL at baseline and at 6 and 12 months post-baseline by need level.</i></p> <p><i>Based on the adjusted overall score on the QoL measure, participants randomized to HF reported significantly greater overall QoL as compared to TAU, regardless of need level or type of supported housing at both 6 and 12 months post-baseline. <u>Scores on the safety and living situation subscales were significantly greater for both high and moderate need participants assigned to supported housing regardless of type at both 6 and 12 months post-baseline as compared to TAU.</u></i></p>	
Risk of bias		
Bias	Einschätzung	Grundlage für Einschätzung
	Gering – unklar – hohes Risiko	
Randomisierungsssequenz (selection bias)	gering	<p><i>"Randomization, using adaptive techniques, was automated by the central data collection system with concealment of the allocation algorithm from researchers and participants. Adaptive randomization was used to continually adjust the probability of being assigned to intervention or usual care based on the number of participants already assigned, to increase the likelihood of achieving a balanced number of participants between groups. "</i></p> <p><i>"497 participants were randomly assigned to one of five study arms via computer algorithm based on their level of need."</i></p>
Geheimhaltung Behandlungsfolge (selection bias)	gering	<p><i>"Interviewers used laptop computers with secure live connections to upload data and receive randomization results prior to notifying participants of the outcome."</i></p>
Verblindung Teilnehmer/Behandler (performance bias)	hoch	<p><i>"The At Home/Chez Soi project was an unblinded, randomized trial."</i></p>
Verblindung Endpunktbeurteilung (detection bias)	Hoch	<p><i>„Participants and interviewers were therefore not blinded to the results of randomization.“</i></p>
Unvollständige Daten (attrition bias)	gering	<p><i>„Data on percentage of days stably housed and number of days hospitalized were missing for only 48 participants (4.0%); thus, no imputation was necessary for these outcomes.“</i></p>
Selektives Berichten (reporting bias)	Unklar	<p>Kommentar: insgesamt wurden sehr viele outcomes erhoben, zentral und in den einzelnen Studienzentren, die in unterschiedlichen Arbeiten ausgewertet werden</p>
Weitere Risiken (adequate therapy method, treatment fidelity,	unklar	<p>Adequate therapy method: <i>"Program staff in each intervention condition participated in a series of training events in person in order to enhance consistency in practices."</i></p> <p>Treatment fidelity: <i>"Fidelity assessments were conducted by an external team, with representatives from Pathways to Housing, the study funder, and individuals who had experienced</i></p>

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

supervision, training, personal, financial, or any other interests producing bias)		homelessness.” Supervision: “Interviewers received in-depth training and supervision in the administration of measures“ personal, financial, or any other interests producing bias: no Kommentar: allerdings wurde in den einzelnen Studiencentern auch unterschiedlich vorgegangen; Ergebnisse unterscheiden sich z.T. zwischen den Studiencentern
Bemerkungen	Große Studie mit hohen Anstrengungen, die TN zu halten. Die vielen Publikationen, die sich z.T. auf verschiedene Subpopulationen stützen machen eine übergreifende Auswertung sehr schwer	

Douglas House Hyde et al. 1987 The evaluation of a hostel. A controlled study using modified cost- benefit analysis.		
Studiendesign	RCT	
Teilnehmer	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnose: Schizophrenie (14 von 22) und andere schwere psychische Erkrankungen, N=22 • Durchschnittliches Alter: 42 Jahre (Range: 16-65 Jahre) • Männer: N=12 M 	
Interventionen	<p><u>Stationäres Wohnen</u>: 24 hour care satellite ward distant from main hospital. N=11</p> <p><u>Herrkömmliche Behandlung</u>: District General Hospital psychiatric ward admission. N=11</p>	
Outcomes	<p>Unable to continue with placement Unable to use Global impression: PIRS (no SD) Mental state: Krawiecka, PSE (no numerical data) Service use: (no numeric data) Social functioning: Social Facilities Checklist (no numerical data), use of time (no SD) Behaviour: Remedial Problem Behaviour Scale (no data) Satisfaction: patient attitudes scales (no data for experimental group) Cognitive function: MMS (no data) Economic data: costs (no SD)</p>	
Ergebnisse	<p><u>Unable to manage in the placement (by 24 months)</u> Data are few and difficult to interpret. Three of the participants at Douglas House were returned to the home ward at the District General Hospital whilst none of the participants in the control group were reported to be unable to manage in the hospital setting. However, the authors were not explicit regarding how the control group were assessed, if at all, although the data were not significantly different.</p>	
Risk of bias		
<i>Bias</i>	Einschätzung Gering – unklar – hohes Risiko	Grundlage für Einschätzung
Randomisierungssequenz (selection bias)	Unklar	Randomised, toss of a coin. Even numbers in each group.
Geheimhaltung Behandlungsfolge	Unklar	Kommentar: keine Beschreibung

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

(selection bias)		
Verblindung Teilnehmer/ Behandler (performance bias)	Hoch	Open study design.
Verblindung Endpunktbeurteilung (detection bias)	hoch	Open study design.
Unvollständige Daten (attrition bias)	unklar	Kommentar: unklar
Selektives Berichten (reporting bias)	hoch	Many outcomes were either not reported, or were rendered unusable due to missing standard deviations or N values
Weitere Risiken (adequate therapy method, treatment fidelity, supervision, training, personal, financial, or any other interests producing bias)	Unklar	Kommentar: unklar
Bemerkungen	Insgesamt hohes Risiko für bias. Sehr kleine Stichprobengröße	

<p>Critical time intervention</p> <p>Herman et al. 2011: A randomized trial of critical time intervention to prevent homelessness in persons with severe mental illness following institutional discharge</p> <p>Tomita und Herman 2015: The role of a critical time intervention on the experience of continuity of care among persons with severe mental illness following hospital discharge</p> <p>Tomita et al. 2014: Mediation analysis of critical time intervention for persons living with serious mental illnesses: Assessing the role of family relations in reducing psychiatric re-hospitalization</p> <p>Tomita und Herman 2012: The Impact of Critical Time Intervention in Reducing Psychiatric Re-Hospitalization Following Hospital Discharge</p>	
Studiendesign	Single blind randomized controlled trial
Teilnehmer	<ul style="list-style-type: none"> • N=150 Menschen mit SMI und vorausgehender Wohnungslosigkeit bei Entlassung aus stationärer psychiatrischer Behandlung • Männer: 71 % • Durchschnittliches Alter: 37.5 (± 9.5) Jahre • Diagnosen: Schizophrenien (61%), schizoaffektive Störung (35 %) • Substanzabhängigkeit (53 %), Substanzmissbrauch (27 %)/Lebenszeit
Interventionen	<p>While living in the <u>transitional residence</u>, all participants received basic discharge planning services and access to psychiatric treatment.</p> <p><u>Interventionsgruppe</u>: usual care plus Critical Time Intervention (CTI)*</p> <p>*CTI it is a nine-month case management intervention delivered in three phases, each of which lasts approximately three months:</p> <ul style="list-style-type: none"> • -Phase one--<u>transition to the community</u>--focuses on providing intensive support and assessing the resources that exist for the transition of care to community providers. • -Phase two--<u>try out</u>-- is devoted to testing and adjusting the systems of support that were developed during phase one. In this phase, the worker will intervene only when modification in the system is needed

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

	<p>or when a crisis occurs.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Phase three—<u>transfer of care</u>-- focuses on completing the transfer of responsibility to community resources that will provide long-term support. One way in which CTI differs from services typically available during transitional periods is that the transfer of care process is not abrupt; instead, it represents the culmination of work occurring over the full nine months. <p><u>Kontrollgruppe</u>: usual care*</p> <p>*After discharge, participants in both conditions received a range of “usual” community-based services depending on the individual’s needs, preferences and living situation. These services usually included various types of case management and clinical treatment. 12 participants (8%) were assigned to mandatory outpatient treatment and/or assertive community treatment programs</p>
<p>Outcomes</p>	<p>Primary outcome: a dichotomous measure of homelessness (Following discharge from the transitional residence, participants were interviewed every six weeks for eighteen months in order to document where they had spent each night during the respective follow-up period)</p>
<p>Ergebnisse</p>	<p><i>Intent-to-treat analysis</i></p> <p><i>Participants assigned to the <u>CTI group</u> had significantly less homelessness at the end of the follow-up period (the final three six-week intervals) than did those assigned to the control group (OR=0.22, 95% CI=.06--.88)</i></p> <p><i>Of the 117 participants with complete follow-up data, 31 (27%) experienced at least one homeless episode during the course of the study. Among those with complete follow-up data, 3 out of 58 (5%) of subjects assigned to the CTI group experienced homelessness during the final three followup intervals, while 11 out of 59 (19%) of subjects assigned to the control group experienced homelessness during this period.</i></p> <p><i>Using logistic regression to model the impact of assignment to CTI on homelessness during the final three follow-up intervals while controlling for baseline homelessness, the odds ratio for treatment assignment was 0.22 (95% CI=.06--.88). Thus assignment to CTI was associated with a statistically significant five-fold reduction in the odds of homelessness compared to assignment to usual care only. We then repeated these analyses adjusting for sex, ethnicity and age and the results were unchanged.</i></p> <p><i><u>Total number of nights homeless:</u> Among those assigned to CTI there was a total of six homeless nights during this period, while among those assigned to the control group, there were 20 homeless nights. In the Poisson regression model adjusting for baseline homelessness, this difference was statistically significant at the p<.001 level.</i></p> <p><i>Receipt of CTI with three or more pre-discharge contacts was associated with a statistically significant ten-fold reduction in the odds of homelessness compared to assignment to usual care only (OR = 0.10, 95% CI=.03--.35)</i></p>
<p>Weitere Ergebnisse</p>	<p>Tomita und Herman 2012: At the end of the follow-up period, <u>psychiatric re-hospitalization</u> was significantly lower for the group assigned to CTI compared with the usual services group (OR=.11, 95% CI=. 01--.96).</p> <p>Tomita et al. 2014: Findings from mixed-effects regression models indicated that those assigned to the CTI group reported greater frequency of family contact and greater improvement in satisfaction with family relations than the comparison group during the 18 month follow-up period.</p>
<p>Risk of bias</p>	

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

Bias	Einschätzung Gering – unklar – hohes Risiko	Grundlage für Einschätzung
Randomisierungssequenz (selection bias)	gering	<i>“Participants were randomized independently by gender and by diagnosis of lifetime substance use disorder. To reduce variation on key factors, we randomized individuals in these four strata in permuted blocks of randomly varying size.”</i>
Geheimhaltung Behandlungsfolge (selection bias)	gering	<i>“The names of eligible participants and their respective randomization stratum were given to an administrator who did not need to be blind to treatment status. Working from a list produced by our statistician of identification numbers with associated random treatment condition assignments, she assigned each participant the next available identification number within the designated stratum. For participants assigned to the CTI condition, she then notified the CTI clinical supervisor who added the participant to the CTI caseload.”</i>
Verblindung Teilnehmer/ Behandler (performance bias)	hoch	Kommentar: nicht möglich
Verblindung Endpunktbeurteilung (detection bias)	gering	<i>“These assessments were carried out by trained interviewers blind to the participant’s group assignment.”</i>
Unvollständige Daten (attrition bias)	hoch	<i>“32 randomized participants were subsequently dropped from the study because they were never discharged from the transitional residence during the recruitment period or because their first post-discharge night was spent either outside of New York City, in jail, or in a hospital. This procedure was approved a priori by the study’s biostatistician.” “Of the 150 participants randomized, 77 participants (51%) were assigned to the experimental condition (CTI) and 73 (49%) were assigned to the control condition (usual care). 58 participants (75%) assigned to the experimental condition completed the eighteen month follow-up period, while 59 participants (80%) assigned to the control condition completed the full follow-up period. Complete follow-up data were obtained for significantly more males than females (85% of males vs. 58% of females, (chi square 12.7, df 1, p=.001). Those with a substance dependence diagnosis were also more likely to have complete follow-up (91% of substance dependent vs. 61% of non-substance dependent, chi square 18.9, df 1, p<.001).”</i>
Selektives Berichten (reporting bias)	gering	Kommentar: alle Outcomes werden berichtet
Weitere Risiken (adequate therapy method, treatment fidelity, supervision, training, personal, financial, or any other interests producing bias)	hoch	<i>trained interviewers CTI was delivered by three workers trained by several of the model developers Weekly supervision was carried out by clinically trained staff experienced in the model No active control</i>

Bemerkungen	Studie mit vergleichsweise guter Qualität. Intervention gut definiert. Behandler gut trainiert und supervidiert.
--------------------	--

Critical time intervention

Susser et al. 1997: Preventing recurrent homelessness among mentally ill men: A “critical time” intervention after discharge from a shelter.

Herman et al. 2000: A critical time intervention with mentally ill homeless men: impact on psychiatric symptoms.

Jones et al. 2003: Cost-effectiveness of critical time intervention to reduce homelessness among persons with mental illness.

Studiendesign	Randomized clinical trial
Teilnehmer	<ul style="list-style-type: none"> N=96 Männer mit SMI mit Komorbidität bei Entlassung aus einem speziellen Unterstützungsprogramm (on-site psychiatry program in a New York City men’s shelter to return to community housing)
Interventionen	<p><u>Intervention:</u> CTI über 9 Monate plus herkömmliche Behandlung</p> <p><u>Kontrollintervention:</u> herkömmliche Behandlung allein</p>
Outcomes	Anzahl wohnungsloser Nächte über einen 18-monatigen Beobachtungszeitraum
Ergebnisse	<p><i>Average number of <u>homeless nights</u> in critical time intervention group: 30 and in control group: 91 (p=.003)</i></p> <p><i>Survival curves comparing the effects of CTI and TAU on major homeless episodes indicate that the difference between the groups tended to widen rather than narrow over the course of the study. The risk of a major homeless episode was significantly lower in the CTI (p=.003)</i></p> <p><i>The results suggest that CTI was associated with a statistically significant <u>decrease in negative symptoms</u> at the 6-month follow-up, reflecting modest clinical improvement. There was no significant effect on <u>positive or general psychopathology symptoms</u>.</i></p> <p><i>Over the study period, the critical time intervention group and the usual services group incurred <u>mean costs</u> of 52,374 dollars and 51,649 dollars, respectively, for acute care services, outpatient services, housing and shelter services, criminal justice services, and transfer income. During the same period, the critical time intervention group experienced significantly fewer homeless nights than the usual care group (32 nights versus 90 nights). For each willingness-to-pay value--the additional price society is willing to spend for an additional nonhomeless night--greater than 152 dollars, the critical time intervention group exhibited a significantly greater net housing stability benefit, indicating cost-effectiveness, compared with usual care.</i></p>

Risk of bias		
<i>Bias</i>	Einschätzung Gering – unklar - mittel	Grundlage für Einschätzung
Randomisierungssequenz (selection bias)	unklar	Kommentar: keine nähere Beschreibung
Geheimhaltung Behandlungsfolge (selection bias)	unklar	Kommentar: keine nähere Beschreibung
Verblindung Teilnehmer/ Behandler (performance)	hoch	Kommentar: nicht möglich

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

bias)		
Verblindung Endpunktbeurteilung (detection bias)	gering	“assessments were administered by a trained interviewer blind to the client’s group status.”
Unvollständige Daten (attrition bias)	gering	“intention to treat analysis was used” “the 18-month follow-up data on homelessness were completed for 94 of the 96 participants”
Selektives Berichten (reporting bias)	gering	Kommentar: alle Outcomes werden berichtet
Weitere Risiken (adequate therapy method, treatment fidelity, supervision, training, personal, financial, or any other interests producing bias)	hoch	Kommentar: -fehlen einer aktiven Kontrollintervention -Gender-Bias
Bemerkungen	Geringe Stichprobengröße	

Levitt et al. 2009 Randomized Controlled Trial of Illness Management and Recovery in Multiple-Unit Supportive Housing	
Studiendesign	randomized controlled trial
Teilnehmer	<ul style="list-style-type: none"> N=104 Menschen mit SMI Setting: <i>multiple-unit supportive housing sites in New York City</i>
Interventionen	<p><u>Interventionsgruppe (N=54):</u> <i>Illness management classes for six months, twice weekly (Class size: five to eight participants, with sessions lasting approximately one hour, typically cofacilitated by two leaders, at the supportive housing residences. Class sessions followed the revised program manual and covered the following topics: recovery strategies, practical facts about serious mental illness, stress-vulnerability model and treatment strategies, building social support, using medications effectively, reducing drug and alcohol use, reducing relapses, coping with stress, coping with problems and persistent symptoms, and getting needs met in the mental health system.)</i></p> <p><u>Control group (N=50):</u> <i>waitlist control group</i></p> <p><i>All study participants received <u>supportive housing</u> (housing units available to individuals who are homeless or at risk of homelessness and have multiple barriers to housing and employment)</i></p> <p><i>And <u>easy access to a range of supportive services</u> to maintain housing stability; and proactive efforts to engage participants in psychiatric, rehabilitative, medical, and other services designed to foster personal growth and community integration</i></p> <p><i><u>Specific services</u> provided at the study sites included case management, psychiatric treatment, and primary medical care as needed to supplement community providers; referral to and coordination with community-based services; recreational and therapeutic facilities, such as weight rooms, program libraries, and music rehearsal rooms; and activities, including knitting circles, yoga classes, photography instruction, movie screenings, and field trips.</i></p>
Outcomes	<p>Primary outcomes</p> <p><i><u>Illness self-management and the pursuit of recovery goals:</u> Illness Management and Recovery Scales (IMRS) 15-item behaviorally anchored</i></p>

	<p>scales with parallel client self-report and clinician versions.</p> <p><u>Quality of life and psychosocial functioning</u>: QLS-A (a seven-item scale that has been demonstrated to accurately predict total scores on the original, 21-item Heinrichs Quality of Life Scale (QLS))</p> <p><u>Symptoms</u>: BPRS (BPRS is a 24-item scale in which the interviewer rates the severity of psychiatric symptoms over the previous two week period), Modified Colorado Symptom Index (MCSI, 14-item self-report scale that rates the frequency of psychiatric symptoms over the previous 30 days)</p> <p>Secondary outcomes</p> <p><u>Suicidal behavior</u>: Suicidal Behaviors Questionnaire–Revised (SBQ-R), a four-item self-report scale that rates past, present, and predicted suicidal ideation and behaviors.</p> <p><u>Substance abuse and dependence</u>: revised versions of the Alcohol Use Scale (AUS-R) and Drug Use Scale (DUSR).</p> <p><u>Psychiatric or substance-related hospitalizations</u> over the past year were measured in the interviews by participant self-report at baseline and 12-month follow-up.</p> <p><u>Self-reported current work status and interest in working</u> were also collected by the interviewers at the same points.</p> <p>baseline, five months postbaseline, and at follow-up one year postbaseline</p>	
<p>Ergebnisse</p>	<p>Compared with those on the waitlist, the <u>program participants</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> - demonstrated significantly <u>greater gains in illness self-management</u> as measured on both the client and clinician IMRS -improved significantly more in <u>psychosocial functioning</u> on the QLS-A - experienced a significantly greater <u>reduction in BPRS total score</u> and on the BPRS depression-anxiety subscale (no statistically significant treatment effects on any of the other BPRS subscales, nor on the self-reported MCSI) -There were no statistically significant treatment effects on any of the secondary outcomes, including suicidality and alcohol and drug problems and employment and interest in working 	
<p>Risk of bias</p>		
<p>Bias</p>	<p>Authors' judgement Low – Unclear – high risk</p>	<p>Support for judgement</p>
<p>Randomisierungssequenz (selection bias)</p>	<p>gering</p>	<p>“participants were randomly assigned to their study groups by drawing tokens to one of seven program classes (N=54) or to a waitlist control condition (N=50), stratified by gender.”</p>
<p>Geheimhaltung Behandlungsfolge (selection bias)</p>	<p>unklar</p>	<p>Kommentar: keine Angabe</p>
<p>Verblindung Teilnehmer/ Behandler (performance bias)</p>	<p>hoch</p>	<p>Kommentar: nicht möglich</p>
<p>Verblindung Endpunktbeurteilung (detection bias)</p>	<p>hoch</p>	<p>“<u>Substance use and illness selfmanagement</u> (clinician scale) ratings were provided by participants’ case managers or supervisors, who were familiar with the participants and who were not blind to treatment assignment.”</p>
<p>Verblindung</p>	<p>gering</p>	<p>“All other assessments were obtained by two</p>

*Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report*

Endpunktbeurteilung (detection bias)		<i>trained clinical interviewers— a licensed clinical psychologist and a master’s-level psychologist— both of whom were blind to treatment assignment“</i>
Unvollständige Daten (attrition bias)	gering	<i>“Ninety-nine participants completed the five-month post intervention assessments (52 from the program and 47 in the control group), and 88 completed the one-year follow-up assessment (44 each from the program and control groups). Reasons for noncompletion at follow-up were refusal or nonresponse (six program and two control group participants), death (two program and two control group participants), incarceration (one program and one control group participant), hospitalization (one control group participant), and military service (one program participant). intent-to-treat analyses</i>
Selektives Berichten (reporting bias)	gering	Kommentar: alle Outcomes werden berichtet
Weitere Risiken (adequate therapy method, treatment fidelity, supervision, training, personal, financial, or any other interests producing bias)	hoch	<i>“Class sessions followed the revised program <u>manual</u>“ “Fidelity to the illness management and recovery model was evaluated by a consultant external to the service and research teams, with extensive experience in program implementation and evaluation.” Kommentar: keine aktive Kontrollgruppe, Gruppenunterschiede zu baseline (BPRS)</i>
Bemerkungen	Interessante Studie mit methodischen Mängeln	

Unterstütztes Wohnen – Evidenztable aus der aggregierten Evidenz

Tabelle C1: Übersicht aggregierter Evidenz im Bereich Unterstützten Wohnens

Autor, Jahr Design	Ziel der Arbeit und berücksichtigte Interventionen	Population	Studieneinschluss	Wichtigste Ergebnisse
Benston et al. 2015 Systematisches Review NEU	Übersicht zu Studien mit einem Permanent-Supportive-Housing Programm ¹ (plus Case Management-Form) aus US-amerikanischen Studien	Wohnungslose schwer psychisch kranke Menschen	Einschluss von 14 RCTs und quasi-experimentellen Studien Outcomes: Wohnstabilität und psychische Gesundheit	Reduktion Wohnungslosigkeit und Verbesserung der Wohnstabilität
Ly et al. 2015 Systematisches Review NEU	Effektivität von Housing-First-(HF)-Programmen hinsichtlich gesundheitsökonomischer Aspekte	Wohnungslose schwer psychisch kranke oder substanzabhängige oder körperlich kranke Menschen	Einschluss von 12 publizierten Studien, davon 4 RCTs und 8 quasi-experimentelle Studien	HF möglicherweise kostenneutral (Ausgleich der höheren Wohnkosten durch weniger Klinikaufenthalte und Notfallbehandlungen) Vor dem Hintergrund des Nutzens für die Betroffenen stellt HF eine sinnvolle Ressourcenallokation dar
Rog et al. 2014 Systematisches Review NEU	Übersicht zu Studien mit Permanent Supportive Housing orientiert an den durch SAMHSA definierten Kriterien (unabhängiges Wohnen mit Mietvertrag plus notwendige individuelle Unterstützung, keine Behandlungspflichten, Wahlfreiheiten)	Wohnungslose schwer psychisch kranke oder substanzabhängige Menschen	Einschluss von 7 RCTs, 5 quasi-experimentelle Studien, 8 Übersichtsarbeiten und Metaanalysen US-amerikanische Studien und englischsprachige internationale Studien	Reduktion von Wohnungslosigkeit und Verbesserung der Wohnstabilität Reduktion von Krisenbehandlungen und stationären Aufhalten Nutzer schätzen Supportive-Housing-Modelle positiver ein als andere Modelle
Siskind et al. 2013 Systematisches Review NEU	Übersicht zu bisherigen Klassifikationssystemen und Entwicklung einer neuen Taxonomie von Ansätzen des Unterstützten Wohnens	Schwer psychisch kranke Menschen	Einschluss von 18 Reviews und empirischen Studien	Existierende Klassifikationssysteme basieren auf der Beschreibung einzelner Charakteristika oder auf einem programmatischen Ansatz. Aktuelle Taxonomie berücksichtigt 4 Domänen, in denen wichtige Charakteristika hinsichtlich der sehr heterogenen Leistungsangebote systematisch erfassbar sind: a) Angebotsdauer, b) Charakteristika der Nutzer, c) Charakteristika der Wohnformen, d) Charakteristika der

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

Autor, Jahr Design	Ziel der Arbeit und berücksichtigte Interventionen	Population	Studieneinschluss	Wichtigste Ergebnisse
				Serviceleistungen
Tabol et al. 2010 Systematisches Review NEU	Übersicht zu Ansätzen von Supported und Supportive Housing (<i>independent housing with support</i>), deren Schlüsselementen und möglicher Programmtreue in empirischen Studien	Wohnungslose schwer psychisch kranke oder substanzabhängige Menschen	Einschluss von 38 deskriptiven und empirischen Arbeiten. Davon 25 Interventionen als Supported Housing und 7 Interventionen als Supportive Housing gelabelt. 6 Interventionen waren inhaltlich relevant, waren aber abweichend benannt.	Große Heterogenität in der Benennung und Beschreibung der einzelnen Interventionen. Programmtreue wird bisher kaum erhoben. Die Autoren empfehlen eine größere Klarheit und Konstanz in der Verwendung der Begriffe, ein Konsens über die dahinterliegenden Konzepte mit geeigneter Operationalisierung der einzelnen Modellelemente sowie die (Weiter-)entwicklung und regelhafte Anwendung geeigneter Modelltreue-Skalen für künftige Evaluationen.
Leff et al. 2009 Systematisches Review mit Metaanalyse	Aufzeigen der Effektivität verschiedener Wohninterventionen Kategorisierung in: <ul style="list-style-type: none"> • Residential Care and Treatment • Residential Continuum • Permanent Supportive Housing • Non-Model-Housing 	Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen	Einschluss von 30 Studien Outcomes: Wohnstabilität, psychische Gesundheit, stationäre Behandlungsnotwendigkeit, Zufriedenheit mit der Intervention	Alle untersuchten Wohnmodelle (Residential Care and Treatment, Residential Continuum, Permanent Supportive Housing) führen gegenüber der Kontrollintervention (TAU, leben auf Straße oder in Obdachlosenunterkünften) zu einer verbesserten Wohnstabilität. Unter Permanent Supported Housing kann der größte Effekt auf die Bewohnerzufriedenheit erreicht werden.
Mcperson et al. 2009 Systematisches Review der Cochrane Collaboration	Review zur Wirksamkeit von Wohnheimen im Vergleich zur routinemäßigen stationären Behandlung mit dem Ziel der Entlassung in ein unabhängiges Wohnverhältnis	Menschen mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis (N=22)	Einschluss von einer RCT	Keinerlei signifikante Gruppenunterschiede hinsichtlich der Selbstversorgungsfertigkeiten und sozialer Integration
Taylor et al. 2009 Systematisches Review	Review zu Schlüsselkomponenten und deren Effektivität in der institutionellen Langzeitbehandlung	Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen	Einschluss von 110 quantitativen und qualitativen Arbeiten, einschließlich systematische Reviews und Metaanalysen sowie Leitlinien, davon 18 Studien	Identifikation von 8 Schlüssel-domänen, die im Hinblick auf Recovery von Bedeutung sind; eine davon ist der Bereich Wohnen Evidenz, überwiegend aus Querschnittsstudien, verweist auf positive Effekte aus weniger restriktiven und

*Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report*

Autor, Jahr Design	Ziel der Arbeit und berücksichtigte Interventionen	Population	Studieneinschluss	Wichtigste Ergebnisse
			im Bereich Wohnen	<p>gemeindenahen Settings (größere Autonomie, bessere Beziehung zwischen Bewohnern und Behandlern, erweiterte psychosoziale Funktionen und Lebensqualität sowie geringere stationäre Behandlungsbedürftigkeit, größere Aktivität und Gemeindeintegration)</p> <p>Reihe von Studien belegt die Präferenz der Betroffenen, in einem gemeindenahen Setting zu wohnen</p> <p>Wohnen könne nur dann zum Erfolg führen, wenn gleichermaßen auch weitere Domänen und die dazugehörige Evidenz berücksichtigt werden</p>
<p>Kyle und Dunn 2008 Systematisches Review</p>	<p>Review zur Wirksamkeit von Wohninterventionen</p>	<p>Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen</p>	<p>Einschluss von 29 Studien, davon 4 RCTs und 4 quasi-experimentellen Studien</p> <p>Outcomes: Wohnstabilität, psychische Gesundheit, Behandlungsinanspruchnahme, Lebensqualität</p>	<p>Evidenz hinsichtlich positiver Effekte auf gesundheitsrelevante Outcomes für wohnungslose Menschen deutlicher als für Menschen ohne unmittelbare Wohnungslosigkeit im Vorfeld der Intervention</p>
<p>Nelson et al. 2007 Systematisches Review NEU</p>	<p>Review zur Wirksamkeit von Ansätzen des Wohnens und gemeindepsychiatrischer Unterstützung (ACT, CM)</p>	<p>Wohnungslose schwer psychisch kranke Menschen</p>	<p>Einschluss von 10 Studien zu Housing und Support, davon 7 experimentelle Studien und 3 quasi-experimentelle Studien</p>	<p>Signifikante Reduktion von Wohnungslosigkeit und stationärer Behandlungsbedürftigkeit sowie Verbesserung anderer Outcomes (Wohlbefinden) durch Ansätze von Permanent Housing and Support, ACT und ICM</p> <p>Größter Effekt auf Wohnstabilität durch die Kombination von Housing und Support (ES: .67), gefolgt durch ACT allein (ES: .47), schwächster Effekt durch ICM allein (ES: .28) gegenüber Standardbehandlung</p> <p>Keine positiven Effekte durch Kurzzeitwohnintervention. Verbesserung der Wohnzufriedenheit durch Housing und Support.</p>
<p>Chilvers et al. 2006 Systematisches Review</p>	<p>Review zur Wirksamkeit von Supported Housing und</p>		<p>Keine RCTs identifiziert</p>	<p>Keine Aussage, da keine Studie eingeschlossen</p>

*Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report*

Autor, Jahr Design	Ziel der Arbeit und berücksichtigte Interventionen	Population	Studieneinschluss	Wichtigste Ergebnisse
der Cochrane Collaboration	Outreach Supported Schemes			

¹ Hier breit definiert, kaum Details aus Primärstudien; ICM: Intensive Case Management; ACT: Assertive Community Treatment; HF: Housing first; SAMHSA: Substance Abuse and Mental Health Services Administration; TAU: Treatment us usual; ES: Effektstärkemaß

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

Unterstütztes Wohnen – Evidenztabelle zu den Einzelstudien

Tabelle C2: Effekte von Wohninterventionen aus randomisierten kontrollierten Studien

Studie	St. Francis Residence	Boston McKinney Project	San Diego McKinney Project	Pathways to Housing/HF	DC Parallel Housing Program	The At Home/Chez Soi Study	Douglas House
(Publikationen)	(Lipton et al. 1988)	(Dickey et al. 1996; Dickey et al. 1997; Seidman et al. 2003; Schutt et al. 2007; Schutt et al. 1997; Goldfinger et al. 1999)	(Hurlburt et al. 1996; Shern et al. 1997; Schutt et al. 2009)	(Tsemberis et al. 2004; Gulcur et al. 2003; Gulcur et al. 2007; Padgett et al. 2006; Greenwood et al. 2005; Stefancic und Tsemberis 2007)	(McHugo et al. 2004)	(Kirst et al. 2015; Veldhuizen et al. 2015; Somers et al. 2013b; Somers et al. 2013a; Stergiopoulos et al. 2015b; Stergiopoulos et al. 2015a; Woodhall-Melnik et al. 2015; Palepu et al. 2013, 2013, 2013; Patterson et al. 2013, 2013, 2013; Hwang et al. 2012; Aubry et al. 2016)	(Hyde et al. 1987)
Anzahl Studienteilnehmer (N) Beschreibung der Stichprobe	N=49 Wohnungslose Menschen in stationärer Behandlung	N=112 Wohnungslose schwer psychisch kranke Menschen	N=361 Wohnungslose schwer psychisch kranke Menschen	N=225 Wohnungslose psychisch kranke Menschen aus psychiatrischer Klinik oder von der Straße	N=121 Schwer psychisch kranke Menschen mit hohem Risiko zur Wohnungslosigkeit	N=2.148 Wohnungslose psychisch kranke Menschen mit moderaten und hohen Bedarfen	N=22 Schwer psychisch kranke Personen in stationärer Behandlung
Intervention und Kontrollintervention	Supportive Housing vs. ambulante Standardbehandlung nach Entlassung	Unabhängiges Einzelwohnen + CM vs. betreutes Gruppenwohnen ¹ + CM	Supported Housing + CM vs. nicht-zertifiziertes Wohnen + CM	Housing First + ACT vs. Continuum of Care	Integrated Housing vs. Parallel Housing	Housing First + ICM bzw. ACT vs. TAU	Gruppenwohnen mit 24-stündiger Betreuung vs. herkömmlicher Betreuung in Klinik
Beobachtungszeitraum	12 Monate	18 Monate	24 Monate	24/Monate	18 Monate	24 Monate	24 Monate
Wohnassoziierte Merkmale							

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

Studie	St. Francis Residence	Boston McKinney Project	San Diego McKinney Project	Pathways to Housing/HF	DC Parallel Housing Program	The At Home/Chez Soi Study	Douglas House
(Publikationen)	(Lipton et al. 1988)	(Dickey et al. 1996; Dickey et al. 1997; Seidman et al. 2003; Schutt et al. 2007; Schutt et al. 1997; Goldfinger et al. 1999)	(Hurlburt et al. 1996; Shern et al. 1997; Schutt et al. 2009)	(Tsemberis et al. 2004; Gulcur et al. 2003; Gulcur et al. 2007; Padgett et al. 2006; Greenwood et al. 2005; Stefancic und Tsemberis 2007)	(McHugo et al. 2004)	(Kirst et al. 2015; Veldhuizen et al. 2015; Somers et al. 2013b; Somers et al. 2013a; Stergiopoulos et al. 2015b; Stergiopoulos et al. 2015a; Woodhall-Melnik et al. 2015; Palepu et al. 2013, Patterson et al. 2013, 2013, 2013; Hwang et al. 2012; Aubry et al. 2016)	(Hyde et al. 1987)
↑ Wohnstabilität	++	~ (zum letzten Messzeitpunkt)	++	++ (HF)	++ (IH)	++	
↓ Wohnungslosigkeit	++	- (mehr wohnungslose Nächte für Subgruppe ² im EW)	++	++ (HF)	++ (IH)	++	
↑ Wohnzufriedenheit	++	++			~	++	
Management der Wohnsituation							~
Behandlungs- und Krankheitsassoziierte Merkmale							
↓ Stationäre Aufenthalte / Aufenthaltstage	++	~		++ (HF)		++/~	

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

Studie	St. Francis Residence	Boston McKinney Project	San Diego McKinney Project	Pathways to Housing/HF	DC Parallel Housing Program	The At Home/Chez Soi Study	Douglas House
(Publikationen)	(Lipton et al. 1988)	(Dickey et al. 1996; Dickey et al. 1997; Seidman et al. 2003; Schutt et al. 2007; Schutt et al. 1997; Goldfinger et al. 1999)	(Hurlburt et al. 1996; Shern et al. 1997; Schutt et al. 2009)	(Tsemberis et al. 2004; Gulcur et al. 2003; Gulcur et al. 2007; Padgett et al. 2006; Greenwood et al. 2005; Stefancic und Tsemberis 2007)	(McHugo et al. 2004)	(Kirst et al. 2015; Veldhuizen et al. 2015; Somers et al. 2013b; Somers et al. 2013a; Stergiopoulos et al. 2015b; Stergiopoulos et al. 2015a; Woodhall-Melnik et al. 2015; Palepu et al. 2013, Patterson et al. 2013, 2013, 2013; Hwang et al. 2012; Aubry et al. 2016)	(Hyde et al. 1987)
↓ Ambulante Krisenbehandlung		~					
↓ Case Management (in Stunden)		~					
Nutzung spezifischer Behandlungen (Substanzabhängigkeit)				++ (Housing Continuum)			
↓ Psychopathologische Symptomatik	~			~	++ (IH)	~	
↑ Neuropsychologische Funktionen		~					
↑ Exekutive Funktion		- (EW)					
↓ Alkohol- bzw. Drogenkonsum				~	~	~/++ ³	
↑ Körperliche und psychische Gesundheit						~	

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

Studie	St. Francis Residence	Boston McKinney Project	San Diego McKinney Project	Pathways to Housing/HF	DC Parallel Housing Program	The At Home/Chez Soi Study	Douglas House
(Publikationen)	(Lipton et al. 1988)	(Dickey et al. 1996; Dickey et al. 1997; Seidman et al. 2003; Schutt et al. 2007; Schutt et al. 1997; Goldfinger et al. 1999)	(Hurlburt et al. 1996; Shern et al. 1997; Schutt et al. 2009)	(Tsemberis et al. 2004; Gulcur et al. 2003; Gulcur et al. 2007; Padgett et al. 2006; Greenwood et al. 2005; Stefancic und Tsemberis 2007)	(McHugo et al. 2004)	(Kirst et al. 2015; Veldhuizen et al. 2015; Somers et al. 2013b; Somers et al. 2013a; Stergiopoulos et al. 2015b; Stergiopoulos et al. 2015a; Woodhall-Melnik et al. 2015; Palepu et al. 2013, Patterson et al. 2013, 2013, 2013; Hwang et al. 2012; Aubry et al. 2016)	(Hyde et al. 1987)
Lebensqualität & Inklusion							
↑ Lebensqualität / Lebenszufriedenheit		~			++ (v. a. für Männer)	++ (Freizeit, Wohnsituation, Familie, Sicherheit) ~ (Gesundheit)	
↑ Psychosoziale Funktionen						++	
↑ Erlebte Wahlfreiheit				++ (HF)			
↑ Gemeindeintegration				++ (HF)		++ (psychische Integration)	
↓ Kriminalität						++ (HF)	
Kosteneffektivität							
↑ Kosteneffektivität		-		++ (HF)			

*Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report*

Studie	St. Francis Residence	Boston McKinney Project	San Diego McKinney Project	Pathways to Housing/HF	DC Parallel Housing Program	The At Home/Chez Soi Study	Douglas House
(Publikationen)	(Lipton et al. 1988)	(Dickey et al. 1996; Dickey et al. 1997; Seidman et al. 2003; Schutt et al. 2007; Schutt et al. 1997; Goldfinger et al. 1999)	(Hurlburt et al. 1996; Shern et al. 1997; Schutt et al. 2009)	(Tsemberis et al. 2004; Gulcur et al. 2003; Gulcur et al. 2007; Padgett et al. 2006; Greenwood et al. 2005; Stefancic und Tsemberis 2007)	(McHugo et al. 2004)	(Kirst et al. 2015; Veldhuizen et al. 2015; Somers et al. 2013b; Somers et al. 2013a; Stergiopoulos et al. 2015b; Stergiopoulos et al. 2015a; Woodhall-Melnik et al. 2015; Palepu et al. 2013, Patterson et al. 2013, 2013, 2013; Hwang et al. 2012; Aubry et al. 2016)	(Hyde et al. 1987)
		(höhere Wohnkosten im GW) ~ (Behandlungskosten)					

Anmerkungen:

++ signifikanter Vorteil in Experimentalgruppe gegenüber der Kontrollgruppe, ~ Ergebnisse vergleichbar in beiden Gruppen, - Nachteil in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe

↓ Reduktion, ↑ Erhöhung

EW Einzelwohnen, GW Gruppenwohnen, HF Housing First, IH Integrated Housing, CM Case Management, ACT Assertive Community Treatment, TAU herkömmliche Behandlung

¹ ECH-Modell (Evolving Consumer Household) bietet permanentes beschütztes Wohnen ohne die Bedingung von Behandlungcompliance in Kleinen Gruppen von 6-10 Personen, ² Unterschied für Subgruppe in Abhängigkeit ethnischer Herkunft, ³ bei Substichprobe N=378 (Standort Toronto)

Anlage D Systeminterventionen: Evidenzgrundlage zu den Empfehlungen zu Maßnahmen der Arbeitsrehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben

Systematische Literaturrecherche zu Arbeitsrehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben

- Genutzte Datenbanken: EMBASE, MEDLINE, PsycInfo, Cochrane Library
- Suchzeitraum: von Beginn der jeweiligen Datenbank bis Februar 2017
- Suche unterteilte sich in die drei Bereiche:
 - Arbeitsrehabilitation
 - Berufsausbildung und beschütztes Arbeiten
 - Arbeitstherapie

Lfd. Nr. Interventionsspezifische Suchbegriffe

Arbeitsrehabilitation

1	supp* employ*
2	Employment
3	psychosocial rehab*
4	psychiatric rehab*
5	occupational rehab*
6	soc* rehab*
7	work rehab
8	job rehab*
9	transitional emp*
10	rehabilitation counseling
11	vocation*
12	fountain house*
13	fountain-house*
14	clubhouse*
15	club-house*
16	prevocational training*
17	pre-vocational training*
18	((individual placement and support*) or IPS)
19	sheltered employment*
20	pre-employment training*
21	social firm*
22	social compan*
23	integration firm*
24	integration compan*
25	(adapted and employment)
26	(labour and market and integration)
27	(labor and market and integration)
28	workshop*
29	additional income*
30	additional earning*
31	job coach*
32	job-coach*
33	work* assistance
34	reemployment
35	work* resumption
36	return to work

Lfd. Nr. Interventionsspezifische Suchbegriffe

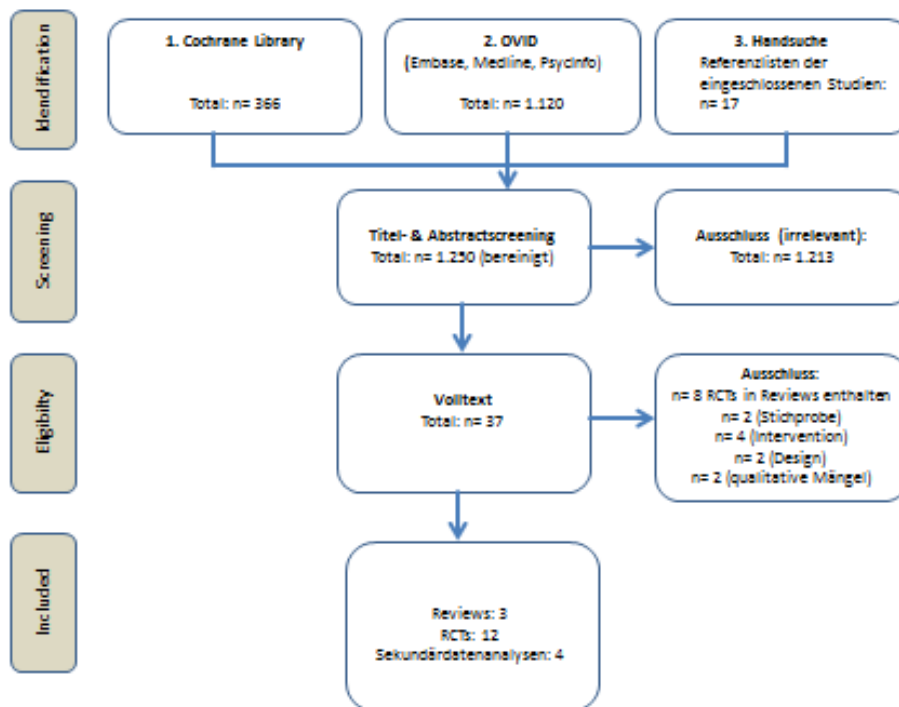
Berufsausbildung und beschütztes Arbeiten

- 1 sheltered work*
- 2 vocation*
- 3 sheltered employment*
- 4 sheltered workshop*
- 5 workshop*
- 6 vocational training

Arbeitstherapie

- 1 work therap*
- 2 work related therap*
- 3 work training
- 4 vocational therap*
- 5 occupational therap*

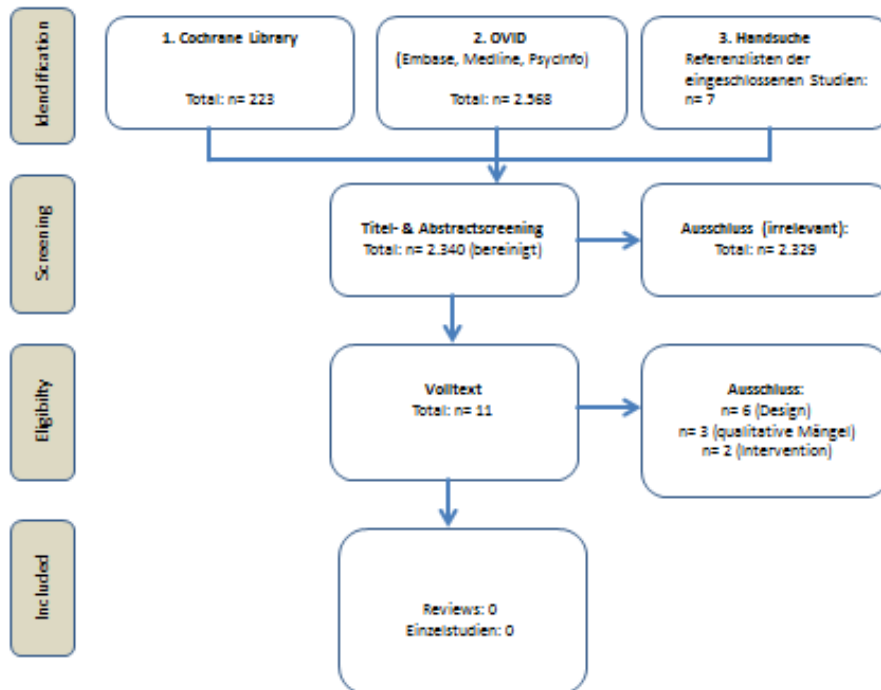
Prisma-Flowchart zu Arbeitsrehabilitation



PRISMA Flow-Diagramm: Arbeitsrehabilitation

Prisma-Flowchart zu beschütztes Arbeiten und Arbeitstherapie

Die ergänzende Suche ergab keine zusätzlichen Treffer.



PRISMA Flow-Diagramm: Berufsausbildung, beschütztes Arbeiten und Arbeitstherapie

**Extraktionsbögen der eingeschlossenen systematischen Reviews / Meta-Analysen zu
Arbeitsrehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben**

Titel	Supported employment for adults with severe mental illness (Cochrane Review)	
Autoren	Kinoshita Y, Furukawa TA, Kinoshita K, Honyashiki M, Omori IM, Marshall M, Bond GR, Huxley P, Amano N, Kingdon D	
Jahr	- 2013	
Journal	- Cochrane Database of Systematic Reviews	
Fragestellung / Zielsetzung	- Die Zielstellung der Arbeit lag darin, zu untersuchen welchen Einfluss Supported Employment zur beruflichen Wiedereingliederung bei Personen mit schweren psychischen Erkrankungen haben.	
Design	- systematischer Review und Meta-Analyse	
Datenbanken	- Cochrane Schizophrenia Group Trials Register sowie Handsuche und Suche in Konferenzberichten	
Zeitraum	- von Beginn bis Februar 2010	
Eingeschlossene Studientypen	- RCTs (insgesamt 14; vollständiger Review)	
Autoren eingeschlossener Arbeiten	<u>14 RCTs:</u> - Drake 1996 - Drake 1999 - Lehmann 2002 - Mueser 2004 - Gold 2006 - Latimer 2006 - Macias 2006 - Bond 2007	- Burns 2007 - Twamley 2008 - Killackey 2008 - Wong 2008 - Tsang 2009 - Howard 2010
relevante Einschlusskriterien	- Studiendesign: RCT - Intervention: Supported Employment - Erwachsene mit schweren psychischen Erkrankungen (16 bis 70 Jahre)	
relevante Ausschlusskriterien	- quasi-randomisierte Studien	
Qualitätsbewertung durchgeführt	- ja (Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions)	
Für welche Patienten / Subgruppen Aussagen getroffen?	- High fidelity IPS vs. andere berufsrehabilitative Ansätze - Erweitertes Supported Employment vs. andere berufsrehabilitative Ansätze	
Gemessene Outcomes	- Anzahl Tage in (competitiver) Beschäftigung, Anzahl Tage in irgendeiner Beschäftigung, Dauer des Beschäftigungsverhältnisses (competitive), Dauer des Beschäftigungsverhältnisses (nicht competitive)	

Titel	Supported employment for adults with severe mental illness (Cochrane Review)
Ergebnisse	<p>Allgemein:</p> <p>Verteilung nach Länder:</p> <ul style="list-style-type: none"> - USA (n=8), Europa (n=2), Kanada (n=1), Australien (n=1), Hong Kong (n=1) <p>Anzahl Teilnehmer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - n= 2.265 (min. 20/max. 156) <p>Dauer der Interventionen (Spanweite):</p> <ul style="list-style-type: none"> - 6-24 Monate <p>Interventionensgruppen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Supported Employment (n= 14) <p>Vergleichsgruppen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - herkömmliche Therapie (n=9), Skills-Training (n= 1), erweiterte berufliche Rehabilitation (n= 1), andere (n=3) <p>Supported Employment vs. andere berufsrehabilitative Ansätze:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>In terms of our <u>primary outcome</u> (employment:days in competitive employment, over one year follow-up), supported employment seems to significantly increase <u>levels of any employment obtained during the course of studies</u> (7 RCTs, n = 951, RR 3.24 CI 2.17 to 4.82, very low quality of evidence).</i> - <i>Supported employment also seems to increase <u>length of competitive employment</u> when compared with other vocational approaches (1 RCT, n =204, MD 70.63 CI 43.22 to 94.04, very low quality evidence).</i> - <i>Supported employment also showed some advantages in other <u>secondary outcomes</u>:</i> <ul style="list-style-type: none"> - <i>It appears to increase <u>length (in days) of any form of paid employment</u> (2 RCTs, n = 510, MD 84.94 CI 51.99 to 117.89, very low quality evidence)</i> - <i>and <u>job tenure (weeks) for competitive employment</u> (1 RCT, n = 204, MD 9.86 CI 5.36 to 14.36, very low quality evidence)</i> - <i><u>any paid employment</u> (3 RCTs, n = 735, MD 3.86 CI -2.94 to 22.17, very low quality evidence).</i> - <i>one study indicated a <u>decreased time to first competitive employment in the long term for people in supported employment</u> (1 RCT, n= 204, MD -161.60 CI -225.73 to -97.47, very low quality evidence).</i>
Bemerkungen	<ul style="list-style-type: none"> - ein großer Anteil der Daten konnte nicht für die Meta-Analysen berücksichtigt werden
Bewertung	<p>Fragestellung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klar formuliert und adäquat hinsichtlich unserer Suchkriterien <p>Methodik:</p> <ul style="list-style-type: none"> - nachvollziehbar, angemessen <p>Literatursuche:</p> <ul style="list-style-type: none"> - relevante Datenbanken, Kriterien definiert

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

Titel	Supported employment for adults with severe mental illness (Cochrane Review)
	<p><u>Studienqualität:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - RCTs moderater Qualität, Heterogenität berücksichtigt
	<ul style="list-style-type: none"> - Supported Employment ist in der Lage einige Outcomes bei Personen mit schweren psychischen Erkrankungen zu verbessern. Es sind jedoch langfristige Studien notwendig, um die Nachhaltigkeit dieser Wirkungen zu bestätigen.

Titel	Can computer-assisted cognitive remediation improve employment and productivity outcomes of patients with severe mental illness? A meta-analysis of prospective controlled trials
Autoren	Joyce Y.C. Chan, Hoyee W. Hirai, Kelvin K.F. Tsoi
Jahr	- 2015
Journal	- Journal of Psychiatric Research
Fragestellung / Zielsetzung	- Die Zielstellung der Arbeit lag darin, zu untersuchen welchen Einfluss CACR (computer-assisted cognitive Remediation) auf arbeitsbezogene Outcomes bei Personen mit schweren psychischen Erkrankungen haben.
Design	- Systematischer Review mit Meta Analyse
Datenbanken	- MEDLINE, EMBASE und PsycINFO
Zeitraum	- von Beginn der jeweiligen Datenbank bis September 2014
eingeschlossene Studientypen	- RCTs (insgesamt 9) und ein weiteres Studiendesign (prospektive kontrollierte Studie)
Autoren eingeschlossener Arbeiten	<p><u>9 RCTs und eine prospektive kontrollierte Studie:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Bell 2005 - McGurk 2005 - Vauth 2005 - Bell 2008 - Lindenmayer 2008 - McGurk 2009 - Eack 2009 - Eack 2011 - Tan 2013 - Sayaka 2014 (Prospective controlled study)
weitere relevante Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> - Patienten mit: Schizophrenie, schizoaffektiven Störungen oder bipolaren Erkrankungen - Alter der Teilnehmer: mind. 18 Jahre
relevante Ausschlusskriterien	- keine englischsprachige Studien

Titel	Can computer-assisted cognitive remediation improve employment and productivity outcomes of patients with severe mental illness? A meta-analysis of prospective controlled trials
Qualitätsbewertung durchgeführt	- Ja (Cochrane Risk of Bias tool)
Für welche Patienten / Subgruppen Aussagen getroffen?	- Hinsichtlich der Art der erhaltenen Beschäftigung (competitive vs. nicht-competitive), Supported Employment vs. Arbeitstherapie (Work Therapy), Dauer der CACR-Interventionen (max. 24 h vs. > 24 h)
Gemessene Outcome	- Beschäftigungsrate, Gesamtanzahl an beschäftigten Tagen, Lohn (jährlich)
Ergebnisse	<p>Allgemein:</p> <p>Verteilung nach Länder:</p> <ul style="list-style-type: none"> - k. A. <p>Anzahl Teilnehmer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - n= 749 (min. k. A./max. k. A.) <p>Dauer der Interventionen (Spanweite):</p> <ul style="list-style-type: none"> - 12-36 Monate <p>Interventionensgruppen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - CACR (Computer-assisted cognitive Remediation) (n= 10) <p>Vergleichsgruppen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - überwiegend herkömmliche Therapie <p>Employment rate:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Patients receiving CACR had significantly higher employment rate than those without CACR (41% vs 24%, RD = 20%; 95% CI = 5%-35%)</i> <p>Subgroup Analysis:</p> <p>competitive employment</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>In subgroup analysis of competitive employment, patients receiving CACR showed a marginally significantly higher employment rate than those not receiving CACR (RD = 20%, 95% CI = 0%-40%)</i> <p>non-competitive work:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>One trial reported employment rate of non-competitive work, and no significant difference was seen between patients with and without CACR (RD = 16%; 95% CI = -7%-39%)</i> <p>work therapy programs:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Three trials incorporated work therapy programs and the results showed that patients with CACR have a significantly higher employment rate than those without CACR (46% vs 31%, RD = 13%, 95% CI = 2%-24%)</i> <p>supported employment programs:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Four trials incorporated supported employment programs and no significant difference was apparent between the CACR group and control group (RD = 20%; 95% CI=-10%-51%)</i> <p>24h of computer-based cognitive exercises:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>no significant effect of CACR intervention appeared in either subgroup (RD = 22%; 95% CI = -3%-47%)</i>

<p>Titel</p>	<p>Can computer-assisted cognitive remediation improve employment and productivity outcomes of patients with severe mental illness? A meta-analysis of prospective controlled trials</p>
	<p>Total days of work in a year:</p> <ul style="list-style-type: none"> The result from a random-effects model showed that patients with CACR worked 19.5 days longer than those without CACR (95% CI = 2.5-36.6 days) <p>Subgroup analysis:</p> <p>competitive employment:</p> <ul style="list-style-type: none"> There was no significant difference between patients with or without CACR (MD = 26.3 days; 95% CI = -5.8-58.4 days) (n=5 studys) <p>24h of computer-based cognitive exercises:</p> <ul style="list-style-type: none"> Patients with 24 h of computer-based cognitive exercises showed significant improvement compared to those without training (MD = 30.8 days; 95% CI = -0.2-61.8 days) <p>Total annual earnings:</p> <ul style="list-style-type: none"> The result from a random-effects model showed that patients receiving CACR earned US\$959 more than those without CACR (95%CI = US\$285 to US\$1634) <p>Subgroup analysis:</p> <p>competitive employment:</p> <ul style="list-style-type: none"> among 5 trials, the results also showed that patients with CACR earned significantly higher wages than those without CACR (MD = US\$1299; 95% CI = US\$214 to US\$2385) <p>supported employment programs/work therapy programs:</p> <ul style="list-style-type: none"> the results showed that patients receiving CACR in both subgroups have significantly higher annual income than those without CACR (MD = US\$1202, 95% CI = USD\$127 to USD\$2256; and MD = US\$162, 95% CI = US\$38 to US\$287, respectively) <p>24h of computer-based cognitive exercises:</p> <ul style="list-style-type: none"> Patients with 24 h of computer-based cognitive exercises showed marginally significantly greater wages than those without training (MD = US\$1153; 95% CI = US\$-7 to US\$2313) <p><i>In excluding the one non-randomized controlled trial, the results remain unchanged: employment rate (RD=23%; 95% CI 7%-40%), total days of work (MD=22.8 days; 95% CI 3.9-41.7 days) and total annual earnings (MD=US\$1045; 95% CI US\$315 to US\$1775).</i></p>
<p>Bemerkungen</p>	<p>Limitations:</p> <ul style="list-style-type: none"> - differences in the implementation of vocational rehabilitation programs (details of the vocational rehabilitation programs and the staff support to the patients were not standardized - severity of SMI in patients across trials was not evaluated and may contribute to heterogeneity - CACR is a rehabilitation treatment consisting of computer-based cognitive exercises and cognitive based support strategies. Although the concepts and rationales of the cognitive based support strategies were similar across studies, there are a number of strategies helping patients to transfer cognitive skills into work situations, such as use of coping cards, discussion groups,

Titel	Can computer-assisted cognitive remediation improve employment and productivity outcomes of patients with severe mental illness? A meta-analysis of prospective controlled trials
	<i>cognitive based counseling, and feedback on performance during training sessions. The variations of these strategies were not evaluated.</i> - participants were recruited at different time points and productivity outcomes could be affected by the economic situation over the years - there are some possible sources of heterogeneity, including the differences in patient background, e.g. age of onset and the duration of mental illness, history of hospitalization, types of medication used, educational level, and also the differences in employment culture across the countries - publication bias may exist due to some unpublished studies that were not identified through the literature search in OVID databases. However, statistical evaluations for the publication bias indicate no evidence of publication bias, despite this study including only a limited number of eligible trials
Bewertung	<u>Fragestellung:</u> - Klar formuliert und adäquat hinsichtlich unserer Suchkriterien
	<u>Methodik:</u> - nachvollziehbar, angemessen
	<u>Literatursuche:</u> - Suche in MEDLINE, EMBASE und PsycINFO
	<u>Studienqualität:</u> - Keine Angabe

Titel	Supported employment for people with severe mental illness: systematic review and meta-analysis of the international evidence	
Autoren	Matthew Modini, Leona Tan, Beate Brinchmann, Min-Jung Wang, Eoin Killackey, Nicholas Glozier, Arnstein Mykletun and Samuel B. Harvey	
Jahr	- 2016	
Journal	- The British Journal of Psychiatry	
Fragestellung / Zielsetzung	- Die Zielstellung der Arbeit lag darin, zu untersuchen welchen Einfluss das Setting (Region, ökonomische Situation) auf die Wirkung von IPS haben kann.	
Design	- Systematischer Review und Meta Analyse	
Datenbanken	- Medline, PsycINFO, EMBASE	
Zeitraum	- von 1993 bis Januar 2015	
Eingeschlossene Studientypen	- RCTs (insgesamt 19; vollständiger Review)	
Autoren eingeschlossener Arbeiten	<u>19 RCTS:</u> - Drake 1996 - Drake 1999 - Lehmann 2002 - Mueser 2004 - Gold 2006	- Tsang 2009 - Howard 2010 - Heslin 2011 - Twamley 2012 - Hoffmann 2012 - Drake 2013

Titel	Supported employment for people with severe mental illness: systematic review and meta-analysis of the international evidence	
	<ul style="list-style-type: none"> - Latimer 2006 - Burns 2007 - Bond 2007 - Wong 2008 - Killackey 2008 	<ul style="list-style-type: none"> - Hoffmann 2014 - Oshima 2014 - Bejerholm 2015
relevante Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> - Desing: RCT - Intervention: IPS vs. herkömmliche Therapie - Teilnehmer mit schweren psychischen Erkrankungen (Schizophrenie oder schizophrenie-ähnliche Erkrankungen, bipolare Störungen, Depression) - englischsprachig 	
relevante Ausschlusskriterien	-	
Qualitätsbewertung durchgeführt	- ja (Downs & Black checklist (n=2 fair quality; n=17 good quality))	
Für welche Patienten / Subgruppen Aussagen getroffen?	- Ergebnisse differenziert nach geografischer Region	
Gemessene Outcome	- Beschäftigungsrate (competitive)	
Ergebnisse	<p>Allgemein:</p> <p>Verteilung nach Länder:</p> <ul style="list-style-type: none"> - USA (n=8); Canada (n=1); UK (n=3); Germany (n=1); Italy (n=1); Switzerland (n=3); Netherlands (n=1); Bulgaria (n=1); Sweden (n=1); Australia (n=1); Japan (n=1); Hong Kong (n=2) <p>Anzahl Teilnehmer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - n = 4.504 (min. 37 / max. 2.055) <p>Dauer Follow-Up (Spannweite):</p> <ul style="list-style-type: none"> - 0 bis 60 Monate <p>Interventionensgruppen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Individual Placement and Support (n= 19) <p>Vergleichsgruppen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Treatment as usual or traditional vocational rehabilitation or conventional vocational rehabilitation (n=11); diversified placement approach (n=1); group skills training (n=1); enhanced vocational rehabilitation (n=1); other (n=5)</i> <p>Results: Relative risk (RR) of competitive employment for groups receiving individual placement and support (IPS) compared with standard vocational rehabilitation (RR > 1 indicates greater rates of competitive employment among those receiving IPS):</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Studies from Asia and Australia: $I^2 = 54.4\%$, $P = 0.086$; RR (95% CI): 4.12 (1.91, 8.89)</i> - <i>Studies from Europe: $I^2 = 17.3\%$, $P = 0.289$; RR (95% CI): 2.00 (1.56, 2.55)</i> - <i>Studies from North America: $I^2 = 66.5\%$, $P = 0.000$; RR (95% CI): 2.40 (1.99, 2.90)</i> - <i>Overall: $I^2 = 66.5\%$, $P = 0.000$; RR (95% CI): 2.40 (1.99, 2.90)</i> 	

<p>Titel</p>	<p>Supported employment for people with severe mental illness: systematic review and meta-analysis of the international evidence</p>
	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Relative risk (RR) of competitive employment within 1–12 months of receiving individual placement and support compared with standard vocational rehabilitation:</i> - <i>Studies from Asia and Australia: $I^2 = 45.2\%$, $P = 0.140$; RR (95% CI): 3.74 (1.90, 7.37)</i> - <i>Study from Europe: $I^2 = 0.0\%$, $P = 0.613$; RR (95% CI): 1.88 (0.78, 4.50)</i> - <i>Studies from North America: $I^2 = 15.4\%$, $P = 0.313$; RR (95% CI): 2.59 (1.88, 3.56)</i> - <i>Overall: $I^2 = 15.4\%$, $P = 0.313$; RR (95% CI): 2.59 (1.88, 3.56)</i> - <i>Relative risk (RR) of competitive employment within 13–24 months of receiving individual placement and support compared with standard vocational rehabilitation:</i> - <i>Studies from Asia and Australia: $I^2 = 80.9\%$, $P = 0.022$; RR (95% CI): 3.65 (0.97, 13.81)</i> - <i>Studies from Europe: $I^2 = 19.0\%$, $P = 0.274$; RR (95% CI): 2.05 (1.59, 2.65)</i> - <i>Studies from North America: $I^2 = 83.4\%$, $P = 0.000$; RR (95% CI): 2.60 (1.89, 3.57)</i> - <i>Overall: $I^2 = 69.4\%$, $P = 0.000$; RR (95% CI): 2.41 (1.96, 2.97)</i> <p><i>Three meta-regressions were carried out to analyse any association between IPS effectiveness and geographic region (Asia and Australia v. Europe v. North America), unemployment rate and GDP growth.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>The meta-regressions indicated that neither unemployment rate nor geographic region significantly accounted for the heterogeneity ($P > 0.1$ for both).</i> - <i>However, the metaregression for GDP growth indicated that IPS was relatively more effective in the setting of higher GDP growth ($b = 0.13$, $s.e. = 0.59$, $95\%CI\ 0.00-0.25$, $P = 0.045$). In spite of this trend, even when only studies carried out in the setting of relatively low GDP growth (less than 2%) were included, IPS remained more effective at gaining competitive employment, with PRR of 1.82 (95% CI 1.37–2.40).</i>
<p>Bemerkungen</p>	<p><i>Limitations:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>length of employment deemed to be sufficient to be labelled competitive employment differed, ranging from being in employment for 1 day, to being in employment for 1 month</i> - <i>control conditions varied among the included studies, with some being more active than others</i> - <i>masking of participants, treating clinicians and those evaluating outcome is often not possible in trials of vocational rehabilitation. Although this may lead to an overestimate of effectiveness, it is a problem inherent in almost all vocational rehabilitation research</i>
<p>Bewertung</p>	<p><u>Fragestellung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Vorhanden, klar und nachvollziehbar <p><u>Methodik:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - angemessen <p><u>Literatursuche:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Suche in Medline, PsycINFO, EMBASE <p><u>Studienqualität:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - die Qualität der eingeschlossenen Studien ist mit moderat bis gut zu bewerten

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

Titel	Supported employment for people with severe mental illness: systematic review and meta-analysis of the international evidence
Förderung	<i>The study was funded by the Mental Health and Drug and Alcohol Office of the New South Wales Ministry of Health in Australia. The funders of the study had no role in study design, data collection, data analysis, data interpretation, or writing of the report.</i>

Titel	Interventions for obtaining and maintaining employment in adults with severe mental illness, a network meta-analysis.	
Autoren	Suijkerbuijk YB, Schaafsma FG, van Mechelen JC, Ojajärvi A, Corbière M, Anema JR.	
Jahr	- 2017	
Journal	- Cochrane Database of Systematic Reviews	
Fragestellung / Zielsetzung	- Die Zielstellung der Arbeit lag darin, die Effektivität von verschiedenen Ansätzen beruflicher Rehabilitation zu untersuchen und zu bewerten (Ranking), welche dieser Maßnahmen hinsichtlich der Erlangung einer Beschäftigung (competitive) bei Erwachsenen mit schweren psychischen Erkrankungen am wirksamsten ist.	
Design	- Systematischer Review und Meta Analysen, Netzwerk-Metanalysen	
Datenbanken	- CENTRAL, MEDLINE, Embase, PsychINFO, and CINAHL	
Zeitraum	- von Beginn der jeweiligen Datenbanken bis November 2016	
Eingeschlossene Studientypen	- randomisierte kontrollierte Studien sowie Cluster-randomisierte kontrollierte Studien	
Autoren der eingeschlossenen Studien	<u>32 RCTS:</u> - Beard 1963 - Becker 1967 - Walker 1969 - Dincin 1982 - Bond 1986 - Gervy 1994 - Bond 1995 - Chandler 1996 - Drake 1996 - Blankertz 1996 - McFarlane 1996 - Drake 1999 - McFarlane 2000 - Tsang 2001 - Lehmann 2002 - O'Brien 2003 - Mueser 2004 - Drebing 2005	- Bond 2007 - Xiang 2007 - Killackey 2008 - Wong 2008 - McGurk 2009 - Eack 2009 - Howard 2010 - Penk 2010 - Tsang 2010 - Twamley 2012 - Nuechterlein 2012 - Hoffmann 2012 - Drake 2013 - Killackey 2014 - Oshima 2014 - Michon 2014 - Craig 2014 - Lecomte 2014 - Waghorn 2014

Titel	Interventions for obtaining and maintaining employment in adults with severe mental illness, a network meta-analysis.	
	<ul style="list-style-type: none"> - Latimer 2006 - Gold 2006 - Schoenebaum 2006 - McGurk 2007 - Drebind 2007 - Burns 2007 	<ul style="list-style-type: none"> - Au 2015 - Bond 2015 - Burns 2015 - Bejerholm 2015 - Viering 2015
relevante Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> - <i>trials evaluating the effect of interventions on obtaining competitive employment for adults with severe mental illness. We included trials with competitive employment outcomes.</i> - <i>main intervention groups were prevocational training programmes, transitional employment interventions, supported employment, supported employment augmented with other specific interventions, and psychiatric care only</i> - <i>trials with adults aged between 18 and 70 years</i> - <i>who had been diagnosed with severe mental illness (schizophrenia or other psychotic disorders, bipolar disorder, depression with psychotic features or other long-lasting psychiatric disorders, with a disability in social functioning or participating in society, such as personality disorder, severe anxiety disorder, post-traumatic stress disorder, major depression or autism with a duration of at least two years)</i> - <i>Study participants had to be unemployed due to severe mental illness</i> - <i>studies only if they measured the primary outcome: percentage or number of participants who obtained competitive employment</i> 	
relevante Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> - Studien, die Teilnehmer mit Drogen / Substanzmissbrauch einschließen, Menschen mit Demenz oder neurokognitiven Störungen 	
Qualitätsbewertung durchgeführt	<ul style="list-style-type: none"> - ja (Cochrane Risk of Bias Tool) 	
Für welche Patienten / Subgruppen Aussagen getroffen?	<p>Prevocational training</p> <ul style="list-style-type: none"> - Job-related skills training - Symptom-related skills training <ul style="list-style-type: none"> o Cognitive training o Social skills training <p>Transitional employment</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sheltered workshop - Social enterprise - Clubhouse model <p>Supported Employment</p> <ul style="list-style-type: none"> - Low-fidelity IPS/not IPS - High-fidelity IPS <p>Erweiterertes Supported Employment</p> <ul style="list-style-type: none"> - Supported employment + job-related skills training - Supported employment + symptom-related skills training - Supported employment + sheltered employment <p>Psychiatric care only</p> <ul style="list-style-type: none"> - ACT 	
Gemessene Outcomes	<ul style="list-style-type: none"> - Beschäftigung (competitive) 	

Titel	Interventions for obtaining and maintaining employment in adults with severe mental illness, a network meta-analysis.
Ergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> - 48 randomised controlled trials involving 8.743 participants (min. 21 / max. 2.238) - Of these, 30 studied supported employment, 13 augmented supported employment, 17 prevocational training, and 6 transitional employment. Psychiatric care only was the control condition in 13 studies. - USA (n= 30), China (n= 5), UK (n= 4), Schweiz (n= 2), Japan (n= 1), Niederlande (n= 1), Schweden (n= 1) <p>Direct comparison meta-analysis of obtaining competitive employment</p> <p>18 trials with short-term follow-up* (N = 2.291) of the following comparisons:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Supported employment was more effective than prevocational training (RR 2.52, 95% CI 1.21 to 5.24) and transitional employment (RR 3.49, 95% CI 1.77 to 6.89) and prevocational training was more effective than psychiatric care only (RR 8.96, 95% CI 1.77 to 45.51) in obtaining competitive employment. <p>For the long-term follow-up*, 22 trials (N = 5.233):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Augmented supported employment (RR 4.32, 95% CI 1.49 to 12.48), supported employment (RR 1.51, 95% CI 1.36 to 1.68) and prevocational training (RR 2.19, 95% CI 1.07 to 4.46) were more effective than psychiatric care only. Augmented supported employment was more effective than supported employment (RR 1.94, 95% CI 1.03 to 3.65), transitional employment (RR 2.45, 95% CI 1.69 to 3.55) and prevocational training (RR 5.42, 95% CI 1.08 to 27.11). Supported employment was more effective than transitional employment (RR 3.28, 95% CI 2.13 to 5.04) and prevocational training (RR 2.31, 95% CI 1.85 to 2.89). <p>Network meta-analysis of obtaining competitive employment</p> <p>22 trials with long-term follow-up*:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Augmented supported employment was the most effective intervention versus psychiatric care only in obtaining competitive employment (RR 3.81, 95% CI 1.99 to 7.31, SUCRA 98.5, moderate-quality evidence), followed by supported employment (RR 2.72 95% CI 1.55 to 4.76; SUCRA 76.5, low-quality evidence). - Prevocational training (RR 1.26, 95% CI 0.73 to 2.19; SUCRA 40.3, very low-quality evidence) and transitional employment were not considerably different from psychiatric care only (RR 1.00, 95% CI 0.51 to 1.96; SUCRA 17.2, low-quality evidence) in achieving competitive employment, but prevocational training stood out in the SUCRA value and rank. - Augmented supported employment was slightly better than supported employment, but not significantly (RR 1.40, 95% CI 0.92 to 2.14). The SUCRA value and mean rank were higher for augmented supported employment. - The results of the network meta-analysis of the intervention subgroups favoured augmented supported employment interventions, but also cognitive training. However, supported employment augmented with symptom-related skills training showed the best results (RR compared to psychiatric care only 3.61 with 95% CI 1.03 to 12.63, SUCRA 80.3). <p>We graded the quality of the evidence of the network ranking as very low because of potential risk of bias in the included studies, inconsistency and publication bias.</p>

Titel	Interventions for obtaining and maintaining employment in adults with severe mental illness, a network meta-analysis.
	<p>Direct meta-analysis of maintaining competitive employment</p> <ul style="list-style-type: none"> - Based on the direct meta-analysis of the short-term follow-up* of maintaining employment, supported employment was more effective than: psychiatric care only, transitional employment, prevocational training, and augmented supported employment. - In the long-term follow-up* direct meta-analysis, augmented supported employment was more effective than prevocational training (MD 22.79 weeks, 95% CI 15.96 to 29.62) and supported employment (MD 10.09, 95% CI 0.32 to 19.85) in maintaining competitive employment. - Participants receiving supported employment worked more weeks than those receiving transitional employment (MD 17.36, 95% CI 11.53 to 23.18) or prevocational training (MD 11.56, 95% CI 5.99 to 17.13). <p>We did not find differences between interventions in the risk of dropouts or hospital admissions.</p> <p>* We included all follow-up times and categorised these as short term follow-up if less than or up to 12 months, and long-term follow-up if longer than 12 months.</p>
Bemerkungen	<ul style="list-style-type: none"> - die Qualität der Evidenz ist mit gering bis moderat einzuschätzen - erweitertes Supported Employment zeigte die größten Wirkeffekte
Bewertung	<p><u>Fragestellung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - klar formuliert und adäquat hinsichtlich unserer Suchkriterien <p><u>Methodik:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - nachvollziehbar, angemessen <p><u>Literatursuche:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - relevante Datenbanken, Kriterien definiert <p><u>Studienqualität:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - RCTs moderater Qualität, Heterogenität berücksichtigt

Einzelstudien: Bewertung der Studiengqualität

Risiko für Bias aus allen Einzelstudien zu Arbeitsrehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben

	Random sequence generation (selection bias)	Allocation concealment (selection bias)	Blinding of participants and personnel (performance bias)	Blinding of outcome assessment (detection bias)	Incomplete outcome data (attrition bias)	Selective reporting (reporting bias)	Other bias
Tsang et al. 2010							
Bio et al. 2011							
Tsang et al. 2013							
Waghorn et al. 2014							
Michon et al. 2014							
Smith et al. 2014							
Viering et al. 2015							
Au et al. 2015							
Smith et al. 2015							
McGurk et al. 2015							
McGurk et al. 2016							
Cook et al. 2016							

low risk of bias
 unclear risk of bias
 high risk of bias

Tsang et al. 2010 Three year follow-up study of an integrated supported employment for individuals with severe mental illness	
Studiendesign	– randomisierte kontrollierte Studie
Teilnehmer	<p><u>Anzahl der Teilnehmer:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - n= 189 (männlich= 93, weiblich= 96) <p><u>Setting:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - ambulant / stationär <p><u>Alter der Teilnehmer (Ø):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 35 Jahre <p><u>Diagnosen der Teilnehmer:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - überwiegend Teilnehmer mit Schizophrenie (n=145), andere (n=44) <p><u>Dauer der Erkrankung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - k. A. <p><u>Dauer der Studie:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 39 Monate (TVR group only 15 months)
Interventions- / Kontrollgruppe	<p><u>Interventionsgruppe 1 (n=65):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Individual Placement and Support (<i>IPS represents a synthesis and standardization of eight key principles of support employment</i>) <p><u>Interventionsgruppe 2 (n= 58):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Integrated Supported Employment (<i>ISE participants joined the ISE programme, which combined IPS and WSST (= social skill training). The main difference with IPS is that it was enhanced by 10-session WSST. The social skill training was provided to ISE participants before obtaining employment. A problem-solving approach was used to help participants handle interpersonal conflicts throughout the follow-up period.</i>) <p><u>Kontrollgruppe (n= 66):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – herkömmliche arbeitsrehabilitative Therapie (<i>TVR participants received comprehensive vocational assessments and pre-vocational training conducted in the vocational rehabilitation centres</i>)
Gemessene Outcomes	<p><u>Employment Outcome Checklist (Primary outcome):</u> <i>number of jobs obtained, number of hours per week worked, and salary received from each job that was obtained</i></p> <p><u>Secondary outcomes:</u> <i>21-item Chinese Job Stress Coping Scale, Personal Well-being Index, Chinese General Self-efficacy Scale</i></p>
Ergebnisse	<p><u>Employment rates:</u></p> <p><i>39 month follow up: 82.8% of ISE participants (n = 48) and 61.5% of IPS participants (n = 40) successfully obtained competitive employment. Only 6.1% of TVR participants (n = 4) were able to obtain competitive employment before 15 month follow up → Significant differences in employment rates were found between the three groups at the 7 month, 11 month and 15 month follow ups.</i></p>

	<p><u>Job characteristics:</u></p> <p>27 ISE participants (57.4%), 21 IPS participants (55.3%) and 3 TVR participants (100%) worked full time; whereas 20 ISE participants (42.6%) and 17 IPS participants (44.7%) worked part time</p> <p><u>Job tenure:</u></p> <p>ISE participants worked longer in a job than the IPS ($p < 0.001$ to $p = 0.008$) and TVR ($p < 0.001$) participants at the 7 month, 11 month and 15 month follow ups</p> <p>Overall significance ($F = 3.394$, $df = 4,100$, $p = 0.012$) on time x group interaction between the ISE and IPS groups was found; Post-hoc comparison indicated that the job tenure of the ISE group was significantly longer than the IPS group at 21 month follow up ($p < 0.011$). Although no significant difference was noted between the two groups for the remaining follow-up intervals, the trend for the ISE participants to have longer job tenure than the IPS participants at 27, 33 and 39 month follow up was still observed.</p> <p><u>Salary:</u></p> <p>findings suggested that the two groups did not differ in salary at any of the follow-up intervals</p> <p><u>Job termination:</u></p> <p>average number of unwanted job terminations for IPS participants was significantly higher than for the ISE participants at 7 months ($t = -0.239$, $df = 38.108$, $p = 0.031$), 11 months ($t = -3.107$, $df = 32.669$, $p = 0.004$) and 15 months ($t = -3.737$, $df = 37.444$, $p = 0.001$). Although there was no significant difference at 21 month, 27 month, 33 month, or 39 month follow ups, the number of job terminations for the IPS groups was still more prominent</p> <p><u>Non-vocational outcomes:</u></p> <p>Regarding the average scores of the Chinese Job Stress Coping Scale (CJSC), the Personal Well-being Index (PWI), and the Chinese General Self-efficacy Scale (CGSS) among the ISE, IPS and TVR groups at 7 month, 11 month and 15 month follow ups, ISE participants ($p < 0.001$) and IPS participants ($p = 0.004$) obtained higher CGSS average score than the TVR participants at 15 month follow up.</p> <p>No significant difference in the average scores of CJSC, PWI and CGSS between the ISE and IPS groups for the longterm follow-up intervals</p>
--	---

Risk of bias Tsang et al. 2010		
Bias	Einschätzung	Grundlage für Einschätzung
	Gering – unklar – hohes Risiko	
Randomisierungssequenz (selection bias)	unklar	The subjects were randomly assigned to three different vocational services, ISE, IPS, and TVR.
Geheimhaltung Behandlungsfolge (selection bias)	unklar	k. A.
Verblindung Teilnehmer/Behandler(performance bias)	hoch	Nicht möglich
Verblindung Endpunktbeurteilung	gering	Vocational and non-vocational outcomes of the ISE and IPS participants were collected by a blind and

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

(detection bias)		independent assessor
Unvollständige Daten (attrition bias)	gering	A few missing data for the ISE (n = 1), IPS (n = 2) and TVR (n = 1) groups were noted during long-term follow up.
Selektives Berichten (reporting bias)	gering	Kommentar: alle Outcomes werden berichtet
Weitere Risiken (adequate therapy method, treatment fidelity, supervision, training, personal, financial, or any other interests producing bias)	unklar	Prior training for the employment specialists was provided by Professor Gary Bond, Dr Robert Drake, Ms Debbie Becker, and the first author. The 15-item supported employment fidelity scale was adopted to ensure the quality of our service But there was no evaluation of fidelity to WSST by therapists and acquisition of skills by participants
Strengths and weaknesses of the study Conclusions	The long-term effectiveness of the ISE programme in enhancing employment rates and job tenures among individuals with severe mental illness has been well demonstrated in the present randomized controlled trial. To our knowledge, this is the first of its kind in the world. In contrast, the hypothesis on non-vocational outcomes was not supported by the findings. Further studies with larger sample sizes and better control of confounding variables need to be conducted in the future	

Waghorn et al. 2014 A multi-site randomised controlled trial of evidence-based supported employment for adults with severe and persistent mental illness	
Studiendesign	– (multisite) randomisierte kontrollierte Studie
Teilnehmer	<p><u>Anzahl der Teilnehmer:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - n= 208 (männlich= 144, weiblich= 64) <p><u>Setting:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - ambulant <p><u>Alter der Teilnehmer (Ø):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 32 Jahre <p><u>Diagnosen der Teilnehmer:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Teilnehmer mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis (N=168), bipolaren Störungen (N=17), schwere Depression und Angststörungen (N=13) <p><u>Dauer der Erkrankung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - k. A. <p><u>Dauer der Studie:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 12 Monate
Interventions- / Kontrollgruppe	<p><u>Interventionsgruppe (n=106)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - IPS (Supported Employment Service) <p><u>Kontrollgruppe (n=102):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - CVR (other disability employment services in the local area)
Gemessene Outcomes	<u>Employment outcome (primary):</u> days of competitive employment, any

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

	<p>vocational benefit (This was defined as either commencement of competitive employment, or commencement of formal education or training)</p> <p><u>Secondary outcomes:</u> job duration in weeks, hours worked per week, earnings, and job diversity</p>	
Results	<p>Employment outcome (after 12 months):</p> <ul style="list-style-type: none"> – commencing competitive employment → 42,5 % (IPS) vs 23,5 % (CVR), (OR 2,4, p< 0.01) – receiving a vocational benefit → 48,1 % (IPS) vs. 30,4 % (CVR) (OR 2,12, p<0.01) <p>Secondary outcome:</p> <ul style="list-style-type: none"> – mean duration of employment → 25,3 weeks (IPS) vs. 21,7 weeks (CVR) ns – hours per week → 20,4 hours (IPS) vs. 25,5 hours (CVR) – hourly wage → 18,5 \$ (IPS) vs. 16,0 \$ (CVR) ns – Job diversity did not appear to differ by intervention type 	
Risk of bias Waghorn et al. 2014		
Bias	Einschätzung	Grundlage für Einschätzung
	<i>Gering – unklar – hohes Risiko</i>	
Randomisierungssequenz (selection bias)	gering	<i>Simple randomisation was conducted centrally for all sites, at an individual level to a 1:1 allocation ratio, using a purpose designed MS Access randomisation algorithm</i>
Geheimhaltung Behandlungsfolge (selection bias)	unklar	k.A.
Verblindung Teilnehmer/ Behandler(performance bias)	hoch	Nicht möglich
Verblindung Endpunktbeurteilung (detection bias)	unklar	k. A.
Unvollständige Daten (attrition bias)	hoch	<i>Early drop outs 28.4 %. The majority of these continued in the vocational service but refused to take part in the data collection interviews. Attrition cases were more likely to speak a different language at home but otherwise did not differ from those that remained in the study. 56 % completed follow-up interview, N = 67 of intervention group and N= 49 in control group</i>
Selektives Berichten (reporting bias)	gering	Kommentar: alle Outcomes werden berichtet
Weitere Risiken (adequate therapy method, treatment fidelity, supervision, training, personal, financial, or any)	hoch	<i>The main limitation was the lack of sufficient resources to provide a technical support team to each site to regularly train staff and assess IPS fidelity.</i>

other interests producing bias)		
Strengths and weaknesses of the study Conclusions	<p>The results support previous international findings that IPS-supported employment is more effective than non-integrated supported employment. IPS can be successfully implemented this way in Australia, but with a loss of effect strength compared to previous USA trials largest randomised control trial of IPS reported in Australia to date</p>	

<p>Michon et al. 2014 Effectiveness of Individual Placement and Support for People With Severe Mental Illness in the Netherlands: A 30-Month Randomized Controlled Trial</p>	
Studiendesign	– (multisite) randomisierte kontrollierte Studie
Teilnehmer	<p><u>Anzahl der Teilnehmer:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - n= 151 (männlich= 112, weiblich= 39) <p><u>Setting:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - stationär <p><u>Alter der Teilnehmer (Ø):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 35 Jahre <p><u>Diagnosen der Teilnehmer:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Teilnehmer mit schweren psychischen Erkrankungen <p><u>Dauer der Erkrankung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - k. A. <p><u>Dauer der Studie</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 30 Monate
Interventions- / Kontrollgruppe	<p><u>Interventionsgruppe (n=71):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – IPS (IPS workers assisted people in getting regular jobs, offered follow-along support, spent most of the time in the community and operated in close collaboration with the other community mental health team members) <p><u>Kontrollgruppe (n=80):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Traditional vocational rehabilitation (TVR) (these services offer a stepwise vocational trajectory, putting much stronger emphasis on lengthy assessment of individual competencies and on connecting to prevocational activities such as voluntary jobs before placement in regular jobs)
Gemessene Outcomes	<p><u>Vocational outcome (Primary outcomes):</u> proportion of persons who were competitively employed during the study follow-up</p> <p><u>Other outcomes (secondary):</u> for secondary outcomes standardized self-report questionnaires were used: for quality of life the MANSA (Priebe, Huxley, Knight, & Evans, 1999), for self-esteem the Rosenberg Self Esteem scale (Rosenberg, 1969) and for mental health the Mental Health Inventory-5</p>
Ergebnisse	<p><u>Vocational Outcome (primary) (after 30 month):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – significantly more participants in the IPS group had found competitive

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

	<p>work compared with those in TVR (44% vs 25 %, $p < 0.05$)</p> <ul style="list-style-type: none"> – participants in IPS worked for significantly more hours in competitive jobs as compared with clients in TVR (M 422 +- 920 vs. 237 +- 648, $p < 0.05$) <p><u>other outcomes:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – no relevant differences between the conditions alone in terms of changes in mental health, self-esteem, and quality of life, neither in a positive, nor in a negative direction. Both groups showed positive changes, with a stronger, but not significantly stronger, increase in mental health and quality of life in the IPS group – Significant effects were found for being competitively employed on all three secondary outcomes. Being competitively employed at, or before the follow-up time points was significantly associated with an increase throughout follow-up in self-reported mental health, self-reported self-esteem and subjective quality of life concurrently measured at those follow-up points ($p < 0.05$) <p><u>Direct Costs of Vocational Rehabilitation:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Mean costs of IPS versus TVR were €1,705 and €1,176 (higher costs were mainly because of more contacts between IPS workers and mental health practitioners) 	
Risk of bias Michon et al. 2014		
Bias	Einschätzung	Grundlage für Einschätzung
Randomisierungssequenz (selection bias)	gering	Randomization was performed by an independent agency that sent the randomization outcomes to the research team and the local research coordinators at once. A stratified block randomization procedure was used, with site and employment history
Geheimhaltung Behandlungsfolge (selection bias)	gering	Randomisation was performed by an independent agency that sent the randomization outcomes to the research team and the local research co-ordinators at the same time
Verblindung Teilnehmer/ Behandler(performance bias)	hoch	Participants and personnel could identify given intervention by content of programme
Verblindung Endpunktbeurteilung (detection bias)	gering	Interviewers were trained by the research team and were blind for the conditions
Unvollständige Daten (attrition bias)	gering	Quote : similar reasons for drop out reported
Selektives Berichten (reporting bias)	gering	Kommentar: alle Outcomes werden berichtet
Weitere Risiken (adequate therapy method, treatment fidelity, supervision, training, personal, financial, or any other interests producing bias)	hoch	Supported by grants from UWV (national authority on employee insurances) and ZonMw (national funding of health research and development). Other sponsors were Trimbos Institute, UMCG-RGOc (University Medical Center Groningen) and Internal funding UMCG. Each participant received EUR 10 per completed interview Two programs scored good fidelity and a third showed an adequate contrast between IPS and

	TVR.
Strengths and weaknesses of the study Conclusions	<p><i>This study strongly confirms that the IPS model of Supported Employment is an effective method in helping people with severe mental illnesses to find competitive work. The study provides extra evidence that IPS also yields positive outcomes in European countries characterized by a relatively protective socioeconomic climate putting up unintended barriers to employment.</i></p> <p><i>It appeared to be difficult for the programs involved to meet the IPS standards to a high degree. Two programs scored good fidelity and a third showed an adequate contrast between IPS and TVR. It could be expected that outcomes would have even been better and more clear-cut if all sites would have reached good to high fidelity as studies with more appropriate power in this respect indicate a strong relationship between high fidelity and better employment outcomes</i></p>

Viering et al. 2015 Supported employment for the reintegration of disability pensioners with mental illnesses: a randomized controlled trial. <i>Front. Public Health 3:237.</i>	
Studiendesign	- randomisierte kontrollierte Studie (Zürcher Eingliederungs Pilot Projekt)
Teilnehmer	<p><u>Anzahl der Teilnehmer:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - n= 250 (53% Frauen) <p><u>Setting:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - ambulant <p><u>Alter der Teilnehmer (Ø):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 42.6 (10.6) Jahre <p><u>Diagnosen der Teilnehmer:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Teilnehmer mit Schizophrenie, schizoaffektiven Störungen (16%), Persönlichkeitsstörungen (17%, Affektive Störungen (47%) <p><u>Dauer der Studie</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 24 Monate <p><u>Andere Merkmale:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Age at first psychiatric contact (years): 32.26 (12.1) - Unemployed at baseline: 73% - Possible participants qualified for enrollment if they received a disability pension (full or partial) due to mental illness for no longer than 1 year
Interventions- / Kontrollgruppe	<p><u>Interventionsgruppe (n=127):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Individual Placement and Support (IPS) <p><u>Kontrollgruppe (n=123):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Auswahl einer anderen berufsbezogenen Maßnahme (jedoch ohne Unterstützung eines Job-Coaches)
Gemessene Outcomes	<p><u>Primary outcomes:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - was for the participants to obtain a job in competitive employment. We accepted the primary outcome as fulfilled if the job was obtained by

*Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report*

	<p>standard application procedure (written application, CV, and job interview) and if the job was kept for at least 1 month.</p> <p><u>Secondary outcomes:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - average number of hours and months worked, the number of months employed, and job tenure of the longest held job by the participant during the study period <p>During the following study period of 2 years, all participants were interviewed five times (at baseline, after 6, 12, 18, and 24 months) by research assistants</p>	
Ergebnisse	<p><u>Vocational Outcome:</u> <i>last observation carried forward (LOCF) method (IPS, N=127 vs. control, N=121):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Number of new jobs obtained 40 (32%) vs.14 (12%), $P<0.0001^{***}$ - Number of participants with no job at baseline but in the end of study 22 (17%) vs. 10 (8%), $P= 0.049^*$ - Number of participants without any job during the study 64 (50%) vs. 80 (66%), $P=0.012^*$ - Number of participants with continuous employment 27 (21%) vs. 21 (17%), $P= 0.437$ 	
Risk of bias Vierig et al. 2015		
Bias	Einschätzung	Grundlage für Einschätzung
	Gering – unklar – hohes Risiko	
Randomisierungssequenz (selection bias)	gering	<i>For the purpose of randomization, a list of numbers was created based on a Bernoulli distribution, a form of binomial probability distribution. Each participant was randomized according to that list.</i>
Geheimhaltung Behandlungsfolge (selection bias)	unklar	No details
Verblindung Teilnehmer/ Behandler(performance bias)	hoch	Nicht möglich
Verblindung Endpunktbeurteilung (detection bias)	unklar	No details
Unvollständige Daten (attrition bias)	hoch	<i>Data of all participants were analyzed as intention-to-treat (last observation carried forward (LOCF) method). The overall drop-out-rate was 32% (79 participants). The dropout rates in both groups were similar.</i>
Selektives Berichten (reporting bias)	gering	Kommentar: alle Outcomes berichtet
Weitere Risiken (adequate therapy method, treatment fidelity, supervision, training, personal, financial, or any other interests producing bias)	gering	Kommentar: kein Anhalt für weiteren Bias
Strengths and weaknesses	Wichtige methodische Aspekte einer RCT werden hier nicht beschrieben.	

of the study Conclusions	Die Stärke der Studie liegt in der besonderen Stichprobe.
--------------------------	---

Cook et al. 2016 Long-term effects of evidence-based supported employment on earnings and on SSI and SSDI participation among individuals with psychiatric disabilities	
Studiendesign	<ul style="list-style-type: none"> – Randomized multisite controlled trial plus supplemental study (EIDP long-term follow-up study)
Teilnehmer	<p><u>Anzahl der Teilnehmer:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - n= 449 (männlich= 234, weiblich= 215) <p><u>Setting:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - ambulant <p><u>Alter der Teilnehmer (Ø):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 38,4 Jahre <p><u>Diagnosen der Teilnehmer:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Teilnehmer mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis (N=243), depressive Störungen (N=119) oder bipolaren Störungen (N=67) <p><u>Dauer der Erkrankung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - k. A. <p><u>Dauer der Studie</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Duration study: 5 years (long term follow up from 2000-2012)
Interventions- / Kontrollgruppe	<p><u>Interventionsgruppe (n= 234):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Supported Employment Services (delivered by employment specialist on multidisciplinary teams that met frequently to coordinate employment and clinical services) <p><u>Kontrollgruppe (n=215):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - herkömmliche Therapie
Gemessene Outcomes	<p><u>Vocational outcome (Primary outcomes) after 6 month:</u> labor force (which was defined as having any reported earnings from work), achievement of NSTW, amount of earnings</p>
Ergebnisse	<p><u>Vocational Outcome (primary):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - SE recipients were almost three times as likely as controlled subjects to be employed (OR 2.89; p=0.022) - Men were more likely than women to have earnings from work (OR 2.71, p=0.040) - Older people were less likely than younger people to have been employed (OR 0.75, p<0.001) - People with a history of substance abuse were less likely to have reported earnings (OR 0,38, p=0.042) - Suspended or terminated from SSI or SSDI people of the SE were more likely than the control subjects (OR 12,99, p=<0.001) - Older age and substance abuse were again associated with lower likelihood of NSTW (OR older people 0.39, p=0.10; OR substance abuse 0.06, p=<0.001) - People of SE have higher earnings than control subjects (difference of 23,83\$, p=0.047) - Overall decline of earnings per month for both groups over time

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

Cook et al. 2016		
Long-term effects of evidence-based supported employment on earnings and on SSI and SSDI participation among individuals with psychiatric disabilities		
	<i>(difference of 0,25 \$, p<0.001)</i>	
Risk of bias Cook et al. 2016		
Bias	Einschätzung	Grundlage für Einschätzung
	Gering – unklar – hohes Risiko	
Randomisierungssequenz (selection bias)	unklar	<i>participants were randomly assigned</i>
Geheimhaltung Behandlungsfolge (selection bias)	unklar	k. A.
Verblindung Teilnehmer/ Behandler(performance bias)	hoch	Nicht möglich
Verblindung Endpunktbeurteilung (detection bias)	unklar	k. A.
Unvollständige Daten (attrition bias)	unklar	k. A.
Selektives Berichten (reporting bias)	gering	Kommentar: alle outcomes warden berichtet
Weitere Risiken (adequate therapy method, treatment fidelity, supervision, training, personal, financial, or any other interests producing bias)	unklar	k. A.
Strengths and weaknesses of the study Conclusions	<p><i>The study's findings indicate a small but significant vocational advantage accruing to the recipients of SE in the decade following service delivery, adding to the evidence on the durability of SE effects. Results can inform policies designed to help workers enhance economic security and reduce dependence on Social Security disability benefits.</i></p> <p><i>Limitations:</i></p> <p><i>Study population consisted of paid volunteer subjects who were interested in working</i></p> <p><i>Not all sites implemented the current best-practice IPS model</i></p>	

Au et al. 2015	
Effects of integrated supported employment plus cognitive remediation training for people with schizophrenia and schizoaffective disorders	
Studiendesign	– randomisierte kontrollierte Studie
Teilnehmer	<p><u>Anzahl der Teilnehmer:</u></p> <p>- n= 90 (männlich= 57, weiblich= 33)</p>

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

	<p><u>Setting:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - ambulant <p><u>Alter der Teilnehmer (Ø):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 36,1 Jahre <p><u>Diagnosen der Teilnehmer:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Teilnehmer mit Schizophrenie (N=52), schizoaffektiven Störungen (N=38) <p><u>Dauer der Erkrankung (Ø):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 11 Jahre <p><u>Dauer der Studie</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 3 Monate / 12 Monate Follow-Up
<p>Interventions- / Kontrollgruppe</p>	<p><u>Interventionsgruppe (n= 45):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - ISE (<i>Integrated Supported Employment</i>) + CRT (<i>Cognitive Remediation Training = individualized, visual-based computer-assisted cognitive exercises</i>) <p><u>Kontrollgruppe (n=45):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - ausschließlich ISE
<p>Gemessene Outcomes</p>	<p><u>Vocational outcome (Primary outcomes):</u> employment rate and job tenure</p> <p><u>Clinical and psychological outcomes; Neurocognitive outcomes (Secondary outcomes):</u> Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), the Global Assessment of Functioning (GAF), the Chinese version of Personal Well Being Index—Adult (PWI), Rosenberg Self-esteem Scale, Wisconsin Card Sorting Test (executive functions), Consensus Cognitive Battery (MCCB) (cognitive function), Hong Kong List Learning Test (verbal learning and working memory)</p>
<p>Ergebnisse</p>	<p><u>Vocational Outcome:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>obtained competitive employment → 44.4% of ISE + CRT participants and 55.6% of ISE participants successfully obtained competitive employment by the month follow-up but no significant between-group differences (employment rate, salary, job tenure, number of job termination) were found</i> - <i>between month 7 and 11 for both groups there were significant within-group differences for job tenure (p < 0.05)</i> - <i>greater proportion of ISE + CRT participants (60%) worked full time compared to ISE participants (52%) → ns</i> <p><u>Clinical and psychological outcomes; Neurocognitive outcomes:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>GAF scores showed a marginally significant group–time interaction effect up to the 11th month follow up (p= 0.05)</i> - <i>Both groups showed a gradual improvement in symptoms on the BPRS up to the 11 month follow up (p < 0.05)</i> - <i>interaction effects of group over time were not significant in personal well-being (p = 0.956) and self-esteem (p = 0.195)</i> - <i>increases in self-reported personal well-being and self-esteem for both groups with slightly higher scores in the ISE group, but the time trend was marginally significant in self-esteem scores (p= 0.05)</i> - <i>No between-group differences or interaction effects were found across all neurocognitive outcomes throughout the 11 month period</i> - <i>However, both the ISE+CRT and ISE conditions revealed significant positive time trend effects for all neurocognitive outcomes (all with p < 0.05) with the exception of social cognition and two working memory</i>

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

	<p>domains.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Negative significant time trend effects were observed for the social cognition domain ($p < 0.001$) and the retention stage of working memory ($p < 0.001$) in both groups 	
Risk of bias Au et al. 2015		
Bias	Einschätzung	Grundlage für Einschätzung
	Gering – unklar – hohes Risiko	
Randomisierungssequenz (selection bias)	gering	randomly assigned to either the ISE + CRT group (n= 45) or the ISE group (n= 45) by a blinded research assistant based on random assignment generated by SPSS
Geheimhaltung Behandlungsfolge (selection bias)	unklar	k. A.
Verblindung Teilnehmer/ Behandler(performance bias)	hoch	Participants and personnel could identify given intervention by contents of programme
Verblindung Endpunktbeurteilung (detection bias)	gering	Blinded assessments on vocational, clinical, psychological, and neurocognitive outcomes were conducted by independent assessors
Unvollständige Daten (attrition bias)	gering	The programme attrition rate was 11%, with 9% for the intervention group and 13%for the control group. All participants were included in analyses following the 'Intent-to-treat' principle, with the last observation carried forward to replace any missing data
Selektives Berichten (reporting bias)	gering	Kommentar: alle Outcomes werden berichtet
Weitere Risiken (adequate therapy method, treatment fidelity, supervision, training, personal, financial, or any other interests producing bias)	gering	Kommentar: -
Strengths and weaknesses of the study Conclusions	<p>While both the ISE + CRT and ISE groups demonstrated improvement in vocational, clinical, psychological, and neurocognitive outcomes, there was no evidence to show that cognitive remediation facilitated further improvement in these domains beyond gains associated with ISE alone.</p> <p>non-significant findings might have been attributed to the plateau effect induced by the WSST component as it has already pushed the effects to the upper limit. When CRT was integrated, it makes sense that the effects may not be further boosted significantly.</p> <p>non-significant findings might be due to the small sample size even though the number of participants exceeded our a priori sample size estimation</p>	

McGurk et al. 2015 Cognitive Enhancement Treatment for People With Mental Illness Who Do Not Respond to Supported Employment: A Randomized Controlled Trial	
Studiendesign	– randomisierte kontrollierte Studie
Teilnehmer	<p><u>Anzahl der Teilnehmer:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - n= 107 (männlich= 70, weiblich= 37) <p><u>Setting:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - ambulant <p><u>Alter der Teilnehmer (Ø):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 44 Jahre <p><u>Diagnosen der Teilnehmer:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Teilnehmer mit Schizophrenie (N=25), schizoaffektiven Störungen (N=24), bipolaren Störungen (N=25), schweren Depressionen (N=25), andere (N=15) <p><u>Dauer der Erkrankung (Ø):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - k. A. <p><u>Dauer der Studie</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 24 Monate
Interventions- / Kontrollgruppe	<p><u>Interventionsgruppe (n=57):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Erweitertes Supported Employment + the Thinking Skills for Work program (<i>a standardized cognitive enhancement program that includes practice of computer cognitive exercises, strategy coaching, and teaching of coping and compensatory strategies</i>) <p><u>Kontrollgruppe (n=50):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Erweitertes Supported Employment
Gemessene Outcomes	<p><u>Vocational outcome (Primary outcomes):</u> hours and weeks worked, wages earned, job tenure, and whether the work was competitive (which was defined as paying at least minimum wage, in an integrated community setting, working directly for the employer rather than for a vocational agency, and not set aside for people with a disability)</p> <p><u>Nonvocational outcome:</u> cognitive functioning (with the Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia (MATRICS) Consensus Cognitive Battery and the Trail Making Test), symptoms (with the Expanded Brief Psychiatric Rating Scale and the subscales delineated by Velligan et al.), and psychosocial functioning (with the Quality of Life Scale)</p>
Ergebnisse	<p><u>Vocational Outcome:</u></p> <p><i>Participants in the Thinking Skills for Work group had better outcomes for competitive work and for all paid work than those in the enhanced supported employment only group.</i></p> <p><i>Enhanced supported employment plus the Thinking Skills for Work program vs. Enhanced supported employment:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Any competitive work → (p=0.003) - Weeks of competitive work → (p=0.01)

McGurk et al. 2015		
Cognitive Enhancement Treatment for People With Mental Illness Who Do Not Respond to Supported Employment: A Randomized Controlled Trial		
	<p>- Wages from competitive work → (p=0.008)</p> <p>- Any paid work → (p=0.01)</p> <p>- Weeks of paid work → (p= 0.03)</p> <p>- Wages from paid work → (p=0.03)</p> <p><u>Cognitive outcome:</u></p> <p>Participants in the Thinking Skills for Work group had significantly better performance than those in the enhanced supported employment</p> <p>Enhanced supported employment plus the Thinking Skills for Work program vs. Enhanced supported employment:</p> <p>- Composite cognitive score → (p=0.005)</p> <p>- Brief Visuospatial Memory → (p= 0.03)</p> <p>- Continuous Performance Test → (p=0.08)</p> <p>- Symbol coding (Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia) → ns</p> <p>- Hopkins Verbal Learning → ns</p> <p>- Letter-number span → ns</p> <p>- Mazes test (Neuropsychological Assessment Battery) → ns</p> <p>- Brief Visuospatial Memory → ns</p> <p>- Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test → ns</p> <p>- Category fluency -> ns</p>	
Risk of bias McGurk et al. 2015		
Bias	Einschätzung	Grundlage für Einschätzung
	Gering – unklar – hohes Risiko	
Randomisierungssequenz (selection bias)	unklar	were randomly assigned to enhanced supported employment only (N=50) or enhanced supported employment plus the Thinking Skills for Work program
Geheimhaltung Behandlungsfolge (selection bias)	unklar	k. A.
Verblindung Teilnehmer/ Behandler(performance bias)	hoch	Participants were instructed before each follow-up assessment not to disclose their group assignment.
Verblindung Endpunktbeurteilung (detection bias)	gering	Trained clinical interviewers blind to treatment assignment assessed neurocognition, symptoms, and quality of life at baseline, at a postintervention assessment approximately 6 months after randomization, and at follow-up assessments 12 months and 24 months after randomization
Unvollständige Daten (attrition bias)	unklar	k. A.
Selektives Berichten	gering	Kommentar: alle Outcomes werden berichtet

McGurk et al. 2015 Cognitive Enhancement Treatment for People With Mental Illness Who Do Not Respond to Supported Employment: A Randomized Controlled Trial		
(reporting bias)		
Weitere Risiken (adequate therapy method, treatment fidelity, supervision, training, personal, financial, or any other interests producing bias)	hoch	<i>One significant difference indicated that participants in the enhanced supported employment only group had higher baseline PANSS total scores than those in the Thinking Skills for Work group (mean=65.66 [SD=12.85] compared with mean=60.94 [SD=10.45]; t=2.09, df=105, p=0.03).</i>
Strengths and weaknesses of the study Conclusions	<p><i>The findings suggest that cognitive enhancement interventions can reduce cognitive impairments that are obstacles to work, thereby increasing the number of people who can benefit from supported employment and competitive work.</i></p> <p><i>It should be noted that about one-third of the potentially eligible clients chose not to participate in the study. We did not obtain the characteristics of those who did not provide consent, and thus it is important to better understand nonenrollment and the population to which our results in this trial generalize.</i></p>	

McGurk et al. 2016 Cognitive remediation for vocational rehabilitation nonresponders	
Studiendesign	– Randomisierte kontrollierte Studie
Teilnehmer	<p><u>Anzahl der Teilnehmer:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - n= 54 (männlich= 38, weiblich= 16) <p><u>Setting:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - ambulant <p><u>Alter der Teilnehmer (Ø):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - k. A. <p><u>Diagnosen der Teilnehmer:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Teilnehmer mit Schizophrenie (N=45), schweren depressiven Störungen (N=7), andere (N=2) <p><u>Dauer der Erkrankung (Ø):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - k. A. <p><u>Dauer der Studie</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 12 Wochen, Follow-Up: 18 Monate
Interventions- / Kontrollgruppe	<p><u>Interventionsgruppe (n=28):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Erweiterter berufliche Unterstützung in Kombination mit Thinking Skills Work (TSW; cognitive Remediation)* <p><i>*The TSW program is a multi-component, manualized, cognitive remediation program provided by a cognitive specialist who serves as an integrated member of the vocational team (included a workshop, didactics, role modeling, demonstrations and observation and feedback on cognitive</i></p>

	<p><i>functioning in psychiatric illness, cognitive remediation methods for psychiatric illness more broadly, and specifically as applied in the TSW program, and integration with vocational services)</i></p> <p>Kontrollgruppe (n=26):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berufliche Unterstützung durch einen Coach (Enhanced Vocational Rehabilitation: E-VR)* <p><i>*Vocational services enhanced by training vocational specialists in recognizing cognitive difficulties and providing job-relevant cognitive coping strategies. Usual vocational services were “enhanced” with training provided to the vocational specialists at the three vocational programs on cognitive functioning and work.</i></p>	
<p>Gemessene Outcomes</p>	<p><u>Vocational outcome:</u> Number of jobs, Weeks worked, Wages earned, Hours worked, Weeks to first job</p> <p><u>Nonvocational outcome:</u> Symptoms (PANSS), cognitive functioning (attention (Digit Span, Wechsler Adult Intelligence Scale-Revised; WAIS-R: total correct, working memory (Letter Number Sequencing, WAIS-R: total correct, information processing speed (Trail Making A, seconds to complete and Digit Symbol Substitution Test (DSST,WAIS-R), verbal learning and memory (California Verbal Learning Test; CVLT), executive functions (Trail Making Test, Part B, and the Wisconsin Card Sorting Test (WCST))</p>	
<p>Ergebnisse</p>	<p>Vocational Outcome:</p> <p>TSW vs E-VR:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>competitive work → more participants from TSW (57% vs. 48%) ns</i> - <i>any paid work → more participants from TSW (61% vs. 48%) ns</i> - <i>engaged in any work-related activity → TSW were marginally significantly more (75% vs. 50%, p=0.057)</i> - <i>worked weeks → TSW were marginally significantly more (23.04 vs. 48.82 weeks, p=0.051)</i> <p>Symptoms:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>PANSS → TSW participants improved marginally significantly more in overall symptom severity (p=0.058) and the activation subscale of the PANSS (p= 0.056)</i> - <i>other PANSS subscales → ns</i> <p>Cognitive Outcome:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>overall cognitive composite score → TSW improved more (p=0.009)</i> - <i>Trail Making Part B → TSW improved more (p=0.007)</i> - <i>Total Number of Categories on the WCST → TSW improved more (p=0.03)</i> - <i>There were no significant group effects or group by time interaction effects for the other cognitive variables.</i> 	
<p>Risk of bias McGurk et al. 2016</p>		
<p>Bias</p>	<p>Einschätzung</p> <p>Gering – unklar – hohes Risiko</p>	<p>Grundlage für Einschätzung</p>
<p>Randomisierungssequenz (selection bias)</p>	<p>gering</p>	<p><i>were randomized to one of the two treatment programs via a computer program operated by an off-site data manager, with no study personnel aware of assignments in advance.</i></p>

*Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report*

Geheimhaltung Behandlungsfolge (selection bias)	unklar	k. A.
Verblindung Teilnehmer/ Behandler(performance bias)	hoch	Nicht möglich
Verblindung Endpunktbeurteilung (detection bias)	gering	<i>At baseline, and 9 and 18 months later, interviewers who were blind to treatment group assignment conducted assessments to evaluate symptoms and cognitive functioning study participants were instructed not to discuss their treatment group assignment with the interviewer.</i>
Unvollständige Daten (attrition bias)	gering	<i>similar reasons in both groups</i>
Selektives Berichten (reporting bias)	gering	alle Outcomes werden berichtet
Weitere Risiken (adequate therapy method, treatment fidelity, supervision, training, personal, financial, or any other interests producing bias)	hoch	<i>The significantly higher education level of participants in E-VR than TSW at baseline may have obscured the effects of TSW (with only 50% of the TSW participants having graduated high school, compared to 85% of the E-VR group)</i>
Strengths and weaknesses of the study Conclusions	<p><i>This study supports the feasibility and potential benefits of cognitive remediation for persons who have not benefited from vocational rehabilitation</i></p> <p><i>Limitations:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>- sample size was moderate, resulting in reduced statistical power to detect differences in treatment groups</i> <i>- study participants received vocational services from three different programs using different models of vocational rehabilitation, which may have obscured the detection of effects of cognitive remediation on work outcomes</i> <i>- groups differed significantly at baseline in educational level, which may have also made it more difficult to detect effects of cognitive remediation</i> <i>- vocational specialists in both groups were provided training in teaching coping strategies to clients to help them manage their cognitive difficulties, which could have reduced the ability to detect a difference between the TSW and usual services groups</i> <i>- Relatedly, there was no formal evaluation of whether vocational specialists taught or used these coping strategies in their work with clients, and thus their effects on vocational outcomes is unknown.</i> <i>- It is important to note that the study sample was a socially disadvantaged group, comprised primarily of racial minorities with low levels of educational attainment and limited history of work, residing in neighborhoods that were presumably highly economically disadvantaged</i> 	

Bio et al. 2011 Vocational rehabilitation improves cognition and negative symptoms in schizophrenia	
Studiendesign	– randomisierte kontrollierte Studie
Teilnehmer	<u>Anzahl der Teilnehmer:</u> - n= 91 (männlich= 72, weiblich= 19) <u>Setting:</u> - ambulant <u>Alter der Teilnehmer (Ø):</u> - 29 Jahre <u>Diagnosen der Teilnehmer:</u> - Teilnehmer mit Schizophrenie (N=91) <u>Dauer der Erkrankung (Ø):</u> - 9 Jahre <u>Dauer der Studie</u> - 6 Monate
Interventions- / Kontrollgruppe	<u>Interventionsgruppe (n= 47):</u> - Rehabilitationsprogramm zur beruflichen Unterstützung (6-monatiges Praktikum)* *6-months internship in one of 42 companies that signed a partnership with the Institute, Patients were allocated to each of these different establishments according to their own choices or eventually to their prior experience in the respective business activities (loan: monthly~US\$110). <u>Kontrollgruppe:</u> - Warteliste (n=44)
Gemessene Outcomes	- Kognition (Wechsler Adult Intelligence Scale-III, Stroop Color—Word Test, Wisconsin Card Sorting Test), Symptomatik, Lebensqualität
Ergebnisse	<u>Cognition Outcome:</u> - <i>Wechsler Adult Intelligence Scale-III (Changes within groups between baseline and post 6 months):</i> <i>Digit span forward</i> → p= 0.292 (ns) <i>Digit span backward</i> → p= 0.052 (ns) <i>Comprehension</i> → p= 0.014 (in vocational group) - <i>Stroop Color—Word Test (Comparison between-groups of the mean values at baseline and after 6 months):</i> <i>Card I</i> → p=0.461 (ns) <i>Card II</i> → p=0.716 (ns) <i>Card III</i> → p= 0.002 (in vocational group) - <i>Wisconsin Card Sorting Test (Comparison between the groups of the changes baseline-after 6 months):</i> <i>Non perseverative errors</i> → p= 0.046 (in vocational group) <i>Perseverative errors</i> → p= 0.955 (ns)

<p>Total categories → p= 0.036 (in vocational group)</p> <p><u>Symptoms:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Positive and Negative Syndrome Scale: Positive scale → p= 0.224 (ns) Negative scale → p=0.032 (in vocational group) General scale → p=0.093 (ns) Total score → p= 0.065 (ns) <p><u>Quality of life:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - p= 0.036 (in vocational group) <p>After ANCOVA correcting for the increased baseline PANSS in the control group, differences in cognitive improvement after 6 months remained significant for WAIS-III Digit Span Backward (p=0.025) and Comprehension (p=0.015), as well as for the Card III of the Stroop Test (p=0.001).</p>		
Risk of bias Bio et al. 2011		
Bias	Einschätzung	Grundlage für Einschätzung
	Gering – unklar – hohes Risiko	
Randomisierungssequenz (selection bias)	unklar	patients were randomly allocated to a vocational rehabilitation program (experimental group) and were allocated to the control group
Geheimhaltung Behandlungsfolge (selection bias)	unklar	k. A.
Verblindung Teilnehmer/ Behandler(performance bias)	hoch	Nicht möglich
Verblindung Endpunktbeurteilung (detection bias)	unklar	k. A.
Unvollständige Daten (attrition bias)	unklar	k. A.
Selektives Berichten (reporting bias)	gering	Kommentar: alle outcomes berichtet
Weitere Risiken (adequate therapy method, treatment fidelity, supervision, training, personal, financial, or any other interests producing bias)	hoch	The General scale and the total score of the PANSS were significantly higher at baseline in the control group (p=0.006; p=0.010 respectively). Baseline positive symptoms were higher in controls (p=0.019),
Strengths and weaknesses of the study Conclusions	<p>Together with results from the literature, our findings reinforce the notion that the inclusion of vocational interventions may enhance the effectiveness of therapeutic strategies for schizophrenia patients.</p> <p>sample of highly selected schizophrenia patients: they were remitted and stable for at least 6 months, and were considered by their psychiatrists as in good shape to succeed in a vocational rehabilitation program.</p>	

Tsang et al. 2013 A virtual reality-based vocational training system (VRVTS) for people with schizophrenia in vocational rehabilitation	
Studiendesign	– Randomisierte kontrollierte Studie
Teilnehmer	<p><u>Anzahl der Teilnehmer:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - n= 75 (männlich= 33, weiblich= 42) <p><u>Setting:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - stationär <p><u>Alter der Teilnehmer (Ø):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 41 Jahre <p><u>Diagnosen der Teilnehmer:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Teilnehmer mit Schizophrenie <p><u>Dauer der Erkrankung (Ø):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 13,5 Jahre <p><u>Dauer der Studie</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 9 Wochen
Interventions- / Kontrollgruppe	<p><u>Interventionsgruppe 1 (n=25):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - VRG = virtual reality-based vocational training group (<i>prevocational skills training, participants were required to attend a virtual reality based vocational skills training in a virtual boutique scenario (VRVTS)</i>) <p><u>Interventionsgruppe 2 (n= 25):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - TAG = therapist-administered group (<i>prevocational skills training, participants were required to attend an therapist administered vocational skills training program in a boutique</i>) - <i>The training content of VRG and TAG were the same but they were different in the mode of training</i> <p><u>Kontrollgruppe (n=25):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - herkömmliche Therapie (CG)
Gemessene Outcomes	<p><u>Cognitive perspective and Work perspective. (Primary outcome):</u> Brief Neuropsychological Cognitive Examination (BNCE), Digit Vigilance Test (DVT), Rivermead Behavioural Memory Test (RBMT), Wisconsin Card Sorting Test — Computer Version 4 (WCST-CV4), Vocational Cognitive Rating Scale (VCRS)</p> <p><u>Secondary outcomes:</u> Self-designed checklist on participants' knowledge and skills in performing sales-related activities, Participants' self-efficacy in performing sales-related activities (self-designed)</p>
Ergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Patients in the VRG were found to perform better than patients in the TAG and CG in <u>cognitive functioning</u>, as shown by the WCST-percentage of error ($F(2, 72)= 7.146, p<0.001$) and the WCST-percentage of conceptual level response ($F(2, 72)=8.722, p<0.001$). The post-hoc test revealed that the VRG showed a better performance than both the TAG ($p=0.03$) and the CG ($p<0.001$) in the WCST-percentage of error. The VRG also showed a better performance than patients in both the TAG ($p=0.01$) and the CG ($p<0.001$) in the WCST-percentage of conceptual level response.</i> - <i>The VRG also showed a better <u>self-efficacy</u> score than CG.</i> - <i>Both VRG and TAG showed a better <u>work performance</u> as reflected by</i>

	<p>the on-site tests.</p> <p><u>General cognitive ability:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - BNCE (Brief Neuropsychological Cognitive Examination) → group x time effect: ns <p><u>Specific cognitive function: Attention</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - DVT (Digit Vigilance Test) → ns <p><u>Memory</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - RBMT (Rivermead Behavioural Memory Test) → ns <p><u>Cognitive functioning in work</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - VCRS (Vocational Cognitive Rating Scale) → ns <p><u>Work performance</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - On-site test: There was a significant interaction effect of group over time in on-site test ($F(1, 72)=6.86, p<0.001, \text{observed power}=0.91$). After conducting a post-hoc comparison of Tukey's HSD, it was found that both the VRG ($p=0.03$) and the TAG ($p=0.01$) showed significantly better improvements in the on-site test than the CG. <p><u>Self-efficacy</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - There was no significant interaction effect of group over time in self-efficacy scores. But a significant difference across time interval was found among the three groups ($F(2, 74)=3.2, p=0.05$). After conducting a post-hoc comparison of Tukey's HSD, it was found that only the VRG showed a significantly better improvement in the self-efficacy score than the CG ($p=0.04$). <p><u>Executive functioning</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - WCST section errors → results VRG significant better than TAG and CG ($p=0.02$) - WCST section perseverative errors → ns - WCST conceptual level response → results VRG significant better than TAG and CG ($p<0.01$)
--	--

Risk of bias Tsang et al. 2013		
Bias	Einschätzung	Grundlage für Einschätzung
	Gering – unklar – hohes Risiko	
Randomisierungssequenz (selection bias)	unklar	were randomly assigned to a virtual reality-based vocational training group (VRG), a therapist-administered group (TAG) and a conventional group (CG)
Geheimhaltung Behandlungsfolge (selection bias)	unklar	k. A.
Verblindung Teilnehmer/Behandler (performance bias)	hoch	single blinded (only assessors are blinded)
Verblindung Endpunktbeurteilung (detection bias)	gering	the assessors were blinded to the group assignment
Unvollständige Daten	gering	similar reasons for missing are reported

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

(attrition bias)		
Selektives Berichten (reporting bias)	gering	Kommentar: alle Outcomes werden berichtet
Weitere Risiken (adequate therapy method, treatment fidelity, supervision, training, personal, financial, or any other interests producing bias)	unklar	Kommentar: k. A.
Strengths and weaknesses of the study Conclusions	<p><i>Limitations:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - sample size was not large enough to yield very promising results - all of the patients recruited in this study had been receiving conventional vocational training, which included basic prevocational skills training in different workshops. During workshop training, they might also have received cognitive challenges such as typing training. However, the cognitive challenges they each received may have been different, with different durations. This non-specific effect on cognition was not measured and could be a confounding factor. - since the patients were inpatients, most of them were not discharged after training and their vocational outcomes remained unclear at the one-month follow-up. 	

Smith et al. 2014	
Virtual Reality Job Interview Training for Individuals with Psychiatric Disabilities	
Studiendesign	– Randomisierte kontrollierte Studie
Teilnehmer	<p><u>Anzahl der Teilnehmer:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - n= 37 (männlich= 18, weiblich= 19) <p><u>Setting:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - ambulant <p><u>Alter der Teilnehmer (Ø):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 47 Jahre <p><u>Diagnosen der Teilnehmer:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Teilnehmer mit schweren depressiven Störungen (N=17), bipolaren Störungen (N=14), Schizophrenie (N=6) <p><u>Dauer der Erkrankung (Ø):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - k. A. <p><u>Dauer der Studie</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 2 Wochen + kurzes Follow-Up
Interventions- / Kontrollgruppe	<p><u>Interventionsgruppe (n=25):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Virtual Reality Job Interview Training (VR-JIT)* <p><i>*computer-based training simulation designed by SIMmersion LLC to improve job interview skills for individuals with psychiatric disabilities to design effective simulations as well as behavioral learning principles</i></p>

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

	<u>Kontrollgruppe (n=12):</u> – herkömmliche Therapie (TAU, <i>typical outpatient vocational services</i>)	
Gemessene Outcomes	<p><u>Neuocognitive and Social Cognitive Measures:</u> Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status (RBANS) to assess neurocognitive functioning and Bell-Lysaker Emotion Recognition Task (BLERT) to assess basic and advanced social cognition and for assessing advanced social cognition the emotional perspective-taking (EPT) task</p> <p><u>Feasibility Assessments:</u> We recorded participant attendance across the five training sessions and the number of minutes (out of a possible 600 minutes)</p> <p><u>Process Measure:</u> Participants' VR-JIT performance scores (from 0-100)</p>	
Ergebnisse	<p><u>Job Interview Role-Play Performance:</u> significant Group-by-Time interaction (p<0.05) that means the VR-JIT group improved on the total roleplay assessment score between baseline and follow-up, while the TAU group did not BUT The follow-up role-play performances did not differ between groups at post-test (d= 0.02).</p> <p><u>Job Interview Self-Confidence:</u> significant group-by-time interaction (p<0.05) BUT but not a significant group effect (p>0.10) → both the VR-JIT and TAU groups demonstrated increased self-confidence</p> <p><u>Process measure:</u> Our process measure indicated VR-JIT performance scores appeared to improve linearly with a dip about halfway through the hard trials, which suggests trainees may have spent a few trials learning about less appropriate responses</p> <p>VR-JIT performance scores were significantly correlated with age (r= -0.66, p<0.01), which suggests that younger participants have greater increases in VR-JIT performance scores per trial run</p>	
Risk of bias Smith et al. 2014		
Bias	Einschätzung	Grundlage für Einschätzung
	Gering – unklar – hohes Risiko	
Randomisierungssequenz (selection bias)	unklar	participants were randomized into the intervention (n=25) or treatment-as-usual (TAU) group (n=12)
Geheimhaltung Behandlungsfolge (selection bias)	unklar	k. A.
Verblindung Teilnehmer/ Behandler(performance bias)	hoch	Nicht möglich
Verblindung Endpunktbeurteilung (detection bias)	gering	raters, with expertise in human resources, blinded to treatment group status
Unvollständige Daten (attrition bias)	unklar	k. A.
Selektives Berichten (reporting bias)	gering	Kommentar: alle Outcomes werden berichtet
Weitere Risiken (adequate therapy method, treatment fidelity, supervision, training,	unklar	We recruited participants who were actively seeking employment or competitive volunteer work. This approach may have created a self-selection sampling bias, but our participants represent the individuals most likely to use the

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

personal, financial, or any other interests producing bias)		software Despite random assignment, the VR-JIT and TAU groups differed by gender ($p < 0.01$) and the proportion of individuals with a major depressive disorder (MDD) ($p = 0.08$)
Strengths and weaknesses of the study Conclusions	<p><i>Limitations:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - sample was small - there were between-group differences in gender and diagnosis, which indicate that perhaps females or individuals with psychosis (i.e., bipolar or schizophrenia) may not benefit from the intervention - baseline performance in the control group appeared higher (though non-significant) than the intervention group - In addition, the sample was older and the study was conducted in a laboratory setting. 	

Smith et al. 2015 Virtual Reality Job Interview Training and 6-Month Employment Outcomes for Individuals with Schizophrenia Seeking Employment		
Studiendesign	– Randomisierte kontrollierte Studie	
Teilnehmer	<p><u>Anzahl der Teilnehmer:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - n= 32 (männlich= 18, weiblich= 14) <p><u>Setting:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - ambulant <p><u>Alter der Teilnehmer (Ø):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 39,8 Jahre <p><u>Diagnosen der Teilnehmer:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Teilnehmer mit Schizophrenie, schizoaffektiven Störungen (100%) <p><u>Dauer der Erkrankung (Ø):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 17,7 Jahre <p><u>Dauer der Studie</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 6 Monate 	
Interventions- / Kontrollgruppe	<p><u>Interventionsgruppe (n=21):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Virtual Reality Job Interview Training (VR-JIT) <p><i>* computer-based training simulation designed by SIMmersion LLC to improve job interview skills for individuals with psychiatric disabilities to design effective simulations as well as behavioral learning principles</i></p> <p><u>Kontrollgruppe (n=11):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Warteliste 	
Gemessene Outcomes	<p><u>Neuocognitive and Social Cognitive Measures:</u> Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status (RBANS) to assess neurocognitive functioning and Bell-Lysaker Emotion Recognition Task (BLERT) to assess basic and advanced social cognition and for assessing advanced social cognition the emotional perspective-taking (EPT) task</p> <p><u>VR-JIT Efficacy:</u> Role-Play Performance, Interviewing Self-Confidence, VR-JIT</p>	

Smith et al. 2015		
Virtual Reality Job Interview Training and 6-Month Employment Outcomes for Individuals with Schizophrenia Seeking Employment		
	performance scores (Score from 0-100) <u>Six-Month Follow-up Measures:</u> total number of weeks they searched for employment, number of job interviews completed, and number of job offers received and accepted	
Results	<p><u>6-Month Vocational Outcomes:</u></p> <p>-Trainees sustained interviewing self-confidence between the post-test ($m=50.2, sd=8.8$) and 6-month follow-up ($m=49.0, sd=9.5$) ($T20=0.92, p>0.10, d=-0.13$)</p> <p>-more trainees received <u>job offers</u> (47.8%) than controls (14.3%), which was a trend-level difference ($p=0.055$); the groups did not differ with respect to the proportion of participants who completed interviews, accepted job offers, total number of interviews completed, or number of weeks they searched for employment (all $p>0.10$); the odds of attaining a job offer were 8.73 times higher for trainees compared to controls ($OR=8.73, p=0.04; 95\% CI=1.17, 65.00$)</p> <p><u>VR-JIT Efficacy</u></p> <p>-significant group-by-time interaction for <u>role-play performance</u> (Trainees improved their role-play performance between pre-test and post-test ($d=0.92 \rightarrow$ large effect size); Controls appeared to regress to the mean ($d=-0.42 \rightarrow$ mean effect size))</p> <p>-non-significant group-by-time interaction for <u>self-confidence scores</u></p> <p><u>VR-JIT Process Measures:</u></p> <p>-VR-JIT performance scores improved linearly across the number of completed trials</p>	
Risk of bias Smith et al. 2015		
Bias	Einschätzung	Grundlage für Einschätzung
	Gering – unklar – hohes Risiko	
Randomisierungssequenz (selection bias)	gering	participants were randomized using a random number generator
Geheimhaltung Behandlungsfolge (selection bias)	unklar	k. A.
Verblindung Teilnehmer/Behandler(performance bias)	hoch	Nicht möglich
Verblindung Endpunktbeurteilung (detection bias)	gering	Primary outcome measures included two pre-test and two post-test video-recorded role-play interviews scored by blinded human resource experts and self-reported interviewing self-confidence.
Unvollständige Daten (attrition bias)	unklar	k. A.
Selektives Berichten (reporting bias)	gering	Kommentar: alle Outcomes werden berichtet

Smith et al. 2015 Virtual Reality Job Interview Training and 6-Month Employment Outcomes for Individuals with Schizophrenia Seeking Employment		
Weitere Risiken (adequate therapy method, treatment fidelity, supervision, training, personal, financial, or any other interests producing bias)	unklar	<p><i>All participants were paid for their study efforts (including the intervention phase), which may create bias</i></p> <p><i>Despite random assignment, anhedonia ratings differed between groups (but were missing for nine participants) ($p < 0.05$)</i></p>
Strengths and weaknesses of the study Conclusions	<p><i>Results suggest VR-JIT is acceptable to trainees and may be efficacious for improving job interview skills in individuals with schizophrenia. Moreover, trainees had greater odds of receiving a job offer by 6-month follow-up. Future studies could evaluate the effectiveness of VR-JIT within community-based services</i></p> <p><i>Limitations:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>limited statistical power due to a small sample</i> - <i>Data on the types of jobs attained or pay received were not collected, and 6-month data was self-reported</i> - <i>findings only generalize to individuals actively seeking jobs</i> - <i>two controls crossed-over to the training group</i> 	

Arbeitsrehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben – Evidenztable aus der aggregierten Evidenz

Tab. D1: Übersicht aktueller aggregierter Evidenz zur Wirksamkeit von Maßnahmen zur beruflichen Teilhabe

Autoren Jahr	Anzahl eingeschlossener Studien Land	Patienten	Intervention	Kontrollgruppe	Länge des Follow-Up
NEU Kinoshita et al. 2013	<ul style="list-style-type: none"> - 14 RCTs⁹ - USA (k=8); Kanada (k=1); UK (k=2); Australien (k=1); Hong Kong (k=2) 	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnose(n) • Alter • Info zum Arbeitsstatus • Anzahl (min, max.) • Setting 	<ul style="list-style-type: none"> • Art d. Interventionen • Dauer (min, max) 	<ul style="list-style-type: none"> • Traditionelle berufliche Rehabilitation (k=11), Gruppentraining sozialer Kompetenzen (k=1), psychosoziale Rehabilitation (k=1), Club-House-Model (k=1) 	18-24 Monate
NEU Chan et al. 2015	<ul style="list-style-type: none"> - 9 RCTs¹⁰ + 1 prospektive kontrollierte Studie¹¹ - USA (k=6); Deutschland (k=1); Japan (k=1); Singapore (k=1) 	<ul style="list-style-type: none"> • Pat. mit schweren psychischen Erkrankungen (Schizophrenien oder bipolare Störungen) • 36,4 Jahre (Ø Alter) • Spannweite Jahre in Arbeitslosigkeit: 2-13 Jahre • N=740 (34; 145) • Ambulant (k=7), stationär (k=2) 	<ul style="list-style-type: none"> • Computer-gestützte kognitive Remediation + Supported Employment (k=5), Computer-gestützte kognitivs Training + Arbeitstherapie (k= 3), kognitive Erweiterungstherapie (cognitive enhancement therapy) (n=1) • 2 Monate bis 2 Jahre (24 bis 130 Stunden) 	<ul style="list-style-type: none"> • Supported Employment allein (k=4), Arbeitstherapie allein oder in Kombination mit Selbstmanagementansatz oder computergestützte Kontrollintervention (k=3), Supported Employment + Sport (k=1), Supportive Therapie (k=1) 	12-36 Monate

⁹ Drake (1996), Drake (1999), Lehmann (2002), Mueser (2004), Gold (2006), Latimer (2006), Macias (2006), Bond (2007), Burns (2007), Killackey (2008), Twamley (2008), Wong (2008), Tsang (2009), Howard (2010)

¹⁰ Bell (2005), McGurk (2005), Vauth (2005), Bell (2008), Lindenmayer (2008), McGurk (2009), Eack (2009), Eack (2011), Tan (2013)

¹¹ Sayaka (2014)

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

Autoren Jahr	Anzahl eingeschlossener Studien Land	Patienten	Intervention	Kontrollgruppe	Länge des Follow-Up
NEU Modini et al. 2016	<ul style="list-style-type: none"> - 19 RCTs¹² - USA (k=8); Kanada (k=1); UK (k=3); Deutschland (k=1); Italien (k=1); Schweiz (k=3); Niederlande (k=1); Bulgarien (k=1); Schweden (k=1); Australien (k=1); Japan (k=1); Hong Kong (k=2) 	<ul style="list-style-type: none"> • Pat. mit schweren psychischen Erkrankungen • k. A. • k. A. • n= 4.404 (37; 2.055) • k. A. 	<ul style="list-style-type: none"> • Supported Employment (IPS; k=19) • k. A. 	<ul style="list-style-type: none"> • Herkömmliche Therapie / traditionelle berufl. Reha. (k=14), angepasste/erweiterte berufl. Reha. (k=3), Gruppentraining sozialer Fertigkeiten (k=1), psychosoziale Rehabilitation (k=1) 	6-60 Monate
NEU Suijkerbuijk et al. 2017	<ul style="list-style-type: none"> - 48 RCTs - Nordamerika (k=30); China (k=5); Großbritannien (k=4); Australien (k=3); Schweiz (k=2); Japan (k=1); Niederlande (k=1); Schweden (k=1); 6 Standorte in Europa (k=1) 	<ul style="list-style-type: none"> • Schwere psychische Erkrankungen (v.a. Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis) • 36 Jahre (Ø Alter) • 100% Arbeitslosigkeit (k=44); 8-27% mit geringer Beschäftigung und Wunsch 	<ul style="list-style-type: none"> • Supported Employment (Experimental- oder Kontrollintervention) (k=30¹³, davon high-fidelity IPS: k=24) • Supported Employment + Augmentationsstrategie (Social Skills Training, Kognitives Training, Job Skills Training, Assertive Community Treatment, Kontingenzmanagement, Motivationaler Ansatz (k=13¹⁴)) • PVT (Experimental- oder Kontrollintervention)(k=17¹⁵) • Übergangsweise Beschäftigung (Experimental- oder Kontrollintervention), Beschütztes Arbeiten (k=9¹⁶) und Clubhouse 		3 Monate bis 5 Jahre Short term (bis 12 Monate) vs. long term (mehr als 12 Monate)

¹² Drake (1996), Drake (1999), Lehmann (2002), Mueser (2004), Gold (2006), Latimer (2006), Bond (2007), Burns (2007), Wong (2008), Killackey (2008), Tsang (2009), Howard (2010), Heslin (2011), Twamley (2012), Hoffmann (2012), Drake (2013), Hoffmann (2014), Oshima (2014), Bejerholm (2015)

¹³ Au (2015), Bejerholm (2015), Bond (1995), Bond (2007), Bond (2015), Burns (2007), Burns (2015), Chandler (1996), Craig (2014), Drake (1996), Drake (1999), Drake (2013), Drebing (2005, 2007), Gervy (1994), Gold (2006), Hoffmann (2012), Howard (2010), Killackey (2008), Killackey (2014), Latimer (2006), Lecompte (2014), Lehmann (2002), McFarlane (2000), McGurk (2007, 2009), Michon (2014), Mueser (2004), O'Brian (2003), Oshima (2014), Tsang (2010), Twamley (2012), Viering (2015), Waghorn (2014), Wong (2008),

¹⁴ Au (2015), Tsang (2010), Nuechterlein (2012), Lecomte (2014), McGurk (2007), McGurk (2009), Bond (1995), Chandler (1996), Gold (2006), McFarlane (2000), Schonebaum (2006), Drebing (2005, 2007), Craig (2014)

¹⁵ Blankertz (1996), Eack (2009), Tsang (2001), Xiang (2007), Bejerholm (2015), Bond (2015), Burns (2007), Drake (1996), Howard (2010), Lehman (2002), Michon (2014), Tsang (2010), Twamley (2012), Viering (2015), Wong (2008), Penk (2010), Nuechterlein (2012)

*Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report*

Autoren Jahr	Anzahl eingeschlossener Studien Land	Patienten <ul style="list-style-type: none"> • Diagnose(n) • Alter • Info zum Arbeitsstatus • Anzahl (min, max.) • Setting 	Intervention <ul style="list-style-type: none"> • Art d. Interventionen • Dauer (min, max) 	Kontrollgruppe	Länge des Follow-Up
		nach beruflicher Veränderung (k=4) - N=8.743 (21; 2238) - K.A.	Modell (k=5 ¹⁷) • Psychiatrische Behandlung allein (Kontrollintervention) (k=13 ¹⁸)		

¹⁶ Beard (1963), Becker (1967), Dincin (1982), Drake (1999), Gold (2006), Hoffmann (2012), Latimer (2006), McFarlane (2000), Penk (2010)

¹⁷ Beard (1963), Bond (1986), Bond (2007), Dincin (1982), Mueser (2004)

¹⁸ Beard (1963), Becker (1967), Blankertz (1996), Chandler (1996), Dincin (1982), Drake (2013), Eack (2009), Killackey (2008); Killackey (2014), O'Brien (2003), Tsang (2001), Walker (1969), Xiang (2007)

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

Tab. D2: Effekte von Interventionen zur Arbeitsrehabilitation aus aktuellen systematischen Übersichtsarbeiten

Autor/Jahr	Kinoshita et al. 2013	Chan et al. 2015	Modini et al. 2016	Suijkerbuijk et al. 2017			
Intervention vs. Kontrollintervention	SE vs. TAU, PVT oder andere Ansätze der beruflichen Rehabilitation	Computer-gestütztes kognitives Training im Rahmen beruflicher Rehabilitation vs. Ansatz beruflicher Rehabilitation allein	SE (IPS) vs. herkömmliche berufliche Rehabilitation (TAU, PVT, andere)	SE vs. PVT ²	SE plus Augmentationsstrategie vs. SE allein ²	SE vs. übergangsweise Beschäftigung ²	SE plus Augmentationsstrategie vs. PVT ²
Arbeitsbezogene Merkmale							
↑ Beschäftigungsrate auf 1. Arbeitsmarkt		++	++	++	++	++	++
↑ Rate irgendeiner Form von Beschäftigung	++	++					
↑ Beschäftigungsdauer auf 1. Arbeitsmarkt	++ ¹	~					
↑ Beschäftigungsdauer in irgendeiner Beschäftigung	++	++					
↓ Zeit bis zum Wiedererlangen einer Beschäftigung auf 1. Arbeitsmarkt	++ ¹						
↑ Jobhaltedauer auf 1. Arbeitsmarkt	++ ¹			++	++	++	++
↑ Jobhaltedauer in irgendeiner Beschäftigung	++						
↑ Durchschnittlicher monatlicher Verdienst	+	++					
↓ Abbruch der Maßnahme	++ ^{1,2}			~	~	~	~
Nichtarbeitsbezogene Merkmale							
↓ Stationäre Wiederaufnahme	~			~	~	~	~
↑ psychische Symptomatik	~			~	~	~	~
↑ Lebensqualität	~						

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

Autor/Jahr	Kinoshita et al. 2013	Chan et al. 2015	Modini et al. 2016	Suijkerbuijk et al. 2017			
Intervention vs. Kontrollintervention	SE vs. TAU, PVT oder andere Ansätze der beruflichen Rehabilitation	Computer-gestütztes kognitives Training im Rahmen beruflicher Rehabilitation vs. Ansatz beruflicher Rehabilitation allein	SE (IPS) vs. herkömmliche berufliche Rehabilitation (TAU, PVT, andere)	SE vs. PVT ²	SE plus Augmentationsstrategie vs. SE allein ²	SE vs. übergangsweise Beschäftigung ²	SE plus Augmentationsstrategie vs. PVT ²
↑ psychosoziale Funktionen	~						

Anmerkungen: ++ signifikanter Vorteil in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe, + tendenzielle Überlegenheit ohne signifikanten Unterschied in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe, ~ Ergebnisse vergleichbar in beiden Gruppen, ↓ Reduktion, ↑ Erhöhung; SE Supported Employment; IPS Individual Placement and Support, PVT Pre-Vocational Training; ¹ Ergebnisse beruhen auf Einzelstudie; ² FU nach 12 Monaten und mehr Monaten

Arbeitsrehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben (IPS) – Evidenztable zu den Einzelstudien

Tab. D3: Charakteristika aktueller Einzelstudien zur Wirksamkeit von Maßnahmen zur beruflichen Teilhabe: SE/IPS

Autor/Jahr	Patienten	Intervention	Kontrollgruppe	Dauer des Follow-Up
Tsang et al. 2010	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnose(n) • Alter • Info zu beruflichen Erfahrungen • Anzahl (IG/KG) • Setting 	<ul style="list-style-type: none"> • Art d. Interventionen • Dauer 		
	<ul style="list-style-type: none"> • Pat. mit schweren psychischen Erkrankungen (Schizophrenie: n= 145) • 35 Jahre (Ø-Alter) • ca. 90 % der Teilnehmer mit Berufserfahrung • n= 189 (65/58/66) • ambulant/teilstationär 	<ul style="list-style-type: none"> • Supported Employment (IPS) • Integrated Supported Employment (ISE): IPS + arbeitsplatzbezogenes Training sozialer Fertigkeiten (10 Sitzungen) • 39 Monate 	<ul style="list-style-type: none"> • Herkömmliche berufliche Rehabilitation (PVT) 	<ul style="list-style-type: none"> • 3 Jahre nach Beginn der Maßnahme
Waghorn et al. 2014	<ul style="list-style-type: none"> • Pat. mit psychotischen Störungen (n= 168), bipolaren-affektiven Erkrankungen (n= 22), schweren Depressionen oder Angststörungen (n= 18) • 32 Jahre (Ø-Alter) • ca. 50 % der Teilnehmer hatten im letzten Jahr eine Beschäftigung • n= 208 (106/102) • ambulant (mental health teams) 	<ul style="list-style-type: none"> • Supported Employment (IPS) • 12 Monate 	<ul style="list-style-type: none"> • Herkömmliche Therapie (CM und Vermittlung an regionale Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation) 	<ul style="list-style-type: none"> • 12 Monate nach Beginn der Maßnahme
Michon et al. 2014	<ul style="list-style-type: none"> • Pat. mit schweren psychischen Erkrankungen • 35 Jahre (Ø-Alter) • Teilnehmer arbeiteten in den letzten 5 Jahren Ø 17 Monate • n= 151 (71/80) • ambulant (Community mental health teams) 	<ul style="list-style-type: none"> • Supported Employment (IPS) • 30 Monate 	<ul style="list-style-type: none"> • Herkömmliche berufliche Rehabilitation 	<ul style="list-style-type: none"> • 30 Monate nach Beginn der Maßnahme
Viering et al. 2015	<ul style="list-style-type: none"> • Pat. mit psychischer Erkrankung und Rente wegen Erwerbsminderung aufgrund der psych. Erkrankung (affektive Störungen: 47%, Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis: 16%, Persönlichkeitsstörungen: 	<ul style="list-style-type: none"> • Supported Employment (IPS) • 24 Monate 	<ul style="list-style-type: none"> • Jede alternative berufliche Rehabilitationsmaßnahme frei wählbar durch 	<ul style="list-style-type: none"> • 24 Monate nach Beginn der Maßnahme

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

Autor/Jahr	Patienten	Intervention	Kontrollgruppe	Dauer des Follow-Up
	<ul style="list-style-type: none"> Diagnose(n) Alter Info zu beruflichen Erfahrungen Anzahl (IG/KG) Setting 	<ul style="list-style-type: none"> Art d. Interventionen Dauer 		
	<ul style="list-style-type: none"> 17%) 42,6 (Ø-Alter) Arbeitslos zu baseline: 73%; > 1 Monat in Arbeit in letzten Jahren: 50% n=250 (127/123) ambulant 		Teilnehmer	
Cook et al. 2016	<ul style="list-style-type: none"> Pat. mit schweren psychischen Erkrankungen (schizophrener Formenkreis, Depressionen, bipolare Störungen) 38 Jahre (Ø-Alter) K.A. n= 449 (234/215) ambulant 	<ul style="list-style-type: none"> Supported Employment 5 Jahre 	<ul style="list-style-type: none"> Herkömmliche Behandlung und Rehabilitation 	<ul style="list-style-type: none"> Langzeit-Follow-Up von 2000-2012

Erläuterung: k.A.: keine Angaben; IG: Interventionsgruppe; KG: Kontrollgruppe; CM: Case Management; PVT: Pre-Vocational Training; IPS: Individual Placement and Support

Arbeitsrehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben (Arbeitsrehab. mit Ansätzen kognitiven Trainings) – Evidenztabelle zu den Einzelstudien

Tab. D4: Charakteristika aktueller Einzelstudien zur Wirksamkeit kombinierter Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation

Autor/Jahr	Patienten	Intervention	Kontrollgruppe (n)	Dauer des Follow up
	<ul style="list-style-type: none"> Diagnose(n) Alter Info zum Arbeitsstatus Anzahl (IG/KG) Setting 	<ul style="list-style-type: none"> Art d. Interventionen Dauer 		
Au et al. 2015	<ul style="list-style-type: none"> Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis 36 Jahre (Ø-Alter) ca. 96 % der Teilnehmer mit Berufserfahrung n= 90 (45/45) ambulant 	<ul style="list-style-type: none"> Integriertes Supported Employment + computer-gestütztes kognitives Training 3 Sitzungen pro Woche über 12 Wochen 	<ul style="list-style-type: none"> Integriertes Supported Employment (SE plus arbeitsplatzbezogenes Training sozialer Fertigkeiten) 	<ul style="list-style-type: none"> 12 Monate

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

Autor/Jahr	Patienten <ul style="list-style-type: none"> • Diagnose(n) • Alter • Info zum Arbeitsstatus • Anzahl (IG/KG) • Setting 	Intervention <ul style="list-style-type: none"> • Art d. Interventionen • Dauer 	Kontrollgruppe (n)	Dauer des Follow up
McGurk et al. 2015	<ul style="list-style-type: none"> • Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (Schizophrenie, bipolare Störungen, schizoaffective Störungen, Depression und andere • 44 Jahre (Ø-Alter) • ca. 18 % der Teilnehmer hatten in den letzten 12 Monaten eine Beschäftigung (competitive) • n= 107 (57/50) • ambulant 	<ul style="list-style-type: none"> • Supported Employment + computer-gestütztes kognitives Training (<i>Thinking Skills for Work-Program, TSW</i>) • 24 Sitzungen, 1-2 mal wöchentlich 	<ul style="list-style-type: none"> • erweitertes Supported Employment 	<ul style="list-style-type: none"> • 24 Monate
McGurk et al. 2016	<ul style="list-style-type: none"> • Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (83% mit Schizophrenie) • k. A. • ca. 65 % der Teilnehmer hatten in den letzten 12 Monaten eine Beschäftigung (competitive) • n= 54 (28/26) • ambulant 	<ul style="list-style-type: none"> • Erweiterte berufliche Rehabilitation + kognitives Training (<i>Thinking Skills for Work: TSW</i>) • 1 bis 2 Sitzungen pro Woche über 12 Wochen (24 h) 	<ul style="list-style-type: none"> • erweiterte berufliche Rehabilitation 	<ul style="list-style-type: none"> • 18 Monate

Erläuterung: KVT: Kognitive Verhaltenstherapie, k.A.: keine Angaben; IG: Interventionsgruppe; KG: Kontrollgruppe

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

Tab. D5: Effekte von Interventionen zur beruflichen Rehabilitation aus aktuellen Einzelarbeiten: SE/IPS & kombinierte Ansätze

Autor/Jahr	Tsang et al. 2010	Waghorn et al. 2014	Michon et al. 2014	Viering et al. 2015	Cook et al. 2016	Au et al. 2015	McGurk et al. 2015	McGurk et al. 2016
Intervention vs. Kontrollintervention	ISE vs. IPS vs. TAU	IPS vs. TAU	IPS vs. TAU	IPS vs. TAU	SE vs. TAU	ISE & kognitives Training vs. ISE allein	SE & TSW vs. SE allein	Erweiterte berufliche Reha & TSW vs. Erweiterte berufliche Reha 3 Jahre
Follow-Up	15 Monate	12 Monate	30 Monate	24 Monate	13 Jahre	11 Monate	24 Monate	3 Jahre
Arbeitsbezogene Merkmale								
↑ Beschäftigungsrate 1. Arbeitsmarkt	++ ¹	++	++	++	++	~	++	~
↑ Irgendeine Form von Beschäftigung								+
↑ Jobhaltedauer 1. Arbeitsmarkt	++ ¹			~		+	~	
↑ Beschäftigungsdauer in Wochen		+	++	~			++	+
↓ Arbeitsplatzverlust	++					+		
↑ Durchschnittliche monatliche Arbeitszeit			~	~				
↑ Durchschnittlicher monatlicher Verdienst	~ ²	~			++	+	++	+
↓ Programmabbruchrate	~	++		~		~		
Nichtarbeitsbezogene Merkmale								
↑ psychopathologische Symptomatik			+			~		+
↑ Lebensqualität			+			~		
↑ Selbstwertgefühl	++ ³		~					
↑ psychosoziale Funktionalität						~		
↑ kognitive						~	++ ⁴	++ ⁵

*Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report*

Autor/Jahr	Tsang et al. 2010	Waghorn et al. 2014	Michon et al. 2014	Viering et al. 2015	Cook et al. 2016	Au et al. 2015	McGurk et al. 2015	McGurk et al. 2016
Intervention vs. Kontrollintervention	ISE vs. IPS vs. TAU	IPS vs. TAU	IPS vs. TAU	IPS vs. TAU	SE vs. TAU	ISE & kognitives Training vs. ISE allein	SE & TSW vs. SE allein	Erweiterte beruf-liche Reha & TSW vs. Erweiterte berufliche Reha 3 Jahre
Follow-Up	15 Monate	12 Monate	30 Monate	24 Monate	13 Jahre	11 Monate	24 Monate	
Fertigkeiten								
↑ Wohlbefinden	~							

Erläuterung: ++: signif. Vorteil in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe; +: tendenzielle Überlegenheit ohne signifikanten Unterschied in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe; ~: Ergebnisse vergleichbar zwischen den Gruppen; IPS: Individual Placement and Support; ISE: Integrated Supported Employment: IPS + arbeitsplatzbezogenes Training sozialer Fertigkeiten; TAU: Treatment as usual; SE: Supported Employment; TSW: Thinking Skills for Work- Program; ↓: Reduktion, ↑: Erhöhung; ¹ ISE gegenüber IPS und TAU; ² ISE gegenüber IPS; alle Follow-Ups; ³ ISE und IPS gegenüber TAU; ⁴ insbesondere für Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrener Formenkreis; ⁵ Zum Trainingsende

Arbeitsrehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben (PVT) – Evidenztabelle zu den Einzelstudien

Tab. D6: Charakteristika aktueller Einzelstudien zur Wirksamkeit von Maßnahmen zur beruflichen Teilhabe: PVT

Autor/Jahr	Patienten	Intervention	Kontrollgruppe (n)	Dauer des Follow up
Bio et al. 2011	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnose(n) • Alter • Berufliche Vorerfahrungen • Anzahl (IG/KG) • Setting 	<ul style="list-style-type: none"> • Art d. Interventionen • Dauer 		
	<ul style="list-style-type: none"> • Patienten mit Schizophrenie • 29 Jahre (Ø-Alter) • K. A. • n= 91 (47/44) • ambulant 	<ul style="list-style-type: none"> • berufliches Rehabilitationsprogramm (6 monatiges Praktikum in Partnereinrichtungen) • 6 Monate 	<ul style="list-style-type: none"> • Warteliste 	<ul style="list-style-type: none"> • k A.
Tsang et al. 2013	<ul style="list-style-type: none"> • Pat. mit Schizophrenie • 41 Jahre (Ø-Alter) • k. A. • n= 75 (25/25/25) • stationäre Rehabilitation 	<ul style="list-style-type: none"> • A: Virtual reality-based vocational training („Boutique-Szenario“) + berufsvorbereitendes Training • B: Therapeutengeleitete Gruppe („Boutique-Szenario“) + berufsvorbereitendes Training • 5 Wochen 	<ul style="list-style-type: none"> • herkömmliche Rehabilitation 	<ul style="list-style-type: none"> • 4 Wochen
Smith et al. 2014	<ul style="list-style-type: none"> • Pat. mit schweren depressiven Störungen (n= 17), bipolaren Störungen (n= 14), Schizophrenie (n= 6) • 47 Jahre (Ø-Alter) • im Ø lag die letzte Beschäftigung der Teilnehmer 44 Monate zurück • n= 37 (25/12) • ambulant 	<ul style="list-style-type: none"> • Virtual Reality Job Interview Training (computer-basierte Trainingssimulation) • 10 Stunden über 2 Wochen 	<ul style="list-style-type: none"> • herkömmliche ambulante berufliche Rehabilitation 	<ul style="list-style-type: none"> • Trainingsende (2 Wochen)
Smith et al. 2015	<ul style="list-style-type: none"> • Pat. mit Schizophrenie oder schizoaffektiven Störungen • 40 Jahre (Ø-Alter) • ca. 68 % der Teilnehmer verfügten bereits über eine Vollzeitbeschäftigung • n= 32 (21/11; n=6 aus Smith et al. 2014) 	<ul style="list-style-type: none"> • Virtual Reality Job Interview Training (computer-basierte Trainingssimulation) • 10 Stunden über 2 Wochen 	<ul style="list-style-type: none"> • herkömmliche ambulante berufliche Rehabilitation (Warteliste) 	<ul style="list-style-type: none"> • 6 Monate

*Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report*

	• ambulant			
--	------------	--	--	--

Erläuterung: k.A.: keine Angaben; IG: Interventionsgruppe; KG: Kontrollgrupp

Anlage E Einzelinterventionen: Evidenzgrundlage zu den Empfehlungen zu Psychoedukativen Interventionen und Dialog für Betroffene und Angehörige

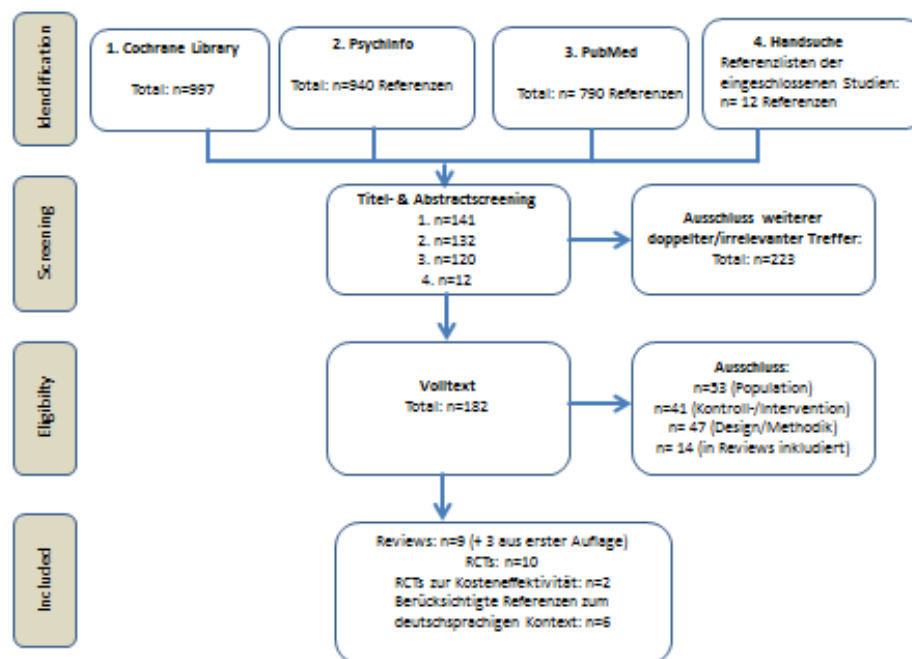
Systematische Literaturrecherche zu Psychoedukativen Interventionen und Dialog für Betroffene und Angehörige

- Genutzte Datenbanken: MEDLINE, PsycInfo, Cochrane Library
- Suchzeitraum: ergänzende Suche März / April 2017

Lfd. Nr. Interventionsspezifischer Suchbegriff

- | Lfd. Nr. | Interventionsspezifischer Suchbegriff |
|----------|---------------------------------------|
| 1 | psychoeducation |
| 2 | education |
| 3 | psychoeducat* |
| 4 | information |

Prisma-Flowchart zu Psychoedukativen Interventionen und Dialog für Betroffene und Angehörige



PRISMA Flow-Diagramm: Psychoedukation

Extraktionsbögen der eingeschlossenen systematischen Reviews / Meta-Analysen zu
Psychoedukative Interventionen und Trialog für Betroffene und Angehörige

Titel	Psychoeducation for schizophrenia
Autoren	Xia J, Merinder LB, Belgamwar MR
Jahr	- 2011
Journal	- Cochrane Database of Systematic Reviews
Fragestellung / Zielsetzung	- To assess the effects of psychoeducational interventions compared with standard levels of knowledge provision.
Design	- Systematic review with metaanalysis
Datenbanken	- Cochran Schizophrenia Group Trials Register
Zeitraum	- Update February 2010
Anzahl eingeschlossene Studientypen	- 44 RCTs
weitere relevante Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> - Trials focusing on psychoeducation for schizophrenia and/or related serious mental illness involving individuals or groups - Intervention: all didactic interventions of psychoeducation or patient teaching involving interaction between information provider and patient - Patients are provided with support, information and management strategies
relevante Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> - Quasi-randomised trials - Interventions including elements of behavioural training (social skills or life skills) - Interventions are provided by patient peers - Staff education studies
Qualitätsbewertung durchgeführt	<ul style="list-style-type: none"> - Risk of bias was assessed using criteria described in the Cochrane Collaboration Handbook - Einschätzung risk of bias: moderate
Für welche Patienten / Subgruppen Aussagen getroffen?	<ul style="list-style-type: none"> - Programmes of 10 sessions or less = „brief“ vs. Programmes of 11 sessions or more = „standard“ - Group approach vs. individual psychoeducation
Primary outcome	<ul style="list-style-type: none"> - Compliance - Compliance with medication - Compliance with follow-up - relapse
Ergebnisse	<p>Cluster of outcome measures:</p> <ul style="list-style-type: none"> - short term: up to 12 weeks - medium term: 13 – 52 weeks - long term: over 52 weeks

	<p>Compliance: not compliant with medication</p> <ul style="list-style-type: none"> - short term: RR=0.52 (95% CI: 0.40 to 0.67), N=1400, k=10, NNT: 11 [CI: 9 to 16) - medium term: RR=0.36 (95% CI: 0.27 to 0.49), N=781, k=6, NNT: 5 (CI: 5 to 7) - long term: RR: 0.48 (95% CI: 0.31 to 0.75), k=3, N=282, NNT: 6 (CI 5 to 12; data were heterogeneous <p>Compliance: with follow-up – loss to follow-up for any reason (n.s.)</p> <ul style="list-style-type: none"> - medium term: RR=1.0 (95% CI: 0.79 to 1.26) - long term: 5 Jahre: RR=0.77 (95% CI: 0.48-1.23), 2 Jahre: RR=0.83 (95% CI: 0.62 to 1.10) very low quality of evidence <p>Relapse for any reason</p> <ul style="list-style-type: none"> - medium term: RR=0.70 (95% CI: 0.61 to 0.81), k=11, N=1214, NNT: 9 (CI: 7 to 14) - long term: RR=0.73 (95% CI: 0.62 to 0.85), k=6, N=790, NNT: 3 (CI 2 to 15) <p>Relapse with readmission</p> <ul style="list-style-type: none"> - medium term: RR=0.77 (95% CI: 0.56 to 1.07) - long term: RR=0.71 (95%CI: 0.56-0.89), k=2, N=206, NNT: 5 (CI 4 to 13) <p>knowledge: inconsistent Insight (n.s.) Social functioning: inconsistent Mental state:</p> <ul style="list-style-type: none"> - BPRS short term: MD: -1.00 (95% CI: -1.38 to -0.63), 10 RCTs, N=1107 - Medium term: MD: -4.73 (95% CI: -5.55 to -3.91), 7 RCTs, N=760) - Long term up to 2 years: MD: -6.89 (95% CI: -8.55 to -5.23), 1 RCT, N=370)
Bemerkungen	<ul style="list-style-type: none"> - Psychoedukation wird trotz methodischer Einschränkungen in den Primärstudien als wirksames Verfahren in der Behandlung von Menschen mit schizophrener Erkrankung, insbesondere hinsichtlich Rückfallrisiko, Risiko stationärer Wiederaufnahmen und – Behandlungsdauer sowie medikamentöser Compliance betrachtet.
Bewertung	<p><u>Fragestellung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Klar formuliert und adäquat hinsichtlich unserer Suchkriterien <p><u>Methodik:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - nachvollziehbar, angemessen <p><u>Literatursuche:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - relevante Datenbanken, Kriterien definiert <p><u>Studienqualität:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - RCTs moderater Qualität, Heterogenität berücksichtigt

*Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report*

Titel	Psychoeducation (brief) for people with serious mental illness.
Autoren	Zhao S, Sampson S, Xia J, Jayaram MB
Jahr	- 2015
Journal	- Cochrane Database of Systematic Reviews
Fragestellung / Zielsetzung	- To assess the effects of brief psychoeducational interventions as a means of helping severely mentally ill people when added to standard care, compared with the efficacy of standard care alone.
Design	- Systematic review with metaanalysis
Datenbanken	- Cochran Schizophrenia Group Trials Register
Zeitraum	- Update September 2013
Anzahl eingeschlossene Studientypen	- 20 RCTs
weitere relevante Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> - Trials focusing on brief psychoeducation (programmes of 10 sessions or less) for adults suffering from serious mental illness as defined by National Institute of Mental Health 1987 - Intervention: all didactic interventions of psychoeducation or patient teaching involving interaction between information provider and patient - Patients are provided with support, information and management strategies
relevante Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> - Quasi-randomised trials - Trials involving participants with substance abuse alone, dementia or mental retardation - Interventions including elements of behavioural training (social skills or life skills) - Interventions are provided by patient peers - Staff education studies
Qualitätsbewertung durchgeführt	<ul style="list-style-type: none"> - Risk of bias was assessed using criteria described in the Cochrane Collaboration Handbook - Einschätzung risk of bias: moderate
Für welche Patienten / Subgruppen Aussagen getroffen?	- Brief group approach vs. brief individual psychoeducation
Primary outcome	<ul style="list-style-type: none"> - Compliance - Compliance with medication - Compliance with follow-up - relapse
Ergebnisse	<p>Cluster of outcome measures:</p> <ul style="list-style-type: none"> • short term: up to 12 weeks • medium term: 13 – 52 weeks

	<ul style="list-style-type: none"> • long term: over 52 weeks <p>Comparison 1: Psychoeducation vs. TAU</p> <p>Compliance: not compliant with medication</p> <ul style="list-style-type: none"> • short term: RR=0.63 (95% CI: 0.41 to 0.96), N=448, k=3 • medium term: RR=0.17 (95% CI: 0.05 to 0.54), N=118, k=1 <p>Compliance: very good/good compliance with medication</p> <ul style="list-style-type: none"> • medium term: RR=1.05 (95% CI: 0.93 to 1.18), N=236, k=1, n.s. • long term (one year): RR=1.39 (95% CI: 1.16 to 1.66), N=236, k=1 • long term (two years): RR=1.46 (95% CI: 1.20 to 1.76), N=236, k=1 <p>Compliance: with follow-up – loss to follow-up for any reason (n.s.)</p> <ul style="list-style-type: none"> • short term: k=1, N=30, n.s. • medium term: RR= 0.74 [95% CI: 0.50 to 1.09], k=4, N=322, n.s. • long term (one year): RR= 1.19 [95% CI: 0.83 to 1.72], k=2, N=386, n.s. • long term (two years): RR= 0.83 [95% CI: 0.62 to 1.11], k=2, N=387, n.s. • long term (five years): RR= 0.73 [95% CI: 0.44 to 1.21], k=1, N=124, n.s. • long term (receeded intervention but left the study early): RR= 0.58 [95% CI: 0.33 to 1.01], k=1, N=124 <p>Relapse for any reason</p> <ul style="list-style-type: none"> • medium term: RR= 0.70 [95% CI: 0.52 to 0.93], k=4, N=406, p=0.01 • long term: RR=0.85 [95% CI: 0.59 to 1.22], k=1, N=124, n.s. • long term (five years): RR=0.89 [95% CI: 0.73 to 1.08], k=1, N=124, n.s. <p>Relapse with readmission</p> <ul style="list-style-type: none"> • medium term: RR=0.85 [95% CI: 0.59 to 1.22], k=1, N=124, n.s. • long term: RR=0.83 [95% CI: 0.64 to 1.08], k=1, N=124, n.s. <p>knowledge</p> <ul style="list-style-type: none"> • short term: ITAQ* MD=7.39 [95% CI: 4.94 to 9.83], k=2, N=97, p<0.00001 • medium term: ITAQ MD=4.83 [95% CI: 1.51 to 8.15], k=1, N=73, sign. • SAUMD: k=1, N=81, n.s. <p>Insight (n.s.)</p> <p>Rehospitalisation: n.s.</p> <p>Mental state:</p> <ul style="list-style-type: none"> • short term (BPRS): MD= -2.70 [95% CI: -4.84 to -0.56], k=1, N=60, sign. • Medium term (BPRS): MD= -5.63 [95% CI: -6.77 to -3.95], k=1, N=120, sign. • Medium term (GWB/SES): general well-being MD= 10.89 [95% CI: 9.82 to 11.96], self-esteem MD= 8.00 [95% CI: 7.77 to 8.23] k=1, N=118, sign.
--	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Short term - Specific symptoms: anxiety RR= 0.49 [95% CI: 0.25 to 0.93], depression RR= 0.47 [95% CI: 0.25 to 0.88] k=1, N=146, sign. • Short term - Specific symptoms: anxiety MD= -6.11 [95% CI: -9.24 to -2.98], k=1, N=146, sign. • Short term - Specific symptoms: depression MD= -7.62 [95% CI: -10.91 to -4.33], k=1, N=146, sign. <p>Psycho-Social functioning (GAF): inconsistent</p> <p>Social functioning</p> <ul style="list-style-type: none"> • medium term – rehabilitation status (MRSS): MD= -13.68 [95% CI: -14.85 to -12.51], k=1, N=118, sign. • medium term – social disability (SDSS): MD= -1.96 [95% CI: -2.09 to -1.83], k=1, N=118, sign. <p>Expressed Emotion (EE): k=1, N=46, n.s.</p> <p>Quality of life: inkonsistent (k=1, N=62)</p> <p>Satisfaction with mental health services:</p> <ul style="list-style-type: none"> • patient: n.s. (k=1, N=32) • relatives: n.s. (k=1, N=17) • patients’ satisfaction with relatives’ involvement: k=1, N=30, sign. <p>adverse events (death): n.s.</p> <p>Comparison 1: Psychoeducation vs. CBT</p> <p>No stat. significant differences: Compliance with medication, relapse, hospitalization, mental state, quality of life</p> <p>Subgroup analyses: Group PE/Individual PE vs. TAU</p> <p>No stat. significant differences: Compliance with medication, relapse, hospitalization, mental state, quality of life</p> <p>*ITAQ: Insight Treatment Attitude Questionnaire, SAUMD: The scale to assess unawareness of mental disorder, BPRS: Brief Psychiatric Rating Scale, GWB: Genral Well-being Schedule, SES: Rosenberg Self-esteem Scale, MRSS: Mornigside Rehabilitation Staus Scale, SDSS: Social Disability Screening Schedule</p>
Bemerkungen	<ul style="list-style-type: none"> - Trotz 20 inkludierter RCTs basieren viele der Analysen auf Einzelstudien, da sich aufgrund der verschiedenen Outcomemaße die Ergebnisse kaum zusammenfassen lassen.
Bewertung	<p><u>Fragestellung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Klar formuliert und adäquat hinsichtlich unserer Suchkriterien <p><u>Methodik:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - nachvollziehbar, angemessen <p><u>Literatursuche:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - relevante Datenbanken, Kriterien definiert <p><u>Studienqualität:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - moderate bis sehr geringe Qualität der Studien, wenige Studien

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

Titel	Psychoeducation for siblings of people with severe mental illness.
Autoren	Sin, J; Jordan, CD; Barley, EA; Henderson, C; Norman, I
Jahr	- 2015
Journal	- Cochrane Database of Systematic Reviews
Fragestellung / Zielsetzung	- To assess the effects of psychoeducational interventions compared with usual care or any other intervention in promoting wellbeing and reducing distress of siblings of people affected by SMI.
Design	- Systematic review with quantitative analysis
Datenbanken	- Cochran Schizophrenia Group Trials Register
Zeitraum	- November 2013
Anzahl eingeschlossene Studientypen	- 1 RCTs
weitere relevante Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> - Trials focusing on psychoeducation targeting siblings of all ages of individuals with schizophrenia and/or related serious mental illness using any means and formats of delivery, i.e. individual (family), groups, computer-based - Intervention: all didactic interventions of psychoeducation or patient teaching involving interaction between information provider and patient - Patients are provided with support, information and management strategies
relevante Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> - Quasi-randomised trials - Interventions are provided by patient peers - Staff education studies
Qualitätsbewertung durchgeführt	<ul style="list-style-type: none"> - Risk of bias was assessed using criteria described in the Cochrane Collaboration Handbook - Einschätzung risk of bias: moderate
Für welche Patienten / Subgruppen Aussagen getroffen?	<ul style="list-style-type: none"> - Programmes of 10 sessions or less = „brief“ vs. Programmes of 11 sessions or more = „standard“ - Group approach vs. individual psychoeducation
Primary outcome	<ul style="list-style-type: none"> - Siblings' psychosocial wellbeing - Siblings' quality of life - Siblings' distress
Ergebnisse	<i>The included study provided results on nine siblings who comprised 10.7% of the total participants of 84 relatives in the study (Chien 2007). The trial provided PE to family members/carers of adults with schizophrenia living in the community. The study delivered the psychoeducational intervention using a group format facilitated by experienced mental health nurses.</i>

	<p>Siblings' psychosocial wellbeing: no measures for this outcome</p> <p>Siblings' quality of life: Family Assessment Device (FAD): n.s.</p> <p>Siblings' distress: no measures for this outcome</p> <p>Siblings' knowledge about SMI: no measures for this outcome</p> <p>Siblings' coping: in terms of burden (Family Burden Schedule (FBIS): 1RCT, N=9; MD=-8.80 [95%CI: -15.22 to -2.38]</p> <p>Siblings' perceived efficacy in coping: no measures for this outcome</p> <p>Siblings' attitude towards the service user or towards SMI: no measures for this outcome</p> <p>Siblings' perceived social support or use of social/community support service: no measures for this outcome</p> <p>Siblings' satisfaction with the intervention: no measures for this outcome</p> <p>Leaving the study early: n.s.</p> <p>Adverse effects/events affecting siblings: no measures for this outcome</p> <p>Service users' mental health:</p> <ul style="list-style-type: none"> - BPRS: n.s. <p>Service users' number of re-hospitalisation/duration of hospital stay: n.s.</p> <p>Service users' quality of life: n.s.</p>
<p>Bemerkungen</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Es liegen kaum Daten vor. Eine Einschätzung ist deshalb aktuell nicht möglich. Studien, in denen die Effekte von PE auf Geschwister untersucht werden, umfassen i.d.R. alle Angehörigen. Geschwister bilden oft nur einen geringen Anteil. Die Daten sind kaum separat ableitbar.
<p>Bewertung</p>	<p><u>Fragestellung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Klar formuliert und adäquat hinsichtlich unserer Suchkriterien <p><u>Methodik:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - nachvollziehbar, angemessen <p><u>Literatursuche:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - relevante Datenbanken, Kriterien definiert <p><u>Studienqualität:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - RCT, moderate Qualität

Titel	Psychological interventions for adults with bipolar disorder: systematic review and meta-analysis
Autoren	Matthijs Oud, Evan Mayo-Wilson, Ruth Braidwood, Peter Schulte, Steven H. Jones, Richard Morriss, Ralph Kupka, Pim Cuijpers and Tim Kendall
Jahr	- 2016
Journal	- The British Journal of Psychiatry (2016) 208, 213–222.
Fragestellung / Zielsetzung	- To evaluate the efficacy of psychological interventions for adults with bipolar disorder (psychological interventions for adults with bipolar disorder compared with control groups (treatment as usual, waiting list, attention control or an active intervention) on symptoms of depression and mania, response, relapse, discontinuation, hospital admission, quality of life and psychosocial functioning).
Design	- Systematic review and meta-analysis
Datenbanken	- CINAHL, EMBASE, Medline, PreMedline, PsycINFO, CDSR, DARE, HMC and CENTRAL
Zeitraum	- from inception to January 2014
Anzahl eingeschlossene Studientypen	- randomised controlled trials (RCTs)
weitere relevante Einschlusskriterien	- all individual, group and family psychological interventions for adults (18 years and older) - service-level interventions with (elements of) psychological interventions such as collaborative care - Eligible comparison groups were control groups (treatment as usual, waiting list or attention control) or other active interventions - Trials were eligible if at least 66% of the sample had bipolar disorder or if disaggregated data were reported for participants with the disorder
relevante Ausschlusskriterien	-
Qualitätsbewertung durchgeführt	- Ja (Cochrane Collaboration Risk of Bias Assessment Tool)
Für welche Patienten / Subgruppen Aussagen getroffen?	Individual Psychoeducation (PE) (k=5) - Mean/range contact (hours) 9 (6-11) - Mean/range duration (weeks) 17 (6-39) - Key elements: Education on bipolar disorder, causative factors, clinical symptoms and early warning signs, medication side effects, and coping strategies for mood changes. Most PE interventions include the creation of a (relapse prevention) action plan. Group Psychoeducation (PE) (k=5) - Mean/range contact (hours) 25 (9-32) - Mean/range group size 9 (7-10) - Mean/range duration (weeks) 22 (8-26) - Key elements: Interactive group sessions covering illness and treatment education, symptom monitoring and early detection, treatment adherence, illness management skills, coping strategies and problem solving.

	<p>Family psychoeducation (Service user and carers) (k=4)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mean/range contact (hours) 12 (9-18) - Mean/range duration (weeks) 22 (7-48) - Key elements: Intervention for family and the service user. Psychoeducation on bipolar and treatment, enhancing relationships (spouse, family, and clinician), problem focused coping strategies. <p>Family psychoeducation (Carers) (k=5)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mean/range contact (hours) 10 (2-18) - Mean/range duration (weeks) 6 (1-12) - Key elements: Intervention for the family only. Psychoeducation on bipolar and treatment, dealing with one's own functioning (stress and other health risks) and practical advice. <p>Family Focused Therapy (FFT) (k=4)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mean/range contact (hours) 15 (10-21) - Mean/range duration (weeks) 39 - Key elements: An intervention with the service user and his/her family. Psychoeducation about bipolar disorder, communication enhancement training, and problem-solving skills training.
<p>Primary outcome</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Patient outcomes included reduction of symptoms of depression and mania (response), relapse (any type, depression, mania or mixed), hospital admission, quality of life, suicide, psychosocial functioning and study discontinuation
<p>Ergebnisse</p>	<p>Fifty-five randomised controlled trials were included.</p> <p>Family psychoeducation (seven RCTs (n = 409))</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Two trials included psychoeducation for participants and their family members and in five trials only family members received psychoeducation</i> - <i>Interventions were compared with treatment as usual.</i> - <i>Five trials enrolled participants who were euthymic at baseline, one trial enrolled participants who were experiencing acute episode of mania or depression or were euthymic at baseline and another included only participants who were in an acute episode of mania or depression.</i> - <i>One trial (n = 43) found low-quality evidence of medium effect in <u>reduction of depressive and manic symptoms</u> favouring family psychoeducation at post-treatment.</i> - <i>At follow-up, three trials (n = 228) reported low-quality evidence of a <u>reduction in relapse</u>. One trial (n = 113) reported a <u>reduction in mania relapses</u>.</i> - <i>One study (n = 57) reported a very large effect on <u>reduction of the number of hospital admissions</u>, but there were only nine events in the study.</i> <p>Family-focused therapy (four RCTs (n = 357))</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Participants were euthymic in an episode or euthymic only depressed or in any type of episode.</i> - <i>Posttreatment data were of low quality.</i> - <i>One study (n = 79) found no effect of family-focused therapy compared with treatment as usual on <u>manic symptoms</u> and a medium effect on <u>depressive symptoms</u> (although the confidence interval was also compatible with no effect).</i> - <i>small effect was found on <u>relapse</u> in a study (n = 53) comparing family-focused therapy with psychoeducation, but the confidence interval was compatible with both a reduction and increase in the effect. The confidence in the follow-up results were very low.</i>

*Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report*

Bemerkungen	- Aufgrund der Gruppenbildung nicht alle Ergebnisse für LL nutzbar.
Bewertung	<u>Fragestellung:</u> - Klar formuliert und adäquat hinsichtlich unserer Suchkriterien
	<u>Methodik:</u> - nachvollziehbar, angemessen, keine quantitative Synthese möglich
	<u>Literatursuche:</u> - relevante Datenbanken, Kriterien definiert
	<u>Studienqualität:</u> - RCTs moderater Qualität,

Titel	Psychoeducation for relapse prevention in bipolar disorder: a systematic review of efficacy in randomized controlled trials
Autoren	Bond K & Anderson IM
Jahr	- 2015
Journal	- Bipolar Disorders 2015; 17: 349–362
Fragestellung / Zielsetzung	- In the present review, we assess the efficacy of randomized, controlled trials of psychoeducation for patients with bipolar disorder who are not in an acute episode, in preventing relapse and other outcomes, and attempt to identify which components relate to efficacy.
Design	- Systematic review with metaanalysis
Datenbanken	- Medline, Embase, Psycinfo, and Cochrane databases
Zeitraum	- no starting date up to 19 September 2013
Anzahl eingeschlossene Studientypen	- RCTs
weitere relevante Einschlusskriterien	- randomized controlled trials (RCTs) of psychoeducation against treatment-as-usual (TAU) or a control intervention for patients with bipolar disorder not in an acute illness episode. - psychoeducation as: (i) a discrete psychological intervention involving primarily the patient with bipolar disorder; (ii) providing information about bipolar disorder and/or its treatment; and (iii) relating this information to aiding self-management of the disorder. - Interventions that were designed to control for non-specific effects of treatment (such as nondirective group meetings) were deemed a placebo control and analyzed together with TAU; control interventions presumed to be effective treatments were viewed as

	active controls.
relevante Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> - Studies using therapies with additional modality-specific features that distinguished them from psychoeducation, as identified by Miklowitz et al.; these were CBT (focusing on cognitive restructuring and self-rated mood charts), IPSRT (focusing on regulation of sleep/ wake cycles and daily routine), and family treatments (focusing on family communication and skills training). - For the same reason, we excluded collaborative care studies in which psychoeducation was a part of a multifaceted intervention involving changes to service delivery interventions. - We also excluded studies in which psychoeducation was used as an acute treatment or included patients in an acute phase of illness, if the primary diagnosis was not bipolar disorder, or if the target was patients with bipolar disorder with a comorbid diagnosis such as personality disorder or substance misuse.
Qualitätsbewertung durchgeführt	- Ja (Cochrane Collaboration Risk of Bias Tool)
Für welche Patienten / Subgruppen Aussagen getroffen?	- Gruppenformat vs. Einzelformat
Primary outcome	- Relapse prevention
Ergebnisse	<p>16 RCTs</p> <p>The effect of psychoeducation on relapse</p> <p><i>Psychoeducation against placebo control/TAU (k=9)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Seven studies reported the number of patients relapsing into any episode, and eight reported depressive and manic relapse separately. <p><u>Any relapse (k=7):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>In the control condition, 30% of participants did not relapse compared with 45% of those who received psychoeducation (unweighted mean across all studies); respective figures for the optimistic ITT were 40% and 60%. In the pooled analysis, this difference significantly favoured psychoeducation, with moderate heterogeneity between studies but no evidence of selection bias [OR = 1.98, 95% confidence interval (CI): 1.09–3.58, p = 0.024, I² = 54%, Horbold–Egger p = 0.91]. Sensitivity analyses did not substantially alter the results: (i) optimistic ITT: OR = 2.75, 95% CI: 1.42–5.33, p = 0.003, I² = 53%; (ii) restricted analysis: n = 4, OR = 1.64, 95% CI: 1.02–2.63, p = 0.04, I² = 0%.</i> - <i>Studies with group delivery were effective and relatively homogeneous (n = 5, OR = 2.80, 95% CI: 1.63–4.82, p < 0.001, I² = 19%), whereas, individually, delivery was not effective (n = 2, OR = 0.89, 95% CI: 0.45–1.76, p = 0.74).</i> - <i>NNTs to prevent any relapse were seven (95% CI: 4–25) for all studies and four (95% CI: 3–7) for group studies; the equivalent figures for the optimistic ITT were five (95% CI: 3–15) and four (95% CI: 3–11). The NNT for the restricted analysis was eight (95% CI: 4–111).</i> <p><u>Manic relapse:</u></p>

- In the control condition, 54% of participants did not have a manic or hypomanic relapse compared with 69% of those who had received psychoeducation (unweighted mean); respective figures for the optimistic ITT were 64% and 84%. This difference in favor of psychoeducation just missed significance, with moderate heterogeneity between studies but no evidence of selection bias (OR = 1.68, 95% CI: 0.99–2.85, $p = 0.06$, $I^2 = 55\%$, Horbold–Egger $p = 0.67$). Sensitivity analyses showed a significant effect for the optimistic ITT: OR = 2.52, 95% CI: 1.69–3.76, $p < 0.001$, with low heterogeneity ($I^2 = 0\%$), but for not the restricted analysis: $n = 5$, OR = 1.41, 95% CI: 0.77–2.55, $p = 0.26$, $I^2 = 44\%$.
- Studies with group delivery were effective but moderate heterogeneity remained ($n = 5$, OR = 2.07, 95% CI: 1.11–3.85, $p = 0.02$, $I^2 = 47\%$); individually delivered studies were not effective, with moderate-to-high heterogeneity ($n = 3$, OR = 1.19, 95% CI: 0.45–3.15, $p = 0.72$, $I^2 = 65\%$).
- Given the persisting heterogeneity, this was further explored and was best explained by follow-up duration; psychoeducation was effective in studies with a duration >1 year, with low heterogeneity ($n = 4$, OR = 3.16, 95% CI: 1.04–5.15, $p < 0.001$, $I^2 = 0\%$) but not in those with follow-up to one year ($n = 4$, OR = 0.88, 95% CI: 0.53–1.45, $p = 0.61$, $I^2 = 0\%$).
- NNTs to prevent manic relapse were eight (95% CI: 4–∞) for all studies, six (95% CI: 3–39) for group studies, and four (95% CI: 3–7) for longer duration studies; equivalent figure for the optimistic ITT were six (95% CI: 4–19), six (95% CI: 3–40), and four (95% CI: 3–7).

Depressive relapse:

- In the control condition, 57% of participants did not have a depressive relapse compared with 66% of those who had received psychoeducation (unweighted mean); respective figures for the optimistic ITT were 66% and 81%. This difference was not significant, with moderate-to-high heterogeneity between studies and no evidence of selection bias (OR = 1.39, 95% CI: 0.78–2.48, $p = 0.26$, $I^2 = 63\%$, Horbold–Egger $p = 0.39$). Sensitivity analyses showed a borderline significant effect for the optimistic ITT, with heterogeneity remaining moderate to high: OR = 1.95, 95% CI: 1.00–3.80, $p = 0.051$, $I^2 = 61\%$, but no effect in the restricted analysis: $n = 5$, OR = 1.00, 95% CI: 0.65–1.53, $p = 0.99$, $I^2 = 0\%$.
- Studies with group delivery were effective but moderate-to-high heterogeneity remained ($n = 5$, OR = 2.08, 95% CI: 1.05–4.12, $p = 0.04$, $I^2 = 57\%$); individually delivered studies were not effective ($n = 3$, OR = 0.76, 95% CI: 0.44–1.31, $p = 0.32$, $I^2 = 0\%$) (Fig. 3).
- Further exploration of heterogeneity showed that this was best explained by the number of hours of therapy; psychoeducation was effective in studies with more than 20 of hours therapy, with low-to-moderate heterogeneity ($n = 4$, OR = 2.68, 95% CI: 1.49–4.81, $p = 0.001$, $I^2 = 30\%$), but it was not effective in those with fewer than 20 hours of therapy ($n = 4$, OR = 0.75, 95% CI: 0.46–1.22, $p = 0.24$, $I^2 = 0\%$).
- NNTs to prevent depressive relapse were 12 (95% CI: 5 to NNH 18, i.e. not statistically significant) for all studies, six (95% CI: 3–77) for group studies, and five (95% CI: 3–11) for studies with more than 20 hours of therapy; equivalent figures for the optimistic ITT were nine (95% CI: 5–∞), six (95% CI: 3–111), and five (95% CI: 3–∞).

Psychoeducation against active control.

- Two studies compared group or individual psychoeducation against individual CBT and reported no significant difference in relapse rates.
- A third study, comparing individual psychoeducation with FFT, found no difference in the number who relapsed but relapses were fewer and of lesser severity in the latter.

Acceptability of psychoeducation

- There were data available on participant discontinuation during the treatment period from eight RCTs: More participants receiving psychoeducation dropped out (28%) than those in the control condition (23%) (unweighted mean), but this was a non-significant difference, with low heterogeneity between studies and no significant selection bias (OR = 1.25, 95% CI: 0.84– 1.85, $p = 0.27$, $I^2 = 22\%$, Horbold-Egger $p = 0.72$)

Effect of psychoeducation on severity of mood symptoms

Psychoeducation against placebo control/TAU.

- Of the six studies reporting outcomes, three found no difference between treatment arms over time in observer/self-reported manic or depressive symptoms. Three studies against TAU reported a benefit from psychoeducation in mood symptoms, but the pattern was inconsistent and not statistically robust in one.

Psychoeducation against active control.

- In two studies comparing psychoeducation and CBT, there was no difference in observer-rated manic symptoms between groups; one found a non-significant trend to lower depression scores after CBT, while the other found no difference.

Effect of psychoeducation on functioning and quality of life

- Seven studies reported outcomes against placebo control/TAU. Four studies used the same self-report quality-of-life measure, with the outcome varying from a benefit for psychoeducation, benefit only in different subdomains of the measure, or no difference.
- Of five studies assessing functioning, two reported an improvement with psychoeducation and three did not.
- In two studies against CBT, the treatment groups did not differ in functioning, adjustment, or satisfaction with life and no difference in functioning was found compared with functional remediation.

Effect of psychoeducation on medication knowledge, attitudes, and adherence

- Three studies against TAU or a brief information condition assessed knowledge and/or attitudes to medication. In two studies, knowledge about lithium was increased at 3–4 months after baseline in the intervention group and in two studies attitudes to medication improved in the psychoeducation group at 3–6 months after baseline.
- Adherence was measured by various methods in seven studies against placebo/TAU. Of four studies reporting drug levels, lithium levels were increased/improved in two group studies and unchanged in the other two using individual delivery; no difference in levels of other mood-stabilizing drugs was reported in two studies. Five studies assessed the taking of medication, with all reporting greater adherence. A further two-year study measured adherence but did not report this outcome.
- In two active comparator studies, no difference in adherence was found comparing psychoeducation with CBT or FFT.

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

Bemerkungen	<p><i>There was an uncertain risk of selection and attrition bias in a number of studies but only a minority had a high risk of bias overall. Studies varied in the degree and duration of remission at entry, and the size of most of the studies was small (median 70 participants).</i></p> <p><i>Conclusion: Despite the limitations of, and heterogeneity in, the data, there is suggestive evidence that psychoeducation is effective in preventing relapse in bipolar disorder, with the strongest evidence for reducing overall and manic relapse. Greatest efficacy was found in studies with a group format, which also had a longer follow-up and more hours of therapy; these findings should inform clinical practice and guide future research. It is now important to investigate mediating mechanisms to be able to optimize efficacy and personalize treatment.</i></p>
Bewertung	<p><u>Fragestellung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Klar formuliert und adäquat hinsichtlich unserer Suchkriterien
	<p><u>Methodik:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - nachvollziehbar, angemessen
	<p><u>Literatursuche:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - relevante Datenbanken, Kriterien definiert
	<p><u>Studienqualität:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - RCTs moderater Qualität, Heterogenität berücksichtigt

Titel	Family intervention for schizophrenia
Autoren	Pharoah F, Mari JJ, Rathbone J, Wong W.
Jahr	- 2010
Journal	- Cochrane Database of Systematic Reviews
Fragestellung / Zielsetzung	- To estimate the effects of family psychosocial interventions in community settings for people with schizophrenia or schizophrenia-like conditions compared with standard care.
Design	- Systematic review with metaanalysis
Datenbanken	- Cochran Schizophrenia Group Trials Register
Zeitraum	- Update September 2008
Anzahl eingeschlossene Studientypen	- 53 RCTs
weitere relevante Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> - families of people who have a diagnosis of schizophrenia and/or schizoaffective disorder (more than 75%) - Any psychosocial intervention with relatives of those with schizophrenia that required more than five sessions - Standard care, but this was not restricted to an in-patient context/ environment

relevante Ausschlusskriterien	- Not stated
Qualitätsbewertung durchgeführt	- Risk of bias was assessed using criteria described in the Cochrane Collaboration Handbook
Für welche Patienten / Subgruppen Aussagen getroffen?	-
Primary outcome	<p>Primary outcomes</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Suicide and all causes of mortality 2. Service utilisation <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Hospital admission 3. Clinical global response <ol style="list-style-type: none"> 3.1 Relapse
Ergebnisse	<p>Comparison 1. Any family based interventions (more than five sessions) versus standard care</p> <p>Service utilization: Hospital admission</p> <ul style="list-style-type: none"> - at <u>six months</u> were equivocal ($n = 132$, three RCTs, RR 0.85 CI 0.4 to 1.7) - there is some suggestion that family intervention does significantly reduce hospital admission at <u>one year</u> ($n = 481$, eight RCTs, RR 0.78 CI 0.6 to 1.0, NNT 8 CI 6 to 13) - Longer follow up (to <u>18 months</u>) also finds that family intervention does significantly reduce admission ($n = 228$, three RCTs, RR 0.46 CI 0.3 to 0.7, NNT 4 CI 3 to 8), although data beyond that time (<u>two years</u>, $n = 145$, five RCTs, RR 0.83 CI 0.7 to 1.1; <u>three years</u>, $n = 122$, 2 RCT, RR 0.91 CI 0.7 to 1.2) are equivocal. <p>Service utilization: Days in hospital</p> <ul style="list-style-type: none"> - The total number of days spent in hospital at <u>three months</u> was significantly lower in the family intervention group ($n = 48$, MD -6.67 CI -11.6 to -1.8). <p>Global state: Relapse (suicide is considered as a relapse)</p> <ul style="list-style-type: none"> - There is, however, no universally accepted definition of relapse (recurrence of symptoms for patients with full remission at discharge, or deterioration of symptoms for people who presented residual symptoms at baseline assessment, or by a managerial event such as hospitalisation or substantial change of medication) - Family intervention did not reduce the rate of these 'relapse events' at <u>six months</u> ($n = 213$, 3 RCTs, RR 0.71 CI 0.5 to 1.1). - By <u>12 months</u>, family intervention did reduce relapse events ($n = 2981$, 32 RCTs, RR 0.55 CI 0.5 to 0.6, NNT 7 CI 6 to 8), as well as at <u>18 months</u> ($n = 181$, 3 RCTs, RR 0.64 CI 0.5 to 0.9, NNT 5 CI 4 to 15) and at <u>24 months</u> ($n = 1019$, 13 RCTs, RR 0.64 CI 0.6 to 0.8), although data are heterogeneous ($I^2 = 67\%$). - Data regarding relapse at <u>three years</u> are not significantly different ($n = 497$, 4 RCTs, RR 0.89 CI 0.7 to 1.1). <p>Global Assessment of Functioning (GAF)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Average endpoint scores on the GAF scale at <u>one year</u> ($n = 32$, MD -10.28 CI -20.3 to -0.2) were borderline significant (0.05) for family

	<p>intervention. Average endpoint scores by <u>two years</u> also favoured family intervention (n =90, 2 RCTs, MD -8.66 CI -14.4 to -2.9).</p> <p>Mental state: Average scores - Brief Psychiatric Rating Scale</p> <ul style="list-style-type: none"> - BPRS data favoured family intervention at <u>one year</u> (n = 170, 3 RCTs, MD -8.32 CI -10.9 to -5.7), although data were heterogeneous (I² = 79%) - BPRS negative scores (n = 62, 1 RCT, MD-0.30 CI -0.9 to 0.3) are equivocal. - skewed, BPRS change data were not significantly different (n = 156, 3 RCTs, MD -0.30 CI -0.8 to 0.2). <p>Mental state: Average scores - Positive and Negative Symptom Score</p> <ul style="list-style-type: none"> - PANSS endpoint total scores (n = 174, 2 RCTs, MD -7.90 CI -11.9 to -3.8) favoured family intervention compared with the control group at <u>one year</u>. However, PANSS positive and negative scores were not significant. - PANSS general psychopathology data favoured family intervention (n = 142, MD -3.60 CI -5.8 to -1.4). - Barrowclough 2001 reported 18-month outcome data, and PANSS total and positive scores were not significant. But PANSS negative scores did favour the family intervention (n = 29, MD -5.23 CI -8.4 to -2.0) group. One Chinese study (n = 149) reported data at three years, and we found PANSS total scores (MD -10.20 CI -13.6 to -6.9), PANSS positive scores (MD -2.60 CI -4.1 to -1.1) and PANSS negative scores (MD -3.70 CI -4.9 to -2.5) favoured family intervention. - PANSS positive change scores (Dai 2007, n = 142, MD -2.00 CI -3.5 - 0.5) and PANSS negative change scores (Dai2007, n = 142, MD -4.00 CI -5.8 to -2.2) favoured the family intervention group compared with the control group. <p>Mental state: Average scores - SAPS/SANS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Data at 18months were skewed for both, with the SANSCV outcome not statistically significant, although the SAPS-CV outcome was significant (P = 0.03), favouring family intervention. <p>Insight</p> <ul style="list-style-type: none"> - Average change in general mental state scores for insight were only reported by Merinder 1999. Data for an unspecified period after eight sessions of family intervention and at one year were both equivocal. <p>Compliance: Leaving the study early</p> <ul style="list-style-type: none"> - By <u>three months</u>, study attrition was occurring but was no greater for the family intervention group than for the control (n = 552, 7 RCTs, RR 0.92 CI 0.6 to 1.4). - Results from <u>seven months to one year</u> were not significant (n = 733, 10 RCTs, RR 0.74 CI 0.5 to 1.0) but revealed a trend in favour of family intervention (P =0.07). - Loss to follow up from <u>13months to two years</u> (n = 887, 10 RCTs, RR 0.74 CI 0.6 to 1.0) favoured family intervention NNT 22 to prevent one participant leaving the study (CI not estimable). - Long-term data <u>from 25 months to three years</u> favoured family intervention (n = 290, 3 RCTs, RR 0.42 CI 0.3 to 0.7, NNT 6 CI 5 to 10), but results for more than three years (Tarrier 1988, n =63, RR 1.72 CI 0.7 to 4.2) were equivocal. Tarrier 1988 reported loss to follow-up data
--	--

	<p>at eight years and we found no significant difference between groups (n = 63, RR 1.72 CI 0.7 to 4.2).</p> <p>Compliance with medication</p> <ul style="list-style-type: none"> - Compliance with medication improved for people whose relatives received family intervention (n = 695, 10 RCTs, RR 0.60 CI 0.5 to 0.7, NNT 6 CI 5 to 9). <p>Compliance with community care</p> <ul style="list-style-type: none"> - No significant differences were found in compliance with community care at one year (Carra 2007, n = 29, RR 0.68 CI 0.4 to 1.1), or by two years (Carra 2007, n = 29, RR 0.85 CI 0.6 to 1.3). <p>Adverse events - death</p> <ul style="list-style-type: none"> - majority of deaths were due to suicide. Of the 377 people in the studies that reported death as an outcome, 17 (5%) committed suicide. There were five deaths due to other causes. - Family intervention had no clear effect on the numbers of people who killed themselves during the studies (n = 377, 7 RCTs, RR 0.79 CI 0.4 to 1.8). Personal communication with Professor Tarrier suggested that there might be a few more deaths in the long-term follow up of Tarrier 1988, but numbers and group of allocation have not been clarified. <p>Social functioning: Generally socially impaired</p> <ul style="list-style-type: none"> - Falloon 1981 and Xiang 1994 report on a rating of overall social impairment up to nine months. Results suggest that family intervention does significantly reduce general social impairment (n = 116, 2 RCTs, RR 0.51 CI 0.4 to 0.7). Data are heterogeneous (I² = 75%). We also found general social functioning scores (n = 90, 3 RCTs, MD -8.05 CI -13.3 to -2.8) favoured family intervention, however, again data are heterogeneous (I² = 63%). <p>Social functioning: Work (k=4)</p> <ul style="list-style-type: none"> - results at one year are equivocal (n = 285, 5 RCTs, RR unemployed 1.06 CI 0.9 to 1.3) as are those at two years (Carra 2007, n = 51, RR 1.33 CI 0.8 to 2.1), and three years (Buchkremer 1995, n = 99, RR unemployed 1.19 CI 0.9 to 1.6). - Xiang 1994 (n = 77) evaluated whether family intervention helped with a person's abilities to perform work tasks. It did not (RR 0.31 CI 0.1 to 1.0). Similarly, Ran 2003 also reported no differences in a person's ability to perform work tasks (n = 35, RR 1.68 CI 0.2 to 16.9). Xiong 1994 reported skewed data for months spent in employment. At the end of a year in this study, the 33 people in the intervention group spent an average of 5.6 months in employment (SD 5.0) compared with the 28 in the control group who spent 3.1 months employed (SD 5.1). This was statistically significant. <p>Social functioning: Living independently</p> <ul style="list-style-type: none"> - Three studies reported whether or not patients whose families received family intervention were able to move towards more independent living. The results for this show a trend towards increased ability to live independently at one year (n = 164, 3 RCTs, RR 0.83 CI 0.7 to 1.0) but total numbers are small and the results are not statistically significant. Three-year data (Buchkremer 1995) also did not indicate increased ability to live independently for either group. <p>Family outcomes: Ability to cope</p>
--	--

- *families' ability to cope: not clearly increased by the experimental intervention, no difference in the ability of the patient to cope with the key relative within the family as a result of the intervention.*
- *families' ability to understand the patients' needs: only Bloch 1995 reported this outcome and suggested that family intervention decreases poor understanding of patients' needs (n =63, RR=0.58 CI 0.4 to 0.9).*
- *Insufficient care or maltreatment by the family was reported by two studies, Xiang 1994 at six months and Ran 2003 at nine months. The results suggests a trend favouring family intervention, although this is not statistically significant (P = 0.06) and a larger study may have rendered the outcome significant (n = 111, 2 RCT, RR 0.49 CI 0.2 to 1.0).*
- *Coping by the carers (Coping with Life-events & Difficulties Interview): Coping skills were all equivocal (n = 49, MD effective coping -0.5 CI -1.9 to 0.9; MD ineffective coping 0.30 CI -0.7 to 1.3), with no benefit being shown for the carers in the intervention group compared with those in the control group.*
- *Chien 2004, using the Family Support Service Index scale: family intervention group required significantly more support than the control group (n =48, MD 0.86 CI 0.2 to 1.5). Chien 2004 also reported data from the Family Assessment Device scale: those receiving family intervention had significantly better outcomes in family functioning (n = 48, MD -6.56 CI -10.50 CI -10.5 to -2.6).*

Family outcomes: Burden

- *participants given family intervention were perceived as less of a burden according to the Family Burden Interview Schedule (n = 48, MD-7.01 CI -10.8 to -3.3).*
- *another study suggests a significant reduction in the burden felt by family carers (n = 60, MD -0.4 CI -0.7 to -0.1).*
- *Carra 2007 reported dichotomous data (n = 51) on burden and all data were equivocal. Leff 2001 and Bradley 2006 reported continuous data for burden but these were skewed and are not reported in the text.*

Family outcomes: Expressed emotion within the family

- *overall level of expressed emotion was equivocal, however families given the intervention reported a statistically significant decreases in levels of over-involvement (Tarrier 1988 , n = 63, RR 0.40 CI 0.2 to 0.7, NNT 3 CI 2 to 6) and criticism (n = 63, RR 0.44 CI 0.2 to 0.8, NNT 3 CI 3 to 9). Hostility was also significantly lower in the family intervention group (n = 87, 2 RCTs, RR 0.35 CI 0.2 to 0.7, NNT 3 CI 3 to 6).*
- *When we combined the results of three studies, significant findings in favour of family intervention for high expressed emotion became evident (n = 164, 3 RCTs, RR 0.68 CI 0.5 to 0.9) but data were heterogeneous (I² = 68%). Leff 2001 reported equivocal results for expressed emotion on continuous scores, and skewed data on critical comments, and over-involvement. Merinder 1999 reported (skewed data) expressed emotion from the Family Questionnaire which were also equivocal. Knowledge Scores reported by Leff 2001 were skewed and could not be reported due to the wide variations around the mean.*

Family outcomes: Psychological morbidity of carers

- *Data were skewed with no statistically significant difference between carers in the family intervention or standard care group.*

	<p>Family outcomes: Care giving</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Data were skewed and did not show clear differences between the experiences of the different groups of families.</i> <p>Family outcomes: Social support</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Data were too skewed to present graphically, but the study report stated that no significant differences were found between the two groups.</i> <p>Family outcomes: Stress of care giving</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Data were skewed and are not presented</i> <p>Family outcomes: Change in expressed emotion by the caregiver</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Only skewed data were available, and are not presented.</i> <p>Family outcomes: Satisfaction</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Data are skewed and difficult to interpret. None are statistically significant but there is a consistent impression that carers in the family intervention group are more satisfied with care than those allocated to standard care.</i> <p>Family outcomes: Family APGAR</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Family APGAR (n = 146, MD -2.90 CI -3.4 to -2.4) scores favoured participants given family intervention during 12 months' assessment.</i> <p>Family outcomes: Quality of life</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Families in the family intervention group had significantly higher level of quality of life than family members of the control group (n = 213, MD 19.18 CI 9.8 to 28.6) at the two-year endpoint. However, no significant differences in quality of life were found one small study (n = 50) at one year (MD -5.05 CI -15.4 to 5.3).</i> <p>Economic analyses</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Falloon 1981, Tarrier 1988 and Xiong 1994 include an economic analysis. In Falloon 1981 and Xiong 1994 direct and indirect costs of community management to patients, families, health, welfare, and community agencies were recorded, while Tarrier 1988 restricted the economic analysis to direct costs.</i> - <i>Falloon 1981 suggests that, after one year, the overall costs of the family approach were approximately 20% less than those of the control condition (Cardin 1985). In Tarrier 1988 there was a decrease of 27% in the mean cost per patient in family intervention group. In Xiong 1994 the intervention resulted in a net saving of 58% of the per capita yearly income (in China), but the proportion of this saving that directly benefited the family would vary depending on whether or not the patient had medical insurance and received work disability payment.</i>
<p>Bemerkungen</p>	<p><i>The main benefit of family intervention for people with schizophrenia is that it may decrease the risk of relapse. It may also help people with schizophrenia to consistently take their medication. Family intervention can also make family life less burden some and tense and may reduce re-hospitalisation.</i></p>
<p>Bewertung</p>	<p><u>Fragestellung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Klar formuliert und adäquat hinsichtlich unserer Suchkriterien

*Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report*

	<u>Methodik:</u> - nachvollziehbar, angemessen
	<u>Literatursuche:</u> - relevante Datenbanken, Kriterien definiert
	<u>Studienqualität:</u> - RCTs moderater bis schwacher Qualität, Heterogenität berücksichtigt

Titel	Family intervention (brief) for schizophrenia
Autoren	Okpokoro U, Adams CE, Sampson S.
Jahr	- 2014
Journal	- Cochrane Database of Systematic Reviews
Fragestellung / Zielsetzung	- To assess the effects of brief family interventions for people with schizophrenia or schizophrenia-like conditions.
Design	- Systematic review
Datenbanken	- Cochrane Schizophrenia Group Trials Register
Zeitraum	- July 2012
Anzahl eingeschlossene Studientypen	- 4 RCTs
weitere relevante Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> - All relevant randomised studies that compared brief family-oriented psychosocial interventions with standard care, focusing on families of people with schizophrenia or schizoaffective disorder were selected. - Any intervention described as 'family intervention' for people with schizophrenia, of brief duration (five sessions or less, or where the number of sessions is not stated but is less than three months duration).
relevante Ausschlusskriterien	-
Qualitätsbewertung durchgeführt	- Ja (Cochrane Risk of Bias Tool)
Für welche Patienten / Subgruppen Aussagen getroffen?	-
Primary outcome	Service utilization: Hospital admission Clinical global response: Relapse
Ergebnisse	COMPARISON 1: BRIEF FAMILY INTERVENTIONS versus STANDARD CARE Hospital admission

	<p><i>By 12 months, one study showed that less people receiving brief family intervention were admitted to hospital this was not significant (P = 0.09) (n = 30, 1 RCT, risk ratio (RR) 0.50, 95% confidence interval (CI) 0.22 to 1.11.</i></p> <p>Improved (GAS)</p> <p><i>by long term, there was non-significant favour of brief family intervention for numbers of people improved (n = 30, 1 RCT, RR 1.27, 95% CI 0.91 to 1.78.</i></p> <p>Antipsychotic dose increased</p> <p><i>By medium term, only slightly more people receiving standard care needed an increase in antipsychotic medication (n = 40, 1 RCT, RR 0.67, 95% CI 0.29 to 1.52).</i></p> <p>Mental state</p> <p>Positive symptoms (PANSS, high score = worse)</p> <p><i>There was only slight favour of brief family intervention by medium term for lower scores on the PANSS positive symptoms subscale (n = 35, 1 RCT, mean difference (MD) -0.89, 95% CI -2.84 to 1.06).</i></p> <p>Negative symptoms (PANSS, high score = worse)</p> <p><i>There was only slight favour of brief family intervention by medium term for lower scores on the PANSS negative symptoms subscale (n = 35, 1 RCT, MD -0.62; 95% CI -3.35 to 2.11).</i></p> <p>Total average score (PANSS, high score = worse)</p> <p><i>PANSS by medium term, with a slight, non-significant favour of brief family intervention (n = 35, 1 RCT, MD -2.72, 95% CI -9.79 to 4.35).</i></p> <p>Family outcome</p> <p>Average score for understanding of family member with schizophrenia (PRS, high score = greater acceptance)</p> <p><i>One study rated level of acceptance and showed a significant increase in understanding by family members through a greater level of acceptance (n = 70, 1 RCT, RR 14.90, 95% CI 7.20 to 22.60).</i></p> <p>Burden/stress - average score (BAS, high score = greater burden)</p> <p><i>One study reported the level of burden/stress on caregivers with a slight favour of brief family intervention by medium term (n = 35, 1 RCT, MD -2.52, 95% CI -10.43 to 5.39).</i></p> <p>Family coping - average score (FCOPES)</p> <p><i>One study reported family coping using the FCOPES; due to the mixture of positive and negative items within the scale and the largely subjective nature of the scale, the results have been presented in an additional table, as the true meaning of the scores and their applicability are uncertain. The results are best inspected by viewing.</i></p> <p>Expressed emotions (EE) - average score (FEICS, high score = greater EE)</p> <p><i>Results by medium term demonstrated slight favour of brief family intervention for less levels of expressed emotion, however results are not significant (n = 35, 1 RCT, MD -1.88, 95% CI -5.61 to 1.85).</i></p> <p>Leaving the study early</p> <p><i>Medium-term data were equivocal for numbers of participants leaving the</i></p>
--	--

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

	study early (n = 40, 1 RCT, RR 0.67, 95% CI 0.12 to 3.57).
Bemerkungen	<i>The findings of this review are not outstanding due to the size and quality of studies providing data; the analysed outcomes were also minimal, with no meta-analysis possible. All outcomes in the 'Summary of findings' table were rated low or very low quality evidence. However, the importance of brief family intervention should not be dismissed outright, with the present state of demand and resources available. The designs of such brief interventions could be modified to be more effective with larger studies, which may then have enough power to inform clinical practice.</i>
Bewertung	Fragestellung: Klar formuliert und adäquat hinsichtlich unserer Suchkriterien
	Methodik: nachvollziehbar, angemessen
	Literatursuche: relevante Datenbanken, Kriterien definiert
	Studienqualität: RCTs moderater bis schwacher Qualität, Heterogenität berücksichtigt

Titel	Interventions to improve the experience of caring for people with severe mental illness: systematic review and meta-analysis
Autoren	Amina Yesufu-Udechuku, Bronwyn Harrison, Evan Mayo-Wilson, Norman Young, Peter Woodhams, David Shiers, Elizabeth Kuipers* and Tim Kendall
Jahr	- 2015
Journal	- The British Journal of Psychiatry 206, 268–274.
Fragestellung / Zielsetzung	- To determine whether interventions provided to people caring for those with severe mental illness improve the experience of caring and reduce caregiver burden.
Design	- systematic review and meta-analyses of randomised controlled trials (RCTs) of interventions delivered by health and social care services to informal carers (i.e. family or friends who provide support to someone with severe mental illness).
Datenbanken	- CENTRAL, CDSR, DARE, HTA, EMBASE, Medline, Medline In-Process, AEI, ASSIA, BEI, CINAHL, ERIC, IBSS, PsycINFO, Sociological Abstracts and SSA
Zeitraum	- from the inception of databases up to June 2013

*Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report*

Anzahl eingeschlossene Studientypen	- RCTs: 24 studies met inclusion criteria for the review; of these, 20 studies were included in the meta-analysis
weitere relevante Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> - interventions delivered by health and social care services to the carers of people with severe mental illness (schizophrenia spectrum and bipolar disorders). - Carers were defined as family or friends who provided informal and regular care and support to someone with severe mental illness. - Interventions were included if they were provided to the carer alone (i.e. without the patient present) and if the content of the intervention had the aim of improving the carer's experience of care and reducing carer burden. - Studies were included if they evaluated interventions aimed at improving the experience of caregiving.
relevante Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> - studies in which more than a third of the study population cared for a person with major depression or a common mental health disorder. - We excluded studies that were limited to the provision of financial and day-to-day practical support (for example personal assistance or direct payments) or to interventions targeted at the patient rather than the carer.
Qualitätsbewertung durchgeführt	- Ja (Cochrane Collaboration Risk of Bias Tool)
Für welche Patienten / Subgruppen Aussagen getroffen?	<i>A test for difference based on the diagnosis of the patient could only be conducted for the psychoeducation intervention compared with control. All other comparisons included only carers for people with psychosis or schizophrenia and thus no subanalysis was possible. Subgroup data for psychoeducation compared with control was available only for the outcome of experience of caregiving at the end of the intervention and greater than 6-month follow-up. However, the bipolar disorder subgroup accounted for only 11% of the participant data included in this analysis and thus subanalysis based on diagnosis was unlikely to be meaningful.</i>
Primary outcome	experience of caregiving, involving positive and negative experiences of caring for someone with severe mental illness
Ergebnisse	<p>Psychoeducation v. any control</p> <p><u>experience of caregiving</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>at the end of the intervention (8 RCTs, N=428): very low-quality evidence of a large effect of psychoeducation on experience of caregiving. SMD= -1.03 (95% CI: -1.69, -0.36), I²: 89%; 63.58 (P<0.00001)</i> - <i>up to 6-month follow-up (4 RCTs, N= 215): very low-quality evidence of a large effect on the experience of caregiving SMD=-0.92 (95% CI: -1.51 to -0.32) I²:79%; 14.42 (P=0.003)</i> - <i>greater than 6-month follow-up (3 RCTs, N= 151): very low-quality evidence of a large effect of the intervention on the experience of caregiving at SMD: -1.29 (95% CI: -2.4 to -0.18) I²: 86%; 13.99 (P=0.0009)</i> - <i>However, despite large effect sizes being reported for the experience of caregiving at all end of treatment and follow-up assessments, heterogeneity was very high (I = 89%, 79% and 86% respectively) so interpretation of results should be done cautiously. Sensitivity analysis</i>

	<p><i>did not explain the possible reason for the high heterogeneity. However, inspection of the forest plots shows that the direction of effect is consistent across studies and the high heterogeneity may have been caused by differences in the magnitude of effects across studies.</i></p> <p><u>quality of life</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 RCT, N=44: low-quality evidence of no significant difference between psychoeducation and control at the end of the intervention <p><u>satisfaction with services</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 RCT, N= 39: low-quality evidence of no significant difference between the intervention and control at either the end of the intervention or up to 6-month follow-up.²⁹ <p><u>carer psychological distress</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 2 RCTs, N= 86: very low-quality evidence of no difference between the intervention and control at the end of the intervention and low-quality evidence of no difference between the groups up to 6-month follow-up. However, one study with 18 participants provided data at over 6-month follow-up showing moderate quality of a large effect of psychoeducation over control on psychological distress. - One study of participants receiving individual psychoeducation found the intervention less helpful than group psychoeducation for <u>understanding of medication</u> (= 8.39, d.f.= 1, P=0.004). - Furthermore, those receiving the group psychoeducation intervention found the sessions less useful than participants in the individual psychoeducation group for <u>learning about the community resources available to them</u> (= 8.69, d.f.= 1, P=0.004).
Bemerkungen	Despite the limitations (quality of the evidence, high risk of bias, significant heterogeneity and variations in effect sizes), the critical outcomes for both psychoeducation and support groups were consistently positive and provide qualified evidence of benefit.
Bewertung	<p><u>Fragestellung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Klar formuliert und adäquat hinsichtlich unserer Suchkriterien <p><u>Methodik:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - nachvollziehbar, angemessen <p><u>Literatursuche:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - relevante Datenbanken, Kriterien definiert <p><u>Studienqualität:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - RCTs von schwacher bis mittlerer Qualität, Heterogenität berücksichtigt

*Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report*

Titel	Psychosocial therapies for the adjunctive treatment of bipolar disorder in adults: network meta-analysis
Autoren	Chatterton, ML; Stockings, E; Berk, M; et al.
Jahr	- 2017
Journal	- BJP 210: 333-341
Fragestellung / Zielsetzung	The purpose of the systematic review and network meta-analysis (NMA) was to examine the efficacy of psychosocial interventions used for the adjunctive treatment of bipolar disorder in adults on relapse rates, depressive and manic symptoms, global functioning and medication adherence
Design	systematic review and network meta-analysis (NMA)
Datenbanken	Medline, PsychInfo, Cochrane Library of Systematic Reviews, Clinical Trials.gov, EU Clinical trials Register, ISRCTN Registry, WHO International Clinical Trials Registry Platform, Australien New Zealand Clinical Trial Registry
Zeitraum	Frim inception of the databases to 31 January 2016
Anzahl eingeschlossene Studientypen	RCTs
weitere relevante Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> • RCTs that tested a psychosocial intervention against any comparator for the treatment of bipolar disorder (including types 1 an 2 disorder and cyclothymia in the acute maintenance phase)among adults aged at least 18 years who were receiving regular mood-stabilising medication at intake • Any intervention that comprised a psychosocial strategy alongside pharmacological treatment with the primary aim of improving bipolar disorder outcomes
relevante Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> • Studies where the sample age range included those younger than 18 years; where part of all of the sample were not receiving regular mood-stabilising medication; where the authors did not report outcomes related to changes in bipolar outcomes; or where data were reported in a non-usable format and usable data could not be obtained from the study authors • Studies that evaluated collaborative care
Qualitätsbewertung durchgeführt	Cochrane Collaboration tool and techniques for assessing risk of bias
Für welche Patienten / Subgruppen Aussagen getroffen?	<ul style="list-style-type: none"> • Psychiatric comorbidity
Primary outcome	Relapse rate: Number of participants meeting criteria for a manic or depressive episode at follow-up (standardized clinical interviews, cut-off points on depression or mania symptom scales, or admission to hospital
Ergebnisse	45 publications (41 unique trials) were included: <ul style="list-style-type: none"> • CBT (k=16), Psychoeducation (k=12), Psychoeducation & CBT (k=4),














































































	<p>FFT (k=3), carer-focused interventions (k=5), PRISM (k=1)</p> <p>Outcome Relapse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Carer-focused interventions: RR=0.61(95%CI: 0.44 to 0.86) • FFT: RR=0.79 (95%CI: 0.54 to 1.15) • PE: RR=0.83 (95%CI: 0.65 to 1.06) • CBT: RR=0.89 (95%CI: 0.68 to 1.17) • PE + CBT: RR=1.12 (95%CI: 0.58 to 2.18) <p>Outcome Manic symptoms:</p> <ul style="list-style-type: none"> • PE + CBT: RR=-0.95(95%CI: -1.47 to -0.43) • PE: RR=-0.22 (95%CI: -0.64 to 0.20) • CBT: RR=-0.17 (95%CI: -0.78 to 0.43) • PRISM: RR=0.33 (95%CI: -0.22 to 0.89) <p>Outcome Depression symptoms:</p> <ul style="list-style-type: none"> • PE & CBT: RR=-0.58(95%CI: -2.41 to 1.25) • FFT: RR=-0.26 (95%CI: -0.72 to 0.20) • PE: RR=-0.14 (95%CI: -1.30 to 1.01) • CBT: RR=0.14 (95%CI: -0.62 to 0.90) • PRISM: RR=0.60 (95%CI: 0.11 to 1.09) <p>Outcome Adherence</p> <ul style="list-style-type: none"> • PE & CBT: RR=0.14(95%CI: 0.02 to 0.85) • FFT: RR=0.17 (95%CI: 0.03 to 1.04) • PE: RR=0.27 (95%CI: 0.14 to 0.53) • CBT: RR=0.69 (95%CI: 0.43 to 1.10) • Carer-focused interventions: RR=0.86 (95%CI: 0.54 to 1.36) <p>Outcome GAF:</p> <ul style="list-style-type: none"> • PRISM: RR=-0.11(95%CI: -0.65 to 0.44) • PE: RR=0.20 (95%CI: -0.17 to 0.58) • CBT: RR=0.22 (95%CI: -0.15 to 0.59) • Carer-focused interventions: RR=0.62 (95%CI: -0.63 to 1.87) • PE & CBT: RR=2.55 (95%CI: 1.69 to 3.40)
Bemerkungen	Trotz der umfangreichen Analysen bleiben auch diese Ergebnisse limitiert, weil letztlich wenige RCTs entsprechende Daten liefern und unterschiedliche Outcome-Maße in den Studien verwendet werden. Letztlich basieren die Analysen oft auf wenigen Primärdaten.
Bewertung	<p>Fragestellung: Klar formuliert und adäquat hinsichtlich unserer Suchkriterien</p> <p>Methodik: nachvollziehbar, angemessen</p>

*Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report*

	Literatursuche: relevante Datenbanken, Kriterien definiert
	Studienqualität: RCTs von mittlerer Qualität, Heterogenität berücksichtigt

Einzelstudien: Bewertung der Studienqualität

Risiko für Bias aus allen Einzelstudien zu Psychoedukative Interventionen und Dialog für Betroffene und Angehörige

	Random sequence generation (selection bias)	Allocation concealment (selection bias)	Blinding of participants and personnel (performance bias)	Blinding of outcome assessment (detection bias)	Incomplete outcome data (attrition bias)	Selective reporting (reporting bias)	Other bias
Shimazu et al. 2011							
Rabovsky et al. 2012							
Morokuma et al. 2013							
Stangier et al. 2013							
Kolostoumpis et al. 2015							
Hubbard et al. 2016							
De Souza et al. 2016							
Bilderbeck et al. 2016							
Kallestad et al. 2016							
Morriss et al. 2016							
Aagaard et al. 2017							

 Geringes Risiko
 Unklares Risiko
 Hohes Risiko

<p>Rabovsky et al. 2012 Efficacy of bifocal diagnosis-independent group psychoeducation in severe psychiatric disorders: results from a randomized controlled trial Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci (2012) 262:431–440</p>	
Methods/Design	– Randomized controlled trial
Participants	<ul style="list-style-type: none"> - N=82 (60% men and 40% women) - mean age = 38.0 - inpatient (Psychiatric Hospital of the University of Basel) - duration of illness: 11.0 [9.3] - Schizophrenia and delusion. Disord. (F2): 68,3% - Affective disorder (F3): 20.7% - Neurotic disorders (F4): 2.4% - Personality disorders (F6): 8.5% - follow up: 12 month
Interventions	<p><u>Treatment group (n=40):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - bifocal diagnosis-mixed group psychoeducation in the treatment of severe psychiatric disorders - programme for patients consists of 10 sessions, 45–60 min each, and takes place semi-weekly. The setting is open, with at most 10 participants per group. - If the patients gave their consent, the relatives were motivated to join the corresponding family groups. - The group for relatives is closed, consists of 5 sessions a 90 min, taking place (bi)weekly. <p><u>Control group (n=42):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - non-specific intervention control group: open “social-activity group” - The sessions for patients took place weekly, lasted 90–120 min each - the control group for relatives was designed as a (bi)weekly conducted closed relaxation and stress management group, consisting of 4 or 5 sessions
Outcomes	<p><u>Primary outcomes</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - rehospitalization rate (percentage of readmitted patients per group, RR), - the total number of rehospitalizations (RA) - accumulated days in hospital (DIH), the two latter per group per patient, up to 12 months after finishing the programme - Compliance was assessed by a 14-point self-rating questionnaire (CFB), which covers not only medication compliance, but also general aspects as the avoidance of risk factors. <p><u>Secondary outcomes</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - clinical global impression (CGI) - global functioning (GAS) - quality of life (global score of WHO-QOL-BREF, German version: QOL) - insight into the disease (Insight Scale: IS) - the therapeutic alliance (“Therapeutische Arbeitsbeziehung”: TAB) at baseline and at 3- and 12-month follow-up.
Results	<p>Effects at 3 (3MO)- and 12-months (12MO)-follow-up</p> <p>Rehospitalization outcome up to 12 months after the end of the programme</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>tendency switched in favour of the intervention group the longer the study period lasted: Whereas RR, RA and DIH were even higher in PE at 3MO, this effect had switched at 12MO.</i> - <i>At 12MO: RR for PE was 27.2% (6/22), compared to 42.9% (9/21) in CG.</i> - <i>Less than half as many readmissions per person per group occurred in PE</i>

	<p>compared to CG (PE: 0.45, KG: 1.05)</p> <ul style="list-style-type: none"> - DIHs in PE added up for less than 2/3 of those in CG (PE: 20.3, CG: 31.0). However, statistical significance was failed. <p>Compliance (CFB)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Compliance was better in PE compared to CG at 3MO and at 12MO with medium effect sizes (Cohen's d[3MO] = 0.64, Cohen's d[12MO] = 0.51). At 3MO, the group difference was statistically significant (52.48 vs. 49.52, total N = 50, $t(48) = 2.27$, $P = 0.028^*$, Cohen's $d = 0.66$) <p>Clinical global impression (CGI)</p> <ul style="list-style-type: none"> - mean value in PE was found to be better (= lower score) than in CG at 12MO, with medium effect size (Cohen's $d = 0.54$), improving over time between BL and 12MO with large effect size (Cohen's $d = 0.97$). The effect was not significant between groups at any time, but showed a tendency in favour of PE (3MO: 4.13 vs. 4.58, total N = 43, $P = 0.193$; 12MO: 3.75 vs. 4.40, total N = 40, $P = 0.094$). <p>Insight into the disease (Insight Scale, IS)</p> <ul style="list-style-type: none"> - no significant difference between PE and control group at any time point <p>Global assessment of function (GAS)</p> <ul style="list-style-type: none"> - mean value of GAS was found to be higher at 3MO in PE (medium effect size, Cohen's $d = 0.56$), but the effect was nearly equalized until 12MO by a medium-sized improvement in CG between BL and 12MO. The group differences did not achieve statistical significance at any study visit. <p>Quality of life (global score of the WHO-QOL-BREF, German version)</p> <ul style="list-style-type: none"> - global score of the WHO-QOL-BREF was slightly higher at BL and slightly lower at 3MO in PE versus CG. Over time (BL–12MO) the QOL score of PE improved with moderate effect size (Cohen's $d = 0.67$), and at 12MO, the group difference in favour of PE had reached a moderate effect size (Cohen's $d = 0.61$). However, no statistically significant group difference could be shown. <p>Therapeutic alliance ("Therapeutisches Arbeitsbu"ndnis", TAB)</p> <ul style="list-style-type: none"> - no significant difference was found between the groups (Cohen's $d = 0.09$ at 3MO and at 12MO).
--	--

Risk of bias Rabovsky et al. 2012

Bias	Authors' judgement Low – Unclear – high risk	Support for judgement
Random sequence generation (selection bias)	low	"The randomization was performed in blocks of 20 patients and stratified with respect to sex (m/w), age (18–34, 35–49, 50–64 years) and diagnostic group (ICD-10 F2; F32/33; F31; F4/F6). [...] by a computerized random sampling ..."
Allocation concealment (selection bias)	low	"An independent external centre performed the group assignment by a computerized random sampling and communicated it back by phone or email"
Blinding of participants and personnel (performance bias)	high	Kommentar: nicht möglich
Blinding of outcome	low	"The psychologists, who performed the assessments,

*Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report*

assessment (detection bias)		were blinded to the assignment.”
Incomplete outcome data (attrition bias)	unclear	<p>“The numbers of dropouts were comparable in both groups (PE: 7/40, 17.5%; CG: 9/42, 21.4%)”</p> <p>“There was no significant difference between dropouts and completers with respect to relevant socio-demographic or illness-related variables or baseline scores of the target variables.”</p> <p>“All findings (mean comparisons, effect sizes, rehospitalization rate, etc.) and post hoc analyses refer to the completers’ data at 3MO and 12MO, respectively.”</p>
Selective reporting (reporting bias)	low	Kommentar: alle outcomes berichtet
Other bias (adequate therapy method, treatment fidelity, supervision, training, personal, financial, or any other interests producing bias)	unclear	„the number of previous hospitalizations was significantly higher in CG (PE: M = 3.60, SD = 3.89; CG: M = 7.86, SD = 9.31; t(80) = 2.68, P = 0.009*).“
Strengths and weaknesses of the study Conclusions	<p>A strength of the study is the design of the control group. Its very similar format with an unspecific intervention added on routine care provides a solid foundation for interpreting the results as specifically induced by distinctive psychoeducational features. Those PE-specific elements are namely the interactive transfer of illness- and treatment-related knowledge and management/coping strategies, as defined in the Consensus paper of the German PE-expert-group and by the NICE-GDG.</p> <p>As limitations, the small sample and the comparatively short follow-up period should be mentioned. Both are in line with the exploratory character of the study.</p>	

<p>Maintenance Cognitive-Behavioral Therapy and Manualized Psychoeducation in the Treatment of Recurrent Depression: A Multicenter Prospective Randomized Controlled Trial</p> <p>Ulrich Stangier Am J Psychiatry 2013; 170:624–632</p>	
Methods/Design	- Multicenter prospective randomized observer-blinded study with two parallel groups
Participants	<ul style="list-style-type: none"> - N=180 patients with three or more previous major depressive episodes who met remission criteria over a 2-month baseline period (72.2% women) - mean age = 48.6 [11.6] years - outpatients - age at onset: 30.9 [12.4] years - follow up: 12 months
Interventions	<p><u>Treatment group</u>: 16 individual sessions a 50 minutes of maintenance CBT over 8 months</p> <p><u>Control group</u>: manualized psychoeducation a 20 minutes over 8 months both in addition to treatment as usual which included pharmacological continuation and maintenance treatment over the whole study period (treatment as usual was restricted to basic psychiatric care, with long-term medication prescriptions and a 10-minute medication adjustment visit every 3 months)</p> <p>and then followed up for 12 months</p>

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

Outcomes	<p><u>Primary outcomes</u> time to relapse or to recurrence of a major depressive episode, according to DSM-IV criteria</p> <p><u>Secondary outcomes</u> severity of depressive symptoms</p>	
Results	<p>Relapse and Recurrence</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>median time to relapse or recurrence</u> of major depressive episode from randomization: 607 days for maintenance CBT vs. 531 days for manualized psychoeducation (n.s.) - <u>relapse rate after a 1-year follow-up</u>: CBT (46/90, 51%) vs. manualized psychoeducation (54/90, 60%) (n.s.) - A post hoc analysis revealed similar results when patients who discontinued the study were considered as censored at the time of dropout, independent of the reason for leaving. - <u>Interaction between intervention group and number of previous episodes</u> (<5 or >5) was significant (log-rank $\chi^2=6.73$, $df=3$, $p\leq 0.02$)* <p><i>*Within the subsample of patients with five or more previous episodes, a significant difference was observed between treatment conditions (log-rank $\chi^2=5.36$, $df=1$, $p\leq 0.02$). Patients in maintenance CBT had a significantly lower relapse rate (24/48, 50%) than patients in manualized psychoeducation (30/41, 73.2%). The hazard ratio associated with the comparison of maintenance CBT with manualized psychoeducation was 0.622 (95% CI=0.356–0.850), indicating a 38% reduction in relapse risk for maintenance CBT relative to manualized psychoeducation. In contrast, we observed no significant difference for patients with fewer than five episodes in the time to relapse or recurrence of major depressive episode between treatment conditions or in the rate of recurrence at 1-year follow-up.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>changes in depressive symptoms over time</u>: significant effect of time ($F=3.23$, $df=7$, $p,0.02$) and a nonsignificant time-by-treatment interaction ($F=1.43$, $df=7$, $p,0.086$). 	
Risk of bias Stangier et al. 2013		
Bias	Authors' judgement Low – Unclear – high risk	Support for judgement
Random sequence generation (selection bias)	low	"Randomization stratified by center was employed [...] using permuted blocks to allocate patients to treatment. Treatments were assigned in a 1:1 ratio."
Allocation concealment (selection bias)	low	"Randomization stratified by center was employed via fax by the Interdisciplinary Center for Clinical Trials Mainz"
Blinding of participants and personnel (performance bias)	high	Nicht möglich
Blinding of outcome assessment (detection bias)	low	"Independent raters who were blind to treatment condition assessed outcome criteria after the 8-month treatment phase and then every 3 months for up to 1 year."
Incomplete outcome data (attrition bias)	high	"For individuals who dropped out of the study, the reason for discontinuation was classified. If they dropped out because of inefficacy or dissatisfaction with the therapy, the discontinuation was regarded as a major depressive episode relapse, with event time of the dropout date. Individuals who left for any other reason were considered as censored, with

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

		<p>dropout date as censoring time.“</p> <p>“Of 180 patients, 46 (25.6%) had discontinued the protocol by the 1-year follow-up. The difference in dropout rate at the 1-year follow-up between maintenance CBT (N=15, 8.3%) and manualized psychoeducation (N=31, 17.2%) was significant ($\chi^2=7.5$, $df=1$, $p<0.01$).“</p>
Selective reporting (reporting bias)	low	Kommentar: alle outcomes berichtet
Other bias (adequate therapy method, treatment fidelity, supervision, training, personal, financial, or any other interests producing bias)	low	“The two treatment groups did not differ significantly in any of the demographic or clinical variables except history of psychiatric hospitalization. Patients in the maintenance CBT group had significantly more inpatient treatments than those in the manualized psychoeducation group.”
Strengths and weaknesses of the study Conclusions	<p>Strengths: To control for nonspecific factors, they compared the outcome of maintenance CBT with an active control condition, manualized psychoeducation.</p> <p>Limitation: It cannot rule out the possibility that the amount of attention was the effective component in maintenance CBT in comparison to manualized psychoeducation. Maintenance CBT patients received 16 sessions of 45–50 minutes each, while manualized psychoeducation patients received 16 sessions of 15–20 minutes each. This discrepancy in time spent with a patient represents a typical treatment-related feature but confounds our conclusion about outcome relevant elements of maintenance CBT.</p>	

<p>Effectiveness of Relatives’ Psychoeducation on Family Outcomes in Bipolar Disorder Kolostoumpis et al. 2015 International Journal of Mental Health, 44: 290–302, 2015</p>	
Methods/Design	- Randomized controlled trial
Participants	<ul style="list-style-type: none"> - N= 80 relatives of patients with either type I or type II bipolar disorder (69 % women), most were parents of the patient with bipolar disorder (71.3 percent) - mean age = 53.3 years - patients: the majority were men (68.8 percent), with a mean age of 36.1 years - clinical characteristics: the majority of patients fulfilled criteria for bipolar disorder type I (63.8 percent), had fewer than five relapses (83.8 percent), and the mean value for illness duration was 13.8 years - follow up: 6 month
Interventions	<p><u>Treatment group (n= 40):</u> relatives-group psychoeducation as an adaptation of the treatment protocol developed by Reinares and colleagues in the Barcelona Bipolar Disorders Program in Spain (seven structured two-hour group psychoeducation sessions for relatives of people with bipolar disorder, as adjunct to standard pharmacotherapy)</p> <p><u>Control group (n=40):</u> treatment as usual (standard pharmacotherapy alone)</p>
Outcomes	<p><u>Primary outcomes</u></p> <p>Knowledge About Bipolar Disorder Questionnaire</p> <p>Family Burden Scale</p> <p>General Health Questionnaire–12</p>
Results	<u>Knowledge</u>

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

	<p>- at time-points t1 and t2: family psychoeducation group was found to have greater knowledge about bipolar disorder than the control group ($p < 0.01$)</p> <p><u>Burden</u></p> <p>- Psychoeducational intervention was found to substantially alleviate the relatives' burden in terms of both the overall scale score and the subscale scores upon completion of the intervention ($p < 0.01$). The beneficial effect of psychoeducation was sustained, in fact intensified, at the six-month follow-up: for global burden score; for impact on daily activities/social life; for aggressiveness; for impact on health; and for economic burden.</p> <p><u>Psychological Distress</u></p> <p>- Psychoeducation was found to yield a beneficial effect on relatives' degree of psychological distress, upon completion of the intervention and at the six-month follow-up, relatives in the intervention group reported significantly lower levels of psychological distress in comparison to relatives in the control group ($p < 0.01$) upon completion of intervention, and at the six-month follow-up.</p>	
Risk of bias Kolostoumpis et al. 2015		
Bias	Authors' judgement <i>Low – Unclear – high risk</i>	Support for judgement
Random sequence generation (selection bias)	Low risk	"Randomization occurred by using a computerized random number generator"
Allocation concealment (selection bias)	Unclear risk	no information
Blinding of participants and personnel (performance bias)	High risk	Not possible
Blinding of outcome assessment (detection bias)	Low risk	"Participants were interviewed at baseline, completion of intervention, and six-month follow-up by researchers blind to treatment allocation"
Incomplete outcome data (attrition bias)	Unclear risk	unclear
Selective reporting (reporting bias)	Low risk	all outcomes are reported
Other bias (adequate therapy method, treatment fidelity, supervision, training, personal, financial, or any other interests producing bias)	High risk	few information about treatment fidelity, supervision, training No differences in groups Relatives in the control group received no intervention
Strengths and weaknesses of the study Conclusions	Studie bleibt auf Angehörige beschränkt	

Brief group psychoeducation for caregivers of individuals with bipolar disorder: A randomized controlled trial Alison A. Hubbard Journal of Affective Disorders 200 (2016) 31–36		
Methods/Design	– Randomized controlled trial	
Participants	<ul style="list-style-type: none"> - N=32 caregivers (41% men and 59% women) - mean age = 48.12 (15.19) - Relationship N (%): Partner 11 (34.37), Parent 18 (56.25), Sibling 1 (3.12), Friend 2 (6.25) - duration of illness: ? (bipolar disorders) - one-month follow-up 	
Interventions	Treatment group (n=18): two-session psychoeducational intervention for caregivers, 150-minute group sessions spaced one-week apart Control group (n=14): waitlist control conditions	
Outcomes	Primary outcomes <ul style="list-style-type: none"> - Depression, Anxiety, Stress Scale (DASS-21) - Burden Assessment Scale (BAS) - Knowledge of Bipolar Disorder Scale - Bipolar Disorder Self-efficacy Scale 	
Results	<i>Compared to the waitlist control group, the immediate treatment group demonstrated:</i> <ul style="list-style-type: none"> - <i>large and significant reductions in caregiver burden (Group x Time interaction: $F(2, 90)=9.82, <001, \eta P2=0.18$),</i> - <i>increases in bipolar disorder knowledge (Group x Time interaction, $F(2, 90)=55.19, >001, \eta P2=0.55$, large effect sizes)</i> - <i>bipolar disorder self-efficacy (Group x Time interaction, $F(2, 90)= 14.65, <001, \eta P2=0.25$, effect sizes ranged from moderate to large)</i> - <i>These improvements maintained or increased to follow-up.</i> - <i>No significant change was observed on the DASS-21.</i> 	
Risk of bias Hubbard et al. 2016		
Bias	Authors' judgement Low – Unclear – high risk	Support for judgement
Random sequence generation (selection bias)	Low risk	"Eligible participants were then randomized to immediate intervention or a waitlist by a researcher blind to participant identity using a computerized random-number generator"
Allocation concealment (selection bias)	Low risk	"Eligible participants were then randomized to immediate intervention or a waitlist by a researcher blind to participant"
Blinding of participants and personnel (performance bias)	High risk	Not possible
Blinding of outcome assessment (detection bias)	Unclear risk	no information
Incomplete outcome data (attrition bias)	Low risk	"All analyses were intention to treat" Lost to follow-up: N=2
Selective reporting (reporting bias)	Low risk	Kommentar: alle Outcomes berichtet
Other bias (adequate therapy method, treatment fidelity,	High risk	Kommentar: keine aktive Kontrollintervention

supervision, training, personal, financial, or any other interests producing bias)		
Strengths and weaknesses of the study Conclusions	<ul style="list-style-type: none"> - small sample size - reliance on self-report and the sample comprised mostly of parents and partners, so it unclear if results generalize to other carer groups. - Large and enduring improvements in carer burden, knowledge, and bipolar disorder self- efficacy can be achieved from a very brief, two-session intervention. 	

Six-session caregiver psychoeducation on bipolar disorder: Does it bring benefits to caregivers? Marília Silva de Souza International Journal of Social Psychiatry 2016, Vol. 62(4) 377–385		
Methods/Design	– Randomized controlled trial	
Participants	<ul style="list-style-type: none"> - N= 73 caregivers (79.2 % women) - mean age = \bar{x} = 44.1 [12.1] - 58.5% of respondents were mothers and 28.3% were partners - follow up: 6 month 	
Interventions	<u>Treatment group (n=25)</u> : psychoeducation (the intervention was structured in six meetings, lasting 90 minutes each and with a frequency of once or twice a week, individually with each of the selected caregivers) <u>Control group (n=28)</u> : usual treatment (without psychoeducation following a manual)	
Outcomes	<u>Primary outcomes</u> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Caregiver burden</i>: The Family Burden Interview Schedule (FBIS) was adapted for Brazil with the name: Scale of Psychiatric Patient Family Burden (FBIS-BR) with five dimensions of objective burden: assistance in everyday life of the patient, supervision of problematic behaviors of the patient, financial expenses due to the patient, impact on the daily routine of the family and family concerns with the patient. - <i>Caregiver self-esteem</i>: Rosenberg Self-Esteem Scale (RSS). - <i>Caregiver quality of life</i>: The 36-Item Short Form Health Survey (SF-36) from the Medical Outcomes Study was used to evaluate quality of life (eight multi-item dimensions: physical functioning (PF), role limitations due to physical problems (RP), role limitations due to emotional problems (RE), social functioning (SF), mental health (MH), energy/vitality (VT), body pain (BP) and general health perception (GH). 	
Results	<ul style="list-style-type: none"> - <i>no significant differences regarding levels of objective burden between groups / Objective burden scores showed significant reduction in the usual treatment group ($p = .003$) and a trend toward decrease in the psychoeducational intervention ($p = .081$).</i> - <i>Both groups presented improvement in subjective burden scores throughout the interventions.</i> - <i>no differences regarding improvement in perceived self-esteem and quality of life when comparing means between the groups with and without intervention.</i> 	
Risk of bias de Souza et al. 2016		
Bias	Authors' judgement Low – Unclear – high risk	Support for judgement
Random sequence generation (selection bias)	unclear risk	"Before the initial evaluation, there was a randomized draw."

*Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report*

Allocation concealment (selection bias)	Unclear risk	unclear
Blinding of participants and personnel (performance bias)	High risk	Not possible
Blinding of outcome assessment (detection bias)	Low risk	<i>"The raters were blinded to the randomization group."</i>
Incomplete outcome data (attrition bias)	High risk	<i>"there were losses at different periods of the evaluations, totaling 20. The reasons for the losses were varied."</i>
Selective reporting (reporting bias)	Low risk	all outcomes are reported
Other bias (adequate therapy method, treatment fidelity, supervision, training, personal, financial, or any other interests producing bias)	High risk	<i>"The RP domain of quality of life was the only measure significantly different between groups at baseline assessment"</i>
Strengths and weaknesses of the study Conclusions	<ul style="list-style-type: none"> - <i>sample was small and there was a difference between groups at the initial evaluation, where the group without intervention had relatively lower scores than the intervention group.</i> - <i>control group received standard intervention without any procedure to control the potential effect of time spent in psychoeducational intervention with the therapist or the potential therapeutic impact of the sessions.</i> - <i>caregivers who participated in the intervention group had many responsibilities, making the schedule, the time commitment and time required, in addition to getting to the site of the psychoeducation, considerable factors. There was a reduction in the number of sessions when compared with the original instructions, which comprised 21 sessions (Colom & Vieta, 2006).</i> - <i>content was turned toward bipolar individuals. The sessions were conducted individually with the caregiver, as the literature indicates the effectiveness of multifamily intervention groups and/or patient and caregiver (Madigan et al., 2012; Reinares et al., 2010).</i> - <i>control group had free explanation from the psychiatrist, which is usual in clinical care settings. This might be another possible explanation for the lack of differences in the outcomes of both groups.</i> - <i>specific conditions of caregiver mental health diagnosis were not observed. Furthermore, clinical patient information was not considered (illness duration, treatment, etc.) due to the focus on caregiver health.</i> 	

<p>Psychoeducation and online mood tracking for patients with bipolar disorder: A randomised controlled trial Bilderbeck A.C. Journal of Affective Disorders 205(2016)245–251</p>	
Methods/Design	– Randomized controlled trial
Participants	<ul style="list-style-type: none"> - N=121 (72.7 % women) - mean age = 44(16–76) years - outpatients - Age of illness onset: 20(4–47) years - BP I: 65.3% - BP II: 34.7% - follow up: 12 months
Interventions	<p><u>Treatment group (n=60)</u>: FIMM: standard medication management + weekly mood monitoring + 5 x 50 min individual sessions of facilitator integrated mood management (psychoeducation sessions administered by a therapist)</p> <p><u>Control group (n=61)</u>: MIMM: standard medication management + weekly mood monitoring + a self-care manual with instructions regarding mood management (self-administered psychoeducation)</p> <p>Medication and case management was provided by NHS teams.</p>
Outcomes	<p><u>Primary outcomes</u>: self-rated depressive symptoms (using the QIDS-SR16) over the 12-month follow-up period weekly ratings of depression with the Quick Inventory of Depressive Symptomatology patient-rated version (QIDS-SR16; Rush et al., 2003) and mood elevation with the Altman Self-Rating Mania scale (ASRM; Altman et al., 1997), both of which were implemented in the True Colours system.</p> <p>The <u>Secondary outcomes</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - weekly ASRM (mania) scores - Oxford Bipolar Knowledge Questionnaire (OBQ) - relapse, defined as new interventions for emergent mood symptoms and/or admission to inpatient care or intensive community treatment - proportion of weeks well, defined as the number of weeks over the post-intervention follow-up (Weeks 14– 52) where QIDS-SR16 scores \leq 10 and ASRM scores \leq 5, divided by the total number of weeks for which ratings were available
Results	<p>QIDS-SR16 and ASRM scores and Relapse</p> <p>Over follow-up, there were no group differences in:</p> <ul style="list-style-type: none"> - weekly self-rated depression symptoms (QIDS-SR 16 and ASRM scores) or - relapse/readmission rates <p><i>When ASRM scores were considered continuously (rather than as a dichotomous outcome), however, there was a main effect of time ($F[1,5308]=4.88, p=0.03$) indicating improvement in mania/hypomania scores. There was also a treatment by time interaction ($F[1,5308]=4.55, p=0.03$), indicating a steeper slope of change in mania scores in the FIMM group than the MIMM group.</i></p> <p>OBQ scores and proportion of weeks well</p> <p><i>knowledge of BD (assessed with the Oxford Bipolar Knowledge questionnaire (OBQ)) was greater in the FIMM than the MIMM group at 3 months months ($F[1,94]=9.82, p=0.002$). There was no significant difference between FIMM and MIMM at 12 months in this model ($F[1,74]= 0.19, p=0.66$).</i></p> <p><i>Treatment condition was not associated with the proportion of weeks well</i></p>

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

	<p>over the post-intervention follow-up</p> <p>Greater illness knowledge at 3 months was related to a higher proportion of weeks well over 12 months.</p>	
Risk of bias Bilderbeck et al. 2016		
Bias	Authors' judgement Low – Unclear – high risk	Support for judgement
Random sequence generation (selection bias)	Low risk	"A computerized system was used to randomize participants. Allocation was stratified by diagnostic subtype (BP I vs. BP II) and whether patients were in full recovery (defined as 4 consecutive weeks with minimal or no mood symptoms or not at the time of randomisation.)"
Allocation concealment (selection bias)	Unclear risk	no details
Blinding of participants and personnel (performance bias)	High risk	Not possible
Blinding of outcome assessment (detection bias)	Unclear risk	"All participants were asked to complete weekly, remote symptom assessments of depression and (hypo)mania via the True Colours system"* * True Colours is an online system which schedules and prompts (via email and/or text message) self-report questionnaires, as well as curating the collected data. The system provides a graphical representation (e.g. a line graph) of symptoms over time, and individuals can share access to their account with their treating clinicians. No further details
Incomplete outcome data (attrition bias)	Low risk	"In the intention-to-treat sample, 1 participant in the FIMM group withdrew 12 weeks after randomisation. Two participants withdrew from MIMM (1 participant withdrew one week after randomization due to finding the manual overwhelming and another participant no longer wished to continue 10 weeks after randomisation)."
Selective reporting (reporting bias)	Low risk	All outcomes reported
Other bias (adequate therapy method, treatment fidelity, supervision, training, personal, financial, or any other interests producing bias)	Low risk	"FIMM and MIMM groups were well matched. A small but unbalanced number of participants were not taking medicines (7 vs. 1 for MIMM and FIMM, respectively)."
Strengths and weaknesses of the study Conclusions	<p>All patients were already enrolled in self-monitoring of mood using True Colours, which may have had an educational value in itself.</p> <p>The choice of depressive symptoms as a primary outcome was somewhat arbitrary.</p>	

The long-term outcomes of an effectiveness trial of group versus individual psychoeducation for bipolar disorders Håvard Kallestad, Elin Wullum, Jan Scott, Tore C. Stiles, Gunnar Morken Journal of Affective Disorders 202 (2016) 32–38	
Methods/Design	– Pragmatic, parallel group RCT
Participants	<ul style="list-style-type: none"> - N=85 (59.5% women in GP and 48.8% women in IP) - mean age = 38.1(SD=13.0) years - Referred via Inpatient services: 45.2% in GP and 48.8% in IP - moderate levels of impairment and symptom severity respectively (GAF: Mean 63.6 in GP and Mean 62.1 in IP) - bipolar disorder - follow up: 8 years
Interventions	<p><u>Treatment group (n=42):</u> Group psychoeducation (GP): manualized intervention based on the model described by Colom and Vieta</p> <p><u>Control group (n=43):</u> Individual Psychoeducation (IP): three one-hour sessions of IP were held weekly and comprised a manualized intervention based on Collaborative Care Workbook (Otto et al.,2003) from the STEP-BP study (Sachs, 2004)</p>
Outcomes	<p><u>Primary outcomes</u> time to first hospitalization during the first 27 months after the randomization date, corresponding to the end of the GP intervention.</p> <p><u>Secondary outcome:</u> time to first hospitalization in the first eight years after the randomization date, and the number and duration of hospitalizations in the first eight to ten years after the randomization date. (If readmission occurred within 72 h of discharge, the event was recorded as a single admission)</p>
Results	<p><u>Time to first admission during the main study period and follow-up period (first eight years after randomization)</u></p> <p>-Over the full follow-up period, 25 (58.1%) IP cases and 17 (40.4%) GP cases were hospitalized at least once (statistically significant differences in time to first admission between the two groups ($\chi^2=13.19$; $p<0.01$))</p> <p>-regression model: group allocation ($p=0.07$) and mental state at commencement of the intervention ($p=0.1$) did not contribute significantly to the final model</p> <p>-factors that were significantly and independently associated with earlier admission during the long- term follow-up were: the presence of Harmful Alcohol and/or Substance Use (HSU), more prior admissions, BDII subtype, and younger age</p> <p>-complex and significant interaction between treatment group and HSU: cases without HSU who were allocated to GP had the longest survival (reference group), whilst individuals with HSU who were allocated to GP had the shortest survival (OR 0.18;95%CI 0.05,0.81;$p=0.02$).</p> <p><u>Changes in Patterns of Hospital Use (first eight years after randomization)</u></p> <p>-median number of hospital admissions was one and the median length of stay was about five days (no between group differences)</p> <p>-When changes in the pattern of hospital use were explored it was found that, after taking into account other co- variates (age, gender, mental state, BD subtype and HSU), receiving GP was associated with a marginal, but statistically significant reduction in pattern of hospital use (OR: -0.05; 95%CI: -0.062, -0.006;$p=0.04$). However, this regression model only correctly classified</p>

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

	<p>66% of all cases.</p> <p><i>In conclusion, it was found that GP was superior to IP in delaying hospital admissions in a representative population of BD cases recruited from routine clinical settings. However, BD patients with HSU have worse outcomes following GP compared to those without an HSU.</i></p>	
Risk of bias Kallestad et al. 2016		
Bias	Authors' judgement Low – Unclear – high risk	Support for judgement
Random sequence generation (selection bias)	Low risk	<i>"After the pre-treatment assessments, randomization (concealed) was under taken by the Randomization Unit at the Department of Clinical Medicine at the Norwegian University of Science and Technology using an Internet based computer program. There was no stratification or other restrictions on the randomization."</i>
Allocation concealment (selection bias)	Low risk	<i>"None of the study investigators were involved in the randomization process. The participants were immediately informed as to whether they were allocated to GP or IP"</i>
Blinding of participants and personnel (performance bias)	High risk	Not possible
Blinding of outcome assessment (detection bias)	Low risk	<i>"The time to first admission, and the total number and duration of hospitalizations from the date the patients were randomized until April 2015 were obtained from hospital records."</i>
Incomplete outcome data (attrition bias)	Low risk	<i>"In total, nine of 85 patients (10.6%) did not complete the treatment." "All analyses are in- tent to treat (ITT)."</i>
Selective reporting (reporting bias)	Low risk	alle outcomes berichtet
Other bias (adequate therapy method, treatment fidelity, supervision, training, personal, financial, or any other interests producing bias)	High risk	<i>"A major limitation is the lack of structured training in psychoeducation for the therapists in this trial"</i>
Strengths and weaknesses of the study Conclusions	<i>Because we did not have a control condition that was matched for duration and number of sessions, we do not know if the delayed time to hospitalization in GP as compared to IP was a result of general support or if it was related to the content of the treatment. The very wide confidence intervals for some of the odds ratios suggest that some of the findings need to be replicated</i>	

The efficacy of psychoeducation on recurrent depression: a randomized trial with a 2-year follow-up Aagaard J et al. Nordic Journal of Psychiatry 2016		
Methods/Design	– Randomized controlled trial	
Participants	<ul style="list-style-type: none"> - N= 80 (29% men) - mean age = 48 years - Community Mental Health Centres - Medium duration from the first hospitalization for recurrent depression to randomization was 1.7 years (Range: 1 month to 33 years): - Married: 64% in PE-group vs. 37% in control group (p=0.020) - follow up: 24 months 	
Interventions	<p><u>Treatment group (n=42):</u> psychoeducative programme and TAU (eight sessions, each of 2 hours duration and 2-year outpatient follow-up)</p> <p><u>Control group (n=38):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - only 2-year outpatient follow-up 	
Outcomes	<p><u>Primary outcomes:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -psychiatric inpatient services -Depression symptoms (BDI) <p><u>Secondary outcomes</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - dropout/non-compliance - Psychotropic treatment - Social measurements 	
Results	<p><u>Inpatient services:</u></p> <p>No significant differences between groups</p> <p><u>Depression severity:</u></p> <p>BDI decreased significantly over time. No differences were seen between groups.</p> <p><u>Dropouts:</u></p> <p>3 cases vs. 9 controls (p=0.043)</p> <p><i>Analysis of predictors of the combined variable drop-outs plus partial/non-compliance at the least interview date, involving 21 (27%) of the patients vs the remaining 57 patients, showed that patients belonging to the control group were a significant predictor (p=0.022)</i></p> <p><u>Social measurements</u></p> <p><i>Changes in Labour market: 17 cases with a total of 23 changes vs. 12 controls with 14 changes (there was a significant difference in pattern of changes in favour of cases, p=0.011)</i></p>	
Risk of bias et al. Aagaard et al. 2016		
Bias	Authors' judgement	Support for judgement
	Low – Unclear – high risk	
Random sequence generation (selection bias)	Low risk	"...each of the CMHCs had received two boxes with numbered closed envelopes for a sex and centre stratified randomization"
Allocation concealment (selection bias)	Low risk	"After obtaining written informed consent, the patient opens a project envelope for randomization."
Blinding of participants and personnel (performance bias)	Hig risk	Not possible

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

Blinding of outcome assessment (detection bias)	Low/high risk	“Data concerning the use of psychiatric services 2 years before and 2 years after the randomization date, and age at first admission with a recurrent depression were obtained from the Central Psychiatric Research Register” No blinding for other outcomes
Incomplete outcome data (attrition bias)	Low risk	Compliance was good. Dropouts: 3 cases vs. 9 controls (p=0.043)
Selective reporting (reporting bias)	Low risk	alle Outcomes berichtet
Other bias (adequate therapy method, treatment fidelity, supervision, training, personal, financial, or any other interests producing bias)	High risk	- Married: 64% in PE-group vs. 37% in control group (p=0.020) - No active control group
Strengths and weaknesses of the study Conclusions	Limitationen liegen in kleiner Stichprobengröße und geringen Anzahl der Sitzungen von 8	

Psychoeducation for major depressive disorders: A randomised controlled trial Morokuma et al. Psychiatry Research 210 (2013) 134–139	
Methods/Design	– Randomized controlled trial
Participants	- N= 34 (44 % men) - mean age = 43 years - patients with major depression - mean duration of illness: 36.8 months, - mean number of previous admissions: 0.3 - GAF: Mean (SD) PE-group 56.3 (11.2) vs. control group 60.6 (13.0), (p=0.323) - follow up: 9 months
Interventions	<u>Treatment group (n= 19):</u> group psychoeducation for patients over six sessions (1.5 hours, didactic lecture and group problem-solving) plus TAU <u>Control group (n=15):</u> TAU alone “All the patients received outpatient treatment given by psychiatrists who were different from those administering psychoeducation, performing the psychometric assessments or judging relapse. This TAU consisted of clinical management including assessment of the psychiatric symptoms and subsequent prescription of antidepressant(s) once every 2 weeks. The duration of a clinical visit was about 15 min. All the patients were asked not to undertake any formal psychotherapy during the trial.”
Outcomes	<u>Primary outcomes</u> - Relapse <u>Secondary outcomes</u> - depressive symptoms
Results	Relapse - intention-to-treat analysis: relapse occurred in one patient (6%) in the intervention group and in five patients (36%) in the control group - mean (standard deviation, S.D.) HRSD-17 and BDI-II scores at relapse were 25.0 (4.1) and 33.3 (6.1), respectively

	<p>- Kaplan–Meier survival analysis: time to relapse was significantly longer in the intervention group than in the control group (P=0.011)</p> <p>- median time to relapse: 274 days for the intervention group and 221 days for the control group</p> <p>- crude risk ratio of relapse by 9 months was 0.12 (95% confidence interval (CI); 0.02–0.87, P=0.015), corresponding with a number needed to treat (NNT) of 3.2 (95%CI: 2.8–21.4)</p> <p>- control for possible confounders (sex, age, illness duration, baseline HRSD-17 score, baseline antidepressant dosage and intervention): only intervention emerged as a significant predictor of the time to relapse (hazard ratio, HR=0.091, 95%CI: 0.01–0.87, P=0.038)</p> <p>Nine-month outcomes (N=27)</p> <p>-HRSD (Hamilton), Mean (SD): PE-group: Baseline 12.4 (5.7), Follow-up 6.5 (5.3) vs. control group: Baseline 10.6 (5.0), follow-up 15.0 (8.5); p= 0.002</p> <p>- BDI-II (Beck): Mean(SD): PE-group: Baseline 23.9 (12.3), follow-up 10.4 (10.1) vs. control group: Baseline 19.0 (10.7), follow-up 21.8 (12.2); p= 0.008</p> <p>- CGI-severity (clinical global impression), Mean(SD): PE-group: Baseline 3.35 (0.61), follow-up 2.47 (0.94) vs. control group: Baseline 3.00 (0.67), follow-up 3.40 (1.07); p=0.035</p> <p>- GAF (functioning), Mean(SD): PE-group: Baseline 56.0 (11.4), follow-up 77.1 (12.4) vs. control group: Baseline 60.9 (11.7), follow-up 61.6 (18.0); p= 0.02</p> <p>- rate of remitted patients in the intervention group was 10 out of 17 (58.8%) and that in the control group was two out of 10 (20.0%) (P=0.110).</p> <p>- adherence to the antidepressant treatment was not different between the intervention and control groups</p>
--	---

Risk of bias Morokuma et al. 2013

<i>Bias</i>	<i>Authors' judgement Low – Unclear – high risk</i>	<i>Support for judgement</i>
Random sequence generation (selection bias)	Low risk	<i>"After the agreement, the participants were randomly allocated to intervention and control groups. We used a straightforward random sequence without stratification or block as generated by use of a random number table."</i>
Allocation concealment (selection bias)	Low risk	<i>"The random allocation list was centrally kept by a research assistant and the allocation was conveyed to the investigators and clinicians only after the participant was registered."</i>
Blinding of participants and personnel (performance bias)	High risk	Not possible
Blinding of outcome assessment (detection bias)	Low risk	<i>"Both the intervention and control groups were instructed not to mention whether or not they were receiving psychoeducation to their treating psychiatrists or to those performing psychiatric assessment"/ "Masked raters administered the Hamilton Rating Scale for Depression-17 (HRSD-17)."</i>
Incomplete outcome data (attrition bias)	High risk	<i>"Of the 34 patients randomly allocated to the intervention and control groups, one patient in the</i>

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

		<i>intervention group and one patient in the control group withdrew their consent before actually entering the study, resulting in 32 patients who entered the study, with 18 in the intervention group and 14 in the control group. During the study period, one patient in the intervention group dropped out and four patients in the control group changed hospitals. Follow-up data at 9 months for these five patients were not available, but we will focus on these 32 patients as our intention-to-treat sample, with the dropouts treated as censored cases as appropriate"</i>
Selective reporting (reporting bias)	Low risk	alle outcomes berichtet
Other bias (adequate therapy method, treatment fidelity, supervision, training, personal, financial, or any other interests producing bias)	High risk	No active control intervention No information to training or supervision
Strengths and weaknesses of the study Conclusions	number of patients was very small	

Family psychoeducation for major depression: randomised controlled trial Shimazu et al. The British Journal of Psychiatry (2011) 198, 385–390	
Methods/Design	– Randomized controlled trial
Participants	<ul style="list-style-type: none"> - N= 54 (56% men) - Age, years: mean (s.d.) PE group 59.2 (14.6) vs. control group 60.9 (13.0) - Illness duration, years: mean (s.d.) PE group 11.6 (2.7) vs. control group 11.0 (2.0) - Number of admissions, mean (s.d.) PE group 0.8 (1.2) vs. control group 0.8 (1.9) - Out-patients - Family members (n): - Father 2 vs. 0 - Mother 0 vs. 3 - Husband 7 vs. 13 - Wife 14 vs. 12 - Son 1 vs. 1 - Daughter 0 vs. 1 - Age, years: mean (s.d.) PE group 59.0 (11.4) vs. control group 61.8 (10.7) - follow up: 9 months
Interventions	<p><u>Treatment group (n=24)</u>: four family psychoeducation sessions for carers consisting of didactic lectures about depression and group problem-solving focusing on how to cope in high-EE situations. (Only one family member per patient, sessions took place once every 2 weeks, each session lasted 90–120 min)</p> <p><u>Control group (n=30)</u>: Intervention and control group received standard out-patient treatment (provided by psychiatrists unaware of the treatment allocation of the patients or the EE level of patients' families, evaluation of psychiatric symptoms, assessment and management of drug treatment, and supportive</p>

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

	psychotherapy on a bi-weekly Basis)	
Outcomes	<p><u>Primary outcomes</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - relaps rate <p><u>Secondary outcomes</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Expressed emotion (Five-Minute Speech Samples (FMSS)) - Family Attitude Scale (FAS) - Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) - Beck Depression Inventory (BDI) 	
Results	<p>Relapse at 9-months:</p> <ul style="list-style-type: none"> - in 2 patients (8%) in the intervention group vs. 15 (50%) in the control group (RR = 0.17, number needed to treat 2.4, 95% CI 1.6–4.9) - Kaplan–Meier survival analysis: time to relapse was statistically significantly longer in the intervention group than in the control group ($\chi^2 = 9.57$, d.f. = 1, $P = 0.002$) - hazard ratio (HR) of relapse by 9 months: 0.17 (95% CI 0.04–0.75; Fisher’s exact test, $P = 0.002$) <p>At time of the recurrence:</p> <ul style="list-style-type: none"> - mean HRSD scores: 22.5 vs. 29.1 - mean BDI scores: 26.5 vs. 25.2 in the intervention and control groups respectively <p>Remission rates at 9 months:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 83% and 33% respectively ($P = 0.001$). - Cox proportional hazard analysis: HRSD score emerged as a significant predictor (OR = 1.08, 95% CI 1.03–1.14, $P = 0.003$) and the effect of the intervention remained statistically significant (OR = 0.17, 95% CI 0.04–0.75, $P = 0.02$) <p>Expressed emotion</p> <ul style="list-style-type: none"> - baseline EE status did not moderate the effectiveness of the intervention - - statistically significant reduction in EE measured with FMSS or FAS after the family psychoeducation 	
Risk of bias Shimazu et al et al. 2011		
Bias	Authors’ judgement <i>Low – Unclear – high risk</i>	Support for judgement
Random sequence generation (selection bias)	Low risk	<i>“The random sequence was generated by use of a random number table”</i>
Allocation concealment (selection bias)	Low risk	<i>“... and was kept by an independent clerk who allocated the intervention to the consecutive sample.”</i>
Blinding of participants and personnel (performance bias)	High risk	Not possible
Blinding of outcome assessment (detection bias)	Low risk	<i>“When the treating psychiatrist masked to the allocated intervention or EE status recognised re-emergence of a major depressive episode according to DSM–IV criteria in the course of the bi-weekly visits constituting treatment as usual, the patient was referred to an independent psychiatrist, also masked to the patient’s allocation, who administered the HRSD and BDI.”</i>
Incomplete outcome data (attrition bias)	Low risk	<i>“The intervention was acceptable to the family members as all the participants allocated to the intervention completed four sessions.”</i>

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

Selective reporting (reporting bias)	Low risk	All outcomes reorted
Other bias (adequate therapy method, treatment fidelity, supervision, training, personal, financial, or any other interests producing bias)	High risk	comparison between family education in addition to treatment as usual v. treatment as usual only
Strengths and weaknesses of the study Conclusions	first study shows that psychoeducation limited to patients' families was effective in preventing relapse in patients with major depression small sample size	

<p>Clinical effectiveness and acceptability of structured group psychoeducation versus optimised unstructured peer support for patients with remitted bipolar disorder (PARADES): a pragmatic, multicentre, observer-blind, randomised controlled superiority trial. Morriss R, Lobban F, Riste L, Davies L, Holland F, Long R, Lykomitrou G, Peters S, Roberts C, Robinson H, Jones S; NIHR PARADES Psychoeducation Study Group. Lancet Psychiatry. 2016 Nov;3(11):1029-1038.</p>		
Methods/Design	<ul style="list-style-type: none"> – Pragmatic, multicenter, parallel-group, observer-blind, randomized controlled trial at 8 community sites in two regions in England 	
Participants	<ul style="list-style-type: none"> - N= 304 (42 % men) - mean age = 45 years - patients with Bipolar I: 75% vs. 85% - number of previous bipolar epsiodes: 1-7: 14% vs. 12%, 8-19: 33% vs. 30%, >/=20: 54% vs. 58% - follow up: 2 years 	
Interventions	<p><u>Treatment group (n= 153):</u> structured group psychoeducation (21 2-h weekly sessions) <u>Control group (n= 151):</u> optimized unstructured peer support (also 21 sessions) Participants in both groups received the study intervention in addition to their usual treatment, usually medication</p>	
Outcomes	<p><u>Primary outcomes</u> time from randomisation to next bipolar episode <u>Secondary outcomes</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - time to next mania-type episode - time to next depressive episode (LIFE) - symptoms of mania-type and depression symptoms - functioning (Social Adjustment Scale (SAS), Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS)) - measures of mood (GRID-Hamilton Depression Rating Scale, Bech-Rafaelsen Mania Scale, Hospital Anxeity and Depression Scale, Short Form [SF]-12 mental and physical component scores) 	
Results	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Attendance at psychoeducation groups was higher than at peer-support groups (median 14 sessions [IQR three to 18] vs nine sessions [two to 17]; p=0.026)</u> - <u>At 96 weeks, 89 (58%) participants in the psychoeducation group had experienced a next bipolar episode compared with 98 (65%) participants in the peer-support group; time to next bipolar episode did not differ between groups (67 weeks vs. 48 weeks, hazard ratio [HR] 0.83, 95% CI 0.62-1.11; p=0.217)</u> - <u>Planned moderator analysis showed that psychoeducation was most beneficial in participants with few (one to seven) previous bipolar</u> 	

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

	<p>episodes (χ^2; HR 0.28, 95% CI 0.12-0.68; $p=0.034$).</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>participant treatment preference</u> before randomization had no moderating effect on time to next bipolar episode - proportion of participants with a <u>next mania-type episode</u> was lower in the PE-group (25% [n=39]) than in the peer-support group (35% [n=53]), weak evidence that <u>time to mania-type episode</u> was longer in participants in the PE-group (HR=0.66, 95% CI: 0.44-1.00; $p=0.049$) - proportion of participants with a <u>depressive episode</u>: PE-group 52% (n=80) vs. control group 54% (n=82), time to next depressive episode did not differ significantly between groups - no significant intervention effects on <u>symptoms, functioning or self-rated mental or physical health outcomes or in medication use</u> - PE-Participants had faster improvement in the SAS interpersonal domain ($p=0.012$) 	
Risk of bias Morriss et al. 2016		
Bias	Authors' judgement Low – Unclear – high risk	Support for judgement
Random sequence generation (selection bias)	Low risk	<p>“Participants were individually randomly assigned (1:1), via a computer-generated stochastic allocation sequence” (by a clinical trials unit)</p> <p>“Randomisation was minimised by number of previous episodes (one to seven, eight to 19, or ≥ 20) and stratified by clinical site”</p>
Allocation concealment (selection bias)	Low risk	<p>“To ensure masked allocation, the research assistants sent participant details to the trial coordination team at a separate site, who in turn passed the participant information to the clinical trials unit for randomisation. The clinical trials unit reported the randomization allocation to the trial coordination team, which directly informed each participant and the lead health professional running the treatment group to which the participant was allocated.”</p>
Blinding of participants and personnel (performance bias)	High risk	Not possible
Blinding of outcome assessment (detection bias)	Low risk	<p>“Outcome assessors were masked to group allocation”</p>
Incomplete outcome data (attrition bias)	Low risk	<p>“Four (1%) participants (one in the psychoeducation group and three in the peer-support group) died during follow-up; these deaths were deemed unrelated to the study interventions or procedures.”</p> <p>Complete date for the primary outcome</p> <p>“We did analysis by intention to treat.”</p>
Selective reporting (reporting bias)	Low risk	Outcomes reported
Other bias (adequate therapy method, treatment fidelity, supervision, training, personal, financial, or any other interests producing bias)	Low risk	no further bias

Strengths and weaknesses of the study Conclusions	<p><i>Structured group psychoeducation was no more clinically effective than similarly intensive unstructured peer support, but was more acceptable and improved outcome in participants with fewer previous bipolar episodes.</i></p> <p><i>Strengths: Large study size, multicenter design, independence of the research team, training and supervision, high quality trial</i></p> <p><i>Limitations: low rate of completion of self-rated symptomatic and functional outcomes, no formal rating of blinding, no treatment-as-usual group</i></p>
--	--

Psychoedukative Interventionen für Betroffene und Angehörige und Trialog – Evidenztabellen aus aggregierter Evidenz

Tab. E1: Übersicht aggregierter Evidenz zur Wirksamkeit von psychoedukativen Interventionen

Autoren Jahr	Inkludierte Primärstudien	Patienten	Intervention	Kontrollintervention	Länge Follow-Up
	<ul style="list-style-type: none"> Anzahl & Design Land 	<ul style="list-style-type: none"> Diagnose Anzahl (N) Alter in Jahren Erkrankungsdauer/stationäre Behandlungen Setting 	<ul style="list-style-type: none"> Art der Intervention Format der Intervention Dauer Einbezug Angehöriger 		
Psychoedukation und Familienpsychoedukation mit psychoedukativer Komponente bei Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis					
Pitschel-Walz et al. 2001 <i>Familieninterventionen</i>	<ul style="list-style-type: none"> 25 RCTs¹⁹ K.A. 	<ul style="list-style-type: none"> Überwiegend Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis Min: N=23; Max: N=418 Durchschnittliches Alter: 16 - 40 Durchschnittliches Anzahl stationärer Behandlungen: 1-7 Ambulantes Setting: 62% 	<ul style="list-style-type: none"> Psychoedukativ ausgerichtete Familieninterventionen Kurzzeit vs. Langzeitinterventionen 2 Wochen bis 4 Jahre In allen Studien, Angehörige der eingeschlossenen Patienten waren zumeist Eltern (50-100%) 	<ul style="list-style-type: none"> TAU: k=12 Psychosoziale Patienten-Intervention in der KG: psychoedukative Intervention, social skill training, supportive oder kognitive PT 	Bis 24 Monate
Pilling et al. 2002 <i>Familieninterventionen</i>	<ul style="list-style-type: none"> 18 RCTs²⁰ K.A. 	<ul style="list-style-type: none"> Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis N=1467 31,2 Jahre 6,3 Jahre K.A. 	<ul style="list-style-type: none"> Familien Sitzungen mit mind. einer der folgenden Komponenten: PE; Ansätze zum Problemlösen und zum Krisenmanagement Single-Familien-Intervention vs. Mehrfamilienintervention (Mind.) 6 Wochen bis zu 2 Jahren Familienintervention unter Einschluss des erkrankten Angehörigen: k=11, Ausschluss: k=4, partieller Ausschluss: k=3 	<ul style="list-style-type: none"> TAU: k=8 Aktive Kontrollintervention: k=10 	12 Monate, 4 bis 15 Monate, 1 bis 2 Jahre

¹⁹ Buchkremer 1997, Cranach 1981, Falloon 1982, 1985, Goldstein 1978, Hogarty 1986, 1991, Hogarty 1997, Kelly & Scott 1990, Kissling 1996, Pitschel-Walz 1998, Leff 1982, 1985, Leff 1990, Linszen 1996, McFarlane 1996, Posner 1992, Randolph 1994, Ro-Trock 1977, Schooler 1997, Spencer 1988, Spiegel & Wissler, 1987, Tarrrier 1988, 1989, Telles 1995, Vaughan 1992, Xiong 1994, Zastowny 1992, Zhang 1994

²⁰ Bloch 1995, Buchkremer 1995, Falloon 1982, Glynn 1992, Goldstein 1978, Hogarty 1986, 1997, Leff 1982, 1989, Linszen 1996, MacFarlane 1995, Posner 1992, Schooler 1997, Tarrrier 1988, Vaughan 1992, Xiong 1994, Zhang 1994

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

Autoren Jahr	Inkludierte Primärstudien <ul style="list-style-type: none"> Anzahl & Design Land 	Patienten <ul style="list-style-type: none"> Diagnose Anzahl (N) Alter in Jahren Erkrankungsdauer/stationäre Behandlungen Setting 	Intervention <ul style="list-style-type: none"> Art der Intervention Format der Intervention Dauer Einbezug Angehöriger 	Kontrollintervention	Länge Follow-Up
Lincoln et al. 2007 <i>Psycho- edukation</i>	<ul style="list-style-type: none"> 18 RCTs²¹ China: K=4; Deutschland und Schweiz: k=3; Großbritannien: k=5; Griechenland: k=1; USA und Kanada: k=3; Skandinavien: k=2 	<ul style="list-style-type: none"> Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis N=1534 MW=30.5 [SD: 4.9] MW=75.8 Monate [SD: 43.2] Stationär: k=2, ambulant: k=11, Kombination: k=5 	<ul style="list-style-type: none"> PE als Schlüsselement der Intervention (mind. 50% der Behandlungszeit), Fördern von Wissen über Erkrankung, Behandlung und Copingstrategien Gruppenformat (k=12), Einzelformat (k=2), unklar (k=4) Patientengruppe: MW=27.8 Wochen [SD: 18.5]; Angehörigen-/Familiengruppen: MW=36.8 Wochen [SD: 18.4] mit mittlerer Sitzungszahl von 11.8 [SD: 14.4] K=13 	<ul style="list-style-type: none"> TAU: k=39 Wartegruppe: k=2 Aktive unspezifische Intervention: k=6 (Freizeitgruppen, supportive Rehabilitation) 	Bis 12 Monate
NEU Pharoah et al. 2010 <i>Familien- interventi- onen</i>	<ul style="list-style-type: none"> 53 RCTs²² Australien: k=2, Kanada: k=1, Europa: k=12, China: k=28, USA: k=10 	<ul style="list-style-type: none"> 100% Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis in k=52 der RCTs N=5.767 (Range: 23-528) Alter im Mittel über 41 Studien: ca. 32 Jahre Erkrankungsdauer im Mittel über 18 Studien ca. 6 Jahre bzw. im Mittel ca. 2.8 stationäre 	<ul style="list-style-type: none"> Familieninterventionen mit psychoedukativer Komponente in vielen RCTs mit dem Ziel der Rückfallreduktion und veränderter Familienatmosphäre K.A. Durchschnittliche Dauer: 6 Wochen bis 3 Jahre Einschluss des Patienten: k=13, 	<ul style="list-style-type: none"> TAU: k=42 Aktive unspezifische Intervention: k=5 (z.B. supportive Rehabilitation, Gruppendiskussionen) Spezifische Kontrollintervention: k=7 	Bis zu 3 Jahren

²¹ Atkinson 1996, Bäuml 1996, Browne 1996, Chien 2004, 2005, Fries 2003, Herz 2000, Hornung 1995, 1999, Leavy 2004, Leff 1982, Li & Arthur 2005, Merinder 1999, Posner 1992, Ran 2003, Rund 1994, Shin & Lukens 2002, Tarrrier 1988, Tomaras 2000, Xiong 1994

²² Barrowclough 2001, Bloch 1995, Bradley 2006, Buchkremer 1995, Carra 2007, Chen 2005, Chien 2004, Dai 2007, De Giacomo 1997, Du 2005, Dyck 2002, Falloon 1981, Fernandez 1998, Glynn 1992, Goldstein 1978, Gong 2007, Guo 2007, Herz 2000, Hogarty 1986, Hogarty 1997, Leavey 2004, Leff 1982, Leff 1989, Leff 2001, Li 2004, Li 2005a, Linszen 1996, Liu 2003, Liu 2007, Luping 2007, Lv 2003, Magliano 2006, Mak 1997, McFarlane 1995, Merinder 1999, Posner 1992, Qiu 2002, Ran 2003, Randolph 1994, Schooler 1997, Shi 2000, Szmukler 2003, Tan 2007, Tarrrier 1988, Vaughan 1992, Wang 2006, Xiang 1994, Xiang 2005, Xiong 1994, Zhang 1994, Zhang 2006a, Zhang 2006b, Zhou 2007

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

Autoren Jahr	Inkludierte Primärstudien <ul style="list-style-type: none"> Anzahl & Design Land 	Patienten <ul style="list-style-type: none"> Diagnose Anzahl (N) Alter in Jahren Erkrankungsdauer/stationäre Behandlungen Setting 	Intervention <ul style="list-style-type: none"> Art der Intervention Format der Intervention Dauer Einbezug Angehöriger 	Kontrollintervention	Länge Follow-Up
		Aufenthalte im Vorfeld bei 12 Studien, k=3 Ersterkrankungen <ul style="list-style-type: none"> K.A. 	Ausschluss des Patienten: k=8, beide Modalitäten: k=1		
NEU Xia et al. 2011 <i>Psycho- edukation</i>	<ul style="list-style-type: none"> 44 RCTs²³ China: k=32; Frankreich: k=1; USA: k=3; Kanada: k=1; Deutschland: k=2; Großbritannien: k=3, Dänemark: k=1; Malaysia: k=1 	<ul style="list-style-type: none"> Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis N=5412 (Min: 20, Max: 286) Mehrheit zwischen 18 und 60 Jahren > 2 Jahre: k=20; < 2 Jahre: k=6; unklar: K=18 Stationär: k=26, ambulant: k=10, Teilstationär: k=1, unklar: k=7 	<ul style="list-style-type: none"> Kurz-Psychoedukation (k=13), Standard-Psychoedukation (k=22), unklar (k=9) Gruppenformat (k=17), Einzelformat (k=6), Mischformat (k=13), unklar (k=8) Durchschnittliche Dauer: 12 Wochen (1 Sitzung bis 5 Jahre) K=13 	<ul style="list-style-type: none"> TAU (<u>Psycho-pharmakotherapie</u>, psychosoziale Rehabilitation, supportive Therapie): k=39 Wartegruppe: k=1 Aktive unspezifische Intervention: k=1 Psychotherapie: k=2 Herkömmliche Edukation: k=4 	3 Monate bis 5 Jahre
NEU Okpokoro et al. 2014 <i>Familien- interventionen (kurz)</i>	<ul style="list-style-type: none"> 4 RCTs²⁴ USA: k=2, Indien: k=1, Großbritannien: k=1 	<ul style="list-style-type: none"> Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis N=163 (Min: 23, Max: 200) Alter im Mittel über 4 Studien: ca. 34 Jahre Erkrankungsdauer zwischen 7.9 und 10 Jahren in 3 Studien Stationär: k=1, ambulant: k=1, stationär und ambulant: k=2 	<ul style="list-style-type: none"> Jede Familienintervention von kurzer Dauer (< 5 Sitzungen oder 3 Monate Dauer) mit edukativer Komponente 4 Sitzungen über 4 Wochen (k=2), 1-Tages-Workshop über 6 Stunden (k=1), Teilnahme an mind. 3 Sitzungen über 4 Wochen (k=1) K=4 (N=110 in 3 Studien zwischen 23 und 67 Jahren alt) 	<ul style="list-style-type: none"> TAU (k=3) Postalische Information (k=1) 	1 bis 12 Monate

²³ Liu 2004, Zhang 2004, Hornung 1995, Razali 1995, Merinder 2000, Li 2003, Zhang 2006, Chan 2007, Lv 2007, Dai 2007, Chan 2009, McPherson 1996, Li 2005, Herz 2000, Li 2004, Dong 2006, Zhang 2008, Zhu 2008, TARRIER 1988, Jiang 2004, Chabannes 2005, Vreeland 2006, Atkinson 1996, Chien 2007, Wang 2008, Fu 2003, Zeng 2003, Zhang 2003, Goulet 1993, Glick 1993, Bäuml 1996, Zhou 2005, Chen 2005, Xie 2006, Zhang 2007, Gao 2001, Sun 2005, Zhao 2007, Zeng 2007, He 2008, Huang 2008, Wang 2008, Hu 2008, Li 2008

²⁴ Barber 1988; Shinde 2005; Smith 1987; Youssef 1987

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

Autoren Jahr	Inkludierte Primärstudien	Patienten	Intervention	Kontrollintervention	Länge Follow-Up
NEU Zhao et al. 2015 <i>Psycho- edukation (kurz)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • 20 RCTs²⁵ • China: k=10; Italien: k=1; Deutschland: k=3; Großbritannien: k=2, Dänemark: k=1; Malaysia: k=1; Pakistan: k=1; Jamaica: k=1 	<ul style="list-style-type: none"> • Menschen mit SMI (schizophrene Erkrankungen) • N=2337 (Min: 30; Max: 286) • Mehrheit zwischen 18 und 60 Jahren • > 2 Jahre: k=11; < 2 Jahre: k=0; unklar: K=9 • Stationär: k=10, ambulant: k=8, unklar: k=2 	<ul style="list-style-type: none"> • Kurz-Psychoedukation (, < 10 Sitzungen, k=20) • Gruppenformat (k=13), Einzelformat (k=3), Mischformat (k=3), unklar (k=1) • Durchschnittliche Dauer: 12 Wochen bis max. 12 Monate (Min: 1 Sitzung; Max: 8 Sitzungen) • K=6 	<ul style="list-style-type: none"> • TAU (<u>Psycho-pharmakotherapie</u>, psychosoziale Rehabilitation, Routinebehandlung, Gesundheitserziehung): k=19 • KVT: k=1 	6 Monate bis 5 Jahre)
NEU Sin et al. 2015 <i>Psycho- edukation Geschwister</i>	<ul style="list-style-type: none"> • 14 RCTs, davon 1 RCT, in dem Daten für Geschwister separat dargestellt werden (Chien 2007) • China: k=1 	<ul style="list-style-type: none"> • Geschwister von Patienten mit Schizophrenie • N=84 Angehörige, davon N=9 Geschwister (10.7%) • Angehörige: MW=40.6 Jahre [SD: 7.2] • Patienten: MW=3.6 Jahre [SD: 1.8] • Ambulant: k=1 	<ul style="list-style-type: none"> • Kein Kurzformat • Gruppenformat (k=1) • 18 Sitzungen über 36 Wochen • Psychoedukation für Angehörige und Betroffene (k=1) 	<ul style="list-style-type: none"> • TAU (ambulante psychiatrische Behandlung und Familienbegleitung) 	12 Monate
Psychoedukation und Familienpsychoedukation mit psychoedukativer Komponente bei Patienten mit bipolaren Erkrankungen					
NEU Bond und Anderson 2015	<ul style="list-style-type: none"> • 16 RCTs²⁶ • K.A. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bipolare Störungen (Typ II: Anteil in Einzelstudien: 2% bis 34%, k=2: ausschließlich Typ I) • Median: 70 • K.A. 	<ul style="list-style-type: none"> • Klassische Informationsvermittlung und komplexere Ansätze • Gruppenformat (k=8), Einzelformat (k=5), Kombination 	<ul style="list-style-type: none"> • TAU (k=7) • Unspezifische Kontrollintervention (k=6) • Spezifische aktive 	k.A.

²⁵ Liu 2004, Torn 1999, Zhang 2004, Aguglia 2007, Bäuml 2007, Bechdolf 2004, Chan 2007, 2009, Coyle 1988, Dai 2007, Hornung 1995, Li 2003, Lv 2007, Merinder 1999, Razali 1995, Zhang 2006, Cunningham 2001, Macpherson 1996, Nasr 2009, Li 2005

²⁶ Dogan & Sabanciogullari 2003, D'Souza 2010, Javadpour 2013, Lobban 2010, Peet & Harvey 1991, Perry 1999, Smith 2011, Castle 2010, Colom 2003, 2009, De Barros Pellegrinelli 2013, Eker & Harkin 2012, Parikh 2012, Rea 2003, Torrent 2013, Zaretsky 2008

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

Autoren Jahr	Inkludierte Primärstudien	Patienten	Intervention	Kontrollintervention	Länge Follow-Up
	<ul style="list-style-type: none"> Anzahl & Design Land 	<ul style="list-style-type: none"> Diagnose Anzahl (N) Alter in Jahren Erkrankungsdauer/stationäre Behandlungen Setting 	<ul style="list-style-type: none"> Art der Intervention Format der Intervention Dauer Einbezug Angehöriger 		
		<ul style="list-style-type: none"> K.A. Ambulant: k=13, stationär: k=2 	<ul style="list-style-type: none"> (k=2), Online-Format (k=1)¹ 2 bis 21 Sitzungen Psychoedukation für Patienten (k=15); Familien-PE (k=1) 	Kontrollintervention: k=4	
NEU Oud et al. 2016	<ul style="list-style-type: none"> Selektion von 23 RCTs²⁷ Iran: k=2, Großbritannien: k=2, Türkei: k=1, Kanada: k=1, USA: k=9, Australien: k=2, Spanien: k=4, Niederlande: k=1, Irland: k=1 	<ul style="list-style-type: none"> Bipolare Störungen (Typ I: Anteil in Einzelstudien: 72% bis 100%) Min=26, Max=204 Alter: Min: 26 Jahre, Max: 49 Jahre K.A. K.A. 	<ul style="list-style-type: none"> Patienten-PE/Einzelformat (k=5), Patienten-PE/Gruppenformat (k=5) Familien-PE (Patienten & Angehörige) (k=4), Familien-PE (Angehörige) (k=5), spezieller familienfokussierter Ansatz (FFT) (k=4) 	<ul style="list-style-type: none"> TAU (k=17) Kognitive Verhaltenstherapie/Gruppe (k=1) Andere aktive Kontrollintervention: k=5 Warteliste: 1 	Kein Follow up bis 124 Monate
NEU Chatterton et al. 2017	<ul style="list-style-type: none"> 41 RCTs (45 Artikel) insgesamt, davon: k=12 PE²⁸ (Brasilien: k=1, Australien: k=2, Spanien: k=2, Türkei: k=2, Iran: k=1, Taiwan: k=1, GB: k=2, USA: k=2) k=4 PE kombiniert mit CBT²⁹ (Spanien: 	<ul style="list-style-type: none"> Bipolare Störungen (k=33 Type 1 und 2 sowie Zykllothymia) N=3119 Durchschnittliches Alter: 38.8 Jahre (SD:10.7) K.A. K.A. 	<ul style="list-style-type: none"> PE (k=12), PE kombiniert mit CBT (k=4), Family-focused therapy (PE, Training sozialer Fertigkeiten, Problemlösetraining, k=3), Angehörigen PE (PE u.a. Ansätze ausschließlich für Angehörige, k=5), PRISM (PE und mobile telefonische Applikation, k=1) Gruppenformat (k=16), Einzelformat (k=6), Familienformat 	<ul style="list-style-type: none"> TAU (k=19) Aktive Kontrollintervention (z.B. unspezifische Gruppensitzungen, PE als Kontrolle bei CBT & PE, PE und <i>paper and pencil</i> Stimmungsmanagement bei PRISM, k=6) 	6 Wochen bis 5 Jahre

²⁷ Javadpour 2013, Lobban 2010, Perry 1999, Dogan 2003, Parikh 2012, Sajatovic 2009, Castle 2010, Torrent 2013, Colom 2003, Clarkin 1998, D'Souza 2010, Glick 1993, Miller 2004, Bordbar 2009, Van Gent 1991, Madigan 2012, Perlick 2010, Reinares 2008, Miklowitz 2000, 2007, Miller 2004, Rea 2003

²⁸ Cardoso 2015, Castle 2010, Colom 2003, 2009, Dogan & Sabanciogullari 2003, D'Souza 2010, Eker & Harkin 2012, Javadpour 2013, Lin 2015, Perry 1999, Sajatovic 2009, Simon 2005, Smith 2011

²⁹ Gonzalez-Isasi 2010, 2014, Lauder 2015, Van Dijk 2013, Zaretsky 2008

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

Autoren Jahr	Inkludierte Primärstudien <ul style="list-style-type: none"> Anzahl & Design Land 	Patienten <ul style="list-style-type: none"> Diagnose Anzahl (N) Alter in Jahren Erkrankungsdauer/stationäre Behandlungen Setting 	Intervention <ul style="list-style-type: none"> Art der Intervention Format der Intervention Dauer Einbezug Angehöriger 	Kontrollintervention	Länge Follow-Up
	<ul style="list-style-type: none"> k=1, Australien: k=1, Kanada: k=2 k=1 PRISM³⁰ (USA) k=3 Family-focused therapy³¹ (USA:k=3) k=5 Angehörigen PE³² (Iran: k=1, Irland: k=1, USA: k=1, Spanien: k=1, Niederlande: k=1) 		<ul style="list-style-type: none"> (k=3), Online-Format (k=1) 1-10 Sitzungen (k=12), 11-53 Sitzungen (k=13) über 5-6 Wochen bis zu 9 Monaten Dauer Einbezug Angehörige unklar über alle Studien 		
Psychoedukation und Familienpsychoedukation mit psychoedukativer Komponente bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen					
NEU Yesufu-Udechuku et al. 2015 <i>Psychoedukation Angehörige</i>	<ul style="list-style-type: none"> 21 RCTs → Selektion von 13 RCTs³³ China: k=3, Chile: k=1, Iran: k=2, Großbritannien: k=2, Irland: k=1, Kanada: k=1, Spanien: k=1, USA: k=1, Australien: k=1 	<ul style="list-style-type: none"> Angehörige von Patienten mit SMI (Schizophrenien und bipolare Störungen) N=972 Angehörige (Min: N=45; Max: N=225) Alter Angehörige 50.7 Jahre im Mittel über 10 Studien k.A. k.A. 	<ul style="list-style-type: none"> Psychoedukation oder psychoedukativ ausgerichtete Familieninterventionen Gruppenformat (k=11), Einzelformat (k=2) Durchschnittlich 11 Sitzungen (Min: 6, Max: 18) Interventionen für Familien und Angehörige (ohne Patienten) 	<ul style="list-style-type: none"> Jegliche Kontrollintervention 	Behandlungsende, bis zu 6 Monaten, > 6 Monate

SMI schwere psychische Erkrankungen, TAU herkömmliche Behandlung, KVT Kognitive Verhaltenstherapie, PE Psychoedukation, PRISM Personalized Real-time Intervention for Stabilizing Mood;¹ Diese Studie wurde nicht in die Meta-Analyse eingeschlossen.

³⁰ Depp 2015

³¹ Miklowitz 2000, 2003, Miller 2004, Rea 2003

³² Bordbar 2009, Madigan 2012, Perlick 2010, Reinares 2008, Van Gent & Zwart 1991

³³ Cheng & Chan 2005, Chien & Wong 2007, Gutierrez-Maldonado & Caqueo-Urizar 2007, Koolaee & Etemadi 2009, Leavey 2004, Madigan 2012, Posnor 1992, Reinares 2004, Sharif 2012, So 2006, Solomon 1996, Szmukler 1996, Szmukler 2003

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

Tab. E2: Effekte von psychoedukativen Interventionen aus aggregierter Evidenz bei Menschen mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis

	Pitschel-Walz et al. 2001	Pilling et al. 2002	Lincoln et al. 2007	Pharoah et al. 2010	Xia et al. 2011	Okpokoro et al. 2015	Zhao et a. 2015
Intervention vs. Kontrollbedingung	Familienintervention vs. TAU	Familienintervention vs. TAU, aktive Kontrollintervention	Psychoedukation vs. TAU, Wartegruppe, aktive Kontrollintervention, K=18	Familienintervention vs. TAU	Psychoedukation vs. TAU	Familienintervention (kurz) vs. TAU	Psychoedukation (kurz) vs. TAU
K=Anzahl Primärstudien	K=25	K=18	K=18	K=53	K=44	K=4	K=20
Krankheitsassoziierte Merkmale							
↓ Symptomschwere			+	?	++	¹	++ ¹
↓ Depressionsschwere							++ ¹
↓ Angstsymptome							++ ¹
↑ Compliance, Medikation		++	~	++	++		++
↑ Wissenserwerb, P			++		? ¹		++
Krankheitseinsicht, P				~ ¹	~ ¹		
↓ Rückfallrisiko	++	++	++	++	++		++
↓ Stationäre Wiederaufnahme	++	++	++	++	++	~ ¹	~
↓ Stationäre Behandlungszeiten				++ ¹	++ ¹		
Unerwünschte Ereignisse				~	~		~
Behandlungsassoziierte Merkmale							
↑ Behandlungszufriedenheit					? ¹		~ ¹
↓ Behandlungsabbrüche		~		++	~ ¹	~ ¹	~
Soziale Funktionen und Lebensqualität							
↑ Psychosoziales Funktionsniveau			~	++	? ¹		? ¹
↑ Lebensqualität					? ¹		
Angehörigenassoziierte Merkmale							
↑ Belastungserleben		++		?		¹	
↓ High expressed emotion		~		?		¹	

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

↑ Wissenserwerb, Akzeptanz						++ ¹	
----------------------------	--	--	--	--	--	-----------------	--

P Patient, PE Psychoedukation, TAU Treatment as usual, ↓ Reduktion, ↑ Erhöhung

++ signifikanter Vorteil in Interventionsgruppe, + tendenzielle Überlegenheit in Interventionsgruppe, ~ Ergebnis vergleichbar in beiden Gruppen, - Nachteil in Interventionsgruppe; ? heterogene Befunde in verschiedenen Studien bzw. unzureichende Befundlage; : Befunde resultieren aus Einzelstudien

Tab. E3: Effekte von psychoedukativen Interventionen aus aggregierter Evidenz bei Menschen mit einer Bipolaren / schweren psychischen Störung

	Bipolare Störungen							Schwere psychische Störungen
	Bond & Anderson 2015	Oud et al. 2016		Chatterton et al. 2017			Yesufu-Udechuku et al. 2015	
	Psychoedukation vs. TAU bzw. unspezifische KI	Familien-Psychoedukation vs. TAU	FFT vs. PE, Collaborative Care oder TAU	Psychoedukative Angehörigeninterventionen vs. TAU	Psychoedukation vs. TAU	FFT vs. TAU	Psychoedukation & KVT vs. TAU	Psychoedukation (Angehörige) vs. jede Kontrollintervention
K=Anzahl Primärstudien	K=16	K=7	K=3	k=5	K=12	K=3	K=4	K=13
Krankheitsassoziierte Merkmale								
↓ Symptomschwere	~							
↓ Depressivität		++ ¹	+ ¹	~	~	~	~	
↓ Manische Symptome		++ ¹	~ ¹	~	~	~	++	
↑ Zeit bis Rückfall								
↑ Medikat. Compliance/Adhärenz	++ ¹ (Gruppenformat)			~	++	+	++	
↓ Rückfallrisiko	++ (alle Phasen)	++ ¹ (k=3, follow-up)	++ ¹	++	+	+	~	
↓ Stationäre Wiederaufnahme		++ ¹	++ ¹					
Behandlungsassoziierte Merkmale								
↑ Behandlungszufriedenheit								~ (Angehörige) ¹
↓ Behandlungsabbrüche	~							
Soziale Funktionen und Lebensqualität								
↑ Psychosoziales Funktionsniveau				~	~	~	++	

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

↑ Lebensqualität									~ (Angehörige) ¹
Angehörigenassoziierte Merkmale									
↓ Belastungserleben									++

TAU Treatment as usual, KI Kontrollintervention, FFT Family Focused Therapy, ↓ Reduktion, ↑ Erhöhung

++ signifikanter Vorteil in Interventionsgruppe, + tendenzielle Überlegenheit in Interventionsgruppe, ~ Ergebnis vergleichbar in beiden Gruppen, - Nachteil in Interventionsgruppe; ? heterogene Befunde in verschiedenen Studien; ¹ Befunde resultieren aus Einzelstudien; ² in 2 der Studien keine Reduktion des Rückfallrisikos für depressive Episoden

Psychoedukative Interventionen für Betroffene und Angehörige und Trialog – Evidenztabellen aus Einzelstudien

Tab. E4: Charakteristika aktueller Einzelstudien zur Wirksamkeit von Psychoedukation

Autor/Jahr	Patienten	Intervention	Kontrollgruppe (n)	Dauer des Follow up
	<ul style="list-style-type: none"> • Anzahl (IG/KG) • Diagnose(n) • Erkrankungsdauer (in Jahren) • Alter (in Jahren) • Setting 	<ul style="list-style-type: none"> • Art d. Interventionen • Dauer 		
Diagnosegruppenunabhängige Psychoedukation				
Rabovsky et al. 2012 (Schweiz)	<ul style="list-style-type: none"> • N=82 (40/42) • F2 (68.3 %), F3 (20.7 %), F4 (2.4 %), F6 (8.5 %) • MW: 11.0 [±9.3] • MW: 38.0 [±10.4] • Stationär 	<ul style="list-style-type: none"> • Offenens psychoedukatives Gruppenprogramm für Patienten plus TAU, bei Einverständnis parallele Angehörigengruppe • Patientengruppe: 10 Sitzungen a 45 bis 60 Minuten 2x wöchentlich; Angehörigengruppe (geschlossen): 5 Sitzungen a 90 Minuten 2x wöchentlich 	<ul style="list-style-type: none"> • Offene soziale Gruppe (Patientengruppe z.B. Training sozialer Fertigkeiten, gemeinsame Aktivitäten, Konzentrationsübungen, Angehörigengruppe: Entspannung und Stressmanagement) plus TAU • Patientengruppe: 90 bis 120 Minuten 1x wöchentlich; Angehörigengruppe: 4-5 Sitzungen 1-2x wöchentlich 	<ul style="list-style-type: none"> • 12 Monate
Wirksamkeitsstudien bei schweren affektiven Erkrankungen				
Kolostoumpis et al. 2015 (Griechenland)	<ul style="list-style-type: none"> • N=80 Angehörige • Von Menschen mit bipolarer Erkrankung (Typ 1: 64 % und Typ 2: 36 %) • Dauer der Erkrankung: MW=13.8 	<ul style="list-style-type: none"> • Psychoedukation für Angehörige / Gruppenformat + Standardmedikation bei erkrankten Angehörigen • 7 Sitzungen a 120 Minuten <p><u>Angehörige:</u> Beziehung zum Patient: 6%</p>	<ul style="list-style-type: none"> • TAU: Standardmedikation bei erkrankten Angehörigen allein 	<ul style="list-style-type: none"> • 6 Monate

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

Autor/Jahr	Patienten	Intervention	Kontrollgruppe (n)	Dauer des Follow up
	<ul style="list-style-type: none"> • Anzahl (IG/KG) • Diagnose(n) • Erkrankungsdauer (in Jahren) • Alter (in Jahren) • Setting 	<ul style="list-style-type: none"> • Art d. Interventionen • Dauer 		
<p>Bilderbecke et al. 2016 (Großbritannien)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • N=121 (60/61) • Bipolare Störung Typ 1 (65 %), Bipolare Störung Typ 2 (35 %) • Erkrankungsbeginn mit ca. 20 Jahren (Range: 4-47) • 44 Jahre (Range: 16-76) • Ambulant 	<ul style="list-style-type: none"> • Direkte Psychoedukation + Standardmedikation • 5 individuelle Sitzungen in 12 Wochen 	<ul style="list-style-type: none"> • Psychoedukation im Selbsthilfeformat (Manual) + Standardmedikation • Arbeit mit dem Manual über 12 Wochen 	<ul style="list-style-type: none"> • 12 Monate
<p>Kallestad et al. 2016 (Norwegen)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • N=85 (42/43) • Bipolare Störung Typ 1, Hypomanische Phase • Stationäre Aufenthalte im Vorfeld: Median 1.5 • MW: 38.1 (±13.0) Jahre • Stationär und ambulant 	<ul style="list-style-type: none"> • Gruppenpsychoedukation + TAU • 10 wöchentliche Sitzungen, im Anschluss 8 Booster-Sitzungen über 2 Jahre 	<ul style="list-style-type: none"> • Individuelle Psychoedukation + TAU • 3 Sitzungen 	<ul style="list-style-type: none"> • 8 Jahre
<p>Hubbard et al. 2016 (Australien)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • N=32 Angehörige (18/14) • Von Menschen mit bipolarer Erkrankung • k.A. • Alter der Angehörigen: 48.1 (±15.2) • Ambulant 	<ul style="list-style-type: none"> • Psychoedukation für Angehörige / Gruppenformat • Kurzformat: 2 Sitzungen a 150 Minuten <p><u>Angehörige:</u> Beziehung zum Patient: 34 % Partner, 56 % Eltern, 3 % Geschwister</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Warteliste 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 Monat
<p>De Souza et al. 2016 (Brasilien)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • N=53 Angehörige (25/28) • Von Menschen mit bipolarer Erkrankung • MW: PE: 6.4 [±4.3] vs. TAU: 6.0 [±5.4] Jahre 	<ul style="list-style-type: none"> • Psychoedukation für Angehörige • 6 individuelle Sitzungen 1-2 wöchentlich a 90 Minuten <p><u>Angehörige:</u> Beziehung zum Patient: ca. 58 % Mütter, ca. 28 % Partner</p>	<ul style="list-style-type: none"> • TAU 	<ul style="list-style-type: none"> • 6 Monate

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

Autor/Jahr	Patienten <ul style="list-style-type: none"> Anzahl (IG/KG) Diagnose(n) Erkrankungsdauer (in Jahren) Alter (in Jahren) Setting 	Intervention <ul style="list-style-type: none"> Art d. Interventionen Dauer 	Kontrollgruppe (n)	Dauer des Follow up
	<ul style="list-style-type: none"> MW: 44.1 [±12.1] Ambulant 			
<p>Morris et al. 2017 (Großbritannien)</p>	<ul style="list-style-type: none"> N=304 (153/151) Bipolare Erkrankung (Typ I: 75 % vs. 85 %) Anzahl vorausgegangener Episoden: 1-7: 14 % vs. 12 %; 8-19: 33 % vs. 30 %; ≥20: 54 % vs. 58 % MW: PE: 44.2 [±11.1] vs. Peer Support: 46.5 [±11.4] Ambulant 	<ul style="list-style-type: none"> Strukturierte Gruppenpsychoedukation 21 wöchentlich Sitzungen a 2 Stunden 	<ul style="list-style-type: none"> Unstrukturierter Peer Support 21 wöchentlich Sitzungen a 2 Stunden 	<ul style="list-style-type: none"> 96 Wochen
<p>Shimazu et al. 2011 (Japan)</p>	<ul style="list-style-type: none"> N=57 (25/32) Major Depression MW: PE: 11.6 [±2.7] vs. TAU: 11.0 [±2.0] Jahre MW: PE: 59.2 [±14.6] vs. TAU: 60.9 [±13.0] Jahre Ambulant 	<ul style="list-style-type: none"> Gruppenpsychoedukation für ein Familienmitglied 4 Sitzungen alle 2 Wochen a 90-120 Minuten <p><u>Angehörige:</u> N=57; Beziehung zum Patienten: Partner (N=46), Eltern (N=5), Kinder (N=3)</p>	<ul style="list-style-type: none"> TAU allein (ambulante psychiatrische Behandlung) 	<ul style="list-style-type: none"> 9 Monate
<p>Morokuma et al. 2013 (Japan)</p>	<ul style="list-style-type: none"> N=34 (18/14) Major Depression MW: 36.8 Monate MW: 42.8 Jahre Ambulant (Praxis) 	<ul style="list-style-type: none"> Gruppenpsychoedukation 6 wöchentliche Sitzungen a 90 Minuten 	<ul style="list-style-type: none"> TAU allein (ambulante psychiatrische Behandlung) 	<ul style="list-style-type: none"> 9 Monate
<p>Aagaard et al. 2017 (Dänemark)</p>	<ul style="list-style-type: none"> N=80 (42/38) Rezidivierende Depression mit ausgeprägter Symptomatik und deutlichen Beeinträchtigungen MW (Dauer seit erster stationärer Aufnahme): 1.7 Jahre (1 Monate bis 	<ul style="list-style-type: none"> Gruppenpsychoedukation 8 Sitzungen a 2 Stunden 	<ul style="list-style-type: none"> TAU (ambulante Behandlung in Community Mental Health Centern) allein 	<ul style="list-style-type: none"> 2 Jahre

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

Autor/Jahr	Patienten	Intervention	Kontrollgruppe (n)	Dauer des Follow up
	<ul style="list-style-type: none"> • Anzahl (IG/KG) • Diagnose(n) • Erkrankungsdauer (in Jahren) • Alter (in Jahren) • Setting 	<ul style="list-style-type: none"> • Art d. Interventionen • Dauer 		
	33 Jahre) <ul style="list-style-type: none"> • MW: 48 Jahre • Ambulant 			

Erläuterung: k.A. keine Angaben; IG Interventionsgruppe; KG Kontrollgruppe; CM Case Management; PVT Pre-Vocational Training, KVT Kognitive Verhaltenstherapie, PE Psychoedukation, PMT Psychoedukatives Medikamententraining, KP Kognitive Psychotherapie, BB Bezugspersonenberatung, TAU Treatment us usual

Tab. E5: Effekte von Psychoedukation aus aktuellen Einzelstudien

	Bipolare Störungen						Major Depression			Diagnoseübergreifender Ansatz
	Angehörigen-PE			Patienten-PE			Angehörigen-PE	Patienten-PE		Patienten-PE + Angehörigen-PE
N=Anzahl eingeschlossener Patienten/Angehörige	Kolostompis et al. 2015 N=80	Hubbard et al. 2016 N=32	De Souza et al. 2016 N=53	Bilderbeck et al. 2016 N=121	Kallestad et al. 2016 N=85	Morriss et al. 2016 N=304	Shimazu et al. 2011 N=57	Morokuma et al. 2013 N=34	Aagaard et al. 2017 N=80	Rabovsky et al. 2012 N=82
Follow-up	Gruppen-PE vs. TAU 6 Monate	Gruppen-PE vs. Warteliste 1 Monat	Individuelle PE vs. TAU 6 Monate	Face-to-face PE vs. PE-Manual 12 Monate	Gruppen-PE vs. Individuelle PE Behandlungsende	Gruppen-PE vs. Peer Support 96 Wochen	Gruppen-PE vs. TAU 9 Monate	Gruppen-PE vs. TAU 9 Monate	Gruppen-PE vs. TAU 2 Jahre	Gruppen-PE vs. soziale Gruppe 12 Monate
Krankheits- und Behandlungsassoziierte Merkmale, soziale Inklusion (Patienten)										
↓ Symptomschwere				~		~		++		+
↓ Depressionsschwere								++	~	
↓ Psychosoziale Funktionen						++		++		+

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

	Bipolare Störungen						Major Depression			Diagnoseübergreifender Ansatz
	Angehörigen-PE			Patienten-PE			Angehörigen-PE	Patienten-PE		Patienten-PE + Angehörigen-PE
N=Anzahl eingeschlossener Patienten/Angehörige	Kolostoumpis et al. 2015 N=80	Hubbard et al. 2016 N=32	De Souza et al. 2016 N=53	Bilderbeck et al. 2016 N=121	Kallestad et al. 2016 N=85	Morriss et al. 2016 N=304	Shimazu et al. 2011 N=57	Morokuma et al. 2013 N=34	Aagaard et al. 2017 N=80	Rabovsky et al. 2012 N=82
Follow-up	Gruppen-PE vs. TAU 6 Monate	Gruppen-PE vs. Warteliste 1 Monat	Individuelle PE vs. TAU 6 Monate	Face-to-face PE vs. PE-Manual 12 Monate	Gruppen-PE vs. Individuelle PE Behandlungsende	Gruppen-PE vs. Peer Support 96 Wochen	Gruppen-PE vs. TAU 9 Monate	Gruppen-PE vs. TAU 9 Monate	Gruppen-PE vs. TAU 2 Jahre	Gruppen-PE vs. soziale Gruppe 12 Monate
↓ Rückfallrisiko & stationäre Wiederaufnahmeraten				~	++	++ ²	++	++	~	+
↑ Zeit bis Rückfall					++	++ ³	++	++		
↑ Wissen				++ ¹						
↓ Stationäre Behandlungsdauer					~					+
↑ Compliance									+	++ ¹
↓ Behandlungsabbrüche									++	~
↑ Krankheitseinsicht										+
↑ Lebensqualität										+
↑ Arbeitssituation									+	
Angehörigenassoziierte Merkmale										
↑ Krankheitswissen	++	++								
↓ Belastungs- und Stresserleben	++	++	~							

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

	Bipolare Störungen						Major Depression			Diagnoseübergreifender Ansatz
	Angehörigen-PE			Patienten-PE			Angehörigen-PE	Patienten-PE		Patienten-PE + Angehörigen-PE
N=Anzahl eingeschlossener Patienten/Angehörige	Kolostoumpis et al. 2015 N=80	Hubbard et al. 2016 N=32	De Souza et al. 2016 N=53	Bilderbeck et al. 2016 N=121	Kallestad et al. 2016 N=85	Morriss et al. 2016 N=304	Shimazu et al. 2011 N=57	Morokuma et al. 2013 N=34	Aagaard et al. 2017 N=80	Rabovsky et al. 2012 N=82
Follow-up	Gruppen-PE vs. TAU 6 Monate	Gruppen-PE vs. Warteliste 1 Monat	Individuelle PE vs. TAU 6 Monate	Face-to-face PE vs. PE-Manual 12 Monate	Gruppen-PE vs. Individuelle PE Behandlungsende	Gruppen-PE vs. Peer Support 96 Wochen	Gruppen-PE vs. TAU 9 Monate	Gruppen-PE vs. TAU 9 Monate	Gruppen-PE vs. TAU 2 Jahre	Gruppen-PE vs. soziale Gruppe 12 Monate
↑ Krankheitsbezogene Selbstwirksamkeit		++	~							
↓ Depressive und Angstsymptome		~								
↑ Lebensqualität			~							

++ signifikanter Vorteil in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe; + tendenzielle Überlegenheit ohne signifikanten Unterschied in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe, oder kleine Stichprobe; ~ Ergebnisse vergleichbar in beiden Gruppen, KVT Kognitive Verhaltenstherapie, PE Psychoedukation; k.A. keine Angaben zu diesem Outcome-Kriterium; ↓ Reduktion, ↑ Erhöhung; ¹ nach 3 Monaten; ²: nur bei Patienten mit 1-7 Krankheitsepisoden ³ in manische Episode

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

Tab. E6: Effekte von Psychoedukation: Studien aus Deutschland

	Studien aus Deutschland			
	PIP-Studie N=236	Münsteraner Studie N=191	Bechdorf et al. 2004, 2005, 2010 N=88	Stangier et al. 2013 N=180
N=Anzahl eingeschlossener Patienten:				
	PE vs. TAU	PE vs. TAU	KVT vs. PE	KVT vs. PE
Follow-up	2 Jahre/ 7Jahre	2 Jahre	6 Monate	12 Monate
↓ Symptomschwere (allgemein)	++/~			
↑ Compliance	++/~			
↑ Krankheitseinsicht, Patient				
↓ Rückfallrisiko & stationäre Wiederaufnahmeraten	++/++	~	++	~
↓ stationäre Behandlungszeiten	++/++			
↓ der Behandlungsabbrüche			~	
Soziale Funktionen und Lebensqualität				
↑ soziale Funktionen	++/~			
↑ Lebensqualität	/~		~	

++ signifikanter Vorteil in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe; + tendenzielle Überlegenheit ohne signifikanten Unterschied in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe, oder kleine Stichprobe; ~ Ergebnisse vergleichbar in beiden Gruppen, KVT Kognitive Verhaltenstherapie, PE Psychoedukation; ↓ Reduktion, ↑ Erhöhung; ¹ nach 3 Monaten

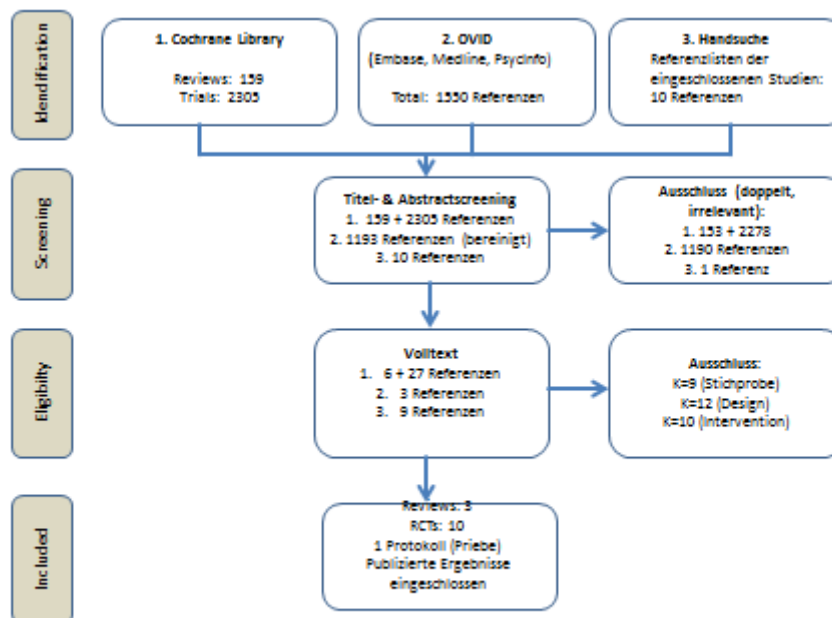
Anlage F Einzelinterventionen: Evidenzgrundlage zu den Empfehlungen zu Künstlerischen Therapien

Systematische Literaturrecherche zu Künstlerischen Therapien

- Genutzte Datenbanken: MEDLINE, PsycInfo, Embase, Cochrane Library
- Suchzeitraum: 2010 bis Juli / August 2015
- Fokus auf folgende Bereiche festgestellt:
 - Musiktherapie,
 - Kunsttherapie und
 - Tanz- und Bewegungstherapie
 - Dramatherapie

Lfd. Nr.	Interventionspezifische Suchbegriffe
1	((art* or painting* or drawing* or creative* or projective* or craft) and (therap* or interventionen))
2	psychodrama*
3	((drama* or play* or story* or improvisation* or fairy* or theat* or ritual* or myth* or role-play*) and (therap* or intervention))
4	music and (therap* or intervention)
5	((danc* or body or action or activ or express*) and (therap* or intervention))

Prisma-Flowchart zu Künstlerischen Therapien



PRISMA flow-Diagramm: Künstlerische Therapien

Extraktionsbögen der eingeschlossenen systematischen Reviews / Meta-Analysen zu
Künstlerischen Therapien

- Tanztherapie

Titel	Dance therapy for schizophrenia
Autoren	Ren J, Xia J.
Jahr	2013
Journal	Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 10. Art.No.: CD006868. DOI: 10.1002/14651858.CD006868.pub3.
Fragestellung / Zielsetzung	<i>Evaluation of the effects of dance therapy for people with schizophrenia or schizophrenia-like illnesses compared with standard care and other interventions.</i>
Design	Systematic Review
Datenbanken	Cochrane Schizophrenia Group's Trials Register compiled by systematic searches of major databases (Chinese main medical databases, Chongqing VIP Database, WANFANG Database, China National Knowledge Infrastructure (CNKI), Chinese biomedicine Database (CBM-disk), handsearches of journals and conference proceedings
Zeitraum	2007-2012
eingeschlossene Studientypen	Randomised controlled trial (RCT)
weitere relevante Einschlusskriterien	<i>People with schizophrenia or where the majority (80%) of people in the study were likely to suffer from schizophrenia. In studies where non-specific labels were used, such as "chronic serious mental illness" we would have assumed that most people suffered from schizophrenia.</i>
relevante Ausschlusskriterien	Quasi-randomised studies
Qualitätsbewertung durchgeführt	Authors using criteria described in the Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions (Higgins 2011) to assess trial quality.
Für welche Patienten / Subgruppen Aussagen getroffen?	<i>All participants were diagnosed with schizophrenia (Diagnostic Statistical Manual, version 4 (DSM-IV)). Participants were adult male and female out-patients between 20 to 55 years of age.</i> <i>People with organic brain disease, severe/chronic physical illness or substance misuse were excluded.</i>
Ergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> - <i>one single blind study (total n = 45) of reasonable quality</i> - <i>Dance therapy plus routine care with routine care alone</i> - <i>Most people tolerated the treatment package but nearly 40% were lost in both groups by four months (1 RCT n = 45, RR 0.68 95% CI 0.31 to 1.51, low quality evidence)</i> - <i>Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) average endpoint total scores were similar in both groups (1 RCT n = 43, MD -0.50 95% CI - 11.80 to 10.80, moderate quality evidence) as were the positive subscores (1 RCT n = 43, MD 2.50 CI -0.67 to 5.67, moderate quality</i>

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

	<p>evidence).</p> <ul style="list-style-type: none"> - End of treatment: significantly more people in the dance therapy group had a greater than 20% reduction in PANSS negative symptom score (1 RCT n = 45, RR 0.62 CI 0.39 to 0.97, moderate quality evidence), and overall, average negative endpoint scores were lower (1 RCT n = 43, MD -4.40 CI -8.15 to -0.65, moderate quality evidence). - No difference in satisfaction score (average Client's Assessment of Treatment Scale (CAT) score, 1 RCT n = 42, MD 0.40 CI -0.78 to 1.58, moderate quality evidence) and quality of life data (average Manchester Short Assessment of Quality of life (MANSA) score, 1 RCT n = 39, MD 0.00 CI -0.48 to 0.48, moderate quality evidence).
Bemerkungen	Update führte nicht zur Identifikation weiterer Studien. Lediglich eine Studie mit moderater Qualität eingeschlossen.
Bewertung	Evidenz bisher nicht ausreichend für zuverlässige Aussage zur Wirksamkeit

Musiktherapie

Titel	Music therapy for people with schizophrenia and schizophrenia-like disorders
Autoren	Mössler K, Chen X, Heldal TO, Gold C
Jahr	2011
Journal	<i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> 2011, Issue 12. Art. No.: CD004025. DOI: 10.1002/14651858.CD004025.pub3.
Fragestellung / Zielsetzung	<i>Reviewing the effects of music therapy, or music therapy added to standard care, compared with 'placebo' therapy, standard care or no treatment for people with serious mental disorders such as schizophrenia.</i>
Design	Systematic review
Datenbanken	<i>Cochrane Schizophrenia Group Trials Register and supplemented this by contacting relevant study authors, handsearching of music therapy journals and manual searches of reference lists</i>
Zeitraum	December 2010
eingeschlossene Studientypen	Randomised controlled trials (RCTs)
weitere relevante Einschlusskriterien	<i>People with schizophrenia or any other non-affective serious mental disorders, diagnosed by any criteria, irrespective of gender, age or nationality.</i>
relevante Ausschlusskriterien	Quasi-randomised studies
Qualitätsbewertung durchgeführt	<i>Authors assessed the risk of bias for evaluating trial quality by using criteria described in the Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions (Higgins 2011).</i>
Für welche Patienten / Subgruppen Aussagen getroffen?	<i>All studies included adults with schizophrenia or related psychoses. History of disorder was reported in only two studies (He 2005: around nine years; Yang 1998: range two to 26 years).</i>
Ergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> - <i>eight studies (total 483 participants): These examined effects of music therapy over the short- to medium-term (one to four months), with treatment 'dosage' varying from seven to 78 sessions.</i> - <i>Music therapy added to standard care was superior to standard care for <u>global state</u> (medium-term, 1 RCT, n = 72, RR 0.10 95% CI 0.03 to 0.31, NNT 2 95% CI 1.2 to 2.2)</i> - <i>Continuous data identified good effects on <u>negative symptoms</u> (4 RCTs, n = 240, SMD average endpoint Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS) -0.74 95% CI -1.00 to -0.47); <u>general mental state</u> (1 RCT, n = 69, SMD average endpoint Positive and Negative Symptoms Scale (PANSS) -0.36 95% CI -0.85 to 0.12; 2 RCTs, n=100, SMD average endpoint Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) -0.73 95% CI -1.16 to -0.31); <u>depression</u> (2 RCTs, n = 90, SMD average endpoint Self-Rating Depression Scale (SDS) -0.63 95% CI -1.06 to -0.21; 1 RCT, n = 30, SMD average endpoint Hamilton Depression Scale (Ham-D) -0.52 95%CI -1.25 to -0.21); and <u>anxiety</u> (1 RCT, n = 60, SMD average endpoint SAS -0.61 95% CI -1.13 to -0.09).</i> - <i>Positive effects were also found for <u>social functioning</u> (1 RCT, n =70,</i>

*Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report*




	<p><i>SMD average endpoint Social Disability Schedule for Inpatients (SDSI) score -0.78 95% CI -1.27 to -0.28).</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Furthermore, some aspects of cognitive functioning and behaviour seem to develop positively through music therapy.</i>
<p>Bemerkungen</p>	<p>Qualitativ hochwertiger Review der Cochrane Collaboration, in dessen Update mehr Studien eingeschlossen werden konnten. Eingeschlossen wurden ausschließlich Menschen mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis. Effekte auf psychopathologische Symptome messbar. Effekte nicht durchgehend konsistent. Abhängig von Dosis.</p>
<p>Bewertung</p>	<p><i>Music therapy as an addition to standard care helps people with schizophrenia to improve their global state, mental state (including negative symptoms) and social functioning if a sufficient number of music therapy sessions are provided by qualified music therapists.</i></p> <p><i>Further research should especially address the long-term effects of music therapy, dose-response relationships, as well as the relevance of outcomes measures in relation to music therapy.</i></p>

Bewertung der Studienqualität aus Einzelstudien

Risiko für Bias aus allen Einzelstudien zur Effektivität von Kunsttherapie

	Random sequence generation (selection bias)	Allocation concealment (selection bias)	Blinding of participants and personnel (performance bias)	Blinding of outcome assessment (detection bias)	Incomplete outcome data (attrition bias)	Selective reporting (reporting bias)	Other bias
Crawford 2012							
Montag 2014*							

*:Clinical ratings and scoring of Levels of emotional awareness scale (LEAS) transcripts were performed by psychiatrists blind to randomisation. Neuropsychological tests and questionnaires were administered by a researcher aware of therapy assignment.

	low risk of bias
	unclear risk of bias
	high risk of bias

<p>Montag et al. 2014 A Pilot RCT of Psychodynamic Group Art Therapy for Patients in Acute Psychotic Episodes: Feasibility, Impact on Symptoms and Mentalising Capacity</p>	
<p>Methods</p>	<p>Pilot study Single-blind, parallel-group RCT, comparing a 6 week-course of 90 minutes of art therapy twice weekly in addition to TAU with standard treatment alone in patients with schizophrenia during acute episodes that required hospitalisation.</p>
<p>Participants</p>	<p>N=58 (122 screened) inpatients of the Charite' Universitätsmedizin Berlin (Psychiatric University Hospital at St. Hedwig Krankenhaus) Age (years): 39 Diagnoses according to DSM-IV-TR comprised: paranoid (n= 45), disorganised (n= 4) and undifferentiated schizophrenia (n= 5), and first episodes of schizophreniform disorder (n = 4). Duration of illness (years): AT: 12.1 (12.1) TAU: 15.2 (9.3)</p>
<p>Interventions</p>	<p>1. Art therapy (N=29) was administered in 12 sessions of 90 minutes for 6 weeks. Groups included between 3 and 6 patients. The approach was non-directive – patients could choose to create whatever they wanted and use any available material they liked. The last 30 minutes of a session were reserved for a shared viewing and reflecting on the images.</p> <p>2. Control group (N=29): TAU without an offer of art therapy. All patients were demanded to refrain from taking part in any other visual artistic activity apart from the sessions provided in the hospital during the trial phase.</p> <p><i>In addition to supportive contact and pharmacotherapy, TAU covered a broad spectrum of verbal targeted psychotherapies for patients with psychoses like cognitive behavioural therapy and modified psychodynamic interventions in individual and group settings, as well as occupational therapy, music therapy, cognitive and social skills training, excursions, relaxation and sports.</i></p>
<p>Outcomes</p>	<p><i>At baseline and post-treatment</i></p> <p><i>Psychopathology, GAF, self-efficacy and quality of life measures were re-evaluated at a 12 weeks follow-up in both samples.</i></p> <p>Primary outcome measures:</p> <p><i>-psychotic and depressive symptoms (Scale for the assessment of negative symptoms (SANS) and the Scale for the assessment of positive symptoms (SAPS), the Calgary depression scale for schizophrenia (CDSS)</i></p> <p><i>-psychosocial outcome (GAF).</i></p> <p>Secondary outcome measures:</p> <p><i>-parameters of mentalising function (Mentalising was covered by the constructs of 1) cognitive empathy, determined with the Reading the mind in the eyes test (RME; German translation) that requires the inference of complex affective mental states from photographs depicting the eye regions of 36 persons, and 2) the Levels of emotional awareness scale (LEAS; German version), assessing the ability to imagine, to recognize and to express one's own and others' emotions when presented with 10 emotionally evocative written scenarios.</i></p> <p><i>-self-efficacy/locus of control (Questionnaire for competence and control (Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen, FKK), a translation and extension of Levenson's IPC scales)</i></p> <p><i>-quality of life during the past 4 weeks was evaluated using the core module of the Modular system for quality of life (MSQoL).</i></p>

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

	<p>-satisfaction with care (General satisfaction with hospital care was self-rated on an 8-item questionnaire (Fragebogen zur Patientenzufriedenheit, ZUF- 8))</p> <p>Potential confounders like verbal intelligence and verbal working memory and learning were estimated by a multiple choice vocabulary test (Mehrfachwahl-Wortschatztest, MWT-B) and the Auditory Verbal Learning Test (AVLT)</p>	
Results	<p>Primary outcome measures:</p> <p>In the per-protocol sample, art therapy was associated with</p> <ul style="list-style-type: none"> -a significantly greater mean reduction of <u>positive symptoms</u> (6 weeks, $F[1; 32]=11.698, p<0.01$) / 12 weeks ($F[1; 30]=6.960, p<0.05$) - improved <u>psychosocial functioning</u> at post-treatment ($F[1; 32]=5.218, p<0.05$) and follow-up (12 weeks, $F[1; 30]=5.005, p<0.05$) - a greater mean reduction of <u>negative symptoms</u> at follow-up compared to standard treatment $F[1; 30]=7.820, p<0.01$ -The significant reduction of positive symptoms at post-treatment was maintained in an attempted intention-to-treat analysis $F[1; 37.750]=4.462, p<0.05$ - no group differences regarding depressive symptoms <p>Secondary outcome parameters:</p> <ul style="list-style-type: none"> - patients in the art therapy group showed a significant improvement in levels of emotional awareness and particularly in their ability to reflect about others' emotional mental states. 	
Risk of bias		
Bias	Authors' judgement Low – Unclear – high risk	Support for judgement
Random sequence generation (selection bias)	Low risk	Using a randomisation list provided by the Charite' central pharmacy
Allocation concealment (selection bias)	Low risk	The allocation sequence was concealed until assignment by telephone
Blinding of participants and personnel (performance bias)	High risk	Participants and clinical staff involved in the administration and supervision of art therapy were aware of allocation status
Blinding of outcome assessment (detection bias)	<p><u>Low risk</u> for Clinical ratings and scoring of Levels of emotional awareness scale (LEAS)</p> <p><u>High risk</u> for Neuropsychological tests and questionnaires</p>	<p>Clinical ratings and scoring of Levels of emotional awareness scale (LEAS) transcripts were performed by psychiatrists not involved in the direct treatment of patients and blind to randomisation. Patients were instructed not to inform the assessors of their allocation status.</p> <p>Neuropsychological tests and questionnaires were administered by a researcher aware of therapy assignment</p>
Incomplete outcome data (attrition bias)	high risk	<p>AT: 16 (55%) participants completed the trial.</p> <p>TAU: 19 (66%) participants completed the trial.</p> <p>intention-to-treat analysis: yes</p> <p>(Dropout occurred mainly in case of unplanned discharge from hospital or when patients were unable to attend the group as outpatients because of alternative occupations)</p>
Selective reporting	Low risk	All outcome measures were considered in the

(reporting bias)		analysis.
Other bias (adequate therapy method, treatment fidelity, supervision, training, personal, financial, or any other interests producing bias)	high	<p>- Adequate therapy method : yes (<i>For a thorough description of therapeutic attitude, specific interventions and their rationale we refer to Dannecker (2010), serving as a therapeutic guideline for the art therapist.</i>)</p> <p>-Training/supervision: unclear/yes (<i>One art therapist (D.S.) conducted the AT intervention and was accompanied by a co-worker who video-taped the sessions. All AT sessions were video-taped to assure treatment fidelity that was also confirmed during regular, joint video-based supervisions)</i>)</p> <p>- No personal, financial, or any other interests producing bias could be found</p> <p>- No active comparison controlling for unspecific group dynamics</p> <p>-When analysing completers only, patients in the AT + TAU group differed significantly from controls with regard to gender and verbal IQ at baseline.</p>

Crawford et al. 2012 Leurent et al. 2014 The MATISSE (Multicenter study of Art Therapy In Schizophrenia: Systematic Evaluation) study	
Methods	Three arm, rater blinded, pragmatic, randomised controlled trial
Participants	<p>417 people aged 18 or over, who had a diagnosis of schizophrenia recruited from community based mental health and social care services in four centres in England and Northern Ireland.</p> <p>Mean (SD) age (years): 41 (12)</p> <p>Global assessment of functioning, baseline (n=355): 44.9 (12.6)</p> <p>Exclusion criteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> -severe cognitive impairment, -unable to speak sufficient English to complete the baseline assessment, -those already receiving art or another creative therapy.
Interventions	<ol style="list-style-type: none"> 1. Group art therapy (n=140): <i>weekly sessions of 90 minutes' duration for an average of 12 months. Patients were given access to a range of art materials and encouraged to use these to express themselves freely. Art therapists generally adopted a supportive approach, offering empathy and encouragement.</i> 2. Activity groups (n=140): <i>weekly basis and for an average of 12 months. Facilitators of these groups encouraged participants to agree activities collectively; these included playing board games, watching and discussing DVDs, and visiting local cafes. The use of art materials was prohibited.</i> 3. Standard care alone (n=137): <i>follow-up from secondary care mental health services, care coordination, pharmacotherapy, and the option of referral to other services as clinically indicated, except other creative therapies</i>
Outcomes	<p>Primary outcomes</p> <ul style="list-style-type: none"> - global functioning (GAF) - mental health symptoms (positive and negative syndrome scale) - 24 months after randomization <p>Secondary outcomes</p> <ul style="list-style-type: none"> - levels of group attendance - social functioning (social function questionnaire)

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report











































	<ul style="list-style-type: none"> - adherence with prescribed drugs (Morisky scale) - satisfaction with care (client satisfaction questionnaire) - mental wellbeing (general wellbeing scale) - health related quality of life (five item EQ-5D) - at 12 and 24 months after randomisation 	
Results Crawford 2012	<p>Primary outcomes</p> <ul style="list-style-type: none"> - between the three study arms did not differ. The adjusted mean difference between art therapy and standard care at 24 months on the global assessment of functioning scale was -0.9 (95% confidence interval -3.8 to 2.1), and on the positive and negative syndrome scale was 0.7 (-3.1 to 4.6). - Wellbeing, satisfaction with care, or other secondary outcomes at 12 and 24 months did not differ significantly, except that those referred to an activity group had fewer positive symptoms of schizophrenia at 12 and 24 months compared with those randomised to group art therapy (adjusted mean difference 1.4, 95% confidence interval 0.1 to 2.6, P=0.03). 	
Results Leurent 2014	<p>Methods Secondary analysis of data from a randomized controlled trial of group art therapy as an adjunctive treatment for schizophrenia (n = 140) versus standard care alone (n = 137). Positive and Negative Syndrome Scale scores at 12 months were compared between trial arms.</p> <p>Interaction between intervention effect and different subgroups, including those with more severe negative symptoms of schizophrenia, and those who expressed a preference for art therapy prior to randomisation, was tested using a linear mixed model.</p> <p>Results The clinical effectiveness of group art therapy did not significantly differ between participants with more or less severe negative symptoms [interaction for difference in PANSS = 1.7, 95 % CI (-8.6 to 12.1), P = 0.741], or between those who did and did not express a preference for art therapy [interaction = 3.9, 95 % CI (-6.7 to 14.5), P = 0.473]. None of the other exploratory subgroups suggested differences in intervention effect.</p> <p>Conclusions There was no evidence of greater improvement in clinical symptoms of schizophrenia for those with more severe negative symptoms or those with a preference for art therapy. Identification of patients with schizophrenia who may benefit most from group art therapy remains elusive.</p>	
Risk of bias		
Bias	Authors' judgement Low – Unclear – high risk	Support for judgement
Random sequence generation (selection bias)	Low risk	"Participants were randomised through an independent and remote telephone randomisation service provided by the Aberdeen Clinical Trials Unit. We used permuted blocks, stratified by site. Block size was randomly assigned between three and six."
Allocation concealment (selection bias)	Low risk	See above
Blinding of participants and personnel (performance bias)	High risk	"Participants and clinical staff were aware of the trial arm to which the study participants were allocated ..."
Blinding of outcome assessment (detection bias)	Low risk	"... but all interviews were done by researchers blinded to allocation status."
Incomplete outcome data (attrition bias)	Low risk	361 (87%) were followed up at 12 months, and 355 (85%) were followed up at 24 months. The attrition rate was similar across arms, and reasons for attrition




Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

		<p>did not differ (death, withdrawal, lost to follow-up). None of the deaths or other serious adverse events seemed to be related to the interventions being examined in the study.</p> <p>All primary statistical analyses were done using the intention to treat principle. We imputed missing baseline data using regression or mean imputation. Follow-up data were not imputed.</p>
Selective reporting (reporting bias)	low risk	"We report any significant findings."
Other bias (adequate therapy method, treatment fidelity, supervision, training, personal, financial, or any other interests producing bias)	Low risk	<p>- Adequate therapy method : yes (Art therapy was carried out in keeping with recommendations of the British Association of Art Therapists ...)</p> <p>- Training/supervision: yes/yes (All art therapy and activity groups were cofacilitated by a member of staff or volunteer who received training in the trial and intervention. During the treatment phase of the trial, art therapists and activity group facilitators received monthly group supervision from a senior practitioner with relevant expertise)</p> <p>- No personal, financial, or any other interests producing bias could be found</p>
Strengths and weaknesses of the study Conclusions		<p>▶ The main strengths of the study are that it was adequately powered, used a rigorous approach to minimising bias, and used broad inclusion criteria to assess whether the intervention could help most people with schizophrenia.</p> <p>▶ Almost 40% of participants randomised to group art therapy did not attend any sessions. Among those who did, few attended regularly. Possible explanations for the low level of attendance are that the interventions may not have been acceptable to participants or that participants lacked the motivation and organisational skills to attend.</p> <p>▶ Previous accounts of the potential benefits of group art therapy suggest that it may help people in ways that are difficult to quantify</p> <p>▶ Results of randomised trials of other creative therapies for people with schizophrenia, such as music therapy and body movement therapy, are more promising. These interventions combine creativity with other approaches specifically aimed at providing an enjoyable experience, stimulating physical movement, and increasing interactions with others. Although it has been argued that involvement in creative activities is inherently good for mental health, it may be that for people with severe mental illnesses such as schizophrenia it is only when such activities are used in combination with other interventions that benefits are seen.</p>

Bewertung der Studienqualität aus Einzelstudien

Risiko für Bias aus allen Einzelstudien zur Effektivität von Musiktherapie

	Random sequence generation (selection bias)	Allocation concealment (selection bias)	Blinding of participants and personnel (performance bias)	Blinding of outcome assessment (detection bias)	Incomplete outcome data (attrition bias)	Selective reporting (reporting bias)	Other bias
Yang et al. 2012							
Carr et al. 2012							
Mohammadi et al. 2012							
Gold et al. 2013							
Lu et al. 2013							
Grocke et al. 2014							

 low risk of bias  unclear risk of bias  high risk of bias

Grocke 2014: Group music therapy for severe mental illness: a randomized embedded experimental mixed methods study	
Methods	RCT crossover design (A crossover design was deemed advantageous given the heterogeneity of the participants and minimal expectation of a carryover effect of treatment.)
Participants	N=99 Adults with SMI (i) diagnosed with a mental illness (ICD-10), ii) 2 years or more since initial diagnosis, iii) ability to concentrate for an hour, iv) living in the community and v) stabilized on medication) N=99 (33% schizophrenia)
Interventions	<p>Randomized group 1: SC first condition ($n = 36$) SC alone, followed by GMT and SC.</p> <p>Randomized group 2: GMT first condition ($n = 39$) group music therapy (GMT) and standard care (SC), followed by SC alone</p> <p>Non-randomized group: GMT first condition ($n = 24$) (<i>Late in the trial, the recruitment slowed, and small numbers could not be randomized to groups. Thus, the design was amended to facilitate a nonrandomized arm.</i>)</p> <p>GMT intervention: was conducted over 13 weeks by four <u>qualified and experienced music therapists, who had trained in the same psychodynamically oriented music therapy course</u>. GMT comprised 1-h weekly sessions of singing familiar songs, writing original songs and preparation for recording the original songs in a professional studio. A <u>manual for the treatment approach was developed</u>, and music therapists were instructed to conduct sessions in accordance with the <u>protocol</u>. <u>Fidelity checklists on the songwriting procedure</u> were completed by the music therapists after each session and were forwarded with attendance sheets to the RA each week. <u>Monthly group supervision</u> was provided for the four music therapists by the first author.</p> <p>Standard care: Participants in the SC condition continued with their usual programme including medication reviews, scheduled visits to case managers and psychiatrists, and optional activities organized by the clinic. The outcome measures were completed either in a group held at the clinic or at an individual meeting with the RA. Participants also continued to take part in SC while engaging in the GMT condition.</p>
Outcomes	<p>Primary outcome measures: <i>Quality of life</i> – Q-LES-Q-18: an 18-item self-report inventory that assesses QoL in four domains: social relationships, physical health, subjective feelings and leisure-time activities.</p> <p>Secondary outcome measures: <i>Social support</i> – ENRICH: a 7-item self-report scale devised for those with chronic medical illnesses. <i>Self-esteem</i> – the Rosenberg Self-Esteem Scale: is a 10-item self report scale <i>Global severity of illness</i> – The Brief Symptom Inventory (BSI): a self-report measure of 53 items assessing a range of psychological symptoms, which generates a global scale and nine subscale scores.</p> <p>Quantitative data were collected at baseline: on completion of the first condition (13 weeks after randomization), on completion of the second condition (26 weeks after randomization) and at follow-up assessment (39 weeks post randomization).</p>
Results	<p><u>QoL</u>. There was a significant improvement on the Q-LES-Q-18 following GMT ($P = 0.019$) with a moderate effect size ($d = 0.47$).</p> <p>Moderate effects of GMT for <u>global severity of illness</u> (BSI; $d = 0.36$) and <u>self-esteem</u> ($d = 0.35$) were found, but did not reach statistical significance ($P = 0.061$ and $P = 0.054$ respectively). Global severity of illness improved during</p>

*Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report*

	GMT, as indicated by decreases in scores, and showed inconsistent patterns during SC. There were no significant effects of GMT on social support.	
Risk of bias		
Bias	Authors' judgement <i>Low – Unclear – high risk</i>	Support for judgement
Random sequence generation (selection bias)	Low risk	<i>“Randomization was carried out using a computer-generated sequence by an independent statistician.”</i>
Allocation concealment (selection bias)	Low risk	<i>“The statistician advised the research assistant (RA) of allocations via phone or e-mail; the RA then notified participants by telephone.”</i>
Blinding of participants and personnel (performance bias)	High risk	<i>Participants were not blinded to the treatment allocation.</i> (Behandler ebenso wenig möglich)
Blinding of outcome assessment (detection bias)	unclear risk	<i>“Intervention outcome measures were self-reports. The RA entered data from the measures into a spreadsheet. Once completed, an independent statistician analysed the data; these were not inspected until the end of the study.”</i> Kommentar: Bleibt etwas unklar, was der Untersucher mit den Daten gemacht hat, zumindest wusste er über die Verteilung der Patienten Bescheid, evtl. hat er die Daten aber „nur durchgereicht“. Unabhängig war der Auswerter.
Incomplete outcome data (attrition bias)	High risk	<i>Ninety-nine adult participants were recruited to the study . Of these, 29 did not attend any sessions due to inconvenience of the GMT day, time and venue. Of the 70 who did engage, 23 attended 1–4 sessions, 10 attended 5–8 and 37 attended 9–13 sessions. Effects were analysed on an intention-to-treat basis in the main analysis.</i>
Selective reporting (reporting bias)	Low risk	All outcome measures were considered in the analysis.
Other bias (adequate therapy method, treatment fidelity, supervision, training, personal, financial, or any other interests producing bias)	High risk	- adequate therapy method : yes - training/supervision: yes - No personal, financial, or any other interests producing bias could be found - No active comparison controlling for unspecific group dynamics
Strengths and weaknesses of the study Conclusions	A small sample size limits the quantitative findings of the study, and longer-term follow-up would be instructive. Recruitment and attrition limited the findings. Crossover design	

Gold 2013: Individual Music Therapy for Mental Health Care Clients with Low Therapy Motivation: Multicentre Randomised Controlled Trial	
Methods	Pragmatic, single-blind, multicentre randomised trial with two parallel groups of equal size. (specialised mental health care centres in Nordfjord (Norway), Rogaland (Norway), Linz (Austria) and Melbourne (Australia))
Participants	- N=144 adults with non-organic mental disorders and low therapy

*Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report*

	<p>motivation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Setting: Inpatients (N=102), outpatients (N=36) or day patients (N=6) in mental health care - Primary diagnosis of a non-organic mental disorder (F1–F6 according to ICD-10 criteria), as assessed by a psychiatrist at the study site (psychotic disorders (42%) and mood (affective) disorders (31%; table 1)/ Other primary diagnoses: neurotic, stress-related and somatoform disorders (F4, n = 16), personality disorders (F6, n = 14), substance-related mental disorders (F1, n = 6), and behavioural syndromes associated with physiological disturbances (F5, n = 3) - In addition, participants had to meet at least one of the following criteria: (1) low motivation due to lacking or insufficient insight; (2) difficulties talking about feelings or problems; (3) wants a ‘medication cure’ or ‘does not believe in talking’; (4) has not achieved sufficient improvement in previous psychotherapy, or (5) other type of low motivation (specified). - Functioning (GAF, n = 143): 48.15±10.99 - Age (years): 33.99 (11.33)
<p>Interventions</p>	<p>Individual, resource-oriented MT: 2 sessions per week of 45 min each, for a period of 3 months from the date of randomization) plus treatment as usual (TAU) or TAU alone.</p> <p><u>TAU</u> was typically intensive (71% were inpatients) and included the best combination of therapies available for each participant, excluding MT</p>
<p>Outcomes</p>	<p>Primary outcome measures:</p> <p>Blinded assessments of the Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS)</p> <p>Secondary outcome measures:</p> <p><i>General symptoms</i> were assessed using the BSI-18 self-report scale, with 18 items addressing anxiety, depression and somatic complaints</p> <p><i>Functioning</i> was measured using a blind rating with the GAF.</p> <p><i>Clinical global impressions</i> were evaluated by a blinded assessor using the CGI Scale (to assess treatment outcomes in mental health)</p> <p><i>Interest in Music (IiM) Scale</i>, developed and validated for the present study (self-report measure consisting of 12 Likert-scaled items. With two subscales, activity and engagement in music (IiM A&E) and social avoidance through music (IiM SA))</p> <p><i>Motivation for change</i> was measured using a modified version of the two URICA subscales, precontemplation and contemplation.</p> <p><i>Motivation</i> was assessed by a blinded rater using the SANS Avolition/Apathy Scale.</p> <p><i>Self-efficacy</i> was assessed using the General Perceived Self-Efficacy Scale (GES).</p> <p><i>Self-esteem</i> was measured using the Rosenberg Self-Esteem Scale (RSE) (self-report measure with 10 Items).</p> <p><i>Vitality</i> was assessed using the vitality subscale of the SF-36 (a self-report scale with 4 items)</p> <p><i>Affect regulation</i> was measured by a blinded rater using the SANS subscale, affecting flattening and blunting</p> <p><i>Relational competence</i> was assessed using the IIP-32 (self-report scale contains 32 items describing a variety of interpersonal problems)</p> <p><i>Social relationships</i> were assessed using both a self-report (social relationships subscale of the Q-LES-Q) and a blinded assessment (SANS anhedonia/asociality)</p>

*Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report*

	subscale). Before randomisation and after 1, 3 and 9 months	
Results	<p>MT was superior to TAU for total <u>negative symptoms</u> (SANS, $d = 0.54$, $p < 0.001$) as well as <u>functioning</u>, <u>clinical global impressions</u>, <u>social avoidance through music</u>, and <u>vitality</u> (all $p < 0.01$).</p> <p><i>Effects of MT</i></p> <p>The effect on the <u>primary outcome</u>, negative symptoms, was significant in favour of MT ($p < 0.001$) with an effect size in the medium range (mean difference in SANS scores 12.09, $d = 0.54$).</p> <p>Among the <u>secondary outcomes</u>, effects on <u>functioning</u> (GAF), Differenz: 6.99 (2.38), $p=0.003^{**}$, Effektgröße: 0.64 (0.21, 1.06), <u>clinical global impressions</u>, Differenz: -1.06 (0.25) $p=0.000^{***}$, Effektgröße: 0.91 (-1.33,-0.5), <u>social avoidance</u> through music, Differenz: -1.22 (0.45) $p=0.007^{**}$, ES: 0.53 (-0.92,-0.15), and vitality Differenz: 2.87 (1.08), $p= 0.008^{**}$, ES: 0.67 (0.18, 1.16) were all significant (all $p < 0.01$).</p> <p><u>Tendencies</u> were found for motivation, affect regulation and social relationships (all $p < 0.05$). Including the first 10 participants reduced the effects considerably, but the effect on the primary outcome remained significant ($p = 0.018$).</p> <p><u>No adverse events</u> were observed. We noted that dropout rates were lower in MT than in TAU at 1 and 3 months (1 month: 2 vs. 11, OR 6.24, $p = 0.02$; 3 months: 7 vs. 17, OR 2.85, $p = 0.04$; but not at 9 months).</p>	
Risk of bias		
Bias	Authors' judgement Low – Unclear – high risk	Support for judgement
Random sequence generation (selection bias)	Low risk	Central randomisation office, computerised block randomization procedure, stratified by treatment centre and type of disorder (primary diagnosis of a psychotic disorder, F2 in ICD-10, vs. other).
Allocation concealment (selection bias)	Low risk	To conceal allocation from the involved clinicians and the participants, a person who had no contact with the participants kept the randomisation list and provided individual allocations of included participants, who were identified by number, age, sex and diagnosis, either by e-mail or by text message. the <u>reverse propensity score</u> also showed no association between probability of assignment to MT and SANS score and therefore no indication of any otherwise unobserved selection bias.
Blinding of participants and personnel (performance bias)	High risk	This was a single-blind study
Blinding of outcome assessment (detection bias)	Low risk	The person who assessed outcomes was not involved in the daily work at the participant's hospital unit and was therefore not aware of the assigned treatment. Success of blinding was verified by asking assessors whether or not they had inadvertently become aware of the participant's allocation.
Incomplete outcome data (attrition bias)	high risk	The target number of 144 included participants was exactly reached; 72 were randomised to MT and 72 to

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

		TAU. The number of dropouts was reasonable overall (MT group: 52 completed 9-month follow-up/ 20 lost, TAU: 48 completed 9-month follow-up/ 24 lost) All those randomised to MT received at least some sessions (48 received 18–25 sessions, 16 received 10–17 sessions, 8 received 2–9 sessions) intention-to-treat (ITT) basis
Selective reporting (reporting bias)	Low risk	All outcome measures were considered in the analysis.
Other bias (adequate therapy method, treatment fidelity, supervision, training, personal, financial, or any other interests producing bias)	High risk	- Adequate therapy method : yes - Training/supervision: Ten academically and clinically qualified music therapists with clinical experience in MT in psychiatry provided MT in accordance with a flexible therapy manual developed for this study - No personal, financial, or any other interests producing bias could be found - No active comparison controlling for unspecific group dynamics
Strengths and weaknesses of the study Conclusions	Pragmatic trial, No active comparison controlling for unspecific group dynamics MT may be most important for those who do not benefit from other approaches, for example because they are unable to use verbal discourse therapeutically. This is not just a 'residual category' but may tell us something about the nature of the therapeutic potential of music.	

Chyn-Yng Yang et al. 2012 The Effect of Music Therapy on Hospitalized Psychiatric Patients' Anxiety, Finger Temperature, and Electroencephalography: A Randomized Clinical Trial	
Methods	Randomized clinical trial design
Participants	- N=24 participants from the <u>acute psychiatric ward</u> at a medical center in northern Taiwan - N= 24 patients: 18 with schizophrenia and 6 with major depression - Age (years): 48.1 (14.9) vs. 41.5 (16.8) - Illness duration (Years): 11.8 (19.7) vs. 13.6 (14.2)
Interventions	Receptive music therapy: <i>in an isolated, soundproofed music therapy room contained an adjustable reclining chair, a stereo CD player, and two speakers on either side of the chair. (music according to the participant's individual preferences, Each participant used the same music throughout the study. We played the music for 20 min per session at a volume of 45–50 dB/ Each participant in the experimental group received one music therapy session at the same time every morning for 11 consecutive days.)</i> <i>Two external senior music therapy experts who were independent of the therapy component of the project monitored the music therapy intervention. They rated compliance with the fundamental principles of music therapy and adherence to one or more modules and interventions specified in the treatment protocol.</i> Control: <i>The research assistant brought each participant in the control group to the same room at the same time each day. Control participants received a blanket and sat on the adjustable reclining chair with eyes closed for 30 min.</i>
Outcomes	Primary outcomes -BAI (Beck): 21 questions, each of which assesses anxiety severity on a 4-point scale from 0 to 3 (-Finger temperature and alpha and beta EEG activity before, during, and after music therapy)

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

	Secondary outcomes We administered the BAI again on the final (11th) day of music therapy and 1 week after treatment to collect follow-up data.	
Results	Experimental group participants had lower scores on the BAI than control participants, after the music therapy ($z = -2.0$, $p < .05$) and at 1-week follow-up ($z = -2.2$, $p < .05$), indicating that they were experiencing significantly less anxiety. The mean BAI anxiety score fell in the experimental group from 23.9 ($SD = 9.9$) at baseline to 13.9 ($SD = 8.8$), after music therapy, and 12.7. ($SD = 10.5$) at follow-up.	
Risk of bias		
Bias	Authors' judgement Low – Unclear – high risk	Support for judgement
Random sequence generation (selection bias)	Low risk	block randomization, which yielded a block size of six
Allocation concealment (selection bias)	Low risk	blindly and randomly allocation
Blinding of participants and personnel (performance bias)	High risk	Not possible
Blinding of outcome assessment (detection bias)	Unclear risk	No information
Incomplete outcome data (attrition bias)	Low risk	Good attendance
Selective reporting (reporting bias)	Low risk	All outcome measures were considered in the analysis.
Other bias (adequate therapy method, treatment fidelity, supervision, training, personal, financial, or any other interests producing bias)	Low risk	- adequate therapy method : yes - training/supervision: yes - No personal, financial, or any other interests producing bias could be found - active comparison controlling for unspecific group dynamics
Strengths and weaknesses of the study	short duration of treatment and follow-up small sample size	
Conclusions		

Mohammadi et al. 2012 A Study of the Effects of Music Therapy on Negative and Positive Symptoms in Schizophrenic Patients	
Methods	Randomized study
Participants	- N=96 patients with schizophrenia from psychiatric hospital in Tehran - patients' age ranged from 20 to 50 years, with a mean of 34.6 ($SD = 8.05$) years
Interventions	- Experimental group 1 (N=35): active music therapy (individual and group playing, improvisation, singing, and movement) combined with neuroleptic medication, - Experimental group 2 (N=27): passive music therapy (listening to recorded music) in weekly sessions over a period of 1 month combined with neuroleptic medication - Both active therapies were conducted in a group setting - Control group 3 (N=34): did not receive any music therapy sessions (neuroleptic medication alone)

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

Outcomes	Primary outcomes Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS) and Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS) Secondary outcomes	
Results	<ul style="list-style-type: none"> - Both types of music therapy had significant effects on the composite score for negative symptoms ($P < .05$) in comparison with the positive symptoms score, and on one important subscale of negative symptoms, namely, anhedonia/ sociality ($P < .01$). - results showed some interesting variations, which overall point to more pervasive and deeper effects of active and passive types of music therapy on female participants ($P < .01$) 	
Risk of bias		
Bias	Authors' judgement <i>Low – Unclear – high risk</i>	Support for judgement
Random sequence generation (selection bias)	Unclear risk	“Patients were randomly assigned to three groups.” “Frequency distribution of patients according to diagnosis in each group. “
Allocation concealment (selection bias)	Unclear risk	Kommentar: keine Angaben zur Geheimhaltung der Randomisierungssequenz
Blinding of participants and personnel (performance bias)	High risk	Kommentar: eingeschränkt möglich (keine Angaben)
Blinding of outcome assessment (detection bias)	Unclear risk	Kommentar: keine Angaben dazu
Incomplete outcome data (attrition bias)	Unclear risk	Kommentar: keine Angaben dazu
Selective reporting (reporting bias)	Low risk	Kommentar: Die Ergebnisse beider Rating-Skalen (SANS und SAPS) werden berichtet.
Other bias (adequate therapy method, treatment fidelity, supervision, training, personal, financial, or any other interests producing bias)	High risk	<p>“The Iranian Music Therapy Association was founded in 2001 by Ali Zadeh Mohammadi and his colleagues to increase public awareness of the benefits of music therapy as well as the progressive development of research and clinical practice.”</p> <p>Kommentar: Abhängigkeit der Studie von inhaltlichen Interessen ist nicht auszuschließen, da der Gründer der Iranian Music Therapy Association gleichzeitig der Autor der Studie ist.</p> <p>„For the active groups, two music therapists planned and ran the music therapy sessions.“</p> <p>Kommentar: keine weiteren Angaben zu Training und Supervision</p>
Strengths and weaknesses of the study Conclusions	<p>Ein hohes Risiko der Verzerrung der Ergebnisse ist nicht auszuschließen, da zentrale Angaben zur Durchführung der Studie fehlen (z.B. Wie genau ist die Randomisierung erfolgt? Wurde die Erhebung der Endpunkte verblindet durchgeführt? Wie viele der Teilnehmer haben bis zum Ende der Intervention teilgenommen? Gab es Abbrüche?).</p> <p>Es fehlt eine nähere Beschreibung der Studienpopulation einschließlich eines Vergleichs wichtiger Variablen zu baseline zwischen den Gruppen.</p> <p>Insgesamt ist die Stichprobe klein.</p>	

<p>Carr et al. 2012 Group music therapy for patients with persistent post-traumatic stress disorder – an exploratory randomized controlled trial with mixed methods evaluation</p>		
Methods	Exploratory randomized controlled trial, qualitative content analysis of therapy, and patient interviews	
Participants	<ul style="list-style-type: none"> - Patients <u>with significant PTSD symptoms</u> ($n = 17$) following completion of CBT were randomly assigned to treatment ($n = 9$) or control groups ($n = 8$). - Age (years), mean (range): 34 (20–57) vs. 44 (33–53) - “PTSD is diagnosed using the 4th edition of the <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i> (DSM-IV) criteria (American Psychiatric Association [APA], 1994). The person must have directly experienced or witnessed a threat to life, serious injury, or personal integrity, and responded with helplessness or horror. Symptoms must include re-experiencing, avoidance, and hyperarousal, and the person <u>must have significantly impaired social, interpersonal, or occupational functioning</u>. These symptoms are severe and extend at least 12 weeks after the index trauma.” - “Patients were recruited from a specialized National Health Service (NHS) in London, providing trauma-focused CBT for patients with PTSD. Patients were between 18 and 65 years, had basic English, and were receiving no other psychotherapy. All had a PTSD diagnosis, using the Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS). All had previously received and completed CBT, <u>but retained significant symptoms on discharge, as measured by the Impact of Events Scale (IES score of ≥ 50; i.e., defined as severe and 15 points above the clinical cut-off for PTSD)</u> - “Fourteen patients were taking conventional antidepressants (Treatment: 7; Waiting: 7), four on antipsychotics (Treatment 1; Waiting 3), two on benzodiazepines (Treatment: 1; Waiting: 1), and three on hypnotics (Treatment: 2; Waiting: 1)“ 	
Interventions	<p><u>Treatment group</u>: 10 weeks of group music therapy (a combination of active and receptive activities, and an emphasis on free improvisation)</p> <p><u>Control group</u>: waiting group, patients were offered the intervention at the end of the study.</p>	
Outcomes	<p><u>Primary outcomes</u></p> <p>Events Scale-Revised IES Revised (IES-R). a 22-item rating scale to assess distress of PTSD symptoms in the previous 7 days</p> <p><u>Secondary outcomes</u></p> <p>Beck Depression Inventory II (a 21-item rating scale to assess self-reported symptom severity of depression.</p> <p>at the beginning and end of treatment</p>	
Results	Treatment-group patients experienced a significant reduction in severity of PTSD symptoms (-20.18 ; 95% confidence interval [CI]: $[-31.23, -9.12]$) and a marginally significant reduction in depression (-11.92 ; 95%CI: $[-24.05, 0.21]$) at 10 weeks from baseline compared to the control.	
Risk of bias		
Bias	Authors' judgement Low – Unclear – high risk	Support for judgement
Random sequence generation (selection bias)	Low risk	“Group allocation was made by an independent researcher (CS) who randomly generated a list of consenting names and a sequence of group allocations. Each name was then allocated either to

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

		<i>treatment or the waiting list."</i>
Allocation concealment (selection bias)	Low risk	<i>„Group allocation was made by an independent researcher (CS)“</i>
Blinding of participants and personnel (performance bias)	High risk	Kommentar: keine Verblindung möglich
Blinding of outcome assessment (detection bias)	High risk	<i>“Due to the small size of the research team, no attempt was made to mask researchers from patient allocation.”</i>
Incomplete outcome data (attrition bias)	Low risk	<i>“Mean attendance was seven sessions (range; 2–9). Seven (78%) attended seven sessions or more. Despite fluctuating attendance, all maintained telephone contact with the clinic, detailing their challenges.”</i> Excluded from analysis (n= 1) Analysis was done on an intention to treat basis
Selective reporting (reporting bias)	Low risk	Kommentar: Ergebnisse zu allen Outcomes berichtet
Other bias (adequate therapy method, treatment fidelity, supervision, training, personal, financial, or any other interests producing bias)	High risk	<i>“17 (47.2%) agreed to participate“</i> Kommentar: hohe Selektion zu Studienbeginn adequate therapy method: yes treatment fidelity: <i>“intervention was manualized”, “Adherence to the manual was monitored through video recording of sessions.”</i> supervision: <i>“off-site supervision was provided by a senior consultant in music therapy“</i> personal, financial, or any other interests producing bias: <i>“The dual role of the music therapists in the research design and analysis, may have similarly affected outcomes“.</i> Kommentar: keine aktive Vergleichsgruppe
Strengths and weaknesses of the study Conclusions	Insgesamt eine wichtige Studie, da hier therapieresistente Patienten mit einer ausgeprägten posttraumatischen Belastungsstörung behandelt und untersucht werden. Unklar bleibt dennoch die Erkrankungsdauer. Allerdings gibt die Beschreibung der Stichprobe doch Grund zu der Annahme, dass es sich um schwer psychisch Kranke Menschen handelt. Schwächen: geringe TN-Zahl, Musiktherapeuten sind gleichzeitig diejenigen, die die Endpunkte erheben	

Lu et al. 2013	
Effects of group music intervention on psychiatric symptoms and depression in patient with schizophrenia	
Methods	Randomized controlled trial
Participants	<ul style="list-style-type: none"> - N=80 patients with schizophrenia were randomly allocated to treatment groups: 38 were allocated to the MIG, and 42 were allocated to the UCG. - average age of both groups was 52 years (ages ranging from 35 to 65 years) - mean diagnosis age for both groups was 25 years. The average length of stay was 8 years. - Setting: psychiatric nursing home of a large mental illness hospital
Interventions	<u>Treatment group:</u> <i>The MIG attended 60 min of group music therapy twice a week for 5 weeks. The music therapy comprised of 10 sessions of active and passive music interventions including music listening, singing popular Taiwanese songs, playing percussion instruments, watching music videos, and discussions. The music therapy intervention was delivered by a research</i>

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report





























	<p>assistant trained in music therapy in a group setting. The patients in the MIG also received all the same care that the UCG.</p> <p><u>Control group: Usual care</u> in the nursing home included 24-h care with activities of daily living, basic nursing care, meal provision, and social activities (e.g., TV watching, family visiting, and occasional parties for special events).</p> <p>Both the MIG and UCG received their prescribed medication.</p>	
Outcomes	<p><u>Primary outcomes</u></p> <p>PANSS score (30 items, including a positive scale (7 items), negative scale (7 items), and general psychopathology scale (16 items)).</p> <p><u>Secondary outcomes</u></p> <p>Depression scale for schizophrenia (CDSS) (9 items designed to measure depression in schizophrenia patients in acute and remission stages)</p> <p>Outcomes were assessed at baseline, the posttest, and a 3-month follow-up.</p>	
Results	<p><u>After 5 weeks of intervention:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - changes in primary outcomes from the <u>baseline</u> to the posttest measurements between the groups were all significant. The mean PANSS score difference between groups was 17.61 ($p < .001$, ES 0.96). For positive items, this was 4.17 ($p < .05$, ES 0.76), 3.81 for negative items ($p < .05$, ES 0.72), and 9.63 for general items ($p < .001$, ES 0.9). - The mean difference between group CDSS scores was 3.29 ($p < .05$, ES 0.68). <p><u>At the 3-month follow-up:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - change in primary outcomes between groups showed no significant differences between the baseline and follow-up. The mean difference between group PANSS scores was 10.09 ($p > .05$, ES 0.37). For positive items, this was 1.54 ($p > .05$, ES 0.21), 1.33 for negative items ($p > .05$, ES 0.21), and -6.68 for general items ($p = .05$, ES 0.41). - The mean difference between group CDSS scores was -0.68 ($p > .05$, ES 0.12). 	
Risk of bias		
Bias	Authors' judgement Low – Unclear – high risk	Support for judgement
Random sequence generation (selection bias)	Low risk	"Participants were randomly assigned [...] using a computer generated list of random numbers."
Allocation concealment (selection bias)	low risk	"Randomization was conducted by a person independent of the research, and extensive steps were taken to mask the research to the participants' allocation status." Kommentar: Was genau wurde gemacht?
Blinding of participants and personnel (performance bias)	High risk	Kommentar: nicht möglich
Blinding of outcome assessment (detection bias)	Low risk	"Assessors who conducted the PANSS and CDSS assessment for participants were blinded. Assessors did not know each participant's respective group."
Incomplete outcome data (attrition bias)	Low risk	"At the 3-month follow-up, 73 patients (92%) completed the study. A total of 7 patients did not




Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

		<p>complete the study including 4 patients in the MT group and 3 patients in the UCG group due to relocation to acute wards. Five of them were lost at the post-test visit, while 2 of them were lost at the follow-up visit. The statistical analysis was conducted based on intention to treat population including all patients with at least one post-intervention observation. The measures for 2 patients without follow-up data were estimated by their post-test observations based on LVCF (Last-value-carried-forward) method.</p>
Selective reporting (reporting bias)	Low risk	Kommentar: alle Outcomes werden berichtet
Other bias (adequate therapy method, treatment fidelity, supervision, training, personal, financial, or any other interests producing bias)	High risk	<p>Adequate therapy method: unclear Treatment fidelity: no manual, no fidelity measure Supervision: no Personal, financial, or any other interests producing bias: no Kommentar: keine aktive Vergleichsgruppe</p>
Strengths and weaknesses of the study Conclusions	<p>-a priori calculation of the required sample size -The dropout rate of the study (8%) is low.</p>	

Bewertung der Studienqualität aus Einzelstudien

Risiko für Bias aus allen Einzelstudien zur Effektivität von Tanz- und Bewegungstherapie

	Random sequence generation (selection bias)	Allocation concealment (selection bias)	Blinding of participants and personnel (performance bias)	Blinding of outcome assessment (detection bias)	Incomplete outcome data (attrition bias)	Selective reporting (reporting bias)	Other bias
Röhricht 2013							
Priebe et al. 2016							
Martin et al. 2015							
Lee et al. 2015							

 low risk of bias
 unclear risk of bias
 high risk of bias

Röhrich et al. 2013 An exploratory randomized controlled trial of body psychotherapy for patients with chronic depression.		
Methods	Randomized controlled trial	
Participants	<ul style="list-style-type: none"> - N=31 Patients with chronic depressive syndromes (more than 2 years symptomatic) and a total score of ≥ 20 on the Hamilton Rating Scale for Depression (HAMD) - mainly unemployed middle-aged patients, and most had a long history of mental illness with a mean duration of illness of more than 16 years in the treatment group and more than 12 years in the control group - Setting: community mental health services 	
Interventions	<p>Treatment group: BPT* was manualized, delivered in small groups in 20 sessions over a 10 weeks period, and provided in addition to treatment as usual</p> <p><i>*A range of exercises, movement strategies and sensory awareness procedures were used to address reduced self-awareness and psychomotor activity levels, therapy included grounding techniques, non-verbal communication and interventions aiming to foster emotional expression, A range of interventions was focusing on physical strength and capabilities</i></p> <p>Control group: waiting group which received BPT 12 weeks later</p>	
Outcomes	<p>Primary outcomes</p> <p>depressive symptoms as assessed on the 21-item HAMD</p> <p>Secondary outcomes</p> <p>Self-esteem was rated on the Rosenberg Self-Esteem Scale (ranges from 0 to 30)</p> <p>Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA) was used to assess SQOL (providing a mean score of satisfaction ratings in 12 life domains)</p>	
Results	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Thirty-one patients were included and twenty-one received the intervention.</i> - <i>At the end of treatment patients in the immediate BPT group had significantly lower depressive symptom scores than the waiting group (mean difference 8.7, 95% confidence interval 1.0–16.7).</i> - <i>Secondary outcomes did not show statistically significant differences. When the scores of the waiting group before and after BPT (as offered after the waiting period) were also considered in the analysis, the differences with the initial waiting group remained significant.</i> 	
Risk of bias		
Bias	Authors' judgement Low – Unclear – high risk	Support for judgement
Random sequence generation (selection bias)	Low risk	"Randomization was done by an independent researcher using a random number."
Allocation concealment (selection bias)	unclear risk	Kommentar: bleibt unklar
Blinding of participants and personnel (performance bias)	High risk	"It is not possible to blind participants for this kind of activity and so this item must be considered high risk. As an added precaution, participants were also asked not to reveal details of their treatment and so standard care could not be affected by knowledge of who was in which group"
Blinding of outcome	Low risk	"Experienced psychiatrists, trained in the use of

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

assessment (detection bias)		assessment instruments, conducted all screening, baseline and outcome assessments. They were kept blind towards the treatment allocation of the patients."
Incomplete outcome data (attrition bias)	High risk	<p>"N=10 did not attend", „The group of 16 patients randomized to the experimental treatment attended on average 7.5 therapy sessions, range 0–20 (the mean for those 12 patients who attended at least one session was 9.9); for the total sample of patients (N=31) this figure was 6.7, range 0–20 (9.5 for those 21 patients who attended at least one session)."</p> <p>"Analyses were conducted on an intention-to-treat basis. We compared outcomes in the immediate BPT group with those in the waiting group. In a subsequent analysis, we also considered pre- and post treatment depression scores in the waiting group when BPT was offered after the 12 weeks waiting period."</p> <p>Anmerkung: 10 Patienten nehmen nach Randomisierung nicht an einer einzigen Sitzung teil, keine Angabe von Gründen</p>
Selective reporting (reporting bias)	Low risk	Kommentar: alle Outcomes werden berichtet
Other bias (adequate therapy method, treatment fidelity, supervision, training, personal, financial, or any other interests producing bias)	High risk	<p>Adequate therapy method: manualized (BPT was provided with 20 sessions (according to stepped care pathway NICE guide lines for depression(CG90)</p> <p>Treatment fidelity: manualized</p> <p>Supervision: yes</p> <p>Personal, financial, or any other interests producing bias: no</p> <p>Kommentar: Wartegruppendedesign, keine aktive KG</p>
Strengths and weaknesses of the study Conclusions	Interessante Studie, Intervention manualisiert und supervidiert, aber Kleine Stichprobe, hohe Abbruchrate bzw. geringe TN Mögliche Beeinflussung durch Wartegruppendedesign	

Priebe et al. 2016 Clinical effectiveness and cost-effectiveness of body psychotherapy in the treatment of negative symptoms of schizophrenia: a multicentre randomised controlled trial. Health Technol Assess 2016;20(11).	
Methods	Two-arm, parallel-group, multisite randomised controlled trial (RCT)
Participants	<ul style="list-style-type: none"> - N=275 Patients with schizophrenia experiencing at least moderate levels of negative symptoms [score of ≥ 18 on the Positive And Negative Syndrome Scale (PANSS) negative subscale] - Erkrankungsdauer: 11 Jahre (MW), 7-18 Jahre (SD) - ambulant
Interventions	<p><u>Treatment group</u>: 20-session (10-week) BPT group (N=140)</p> <p><u>Control group</u>: 20-session (10-week) Pilates class (N=135)</p>
Outcomes	<p><u>Primary outcomes</u></p> <p>PANSS negative symptoms subscale score, which was assessed at the end of treatment</p> <p><u>Secondary outcomes</u></p> <p>PANSS negative subscale score at 6 months post treatment,</p>

	<p>in addition to general psychopathology and positive symptoms (PANSS), subjective quality of life (Manchester Short Assessment of Quality of Life; MANSA),</p> <p>level of activity (items from the Time Use Survey; TUS),</p> <p>objective social situation (SIX),</p> <p>extrapyramidal symptoms resulting from antipsychotic medication (Simpson–Angus Scale; SAS),</p> <p>emotional experience and expression (Clinical Assessment Interview for Negative Symptoms; CAINS),</p> <p>depression (Calgary Depression Scale) and</p> <p>social contacts (Social Network Scale; SNS),</p> <p>measured both at end of treatment and at 6 months’ follow-up.</p> <p>Satisfaction of treatment was measured at the end of the treatment phase (Client Satisfaction Questionnaire; CSQ).</p> <p>In addition, cost impact, cost-effectiveness and cost–utility were assessed using the European Quality of Life-5 Dimensions (EQ-5D) and the Client Service Receipt Inventory (CSRI).</p>
<p>Results</p>	<p><i>In the <u>primary outcome</u>, no significant difference between the experimental and control condition was detected [adjusted difference in the means = 0.03, 95% confidence interval (CI) –1.11 to 1.17; p = 0.959, model-based ICC = 0.099 after controlling for baseline scores, study centre and therapy group].</i></p> <p><i>In the <u>secondary outcomes at the end of treatment</u>, a significant mean difference reduction in the SAS (–0.65, 95% CI –1.13 to –0.16; p = 0.009, ICC < 0.001) and the CAINS expression subscale (–0.62, 95% CI –1.23 to 0.00; p = 0.049, ICC = 0.022) was detected in favour of the BPT arm in comparison with the Pilates group at the end of treatment. No other significant differences were found in the secondary outcomes at this stage.</i></p> <p><i>At the <u>6-month follow-up</u>, a significant mean difference in the SAS was detected (–0.50, 95% CI –0.97 to –0.07; p = 0.028, ICC < 0.001); however, no other differences were detected.</i></p> <p><i>In the <u>CACE analysis</u>, a significant difference was found in the SAS at end of treatment (–0.82, 95% CI –1.51 to –0.12); however, no other differences were detected, including in the primary outcome of negative symptoms.</i></p> <p><i>No significant differences in negative symptoms were detected in the <u>subgroup analysis</u>, which compared those with high and low negative symptoms, and long and short duration of illness.</i></p> <p><i>There were no serious adverse events related to the intervention.</i></p> <p><i>The <u>total mean costs per participant</u> in the BPT over the whole follow-up period were £2297 (SD = £2835) in comparison with £2442 (SD = £3278) for Pilates. After adjusting for baseline, the total costs were slightly lower for BPT; however, the difference was non-significant (£25; bootstrapped 95% CI –£671 to £721).</i></p> <p><i>No significant differences were detected in the sensitivity analysis, for which the costs of Pilates were changed to zero (–£55, 95% CI –£630 to £706). No significant differences were detected in quality-adjusted life-years (QALYs) between BPT and Pilates (adjusted difference in means = 0.01; 95% CI –0.02 to 0.04). At £20,000 per QALY, it was found that there is approximately a 65% likelihood that BPT is a more cost-effective option than Pilates.</i></p>

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

Risk of bias		
Bias	Authors' judgement Low – Unclear – high risk	Support for judgement
Random sequence generation (selection bias)	Low risk	“Randomisation was conducted by a statistician from the Clinical Trials Unit through a computer-generated sequence”
Allocation concealment (selection bias)	Low risk	“The Chief Investigator, all assessors and the trial statistician were blinded to the treatment allocation until all end-of-treatment data were collected and the statistical analysis plan was signed off.”
Blinding of participants and personnel (performance bias)	High risk	Kommentar: nicht möglich
Blinding of outcome assessment (detection bias)	Low risk	“Assessors and statisticians were blinded to treatment allocation until the analysis plan was signed off”
Incomplete outcome data (attrition bias)	Low risk	Kommentar: Abbruchrate gering „Over 90% of participants remained in the study at 6 months' follow-up” “Analysis was conducted following intention-to-treat principles”
Selective reporting (reporting bias)	Low risk	Kommentar: alle Outcomes berichtet
Other bias (adequate therapy method, treatment fidelity, supervision, training, personal, financial, or any other interests producing bias)	Low risk	Kommentar: Studie scheint keine anderen Gründe für Bias zu haben “The BPT intervention was manualised, and therapists were largely adherent to treatment, suggesting that the intervention had been delivered as originally intended”
Strengths and weaknesses of the study Conclusions	Attendance was relatively high in both groups; however, participants attended significantly more sessions in the BPT arm than in Pilates group [BPT median = 11, interquartile range (IQR) = 5–17; Pilates median = 8, IQR = 1–15; $p = 0.01$].	

Nach Beendigung der systematischen Recherche sind zwei weitere relevante randomisierte kontrollierte Studien erschienen, die im Rahmen des Konsensusprozesses zugearbeitet und hinsichtlich der Einschlusskriterien geprüft wurden:

Hye-Jin Lee, Seung-Ho Jang, Sang-Yeol Lee, Kyu-Sic Hwang Effectiveness of dance/movement therapy on affect and psychotic symptoms in patients with schizophrenia The Arts in Psychotherapy 45 (2015) 64–68	
Methods	RCT
Participants	<ul style="list-style-type: none"> - N=38 patients with schizophrenia - average age (DMT): 41.5 years (± 10.5)/ TAU: 41.8 years (± 11.1) - women: 56% (n = 20) - average duration of illness: (DMT): 8.9\pm4.2; (TAU): 8.4\pm5.8 - Participants were recruited through the Wonkwang University hospital.
Interventions	<p>Treatment group: The DMT intervention comprised 12 weekly 60-min sessions + medical treatment (N=18)</p> <p>Control group: N= 20 patients received only medical treatment</p>
Outcomes	- State-trait anger expression inventory (STAXI)

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

	<ul style="list-style-type: none"> - Beck depression inventory (BDI) - State-trait anxiety inventory (STAI) - Positive and negative symptom scale 	
Results	<ul style="list-style-type: none"> - <i>DMT group showed a significant decrease of state anger and depression compared to the control group after treatment (for state anger, $F(1, (1,36))=2.26, p < .05$; for depression $F(1, (1,36))=5.92, p < .01$), and attained a significant increase of anger control compared to the control group after treatment ($F(1, (1,36))=5.11, p < .01$).</i> - <i>For psychotic symptoms the DMT group showed a significant decrease of negative psychotic symptoms compared to the control group after treatment ($F(1, (1,36))=5.12, p < .01$).</i> 	
Risk of bias		
Bias	Authors' judgement <i>Low – Unclear – high risk</i>	Support for judgement
Random sequence generation (selection bias)	Low risk	"Participants were randomly assigned to the DMT or control group by flipping a coin."
Allocation concealment (selection bias)	unclear risk	Not reported
Blinding of participants and personnel (performance bias)	High risk	Not possible
Blinding of outcome assessment (detection bias)	unclear risk	Not reported
Incomplete outcome data (attrition bias)	unclear risk	Not reported
Selective reporting (reporting bias)	low risk	-
Other bias (adequate therapy method, treatment fidelity, supervision, training, personal, financial, or any other interests producing bias)	unclear risk	Not all issues reported
Strengths and weaknesses of the study Conclusions	Annahme von Bias groß. Geringe Teilnehmerzahl.	

Martin et al. 2016 Overcoming Disembodiment: The Effect of Movement Therapy on Negative Symptoms in Schizophrenia—A Multicenter Randomized Controlled Trial <i>Front. Psychol. 7:483.</i>	
Methods	The trial constituted the randomized controlled part of a larger study.
Participants	<ul style="list-style-type: none"> - N=68 - N=32women/N=36 men - Mean age of 39.84 years ($SD = 10.35$) - Mean duration of 15.92 ($SD = 10.00$) years of schizophrenic symptoms
Interventions	<p><u>Treatment group: Movement therapy (BPT/DMT, Body Psychotherapy/Dance and Movement Therapy), 10 weeks (twenty sessions) in groups of up to eight persons, Movement therapy was conducted following the manual of Röhricht and Papadopoulos "Body oriented psychological therapy for chronic schizophrenia" (Röhricht and Papadopoulos, 2010).</u></p> <p><u>Control group: receiving treatment as usual (TAU) by the respective outpatient</u></p>

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

	<p>department (medical treatment only)</p> <p>All patients received treatment with a single antipsychotic agent according to their psychiatrist's choice. Antipsychotic treatment remained stable during 10 weeks of BPT/DMT and included second generation antipsychotics such as clozapine, olanzapine, aripiprazole, or risperidone.</p>	
Outcomes	<p><u>Primary outcomes</u></p> <p>negative symptoms (Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS))</p> <p><u>Secondary outcomes</u></p> <p><i>Because negative symptoms can be evoked or enhanced by antipsychotic medication, we recorded extrapyramidal side effects as a control variable, using the Simpson-Angus Scale (SAS/EPS in German; Simpson and Angus, 1970).</i></p>	
Results	<p><i>After 20 sessions of treatment (BPT/DMT or TAU), patients receiving movement therapy had <u>significantly lower negative symptomscores</u> (SANS total score, blunted affect, attention). Effect sizes were moderate and mean symptom reduction in the treatment group was 20.65%.</i></p>	
Risk of bias		
Bias	Authors' judgement Low – Unclear – high risk	Support for judgement
Random sequence generation (selection bias)	Low risk	<i>"Randomization was done by one of the project coordinators, who was not involved in data assessment and analysis. Computer based block randomization (Suresh, 2011) via Excel was used in order to form small treatment groups of up to eight patients. Allocation ratio of treatment and control group was intended to be 2:1."</i>
Allocation concealment (selection bias)	Low risk	<i>"To ensure blindness of the raters participants were informed of their allocated group via a sealed envelope after baseline assessment."</i>
Blinding of participants and personnel (performance bias)	High risk	Not possible
Blinding of outcome assessment (detection bias)	Low risk	<i>"Clinical raters were blind to the hypothesis of the study and to the group allocation."</i>
Incomplete outcome data (attrition bias)	high risk	<i>"During the treatment period, there was a large number of drop-outs: in total 21 patients (30.9%). Most patients withdrew from the study due to a lack of motivation and one patient moved to another city. " → Multiple Imputation (MI) was performed</i>
Selective reporting (reporting bias)	unclear risk	-entsprechend der Hypothesen berichtet (aber auch andere Outcoms erhoben)
Other bias (adequate therapy method, treatment fidelity, supervision, training, personal, financial, or any other interests producing bias)	high risk	<i>-"despite randomization, mean baseline scores in all primary outcome variables were substantially higher in the treatment group than in the control group" (baseline differences did not stem from differences in any of the confounding demographic variables/ overall treatment effects remain significant after controlling for baseline differences at a significance level of 0.05.) -Keine aktive Kontrollgruppe</i>
Strengths and weaknesses of the study Conclusions	<p>Power Kalkulation nicht erfüllt im Sampling. Hohe dropout-Rate. Gruppenunterschiede zu baseline bei primärem Outcome-Parameter. Replikationsstudie der Tanz/Bewegungstherapie nach Priebe in Deutschland.</p>	

Tab. F1: Übersicht aggregierter Evidenz zur Wirksamkeit Künstlerischer Therapien

Therapieform	Autoren Jahr	Anzahl eingeschlossener Studien	Patienten Diagnosen Anzahl (N)	Länge der Behandlung	Länge des Follow up`s
Künstlerische Therapien	NICE 2009	6 RCTs	Schizophrenie SMI N=382	5-20 Wochen	Bis zu 6 Monaten
Musiktherapie NEU	Mössler 2011	8 RCTs	Schizophrenie SMI N=483	7 bis 78 Sitzungen	Bis zu 4 Monaten
Musiktherapie	Maratos 2008*	Radulovic 1997	Depression N=60	12 Sitzungen	Behandlungsende
Kunsttherapie	Ruddy & Milnes 2005	2 RCTs	Schizophrenie SMI N=137	12-20 Wochen	6 bis 9 Monate
Dramatherapie	Ruddy und Dent-Brown 2007	5 RCTs	N=210 Schizophrenie SMI	4-22 Wochen	Behandlungsende
Tanztherapie NEU	Ren & Xia 2013	1 RCT	Schizophrenie SMI N=45	10 Wochen	4 Monate
	Mekums 2015*	Röhricht 2013	Depression N=31	10 Wochen	Behandlungsende

RCTs randomisierte kontrollierte Studien, SMI schwere psychische Erkrankungen

*Extraktion relevanter Studien aus dem Review, gesonderte Darstellung erfolgt im Abschnitt Einzelstudien

Tab. F2: Effekte von Künstlerischen Therapien aus aggregierter Evidenz

	Künst- lerische Therapien	Musik- therapie	Kunst- therapie	Drama- therapie	Tanz- therapie
	NICE 2009	Mössler 2011	Ruddy & Milnes 2005	Ruddy & Dent-Brown 2007	Ren & Xia 2013
Krankheitsassoziierte Merkmale					
↓ Symptomschwere (allgemein)	~	++			~
• Negativsymptomatik	++	++	++ ¹		++ ¹
• Positivsymptomatik	~				~
• Depressive Symptomatik		++			
• Angstsymptomatik		++ ¹			
↑ Allgemeinbefinden					
Behandlungsassoziierte Merkmale					
↓ Behandlungsabbrüche	~		~	~	
↑ Behandlungszufriedenheit	~				~
Soziale Funktionen und Lebensqualität					
↑ Soziale Funktionen	~	++ ¹	~		
↑ Lebensqualität	~		~		~
↑ Selbstbewusstsein				++ ¹	
↓ Minderwertigkeitsgefühle				++ ¹	

++ signifikanter Vorteil in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe; + tendenzielle Überlegenheit ohne signifikanten Unterschied in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe; ~ Ergebnisse vergleichbar in beiden Gruppen; - Nachteil in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe; ↓ Reduktion, ↑ Erhöhung; ¹ Ergebnisse beziehen sich auf Einzeldaten

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

Tabelle F3: Effekte von Musiktherapie aus Einzelstudien

	Grocke et al. 2014	Gold et al. 2013	Yang et al. 2012	Mohammadi et al. 2012	Carr et al. 2012	Lu et al. 2013	Radulovic et al. 1997*
Patienten	N=75	N=144	N=24	N=96	N=17	N=80	N=60
Teilnehmerzahl N (gesamt), Diagnose, Setting	SMI Gemeinde- psychiatrie	SMI Stationär, ambulant	SMI stationär	Schizophrenie stationär	PTBS ambulant	Schizophrenie Stationäre Pflege	Depression stationär
Merkmale der Intervention	Song-writing	Ressourcen- orientiert	Rezeptiv	I aktiv II rezeptiv	Aktiv & rezeptiv	Aktiv & rezeptiv	Rezeptiv
	Gruppe	Einzel	Einzel	Gruppe	Gruppe	Gruppe	Gruppe
Erhebung/Follow-up-Zeitraum	Behand- lungsende	9 Monate	1 Woche nach Behandlung	Behand- lungsende	Behand- lungsende	Behandlungsende 3 Monate*	Behand- lungsende
Krankheitsassoziierte Merkmale							
↓ Symptomschwere (allgemein)	+	~				++/~*	
▪ Negativsymptomatik		++		++		++/~*	
▪ Positivsymptomatik				++1		++/~*	
▪ Depressive Symptomatik					++	++/~*	++
▪ Angstsymptomatik			++				
▪ PTBS-Symptome					++		
↑ Allgemeinbefinden							
Behandlungsassoziierte Merkmale							
↓ Behandlungsabbrüche		~					
↑ Behandlungszufriedenheit							
Soziale Funktionen und Lebensqualität							
↑ soziales Funktionsniveau		++					
↑ Lebensqualität	++						
↑ Selbstbewusstsein/ Selbstwirksamkeitserleben	+	~					

++ signifikanter Vorteil in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe, + tendenzielle Überlegenheit ohne signifikanten Unterschied in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe; ~ Ergebnisse vergleichbar in beiden Gruppen; - Nachteil in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe; ↓ Reduktion; ↑ Erhöhung; * bereits in erster Leitlinienversion enthalten; ¹ Effekt bei weiblichen Studienteilnehmern; SMI severe mental illness, PTBS Posttraumatische Belastungsstörung

Tab. F4: Effekte von Kunsttherapie aus Einzelstudien

	Montag et al. 2014	Crawford et al. 2012
Patienten	N=58	N=417
Teilnehmerzahl N (gesamt), Diagnose, Setting	Schizophrenie akut stationär	Schizophrenie Gemeindepsychiatrie
Follow-up-Zeitraum	12 Wochen nach Behand- lungsende	24 Monate nach Randomisierung
Krankheitsassoziierte Merkmale		
↓ Symptomschwere (allgemein)		
▪ Negativsymptomatik	++	~
▪ Positivsymptomatik	++	~
▪ Depressive Symptomatik	~	
↑ Allgemeinbefinden		~
Behandlungsassoziierte Merkmale		
↓ Behandlungsabbrüche		
↑ Behandlungszufriedenheit		
Soziale Funktionen und Lebensqualität		
↑ soziales Funktionsniveau	++	~
↑ Lebensqualität		~

++ signifikanter Vorteil in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe; + tendenzielle Überlegenheit ohne signifikanten Unterschied in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe; ~ Ergebnisse vergleichbar in beiden Gruppen; - Nachteil in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe; ↓ Reduktion, ↑ Erhöhung

Tab. F5: Effekte von Tanz- und Bewegungstherapie aus Einzelstudien

	Röhrich et al. 2013	Priebe et al. 2016	Martin et al. 2016	Lee et al. 2015
Patienten Teilnehmerzahl N (gesamt), Diagnose, Setting	N=31 Depression ambulant	N=275 Schizophrenie ambulant	N=68 Schizophrenie ambulant	N=38 Schizophrenie stationär
Follow-up-Zeitraum	Behandlungs- ende	Behand- lungs- ende	Nach 6 Monaten	Behandlungs- ende
Krankheitsassoziierte Merkmale				
↓ Symptomschwere (allgemein)		~	~	
▪ Negativsymptomatik		~	~	++
▪ Positivsymptomatik		~	~	~
▪ Depressive Symptomatik	++	~	~	++
▪ Angstsymptomatik				~
▪ Ärger und -kontrolle				++
Behandlungsassoziierte Merkmale				
↑ Behandlungszufriedenheit		~	~	
Soziale Funktionen und Lebensqualität				
↑ Lebensqualität	~	~	~	
↑ Selbstbewusstsein	~			
↑ Soziale Aktivitäten/Kontakte		~	~	

++ signifikanter Vorteil in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe; + tendenzielle Überlegenheit ohne signifikanten Unterschied in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe; ~ Ergebnisse vergleichbar in beiden Gruppen; - Nachteil in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe; ↓ Reduktion, ↑ Erhöhung

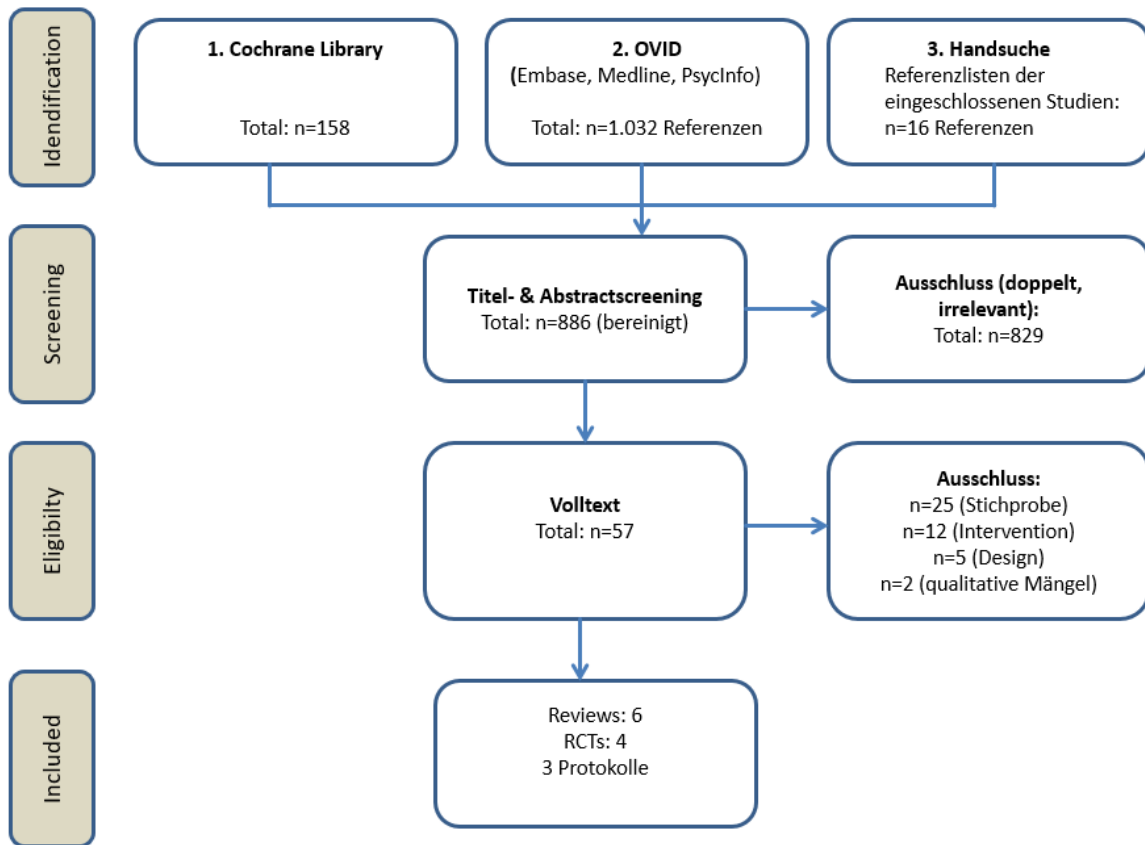
Anlage G Einzelinterventionen: Evidenzgrundlage zu den Empfehlungen zu Bewegungs- und Sporttherapien

Systematische Literaturrecherche zu Bewegungs- und Sporttherapien

- Genutzte Datenbanken: MEDLINE, PsycInfo, Embase, Cochrane Library
- Suchzeitraum: 2012 bis Oktober 2015

Lfd. Nr.	Suchbegriffe
1	movement therap*
2	movement-oriented
3	movement oriented
4	movement adj (intervention* or education* or training* or therap*)
5	physical activit*
6	physical adj1 (promot* or uptake* or encourage* or increase* or start* or sustain* or maintain* or conditioning*)
7	physical adj1 (therap* or education* or training* or intervention* or fitness* or endurance* or recreation or exercise* or program* or modalit* or effort* or exertion* or condition*)
8	((physical or bodily or body-oriented) and activ*)
9	motion adj1 (therap* or training* or intervention* or education* or program*)
10	athletic*
11	exercise*
12	exercise* adj (therap* or program* or intervention* or test* or physical* or aerobic* or isometric*)
13	exercise movement technique*
14	((physical or bod*) and exertion*)
15	training adj1 (strength* or endurance* or power* or function*)
16	((physical or bod*) and intervention*)
17	((physical or bod*) and motion*)
18	(motor* and (training or intervention* or education or activ* or function))
19	sport*
20	(psychomotor* and (training or intervention* or education))
21	(sensorimotor* and (training or intervention* or education))
22	(sensomotor* and (training or intervention* or education))
23	Workout
24	Aerobic
25	Jogging
26	Walking
27	Running
28	gymnastic*
29	fitness
30	swimming
31	cycl*
32	bicycl*
33	endurance sport*
34	tai chi
35	movement psychotherapy
36	movement-oriented psychotherapy
37	yoga
38	physiotherap*

Prisma Flow-Chart zu Bewegungs- und Sporttherapien



PRISMA Flow-Diagramm: Sport- und Bewegungstherapie

Extraktionsbögen systematisches Review /Meta-Analyse zu Bewegungs- und Sporttherapien

Titel	Exercise therapy in adults with serious mental illness: A systematic review and meta-analysis
Autoren	Pearsall, Robert; Smith, Daniel J.; Pelosi, Anthony; Geddes, John
Jahr	- 2014
Journal	- BMC Psychiatry
Fragestellung / Zielsetzung	- Die Zielstellung der Arbeit lag darin, die Auswirkungen von Trainingsprogrammen bei Personen mit schweren psychischen Erkrankungen zu untersuchen. Insbesondere hinsichtlich des Aktivitätslevels und der psychischen Gesundheit sowie des Wohlbefindens.
Design	- systematischer Review mit Meta-Analyse
Datenbanken	- MEDLINE, Embase, CINAHL, PsycINFO, Biological Abstracts (Ovid) und die Cochrane Library sowie Handsuche in verschiedenen Journals, Büchern etc.
Zeitraum	- Januar 2009 bis Mai 2013
eingeschlossene Studiendesigns	- RCTs
Autoren der eingeschlossenen Studien	8 RCTs: <ul style="list-style-type: none"> - Pelham (1993) - Beebe (2005) - Skrinar (2005) - Acil (2008) - Marzaloni (2009) - Beebe (2011) - Methapatara (2011) - Scheewe (2012)
weitere relevante Einschlusskriterien	- Erwachsene mit Schizophrenie oder ähnlichen schizophrenen Erkrankungen, schizoaffektiven Störungen, bipolaren Störungen - Durchführung der Interventionen im ambulanten oder stationären Setting
relevante Ausschlusskriterien	- Multimodale Interventionen mit bspw. zusätzlich ernährungsbezogenen Maßnahmen
Qualitätsbewertung durchgeführt	- Ja (Risk of Bias Tool der Cochrane Collaboration)
Für welche Patienten / Subgruppen Aussagen getroffen?	-
Gemessene Outcomes	- Symptomatik (Angst und Depression), PANSS, Ausdauer (6-Minute Walking Distance), BMI, Körpergewicht, Lebensqualität, Teilnahme / Abstinenz von den Interventionen
Ergebnisse	<u>statistisch signifikante Ergebnisse:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Ausdauer (p= 0.01) <u>nicht statistisch signifikante Ergebnisse:</u>

Titel	Exercise therapy in adults with serious mental illness: A systematic review and meta-analysis
	<ul style="list-style-type: none"> - Symptomatik (sowohl Angst als auch Depression, $p=0.14$) - PANSS ($p=0.12$ pos. Symptome; $p=0.40$ neg. Symptome) - BMI ($p=0.69$) - Körpergewicht ($p=0.79$) - Lebensqualität (kein p-Werte vorhanden) - Teilnahme / Abstinenz von den Interventionen (keine p-Werte vorhanden) - Psychiatric symptoms: - <i>Exercise did not lead to an improvement in anxiety and depressive symptoms ($n=94$, $SMD=-0.26$, $CI-0.91$ to 0.39, $p=0.43$; heterogeneity, $Chi2=3.92$, $I2=49\%$, $p=0.14$)</i> - <i>There was no overall beneficial effect on negative symptoms ($n=84$, $SMD=-0.54$, $CI-1.79$ to 0.71, $p=0.40$) or positive symptoms of schizophrenia ($n=44$, $SMD=-1.66$, $CI-3.78$ to 0.45, $p=0.12$)</i> - 6-minute walking distance: - <i>A significant increase in the distance walked in 6 minutes was found in one RCT ($n=13$, $SMD=1.81$, $CI0.44$ to 3.18, $z=2.58$, $p=0.01$)</i> - Body mass index: - <i>A small non-significant reduction was found on body mass index ($n=151$, $SMD=-0.24$, $CI-0.56$ to 0.08, $p=0.14$; heterogeneity, $Chi2=1.45$, $I2=0\%$, $p=0.69$)</i> - Weight: - <i>No effect was found comparing the effect of exercise on body weight ($n=77$, $SMD=0.13$, $CI-0.32$ to 0.58, $p=0.57$; heterogeneity, $Chi2=0.07$, $I2=0\%$, $p=0.79$)</i> - QoL: - <i>there was no clear evidence that exercise interventions led to significant improvements in quality of life</i> - Physical/Mental domains: - <i>small non-significant increase in points of physical and mental domains were found (physical domain: $n=30$, $SMD=0.45$, $CI-0.27$ to 1.18, $z=1.22$, $p=0.22$; mental domain: $n=30$, $SMD=0.65$, $CI-0.09$ to 1.39, $z=1.73$, $p=0.08$).</i> - Attendance/Persistence: - <i>No significant change was found in the attendance at walking groups, persistence, or minutes walked compared with the control</i>
Bemerkungen	<ul style="list-style-type: none"> - Geringe Anzahl an RCTs mit kleinen Populationen und kurzen Beobachtungszeiträumen - Heterogenität hinsichtlich der bewerteten körperlichen Interventionen - Keine konkreten Angaben zur Intensität und Umfang der Interventionen
Bewertung	<p><u>Fragestellung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Klar formuliert und adäquat hinsichtlich unserer Suchkriterien <p><u>Methodik:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Korrekt und angemessen <p><u>Literatursuche:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - MEDLINE, Embase, CINAHL, PsycINFO, Biological Abstracts (Ovid) und die Cochrane Library sowie Handsuche in verschiedenen Journals,

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

Titel	Exercise therapy in adults with serious mental illness: A systematic review and meta-analysis
	Büchern
	<u>Studienqualität:</u> - gering bis sehr gering (Risk of Bias hoch, schmale Stichprobenumfänge, breite Konfidenzintervalle)

Titel	Yoga for schizophrenia: a systematic review and meta-analysis.
Autoren	Cramer, H.; Lauche, R.; Klose, P.; Langhorst, J.; Dobos, G.
Jahr	- 2013
Journal	- BMC Psychiatry
Fragestellung / Zielsetzung	- Die Zielstellung der Arbeit lag darin, die Effekte von Yoga auf die Symptome bei Patienten mit Schizophrenie, deren Lebensqualität, Funktionalität und möglichen Krankenhauseinweisungen zu untersuchen
Design	- Systematischer Review mit Meta-Analyse
Datenbanken	- Medline/PubMed, Scopus, the Cochrane Library, PsycINFO und IndMED
Zeitraum	- Von Beginn der jeweiligen Datenbank bis August 2012
eingeschlossene Studientypen	- randomisierte kontrollierte Studien (RCTs) und randomisierte Cross-Over Studien
Autoren der eingeschlossenen Arbeiten	<u>5 RCTs:</u> - Xie (2006) - Duraiswamy (2007) - Vancampfort (2011) - Visceglia (2011) - Behere (2011) - Varambally (2012)
weitere relevante Einschlusskriterien	-
relevante Ausschlusskriterien	- Studien mit multimodalen Behandlungsansatz (z. B. Stressreduktion oder eines kognitiven Trainings)
Qualitätsbewertung durchgeführt	- Ja (Risk of Bias Tool der Cochrane Collaboration)
Für welche Patienten / Subgruppen Aussagen getroffen?	- nach Art der Diagnosestellung (manualbasiert (z. B ICD) vs. nicht-manualbasiert) - Länge der Intervention (<12 Wochen vs. > 12 Wochen)
Gemessene Outcomes	- Symptomatik (PANSS), soziale Funktion, Lebensqualität, unerwünschte Ereignisse

<p>Titel</p>	<p>Yoga for schizophrenia: a systematic review and meta-analysis.</p>
<p>Ergebnisse</p>	<p>Yoga vs. herkömmliche Therapie <u>statistisch signifikante Ergebnisse:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Lebensqualität (p= 0.02) <p><u>nicht statistisch signifikante Ergebnisse:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - PANSS (p= 0.23 pos. Symptome; p= 0.36 neg. Symptome) - Soziale Funktion (p= 0.23) - unerwünschte Ereignisse (kein Angabe des p-Wertes) <p>Yoga vs. Training <u>statistisch signifikante Ergebnisse:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - <p><u>nicht statistisch signifikante Ergebnisse:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - PANSS (p= 0.09 pos. Sympt.; p= 0.63 neg. Sympt.) - Lebensqualität (p= 0.45) - Soziale Funktion (p= 0.41) <p>Yoga vs. usual care:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Meta-analyses revealed no evidence for short-term effects of yoga on positive symptoms (SMD = -0.58; 95% CI -1.52 to 0.37; P = 0.23; heterogeneity: I2 = 66%; Chi2 = 2.98; P = 0.08) or negative symptoms (SMD= -0.59; 95% CI -1.87 to 0.69; P = 0.36; heterogeneity: I2 = 80%; Chi2 = 5.04; P = 0.02) compared to usual care</i> - <i>moderate evidence for a large short-term improvement of quality of life in the yoga groups compared to usual care (SMD = 2.28; 95% CI 0.42 to 4.14; P = 0.02; heterogeneity: I2 = 89%; Chi2 = 9.01; P < 0.01)</i> - <i>Only 1 RCT assessed cognitive function and there was no evidence for group differences in this RCT (SMD= 0.08; 95% CI -0.49 to 0.64)</i> - <i>No evidence was found for short term effects on social function (SMD= 1.20; 95% CI -0.78 to 3.18; P = 0.23; heterogeneity: I2 = 96%; Chi2 = 54.40; P < 0.01)</i> <p>Yoga vs. exercise:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>no evidence was found for short-term effects on positive symptoms (SMD= -0.35; 95% CI -0.75 to 0.05; P = 0.09; heterogeneity: I2=0%; Chi2 = 0.04; P = 0.85), or negative symptoms (SMD = -0.28; 95% CI -1.42 to 0.86; P = 0.63; heterogeneity: I2= 87%; Chi2 =7.49; P < 0.01)</i> - <i>One RCT assessed quality of life and there was no evidence for group differences in this RCT (SMD = 0.17; 95% CI -0.27 to 0.61)</i> - <i>only 1 RCT assessed cognitive function [41] and there was no evidence for group differences (SMD = 0.14; 95% CI -0.47 to 0.74)</i> - <i>No evidence was found for short-term effects on social function (SMD= 0.20; 95% CI -0.27 to 0.67; P = 0.41; heterogeneity: I2= 27%; Chi2 = 1.36; P = 0.24)</i> <p>Safety:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Safety data were reported in 3 RCTs</i> - <i>One RCT reported adverse events and reported that no serious adverse events were observed. Two RCT assessed extrapyramidal symptoms and found no differences between yoga and usual care or exercise.</i>

Titel	Yoga for schizophrenia: a systematic review and meta-analysis.
	Subgruppen-Analysen: <ul style="list-style-type: none"> - Positive Tendenz auf die pos. und neg. Symptomatik (PANSS) bei nichtstandardisierter Diagnostik - Positive Tendenz auf die pos. und neg. Symptomatik (PANSS) bei Studien mit einer Studiendauer von weniger als 3 Wochen
Bemerkungen	Limitations: <ul style="list-style-type: none"> - wenig geeignete Studien für die Meta-Analyse (Ergebnisse dadurch schwankend) - zudem hohe Anfälligkeit für Bias (ein Publication Bias kann nicht ausgeschlossen werden) - keine Langzeitstudien
Bewertung	<u>Fragestellung:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Klar formuliert und adäquat hinsichtlich unserer Suchkriterien
	<u>Methodik:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Korrekt, nachvollziehbar und angemessen
	<u>Literatursuche:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Suche in Medline/PubMed, Scopus, the Cochrane Library, PsycINFO und IndMED
	<u>Studienqualität:</u> <ul style="list-style-type: none"> - wird von gering bis moderat eingeschätzt

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

Titel	Physical activity interventions for people with mental illness: a systematic review and meta-analysis.
Autoren	Rosenbaum S, Tiedemann A, Sherrington C, Curtis J, Ward PB.
Jahr	- 2014
Journal	- J Clin Psychiatry
Fragestellung / Zielsetzung	<ul style="list-style-type: none"> - Die Zielstellung der Arbeit lag darin, die Auswirkungen von Training auf die Symptomatik bei Personen mit psychischen Erkrankungen und Personen mit Schizophrenie zu untersuchen. Darüber hinaus wurde untersucht, inwieweit die körperlichen Aktivitäten Einfluss auf anthropometrische Parameter, das Aktivitätslevel und die selbstberichtete Lebensqualität der Teilnehmer haben. - <u>Anmerkung:</u> Es wurden nur Studien selektiert, die Patienten mit Schizophrenie und einer entsprechenden Trainingsinterventionen untersuchten. Studien, die bereits in anderen Reviews eingeschlossen wurden, werden an dieser Stelle nicht berücksichtigt (Ausnahme: Studien, die in einer Meta-Analyse eingeschlossen wurden).
Design	- Systematischer Review mit Meta-Analyse
Datenbanken	- MEDLINE, Embase, Cochrane Central Register of Clinical Trials, PsycINFO, CINAHL und PEDro Database
Zeitraum	- von Beginn der jeweiligen Datenbank bis Januar 2013
eingeschlossene Studientypen	- unterschiedliche Studiendesigns
Autoren der eingeschlossenen Studien	<p><u>8 RCTs (selektiert):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Su (1999) - Ning (2003) - Li (2005) - Acil (2008) - Wu (2008) - Visceglia (2011) - Behere (2011) - Gholipour (2012)
weitere relevante Einschlusskriterien	-
relevante Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> - multimodale Behandlungsansätze - nicht relevante Krankheitsbilder
Qualitätsbewertung durchgeführt	- Ja (Pedro-Score)
Für welche Patienten / Subgruppen Aussagen getroffen?	-
Gemessene Outcomes	- Symptomatik

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

Titel	Physical activity interventions for people with mental illness: a systematic review and meta-analysis.
Ergebnisse	<p>statistisch signifikante Ergebnisse:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Symptomatik (SMD=1.0; 95% CI 0.37-1.64p< 0.001, I²=88%)
Bemerkungen	<ul style="list-style-type: none"> - die Ergebnisse der Meta-Analyse beruhen überwiegend aus Studien, die im asiatischen Raum durchgeführt wurden
Bewertung	<p><u>Fragestellung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Klar formuliert und adäquat hinsichtlich unserer Suchkriterien
	<p><u>Methodik:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Korrekt, nachvollziehbar und angemessen
	<p><u>Literatursuche:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Suche in MEDLINE, Embase, Cochrane Central Register of Clinical Trials, PsycINFO, CINAHL und der PEDro Database
	<p><u>Studienqualität:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - die methodische Qualität der Studien ist mit gering bis hoch einzuschätzen

Titel	The effects of physical exercise in schizophrenia and affective disorders
Autoren	Malchow B, Reich-Erkelenz D, Oertel-Knöchel V, Keller K, Hasan A, Schmitt A, Scheewe TW, Cahn W, Kahn RS, Falkai P.
Jahr	- 2013
Journal	- Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.
Fragestellung / Zielsetzung	<ul style="list-style-type: none"> - Die Zielstellung der Arbeit lag darin, zu untersuchen welche Effekte Trainingsinterventionen bei Personen mit schweren psychischen Erkrankungen haben und darauf aufbauend Empfehlungen für künftige Behandlungsstrategien abzuleiten. - <i>Anmerkung:</i> Studien, die bereits in anderen Reviews eingeschlossen wurden, werden an dieser Stelle nicht berücksichtigt (Ausnahme: Studien, die in einer Meta-Analyse eingeschlossen wurden).
Design	- Systematischer Review
Datenbanken	- PubMed und Web of Knowledge
Zeitraum	- von Beginn der jeweiligen Datenbank bis 2012
eingeschlossene Studientypen	- RCTs sowie weitere Studiendesigns
Autoren der eingeschlossenen Studien	<p><u>2 RCTs (selektiert):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Scheewe (2013a) - Scheewe (2013b)
weitere relevante Einschlusskriterien	-
relevante Ausschlusskriterien	-

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

Titel	The effects of physical exercise in schizophrenia and affective disorders
Qualitätsbewertung durchgeführt	- nein
Für welche Patienten / Subgruppen Aussagen getroffen?	-
Gemessene Outcomes*	-
Ergebnisse*	<p><u>statistisch signifikante Ergebnisse:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Leistungsfähigkeit - Intention-to-treat analyses: - Cardiorespiratory fitness: +7.2 %* in peak work rate (Wpeak) - Per protocol analyses: - +9.7 %* in peak work rate (Wpeak), - 0.3 % highest relative oxygen uptake (VO2 peak) <p><u>nicht statistisch signifikante Ergebnisse:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - - <p>(* Statistically significant)</p>
Bemerkungen	<ul style="list-style-type: none"> - Es wurden nicht nur RCTs eingeschlossen und neben Schizophrenie auch noch affektive Störungen untersucht - die gemessenen Outcomes sowie dargestellten Ergebnisse beziehen sich nur auf die selektierten Studien
Bewertung	Keine systematische Aussage möglich

Titel	Exercise in the treatment of major depression: a systematic review grading the quality of evidence.
Autoren	Danielsson L, Noras AM, Waern M, Carlsson J.
Jahr	- 2013
Journal	- Physiother Theory Pract.
Fragestellung / Zielsetzung	- Die Zielstellung der Arbeit lag darin, zu untersuchen, inwieweit verschiedene Untersuchungskonstellationen, bspw. aerobes Training vs. herkömmliche Therapie oder aerobes Training vs. einer anderen körperlichen Aktivität etc., die Behandlung von Personen mit schweren Depressionen beeinflussen können.
Design	- systematischer Review
Datenbanken	- PubMed/MEDLINE, Scopus, Cinahl/EBSCOHost, PsycInfo und Cochrane Clinical Trials
Zeitraum	- von Beginn der jeweiligen Datenbank bis August 2012
eingeschlossene Studientypen	- RCTs (n= 14; vollständiger Review)

Titel	Exercise in the treatment of major depression: a systematic review grading the quality of evidence.	
Autoren der eingeschlossenen Studientypen	14 RCTs: <ul style="list-style-type: none"> - Doyne (1985) - Klein (1985) - Veale (1992) - Blumenthal (1999) - Babyak (2000) - Mather (2002) - Dunn (2005) 	<ul style="list-style-type: none"> - Blumenthal (2007) - Pulu (2007) - Foley (2008) - Krogh (2009) - Hoffman (2011) - Mota-Pereira (2011) - Trivedi (2011)
weitere relevante Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> - Erwachsene (18-60 Jahren) in ambulanter Behandlung und der Diagnose einer Major Depression (klinisches Interview) - Dauer der Bewegungsintervention mind. 8 Wochen - Outcome: Depressionsschwere 	
relevante Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> - Studien, die multimorbide Patienten eingeschlossen haben (z. B. Krebs, Schlaganfall etc.) - Multimodale Behandlungsprogramme 	
Qualitätsbewertung durchgeführt	<ul style="list-style-type: none"> - Ja (Cochrane Back Review Group) 	
Für welche Patienten / Subgruppen Aussagen getroffen?	-	
Gemessene Outcomes	<ul style="list-style-type: none"> - Schwere der Symptomatik 	
Ergebnisse	<p>Aerobe Übungen vs. Medikamentöse Behandlung: <u>statistisch signifikante Ergebnisse</u> - <u>nicht statistisch signifikante Ergebnisse</u> - Schwere der Symptomatik (<i>pooled estimate, SMD, of depression severity was -0.06 with a 95% CI (-0.36 to 0.23) and no statistical heterogeneity/long-term outcome, the SMD was -0.19 (CI -0.68 to 0.31)</i>)</p> <p>Aerobe Übungen vs. anderes körperliches Training: <u>statistisch signifikante Ergebnisse</u> - <u>nicht statistisch signifikante Ergebnisse</u> - Schwere der Symptomatik (<i>pooled SMD was 0.01 with a 95% CI (-0.23 to 0.24)</i>) - Remission (<i>pooled OR for the dichotomous outcome depression remission was 0.90 (CI 0.58 – 1.41)</i>)</p> <p>Aerobe Übungen in Kombination mit einer herkömmlichen Therapie vs. herkömmliche Therapie allein: <u>statistisch signifikante Ergebnisse</u> - Schwere der Symptomatik (<i>pooled estimate of SMD was -0.44 with a 95% CI (-0.79 to -0.09) and with no substantial statistical heterogeneity (I² = 29%)</i>) - <u>nicht statistisch signifikante Ergebnisse</u> -</p>	

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

Titel	Exercise in the treatment of major depression: a systematic review grading the quality of evidence.
Bemerkungen	- Die Arbeit liefert Ergebnisse, die darauf hindeuten ,dass aerobe Übungen keine größere Wirkung hinsichtlich der untersuchten Outcomes erzielen wie andere körperliche Aktivitäten
Bewertung	<u>Fragestellung:</u> - Klar formuliert und adäquat hinsichtlich unserer Suchkriterien
	<u>Methodik:</u> - Korrekt, nachvollziehbar und angemessen
	<u>Literatursuche:</u> - Suche in_PubMed/MEDLINE, Scopus, Cinahl/EBSCOHost, PsycInfo und Cochrane Clinical Trials
	<u>Studienqualität:</u> - Studien mit geringer methodischer Qualität

Titel	Meta-analysis: aerobic exercise for the treatment of anxiety disorders.
Autoren	Bartley CA, Hay M, Bloch MH.
Jahr	- 2013
Journal	- Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry
Fragestellung / Zielsetzung	- Die Zielstellung der Arbeit lag darin, die Wirkung von langfristigen Trainingsinterventionen bei Personen mit Angststörungen zu untersuchen.
Design	- systematischer Review
Datenbanken	- PubMed und PsycINFO
Zeitraum	- von 1965 bis Januar 2013
eingeschlossene Studientypen	- RCTs (n= 7)
Autoren der eingeschlossenen Studien	<u>7 RCTs:</u> - Martinsen (1989) - Broocks (1998) - Merom (2008) - Wedekind (2010) - Herring (2011) - Jazaieri (2012) - Hovland (2012)
weitere relevante Einschlusskriterien	-
relevante Ausschlusskriterien	<i>Trials were excluded if they did not include a control condition, if they did not have multiple exercise sessions, if they included subjects without a primary diagnosis of an anxiety disorder</i>





























Titel	Meta-analysis: aerobic exercise for the treatment of anxiety disorders.
Qualitätsbewertung durchgeführt	- nein
Für welche Patienten / Subgruppen Aussagen getroffen?	- Subgruppenanalysen nach Art der Intervention, nach Dauer der Intervention und nach Art der Angststörung (diagnosebezogen)
Gemessene Outcomes	- Schwere der Symptomatik
Ergebnisse	<p>Efficacy of aerobic exercise in the treatment of anxiety disorders:</p> <ul style="list-style-type: none"> - No significant effect of aerobic exercise for the treatment of anxiety disorders (SMD= 0.02 (95%CI: -0.20-0.24), z = 0.2, p = 0.85) <p>Type of comparison condition:</p> <ul style="list-style-type: none"> - type of comparison condition had a significant effect on reported effect size of aerobic exercise in the treatment of anxiety disorders (x2 test for subgroup differences = 20.6, df = 2, p < 0.001). Trials utilizing waitlist or placebo controls reported a large effect of aerobic exercise on anxiety (SMD = 1.42 (95%CI: 0.80-2.04), z = 4.5, p < 0.001) whereas trials that used non-aerobic exercise controls (SMD= -0.28 (95%CI: -0.76-0.20), z = -1.1, p = 0.25) or other comparison conditions (SMD= -0.28 (95%CI: -0.76-0.20), z = -1.1, p = 0.25) demonstrated little to no benefit of aerobic exercise <p>Comparison condition accounted for subject time:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trials where comparison conditions did not control for time spent exercising (SMD = 1.42 (95%CI: 0.80-2.04), z = -4.6, p < 0.001) demonstrated a large effect of aerobic exercise whereas trials that did control for subject time (SMD = - 0.11 (95%CI: -0.34-0.11), z = - 0.6, p = 0.55) showed no benefit of aerobic exercise <p>Type of anxiety disorder:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reported efficacy of aerobic exercise for the treatment of anxiety did not significantly differ by the type of anxiety disorder being treated <p>Efficacy of aerobic exercise compared to pharmacotherapy:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Both trials demonstrated a non-significant difference in favor of pharmacotherapy <p>Efficacy of aerobic exercise compared to cognitive behavioral/ therapy:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Subjects assigned to CBT experienced significantly greater improvement in their panic disorder symptoms compared to subjects assigned to aerobic exercise (ES= -0.70 (95%CI: 0.03- 1.38))
Bemerkungen	<ul style="list-style-type: none"> - keine Qualitätsbewertung der RCTs erfolgt - Schwere der Erkrankung nicht beschrieben - Kann kaum berücksichtigt werden
Bewertung	<p><u>Fragestellung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Klar formuliert - aufgrund mangelnder beschreibung der Schwere der Erkrankung




*Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report*

Titel	Meta-analysis: aerobic exercise for the treatment of anxiety disorders.
	nicht klar einordenbar hinsichtlich der Zielgruppe der Leitlinie
	<u>Methodik:</u> - angemessen
	<u>Literatursuche:</u> - Suche in PubMed und PsycINFO
	<u>Studienqualität:</u> - k. A.

Bewertung der Studienqualität aus Einzelstudien

Risiko für Bias aus aktuellen Einzelstudien zur Effektivität von Bewegungs- und Sporttherapien*

	Random sequence generation (selection bias)	Allocation concealment (selection bias)	Blinding of participants and personnel (performance bias)	Blinding of outcome assessment (detection bias)	Incomplete outcome data (attrition bias)	Selective reporting (reporting bias)	Other bias
Schuch et al. 2011							
Ho et al. 2012							
Oertel-Knöchel et al. 2014							
Sailer et al. 2015							

 low risk of bias
 unclear risk of bias
 high risk of bias

*Weitere Studien (Priebe et al. 2016, Lee et al. 2015, Martin et al. 2016, Röhricht et al. 2013), die sowohl im Evidenzkapitel Sport- und Bewegungsinterventionen als auch im Evidenzkapitel Künstlerische Therapien der Leitlinie aufgeführt sind, werden im Leitlinienreport ausschließlich im Anhang F beschrieben.

Autoren / Titel	Sailer et al. 2015 A brief intervention to improve exercising in patients with schizophrenia: A controlled pilot study with mental contrasting and implementation intentions (MCII)
Studiendesign	- randomisierte kontrollierte Studie
Teilnehmer	<u>Anzahl der Teilnehmer:</u> - n= 36 (männlich= 25, weiblich= 11) <u>Setting:</u> - stationär <u>Alter der Teilnehmer (Ø):</u> - 31 Jahre <u>Diagnosen der Teilnehmer:</u> - Teilnehmer mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis <u>Dauer der Erkrankung:</u> - k. A. <u>Dauer der Studie:</u> - 4 Wochen
Interventions- / Kontrollgruppe	<u>Interventionsgruppe (n= 19):</u> - Körperliche Aktivität (30 Minuten Jogging) in Kombination mit der Nennung von drei Hindernissen Sport zu treiben bzw. drei positiven Wirkungen, die durch Sport auftreten <u>Kontrollgruppe (n= 17):</u> - Herkömmliche Therapie (zusätzlich Informationen zu den Wirkungen von körperlicher Aktivität erhalten)
Gemessene Outcomes	<u>Primärer Outcome:</u> - Teilnahme Jogging-Sessions (jogging session attendance (percentage of scheduled sessions attended), and (b) persistence (percentage of weeks in which a participant attended at least one of the two jogging sessions) <u>Sekundäre Outcomes:</u> - PANSS, BDI-II, IPAQ, BMI
Ergebnisse	<u>Attendance & Persistence:</u> - when applied in autonomy-focused settings, MCII increased attendance and persistence in jogging group sessions relative to the control condition - In the highly structured setting, no differences between conditions were found, most likely due to a ceiling effect <u>IPAQ (Physical Activity Questionnaire)</u> - IPAQ scores tended to decrease over time, we observed no main effects of time for IPAQ or commitment scores, both $F_s < 2.91$, $p > .130$ <u>BDI-II:</u> - In the total sample, BDI scores significantly dropped over the course of the treatment, from 13.75 (SD = 8.52) to 9.77 (SD = 9.17), $F [1, 33] = 8.08$, $p = .008$ <u>PANSS:</u> - PANSS scores were also significantly reduced over the course of the treatment, from 19.08 (SD = 5.97) to 15.78 (SD = 5.34), $F [1, 33] = 13.79$, $p = .001$.

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

Risk of bias		
<i>Bias</i>	<i>Einschätzung</i>	<i>Grundlage für Einschätzung</i>
	Gering – unklar – hohes Risiko	
Randomisierungssequenz (selection bias)	unklar	<i>Patients who were explicitly interested and gave their consent were randomly assigned to one of two treatment conditions (MCII or control).</i>
Geheimhaltung Behandlungsfolge (selection bias)	gering	<i>To assure proper randomization, the therapists were provided with closed and identical envelopes that contained materials for either the experimental or control condition and were asked to pick one envelope for each patient.</i>
Verblindung Teilnehmer/ Behandler (performance bias)	hoch/gering	<i>These therapists were the only staff with knowledge of the treatment condition, and they were instructed not to reveal the condition. The individuals conducting the exercise sessions, the nursing staff, and the researchers did not know the treatment condition.</i> Patienten nicht verblindet
Verblindung Endpunktbeurteilung (detection bias)	hoch	<i>Prior to the study, the therapists had received training on how to carry out the interventions, the assessments, and the randomization procedure.</i>
Unvollständige Daten (attrition bias)	gering	Alle dafür notwendigen Voraussetzungen wurden eingehalten
Selektives Berichten (reporting bias)	gering	all outcomes were reported
Weitere Risiken (adequate therapy method, treatment fidelity, supervision, training, personal, financial, or any other interests producing bias)	hoch	Kommentar: Unterschiede in den Gruppen hinsichtlich Bildung, BMI und Schweregrad der Depression
Strengths and weaknesses of the study Conclusions	<ul style="list-style-type: none"> - The limitations of this study include the mix of experimental and quasi-experimental manipulations of independent variables. The degree of patient autonomy (i.e., the intensity with which the staff asked and reminded patients to participate in the jogging sessions) was a quasi-experimental variation. - Stärke liegt in der Kombination mit einem motivierenden Ansatz 	

Autoren / Titel	Oertel-Knoechel et al. 2014 Effects of aerobic exercise on cognitive performance and individual psychopathology in depressive and schizophrenia patients.
Studiendesign	- randomisierte kontrollierte Studie
Teilnehmer	<u>Anzahl der Teilnehmer:</u> - n= 51 (männlich= 23, weiblich= 28) <u>Setting:</u> - stationär <u>Alter der Teilnehmer (Ø):</u> - 40 Jahre <u>Diagnosen der Teilnehmer:</u> - Teilnehmer mit Schizophrenie oder schweren Depressionen <u>Dauer der Erkrankung (Ø):</u> - 11 Jahre <u>Dauer der Studie:</u> - 4 Wochen
Interventions- / Kontrollgruppe	<u>Interventionsgruppe 1 (n= 16):</u> - Physische Aktivität (Kardio-Training) in Kombination mit kognitivem Training <u>Interventionsgruppe 2 (n= 17):</u> - Entspannungsintervention (Atmungsübungen, sensorische Übungen etc.) in Komb. mit einem kognitivem Training <u>Kontrollgruppe (n= 18):</u> - Warteliste
Gemessene Outcomes	- Kognitive Status (MATRICS Consensus Battery), Gedächtnis (Wechsler Memory Scale-Third Edition), State-Trait-Anxiety-Inventory (STAI), SF 12 'Fragebogen zum Gesundheitszustand' (SF 36), Symptomatik (German Version of the Beck Depression Inventory II (BDI II)), PANSS, Revised Hallucination Scale (RHS)
Ergebnisse	<i>Cognitive performance:</i> - <i>both patient groups significantly increased their speed of processing between pre- and post-testing</i> - <i>domain verbal learning showed no significant differences of time, diagnosis or intervention and no significant interaction effects (p[0.05])</i> - <i>domain working memory showed significant effects of time, diagnosis and intervention group (time: F (46) = 9.34, p\0.05; diagnosis: F (46) = 8.43, p = 0.02; intervention group: F (46) = 10.23, p = 0.02)</i> <i>BDI II:</i> - <i>MDD patients showed a significant reduction in depressive symptoms (BDI II) between pre- and posttesting [F (19) = 24.10, p\0.001] and a significant interaction time * intervention group [F (19) = 4.19, p = 0.03]</i> - <i>SZ patients showed no changes in the positive PANSS between pre- and post-testing (p[0.05]), but there was a significant main effect of interventions in the subscale Negative of the PANSS (PANSS neg) [F (26) = 8.34, p = 0.02]</i> <i>RHS:</i> - <i>There were no significant differences between pre- and post-testing across intervention groups in the scores of the predisposition toward hallucinations (RHS) in the SZ patient group (p[0.05])</i> <i>STAI:</i> - <i>STAI showed a significant effect of time [F (46) = 6.06, p = 0.02]: both intervention groups (relaxation, aerobic exercise) had a decrease in state anxiety (STAI) from pre- to post-testing</i>

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

	SF-12: - showed a significant increase between first and second measurement time point [effect of time: $F(46) = 18.62, p \leq 0.001$] in both the aerobic exercise and the relaxation group	
Risk of bias		
Bias	Einschätzung	Grundlage für Einschätzung
	<i>Gering – unklar – hohes Risiko</i>	
Randomisierungssequenz (selection bias)	gering	Every patient who was interested to participate in the study has been allocated a random number (1, 2, 3) using Microsoft Excel software.
Geheimhaltung Behandlungsfolge (selection bias)	hoch	Thereafter, each patient has been informed about the allocated intervention.
Verblindung Teilnehmer/ Behandler (performance bias)	hoch	Nicht möglich
Verblindung Endpunktbeurteilung (detection bias)	gering	Assessors were blind to treatment group.
Unvollständige Daten (attrition bias)	hoch	drop-out rate 32 %
Selektives Berichten (reporting bias)	gering	Alle Outcomes berichtet
Weitere Risiken (adequate therapy method, treatment fidelity, supervision, training, personal, financial, or any other interests producing bias)	gering	-
Strengths and weaknesses of the study Conclusions	<ul style="list-style-type: none"> duration, intensity, frequency and kind of physical activity may have an impact on the effects on cognitive performance and affective symptoms, and duration of the intervention period was short with respect to adaptation of physical fitness Another problem of study was that the high number of conditions led to a relatively low sample size per condition 	

Autoren / Titel	Ho et al. 2012 Tai-Chi for residential patients with schizophrenia on movement coordination, negative symptoms, and functioning: A pilot randomized controlled trial
Studiendesign	- randomisierte kontrollierte Studie
Teilnehmer	<u>Anzahl der Teilnehmer:</u> - n= 30 (männlich= 12, weiblich= 18) <u>Setting:</u> - stationär <u>Alter der Teilnehmer (Ø):</u> - 53 Jahre <u>Diagnosen der Teilnehmer:</u> - Teilnehmer mit Schizophrenie <u>Dauer der Erkrankung:</u> - circa 28 Jahre <u>Dauer der Studie:</u> - 6 Wochen
Interventions- / Kontrollgruppe	<u>Interventionsgruppe (n= 15):</u> - Thai-Chi <u>Kontrollgruppe (n= 15):</u> - Warteliste (erhalten weiterhin die herkömmliche Therapie)
Gemessene Outcomes	- Koordinationstest (Minnesota Rate of Manipulation Test), Symptomatik, Beurteilung des Gesundheitszustandes (WHODAS-II)
Ergebnisse	<u>Movement Coordination:</u> - <i>Motor dexterity and eye hand coordination (CMTD) after attending the Tai-chi class (T2) was not vastly different from baseline (T1). But the waitlist group experienced significant deterioration on 3 of the 5 tests of the CMTD, the turning test (Z = 2.22; P = 0.026; r = 0.57), the displacing test (Z = 2.22; P = 0.026; r = 0.57) and the one-hand test (Z = -2.98; P = 0.003; r = 0.77)</i> - <i>significant difference in how the Tai-chi group and the waitlist group faired on the displacing test (Z = -2.28; P = 0.023; r = 0.42) and marginal significance the one-hand test (Z = -1.95; P = 0.065; r = 0.36)</i> <u>Negative Symptoms:</u> - <i>Changes to negative symptoms were not statistically significant after the Tai-chi class or in the waitlist group.</i> - <i>between group comparison also failed to reach significance</i> <u>WHODAS-II:</u> - <i>Fewer disruptions in life activities functioning was observed for the Tai-chi group at maintenance (T3) (Z = -2.14; P = 0.03; r = 0.55)</i> - <i>Tai-chi participants also found fewer difficulties with community participation at T2 (Z = -2.73; P = 0.01; r = 0.70)</i> - <i>The waitlist group, however, experienced greater disruptions in interpersonal functioning at T2 (Z = -2.22; P = 0.03; r = 0.57) and sustained at T3 (Z = -2.43; P = 0.02; r = 0.63)</i> - <i>Between group differences in interpersonal functioning were marginally significant between baseline and T2 (Z = -2.56; P = 0.07; r = 0.47) and significant between baseline and T3 (Z = -2.56; P = 0.01; r = 0.47)</i>

Risk of bias		
Bias	Einschätzung	Grundlage für Einschätzung
	Gering – unklar – hohes Risiko	
Randomisierungssequenz (selection bias)	unklar	Randomization of participants was done using random numbers.
Geheimhaltung Behandlungsfolge (selection bias)	unklar	no information
Verblindung Teilnehmer/ Behandler(performance bias)	hoch	not possible
Verblindung Endpunktbeurteilung (detection bias)	gering	...trained research assistants who were blinded to the group assignment of participants.
Unvollständige Daten (attrition bias)	gering	all conditions have been met
Selektives Berichten (reporting bias)	gering	Alle Outcomes berichtet
Weitere Risiken (adequate therapy method, treatment fidelity, supervision, training, personal, financial, or any other interests producing bias)	gering	-
Strengths and weaknesses of the study Conclusions	One limitation lies in the assessment of functioning disability, WHODAS-II which was translated to Chinese but has yet to be validated in the population	

Autoren / Titel	Schuch et al. 2011 Exercise and severe depression: preliminary results of an add-on study.
Studiendesign	- randomisierte kontrollierte Studie
Teilnehmer	<u>Anzahl der Teilnehmer:</u> - n= 26 (männlich= k. A., weiblich= k. A.) <u>Setting:</u> - stationär <u>Alter der Teilnehmer (Ø):</u> - 43 Jahre <u>Diagnosen der Teilnehmer:</u> - Teilnehmer mit schweren Depressionen <u>Dauer der Erkrankung:</u> - k. A. <u>Dauer der Studie:</u> - 2 Wochen
Interventions- / Kontrollgruppe	Interventionsgruppe: - Körperliches Training (3 mal wöchentlich)

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

	Kontrollgruppe: - herkömmliche Therapie	
Gemessene Outcomes	- depressive Symptomatik (Hamilton 17), Laufbandtest (Ebbeling-Test), Lebensqualität (WHOQoL)	
Ergebnisse	<p>Depressive symptoms:</p> <ul style="list-style-type: none"> - When compared to baseline scores means, both exercise and control groups achieve improvements in depressive symptoms at two weeks (Mean [SD]=25.6 [2.61] v 8.2 [5.97], pb0.001) and (Mean [SD]=27.73 [4.71] v 11.18 [5.03], pb0.001) respectively and at discharge (Mean [SD]=25.6 [2.61] v 5.93 [4.46], pb0.001) - Between groups, there was a difference favorable to exercise group at discharge (Mean [SD]=5.93 [4.46] v 9.45 [3.56], p=0.041) <p>QoL:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Both groups have improvements at physical and psychological domains at the second week of hospitalization and these benefits persist until the end of hospitalization. However, comparing the groups, significant differences favorable to exercise group at the discharge on psychological domain (Mean [SD]=55.88 [9.92] v 41.66 [13.04], p=0.004) and a trend but not a statistical significant score in physical domain favorable to exercise are found (Mean [SD]=58.80 [9.14] v 52.12 [8.70], p=0.07) 	
Risk of bias		
Bias	Einschätzung	Grundlage für Einschätzung
	Gering – unklar – hohes Risiko	
Randomisierungssequenz (selection bias)	unklar	patients were randomized into control or physical exercise group
Geheimhaltung Behandlungsfolge (selection bias)	unklar	k.A.
Verblindung Teilnehmer/ Behandler (performance bias)	hoch	-
Verblindung Endpunktbeurteilung (detection bias)	unklar	k.A.
Unvollständige Daten (attrition bias)	gering	no drop-outs
Selektives Berichten (reporting bias)	hoch	Ebbeling sub-maximal test unavailable
Weitere Risiken (adequate therapy method, treatment fidelity, supervision, training, personal, financial, or any other interests producing bias)	hoch	Kommentar: no active comparison
Strengths and weaknesses of the study Conclusions	All patients included in study are receiving other treatments for depression like antidepressants and in some cases ECT	

Bewegungs- und Sporttherapien – Evidenztabelle aus der aggregierten Evidenz

Tab. G1: Übersicht aggregierter Evidenz zur Wirksamkeit von Bewegungs- und Sporttherapien bei Patienten mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis

Autoren Jahr	Anzahl eingeschlossener Studien/Studien-design/Autor	Patienten	Intervention	Kontrollgruppe (n)	Länge des Follow up`s
Röhrich et al. 2009 <i>Körperpsychotherapeutische Verfahren</i>	<ul style="list-style-type: none"> • 3 RCTs (selektiert): – May (1963) – Goertzel (1965) – Nitsun (1974) 	<ul style="list-style-type: none"> • Schizophrenie • unklar • n=139, (24; 115; May unklar) • stationär 	<ul style="list-style-type: none"> • Body-ego technique (n=2), Bewegungs- und Dramatherapie (n=1) • 22 Wochen bis 6 Monate • 1x bis 5x wöchentlich • K.A. 	<ul style="list-style-type: none"> • Musiktherapie (n=2), herkömmliche Therapie (n=1) 	<ul style="list-style-type: none"> • k. A.
Gorczyński et al. (2010)* <i>Sporttherapeutische Verfahren</i>	<ul style="list-style-type: none"> - 3 RCTs: – Beebe (2005) – Duraiswamy (2007) – Marzaloni (2009) 	<ul style="list-style-type: none"> • Schizophrenie • 18-63 (Ø Altersspanne) • n=86 (12; 61) • stationär und Gemeinde/ambulant 	<ul style="list-style-type: none"> • aerobe und kräftigende Übungen (n=1), Walking (n=1), lockeres Walking, Jogging, Stretching und Entspannungstechniken (n=1) • 12-16 Wochen • 2-5x wöchentlich • k. A. 	<ul style="list-style-type: none"> • herkömmliche Therapie (n=2), Yoga (n=1) 	<ul style="list-style-type: none"> • k. A.
NEU Pearsall et al. 2014* <i>Sporttherapeutische Verfahren</i>	<ul style="list-style-type: none"> - 8 RCTs: – Pelham (1993) – Beebe (2005) – Skrinar (2005) – Acil (2008) – Marzaloni (2009) – Beebe (2011) – Methapatara (2011) – Scheewe (2012) 	<ul style="list-style-type: none"> • Schizophrenie, SMI • 27-52 (Ø Altersspanne) • n=374 (10;118) • Gemeinde/ambulant und stationär 	<ul style="list-style-type: none"> • allgemeine aerobe und kardiovaskuläre Übungsformen (n=4) Walking (n=3), Fahrrad fahren (n=1) • 10-24 Wochen • 2-4x wöchentlich • mäßige Intensität (n= 7), spezifische Intensität (n=1) 	<ul style="list-style-type: none"> • herkömmliche Therapie (n=5), Muskelkräftigungsübungen (n=1), Lebensstilveränderungen (n=1), k. A. (n=1) 	<ul style="list-style-type: none"> • k. A.

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

Autoren Jahr	Anzahl eingeschlossener Studien/Studien-design/Autor	Patienten	Intervention	Kontrollgruppe (n)	Länge des Follow up's
NEU Rosenbaum et al. 2014⁺ <i>Mix aus verschiedenen Verfahren</i>	<ul style="list-style-type: none"> 8 RCTs (selektiert): – Su (1999) – Ning (2003) – Li (2005) – Acil (2008) – Wu (2008) – Visceglia (2011) – Behere (2011) – Gholipour (2012) 	<ul style="list-style-type: none"> Schizophrenie 25-48 (Ø Altersspanne) k. A. Gemeinde/ambulant und stationär 	<ul style="list-style-type: none"> (betreute) aerobe Übungsformen (n=4), Fitnessstudio, Tischtennis und Gartenarbeit (n=1), Tanztherapie(n=1), Yoga (n=1), k. A. (n=1) 5-12 Wochen 2-12x wöchentlich k. A. 	<ul style="list-style-type: none"> herkömmliche Therapie (n=5), Warteliste (n=2), Placebo (n=1) 	<ul style="list-style-type: none"> k. A.
NEU Cramer et al. 2013* <i>Yoga</i>	<ul style="list-style-type: none"> 5 RCTs: – Xie (2006) – Duraiswamy (2007) – Vancampfort (2011) – Visceglia (2011) – Behere (2011) – Varambally (2012)³⁴ 	<ul style="list-style-type: none"> Schizophrenie 28-48 (Ø Altersspanne) n=337 (18; 119) ambulant und stationär 	<ul style="list-style-type: none"> Yoga (n=2), Yogasana (n=2), Hatha Yoga (n=1) 8-12 Wochen 2-5x wöchentlich k. A. 	<ul style="list-style-type: none"> herkömmliche Therapie (n=4), andere Übungen (n=1) 	<ul style="list-style-type: none"> bis zu 12 Wochen
NEU Malchow et al. 2013 <i>Sporttherapeutische Verfahren</i>	<ul style="list-style-type: none"> 2 RCTs (selektiert): – Scheewe (2013a) – Scheewe (2013b) 	<ul style="list-style-type: none"> Schizophrenie 30 Jahre (Ø Alter) n=147 stationär 	<ul style="list-style-type: none"> Aerobes Ausdauertraining (Laufband, Ergometer, Rudergerät) mit Muskelkräftigung (Ganzkörper) (n=2) 26 Wochen 1-2x wöchentlich Steigerung von 45% Herzfrequenzreserve auf 75% 	<ul style="list-style-type: none"> Ergotherapie (n=2) 	<ul style="list-style-type: none"> k. A.

Anmerkungen: * vollständig eingeschlossen, RCTs: randomisierte kontrollierte Studie, k.A.: keine Angabe, ⁺ Extraktion einer Meta-Analyse zur Wirkung trainingsorientierter Therapien bei Pat. mit Schizophrenie, CBT-Cognitive Behavioral Therapy, MBSR-Mindfulness-Based Stress Reduction

³⁴ Anmerkung: Behere et al. (2011) und Varambally et al. (2012) bezieht sich auf eine Studie die in zwei Artikeln berichtet wurde.

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

Tab. G2: Übersicht aggregierter Evidenz zur Wirksamkeit von Bewegungs- und Sporttherapien bei schweren Depressionen und Angststörungen

	Autoren Jahr	Anzahl eingeschlossener Studien/Studiendesign /Autor	Patienten • Diagnose(n) • Alter • Anzahl (n, min, max.) • Setting	Intervention • Art d. Interventionen • Dauer (min, max) • Häufigkeit pro Woche • Intensität	Kontrollgruppe(n)	Länge des Follow up's
Schwere Depression	NEU Danielsson et al 2013 <i>Sporttherapeutische Verfahren</i>	<ul style="list-style-type: none"> • 14 RCTs: – Doyne (1985) – Klein (1985) – Veale (1992) – Blumenthal (1999) – Babyak (2000) – Mather (2002) – Dunn (2005) – Blumenthal (2007) – Pihu (2007) – Foley (2008) – Krogh (2009) – Hoffman (2011) – Mota-Pereira (2011) – Trivedi (2011) 	<ul style="list-style-type: none"> • Schwere Depressionen • 18-60 (Altersspanne) • n=1.137 (23, 202) • ambulant, Tagesklinik 	<ul style="list-style-type: none"> • betreute aerobe Gruppengymnastik (n=4), Laufen (n=3), Muskelkräftigung (n=3), betreute Sporteinheiten (Laufen, Ergometer oder Walking, n=2), Walking (n=1), kardiovaskuläre Ergometer (n=1), • 8-32 Wochen • 2-5x wöchentlich • 60-80% der Herzfrequenz 	<ul style="list-style-type: none"> • Medikation oder Placebo (n=7), Entspannung (n=3), Gruppenpsychotherapie (n=1), Stretching (n=1), Muskelkräftigung Gewichte (n=1), Gesundheitskurse (n=1), aerobe Übungen (n=1), 	<ul style="list-style-type: none"> • Bis zu 52 Wochen
Angststörung	NEU Bartley et al. 2013 <i>Sporttherapeutische Verfahren</i>	<ul style="list-style-type: none"> • 7 RCTs: – Martinsen (1989) – Broocks (1998) – Merom (2008) – Wedekind (2010) – Herring (2011) – Jazaieri (2012) – Hovland (2012) 	<ul style="list-style-type: none"> • Angststörungen • k. A. • n=407 (30; 85) • k. A. 	<ul style="list-style-type: none"> • Walking/Laufen (n=4), Walking/Laufen + Muskelkräftigungsübungen (n=1), Walking/laufen + Medikation (n=1), k.A. (n=1) • k. A. • k. A. • k. A. 	<ul style="list-style-type: none"> • MBSR (n=1), CBT (n=1), Placebo oder Medikation (n=1), Muskelkräftigung- und Entspannungsübungen (n=1), Lebensstilveränderungen (n=1), Warteliste (n=1), Entspannung + Medikation oder Placebo (n=1) 	k. A.

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

Tab. G3: Effekte von Bewegungs- und Sportinterventionen aus aggregierter Evidenz

Intervention vs. Kontrolle	Schizophrenie/SMI					Schwere Depression			Angststörung		
	Pearsall 2014	Rosenbaum 2014*	Cramer 2013		Malchow 2013*	Gorczyński 2010 ¹		Danielsson 2013		Bartley 2013	
	Aerobe Übungen vs. TAU	Körperliche Aktivität vs. TAU	Yoga vs. TAU	Yoga vs. Übungen ¹	Aerobes Training + Kräftigung vs. Ergotherapie	Körperliches Training vs. TAU	Körperliches Training vs. Yoga	Aerobe Übungen + TAU vs. TAU	Aerobe Übungen vs. Medikation	Aerobe Übungen vs. körperl. Aktivität	Körperliche Aktivität vs. TAU/ Placebo/ Warteliste
Biologische Effekte											
Körperliche/aerobe Fitness ↑						~ ¹ /(+) ¹					
6-Minuten-Gehtest	++ ¹					++ ¹					
(Über-)Gewicht ↓	~					~ ¹					
Taillenumfang ↓					~ ¹	~ ¹					
BMI ↓	+				~ ¹	~ ¹					
Maximalkraft ↑						++ ¹					
Körperfett ↓						++ ¹					
Aktivitätsmangel ↓							-				
W _{peak} ↑					++ ¹						
VO _{2peak}					~ ¹						
Psychologische Effekte											
Allgemeine Psychopathologie ↓		++			~ ¹	+ ¹	- ¹				
Negativsymptome ↓	~		~	~		++ ¹	- ¹				
Positivsymptome ↑	+		~	+		++ ¹	~ ¹				
Psychologische Effekte											
Depressions-symptomatik ↓	~				~ ¹	++ ¹	-	++	~	~	

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

Intervention vs. Kontrolle	Schizophrenie/SMI						Schwere Depression			Angststörung	
	Pearsall 2014	Rosenbaum 2014*	Cramer 2013		Malchow 2013*	Gorczynski 2010 ¹		Danielsson 2013			Bartley 2013
	Aerobe Übungen vs. TAU	Körperliche Aktivität vs. TAU	Yoga vs. TAU	Yoga vs. Übungen ¹	Aerobes Training + Kräftigung vs. Ergotherapie	Körperliches Training vs. TAU	Körperliches Training vs. Yoga	Aerobe Übungen + TAU vs. TAU	Aerobe Übungen vs. Medikation	Aerobe Übungen vs. körperl. Aktivität	Körperliche Aktivität vs. TAU/ Placebo/ Warteliste
Angstsymptomatik ↓	~					++ ¹					~
Kognitive Funktionen ↑			~ ¹	~ ¹							
Lebensqualität ↑	~		++	~ ¹			-				
Motivation ↑											
Soziales/berufl. Funktionsniveau ↑			~ ¹	~ ¹			~				
Sonstige											
Teilnahmeaktivität ↑	~ ¹										
Teilnahmebeharrlichkeit ↑	~ ¹										
Abbruch der Intervention ↓						~	~				
Risiko von Nebenwirkungen/Bewegungsstörungen ↓							~				
Hippokampusvolumen ↑					~ ¹						
Graue/Weiße Substanz ↑					~ ¹						

Anmerkungen:

*Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report*

++: signifikanter Vorteil in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe, +: tendenzielle Überlegenheit ohne signifikanten Unterschied in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe, ~: Ergebnisse vergleichbar in beiden Gruppen, -: Nachteil in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe, ↓: Reduktion, ↑: Erhöhung; * Meta-Analyse schließt eine Untersuchung mit Tanztherapie ein; ¹ Ergebnisse beziehen sich auf Einzeldaten; TAU=Herkömmliche Therapie

Bewegungs- und Sporttherapien – Evidenztabelle zu Einzelstudien

Tab. G4: Charakteristika eingeschlossener Einzelstudien zur Wirksamkeit von Bewegungs- und Sportinterventionen (Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis)

Autor/Jahr	Patientenpopulation	Intervention	Kontrollgruppe(n)
Maurer-Groeli 1976	<ul style="list-style-type: none"> • Schizophrenie • ca. 33.5 Jahre (Ø Alter) • n=37 • Hospitalisierte Patienten in akuter Phase • stationär 	<ul style="list-style-type: none"> • körperzentrierten Gruppenpsychotherapie • 6 Wochen • Nicht relevant • 3x pro Woche über 60 min 	<ul style="list-style-type: none"> • Beschäftigungs- und Arbeitstherapie
Hátlová 1995	<ul style="list-style-type: none"> • Schizophrenie • k. A. • n=70 • k. A. • stationär 	<ul style="list-style-type: none"> • Spür- und entspannungsorientiertes Programm (EG 1), Aktivierendes Bewegungsprogramm (EG 2) • 24 Wochen • k. A. • 2x wöchentlich (Steigerung von 30 auf 50 min) 	<ul style="list-style-type: none"> • Keine Bewegungsintervention
Röhricht und Priebe (2006)	<ul style="list-style-type: none"> • Schizophrenie • Ca. 38 Jahre (Ø Alter) • n=45 • K.A. • ambulant 	<ul style="list-style-type: none"> • Körperorientierte Psychotherapie • 10 Wochen • Nicht relevant • 2x pro Woche (60 - 90 min) 	<ul style="list-style-type: none"> • Supportive Gespräche
Pajonk 2010	<ul style="list-style-type: none"> • Schizophrenie • 35 Jahre (Ø Alter) • n=24 • Ø 10,5 Jahre • Tagesklinik/ambulant 	<ul style="list-style-type: none"> • Fahrrad-Ergometertraining • 12 Wochen • Herzfrequenz während des Trainings 130 Schläge/Minute • 3x wöchentlich (jeweils 30 min) 	<ul style="list-style-type: none"> • Tischfußball (Schizophreniepat.) • Fahrrad-Ergometertraining (gesunde Pat.)
NEU Ho 2012	<ul style="list-style-type: none"> • Schizophrenie • 53 Jahre (Ø Alter) • n=30 • 11 Jahre* • Tagesklinik 	<ul style="list-style-type: none"> • Tai-Chi • 6 Wochen • Nicht relevant • 2x wöchentlich 	<ul style="list-style-type: none"> • Warteliste
NEU Oertel-Knoechel 2014	<ul style="list-style-type: none"> • Schizophrenie und schwere Depression • 40 Jahre (Ø Alter) • n=51 • Ø 10,2 Jahre • stationär, akute Phase 	<ul style="list-style-type: none"> • sportl. Übungen + kognitives Training • 4 Wochen • k. A. • 3x wöchentlich 	<ul style="list-style-type: none"> • Kogn. Training + Entspannung (Warteliste)
NEU Sailer 2015 [7]	<ul style="list-style-type: none"> • Schizophrenie • 30 Jahre (Ø Alter) • n=36 • k. A. • Tagesklinik 	<ul style="list-style-type: none"> • Jogging (MCII-Strategie) • 4 Wochen • k. A. • je nach Bedarf 	<ul style="list-style-type: none"> • keine aerobe (körperlichen) Übungsformen
NEU	<ul style="list-style-type: none"> • Schizophrenie 	<ul style="list-style-type: none"> • Körperpsychotherapie 	<ul style="list-style-type: none"> • Pilates in

*Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report*

Autor/Jahr	Patientenpopulation <ul style="list-style-type: none"> • Diagnose • Alter (Jahre) • Anzahl (n) • Dauer d. Erkrankung • Setting 	Intervention <ul style="list-style-type: none"> • Art • Dauer (gesamt) • Intensität • Häufigkeit pro Woche 	Kontrollgruppe(n)
Priebe et al. 2016	<ul style="list-style-type: none"> • 42.2 Jahre (Ø Alter) • n=275 • 12.6 Jahre (Ø Erkrankungsdauer) • ambulant (CMHT) 	<ul style="list-style-type: none"> • 10 Wochen • Nicht relevant • 2x wöchentlich (90 min) 	vergleichbarem Umfang
NEU Lee et al. 2015**	<ul style="list-style-type: none"> • Schizophrenie • Ca. 41.5 Jahre (Ø Alter) • n=38 • 8.7 Jahre (Ø Erkrankungsdauer) • ambulant 	<ul style="list-style-type: none"> • Dance/Movement therapy • 12 Wochen • Nicht relevant • 1x pro Woche (60 min) 	<ul style="list-style-type: none"> • Ausschließlich medikamentöse Therapie
NEU Martin et al. 2016**	<ul style="list-style-type: none"> • Schizophrenie • 39.8 Jahre (Ø Alter) • n=68 • 15.9 Jahre (Ø Erkrankungsdauer) • ambulant 	<ul style="list-style-type: none"> • Bewegungstherapie (Body Psychotherapy/Dance and Movement Therapy) • 10 Wochen • Nicht relevant • 2x pro Woche 	<ul style="list-style-type: none"> • Ausschließlich medikamentöse Therapie

Anmerkungen: *bezogen auf die gesamte durchschnittliche Verweildauer im stationären Setting auf Grund der Erkrankung

** zusätzlich, nach Abschluss der systematischen Suche identifiziert

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

Tab. G5: Effekte von Bewegungs- und Sporttherapie bei Patienten mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis aus Einzelstudien

Intervention vs. Kontrolle	Schizophrenie						Gemischte Diagnosegruppe
	Sailer 2015	Ho 2012	Pajonk 2010		Hátlová 1995		Oertel-Knoechel 2014 ¹
	MCI vs. Information/ohne aerobe Übungen	Tai Chi vs. Warteliste	Ausdauer- training vs. Tischfußball	Ausdauer- training, Tischfußball vs. Ausdauer- training (gesunde Pat.)	Sport und Spiel vs. konzentrierte Entspannung	Sport und Spiel vs. Standard- behandlung	Körperliche Aktivität + kognitives Training vs. Entspannung + kognitives Training vs. Warteliste
Biologische Effekte							
Körperliche Fitness/Aktivität ↑	~			~			
Hippokampus- volumen ↑			++	~			
Psychische Effekte							
Psych. Gesundheits- status gesamt ↑					-		
Negativsymptome ↓	~	~					++ ²
Positivsymptome ↑	~						~
Depressions- symptomatik ↓	~						++ ³
Angstsymptomatik ↓							++ ⁴
Kognitive Funktionen/ Merkfähigkeit ↑		~					++ ⁷
Kognitive Verarbeitungs- geschwindigkeit ↑						~	~
Visuelles Gedächtnis ↑							++ ⁶
Verbales Gedächtnis ↑							~

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

	Schizophrenie						Gemischte Diagnosegruppe
	Sailer 2015	Ho 2012	Pajonk 2010		Hátlová 1995		Oertel-Knoechel 2014 ¹
Intervention vs. Kontrolle	MCI vs. Information/ohne aerobe Übungen	Tai Chi vs. Warteliste	Ausdauer- training vs. Tischfußball	Ausdauer- training, Tischfußball vs. Ausdauer- training (gesunde Pat.)	Sport und Spiel vs. konzentrierte Entspannung	Sport und Spiel vs. Standard- behandlung	Körperliche Aktivität + kognitives Training vs. Entspannung + kognitives Training vs. Warteliste
Selbständigkeit & Teilhabe							
Mobilität		~	-				
Lebensqualität						~	~
Selbstpflege		~					
Zwischenmenschliche Beziehungen		++					
Tägliche Aktivitäten		~					
Partizipation		~					
Sonstige							
Teilnahmeaktivität ↑	+ ⁵						
Teilnahme- beharrlichkeit ↑	+ ⁵						
Motorische Geschick- lichkeit		~					
Auge-Hand- Koordination		~					

Anmerkungen:

++: signifikanter Vorteil in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe; +: tendenzielle Überlegenheit ohne signifikanten Unterschied in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe
~: Ergebnisse vergleichbar in beiden Gruppen; -: Nachteil in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe; ↓: Reduktion, ↑: Erhöhung; ¹ gemischte Diagnosegruppen, sowohl Pat. mit Schizophrenie als auch Pat. mit schweren Depressionen eingeschlossen (Aufteilung der Experimental- und Kontrollgruppen erfolgt krankheitsspezifisch); ² Wirkung gilt für die Trainings- und Entspannungsgruppe der Pat. mit Schizophrenie gegenüber der Wartelistengruppe; ³ Wirkung bezieht sich auf die Trainings- und Entspannungsgruppen der Patienten mit schweren Depressionen gegenüber den Teilnehmern der Warteliste; ⁴ Effekt konnte sowohl für Pat. mit Schizophrenie als auch Pat. mit schweren Depressionen in beiden Gruppen (Trainings- und Entspannungsgruppe) gegenüber der Warteliste festgestellt werden; ⁵ bezieht sich nur auf die vergleichende Analyse zwischen Interventions- und Kontrollgruppe in einem eher selbstständigen/autonomen Umfeld der

*Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report*

Teilnehmer, in einem sehr strukturierten und unselbstständigen Bereich war für die Teilnehmer kein Effekt vorhanden; ⁶ Effekt betrifft sowohl die Trainings- als auch Entspannungsgruppe der Pat. mit Schizophrenie ; ⁷ Effekt bezieht sich auf die Pat. mit Schizophrenie in der Gruppe Trainingsgruppe (körperliche Aktivität + kognitives Training)

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

Tab. G6: Effekte von Körperpsychotherapeutischen Verfahren bei Patienten mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis aus Einzelstudien

	Goertzel et al. 1965	Nitsun et al. 1974	Maurer-Groeli 1976	Röhrich & Priebe 2006	Priebe et al. 2016	Martin et al. 2016	Lee et al. 2015
Patienten Teilnehmerzahl N (gesamt), Diagnose, Setting	N=115 Schizophrenie stationär	N=24 Schizophrenie stationär	N=37 Schizophrenie stationär	N=45 Schizophrenie ambulant	N=275 Schizophrenie ambulant	N=68 Schizophrenie ambulant	N=38 Schizophrenie stationär
Intervention vs. Kontrollintervention	<i>Body-ego technique</i> (BET) vs. rezeptive Musiktherapie	Kreatives Bewegungs- programm (<i>movement and drama therapy</i>) vs. Gruppenpsycho- therapie	Körperzentrierte Gruppenpsycho- therapie vs. Beschäftigungs- und Arbeitstherapie	Körperorientierte Psychotherapie vs. supportive Gespräche	Körperorientierte Psychotherapie vs. Pilates	Körper- und Bewegungs- orientierte Therapie vs. Medikation allein	Dance/Move ment therapy vs. Medikation allein
Follow-up-Zeitraum	Behandlungsende	Behandlungsende	Behandlungsende	4 Monate	Behand- lungsende	6 Monate	Behandlungs- ende
Krankheitsassoziierte Merkmale							
↓ Symptomschwere (allgemein)	++	++		~	~	~	
• ↓ Negativsymptomatik				++	~	~	++
• ↓ Positivsymptomatik				~	~	~	~
• ↓ Depressive Symptomatik					~	~	++
• ↓ Angstsymptomatik							~
• ↓/↑ Ärger und - kontrolle							++
• ↑ Psychomotorisches Funktionsniveau		+					
• ↑ Ichfunktionen			~*/++**				
Behandlungsassoziierte Merkmale							
↑ Behandlungszufriedenheit				~	~	~	
Zufriedenheit mit therapeutischer Beziehung				~			
Soziale Funktionen und Lebensqualität							

*Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report*

	Goertzel et al. 1965	Nitsun et al. 1974	Maurer-Groeli 1976	Röhrich & Priebe 2006	Priebe et al. 2016		Martin et al. 2016	Lee et al. 2015
Patienten Teilnehmerzahl N (gesamt), Diagnose, Setting	N=115 Schizophrenie stationär	N=24 Schizophrenie stationär	N=37 Schizophrenie stationär	N=45 Schizophrenie ambulant	N=275 Schizophrenie ambulant		N=68 Schizophrenie ambulant	N=38 Schizophrenie stationär
Intervention vs. Kontrollintervention	<i>Body-ego technique</i> (BET) vs. rezeptive Musiktherapie	Kreatives Bewegungs- programm (<i>movement and drama therapy</i>) vs. Gruppenpsycho- therapie	Körperzentrierte Gruppenpsycho- therapie vs. Beschäftigungs- und Arbeitstherapie	Körperorientierte Psychotherapie vs. supportive Gespräche	Körperorientierte Psychotherapie vs. Pilates		Körper- und Bewegungs- orientierte Therapie vs. Medikation allein	Dance/Move ment therapy vs. Medikation allein
Follow-up-Zeitraum	Behandlungsende	Behandlungsende	Behandlungsende	4 Monate	Behand- lungsende	6 Monate	Behandlungs- ende	Behandlungs- ende
↑ Lebensqualität				~	~	~		
↑ soziale Aktivitäten/Kontakte					~	~		

Anmerkungen:

++: signifikanter Vorteil in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe

+: tendenzielle Überlegenheit ohne signifikanten Unterschied in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe

~: Ergebnisse vergleichbar in beiden Gruppen

-: Nachteil in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe

↓: Reduktion, ↑: Erhöhung

* Rating nach Bellak et al. 1973: Realitätssinn, Realitätsprüfung, Denken, Reizschutz/ **bei Leib-Erlebensstörungen (funktionelle Beschwerden, körperliche Illusionen, Halluzinationen und körperliche Depersonalisierungssymptome)

Tab. G7: Charakteristika eingeschlossener Einzelstudien zur Wirksamkeit von Bewegungs- und Sportinterventionen bei Patienten mit schweren Depressionen

Autor/Jahr	Patientenpopulation	Intervention	Kontrollgruppe(n)
Greist 1979	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnose • Alter (Jahre) • Anzahl (n) • Dauer der Erkrankung • Schwere der Erkrankung • Setting 	<ul style="list-style-type: none"> • Art • Dauer (gesamt) • Intensität • Häufigkeit pro Woche 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Depression • 18-30 Jahre • n=28 • k. A. • k. A. • ambulant 	<ul style="list-style-type: none"> • Aerobes Ausdauertraining • 10 Wochen • k. A. • 1-4 wöchentlich 	<ul style="list-style-type: none"> • (individuelle) Psychotherapie
Martinsen 1985	<ul style="list-style-type: none"> • schwere Depression • Ø 40 Jahre • n=43 • k. A. • k. A. • stationär 	<ul style="list-style-type: none"> • Aerobes Ausdauertraining • 9 Wochen • k. A. • 3x wöchentlich (jeweils 1 h) 	<ul style="list-style-type: none"> • Ergotherapie
Pinchasov 2000	<ul style="list-style-type: none"> • schwere und mittelschwere Depression • Ø 35,2 Jahre • n=66 • k. A. • Hamilton Score Ø 24,5 • stationär 	<ul style="list-style-type: none"> • Körperliches Training (Fahrradergometer) • 1 Woche • 75% der individuellen Leistungsfähigkeit • täglich (1 h) 	<ul style="list-style-type: none"> • Lichttherapie (KG 1), keine antidepressive Behandlung (KG 2)
Knubben 2007	<ul style="list-style-type: none"> • schwere Depression • Ø 49,5 Jahre • n=38 • k. A. • Bech-Rafaelsen Melancholy Scale 26 Score > 12 • stationär 	<ul style="list-style-type: none"> • Ausdauertraining • 10 Tage • leichte bis mittlere Belastung • täglich (30 min) 	<ul style="list-style-type: none"> • Placebo-Training
NEU Schuch 2011	<ul style="list-style-type: none"> • schwere Depression • Ø 42 Jahre • n=26 • k. A. • Hamilton Score Ø 26,7 • stationär 	<ul style="list-style-type: none"> • aerobe Übungen (Laufband oder Ergometer u.a.) • 3 Wochen • k. A.³⁵ • 3x wöchentlich 	<ul style="list-style-type: none"> • Herkömmliche Therapie
NEU Röhricht 2013	<ul style="list-style-type: none"> • Chronische Depression • BPT: Ø 46.9 Jahre; KG: Ø 48.5 Jahre • N=31 • BPT: 16.3 [SD: 11.3] Jahre; KG: 12.1 [SD: 9.2] Jahre • HAMD total score: BPT: 28.2 [SD: 6.3]; KG: 27.2 [SD: 5.4] 	<ul style="list-style-type: none"> • Körperpsychotherapie (BPT, Gruppe) • 10 Wochen • Nicht relevant • 2xwöchentlich (90 min) 	<ul style="list-style-type: none"> • Wartegruppe

³⁵ Anmerkung: Angabe einer „Dosis“ von 16.5 kcal/kg/Woche

*Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report*

Autor/Jahr	Patientenpopulation <ul style="list-style-type: none"> • Diagnose • Alter (Jahre) • Anzahl (n) • Dauer der Erkrankung • Schwere der Erkrankung • Setting 	Intervention <ul style="list-style-type: none"> • Art • Dauer (gesamt) • Intensität • Häufigkeit pro Woche 	Kontrollgruppe(n)
	<ul style="list-style-type: none"> • ambulant 		

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

Tab. G8: Effekte von Bewegungsinterventionen bei Patienten mit (schweren) Depressionen aus Einzelstudien

	(Schwere) Depression				
	Schuch 2011	Knubben 2007	Pinchasov 2000	Martinsen 1985	Greist 1979
Intervention vs. Kontrolle	Aerobe Übungen vs. Herkömmll. Therapie	Aerobes Ausdauer- training vs. Placebo (low intensity program)	Aerobes Ausdauertraining vs. Lichttherapie	Aerobes Ausdauertraining + Psychotherapie vs. Ergotherapie + Psychotherapie	Jogging vs. Einzelpsychotherapie
Biologische Effekte					
Körperliche Fitness/Aktivität ↑			+		
Max. O ₂ Aufnahme				++	
Effekte auf Symptomatik					
Depressionssymptomatik ↓	++	++	++	++	~
Sonstige Effekte					
Verweildauer KH ↓		+			
Lebensqualität	+				

Anmerkungen:

- ++: signifikanter Vorteil in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe
- +: tendenzielle Überlegenheit ohne signifikanten Unterschied in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe
- ~: Ergebnisse vergleichbar in beiden Gruppen
- : Nachteil in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe
- ↓: Reduktion, ↑: Erhöhung

Anlage H Einzelinterventionen: Evidenzgrundlage zu den Empfehlungen zu Gesundheitsfördernden Interventionen

Systematische Literaturrecherche zu Gesundheitsfördernden Interventionen

- Genutzte Datenbanken: MEDLINE, PsycInfo, Embase, Cochrane Library
- Suchzeitraum: Einführung der jeweiligen Datenbank bis März 2016
- Aufteilung der systematischen Suche in die Bereiche:
 - Gesunde) Ernährung / Diät
 - Körperliche Aktivität
 - Verhaltenstherapeutisch orientierte Maßnahmen
 - Maßnahmen zur Raucherentwöhnung

Lfd. Nr.

Interventionspezifische Suchbegriffe

(Gesunde) Ernährung / Diät

- | | |
|----|--|
| 1 | diet* |
| 2 | diet* next therap* |
| 3 | (diet\$ adj1 (therap\$ or chang\$ or intervention\$ or treatment\$)) |
| 4 | diet* adj2 (modif* or therapy or intervention* or strateg* or weight*) |
| 5 | nutri* or eat* or consum* or intake* or food* |
| 6 | intake\$ adj3 (increas\$ or decreas\$ or reduc\$ or rais\$ or low\$ or chang\$ or restrict\$ or high\$)) |
| 7 | nutrition* intervention* |
| 8 | healthy eating |
| 9 | (calor* adj2 (restrict* or reduc* or low*)) |
| 10 | (weight adj2 (loss or lost or losing or reduc* or eliminat* or decreas*)) |
| 11 | ((body mass index or bmi) adj3 (los* or reduc* or decreas* or low*)) |
| 12 | 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 |

Körperliche Aktivität

- | | |
|----|--|
| 13 | (exercis\$ or physic\$ activit\$ or exert\$ or physic\$ fit\$ or sport\$) |
| 14 | exercise* adj (therap* or program* or intervention* or test* or physical* or aerobic* or isometric*) |
| 15 | exercise/ or exercise therapy |
| 16 | physical adj1 (therap* or education* or training* or intervention* or fitness* or endurance* or recreation or exercise* or program* or modalit* or effort* or exertion* or condition*) |
| 17 | Physical Education and Training |
| 18 | 13 or 14 or 15 or 16 or 17 |

Verhaltenstherapeutisch orientierte Maßnahmen

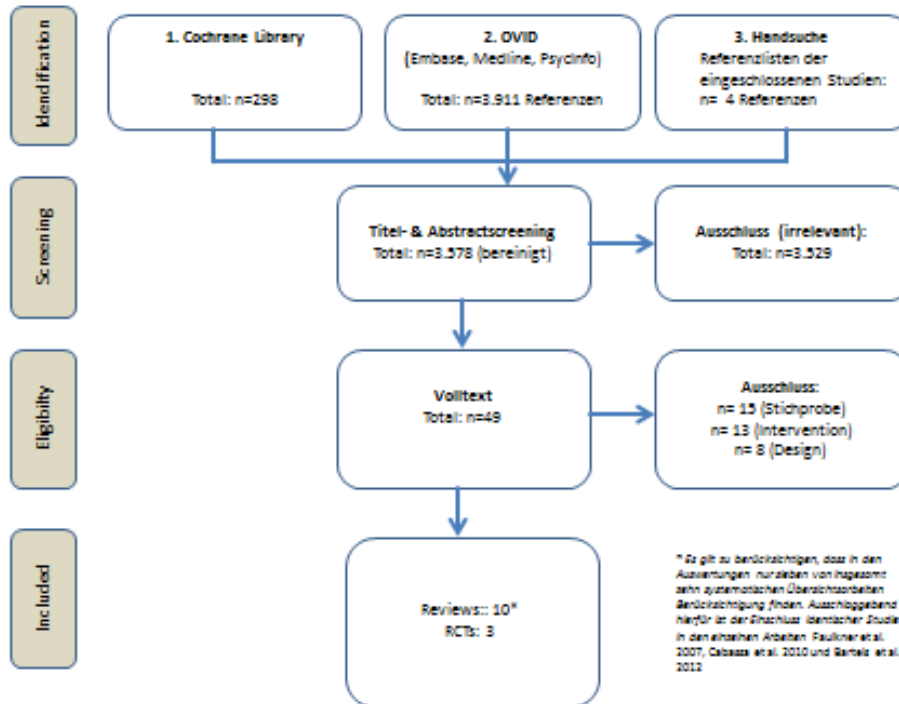
- | | |
|----|---|
| 19 | Health education |
| 20 | Health Promotion |
| 21 | Health Behavior |
| 22 | Cognitive* behavio* therap* |
| 23 | Behaviour therapy |
| 24 | Cognitive therapy |
| 25 | (cognit* near/3 (therap* or technique* or modif* or intervention*)) |
| 26 | (behavio?* near/3 (therap* or technique* or modif* or intervention*)) |
| 27 | (lifestyl\$ or life styl\$) |
| 28 | Healthy People Programs |
| 29 | 19 or 20 or 21 or 22 or 23 or 24 or 25 or 26 or 27 or 28 |

Maßnahmen zur Rauchentwöhnung

- 30 Tobacco Use Cessation
- 31 smok* cessat*
- 32 smok* reduct*
- 33 30 or 31 or 32

Es wurde zunächst nach Maßnahmen der Rauchentwöhnung gesucht. Im Ergebnis des ersten Konsensustreffens wurden diese Interventionen nicht aufgenommen (s. Protokoll).

Prisma Flow-Chart zu Gesundheitsfördernden Interventionen



PRISMA Flow-Diagramm: Lifestyle-Interventionen

Extraktionsbögen systematisches Review /Meta-Analyse zu Gesundheitsfördernden Interventionen

Titel	The Effects of Lifestyle Interventions on (Long-Term) Weight Management, Cardiometabolic Risk and Depressive Symptoms in People with Psychotic Disorders: A Meta-Analysis	
Autoren	Jojanneke Bruins, Frederike Jorg, Richard Bruggeman, Cees Slooff, Eva Corpeleijn, Marieke Pijnenborg	
Jahr	- 2014	
Journal	- PLOS One	
Fragestellung / Zielsetzung	- Die Zielstellung der Arbeit lag darin, die Effekte von Lifestyle Interventionen auf das Körpergewicht und andere kardio-metabolische Risikofaktoren abzuschätzen bei Personen mit psychischen Erkrankungen. Zudem wurden die Langzeiteffekte auf die depressive Symptomatik sowie das Körpergewicht untersucht.	
Design	- Systematischer Review und Meta Analyse	
Datenbanken	- PubMed, Web of Science, PsycINFO and MEDLINE	
Zeitraum	- von Beginn (der jeweiligen Datenbank) bis April 2014	
Anzahl eingeschlossene Studientypen	- 25 RCTs	
Autoren der eingeschlossenen Studien	<u>25 RCTs:</u> - Littrell 2003 - Skrinar 2005 - Scocco 2005 - Brar 2005 - Evans 2005 - Brown 2006 - Weber 2006 - Alvarez-Jimenez 2006 - Kwon 2006 - McKibbin 2006 - Khazaal 2007 - Milano 2007 - Jean Baptiste 2007	- Wu 2007 - Poulin 2007 - Wu 2008 - Forsberg 2008 - Mauri 2008 - Brown 2009 - Iglesias Garcia 2010 - Methapatara 2011 - Brown 2011 - Daumitt 2013 - Attux 2013 - Scheewe 2013
weitere Einschlusskriterien	-	
relevante Ausschlusskriterien	- Medikamentöse Maßnahmen, nicht randomisierte Studien und nicht lebensstilbezogene Interventionen	
Qualitätsbewertung durchgeführt	- ja (CTAM – Clinical Trials Assessment Measure for psychological treatments)	
Für welche Patienten / Subgruppen Aussagen getroffen?	- Personen mit schweren psychischen Erkrankungen	
gemessene Outcomes	- Gewichtsveränderung, Körpergewicht, Hüftumfang, Blutdruck, Blutfette, -zucker, Insulinspiegel	

<p>Titel</p>	<p>The Effects of Lifestyle Interventions on (Long-Term) Weight Management, Cardiometabolic Risk and Depressive Symptoms in People with Psychotic Disorders: A Meta-Analysis</p>
<p>Ergebnisse</p>	<p>Overall results for interventions on body weight:</p> <ul style="list-style-type: none"> - The overall ES of lifestyle interventions on weight was -0.63 (95% CI=-0.84 to -0.42). Lifestyle interventions had a significant, beneficial effect on weight loss ($p < 0.00001$). The experimental groups in the weight loss intervention studies showed a higher reduction of the mean body weight than the control groups (ES=-0.52 with the 95% CI=-0.72 to -0.31, $p < 0.00001$) - In the weight gain prevention studies the experimental groups gained less body weight than the control groups (ES=-0.84 with the 95% CI=-1.28 to -0.40, $p = 0.0002$) - The included studies in this meta-analysis showed moderate heterogeneity <p>Cardiometabolic risk:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ten studies reported cardiometabolic risk factors and in these studies there were no distinct differences between the weight loss interventions and the weight gain prevention interventions with respect to the content of the intervention - The lifestyle interventions demonstrated significant effects for waist circumference, triglycerides, fasting glucose and insulin. The ES for cholesterol (total, HDL-C and LDL-C) and systolic and diastolic blood pressure were not significant. - A sensitivity analysis that only included the three high quality studies resulted in slightly decreased effect sizes that were no longer statistically significant for both waist circumference (ES=-0.30, 95% CI=-0.63 to 0.03, $p = 0.08$) and insulin (ES=-0.26, 95% CI=-0.64 to 0.12, $p = 0.18$). <p>Depressive symptoms:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Four studies reported the effects of lifestyle interventions on depressive symptoms based on a continuous depression scale. - The overall ES for lifestyle interventions on depressive symptoms was -0.95 (95% CI=-1.90 to -0.00, $p = 0.05$). - None of the studies reporting depression had a CTAM score of 65 or above, so these results should be interpreted with caution <p>Follow up:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Seven studies reported follow up data between two and six months - Their combined ES was -0.62 (95% CI: -0.93 to -0.31, $p < 0.0001$) which is in favor of the intervention. - When we analyzed weight loss and weight gain prevention studies separately, we found that interventions aimed at weight gain prevention have a large long-term effect (ES=-0.85, 95% CI=-1.29 to -0.41, $p = 0.0002$) while the long-term effect of the weight loss interventions was moderate (ES=-0.46, 95% CI=-0.83 to -0.08, $p = 0.02$)
<p>Bemerkungen</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Hohe Heterogenität zwischen den einzelnen Studien - Ggf. Publikationsbias hinsichtlich der Langzeitergebnisse zum Körpergewicht und den Blutdruck (daher ggf. Überschätzung der gemessenen Werte)

Titel	The Effects of Lifestyle Interventions on (Long-Term) Weight Management, Cardiometabolic Risk and Depressive Symptoms in People with Psychotic Disorders: A Meta-Analysis
Bewertung	<u>Fragestellung:</u> - klar formuliert und adäquat hinsichtlich unserer Suchkriterien
	<u>Methodik:</u> - nachvollziehbar, angemessen
	<u>Literatursuche:</u> - verschiedene, relevante Datenbanken, Kriterien definiert
	<u>Studienqualität:</u> - RCTs moderater Qualität, Heterogenität vorhanden

Titel	The Effectiveness of Lifestyle Interventions to Reduce Cardiovascular Risk in Patients with Severe Mental Disorders: Meta-Analysis of Intervention Studies	
Autoren	Maria Isabel Fernandez-San-Martin • Luis Miguel Martin-Lopez • Roser Masa-Font • Noemí Olona-Tabuena • Yuani Roman • Jaume Martin-Royo • Silvia Oller-Canet • Susana Gonzalez-Tejon • Luisa San-Emeterio • Albert Barroso-Garcia • Lidia Vinas-Cabrera • Gemma Flores-Mateo	
Jahr	- 2014	
Journal	- Community Ment Health J	
Fragestellung / Zielsetzung	- Die Zielstellung der Arbeit lag darin, zu untersuchen welchen Einfluss Lebensstilinterventionen auf die Senkung von anthropometrischen und biochemischen Parameter haben.	
Design	- Systematischer Review mit Meta-Analyse	
Datenbanken	- Pubmed, Cochrane library, CINALH, PsycINFO and EMBASE.	
Zeitraum	- von Beginn der jeweiligen Datenbank bis Dezember 2010	
eingeschlossene Studientypen	- 20 RCTs; 6 NRCTs	
Autoren der eingeschlossenen Studien	<u>20 RCTs:</u> – Ball 2001 – Littrell 2003 – Brar 2005 – Evans 2005 – McCreadie 2005 – Skrinar 2005 – Beebe 2005 – McKibbin 2006 – Alvarez-Jimenez 2006 – Kwon 2006	– Scocco 2006 – Weber 2006 – Poulin 2007 – Jean-Baptiste 2007 – Wu 2007 – Forsberg 2008 – Wu 2008 – Marzolini 2009 – Iglesias Garcia 2010 – McKibbin 2010
weitere Einschlusskriterien	- <i>The diagnoses included in the group of severe mental illness are as follows: schizophrenia, schizoaffective disorder, bipolar disorder,</i>	

Titel	The Effectiveness of Lifestyle Interventions to Reduce Cardiovascular Risk in Patients with Severe Mental Disorders: Meta-Analysis of Intervention Studies
	<i>delusional disorder, recurrent major depressive disorder, obsessive–compulsive disorder and the borderline and schizotypal personality disorder</i>
relevante Ausschlusskriterien	-
Qualitätsbewertung durchgeführt	- Ja (Risk of Bias Tool der Cochrane Collaboration)
Für welche Patienten / Subgruppen Aussagen getroffen?	- Personen mit schweren psychischen Erkrankungen - Studienqualität
Gemessene Outcomes	- BMI, Hüftumfang, Triglyceride, Blutzucker, Cholesterin
Ergebnisse	<p>Meta-Analysis of Body Mass Index (BMI)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fifteen studies evaluated the effect of the intervention on the decrease of the BMI in comparison to routine clinical practice at 3 months follow up - Pooled results indicated a significant reduction in BMI in the intervention group versus the control group (WMD = -1.16 kg/m^2, 95% CI $-1.72, -0.58$, $i^2 = 92.7 \%$). - To explore the source of heterogeneity, a meta-regression and subgroup analysis were performed. We did not find statistically significant differences in body weight reduction based on the quality scale score of the study (P of interaction = 0.264) or if the study was randomized or not (P of interaction = 0.277). - At 6 months follow up and combining results from six studies, the weighted mean difference (WMD) is -1.42 kg/m^2 (95 % CI -1.83 to -1.00, $i^2 = 37.3 \%$). Neither were any differences found in the subgroup analysis (P = 0.738 interaction of both). Finally, four studies did a follow-up of 12 months. The difference between the two groups is -2.03 kg/m^2 (95 % CI -3.01 to -1.05, $i^2 = 85.2 \%$). In this case, there are differences in the analysis based on the quality scale score (P of interaction = 0.07) and in accordance with randomization (P of interaction = 0.028). <p>Meta-Analysis of Waist Circumference</p> <ul style="list-style-type: none"> - The eight studies in which waist circumference was calculated at 3 months of follow-up refer a reduction of the measure in the intervention group. On the other hand the value in the control group stayed the same or increased. This was true except for the Marzolini et al. (2009) study, in which a reduction in waist circumference in both groups was described. The results show a decrease in waist circumference in the intervention group and an increase in the control group in the remaining follow-up periods. At 3 months follow up, the WMD is -2.58 cm (95 % CI -3.52 to -0.87, $i^2 = 61.9 \%$), at 6 months -4.20 cm (-5.15 to -3.26 95 %, $i^2 = 0.0 \%$) and at 12 months follow-up -5.52 cm (-7.98 to -3.06 95 %, $i^2 = 73.7 \%$). The latter average is calculated by combining two studies. There were no differences in any of the subgroup analyses based on the quality scale score or randomization, at three and 6 months (P[0.60]). <p>Meta-Analysis of Lipid Levels and Blood Glucose</p>

Titel	The Effectiveness of Lifestyle Interventions to Reduce Cardiovascular Risk in Patients with Severe Mental Disorders: Meta-Analysis of Intervention Studies
	<ul style="list-style-type: none"> - Total cholesterol, triglycerides and blood glucose were measured in different studies (although few). - With respect to triglycerides all the studies refer to a decrease in the intervention group and an increase in the control group. Only Wu et al. (2007) describes a reduction of the triglycerides value in the control group - Cholesterol was lowest at follow-up in the intervention group, although it was also reduced in the control group in some studies (Wu et al. 2007; Blouin et al. 2009; Skrinar et al. 2005) - The WMD between the intervention and control groups was calculated. The estimation of <u>cholesterol after 3 months</u> of follow-up was -8.32 mg/dl (95 % CI -14.57 to -2.08, $i^2 = 63.5\%$). At 6 months, this difference increases for the intervention group: -15.66 mg/dl (95 % CI -25.64 to -5.68, $i^2 = 89.7\%$). - Something similar occurs with <u>triglycerides up to 6 months</u> of follow up (weighted mean difference -24.64 mg/dl at 3 months and -44.85 mg/dl at 6 months). At 12 months, the magnitude of the difference between groups decreases, although it is still statistically significant (weighted mean difference -5.62 mg/dl, 95 % CI -6.15 to -5.08). The i^2 is greater than 86 % in the three analyses. - In terms of <u>glucose</u>, the results are less homogeneous in the different follow-up periods. The mean difference between the intervention and control groups is no longer significant at 6 months, although again becomes significant for the intervention group at 1 year of follow up. - Subgroup analysis according to the quality scale score and based on the randomized allocation of patients to study groups did not show statistically significant differences between the two groups, except for the glucose outcome variable at 3 months (according to their score on the quality scale: P value for interaction = 0.052).
Bemerkungen	<ul style="list-style-type: none"> - künftig weitere Forschung notwendig, vor allem mit größeren Teilnehmerzahlen und langfristigen Follow-Ups
Bewertung	<p><u>Fragestellung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - klar formuliert und adäquat hinsichtlich unserer Suchkriterien <p><u>Methodik:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - nachvollziehbar, angemessen <p><u>Literatursuche:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - verschiedene, relevante Datenbanken, Kriterien definiert <p><u>Studienqualität:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - mehrheitlich RCTs moderater Qualität, Heterogenität vorhanden

Titel	Acute and maintenance effects of non-pharmacologic interventions for antipsychotic associated weight gain and metabolic abnormalities: A meta-analytic comparison of randomized controlled trials	
Autoren	Jacqueline Caemmerer , Christoph U. Correll , Lawrence Maayan	
Jahr	- 2012	
Journal	- Schizophrenia Research	
Fragestellung / Zielsetzung	- Die Zielstellung der Arbeit lag darin, die Effektivität von nicht-medikamentösen Interventionen auf Gewichtszunahme bei Menschen schweren psychischen Erkrankungen zu untersuchen	
Datenbanken	- PsycInfo, Medline, PubMed, CINAHL, and the Cochrane Library	
Zeitraum	- keine Angabe	
Eingeschlossene Studiendesigns	- randomisierte kontrollierte Studien (n=18)	
Autoren der eingeschlossenen Studien	<u>18 RCTs :</u> - Littrell 2003 - Beebe 2005** - Brar 2005 - Evans 2005 - Skrinar 2005 - Scocco 2006** - Weber 2006** - Kwon 2006 - McKibbin 2006	- Alvarez-Jimenez 2006 - Khazaal 2007 - Poulin 2007 - Wu 2007 - Mauri 2008 - Melamed 2008 - Wu 2008 - Alvarez-Jimenez 2010 - Cordes 2014
weitere relevante Einschlusskriterien	- keine Angabe	
relevante Ausschlusskriterien	- keine Angabe	
Qualitätsbewertung durchgeführt	- keine Angabe	
Für welche Patienten / Subgruppen Aussagen getroffen?	- Unterschiedliche Sensitivitätsanalysen bspw. Verhaltenstherapeutische Maßnahmen vs. Ernährungsmaßnahmen bzw Sport oder Dauer der Studien (< 3Monate vs > 3 Monate), Einzel- vs Gruppenbehandlung, Prävention vs. Intervention	
Gemessene Outcomes	- Körpergewicht, BMI, Hüftumfang, Körperfettanteil, Cholesterin, Triglyceride, Nüchternblutzucker, Blutdruck u.a. - <i>The co-primary outcomes were (a) body weight and (b) body mass index (BMI). Secondary outcomes included change in waist circumference, body fat percentage, total, HDL-, and LDL-cholesterol, triglycerides, fasting glucose, insulin, and systolic sitting blood pressure and all-cause discontinuation.</i>	
Ergebnisse	<u>statistisch signifikante Ergebnisse:</u> - Körpergewicht (p= 0.0001) - BMI (p= 0.0003) - Hüftumfang (p= 0.03)	

Titel	Acute and maintenance effects of non-pharmacologic interventions for antipsychotic associated weight gain and metabolic abnormalities: A meta-analytic comparison of randomized controlled trials
	<ul style="list-style-type: none"> - Körperfettanteil (p= 0.03) - Insulinspiegel (p= 0.004) - Nüchternblutzucker (p= 0.004) - Triglyceride (p= 0.0001) - LDL-Cholesterin (p= 0.006) <p>nicht statistisch signifikante Ergebnisse:</p> <ul style="list-style-type: none"> - HDL-Cholesterin (p= 0.51) - Blutdruck (p= 0.12) <p>- Hinsichtlich der Subgruppenanalysen konnten keine signifikanten Einflüsse festgestellt werden, außer: im ambulanten Setting war die Reduzierung des BMI sowie des Körpergewichtes höher als in stationären Settings; ernährungsbezogene und sportliche Aktivitäten erzielten eine höhere Gewichtsreduzierung gegenüber verhaltenstherapeutischen Maßnahmen</p> <p>Co-primary outcomes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Non-pharmacological interventions were associated with a pooled weight change of -3.12 kg (CI: -4.03, -2.21; p<0.0001; I² : 42%) and a pooled BMI change of -0.94 kg/m² (CI: -1.45, -0.43; p=0.0003; I² : 75%) compared to controls</i> <p>Waist circumference, percent body fat, and weight gain>7%:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>The waist circumference in the intervention group decreased significantly compared with the control group (N=6, n=349, WMD=-3.58 cm, CI: -5.51, -1.66, p=0.03; I² =65%). Percentage of body fat decreased significantly in the intervention group compared with controls (N=3, n=83, WMD=-2.82%, CI: -5.35, -0.30, p=0.03; I² =0%). Lastly, in the intervention group significantly less patients gained >7% compared to the control group (N=3, n=126, 29.7% vs. 61.3%; RR=-.52, CI: -0.35, -0.78, p=0.002; I² =67%, NNT=4)</i> <p>Insulin and glucose:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Compared with the control group, insulin levels (N=3, n=150, WMD=-4.93 uIU/mL, CI: -7.64, -2.23, p=0.0004; I² =0%) and fasting glucose levels (N=6, n=348, WMD=-5.79 mg/dL, CI: -9.73, -1.86, p=0.004; I² =58%) were significantly lower in the intervention group</i> <p>Blood lipids:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Total cholesterol decreased significantly in the intervention group compared to control group (N=5, n=273, WMD=-20.98 mg/dL, CI: -33.78, -8.19; p=0.001; I² =41%). The same was true for LDL-cholesterol (N=3, n=200, WMD=-22.06 mg/dL, CI: -37.80, -6.32; p=0.006; I² =58%) and triglycerides (N=4, n=253, WMD=-61.68 mg/dL, CI: -92.77, -30.59; p=0.0001; I² =0%). Conversely, group differences were not significant regarding HDL-cholesterol (N=4, n=220, WMD=2.89 mg/dL, CI: -5.67, 11.45, p=0.51; I² = 85%)</i> <p>Systolic blood pressure:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>No significant group differences existed for systolic blood pressure (N=2, n=128, WMD=-3.88, CI: -8.79, 1.03, p=0.12; I² = 0%)</i>

<p>Titel</p>	<p>Acute and maintenance effects of non-pharmacologic interventions for antipsychotic associated weight gain and metabolic abnormalities: A meta-analytic comparison of randomized controlled trials</p>
	<p>All-cause discontinuation:</p> <ul style="list-style-type: none"> - All-cause discontinuation rates were similar between treatment(16.6%) and control groups (15.1%) (N=15, n=858; RR: 1.03, CI: 2 0.68–1.56, p=0.88; I²=30%) <p>Sensitivity analyses:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Across five sensitivity analyses to determine the effects of potential moderators, no significant subgroup differences emerged, except that weight and BMI were only significantly improved in out-patient trials (pb0.0001), but not in inpatient or mixed samples(p=0.09–0.96) There were numerically larger reductions for nutritional and/or exercise interventions compared to CBT regarding weight (-3.76 kg(CI: -4.78, -2.74) vs. -1.95 kg (-3.26, -0.64)) and BMI(-1.04 kg/m² (-1.66, -0.42) vs. -0.64 kg/m² (-1.14, -0.14)) <p>Maintenance effects after discontinuation of the intervention:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Across 5 studies with follow-up data after the end of the weight loss intervention, significantly greater weight loss persisted in favor of the intervention group compared to control group after a mean of 3.6 months (range: 2–12 months) (N=5, n=220, WMD=-3.48 kg, CI: -6.37, -0.58, p=0.02; I² =4%). However, the five studies which included BMI follow-up data (two of which were different from those reporting weight outcomes), did not show continued benefit for treatment over the control group (N=5, n=211 WMD=-0.72 kg/m², CI: -2.36, 0.93, p=0.40, I² =53%)
<p>Bemerkungen</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Die untersuchten Maßnahmen sind in der Lage antipsychotisch bedingte Gewichtszunahmen zu verringern sowie kardiometabolische Risikofaktoren positive zu beeinflussen
<p>Bewertung</p>	<p><u>Fragestellung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Klar formuliert und adäquat hinsichtlich unserer Suchkriterien <p><u>Methodik:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - nachvollziehbar, angemessen <p><u>Literatursuche:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Verschiedene, relevante Datenbanken, Kriterien definiert <p><u>Studienqualität:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - RCTs, keine explizite Qualitätsbewertung beschrieben, Arbeit basiert aber auf 2 Vorarbeiten

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

Titel	Health promotion lifestyle interventions for weight management in psychosis: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials	
Autoren	Elena Bonfioli, Loretta Berti, Claudia Goss, Francesca Muraro and Lorenzo Burti	
Jahr	- 2012	
Journal	- BMC Psychiatry	
Fragestellung / Zielsetzung	- Die Zielstellung der Arbeit lag darin, die bisher verfügbare Evidenz zur Wirkung von nicht-medikamentösen Gesundheitsprogrammen bei Personen mit schweren psychischen Erkrankungen zu aktualisieren und bewerten.	
Design	- Systematischer Review und Meta-Analyse	
Datenbanken	- Pubmed, Web of Science, PsycInfo, Embase, Cochrane Library, Referenzlisten ausgewählter Artikel	
Zeitraum	- 1990 bis Mai 2010	
Eingeschlossene Studientypen	- RCTs (n= 13)	
Autoren der eingeschlossenen Studien	<u>13 RCTs:</u> - Littrell 2003 - Brar 2005 - Evans 2005 - Kwon 2006 - Alvarez-Jimenez 2006 - McKibbin 2006 - Weber 2006** - Khazaal 2007 - Milano 2007	- Wu 2007 - Mauri 2008 - Forsberg 2008 - Brown 2009
weitere relevante Einschlusskriterien	- schizotypal disorder, delusional disorder, acute and transient psychotic disorders, induced psychotic disorder, schizoaffektive disorder, other nonorganic psychotic disorders, unspecified nonorganic psychosis), bipolar affective disorder, manic episode, depressive episode with psychotic symptoms or depressive disorder with psychotic symptoms.	
relevante Ausschlusskriterien	- pharmazeutische Maßnahmen zur Gewichtsreduzierung	
Qualitätsbewertung durchgeführt	- ja (Risk of Bias Tool der Cochrane Collaboration)	
Für welche Patienten / Subgruppen Aussagen getroffen?	- First Episode Psychosis vs. Chronischer Verlauf - Prävention vs. Gewichtsreduzierung - Gruppen- vs. Einzelmaßnahme - Diät vs keine Diät - Körperliche Aktivität vs. keine körperliche Aktivität - KVT vs. Psychoedukation	
Gemessene Outcomes	- BMI	

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

Titel	Health promotion lifestyle interventions for weight management in psychosis: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials
Ergebnisse	<p><u>statistisch signifikante Ergebnisse:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - BMI ($p < 0.0001$) - <i>The main analysis shows an effect toward the experimental groups, with a reduction in mean BMI of -0.98 kg/m^2, compared to the control groups (95% CI: -1.31 kg/m^2 to -0.65 kg/m^2)</i> <p><u>nicht statistisch signifikante Ergebnisse:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - - Präventive Maßnahmen mit einen individuellen (Einzelmaßnahme) psychoedukativen Ansatz sowie ernährungsbezogenen (Diät) und / oder körperlicher Aktivität hatten die größten Wirkeffekte - die Effekte der Maßnahmen waren sowohl bei First Episode Psychosen als auch chronischen Verläufen ähnlich
Bemerkungen	<ul style="list-style-type: none"> - größere Studienpopulationen führen zu einer größeren Heterogenität und somit zu kleineren Wirkeffekten - es wird darauf verwiesen, dass nicht immer mind. zwei Reviewer bei der Erstellung der Arbeit in den einzelnen Prozessen eingebunden waren
Bewertung	<p><u>Fragestellung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Klar formuliert und adäquat hinsichtlich unserer Suchkriterien <p><u>Methodik:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - nachvollziehbar, angemessen <p><u>Literatursuche:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Verschiedene, relevante Datenbanken, Kriterien definiert <p><u>Studienqualität:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - RCTs, Qualitätsbewertung erfolgt, moderat

Titel	Non-pharmacological management of antipsychotic-induced weight gain: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials
Autoren	Mario Alvarez-Jimenez, Sarah E. Hetrick, Cesar Gonzalez-Blanch, John F. Gleeson, Patrick D. McGorry
Jahr	- 2008
Journal	- The British Journal of Psychiatry
Fragestellung / Zielsetzung	- Die Zielstellung der Arbeit lag darin, zu untersuchen welchen Einfluss nicht-medikamentöse Interventionen auf die medikamentös bedingte Gewichtszunahme bei Patienten mit Schizophrenie (First-Episode Psychosen und chronischen Verläufen) haben
Design	- Systematischer Review und Meta-Analyse

Titel	Non-pharmacological management of antipsychotic-induced weight gain: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials	
Datenbanken	<ul style="list-style-type: none"> - The Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL), Medline, EMBASE, PsycINFO, CINAHL, - UMI Proquest Digital Dissertations, Information Science Citation Index Expanded (SCI-EXPANDED), Information Social Sciences Citation Index (SSCI), Information Arts and Humanities Citation Index (A&HCI) and registers of ongoing clinical trials - Konferenzabstracts, Handsuche (eingeschlossene Arbeiten und vorherige Arbeiten zum Thema sowie ausgewählte Journals) 	
Zeitraum	- von Beginn der jeweiligen Datenbank bis Mai 2007	
Anzahl eingeschlossene Studientypen	- RCTs (n= 10)	
Autoren der eingeschlossenen Studien	<u>10 RCTs:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Litrell 2003 - Brar 2005 - Evans 2005 - Scocco 2006 - Kwon 2006 	<ul style="list-style-type: none"> - Alvarez-Jimenez 2006 - McKibbin 2006 - Weber 2006 - Khazall 2007 - Wu 2007
weitere relevante Einschlusskriterien	- Einschluss von Erwachsenen und jungen Erwachsenen	
relevante Ausschlusskriterien	-	
Qualitätsbewertung durchgeführt	- Ja (Risk of Bias Tool der Cochrane Collaboration)	
Für welche Patienten / Subgruppen Aussagen getroffen?	<ul style="list-style-type: none"> - Präventive Ansätze vs. Gewichtsreduzierung - Einzel- vs. Gruppenbehandlung - Ernährungsberatung vs. verhaltenstherapeutische Maßnahme 	
Gemessene Outcomes	- Reduzierung des Körpergewichtes und des BMI	
Ergebnisse	<p><u>statistisch signifikante Ergebnisse:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Reduzierung des Körpergewichtes (p< 0.001) - Reduzierung des BMI (p< 0.001) <p><u>nicht statistisch signifikante Ergebnisse:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - <p>Results for all non-pharmacological interventions:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>There was a statistically significant reduction in mean body weight for those in the nonpharmacological intervention groups compared with those on treatment as usual (WMD=-2.56 kg, 95% CI -3.20 to -1.92 kg, P<0.001)</i> - <i>Pooling treatment effects of mean BMI change across all interventions yielded similar significant results in favour of the non-pharmacological interventions (WMD=-0.91 kg/m², 95% CI -1.13 to -0.68 kg/m², P<0.001)</i> - <i>no evidence of statistical heterogeneity</i> <p>Follow-Up Outcomes:</p>	

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

Titel	Non-pharmacological management of antipsychotic-induced weight gain: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials
	- <i>change in body weight and in BMI demonstrated that the statistically significant advantages of non-pharmacological interventions were maintained at follow-up (WMD=-4.14 kg, 95% CI -5.80 to -2.49 kg, P<0.001).</i>
Bemerkungen	<ul style="list-style-type: none"> - häufig nur sehr kurze Nachbeobachtungszeiträume, Langzeiteffekte sind daher schwer einschätzbar - die Verallgemeinbarkeit der Ergebnisse ist eingeschränkt - mglw. zeigen präventive Maßnahmen die größten Wirkeffekte (ggf. auch aus ökonomischer Perspektive) - vor allem bei Schizophrenien ohne chronischen Verlauf sind die untersuchten Maßnahmen anzuwenden
Bewertung	<u>Fragestellung:</u> - klar formuliert und adäquat hinsichtlich unserer Suchkriterien
	<u>Methodik:</u> - nachvollziehbar, angemessen
	<u>Literatursuche:</u> - verschiedene, relevante Datenbanken, Kriterien definiert
	<u>Studienqualität:</u> - RCTs, Qualitätsbewertung erfolgt, moderat






















Titel	Schizophrenia and weight management: a systematic review of interventions to control weight
Autoren	G Faulkner, AA Soundy, and K Lloyd.
Jahr	- 2003
Journal	- Acta Psychiatr Scand
Fragestellung / Zielsetzung	- Die Zielstellung der Arbeit lag darin, die Effektivität von Interventionen zur Vermeidung einer Gewichtszunahme zu untersuchen
Design	- systematischer Review
Datenbanken/Zeitraum	<ul style="list-style-type: none"> - PsycINFO, Cochrane Schizophrenia Group's Register of Trials, ProQuest Digital Dissertations, MEDLINE, ISI Web of Science, SPORTDiscus, Zetoc, Paperchase, HealthSTAR, AIDSLINE, Cancerlit, OLDMEDLINE, OCLC FirstSearch - Handsuche in ausgewählten Journals
Zeitraum	- von Beginn der jeweiligen Datenbank bis 2002
Anzahl eingeschlossene Studientypen	- Einschluss von Pre- experimentalen Studien, quasi-experimentalen Studien und randomisierten kontrollierten Studien




*Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report*

Titel	Schizophrenia and weight management: a systematic review of interventions to control weight
Autoren der eingeschlossenen Studien	<u>1 RCT:</u> - Hartz 1968
weitere relevante Einschlusskriterien	- sowohl medikamentöse als auch nicht medikamentöse Interventionen (Verhaltenstherapie und Diät)
relevante Ausschlusskriterien	-
Qualitätsbewertung durchgeführt	- ja
Für welche Patienten / Subgruppen Aussagen getroffen?	-
Gemessene Outcomes	- Körpergewicht, BMI, Hüftumfang, Körperfettanteil, Hüft-Tailen-Verhältnis
Ergebnisse	<u>statistisch signifikante Ergebnisse:</u> - Körpergewicht <u>nicht statistisch signifikante Ergebnisse:</u> -
Bemerkungen	-
Bewertung	<u>Fragestellung:</u> klar formuliert und adäquat hinsichtlich unserer Suchkriterien
	<u>Methodik:</u> nachvollziehbar, angemessen
	<u>Literatursuche:</u> verschiedene, relevante Datenbanken, Kriterien definiert
	<u>Studienqualität:</u> RCTs, Qualitätsbewertung erfolgt, moderat

Bewertung der Studienqualität

Risiko für Bias aus allen Einzelstudien zur Effektivität von Gesundheitsfördernden Interventionen

	Random sequence generation (selection bias)	Allocation concealment (selection bias)	Blinding of participants and personnel (performance bias)	Blinding of outcome assessment (detection bias)	Incomplete outcome data (attrition bias)	Selective reporting (reporting bias)	Other bias
Gilhoff et al. 2010							
Masa-Font et al. 2015							
Green et al. 2015							

 low risk of bias
 unclear risk of bias
 high risk of bias

Masa-Font et al. 2015 The effectiveness of a program of physical activity and diet to modify cardiovascular risk factors in patients with severe mental illness after 3-month follow-up: CAPICOR randomized clinical trial	
Studiendesign	- Randomisierte kontrollierte Studie
Teilnehmer	<p><u>Anzahl der Teilnehmer:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - n= 332 (männlich= 183, weiblich= 149) <p><u>Setting:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - ambulant <p><u>Alter der Teilnehmer (Spanne):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 18-65 Jahre <p><u>Diagnosen der Teilnehmer:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Teilnehmer mit Schizophrenie, schizoaffektiven Erkrankungen oder bipolaren Störungen (medikamentöse Behandlung seit mindestens 3 Monaten, mit geringer körperlicher Aktivität und Übergewicht, BMI\geq25) <p><u>Dauer der Erkrankung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - k. A. <p><u>Dauer der Studie:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 3 Monate
Interventions- / Kontrollgruppe	<p><u>Interventionsgruppe:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Education in Kombination mit einem Programm zur Steigerung der körperlichen Aktivität sowie diätetischen Maßnahmen (<i>educational program and followed a PA program based on different stages as well as dietary intervention in groups with a maximum of 15 people (24 sessions; twice weekly)</i>) <p><u>Kontrollgruppe:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - herkömmliche Therapie (<i>the usual program of regular check-ups with their reference psychiatrist (usually every two months, if no decompensation was observed)</i>)
Gemessene Outcomes	- Aktivitätslevel (IPAQ), BMI, Hüftumfang [WC], Blutdruck, Triglyceride, Cholesterin
Ergebnisse	<p><u>Primary Outcomes:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>With regard to the primary outcomes, what stands out is a statistically significant increase in the IG walking METs (P = 0.036). At 3 months, those increase on average 186.34 METs (metabolic equivalent units) (95%CI: 14.80 to 357.88), while the CG METs decreased -79.71 (95%CI: -262.02 to 102.60). Although the difference is not statistically significant (P = 0.086), the total METs also increased more in the IG (mean METs: 191.38; 95%CI: 1.38 to 381.38) than in the CG (mean METs: -48.09; 95%CI:-246.46 to 150.29).</i> - <i>The BMI decreased more and in a statistically significant manner in the CG (-0.23 kg/m²; 95%CI: -0.39 to -0.07) than in the IG (0.04 kg/m²; 95%CI -0.15 to 0.22). There were no significant differences in the median change of the BMI in the IG relative to session attendance (P = 0.18): -0.09 (95%CI: -0.31 to -0.13) in those who attended less than 60% and 0.16 (95%CI: 0.15 to 0.48) in those who attended 60% or more of the sessions.</i>

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

	<ul style="list-style-type: none"> - No significant differences were found in the <u>WC</u> or the <u>Mediterranean diet adherence score</u> (PREDIMED) although both groups saw an increase in the latter. <p><u>Secondary outcomes:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Of the analytical parameters, there was only a statistically significant decrease in the average CG <u>glucose</u> (CG: -2.43 mg/dl; 95%CI: -4.68 to -0.18 and IG: 1.36 mg/dl; 95%CI: -1.35 to 4.06). - The clinical evaluation of the <u>mental state</u> of the patients, measured with the CGI, was not modified in either of the two groups. The median change in the CGI score was -0.16 (-0.32 to 0.01) in the CG and -0.06 (-0.19 to 0.07) in the IG. - Of the 8 dimensions that the SF-36 analyzes, significant differences in favor of IG in the average <u>physical function</u> score were found (IG: 3.39; 95%CI: 1.29 to 5.50 and CG: 0.43; 95%CI: -1.46 to 2.32). The <u>social function</u> (IG: 0.82; 95%CI: -3.22 to 4.86 and CG: 7.29; 95%CI: 3.26 to 11.31) and the <u>emotional role</u> (IG: -0.05; 95%CI: -3.78 to 3.68 and CG: 6.39; 95%CI: 2.14 to 10.65) saw a score increase in the CG. The physical component significantly improves in the IG (IG: 1.83; 95%CI: 0.70 to 2.95 and CG: 0.24; 95%CI: -0.74 To 1.22) and the mental component in the CG (IG: -0.39; 95%CI: -1.97 to 1.19 and CG: 2.19; 95%CI: 0.58 to 3.81) in the variables summary.
--	--

Risk of bias Masa-Font et al. 2015

Bias	Einschätzung	Grundlage für Einschätzung
	Gering – unklar – hohes Risiko	
Randomisierungssequenz (selection bias)	gering	The distribution was randomized by a computer program run by a researcher external to the professional recruiters.
Geheimhaltung Behandlungsfolge (selection bias)	gering	The randomized assignment and the collection of information by interviewers (psychologists and mental health nurses) were carried out blind.
Verblindung Teilnehmer/Behandler(performance bias)	hoch	Kommentar: nicht möglich
Verblindung Endpunktbeurteilung (detection bias)	gering	The randomized assignment and the collection of information by interviewers (psychologists and mental health nurses) were carried out blind.
Unvollständige Daten (attrition bias)	gering	IG: Lost to follow-up (give reasons) (n= 27) 7 declined to continue, 1 death, 7 decompensations requiring hospitalization, 7 unlocatable, 5 other reasons; CG Lost to follow-up (give reasons) (n= 18) 8 declined to continue, 1 change of city, 1 decompensation requiring hospitalization, 5 unlocatable, 3 other reasons Missing data was replaced by using the Last Observation Carried Forward (LOCF).
Selektives Berichten (reporting bias)	gering	Kommentar: alles berichtet

Weitere Risiken (adequate therapy method, treatment fidelity, supervision, training, personal, financial, or any other interests producing bias)	gering	Kommentar: -
Strengths and weaknesses of the study Conclusions	The short-term results suggest that the intervention increases the level of PA, but does not improve physical or laboratory parameters.	

Green et al. 2015 The STRIDE Weight Loss and Lifestyle Intervention for Individuals taking Antipsychotic Medications: A Randomized Trial	
Studiendesign	Randomisierte kontrollierte Studie (multi-site, parallel, two-arm)
Teilnehmer	<p><u>Anzahl der Teilnehmer:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - n= 200 (männlich= 56, weiblich= 144) <p><u>Setting:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - ambulant <p><u>Alter der Teilnehmer (Ø):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 47 Jahre <p><u>Diagnosen der Teilnehmer:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Teilnehmer mit bipolaren Störungen, affektiven Psychosen, Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis oder posttraumatischen Belastungsstörungen <p><u>Dauer der Erkrankung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - k. A. <p><u>Dauer der Studie:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 6 Monate
Interventions- / Kontrollgruppe	<p><u>Interventionsgruppe:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Lebensstilintervention in Kombination mit der DASH-Diät (lifestyle interventions with DASH diet (<i>Dietary Approaches to Stop Hypertension</i>) and guidelines for obesity treatment for individuals at risk for cardiovascular disease (weekly 2h groups meetings e. g. 20 min physical activity)) <p><u>Kontrollgruppe:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - herkömmliche Therapie
Gemessene Outcomes	<ul style="list-style-type: none"> - BMI, Gewicht, Blutdruck, Blutwerte (Triglyceride, LDL, HDL)
Ergebnisse	<p><u>Primary Outcome:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>There was a significant time-by-group effect for weight and BMI. The intervention group lost 4.4 kg more than the control group (95% CI [-6.96 kg, -1.78 kg] at 6 months, and 2.6 kg more than the control group 95% CI [-5.14 kg, -0.07 kg] at 12 months. As expected, there was no significant difference in weight change between the groups (1.77 kg, 95% CI [-0.87 kg, 4.40 kg]) during maintenance (6–12 months).</i>

	<ul style="list-style-type: none"> - Among participants with complete data at baseline and 6-month follow-up, the intervention group (n=93) lost an average of 3.9%, and the control group (n=85) gained 0.9%, of their baseline weight $F(1,171)=11.9, p=.001$. From baseline to 12 months, the intervention group (n=87) lost a greater percentage of their baseline weight (4.5%) than the control group (n=81; 1.7%), $F(1,161)=4.9, p=.029$. - There was marginal evidence that the intervention group was more likely to be at or below their baseline weight at 6 months (odds ratio = 1.69; 95% CI [0.91, 3.14], $p=.096$) and 12 months (odds ratio = 1.88; 95% CI [0.98, 3.64], $p=.059$), compared to the control group. <p><u>Secondary Outcome:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - There was, however, a significant time-by-group interaction for fasting glucose ($p=.020$). From baseline to 12 months, the intervention group showed a greater decline (log of the incidence rate ratio = $-.089, p=.012$) compared to controls. - Fasting glucose among controls increased from 106.0 mg/dL at baseline to 109.5 mg/dL at 12 months, whereas the intervention group declined from 106.3 mg/dL at baseline to 100.4 mg/dL at 12 months. The difference in change from 6 months to 12 months was also significant (log of incidence rate ratio=$-.075, p=.016$). - There were no significant time-by-group interactions for Framingham Diabetes Risk Score ($p=0.171$) and HOMA-IR ($p= 0.163$). - Changes in systolic and diastolic blood pressure from pre- to post-intervention were not significant - Time-by-group interactions were not significantly different for triglycerides, LDL, or HDL cholesterol, although average LDL cholesterol was also within normal range at baseline.
--	--

Risk of bias Green et al. 2015		
Bias	Einschätzung	Grundlage für Einschätzung
	Gering – unklar – hohes Risiko	
Randomisierungssequenz (selection bias)	gering	Participants were assigned to intervention or usual-care using a stratified blocked (on gender and BMI [27–34.9 and ≥ 35]) randomization procedure, within sites. We used computer and paper-based randomization systems; sequence generated by author NAP
Geheimhaltung Behandlungsfolge (selection bias)	gering	Staff not involved in data collection informed participants about randomization. Others were blinded to assignment and participants were routinely reminded not to discuss assignment during assessments.
Verblindung Teilnehmer/ Behandler(performance bias)	hoch	Kommentar: nicht möglich
Verblindung Endpunktbeurteilung (detection bias)	unklar	Others (staff) were blinded to assignment and participants were routinely reminded not to discuss assignment during assessments.
Unvollständige Daten (attrition bias)	unklar	-

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

Selektives Berichten (reporting bias)	gering	Kommentar: alle Outcomes berichtet
Weitere Risiken (adequate therapy method, treatment fidelity, supervision, training, personal, financial, or any other interests producing bias)	hoch	Kommentar: Gender-Bias (höherer Frauenanteil))
Strengths and weaknesses of the study Conclusions	Individuals taking antipsychotic medications can lose weight and improve fasting glucose levels. Increasing reach of the intervention is an important future step.	

Gillhoff et al. 2010 Effects of a Multimodal Lifestyle Intervention on Body Mass Index in Patients With Bipolar Disorder: A Randomized Controlled Trial	
Studiendesign	Randomisierte kontrollierte Studie
Teilnehmer	<p><u>Anzahl der Teilnehmer:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - n= 50 (männlich= 27, weiblich= 23) <p><u>Setting:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - ambulant <p><u>Alter der Teilnehmer (Ø):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 48 Jahre <p><u>Diagnosen der Teilnehmer:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Teilnehmer mit bipolaren Störungen (sowie BMI > 20 kg/m²)* - *medication with 1 of the following substances: lithium, valproic acid, carbamazepine, oxcarbazepine, olanzapine, quetiapine, risperidone, or amisulpride <p><u>Dauer der Erkrankung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - k. A. <p><u>Dauer der Studie:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 11 Monate
Interventions- / Kontrollgruppe	<p><u>Interventionsgruppe:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - multimodal lifestyle intervention (The program "Quality of Life for Persons With Bipolar Disorder", 3 modules) <p><u>Kontrollgruppe:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - herkömmliche Therapie
Gemessene Outcomes	- BMI, Körpergewicht, Hüftumfang, Blutparameter
Ergebnisse	<p><u>Primary Outcome:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>The intervention had a significant effect on the primary outcome (BMI) of the study (P = .03), with a mean decrease of 0.3 kg/m (95% CI, -0.7 to 0.06) over time in the treatment group, whereas the control group showed an increase of 0.5 kg/m (95% CI, 0.01 to 0.8). However, this effect was only seen in female participants</i>

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

	<p><u>Secondary Outcome:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - A similar trend was observed in body weight; however, this measure failed to reach statistical significance ($p=0.08$). - With regard to cardiovascular and metabolic parameters, no significant interaction effects were observable (no specific p value). 	
Risk of bias Gillhoff et al. 2010		
Bias	Einschätzung	Grundlage für Einschätzung
	Gering – unklar – hohes Risiko	
Randomisierungssequenz (selection bias)	unklar	Participants were randomly assigned to the 2 groups
Geheimhaltung Behandlungsfolge (selection bias)	unklar	Kommentar: no detailed information
Verblindung Teilnehmer/ Behandler (performance bias)	unklar	Kommentar: no detailed information
Verblindung Endpunktbeurteilung (detection bias)	unklar	Kommentar: no detailed information
Unvollständige Daten (attrition bias)	unklar	Finally, our intervention based on a manual was highly acceptable to patients as shown by a high participation rate (dropouts: $n = 5$, 19%) All analyses were performed according to the principle of intention to treat with last observations carried forward when follow-up data were missing
Selektives Berichten (reporting bias)	gering	Kommentar: all outcomes are reported
Weitere Risiken (adequate therapy method, treatment fidelity, supervision, training, personal, financial, or any other interests producing bias)	hoch	Kommentar: no active comparison
Strengths and weaknesses of the study Conclusions	BMI in patients with bipolar disorder can be reduced with a long-lasting effect by a multimodal lifestyle intervention. However, this effect was only seen in female participants, indicating the need for gender specific interventions.	

Gesundheitsfördernde Interventionen – Evidenztable aus der aggregierten Evidenz

Tab. H1 Übersicht aggregierter Evidenz zur Wirksamkeit von gesundheitsfördernden Interventionen

Autor Jahr	Anzahl eingeschlossener Studien /Studiendesign Autor/Jahr	Patienten	Intervention	Kontrollgruppe (n)	Dauer des Follow up	
Bruins et al. 2014 (vollständiger Review)	<ul style="list-style-type: none"> • <u>25 RCTs:</u> – Littrell 2003 – Skrinar 2005* – Scocco 2005** – Brar 2005 – Evans 2005 – Brown 2006 – Weber 2006** – Alvarez-Jimenez 2006 – Kwon 2006 – McKibbin 2006 – Khazaal 2007 	<ul style="list-style-type: none"> – Milano 2007 – Jean Baptiste 2007** – Wu 2007 – Poulin 2007 – Wu 2008 – Forsberg 2008 – Mauri 2008 – Brown 2009 – Iglesias Garcia 2010** – Methapatara 2011* – Brown 2011 – Daumitt 2013 – Attux 2013 – Scheewe 2013 	<ul style="list-style-type: none"> • Schwere psychische Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis (chronische Verläufe und erstmalig aufgetretene Erkr.) • Ø 26.1-54.1 • k. A. • 1.518 (14; 291) • ambulant (n=12), stationär (n=3), keine Angabe (n=6), sonstige (n=4) 	<ul style="list-style-type: none"> • Komb. aus Ernährung, Beratung, Verhaltenstherapie und/oder sportl. Aktivität (n=23), rein sportl. Maßnahmen (n=2) • 6-24 Wochen • unterschiedlich von 2x wöchentlich bis 2x monatlich • Gruppenth. (n=10), Einzelth. (n=5), Komb. aus Gruppen- und Einzeltherapie (n=5), keine Angabe (n=5) • Gewichtsreduzierung (n=16), Prävention (n=8), keine Angabe (n=1) 	<ul style="list-style-type: none"> • Herkömmliche Therapie (n=15), herkömmliche Therapie + zusätzliche Informationen (n=4), Warteliste/Placebo (n=2), Beschäftigungstherapie/körperliche Aktivität (n=2), sonstige (n=2) 	<ul style="list-style-type: none"> • 8-24 Wochen (n=7)
Fernandez-San et al. 2014*** (vollständiger Review)	<ul style="list-style-type: none"> • <u>20 RCTs:</u> – Ball 2001 – Littrell 2003 – Brar 2005 – Evans 2005 – McCreddie 2005 – Skrinar 2005 – Beebe 2005** – McKibbin 2006 – Alvarez-Jimenez 2006 	<ul style="list-style-type: none"> – Jean-Baptiste 2007** – Wu 2007 – Forsberg 2008 – Wu 2008 – Marzolini 2009** – Iglesias Garcia 2010** – McKibbin 2010 • <u>6 non RCTs:</u> – May 1985 	<ul style="list-style-type: none"> • Pat. mit schweren psych. Erkrankungen (überwiegend aus dem schizophrenen Formenkreis) • meist 18-65 Jahre • k. A. • 1.495 (8; 337) • amb. (n=19), stat. (n=4), andere (n=3) 	<ul style="list-style-type: none"> • überwiegend Komb aus sportlicher Aktivität und Ernährungsberatung/Diät, seltener ausschließlich Sport/Ernährung • k. A. • k. A. • sowohl Gruppen- als auch Einzeltherapien • k. A. 	<ul style="list-style-type: none"> • überwiegend herkömmliche Therapie 	<ul style="list-style-type: none"> • 12-104 Wochen (n=26)

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

Autor Jahr	Anzahl eingeschlossener Studien /Studiendesign Autor/Jahr	Patienten • Diagnose(n) • Alter • Ø BMI • Anzahl (min; max.) • Setting	Intervention • Art d. Interventionen • Dauer • Häufigkeit pro Woche • Einzel-/Gruppentherapie • Ausrichtung der Intervention	Kontrollgruppe (n)	Dauer des Follow up
	<ul style="list-style-type: none"> - Kwon 2006 - Scocco 2006 ** - Weber 2006** - Poulin 2007 - Vreeland 2003 - Menza 2004 - Melamed 2008 - Blouin 2009 ** - Porsdal 2010 				
Caemmerer et al. 2012 (vollständiger Review)	<ul style="list-style-type: none"> • <u>18 RCTs</u> : - Littrell 2003 - Beebe 2005** - Brar 2005 - Evans 2005 - Skrinar 2005 - Scocco 2006** - Weber 2006** - Kwon 2006 - McKibbin 2006 - Alvarez-Jimenez 2006 - Khazaal 2007 - Poulin 2007 - Wu 2007 - Mauri 2008 - Melamed 2008 - Wu 2008 - Alvarez-Jimenez 2010**** - Cordes 2014+ 	<ul style="list-style-type: none"> • überwiegender Teil mit Erkr. aus schizophrenen Formenkreis (52,2%), des Weiteren uni-/bi-polare Störungen (5,7%), bei 42,1% der Pat. fehlen detaillierte Info. zur Diagnose • Ø 38,1 Jahre (Interventionsgruppe), Ø 37,2 Jahre (Kontrollgruppe) • Ø 29,6 kg/m² (Interventionsgruppe), 28,5 kg/m² (Kontrollgruppe) • 810 (10; 110) • ambulant (n=12), stationär (n=3), Mix amb.-stat. (n=2) 	<ul style="list-style-type: none"> • Ernährungsmaßnahmen- und/oder sportl. Aktivitäten (n=10), Kognitive Verhaltenstherapie (n=7) • 8-72 Wochen • k. A. • Gruppentherapie (n=12), Einzeltherapie (n=5) • Gewichtsreduzierung (n=11), präventiv (n=6), 	<ul style="list-style-type: none"> • überwiegend herkömmliche Therapie 	<ul style="list-style-type: none"> • 8-52 Wochen (n=5)
Bonfioli et al. 2012 (vollständiger Review)	<ul style="list-style-type: none"> • <u>13 RCTs</u>: - Littrell 2003 - Brar 2005 - Evans 2005 - Kwon 2006 - Alvarez-Jimenez 2006 - McKibbin 2006 - Wu 2007 - Mauri 2008 - Forsberg 2008 - Brown 2009 	<ul style="list-style-type: none"> • Pat. mit Schizophrenie und ähnlichen Erkrankungen (z. B. schizo-affektive und bipolare Störungen., psychotische Erkrankungen etc.) • 18-65 Jahre • 30-39 (n=5), < 25 (n=4), 25- 	<ul style="list-style-type: none"> • psycho-educative Ansätze (n=8) oder kognitive Verhaltenstherapie (n=5) zum Teil in Komb. mit Diät oder Sport • 8-52 Wochen • k. A. • Gruppentherapie (n=9), 	<ul style="list-style-type: none"> • Herkömmliche Therapie mit zum Teil kurzen Hinweisen zur Ernährung 	<ul style="list-style-type: none"> • 8-12 Wochen (n=3)

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

Autor Jahr	Anzahl eingeschlossener Studien /Studiendesign Autor/Jahr	Patienten <ul style="list-style-type: none"> Diagnose(n) Alter Ø BMI Anzahl (min; max.) Setting 	Intervention <ul style="list-style-type: none"> Art d. Interventionen Dauer Häufigkeit pro Woche Einzel-/Gruppentherapie Ausrichtung der Intervention 	Kontrollgruppe (n)	Dauer des Follow up
	<ul style="list-style-type: none"> Weber 2006** Khazaal 2007 Milano 2007 	<ul style="list-style-type: none"> 29 (n=3), k. A. (n=1) 626 (17; 72) amb. (n=11), stat. (n=1), betreutes Wohnen (n=1) 	<ul style="list-style-type: none"> Einzeltherapie (n=1) k. A. 		
Alvarez-Jimenez et al. 2008 (vollständige r Review)	<ul style="list-style-type: none"> <u>10 RCTs:</u> <ul style="list-style-type: none"> Weber 2006** Khazall 2007 Wu 2007 Litrell 2003 Brar 2005 Evans 2005 Scocco 2006** Kwon 2006 Alvarez-Jimenez 2006 McKibbin 2006 	<ul style="list-style-type: none"> mind 75% der Teilnehmer mit Erkr. aus schizophrenen Formenkreis (sowohl chron. (n=9) als auch Neuerkr. (n=1)) Ø 39,3 Jahre > 25 kg/m² (n=3), k. A. (n=7) 482 (15; 71.) amb. (n=9), stat.(n=1) 	<ul style="list-style-type: none"> kognitive Verhaltenstherapie (n=6), Ernährungsberatung (n=3), Komb. aus Ernährungsberatung und Sport (n=1) 8-26 Wochen k. A. Einzeltherapie (n=5), Gruppentherapie (n=5) präventiv (n=4), Gewichtsreduzierung (n=6) 	<ul style="list-style-type: none"> überwiegend herkömmliche Therapie 	<ul style="list-style-type: none"> 8-24 Wochen (n=10)
Faulkner et al. 2003 (nicht vollständiger Review)	<ul style="list-style-type: none"> <u>1 RCT:</u> <ul style="list-style-type: none"> Harmatz 1968 	<ul style="list-style-type: none"> Pat. mit Schizophrenie k. A. k. A. 21 Stationär 	<ul style="list-style-type: none"> Verhaltenstherapie 10 Wochen k. A. Gruppentherapie k. A. 	<ul style="list-style-type: none"> Diät 	<ul style="list-style-type: none"> k. A.

Anmerkungen:

* ausschließlich Maßnahmen zur Förderung körperlicher Aktivität

** Studienteilnehmer gesamt < 20

*** Meta-Analyse beinhaltet 6 nicht-randomisierte Studien

**** Follow-Up Studie zu Alvarez-Jimenez 2006

+ befand sich zum Zeitpunkt der Veröffentlichung des Reviews von Caemmerer et al (2012) in Druck, reguläre Veröffentlichung 2014

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

Tab. H2: Effekte von gesundheitsfördernden Interventionen aus aggregierter Evidenz

	Bruins et al. 2014	Fernandez-San et al. 2014	Caemmerer et al. 2012	Bonfioli et al. 2012	Alvarez-Jimenez et al 2008	Faulkner et al. 2003
Intervention vs. Kontrolle	Lifestyle Interventionen vs. HT	Lifestyle Interventionen vs. HT	Lifestyle Interventionen in Komb. mit kogn. Verhaltens-therapie vs. HT	Lifestyle Interventionen vs. HT	Lifestyle Interventionen in Komb. mit kogn. Verhaltens-therapie vs. HT	Diät vs. Verhaltenstherapie (VT) vs. Gruppentherapie
Biologische Outcomes						
Gewicht ↓	++	+	++	++	++	¹ (VT-Gruppe)
BMI ↓		++	++		++	
Taillenumfang ↓	++	++	++			
Körperfettanteil ↓			++			
Blutdruck ↓	~		~			
Cholesterinspiegel ↓	~	++	++			
Triglyzeridspiegel ↓	++	++	++			
Blutzuckerspiegel ↓	++	++	++			
Insulinspiegel ↓	++		++			
Psychologische Outcomes						
Depressive Symptomatik ↓	++					
Lebensqualität ↑					++ ¹ /~ ¹	
Sonstige						
Abbruchraten ↓			~			

Anmerkungen:

++: signif. Vorteil in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe

+: tendenzielle Überlegenheit ohne signif. Unterschied in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe

~: Ergebnisse vergleichbar in beiden Gruppen

-: Nachteil in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe

↓: Reduktion, ↑: Erhöhung; ¹ Ergebnisse beziehen sich auf Einzeldaten

HT – Herkömmliche Therapie

Gesundheitsfördernde Interventionen – Evidenztabelle zu den Einzelstudien

Tab. H3: Charakteristika aktueller Einzelstudien zur Wirksamkeit von gesundheitsfördernden Interventionen

Autor Jahr	Patienten	Intervention	Kontrollgruppe (n)	Dauer des Follow up
Masa-Font et al. 2015	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnose(n) • Alter • Ø BMI • Anzahl (IG/KG) • Setting 	<ul style="list-style-type: none"> • Art d. Interventionen • Dauer • Häufigkeit pro Woche • Einzel-/Gruppentherapie • Ausrichtung der Intervention 	<ul style="list-style-type: none"> • Herkömmliche Therapie 	<ul style="list-style-type: none"> • 3-12 Monate
Green et al. 2015	<ul style="list-style-type: none"> • Pat. mit bipolaren Störungen / affektiven Psychosen(n=138), mit schizophrenen Störungen (n= 58), posttraumatische Belastungs-störung (n=4) • 47,2 Jahre • $\geq 27 \text{ kg/m}^2$ • 200 (104/96) • ambulant 	<ul style="list-style-type: none"> • Multimodales Lifestyle-Programm (Kalorienreduzierung, (DASH) Diät, Sport) • 6 Monate • 1x wöchentlich • Gruppentherapie • k. A. 	<ul style="list-style-type: none"> • herkömmliche Therapie 	<ul style="list-style-type: none"> • 6 Monate
Gilhoff et al. 2010	<ul style="list-style-type: none"> • Patienten mit bipolaren Störungen • 48 Jahre • 25-29,9 kg/m^2 (52%), 30-39,9 kg/m^2 (30 %), 20-24,9 kg/m^2 (18%) • 50 (26/24) • ambulant 	<ul style="list-style-type: none"> • multimodales Lifestyle-Programm (Sport, gesunde Ernährung und kochen, Stressbewältigung etc.) • 20 Wochen • 1x wöchentlich • Fitnesstraining (keine konkrete Angabe zu den weiteren Maßnahmen) • k. A. • k. A. 	<ul style="list-style-type: none"> • Warteliste 	<ul style="list-style-type: none"> • 6 Monate

Anmerkungen:

Erläuterung: IG = Interventionsgruppe; KG = Kontrollgruppe

Tab. H4: Effekte von gesundheitsfördernden Interventionen aus Einzelstudien

Autor/Jahr	Masa-Font et al. 2015*	Green et al. 2015***	Gilhoff et al. 2010
Intervention vs. Kontrolle	Multimodales Lifestyle-Programm vs. HT	Multimodales Lifestyle-Programm vs. HT	Multimodales Lifestyle-Programm vs. Warteliste
Biologische Outcome			
Gewicht ↓		++	~
BMI ↓	-	++	++
Taillenumfang ↓			~
Blutdruck ↓	~	~	~
(Nüchtern-)Glukose ↓	++	~	
(Nüchtern-)Insulin ↓		~	
HOMA-IR ↓		~	
Diabetes Risiko ⁺ ↓		~	
Nüchtern-Triglyzeride ↓	~	~	~
Nüchtern LDL-Cholesterin ↓	~	~	~
Nüchtern HDL-Cholesterin ↓	~	~	~
Glykohämoglobin ↓			~
Outcome Rauchen			
Rauchabstinenz (7-Tage-Punkt-Prävalenz) ↑			
Rauchabstinenz (durchgehend) ↑			
Tägl. Zigaretten-konsum ↓			
Psychiatrische Symptome ↓			
Gesundheitszustand gesamt ↑	~**		

Anmerkungen:

++: signifikanter Vorteil in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe
 +: tendenzielle Überlegenheit ohne signifikanten Unterschied in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe
 ~: Ergebnisse vergleichbar in beiden Gruppen
 -: Nachteil in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe

* es werden noch weitere, sehr spezifische Outcomeparameter gemessen
 ** Teilweise werden bestimmte Dimensionen des SF 36 positiv beeinflusst, andere wiederum nicht
 *** Ergebnisse auf Grundlage einer Intention to treat Analysis (Baseline -12 Monate)
 + basierend auf den Framingham-Diabetes-Risiko-Score
 HOME-IR = Homöostase Bewertungsmodell zur Insulinresistenz (weitere Informationen siehe Green et al. 2015)

↓: Reduktion, ↑: Erhöhung;
 HT = Herkömmliche Therapie; KVT = Kognitive Verhaltenstherapie

Anlage I Protokolle der Konsensustreffen und Ergebniszusammenfassungen aus den Delphi-Abstimmungen

Dargestellt werden hier die Protokolle der beiden Konsenstreffen sowie die Ergebniszusammenfassungen aus den Delphi-Verfahren. Hinweise aus diesen Prozessen von Seiten der Experten und aus der Konsensusgruppe wurden geprüft und wenn möglich umgesetzt. Aufgrund der Fülle werden diese hier nicht alle im Detail dargestellt.

Protokoll zur 1. Konsensuskonferenz am 14.11.2016 im „Spenerhaus“(Hotel und Tagungszentrum am Dominikanerkloster), Dominikanergasse 5 in 60311 Frankfurt/Main.

Teilnehmer Konsensusgruppe: 37
Davon abstimmungsberechtigt: 35 (2 Mandatsträger in einer Person)
Teilnehmer Expertengruppe: 11 (davon 6 ohne zusätzliches Mandat)
Moderation: Prof. Dr. Ina Kopp (AWMF)
Protokoll: Paula Liegert

TOP 1: Begrüßung und Vorstellung aller Teilnehmer (Prof. Dr. Thomas Becker)

Ab- kürzung	Institution	Name
APK	Aktion Psychisch Kranke e. V.	Nils Greve
ACKPA	Arbeitskreis der Cheförzinnen und Cheförzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland	Dr. Claudia Birkenheier
	Berufsverband der Soziotherapeuten e. V.	Dr. med. Nicolas Nowack
BVDN	Berufsverband Deutscher Nervenärzte e. V.	Dr. med. Sabine Köhler
BVDP	Berufsverband Deutscher Psychiater	Dr. med. Oliver Biniasch
BDP	Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e. V.	Eva Maria Stein
	Berufsverband für Künstlerische Therapien g.e.V	Prof. Dr. Dr. Dr. Wolfgang Mastnak
BAG IF	Bundesarbeitsgemeinschaft Integrationsfirmen	Monika Zimmermann
BAG BTZ	Bundesarbeitsgemeinschaft Beruflicher Trainingszentren	Heiko Kilian wurde durch Herrn Faß vertreten, Herr Faß stimmte in Vertretung zweier Fachgesellschaften ab
BAG UB	Bundesarbeitsgemeinschaft für Unterstützte Beschäftigung e. V.	Holger Mangold
BAG GPV	Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände e. V.	Matthias Rosemann (zus. Expertenfunktion)
BAG KT	Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerischer Therapien	Prof. Dr. Ulrich Elbing

*Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report*

Ab- kürzung	Institution	Name
BAG WfbM	Bundesarbeitsgemeinschaft Werkstätten für behinderte Menschen e. V.	Wolfgang Schrank
BDK	Bundesdirektorenkonferenz Psychiatrischer Krankenhäuser	Prof. Dr. Gerhard Längle (zus. Expertenfunktion)
BFLK	Bundesfachvereinigung Leitender Krankenpflegepersonen der Psychiatrie e. V.	Rainer Kleßmann
BAPP	Bundesinitiative ambulante psychiatrische Pflege e. V.	Prof. Dr. Sabine Weißflog
BPtK	Bundespsychotherapeutenkammer	Dr. Tina Wessels
BAPK	Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e. V./Familien-Selbsthilfe Psychiatrie	Gudrun Schliebener (zus. Expertenfunktion)
BPE	Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e. V.	Ruth Fricke (zus. Expertenfunktion)
BFW	Bundesverband Deutscher Berufsförderungswerke e. V.	Dr. Reinald Faß
Bvvp	Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e. V.	Dr. Erika Goez-Erdmann
	Dachverband Gemeindepsychiatrie e. V.	Dr. Micheal Konrad
	Dachverband Gemeindepsychiatrie e. V.	Petra Godel-Erhardt
DFPP	Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege	Dorothea Sauter
DGBP	Deutsche Gesellschaft für Biologische Psychiatrie	PD Dr. Knut Schnell
DGBP	Deutsche Gesellschaft für Biologische Psychiatrie	Ursula Berninger
DGGPP	Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e. V.	Dr. Beate Baumgarte
DGKJP	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V.	Prof. Dr. med. Renate Schepker
DGPE	Deutsche Gesellschaft für Psychoedukation e. V.	Prof. Dr. med. Josef Bäuml (zus. Expertenfunktion)
DGSP	Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V.	Christel Achberger
DGS	Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention e. V.	Prof. Dr. Barbara Schneider, M.Sc.
DGVT	Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V.	Rudi Merod
DVE	Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V.	Werner Höhl
DVGS	Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e. V.	Dr. Katharina Alexandridis
DTGPP	Deutsch-türkische Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und	Prof. Dr. med. Meryam Schouler-Ocak

*Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report*

Ab- kürzung	Institution	Name
	psychosoziale	
EX-IN	EX-IN Deutschland e.V.	Werner Holtmann
LVPE RLP	Landesverband Psychiatrie Erfahrener Rheinland-Pfalz e.V.	Carsten Hoffmann
	Expertengruppe	Dr. Hermann Elgeti
	Expertengruppe	PD Dr. Thomas Reuster
	Expertengruppe	Prof. Dr. Dirk Richter
	Expertengruppe	Prof. Dr. Tilmann Steinert
	Expertengruppe	Sibylle Glauser
	Expertengruppe	Prof. Dr. Hans-Joachim Salize
	Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP)	Frau Prof. Dr. Steffi G. Riedel-Heller
	Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm	Herr Prof. Dr. Thomas Becker
	Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP)	Frau Dr. Uta Gühne
	Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm	Herr Dr. Stefan Weinmann
	Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP)	Frau Maria Schwenke
	Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP)	Frau Paula Liegert
	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG)	Frau Schoeler-Rädke
	Leiterin des AWMF-Institut für Medizinisches Wissensmanagement	Frau Prof. Dr. Ina B. Kopp

TOP 2: Präsentation allgemeiner Informationen zur Leitlinie (Prof. Dr. Thomas Becker)

- Erstes von bisher zwei geplanten Konsensus-Treffen
- Diagnose-übergreifender Ansatz/ große Heterogenität bzgl. der Ansätze und Interventionen/ Berücksichtigung grundlegender Aspekte psychotherapeutischen Handelns (Querschnittsthemen)
- Absicht für das Update: Schnittstellen der Versorgung/Interventionsmöglichkeiten fokussieren (System- vs. Einzelinterventionen)
- Matrixkapitel: Bedeutung im dt. Versorgungskontext
- Rückfrage aus dem Plenum: Berücksichtigung dieser S3-LL in der LL-Synopse zur Depression?
SRH: Nein – weder ein noch ausgeschlossen, Verweis auf Verfahrensvorgang

- Würdigung der LL: Stellung psychosoz. Therapien wurde deutlich

TOP 3: Präsentation wissenschaftlicher Befunde zur Zielgruppe schwer psychisch kranker Menschen (Prof. Dr. Steffi Riedel-Heller)

- Zielgruppe: Sonderstellung für Versorgung für Hilfe und Unterstützung (Bzg. Diagnoseübergreifender Ansatz)
- Definition und Operationalisierung (3 Kriterien): Diagnose einer psych. Störung, Erkrankungs- und Behandlungsdauer, psychosoz. Beeinträchtigungen/Einschränkungen
- Menschen mit schweren psych. Erkrankungen: geschätzte 1-2 Prozent der Bevölkerung (500.000 – 1 Mio. in Deutschland)
- Rückfrage aus dem Plenum: Einschluss von Suchtkranken wünschenswert - Berücksichtigung bei der nächsten Novelle der LL, hier: Schnittstellen-Kapitel
- Anregung fürs Protokoll: DSM/ICD-Adaptationen

TOP 4: Vorstellung der Methodik zur Erstellung einer Leitlinie auf S3-Niveau (Prof. Dr. Ina Kopp, AWMF)

- Ziel: Zertifizierung der LL
- Systematische Suche, Auswahl und Bewertung der Evidenz (1)
- Strukturierte Konsensfindung durch ein repräsentatives Gremium (Evidenz → Empfehlung) (2)
- Transparenz (Methodik, Interessenkonfliktregulierung) (3)
- Details zu Offenlegung von Interessenkonflikten: Umgang? Prinzip: Offenlegung / Transparenz diskutieren, Stimmenthaltung möglich, umfangreiches Formular (präziser), direkte vs. indirekte Interessen (finanziell, wissenschaftlich) → Bewertungsverzerrungen (Einschätzung)
- Zwei Abstimmungsrunden möglich (Unterschiede?)
- Kriterien für Graduierung: wichtiger Punkt z. B. Umsetzbarkeit der Empfehlungen für die Patienten (Erläuterung der Konsensfindung/Bewertungen/Risiken)
- Anspruch: Inhalte/Evidenzen zurück in die eigenen Arbeitsbereiche tragen/diskutieren/rückmelden
- Gliederung des Konsensusverfahrens (Struktur)

TOP 5: Vorstellung der klinischen Fragestellungen (Dr. Dr. Stefan Weinmann)

- **PICO-Schema:** Patient?, Intervention?, Control?, Outcome? (4 Fragen beantworten als Raster für Recherche/Identifikation von Studien/Reviews)
- **Einschlusskriterien:**
 - Personen mit „schwerer psychischer Erkrankung“ lt. Definition
 - Personen zwischen 18 und 65 Jahren
 - Einschluss von Subgruppen ohne die Suche explizit darauf auszurichten (z.B. Personen mit Doppeldiagnosen), *Ausnahme: obdachlose Menschen mit SMI im Bereich der Wohninterventionen*
 - Suchzeitraum: Anschluss an Suche aus erster Auflage der LL
 - Publikationssprache: englisch, deutsch
- **Gestaltung der Rahmenbedingungen therapeutischen Handelns**

- Inwieweit finden sich Haltungen und Ansätze zur Stärkung von **Empowerment** und Förderung von **Recovery** in der wissenschaftlichen Literatur wieder? Welche evidenzgestützten Möglichkeiten zur Stärkung von Empowerment und Recovery in der Behandlung schwer psychisch kranker Menschen gibt es?
- Wie wirkt sich die **Gestaltung therapeutischer Beziehung** in der Behandlung schwer psychisch kranker Menschen aus?
- Wie wirkt sich die **Gestaltung therapeutischer Milieus** in der Behandlung schwer psychisch kranker Menschen aus?
- Gibt es Evidenz für die Wirkung von Formen **therapeutischer Gemeinschaften** auf das Befinden und den Verlauf bei psychisch kranken Menschen?
- **Selbsthilfe und Selbstmanagement**
 - Wir wirksam sind **Selbstmanagementansätze** in der Behandlung schwer psychisch kranker Menschen?
 - Welche Ansätze der **Peer-Arbeit (peer involvement)** lassen sich in der wissenschaftlichen Literatur unterscheiden und wie wirken sie sich auf die Behandlung und den Verlauf bei Menschen mit schweren psychisch kranken Menschen aus?
 - Wie wirksam sind **Online-Coaches** in der Behandlung schwer psychisch kranker Menschen? Welche Befunde gibt es hinsichtlich der Akzeptanz bei Nutzern und Leistungserbringern?
- **Systeminterventionen**
 - Wie wirksam sind **unterstützte Wohnformen** für Menschen mit SMI hinsichtlich klinischer Parameter, Zufriedenheit, sozialer Funktionen? Lässt sich der Ansatz des Supported Housing durch Evidenz stützen? Lassen Sie auf Aussagen zur Wirksamkeit unterschiedlicher Konzepte treffen?
 - Ist eine **gemeindepsychiatrische, multiprofessionelle Versorgung** bei Menschen mit SMI in unterschiedlichen Krankheitsphasen der Standardbehandlung überlegen? Welche Wirkfaktoren lassen sich identifizieren?
 - Welche Evidenz gibt es für die Unterstützung schwer psychisch kranker Menschen durch den **Case Management** Ansatz in seiner vorrangig koordinierenden Ausrichtung?
 - Wie wirken sich Formen der **Arbeitsrehabilitation** (PVT, SE) auf die Arbeit, die klinischen Verläufe und die Lebensqualität aus? Inwieweit lassen sich die Befunde internationaler Forschung auf Deutschland übertragen? Durch welche zusätzlichen Strategien lassen sich die Beschäftigungsrate und Jobhaldedauer weiter verbessern?
 - Welche evaluierten Ansätze der **Vernetzung und des gemeinsamen Austausches** lassen sich in der Behandlung schwer psychisch kranker Menschen finden?
 - Beeinflusst ein dialogischer Ansatz (Open Dialogue) Behandlung und Verlauf?
- **Einzelinterventionen**
 - Sind **psychoedukative Verfahren** bei Menschen mit SMI wirksam? Gibt es Hinweise auf differentielle Aspekte hinsichtlich Setting, Diagnosespezifika oder Dauer bzw. Intensität?
 - Inwieweit verbessert der **Einbezug Angehöriger** in die Behandlung schwer psychisch kranker Menschen den Krankheitsverlauf und die sozialen Funktionen?
 - Welche Evidenz gibt es für die Wirksamkeit **Künstlerischer Therapien** (Kunsttherapie, Musiktherapie, Theater- und Dramatherapie, Tanz- und Bewegungstherapie) in der Behandlung schwer psychisch kranker Menschen?
 - Welche Evidenz gibt es für die Wirksamkeit von **Sport und Bewegungstherapie** bei Menschen mit SMI? Welche Auswirkungen haben Sport und Bewegungstherapien sowohl auf körperliche als auch auf psychische Zielparameter?
 - Verbessern **Lebensstilinterventionen Risikofaktoren und klinische Verläufe** bei Menschen mit SMI? Wie lassen sich Risiken somatischer Komorbidität senken?
 - Wirken **Trainingsansätze zur Verbesserung kognitiver Fertigkeiten** bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen?

▪ **Übergreifende Fragestellungen**

- Gibt es über alle Formen psychosozialer Therapien hinweg Subgruppen, die besonders von irgendeiner oder einer spezifischen psychosozialen Therapie profitieren? (z.B. in Abhängigkeit von Alter, Geschlecht, Komorbidität, Migrationshintergrund)
 - Welche Evidenz hinsichtlich spezifischer Ansätze der Versorgung bzw. der Versorgungssysteme gibt es in Deutschland?
- Einige Bereiche werden in Update keine erneute systematische Evidenzrecherche erfahren, da zu erwarten ist, dass sich die Evidenzlage wenig geändert hat (Selbsthilfegruppen/Training sozialer Fertigkeiten/Ergotherapie)
- Kontrollbedingungen: *Treatment as usual* (TAU), Wartegruppe, aktive Vergleichsgruppe
- Outcomes: abhängig von Fragestellung
- Frage ins Plenum an Patientenvertreter: Relevanz der Outcomes (4.)? z.B. *Angehörigenassoziierte Merkmale* (wichtig, aber sehr schwierig! Erfassung durch Skalen für Belastung/ Zufriedenheit (Fremd- vs. Selbsteinschätzung)), Zufriedenheit mit der *Einbezogenheit* als entscheidender Faktor? (sowohl für die Betroffenen als auch für die Angehörigen), Inklusion aller Beteiligten in die Entscheidungsfindung (als Ergebnis-Parameter? Bestehende Messinstrumente? → künftiger Forschungsbedarf); zu „*Merkmale soz. Inklusion*“ Studien berücksichtigen, die (sinnstiftende) Tätigkeiten aufnehmen/abbilden (Aktivitätsstunden); Thematik: Über die Betreuung kranker Angehöriger krank werden (Situation, die über Jahre hinweg mitgetragen wird → spiegelt sich in der Lebensqualität der Verwandten ab); Stichwort: Partizipation (*empowerment*) sollte grundsätzlich behandelt werden
- Erläuterung des Rechercheprozesses (Evidenz-Level vs. Empfehlungsstärke), Brücke: „Qualität der Evidenz“

TOP 6: Präsentation der Evidenz zu Künstlerischen Therapien (Dr. Uta Gühne) sowie Diskussion und Konsentierung

- Vielfalt künstlerischer Therapien (Für die Selektion/ empir. Evidenz: methodische Beschreibung als Qualitätsmerkmal entscheidend) → Kunst-/Musik-/Drama-/Tanztherapien)
- Zwischenbemerkung: Datenbanken (neben den großen vier DB noch andere berücksichtigen?)
- Übersichten zu neuer aggregierter Evidenz
- Zwischenbemerkung aus dem Plenum: „Kurzatmigkeit“ der Effekte/zu kurzes Follow-Up (Forschungsbedarf!)
- Vorstellung einer Einzelstudie, Positiveffekte von Musiktherapie (Gold et al. 2013)
- Diskussion der MATISSE-Studie (Crawford 2012): nach 2 Jahren Follow-Up keine signifikanten Vorteile durch Kunsttherapie, Sekundäranalyse: mangelnde Teilnahme (40 % nahmen an keiner Gruppensitzung teil), z. B. mangelnde Ressourcen der Patienten: Fragestellung: Ist die KT möglicherweise für spezifische Patientenpopulationen effektiver? Nicht signifikant. Zwischenbemerkung: Kontrolle für Teilnahme der Patienten an Therapien (schwierig in der Praxis, da mangelnde Akzeptanz durch Patienten), mangelnde Studienqualität durch Drop-Outs, Effektstärke/Wirksamkeit/Realitätsbezug; entscheidende Rolle von *Motivation* im psycho-soz. Studien-Setting (Therapie-Präferenzen von Patienten berücksichtigen bei Therapie-Planung → Forschungsbedarf!); Erklärungsansätze für Drop-Outs?

- Diskussion zu Chancen und Grenzen des RCT-Designs und Berücksichtigung von Patientenpräferenzen und Motivation. Patienten-Einschluss-Kriterien müssen klar definiert werden bestehender Forschungsbedarf
- Aufruf: Wenn Kenntnis von Studien im Bereich, dann gern an Frau Dr. Gühne senden
- Diskussion der Studie Priebe et al.: keine sign. Effekte (im Gegensatz zu MATISSE regelmäßige Therapie-TN)
- Zusammenfassende Diskussion: Inkonsistenz der Studienergebnisse: Herabstufung der Evidenz wird empfohlen (Musiktherapie jedoch überwiegend konsistent/aussagekräftiger); keine unerwünschten Effekte berichtet; zahlreiche weitere Faktoren sind zu berücksichtigen (Indikation und Präferenzen); üblich: Gruppenformat; Versorgungsalltag in Deutschland: v. a. im teil-stationären Setting
Konsentierung und Ergebnis siehe Tabelle unten

TOP 7: Präsentation der Evidenz zu Wohninterventionen (Dr. Uta Gühne) sowie Diskussion und angestrebte Konsentierung

- Diversität von Wohnformen (Wohnraum = wichtiger „Anker“, Bedeutung in der LL, komplett überarbeitet)
- Studienlage: Studien, Interventionen schwer zu vergleichen (große Heterogenität), Effektivität v. a. an wohnungslosen psychisch kranken Menschen untersucht, Vorstellung untersuchter Wohnformen (*Housing First*, positive Effekte bzgl. Wohnstabilität, erlebte Wahlfreiheit, auch kurzfristige Interventionen, *Critical Time Intervention* effektiv)
- Wirksamkeit sehr verschiedener Interventionen bei Wohnungslosen im Fokus (deutliche Reduktion von Wohnungslosigkeit und Verbesserung von Wohnstabilität) plus Einzelbefunde
- Anmerkung aus dem Plenum: Zahlen zum Thema Betreutes Wohnen in Gastfamilien sollen noch einmal betrachtet werden: 87 % weniger stationäre Aufenthalte im Vgl. zum vorherigen 10-Jahres-Zeitraum (Forschungsbedarf!, Kriterien für Berücksichtigung erfüllt? = Hintergrundtext)
- Einteilung in zwei Bereiche: ambulantes und stationär betreutes Wohnen (für Dtl.)
- Aus dem Plenum: Wohnen in Gastfamilien ist wichtige Intervention, bitte berücksichtigen im Hintergrundtext, Literatur an Frau Gühne, keine RCTs dazu

Zusammenfassung der Diskussion:

Ergebnisse der präsentierten Studien beziehen sich fast ausnahmslos auf Menschen ohne festen Wohnsitz mit schweren psychischen Erkrankungen und bilden damit einen wichtigen, aber eben nur einen Teilaspekt ab.

Kritisch wurden diskutiert: die Übertragbarkeit kanadischer/amerikanischer Studienergebnisse auf deutsches (Gesundheits-)System? → Bewertung der Evidenz kritisch geprüft werden (Wohnraum für welche Zielgruppe?), Hinweis: Angebotene Strukturen und Interventionen differenzieren, es wurde die Frage diskutiert, ob die Bereitstellung einer Wohnung als Therapie gelten sollte wobei es doch eher eine soziale Problematik adressiert. Positionierung aus dem Plenum eines Experten: Housing First = psychosoziale Intervention, Wohnungsfindung/-haltung (nicht nur Bereitstellung von Wohnraum)

Die alleinige Fokussierung auf diese wichtigen neueren Studien wurde als nicht zielführender eingeschätzt und ein Vorgehen vorgeschlagen, bei dem die Projektgruppe sich an den konsentierten Empfehlungen der LL in der letzten Version orientiert, die grundsätzlich Bestand haben, aber durch Aspekte dieser spezifischen Arbeiten (supported housing mit

Kontinuität in der Wohnform und entsprechender bedarfsorientierter Hilfeleistung vs. „Stufenleiterprinzip“) ergänzt werden. Wichtige Aspekte werden diskutiert: Grundrecht auf Wohnen, Wahlfreiheit, keine Kopplung von Betreuen und Wohnen, Wohnstabilität reduziert Krankenhausaufenthalte. Kontrastierung mit der Realität z. B. Wohnheime chronisch überbelegt (Wahlfreiheit nicht immer durchsetzbar). Begrifflichkeiten schärfen: „Wohnungslose“ streichen (s. Änderungen), - Drei Patientengruppen: (1) Patienten, die Wohnverhältnis allein nicht aufrechterhalten können (sozial und krankheitsbedingt), (2) Patienten in stationärer Betreuung, aber wohnraumsuchend (um aus Institution rauszukommen), (3) Patienten in problematischer Wohnsituation lebend. Forschungsbedarf. *Critical time intervention*: Übertragung aufs dt. Sozialrechtssystem durch ambulante psychiatrische Pflege möglich

Arbeitsauftrag an die Projektgruppe: Nachbereitung der Empfehlungen unter Berücksichtigung der bestehenden Empfehlungen und der neuen Evidenz und Konsentierung im Delphi-Verfahren

TOP 8: Präsentation der Evidenz zu Lebensstil-Interventionen (Dr. Uta Gühne) sowie Diskussion und Konsentierungsvorbereitung

- Genesungsprozess: Förderung und Umsetzung von Lebensstilinterventionen (Ernährung, körperliche Aktivität, Raucherentwöhnung)
- NICE-LL-Empfehlung: Kombination, die auf gesunde Ernährung und physische Aktivität abzielen (v.a. verhaltenstherapeut. Interventionen, Beratungen...) hat positive Effekte (multimodales und niederschwelliges Angebot → kombinierte niederschwellige Intervention)
- Trennung zwischen abhängigen Rauchern und Gelegenheitsrauchern (Trennung?!) = Rauchen, Ernährungsprobleme als Lifestyle [positiv konnotiert] oder als Sucht?
- Notwendig: Gesundheitsbegriff definieren (Abgrenzung zu anderen Leitlinien), Andere LL: Alkohol, Drogen, ...
- Konzept von *Well-Being / Life Style*, Thema Verhaltensprävention vs. Verhältnisprävention, Wechselwirkung von medizinischer Behandlung und Auswirkungen auf das Verhalten des Patienten berücksichtigen (klinischer Konsenspunkt: Absatz im Hintergrundtext)
- Multimodale Interventionen (Evidenz), Behandlungsleitlinien (fügt sich ein, abgrenzen von Suchtbehandlung, eher zusammengesetzte Interventionen zu „klugem“ Leben anbieten, Interaktionen mit Nebenwirkung *und* damit umgehen/kompensieren berücksichtigen)
- Lebensstil als Begriff ungünstig, eher als Gesundheitstraining aufzufassen, multifaktorielles Geschehen, also verschiedene Domänen, aber immer niederschwellig (Anziehungspunkt, sollte positiv formuliert sein), gesundheitsfördernde Interventionen (Abgrenzung zu Sucht etc.), Gesundheitsförderlicher Lebensstil: Weniger Rauchen, gesunde Ernährung und Bewegung (Reduzierung auf drei Faktoren) → aber immer auch im Kontext der psychischen Gesundheit betrachten
- Schnittmengen mit Recovery-Ansatz machen und Basierung auf Ottawa-Charta beachten

Arbeitsauftrag an die Projektgruppe: Begrifflichkeit schärfen insbesondere in Abgrenzung zu anderen medizinischen Leitlinien, die dezidiert Raucherentwöhnung und Adipositasmanagement behandeln. Die Notwendigkeit von gesundheitsförderlichen Interventionen bei schweren psychischen Erkrankungen ist unbestritten und wird begrüßt. Konsentierung im Delphi-Verfahren.

Delphi-Verfahren: Abschließende Bemerkungen und Erklärungen zum Delphi-Verfahren durch Frau Kopp.

Anwesende Abstimmungsberechtigte: 33 Teilnehmer

TOP 6

	Diskutiert	Konsentiert	³⁶ +	³⁷ -	³⁸ 0
Empfehlung 1	<p>Empfehlungsvorschlag (2012 mod.): Künstlerische Therapien sollten im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes und gemessen an den individuellen Bedürfnissen und Präferenzen der Betroffenen zur Verbesserung der psychopathologischen Symptomatik angeboten werden. Empfehlungsgrad: B, Evidenzebene: Ia-Ib</p>				
Bemerkung	<p>Ina Kopp: Je nach Outcome, Übersetzung: Qualität der Evidenz moderat bis schwach;</p> <p>Problem durch geringe TN-Zahlen (z.B. N=20?), Festlegung Cut-Off-Wert (N=10?);</p> <p>Diskussion: Warum Zusammenfassung der versch. Therapien, wenn differenzierte Effekte festgestellt werden (Musik- vs. Andere Kunsttherapien)? → Effekte werden verwischt Mgl. Differenzierung n. Studien: Künstlerische Therapien</p> <ul style="list-style-type: none"> - Musiktherapien - Kunsttherapien - Dramatherapie - Tanztherapie <p>(Musik und Kunst, Tanz und Bewegung)</p> <p>Diskussion: Manualisierung, z.B. Standardisierung und Wiederholbarkeit herstellen → Qualität der Beschreibungen in den Studien (Manuale) entscheidend);</p> <p>Weitere Anmerkungen: (1) Begriff und Definition „therapeutische Beziehung“ soll stehen bleiben? (2) S.6: zu Dramatherapie „Psychodrama“ streichen (Psychodramatherapie) eigenständiges Therapieverfahren,</p>	<p>Formulierungsvorschläge/ Änderungsanträge:</p> <p>- Musiktherapie sollte... (B) Kunst- Tanz-, und Bewegungs-, Dramatherapie können... (0)</p> <p>- Künstlerische Therapien: Musiktherapie, Kunsttherapie bzw. Dramatherapie sollten... (B) Tanz- und Bewegungstherapie streichen → Aufnahme in Kapitel für Sport und Bewegung (Berücksichtigung Wirkmechanismen)</p> <p>- Ergänzung: Subjektives Befinden und psychopathologische Symptomatiken berücksichtigen (wurde abgelehnt)</p>	1/33	30/33	

³⁶ Zustimmung

³⁷ Ablehnung

³⁸ Enthaltung

	<p>(3) Forschungsbedarf/Recherche-Bedarf: Stellenwert von Motivation/Präferenzen Z. B. bei CBC (Kreativitätsbasierte Konzepte) und Trialog ist Adhärenz besonders hoch</p> <p>Diskussion: Was ist mit anderen Therapieformen (z. B. Schreibtherapie etc.)?</p>	<p>- „psychopathologische Symptomatik“ streichen</p> <p>- „gemessen an den individuellen Bedürfnissen, Präferenzen [und Motivierbarkeit/Motivation] der Betroffenen“</p>			
--	--	--	--	--	--

Erweiterte Handlungsempfehlungen (2012)

Für die Durchführung von künstlerischen Therapien lassen sich folgende Voraussetzungen und organisatorische Rahmenbedingungen nennen:

- Einbindung in den psychiatrisch- psychotherapeutischen Gesamtbehandlungsplan,
- Anwendung im ambulanten, teilstationären oder stationären sowie stationsäquivalenten; (Anm. Frau Schepker) Setting möglich,
- personenzentriertes und zielgerichtetes Vorgehen,
- Anregung und Hinführung zur Fortführung der künstlerischen Tätigkeit nach Abschluss der Therapie,
- der kreative Prozess ist wichtiger als das künstlerische Produkt,
- differenzielle Indikation für die Anwendung im Einzel- oder Gruppensetting,
- entsprechende Modifikation des Vorgehens in Abhängigkeit von der Homogenität bzw. Inhomogenität der Gruppe,
- Frequenz und Intensität der Sitzungen entsprechend der Schwere der Erkrankung,
- als Besonderheit sind die urheberrechtlichen Bestimmungen zu beachten.

Abstimmung: 32/33 (+ unverändert)

TOP 10: Ausblick und weiterer Ablauf (Delphi-Verfahren)

Abstimmungsergebnisse mittels Delphi-Technik „Gesundheitsfördernde Interventionen“ (März bis April 2017)

Bei einer Rücklaufquote von 83% gibt es eine 100%ige Zustimmung zu folgender Empfehlung:

Empfehlung (NEU)

Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sollen multimodale gesundheitsfördernde Interventionen mit dem Schwerpunkt gesunde Ernährung und körperliche Aktivität angeboten werden.

Empfehlungsgrad: A, Evidenzebene: Ia-Ib

Das entspricht einem **starken Konsens**.

Abstimmungsergebnisse mittels Delphi-Technik: „Unterstütztes Wohnen“ (April bis Mai 2017)

Bei einer Rücklaufquote von 95 % gab es jeweils eine Zustimmung von 88,8 % zu folgenden Empfehlungen:

Empfehlung (2012 mod.):

Mit Zunahme des Institutionalisierungsgrades nehmen unerwünschte Effekte zu. Deshalb soll eine Dauerinstitutionalisierung vermieden werden.

Empfehlungsgrad: A

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.

Empfehlung (NEU):

Schwer psychisch kranke Menschen sollen selbstbestimmt in der Gemeinde wohnen und entsprechend ihren individuellen Bedarfen und Präferenzen mobil unterstützt werden.

Empfehlungsgrad: A, Evidenzeben Ia-Ib

Das entspricht einem **Konsens**.

Erweiterte Handlungsempfehlungen (NEU)

Wichtige Ziele der betreuten Wohnformen sind die Teilhabe am sozialen Leben und die Selbstbestimmung der seelisch behinderten Person. Die mobile Unterstützung in selbstbestimmten Wohnformen ist die erste Wahl, die Versorgung in teilweise selbstverantworteten oder stationären Wohngruppen bzw. –formen sollte immer mit dem Ziel der Rückkehr in eine selbstbestimmte Wohnform eingesetzt werden. Entscheidend hierbei sind die Präferenzen der Betroffenen; Betroffene sollten in ihrer Wahlfreiheit unterstützt werden. Bei der Inanspruchnahme von stationären Hilfen sollen diese stets mit fördernden Angeboten und Kontaktmöglichkeiten in die Gemeinde hinein kombiniert sein. Priorität sollte der Verbleib in der bestehenden Wohnform mit all ihren sozialen Bezügen vor der Unterstützungsbedürftigkeit sein. Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, welche in einer institutionalisierten Wohnform wohnen, sollte bei entsprechender Präferenz der Wechsel in eine selbstbestimmte, eigenverantwortete Wohnform ermöglicht werden. Die Form der Bereitstellung bedarfsgerechter mobiler Unterstützungsangebote wird sich an den regionalen Besonderheiten orientieren (z.B. gemeindepsychiatrische Verbundsysteme, vorgehaltene Komplexangebote durch Kommunen oder andere Leistungsanbieter), doch in jedem Falle eine Kooperation aller Beteiligten erfordern.

Abstimmungsergebnisse mittels Delphi-Technik „Sport- und Bewegungsinterventionen“ (Juni bis September 2017)

Bei einer Rücklaufquote von 83% gab es eine **97%ige Zustimmung** zu folgender Empfehlung:

Empfehlung (2012 modifiziert im Wortlaut):

Bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sollten - je nach Beschwerdebild und Neigung sowie unter Berücksichtigung der körperlichen Leistungsfähigkeit - Bewegungsinterventionen als Teil eines multimodalen Gesamttherapiekonzeptes zur Anwendung kommen.

Empfehlungsgrad: B, Evidenzgrad: Ia-Ib

Hinweis: Der Empfehlungsgrad dieser Empfehlung in Bezug auf die angegebene Evidenzebene wurde herabgestuft, da die Studienlage nicht einheitlich genug war, um eine starke Empfehlung zu rechtfertigen.

Das entspricht einem **starken Konsens**.

Bei einer Rücklaufquote von 83% gab es eine **97%ige Zustimmung** zu folgender Empfehlung:

Empfehlung (2012 modifiziert im Wortlaut):

Körperpsychotherapeutische Verfahren sollten bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen zur Anwendung kommen.

Empfehlungsgrad: B, Evidenzgrad: Ib

2 Parteien stimmen unter der Voraussetzung zu, dass es einen weiteren Hinweis auf die Evidenzlage gibt.

***Hinweis:** Der Empfehlungsgrad dieser Empfehlung in Bezug auf die angegebene Evidenzebene wurde herabgestuft, da die Studienlage nicht einheitlich genug war, um eine starke Empfehlung zu rechtfertigen. Evidenz hierzu liegt bisher hauptsächlich aus Wirksamkeitsstudien vor, in denen Menschen mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis oder einer schweren Depression behandelt wurden.*

Das entspricht einem **starken Konsens**.

Protokoll zur 2. Konsensuskonferenz am 19.10.2017 im „Spenerhaus“ (Hotel und Tagungszentrum am Dominikanerkloster, Forum), Dominikanergasse 5 in 60311 Frankfurt/Main

Teilnehmer Konsensusgruppe: 27
 Davon abstimmungsberechtigt: 27
 Teilnehmer Expertengruppe: 6
 Moderation: Prof. Dr. Ina Kopp (AWMF)
 Protokoll: Paula Liegert

TOP 1: Begrüßung und Vorstellung aller Teilnehmer (Prof. Dr. Thomas Becker)

Teilnehmerliste

Ab- kürzung	Institution	Name
APK	Aktion Psychisch Kranke e. V.	Nils Greve
ACKPA	Arbeitskreis der Chefärztinnen und Chefarzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland	Dr. Claudia Birkenheier
	Berufsverband der Soziotherapeuten e. V.	Hansgeorg Ließem
BVDN	Berufsverband Deutscher Nervenärzte e. V.	Dr. med. Sabine Köhler Dr. med. Roland Urban
BVDP	Berufsverband Deutscher Psychiater	Dr. med. Roland Urban
	Berufsverband für Künstlerische Therapien g.e.V	Prof. Dr. Dr. Dr. Wolfgang Mastnak
BAG BBW	Bundesarbeitsgemeinschaft der Berufsbildungswerke e. V.	Walter Krug
BAG BTZ	Bundesarbeitsgemeinschaft Beruflicher Trainingszentren	Dr. Reinald Faß Dipl.-Psych. Heiko Kilian
BAG RPK	Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation psychisch kranker Menschen e.V.	Annette Theißing Dr. Sabine Krefß
BAG UB	Bundesarbeitsgemeinschaft für Unterstützte Beschäftigung e. V.	Holger Mangold
BAG KT	Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerischer Therapien	Prof. Dr. Ulrich Elbing
BFLK	Bundesfachvereinigung Leitender Krankenpflegepersonen der Psychiatrie e. V.	Rainer Kleßmann
BPTK	Bundespsychotherapeutenkammer	Dr. Tina Wessels
BPE	Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e. V.	Ruth Fricke
BFW	Bundesverband Deutscher Berufsförderungswerke e.V.	Dr. Reinald Faß
Bvvp	Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e. V.	Ariadne Sartorius <i>(bisherige Mandatsträgerin: Dr. Erika Goez-Erdmann)</i>

*Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report*

Ab- kürzung	Institution	Name
	Dachverband Gemeindepsychiatrie e. V.	Nils Greve (Vertretung Frau Petra Godel-Erhardt)
DFPP	Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege	Uwe Genge (Vertretung Frau Sauter)
DGBP	Deutsche Gesellschaft für Biologische Psychiatrie	Ursula Berninger
DGGPP	Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e. V.	Dr. Beate Baumgarte
DGPE	Deutsche Gesellschaft für Psychoedukation e. V.	Prof. Dr. Josef Bäuml
DGSP	Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V.	Christel Achberger
DGS	Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention e. V.	Prof. Dr. Barbara Schneider, M.sc.
DVE	Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V.	Werner Höhl
DVGS	Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e. V.	Prof. Dr. Gerd Hölter
BAG PIA (BDK)	Bundesarbeitsgemeinschaft Psychiatrische Institutsambulanzen der Bundesdirektorenkonferenz	Prof. Dr. Katarina Stengler
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde	Frau Prof. Dr. Steffi G. Riedel-Heller
	Expertengruppe (Migrationsaspekte)	Julia Krieger (Vertretung Frau PD Dr. Graef-Callies)
	Expertengruppe (Arbeitsrehabilitation)	PD Holger Hoffmann
	Expertengruppe (Arbeitsrehabilitation)	Prof. Dr. Andreas Bechdorf
	Expertengruppe (Ergotherapie)	PD Dr. Thomas Reuster
	Expertengruppe (Rehabilitation)	Prof. Dr. Katarina Stengler
	Expertengruppe (Psychoedukation)	Prof. Dr. med. Josef Bäuml
	Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm	Herr Prof. Dr. Thomas Becker
	Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP)	Frau Dr. Uta Gühne
	Vivantes Klinikum am Urban und Vivantes Klinikum im Friedrichshain, Berlin	Herr Dr. Stefan Weinmann
	Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP)	Frau Paula Liegert
	Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP)	Frau Katja Schladitz

Ab- kürzung	Institution	Name
	Leiterin des AWMF-Institut für Medizinisches Wissensmanagement	Frau Prof. Dr. Ina B. Kopp
	AWMF-Institut für Medizinisches Wissensmanagement	Susanne Blödt

Vorwort zu den Prinzipien der Leitlinienmethodik und strukturierten Konsensfindung (Prof. Kopp)

- Kurze Zusammenfassung zu den methodischen Richtlinien für die Entwicklung von Leitlinien:
 - o Systematische Erfassung und Bewertung der Evidenz und Kriterien zur Graduierung der Empfehlungen
 - o Repräsentativität der Entwicklergruppe und strukturierte Konsensusfindung
- Aufforderung zur strukturierten Konsensfindung und regen Beteiligung
- Leitlinie ist keine Richtlinie, eher Orientierung und Handlungsgrundlage
- Verweis auf Erfordernis zu aktualisierten Interessenerklärungen

TOP 2: Informationen zum aktuellen Stand des Updates (Dr. Uta Gühne)

- Bestehender Arbeitsprozess seit 2009; Update-Recherchen seit 2015
- Systeminterventionen: Gemeindepsychiatrische teambasierte Ansätze (heutiger Punkt), Arbeitsrehabilitation (heutiger Punkt), Wohnangebote (Abstimmung erfolgte)
- Einzelinterventionen: Psychoedukation (heutiger Punkt), Künstlerische Therapien, Sport und Bewegung, Gesundheitsförderung (3x Abstimmung erfolgt)
- Selbsthilfe/-management: Peer-Ansätze (Recherche begonnen)
- Grundlagen psychosozialen Handelns: Recovery-orientierte Ansätze (to do!)

TOP 3: Reflexion/Diskussion der Ergebnisse aus der Delphi-Abstimmung zu den Empfehlungen aus dem Bereich der Sport- und Bewegungsinterventionen (Prof. Dr. Steffi Riedel-Heller)

- **Empfehlung 1 (97%-ige Zustimmung, starker Konsens):**
- Bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sollten – je nach Beschwerdebild und Neigung sowie unter Berücksichtigung der körperlichen Leistungsfähigkeit – Bewegungsinterventionen als Teil eines multimodalen Gesamttherapiekonzeptes zur Anwendung kommen.
Empfehlungsgrad: B, Evidenzgrad: Ia-Ib
- **Empfehlung 2 (97%-ige Zustimmung, starker Konsens):**
Körperpsychotherapeutische Verfahren sollten bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen zur Anwendung kommen.
Empfehlungsgrad: B, Evidenzgrad: Ib
- Generell starker Konsens und geringer Dissens, Punkt wurde aufgrund des Wunsches der Vertreter des Deutschen Verbandes für Gesundheitssport und Sporttherapie e. V. aufgenommen
- Anmerkungen aus dem Plenum:
 - o Physiolog.-funktioneller Hintergrund (sportmedizinische Forschung als Grundlage); Komorbidität ist als zentraler Faktor zu berücksichtigen; abzugrenzen von störungsspezifischen Beschwerden; Soll-Empfehlung (A) ist zu diskutieren? Terminus „exercise“ aus dem Englischen im Deutschen als Äquivalent schwierig, was ist mit

therapeutischen Intervention gemeint? Wie weit sollte die Intervention gehen? Welche Effekte sollen erzielt werden? Allg. Gesundheitsförderung vs. konkrete therapeutische Interventionen; heterogene Outcomes bzgl. Studienevidenz; Berücksichtigung von diversen Patientengruppen und persönlichen Präferenzen; Kompromiss bei B vorgeschlagen; Studienevidenz legt keinen Evidenzgrad A nahe, Bewegungsintervention steht häufig unter den ersten drei bevorzugten Interventionen bei Patienten

- Verständnisfrage zur Körper-PT (Zuordnung und Abgrenzung der Therapien schwierig, am besten nicht zu sehr spezifizieren); Verweis auf die Diskussionen im vergangenen Jahr (berufsgruppenspezifische Diskussion problematisch)
- Beschluss: keine Neubewertung (erneute Aufrufung) des Delphiprozesses
- Beantragung von Sondervotum möglich (Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e. V)

TOP 4: Präsentation der Evidenz zu gemeindepsychiatrischen und multiprofessionellen Ansätzen in der Behandlung schwer psychisch kranker Menschen (Dr. Dr. Stefan Weinmann)

- **Präsentation:** Überblick zu aktuellen Behandlungsansätzen/Modellen

1. Multiprofessionelle gemeindepsychiatrische Teams (KOMM-Struktur): Befunde - stationäre Aufnahmen erniedrigt, Behandlungszufriedenheit gesteigert - Empfehlungsgrad A, Evidenzlevel Ia-Ib (Studienqualität moderat bis schwach)
2. Akutbehandlung im häusliche Umfeld (Home Treatment): Studienlage → Effekte bzgl. Reduktion stationärer Wiederaufnahmerate (ohne initiale Aufnahme) und Behandlungszeiten sowie Behandlungsabbrüche, Zufriedenheit (Gesamt) gesteigert, Reduktion der Belastungen von Angehörigen, geringere Symptomschwere, kosteneffektiv, (Verweis auf Schweizer Studie) -- Empfehlungsgrad A, Evidenzlevel Ia

Anmerkung/Nachfrage aus dem Plenum: Bezüge/Berücksichtigung der Situation im deutschen Gesundheitssystem (besonders für niedergelassene Kollegen); keine Erleichterung, sondern Entstehung eines neuen Schnittstellenproblems (Umsetzung/Übertragbarkeit: „Wer macht es?“ Fokus der Gruppe: Evidenzfindung in der Forschung, Vergleich verschiedener Modelle als Ausgangslage); Antwort: Idee der mobilen Begleitung von Patienten, auch von niedergelassenen Ärzten und Therapeuten und integrierten Versorgungsmodellen mit multimodalen Behandlungsansätzen (was gibt es? → Auftrag ans Redaktionsteam: den Hintergrundtext prüfen); Definitionen: Versorgung vs. Behandlung (Orientierung und Berücksichtigung politischer Richtlinien/Gesetzgebung nicht vergessen)

Dazu Anmerkungen aus dem Plenum zur inhaltlichen Diskussion:

- Terminus „multiprofessionelle Teams“ missverständlich → „Versorgungsnetz“ (Achtung, Evidenzbasierung berücksichtigen, Definition muss analog zu derjenigen in Studien sein)
 - Schwierige Begrifflichkeiten sind zu klären: gemeindepsychiatrische Betreuung und Versorgung; Antrag/Revidierung in der Überschrift „Ansätze“ statt „Behandlung“ (Schärfung der Begrifflichkeiten)
3. Intensive nachgehende gemeindepsychiatrische Betreuung (ICM) → zentrale Befunde: Reduktion der stationären Behandlungsdauer, weniger Behandlungsabbrüche und verbesserte Behandlungszufriedenheit, verbesserte psychosoziale Funktionen, unabhängigeres Wohnen; (Berücksichtigung von RACT (Ressourcen, v.a. soziales Umfeld) → ICM wirksamer Ansatz -- Empfehlungsgrad A, Evidenzlevel Ia

Fragen/Anmerkungen:

- Bitte um Ergänzung im Hintergrundtext: Recovery/Empowerment ansprechen (Selbstverständnis Psychotherapie)
- Beziehungskontinuität berücksichtigen, Funktionen von Teams anpassen (multiprofessionelle Teams für unterschiedliche Funktionen, und keine einzelnen Teams) (FACT, keine RCTs)
- für prakt. Umsetzung/Termini „Behandlung“ vs. „Versorgung“
- im Home Treatment soziale(s) Netzwerk einbeziehen → Frage: Ist bisher genügend berücksichtigt? Spannungsfeld herausarbeiten, für den Hintergrundtext: Angehörige inkludieren!
- Stepped-/Balance Care, Berücksichtigung der Zielgruppe: schwer psychisch kranke Menschen, komplexe Hilfebedarfe müssen berücksichtigt werden, Bedarfsorientierung als Ankerbegriff!

Abstimmungsberechtigte/Mandatsträger: N= 27

	Diskutierter Empfehlungsvorschlag	Konsentiert	³⁹ +	⁴⁰ -	⁴¹ 0
Empfehlung 1	Empfehlung (2012 modifiziert im Wortlaut): In allen Versorgungsregionen soll eine gemeindepsychiatrische, teambasierte und multiprofessionelle Behandlung zur Versorgung von Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung zur Verfügung stehen. Empfehlungsgrad: A, Evidenzebene: Ia		27/27	0	0
Bemerkung		Formulierungsvorschläge/ Änderungsanträge: keine Klärung (aus der Sicht der Mandatsträger): <u>Hintergrundtexterstellung</u> (dient der Erläuterung, Evidenzbasierung, Umsetzungsbeispiele) → Wie können Anträge auf Änderung eingereicht werden? Aufträge im Vorfeld mit in die AG geben! = gern schriftlich! <u>Notizen:</u> Evidenz = Studien UND Erfahrung, Update: Matrixkapitel von der Forschung zur Anwendung (Versorgungslandschaft). Zentral ist „was“ soll angeboten werden (weniger „wer“ bietet			

³⁹ Zustimmung

⁴⁰ Ablehnung

⁴¹ Enthaltung

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

		<i>das an): Strategie- und Methodenbeschreibung, Ziel: gemeinsame Unterstützung der Evidenz; Definition von „Gemeindepsychiatrie“ ausreichend erklärt? (Prinzip: wohnortnah, im eigenen Umfeld) → <u>Glossar-Erstellung mit zentralen (gewichtigen) Begrifflichkeiten (Gemeindepsychiatrie, Multiprofessionelle Teams klar definieren etc.) Soziale Unterstützung, Ressourcenorientierung mit einbeziehen (Moderation: Schlüsselfrage kann jetzt nicht mehr diskutiert werden.)</u></i>			
	Diskutierter Empfehlungsvorschlag	Konsentiert	+	-	0
Empfehlung 2	Empfehlung (2012 unverändert): Menschen mit schweren psychischen Störungen in akuten Krankheitsphasen sollen die Möglichkeit haben, von mobilen multiprofessionellen Teams definierter Versorgungsregionen in ihrem gewohnten Lebensumfeld behandelt zu werden. Empfehlungsgrad: A, Evidenzebene: Ia		27/27	0	0
Bemerkung		Formulierungsvorschläge/ Änderungsanträge: <i>Anmerkung: Bitte die Begrifflichkeit „definierter Versorgungsregionen“ erklären → Glossar (small areas)</i>			
	Diskutierter Empfehlungsvorschlag	Konsentiert	+	-	0
Empfehlung 3	Empfehlung (2012 unverändert): Menschen mit chronischen und schweren psychischen Störungen sollen die Möglichkeit haben, auch über einen längeren Zeitraum und über akute Krankheitsphasen hinaus gehend, nachgehend aufsuchend in ihrem gewohnten Lebensumfeld behandelt zu werden. Empfehlungsgrad: A, Evidenzebene: Ia		27/27	0	0
Bemerkung		Formulierungsvorschläge/ Änderungsanträge: Keine			
	Diskutierter Empfehlungsvorschlag	Konsentiert	+	-	0
Empfehlung 4	Empfehlung (2012 modifiziert im Wortlaut): Die Möglichkeit der aufsuchenden Behandlung soll insbesondere für die Versorgung von wohnungslosen		23/27	3/ 27	1/ 27

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

	Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung sowie bei drohenden Behandlungsabbrüchen zur Verfügung stehen. Empfehlungsgrad: A, Evidenzebene: Ia				
Bemerkung		<p>Formulierungsvorschläge/ Änderungsanträge: „insbesondere“ → akuter Behandlungsbedarf (Autor zuständige Autorengruppe), d.h. muss hier mehr geleistet werden? Ziel: sprachliche Erhärtung, Hinweis auf Erläuterung im Hintergrundtext.</p> <p><u>Änderungsantrag 1:</u> Die Möglichkeit der aufsuchenden Behandlung soll <u>insbesondere_auch</u> für die Versorgung von wohnungslosen Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung sowie bei drohenden Behandlungsabbrüchen zur Verfügung stehen.</p> <p><u>Änderungsantrag 2:</u> Die Möglichkeit der aufsuchenden Behandlung soll <u>insbesondere</u> für die Versorgung von wohnungslosen Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung sowie bei drohenden Behandlungsabbrüchen zur Verfügung stehen.</p>	5/27		
			5/27		
	Diskutierter Empfehlungsvorschlag	Konsentiert	+	-	0
Empfehlung 5	Empfehlung (2012 unverändert): Wesentliche Aufgabe der multiprofessionellen gemeindepsychiatrischen Teams soll neben der bedarfsorientierten und flexiblen Behandlung die gemeinsame Verantwortung <u>sowohl*</u> für die gesundheitliche als auch die psychosoziale Versorgung der Betroffenen sein und so die Behandlungskontinuität sichern. Ziel soll eine Behandlung sein, die sich am individuellen Bedarf der Betroffenen und an der Intensität der erforderlichen Interventionen zu jedem Zeitpunkt des Behandlungsprozesses orientiert. Im Sinne der Forderung nach einer Behandlung <i>ambulant vor stationär</i> sollen wo	*: redaktionelle Änderung	22/27	5/27	0

	möglich stationäre Behandlungen vermieden werden. Empfehlungsgrad: KKP				
Bemerkung		<p>Formulierungsvorschläge/ Änderungsanträge:</p> <p><i>Bitte berücksichtigen: Differenzierung der Termini „Bedarf“ und „Bedürfnis“ → daraus leitet sich ab:</i></p> <p>Änderungsantrag 1 Ergänzen: „...am individuellen Bedarf und den Wünschen der Betroffenen...“</p> <p>Anregung: Diese Begrifflichkeit „verwässert“ die Thematik</p> <p>Zentrale Erläuterungen: Die Wünsche der Patienten berücksichtigen (im Glossar/Hintergrundtext einfließen lassen; Bedarfsbegriff definieren!) = Begriff „Bedarf“ inkludiert Wünsche und den Aushandlungsprozess/ partizipative Entscheidungsfindung</p>	8/27	26/26	1 Mitglied hat Konferenz verlassen

TOP 5: Präsentation der Evidenz zu Ansätzen der beruflichen Rehabilitation in der Behandlung schwer psychisch kranker Menschen (Prof. Dr. Steffi Riedel-Heller)

- **Präsentation:** Arbeit als wichtiger Gesundheitsfaktor (Wunsch vs. Wirklichkeit)
 - Betrachtet wurden zwei zentrale Strategien Pre-Vocational Training vs. Supported Employment (PVT vs. SE)
 - Evidenz: IPS (manualisierte Form von SE) allgemein doppelt so hohe und höhere Effekte als Kontrollgruppen (ältere Arbeiten); neuere Arbeiten erhärten Befunde: Wirksamkeit für SE („erst platzieren, dann trainieren“) im Vergleich zu anderen Interventionen nach dem Prinzip „erst trainieren, dann platzieren“ v.a. hinsichtlich der Beschäftigungsrate auf dem 1. Arbeitsmarkt und der Jobhaldedauer überlegen
 - Modini et al. 2016 zeigte Überlegenheit auch unabhängig von geografischer Lage, Arbeitslosenrate und Bruttoinlandssozialprodukt auf
 - Aktueller Cochrane Review (Suijkerbuijk 2017) zeigt Überlegenheit von SE plus Augmentationsstrategie (z.B. Training kognitiver und sozialer Fertigkeiten) und SE allein gegenüber PVT und Formen von beschützter Beschäftigung
 - Befunde aus dem deutschsprachigen Raum ebenfalls positiv hinsichtlich SE: Verweis auf Job Coach Projekt in Bern und ZhEPP Studie, EQOLISE
 - Ebenfalls positive Befunde für Effekte auf nicht-arbeitsbezogene Outcomes
- **starke und überzeugende Evidenz für SE!**

- PVT und Formen übergangsweiser Beschäftigung geringste Effektivität/Wirksamkeit (erst trainieren, dann platzieren) (Suijkerbuijk und Kollegen) + Einzelstudien (hier niedrige Evidenzlevel) = **schwache Wirksamkeitsbelege für PVT**
- **Diskussion:**
- Methodisches Problem der Übertragbarkeit der Ergebnisse nach Dtl. (vorgebracht durch Mandatsträger der BFW und BAG BTZ)
- Berufliche Wiedereingliederung wird als Therapie gesehen, obwohl es sich um ein anderes Instrumentarium und Handlungsfeld handelt. Weitere Variablenbetrachtung und –berücksichtigung von anderen Akteuren gewünscht (auch schwierig: Übertragung von internationalen Studienergebnissen auf Deutschland, Systemunterschiede haben starken Einfluss auf berufliche Wiedereingliederung, z.B. Anteil von Dienstleistungsberufen, sozialpolitische Umstände etc.) → es gibt sehr ausdifferenzierte bestehende Maßnahmen – „SE sei das vorrangige wirksame Instrument“ sei methodisch nicht durch deutsche Evidenz gestützt. → Direkte Antwort von Frau Kopp: Interventionen und Instrumente müssen differenziert werden (Erläuterung von Begrifflichkeiten)
- SE als wichtiger Impuls für die dt. Reha-Landschaft! Mischformen bestehen bereits (müssen in den Empfehlungen auftauchen. Welche Reha-Prinzipien (langfristige Begleitung, multiprof. Teams, schnell auf den Arbeitsmarkt etc.) haben sich bewährt?), dichotome Aufteilung wird der Realität nicht gerecht; Indikationsstellung schärfen (zu welchem Zeitpunkt sind welche Schritte indiziert?) → Umformulierung in Prinzipien (komplexe Interventionen, Wirksamkeit einzelner Komponenten schwer zu untersuchen); Studienideen (Frau Kopp); welche Einzelfaktoren sind wirksam → Forschungsnotwendigkeit; Kritikpunkte; Diskussion der Vorgehensweisen: wünschenswert, dass es Wahlmöglichkeiten (partizipative Entscheidungsfindung) für Betroffene gibt (Hintergrundtext); „employment“ = was ist gemeint, worauf kommt es an? Systematische Verknüpfung mit dem Arbeitsmarkt als Prinzip für Trainingszentren, Kliniken etc.; wie können die Maßnahmen/Prinzipien im Versorgungssystem implementiert werden? → Strategien benennen! Wissenschaftliche Evidenz und politische Botschaften dürfen jedoch nicht vermischt werden.
- Methodische Rückfrage an die Experten: Konkret → Wirksame Elemente werden operationalisiert (fidelity scale), im Moment lässt sich sagen, dass umso höher die Modelltreue ist, umso besser die Arbeitsraten sind; aber man kann noch nicht sagen, welche Elemente am wirksamsten sind, deshalb kann man sie nicht herausstellen
- gestuftes System für Wiedereingliederung: Besonders schwer kranke Menschen benötigen eine grundlegende Befähigung für den Kontakt zum Arbeitsmarkt (nach wie vor Kontroverse: erst über ein Training oder gleich raus auf den Arbeitsmarkt)
- große Schwierigkeit, dass Reha-Fragen aus der Akutbehandlung ausgeschlossen werden
- Übersetzung der „fidelity scale“ ins Deutsche erfolgt (Stengler et al.) : US der Nähe von Angeboten in Deutschland zum Modell von SE bzw. IPS (Äquivalenz für „job coaches“), Ziel: politische Handlungsfähigkeit herstellen (trotz Settingdiskussion → SE als Verfahren und Prinzip = hoher Stellenwert)
- Umsetzbarkeit in Deutschland: Primärer Outcome → Beschäftigung auf dem ersten/allgemeinen Arbeitsmarkt und Jobhaldedauer
- Vorgehen/Funktionen (Paradigmenwechsel) werden beschrieben (an Wirksamkeitseffekten orientiert), weniger Einrichtungsbezug, also Umsetzung der Einrichtungen ist nicht Aufgabe der LL-Gruppe (eher in integrierten Versorgungsverträgen von lokalen Partnern z.B.); an einzelne Akteure gerichtet: keine Angst vor Befürchtungen!
- Auftrag für den Hintergrundtext: Forschungsnotwendigkeiten benennen

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

	Diskutierter Empfehlungsvorschlag	Konsentiert	+	-	0
Empfehlung 1	<p>Empfehlung (NEU) Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und dem Wunsch nach einer Tätigkeit auf dem <u>ersten allgemeinen</u>* Arbeitsmarkt sollen im Rahmen der beruflichen Rehabilitation Programme mit dem Ziel einer raschen Platzierung direkt auf einem Arbeitsplatz des <u>ersten allgemeinen</u>* Arbeitsmarktes und notwendiger Unterstützung (Supported Employment) angeboten werden. Empfehlungsgrad: A, Evidenzebene: Ia</p>	*Redaktionelle Änderung	23/26	3/26	
Bemerkung		<p>Formulierungsvorschläge/ Änderungsanträge:</p> <p>Ändern: „Tätigkeit“ statt „Arbeitsplatz“</p> <p>Ergänzen: ...“psychiatrische und berufsrehabilitative Dienste sollen im hohen Maß integriert werden. Und es soll eine langfristige Betreuung/Begleitung am Arbeitsplatz angeboten werden“... <i>(direkt in die Empfehlung aufnehmen plus in weiterführenden Hinweisen begründen durch Handlungsbedarf nicht bessere Wirksamkeit als andere Elemente)</i></p> <p>➔ Alternative: Nur in weiterführenden Hinweisen: besonderer Handlungs- und Umsetzungsbedarf</p> <p>... und Im Glossar „supportive employment“ erklären.</p> <p>Ändern: Empfehlungsgrad herunterstufen: Statt A → B</p> <p>Begründung: Übertragbarkeit ins deutsche Gesundheitssystem</p>	4/26	20/26	2/26
			5/26	20/26	1/26
			20/26	4/26	2/26
			7/26	16/26	3/26

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

		→ Im Hintergrundtext ergänzen: Forschungsbedarf, Anwendbarkeit/Übertragbarkeit in Deutschland	26/26	26	26
	Diskutierter Empfehlungsvorschlag	Konsentiert	+	-	0
Empfehlung 2	Empfehlung (NEU) 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 <u>ersten allgemeinen</u> Arbeitsmarkt bedeutsam. Ziel ist die Platzierung auf dem <u>ersten-allg-emeinen</u> Arbeitsmarkt mit Unterstützung. Empfehlungsgrad: B, Evidenzebene: IIa-III* <i>* Evidenzebene bezieht sich auf Studien, in denen PVT gegen Standardbehandlung verglichen wurden.</i>		26/26		
Bemerkung		Formulierungsvorschläge/ Änderungsanträge: Für den Hintergrundtext ergänzen: Forschungsbedarf zu Einzelinterventionen aufzeigen Für Update: Suchstrategie prüfen; z. B. WFBM mitnehmen (deutsche Versorgungsformen berücksichtigen); differenziertere Betrachtungen nötig!	26/26		
	Diskutierter Empfehlungsvorschlag	Konsentiert	+	-	0
Empfehlung 3	Empfehlung (NEU) 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*. Empfehlungsgrad: B, Evidenzebene: Ib <i>* Effektivitätsnachweise für Augmentationsstrategien im Rahmen von SE liegen bisher insbesondere für das Training kognitiver und sozialer</i>		25/25		

Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report

	Fertigkeiten vor.				
Bemerkung		Formulierungsvorschläge/ Änderungsanträge: Kurzer Diskussionseinwurf: Bitte im Hintergrundtext ergänzen: Für Erkrankte aus dem schizophrenen Formenkreis... <i>Hier verebbte die Diskussion und die Bedarfsdebatte flammte wieder auf; die vorher durchgeführte Änderung der Empfehlung 3 von Bedarfe nach „des individuellen Bedarfs“ wurde wieder rückgängig gemacht.</i> Abstimmungsergebnis: Bedarfe: 12/25 Bedarf: 10/25 Enthaltung: 3/25 Bereich Gemeindepsychiatrische Versorgung			
	Diskutierter Empfehlungsvorschlag	Konsentiert	+	-	0
Empfehlung 4	Empfehlung 14 (2012 mod): Die berufliche Rehabilitation schwer psychisch kranker Menschen sollte noch stärker darauf ausgerichtet werden, den Arbeitsplatzverlust zu vermeiden. Dazu bedarf es beim Auftreten psychischer Erkrankungen eines frühzeitigen Einbezuges entsprechender Dienste bzw. Hilfen. Empfehlungsgrad: KKP		25/25		
Bemerkung		Formulierungsvorschläge/ Änderungsanträge: Änderung/streichen: „noch stärker“	22/25	0/25	3/25
	Diskutierter Empfehlungsvorschlag	Konsentiert	+	-	0
Empfehlung 5	Empfehlung 15 (2012): 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 betriebliche und sonstige Ausbildungsangebote wohnortnah und mit entsprechenden flankierenden Unterstützungsangeboten zur Verfügung stehen. Empfehlungsgrad: KKP		23/24	0/24	1/24
Bemerkung		Formulierungsvorschläge/			

		Änderungsanträge: Änderung/hinzufügen: „betriebliche, schulische, akademische und besondere Ausbildungsangebote“ Anregung für den Hintergrundtext: bitte auch rehabilitative Aspekte ansprechen.	24/24		
--	--	---	-------	--	--

- Änderungsanträge für „Grüne Kästen“:
- in Textzeile 4 ist „ARGE“ durch „JobCenter“ zu ersetzen, da bundesweit letzterer der seit einigen Jahren einheitliche Begriff ist (BAG BTZ und der BV BFW)
- der letzte Satz (Ausbau SE prioritär) ist zu streichen und zu ersetzen (mit eigenem Absatz) durch:
 „Da in Deutschland die Evidenzlage zur beruflicher Rehabilitation insgesamt praktisch nonexistent ist, muss durch eine großangelegte Studie untersucht werden, welche der differenzierten Reha-Leistungen bei welcher Fallkonstellation mehr bzw. weniger geeignet ist. Dabei sollte auch eine an das internationale SE (IPS) – Konzept angenäherte Variante der Unterstützten Beschäftigung mit eingeschlossen sein.“ (BAG BTZ und der BV BFW)
- Im Nachtrag schriftlich erfolgt: Wir beantragen den letzten Satz „Der Ausbau des Ansatzes nach den Prinzipien von SE soll prioritär befördert und flächendeckend umgesetzt werden“ zu streichen oder zu erläutern, welche SE Prinzipien hier gemeint sind. Wir befürchten sonst eine verkürzte Lesart von Kostenträgern, die Maßnahmeart „Unterstützte Beschäftigung“ flächendeckend zu installieren. Wichtige Impulse des SE für die deutsche Rehalandschaft würden damit verloren gehen. (BAG RPK)

TOP 6: Präsentation der Evidenz zu psychoedukativen Ansätzen in der Behandlung schwer psychisch kranker Menschen (Dr. Uta Gühne)

- Überprüfen hinsichtlich Bundesteilhabegesetz, neue Paragraphen hinzufügen, Anmerkung zum Hintergrundtext: Konflikt zu Recovery und Empowerment, sehr allg. Formulierungen in den Empfehlungen → Diskussionsbedarf (Abstimmung kann heute nicht mehr geleistet werden)
- Stichpunkte für den Hintergrundtext/Arbeitsanregungen:
 - Partizipative Entscheidungsfindung/shared decision making
 - Abgrenzung psychosoziale
Therapien/Familieninterventionen/KVT/Einzelinterventionen/Psychotherapie
 - Health Literacy
 - Wer bietet Psychoedukation an? Ärztlich Führung, Pflegepersonal... →
Schulungsmöglichkeiten
 - Anlehnung/Orientierung an das Handbuch PE
 - Trennung: Evidenzgrundlage und Umsetzungspraxis
 - Forschungsbedarf hinsichtlich Angebote für andere Berufsgruppen
(Orientierungsgebende Recherche)
 - Sprachliche Vorschläge:
 - Statt „Muttersprachler“ (unzureichend) → „Sprach- und Kulturmittler“; bzw. „in ihrer Muttersprache“ hinzufügen
 - „unter Berücksichtigung von sprach- und kulturspezifische Aspekte“ hinzufügen

*Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report*

- Terminus: „primärsprachlich“

➔ Was gehört in die Empfehlung und was in den Hintergrundtext?

Frage: Sind die derzeitigen psychoedukativen Manuale geeignet, in interkulturellen Kontexten angewendet zu werden?

Auftrag an das Autorenteam: Unterkapitel zu Kultur/Krankheitsverständnis

- Hinzufügen: „unter Berücksichtigung des kulturellen und sprachlichen Hintergrunds“
- Aufbau eines Gesundheitsportals in Deutschland (Informationsaufbereitung in unterschiedlichen Sprachen)
- Grundsätzliche Frage: Dieser Aspekt müsste für alle Empfehlungen/Kapitel berücksichtigt werden (nicht nur Psychoedukation), Idee: Schnittstellenkapitel „Migration“
- Ziel der Psychoedukation: Vermittlung von Leitlinien/Krankheits-/Gesundheitswissen... (Stichwort: Patientenuniversität)
- Terminus „Eduktion“ kann auch diskutiert werden
- Barrierefreiheit? Leichte Sprache!
- Stichwort „Selbsthilfebedarf“ (Information ≠ nur Psychoedukation, sondern muss im gesamten Behandlungsprozess gegeben werden), als gemeinsame Wissenserarbeitung/Krankheitsbewältigung (Begriffe „verwässern“) → klare Definition besteht und wurde für die Forschungsevidenzerarbeitung genutzt

	Diskutierter Empfehlungsvorschlag	Konsentiert	+	-	0
Empfehlung 1	<p>Empfehlung (2012): 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 vermittelt zu bekommen. Die Informiertheit des Patienten ist Grundlage kooperativer klinischer Entscheidungsfindung und Voraussetzung gesundheitsfördernden Verhaltens. Menschen mit Migrationshintergrund sollten diese Informationen in ihrer Muttersprache erhalten können. Empfehlungsgrad: KKP</p>				
Bemerkung		Weitere Formulierungsvorschläge/ Änderungsanträge:			
	Diskutierter Empfehlungsvorschlag	Konsentiert	+	-	0
Empfehlung 2	<p>Empfehlung (NEU): Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen soll zur Verbesserung des Behandlungsergebnisses und Krankheitsverlaufs eine strukturierte Psychoedukation im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes ausreichend lange und möglichst in</p>				

	Gruppen angeboten werden. Angehörige sollen in die psychoedukative Behandlung einbezogen werden. Empfehlungsgrad: A, Evidenzebene: Ia				
Bemerkung		Weitere: Formulierungsvorschläge/ Änderungsanträge:			

Abstimmungsergebnisse mittels Delphi-Technik „Psychoedukation“ (Dezember 2017)

Bei einer Rücklaufquote von 79% gab es eine **97%ige Zustimmung** zu folgender Empfehlung:

Empfehlung 20 (2012 mod):

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.

Empfehlungsgrad: KKP

Das entspricht einem **starken Konsens**.

Bei einer Rücklaufquote von 77% gab es eine **91%ige Zustimmung** zu folgender Empfehlung:

Empfehlung (NEU):

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.

Empfehlungsgrad: A, Evidenzebene: Ia

Das entspricht einem **Konsens**.

Bei einer Rücklaufquote von 77% gab es eine **97%ige Zustimmung** zu folgender Empfehlung:

Empfehlung 21 (2012 mod.):

Informationsvermittlung und –austausch mit dem Ziel der Förderung der Krankheitsverarbeitung und Verbesserung des Krankheitsverlaufs kann auch im Rahmen von Trialogforen und Psychoseseminaren angeboten werden.

Empfehlungsgrad: KKP

Das entspricht einem **starken Konsens**.

Abstimmungsergebnisse mittels Delphi-Technik „Peer-Support“ (März bis April 2018)

Bei einer Rücklaufquote von 71 % gab es eine **93 %ige Zustimmung** zu folgender Empfehlung:

Empfehlung (NEU):

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: Ib, Empfehlungsstärke: B

** Im deutschsprachigen Raum wird der Begriff Genesungsbegleiter oder Experte 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.*

Ergebnis der Abstimmung: Konsens

Abstimmungsergebnisse mittels Delphi-Technik „Recovery“ (April bis Mai 2018)

Bei einer Rücklaufquote von 69 % gab es unter Berücksichtigung von Änderungsvorschlägen eine **100 %ige Zustimmung** zu folgender Empfehlung:

Empfehlung (NEU):

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 Aushandlungsprozessen ist.

Das entspricht einem **starken Konsens**.

Anlage J Zusammenfassung und Bewertung aus der Erklärung von Interessenkonflikten⁴²

Erhebung von Interessenkonflikten zu Beginn des Prozesses/vor erster Konsensuskonferenz

Leitlinie: S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen.						
1. Erhebung mit Beginn des Updates						
Steuergruppe						
		Thomas Becker	Steffi Riedel- Heller	Stefan Weinmann	Uta Gühne	Daniel Richter
1	Berater- bzw. Gutachtertätigkeit oder bezahlte Mitarbeit in einem wissenschaftlichen Beirat eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft (z.B. Arzneimittelindustrie, Medizinproduktindustrie), eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	Ja Cineca, Inter- University Consortium, Casalecchio di Reno (Italien)	Nein	Nein	Nein	Nein
2	Honorare für Vortrags- und Schulungstätigkeiten oder bezahlte Autoren- oder Co-Autorenschaften im Auftrag eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
3	Finanzielle Zuwendungen (Drittmittel) für Forschungsvorhaben oder direkte Finanzierung von Mitarbeitern der Einrichtung von Seiten eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	Ja DGPPN, Berlin; AOK Bundesverband Oberbayern (Drittmittel für Forschungsvorha- ben)	Ja Forschung sprojekte gefördert vom AOK- Bundesver- band (GKV)	Nein	Nein	Nein
4	Eigentümerinteresse an Arzneimitteln/Medizinprodukten (z. B. Patent, Urheberrecht, Verkaufslizenz)	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
5	Besitz von Geschäftsanteilen, Aktien, Fonds mit Beteiligung von Unternehmen der Gesundheitswirtschaft	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
6	Persönliche Beziehungen zu einem Vertretungsberechtigten eines Unternehmens Gesundheitswirtschaft	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
7	Mitglied von in Zusammenhang mit der Leitlinienentwicklung relevanten Fachgesellschaften/Berufsverbänden, Mandatsträger im Rahmen der Leitlinienentwicklung	Ja DGPPN (Vorstand), EPA, Aktion psychisch Kranke	Ja DGPPN, Vorstand	Nein	Nein	Nein

⁴² Es wurde darauf geachtet, dass vor aktueller strukturierter Konsensusfindung mind. eine Erklärung durch den anwesenden Vertreter vorlag

*Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report*

8	Politische, akademische (z.B. Zugehörigkeit zu bestimmten „Schulen“), wissenschaftliche oder persönliche Interessen, die mögliche Konflikte begründen könnten	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
9	Gegenwärtiger Arbeitgeber, relevante frühere Arbeitgeber der letzten 3 Jahre	<i>Universitätsklinikum Ulm, Bezirkskrankenhaus Schwaben (BKS)</i>	<i>UNI Leipzig, ISAP</i>	<i>Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel (UPK), Vivantes Klinikum Am Urban in Berlin, 2014-2015</i>	<i>UNI Leipzig, ISAP</i>	<i>UNI Leipzig, ISAP</i>
	Bewertung	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein

Leitlinie: S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Update						
1. Erhebung mit Beginn des Updates						
Konsensus- und Expertengruppe						
		<i>Claudia Birkenheier (ACKPA)</i>	<i>Reinhard Peukert (APK)</i>	<i>Nils Greve (APK)</i>	<i>Reinald Faß (BFW, BAG BTZ)</i>	<i>Heiko Kilian (BAG BTZ)</i>
1	Berater- bzw. Gutachtertätigkeit oder bezahlte Mitarbeit in einem wissenschaftlichen Beirat eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft (z.B. Arzneimittelindustrie, Medizinproduktindustrie), eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
2	Honorare für Vortrags- und Schulungstätigkeiten oder bezahlte Autoren- oder Co-Autorenschaften im Auftrag eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
3	Finanzielle Zuwendungen (Drittmittel) für Forschungsvorhaben oder direkte Finanzierung von Mitarbeitern der Einrichtung von Seiten eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
4	Eigentümerinteresse an Arzneimitteln/Medizinprodukten (z. B. Patent, Urheberrecht, Verkaufslizenz)	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
5	Besitz von Geschäftsanteilen, Aktien, Fonds mit Beteiligung von Unternehmen	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein

*Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report*

	der Gesundheitswirtschaft					
6	Persönliche Beziehungen zu einem Vertretungsberechtigten eines Unternehmens Gesundheitswirtschaft	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
7	Mitglied von in Zusammenhang mit der Leitlinienentwicklung relevanten Fachgesellschaften/Berufsverbänden, Mandatsträger im Rahmen der Leitlinienentwicklung	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja
8	Politische, akademische (z.B. Zugehörigkeit zu bestimmten „Schulen“), wissenschaftliche oder persönliche Interessen, die mögliche Konflikte begründen könnten	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
9	Gegenwärtiger Arbeitgeber, relevante frühere Arbeitgeber der letzten 3 Jahre	<i>SHG-Kliniken Völklingen</i>	-	GpG NRW gGmbH (gegenwärtig) Psychosozialer Trägerverein Solingen e.V. (bis 31.10.2016)	<i>BFW Berlin-Brandenburg e.V.</i>	BTZ Rhein-Neckar SRH Holding
	Bewertung	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein

Leitlinie: S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Update Konsensus- und Expertengruppe						
		<i>Matthias Rosemann (BAG GPV)</i>	<i>Dirk Richter</i>	<i>Ulrich Elbling (BAG KT)</i>	<i>Cornelia Schumacher (BAG KT)</i>	<i>Annette Theißing (BAG RPK)</i>
1	Berater- bzw. Gutachtertätigkeit oder bezahlte Mitarbeit in einem wissenschaftlichen Beirat eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft (z.B. Arzneimittelindustrie, Medizinproduktindustrie), eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
2	Honorare für Vortrags- und Schulungstätigkeiten oder bezahlte Autoren- oder Co-Autorenschaften im Auftrag eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein

*Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report*

3	Finanzielle Zuwendungen (Drittmittel) für Forschungsvorhaben oder direkte Finanzierung von Mitarbeitern der Einrichtung von Seiten eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein
4	Eigentümerinteresse an Arzneimitteln/Medizinprodukten (z. B. Patent, Urheberrecht, Verkaufslizenz)	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
5	Besitz von Geschäftsanteilen, Aktien, Fonds mit Beteiligung von Unternehmen der Gesundheitswirtschaft	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
6	Persönliche Beziehungen zu einem Vertretungsberechtigten eines Unternehmens Gesundheitswirtschaft	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
7	Mitglied von in Zusammenhang mit der Leitlinienentwicklung relevanten Fachgesellschaften/Berufsverbänden, Mandatsträger im Rahmen der Leitlinienentwicklung	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja
8	Politische, akademische (z.B. Zugehörigkeit zu bestimmten „Schulen“), wissenschaftliche oder persönliche Interessen, die mögliche Konflikte begründen könnten	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
9	Gegenwärtiger Arbeitgeber, relevante frühere Arbeitgeber der letzten 3 Jahre	<i>Träger GmbH, Berlin</i>	<i>UPD Bern Bernener FH</i>	<i>Hochschule für Wirtschaft und Umwelt, Hochschule für Kunsttherapie Nürtingen</i>	<i>Selbständige Kunsttherapeutin</i>	<i>beta-REHA, Hannover</i>
	Bewertung	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein

Leitlinie: S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Update Konsensus- und Expertengruppe						
		<i>Sabine Kreß (BAG RPK)</i>	<i>Holger Mangold (BAG UB)</i>	<i>Jörg Bungart (BAG UB)</i>	<i>Wolfgang Schrank (BAG WfbM)</i>	<i>Gudrun Schlieben-er (BApK)</i>
1	Berater- bzw. Gutachtertätigkeit oder bezahlte Mitarbeit in einem wissenschaftlichen Beirat eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft (z.B. Arzneimittelindustrie, Medizinproduktindustrie), eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein

*Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report*

2	Honorare für Vortrags- und Schulungstätigkeiten oder bezahlte Autoren- oder Co-Autorenschaften im Auftrag eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
3	Finanzielle Zuwendungen (Drittmittel) für Forschungsvorhaben oder direkte Finanzierung von Mitarbeitern der Einrichtung von Seiten eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
4	Eigentümerinteresse an Arzneimitteln/Medizinprodukten (z. B. Patent, Urheberrecht, Verkaufslizenz)	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
5	Besitz von Geschäftsanteilen, Aktien, Fonds mit Beteiligung von Unternehmen der Gesundheitswirtschaft	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
6	Persönliche Beziehungen zu einem Vertretungsberechtigten eines Unternehmens Gesundheitswirtschaft	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
7	Mitglied von in Zusammenhang mit der Leitlinienentwicklung relevanten Fachgesellschaften/Berufsverbänden, Mandatsträger im Rahmen der Leitlinienentwicklung	Ja	Ja	Ja	Ja	Nein
8	Politische, akademische (z.B. Zugehörigkeit zu bestimmten „Schulen“), wissenschaftliche oder persönliche Interessen, die mögliche Konflikte begründen könnten	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
9	Gegenwärtiger Arbeitgeber, relevante frühere Arbeitgeber der letzten 3 Jahre	<i>Vitos Kurhessen, Vitos Hochtaunus</i>	<i>Lebenshilfe Erlangen</i>	<i>BAG UB</i>	<i>Gemeinnützige Gesellschaft für Bildung und berufliche Integration mbH</i>	-
	Bewertung	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein

Leitlinie: S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Update Konsensus- und Expertengruppe						
		<i>Sabine Weißflog (BAPP)</i>	<i>Hermann Elgeti</i>	<i>Gerhard Längle (BDK)</i>	<i>Eva Maria Stein (BDP)</i>	<i>Rainer Kleßmann (BFLK)</i>
1	Berater- bzw. Gutachtertätigkeit oder bezahlte Mitarbeit in einem wissenschaftlichen Beirat eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft (z.B.	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein

*Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report*

	Arzneimittelindustrie, Medizinproduktindustrie), eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung					
2	Honorare für Vortrags- und Schulungstätigkeiten oder bezahlte Autoren- oder Co-Autorenschaften im Auftrag eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
3	Finanzielle Zuwendungen (Drittmittel) für Forschungsvorhaben oder direkte Finanzierung von Mitarbeitern der Einrichtung von Seiten eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
4	Eigentümerinteresse an Arzneimitteln/Medizinprodukten (z. B. Patent, Urheberrecht, Verkaufslizenz)	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
5	Besitz von Geschäftsanteilen, Aktien, Fonds mit Beteiligung von Unternehmen der Gesundheitswirtschaft	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
6	Persönliche Beziehungen zu einem Vertretungsberechtigten eines Unternehmens Gesundheitswirtschaft	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
7	Mitglied von in Zusammenhang mit der Leitlinienentwicklung relevanten Fachgesellschaften/Berufsverbänden, Mandatsträger im Rahmen der Leitlinienentwicklung	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
8	Politische, akademische (z.B. Zugehörigkeit zu bestimmten „Schulen“), wissenschaftliche oder persönliche Interessen, die mögliche Konflikte begründen könnten	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
9	Gegenwärtiger Arbeitgeber, relevante frühere Arbeitgeber der letzten 3 Jahre	<i>Frankfurt University of Applied Science</i>	<i>Region Hannover Dezernat für soziale Infrastruktur Stabsstelle Sozialplanung</i>	<i>ZfP Südwürttemberg, AöR</i>	<i>LVR Klinik Langenfeld</i>	<i>Ev. Krankenhaus Bielefeld</i>
	Bewertung	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein

*Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report*

Leitlinie: S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Update Konsensus- und Expertengruppe						
		<i>Frank Vilsmeier (BFLK)</i>	<i>Wolfgang Mastnack (Berufs- verband KT)</i>	<i>Karl Hörmann (Berufs- verband KT)</i>	<i>Ruth Fricke (BPE)</i>	<i>Nikolaus Melcop (BPtK)</i>
1	Berater- bzw. Gutachtertätigkeit oder bezahlte Mitarbeit in einem wissenschaftlichen Beirat eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft (z.B. Arzneimittelindustrie, Medizinproduktindustrie), eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
2	Honorare für Vortrags- und Schulungstätigkeiten oder bezahlte Autoren- oder Co-Autorenschaften im Auftrag eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
3	Finanzielle Zuwendungen (Drittmittel) für Forschungsvorhaben oder direkte Finanzierung von Mitarbeitern der Einrichtung von Seiten eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
4	Eigentümerinteresse an Arzneimitteln/Medizinprodukten (z. B. Patent, Urheberrecht, Verkaufslizenz)	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
5	Besitz von Geschäftsanteilen, Aktien, Fonds mit Beteiligung von Unternehmen der Gesundheitswirtschaft	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
6	Persönliche Beziehungen zu einem Vertretungsberechtigten eines Unternehmens Gesundheitswirtschaft	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
7	Mitglied von in Zusammenhang mit der Leitlinienentwicklung relevanten Fachgesellschaften/Berufsverbänden, Mandatsträger im Rahmen der Leitlinienentwicklung	Ja	Ja	Ja	Nein	Ja
8	Politische, akademische (z.B. Zugehörigkeit zu bestimmten „Schulen“), wissenschaftliche oder persönliche Interessen, die mögliche Konflikte begründen könnten	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
9	Gegenwärtiger Arbeitgeber, relevante frühere Arbeitgeber der letzten 3 Jahre	<i>Psychiatrisches Zentrum, Rickling</i>	<i>Hochschule für Musik und Theater München</i>	<i>Emeritus</i>	-	<i>eigene Praxis</i>

*Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report*

Bewertung	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
------------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------

Leitlinie: S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Update Konsensus- und Expertengruppe						
		<i>Tina Wessels (BPTK)</i>	<i>Sabine Köhler (BVDN)</i>	<i>Roland Urban (BVDN)</i>	<i>Oliver Binasch (BVDP)</i>	<i>Peter- Christian Vogel (BVDP)</i>
1	Berater- bzw. Gutachtertätigkeit oder bezahlte Mitarbeit in einem wissenschaftlichen Beirat eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft (z.B. Arzneimittelindustrie, Medizinproduktindustrie), eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
2	Honorare für Vortrags- und Schulungstätigkeiten oder bezahlte Autoren- oder Co-Autorenschaften im Auftrag eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	Nein	Ja	Nein	Nein	Nein
3	Finanzielle Zuwendungen (Drittmittel) für Forschungsvorhaben oder direkte Finanzierung von Mitarbeitern der Einrichtung von Seiten eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
4	Eigentümerinteresse an Arzneimitteln/Medizinprodukten (z. B. Patent, Urheberrecht, Verkaufslizenz)	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
5	Besitz von Geschäftsanteilen, Aktien, Fonds mit Beteiligung von Unternehmen der Gesundheitswirtschaft	Nein	Nein	Nein	Ja	Ja
6	Persönliche Beziehungen zu einem Vertretungsberechtigten eines Unternehmens Gesundheitswirtschaft	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
7	Mitglied von in Zusammenhang mit der Leitlinienentwicklung relevanten Fachgesellschaften/Berufsverbänden, Mandatsträger im Rahmen der Leitlinienentwicklung	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja
8	Politische, akademische (z.B. Zugehörigkeit zu bestimmten „Schulen“), wissenschaftliche oder persönliche Interessen, die mögliche Konflikte begründen könnten	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein

*Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report*

9	Gegenwärtiger Arbeitgeber, relevante frühere Arbeitgeber der letzten 3 Jahre	<i>BPtK Berlin</i>	<i>KV-Sitz</i>	<i>keine</i>	<i>Eigene Praxis</i>	<i>Eigene Praxis</i>
	Bewertung	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein

Leitlinie: S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Update Konsensus- und Expertengruppe						
		<i>Erika Goez- Erdmann (Bvvp)</i>	<i>Knut Schnell (DGBP)</i>	<i>Ursula Berninger (DGBP)</i>	<i>Beate Baum- garte (DGGPP)</i>	<i>Renate Scheper (DGKJP)</i>
1	Berater- bzw. Gutachtertätigkeit oder bezahlte Mitarbeit in einem wissenschaftlichen Beirat eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft (z.B. Arzneimittelindustrie, Medizinproduktindustrie), eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	Nein	Ja	Nein	Nein	Nein
2	Honorare für Vortrags- und Schulungstätigkeiten oder bezahlte Autoren- oder Co-Autorenschaften im Auftrag eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
3	Finanzielle Zuwendungen (Drittmittel) für Forschungsvorhaben oder direkte Finanzierung von Mitarbeitern der Einrichtung von Seiten eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
4	Eigentümerinteresse an Arzneimitteln/Medizinprodukten (z. B. Patent, Urheberrecht, Verkaufslizenz)	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
5	Besitz von Geschäftsanteilen, Aktien, Fonds mit Beteiligung von Unternehmen der Gesundheitswirtschaft	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja
6	Persönliche Beziehungen zu einem Vertretungsberechtigten eines Unternehmens Gesundheitswirtschaft	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja
7	Mitglied von in Zusammenhang mit der Leitlinienentwicklung relevanten Fachgesellschaften/Berufsverbänden, Mandatsträger im Rahmen der Leitlinienentwicklung	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

*Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report*

8	Politische, akademische (z.B. Zugehörigkeit zu bestimmten „Schulen“), wissenschaftliche oder persönliche Interessen, die mögliche Konflikte begründen könnten	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja
9	Gegenwärtiger Arbeitgeber, relevante frühere Arbeitgeber der letzten 3 Jahre	<i>eigene Praxis</i>	<i>Universitäts-klinikum Heidelberg</i>	<i>Universitäts-klinikum für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Würzburg</i>	<i>Klinikum Oberberg GmbH</i>	<i>ZAP Südwürttemberg (AÖR)</i>
	Bewertung	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein

Leitlinie: S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Update Konsensus- und Expertengruppe						
		<i>Josef Bäuml (DGPE)</i>	<i>Gabi Pitschel-Walz (DGPE)</i>	<i>Elmar Etzersdorfer (DGS)</i>	<i>Barbara Schneider (DGS)</i>	<i>Christel Achberger (DGSP)</i>
1	Berater- bzw. Gutachtertätigkeit oder bezahlte Mitarbeit in einem wissenschaftlichen Beirat eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft (z.B. Arzneimittelindustrie, Medizinproduktindustrie), eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein
2	Honorare für Vortrags- und Schulungstätigkeiten oder bezahlte Autoren- oder Co-Autorenschaften im Auftrag eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	Ja	Ja	Nein	Nein	Nein
3	Finanzielle Zuwendungen (Drittmittel) für Forschungsvorhaben oder direkte Finanzierung von Mitarbeitern der Einrichtung von Seiten eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	Ja	Nein	Nein	Ja	Nein
4	Eigentümerinteresse an Arzneimitteln/Medizinprodukten (z. B. Patent, Urheberrecht, Verkaufslizenz)	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
5	Besitz von Geschäftsanteilen, Aktien, Fonds mit Beteiligung von Unternehmen der Gesundheitswirtschaft	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein

*Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report*

6	Persönliche Beziehungen zu einem Vertretungsberechtigten eines Unternehmens Gesundheitswirtschaft	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
7	Mitglied von in Zusammenhang mit der Leitlinienentwicklung relevanten Fachgesellschaften/Berufsverbänden, Mandatsträger im Rahmen der Leitlinienentwicklung	Ja	Ja	Ja	Nein	Ja
8	Politische, akademische (z.B. Zugehörigkeit zu bestimmten „Schulen“), wissenschaftliche oder persönliche Interessen, die mögliche Konflikte begründen könnten	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
9	Gegenwärtiger Arbeitgeber, relevante frühere Arbeitgeber der letzten 3 Jahre	Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Klinikum rechts der Isar, TU München	<i>Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, TU München</i>	<i>Furtbach-krankenhaus Stuttgart</i>	<i>LVR Klinik Köln</i>	
	Bewertung	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein

Leitlinie: S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Update Konsensus- und Expertengruppe						
		<i>Silvia Krumm (DGSP)</i>	<i>Heribert Fleischmann (DHS)</i>	<i>Raphael Gaßmann (DHS)</i>	<i>Meryam Schouler-Ocak (DTGPP)</i>	<i>Eckhardt Koch (DTGPP)</i>
1	Berater- bzw. Gutachtertätigkeit oder bezahlte Mitarbeit in einem wissenschaftlichen Beirat eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft (z.B. Arzneimittelindustrie, Medizinproduktindustrie), eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
2	Honorare für Vortrags- und Schulungstätigkeiten oder bezahlte Autoren- oder Co-Autorenschaften im Auftrag eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
3	Finanzielle Zuwendungen (Drittmittel) für Forschungsvorhaben oder direkte Finanzierung von Mitarbeitern der Einrichtung von Seiten eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell	Nein	Nein	Ja	Nein	Nein

*Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report*

	orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung					
4	Eigentümerinteresse an Arzneimitteln/Medizinprodukten (z. B. Patent, Urheberrecht, Verkaufslizenz)	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
5	Besitz von Geschäftsanteilen, Aktien, Fonds mit Beteiligung von Unternehmen der Gesundheitswirtschaft	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
6	Persönliche Beziehungen zu einem Vertretungsberechtigten eines Unternehmens Gesundheitswirtschaft	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
7	Mitglied von in Zusammenhang mit der Leitlinienentwicklung relevanten Fachgesellschaften/Berufsverbänden, Mandatsträger im Rahmen der Leitlinienentwicklung	Ja	Nein	Nein	Ja	Nein
8	Politische, akademische (z.B. Zugehörigkeit zu bestimmten „Schulen“), wissenschaftliche oder persönliche Interessen, die mögliche Konflikte begründen könnten	Nein	Ja	Nein	Nein	Nein
9	Gegenwärtiger Arbeitgeber, relevante frühere Arbeitgeber der letzten 3 Jahre	<i>UNI Ulm, Klinik f. Psychiatrie Günzburg Hochschule Fulda, Fachbereich Sozialwesen</i>	<i>Medbo GmbH</i>		<i>Charité Universitäts- medizin Berlin</i>	<i>Vitos Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Marburg</i>
	Bewertung	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein

Leitlinie: S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Update Konsensus- und Expertengruppe						
		<i>Andreas Pfeiffer (DVE)</i>	<i>Werner Höhl (DVE)</i>	<i>Gerd Hölter (DVGS)</i>	<i>Katharina Alexan- dridis (DVGS)</i>	<i>Tilman Steinert</i>
1	Berater- bzw. Gutachtertätigkeit oder bezahlte Mitarbeit in einem wissenschaftlichen Beirat eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft (z.B. Arzneimittelindustrie, Medizinproduktindustrie), eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein

*Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report*

2	Honorare für Vortrags- und Schulungstätigkeiten oder bezahlte Autoren- oder Co-Autorenschaften im Auftrag eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
3	Finanzielle Zuwendungen (Drittmittel) für Forschungsvorhaben oder direkte Finanzierung von Mitarbeitern der Einrichtung von Seiten eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	Nein	Nein	Nein	Ja	Ja
4	Eigentümerinteresse an Arzneimitteln/Medizinprodukten (z. B. Patent, Urheberrecht, Verkaufslizenz)	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
5	Besitz von Geschäftsanteilen, Aktien, Fonds mit Beteiligung von Unternehmen der Gesundheitswirtschaft	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
6	Persönliche Beziehungen zu einem Vertretungsberechtigten eines Unternehmens Gesundheitswirtschaft	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
7	Mitglied von in Zusammenhang mit der Leitlinienentwicklung relevanten Fachgesellschaften/Berufsverbänden, Mandatsträger im Rahmen der Leitlinienentwicklung	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
8	Politische, akademische (z.B. Zugehörigkeit zu bestimmten „Schulen“), wissenschaftliche oder persönliche Interessen, die mögliche Konflikte begründen könnten	Nein	Nein	Ja	Nein	Nein
9	Gegenwärtiger Arbeitgeber, relevante frühere Arbeitgeber der letzten 3 Jahre	<i>LVR-Klinikum Düsseldorf</i>	<i>Landschaftsverbund Rheinland, LVR</i>	<i>bis 2012: TU Dortmund, Fak für Rehabilitationswissenschaft</i>	<i>Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg</i>	<i>Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg</i>
	Bewertung	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein

Leitlinie: S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Update Konsensus- und Expertengruppe					
	<i>Holger Höhmann (VKD)</i>	<i>Klaus Kupfer (VKD)</i>	<i>Nicolas Nowack (Berufsverband Soziotherapeuten)</i>	<i>Hansgeorg Ließem (Berufsverband Soziotherapeuten)</i>	<i>Petra Godel-Erhardt (Dachverband Gemeindepsychiatrie)</i>

*Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report*

)
1	Berater- bzw. Gutachtertätigkeit oder bezahlte Mitarbeit in einem wissenschaftlichen Beirat eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft (z.B. Arzneimittelindustrie, Medizinproduktindustrie), eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
2	Honorare für Vortrags- und Schulungstätigkeiten oder bezahlte Autoren- oder Co-Autorenschaften im Auftrag eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
3	Finanzielle Zuwendungen (Drittmittel) für Forschungsvorhaben oder direkte Finanzierung von Mitarbeitern der Einrichtung von Seiten eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
4	Eigentümerinteresse an Arzneimitteln/Medizinprodukten (z. B. Patent, Urheberrecht, Verkaufslizenz)	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
5	Besitz von Geschäftsanteilen, Aktien, Fonds mit Beteiligung von Unternehmen der Gesundheitswirtschaft	Nein	Nein	Ja	Nein	Nein
6	Persönliche Beziehungen zu einem Vertretungsberechtigten eines Unternehmens Gesundheitswirtschaft	Nein	Nein	Ja	Nein	Nein
7	Mitglied von in Zusammenhang mit der Leitlinienentwicklung relevanten Fachgesellschaften/Berufsverbänden, Mandatsträger im Rahmen der Leitlinienentwicklung	Ja	Ja	Ja	Ja	Nein
8	Politische, akademische (z.B. Zugehörigkeit zu bestimmten „Schulen“), wissenschaftliche oder persönliche Interessen, die mögliche Konflikte begründen könnten	Nein	Ja	Nein	Nein	Nein
9	Gegenwärtiger Arbeitgeber, relevante frühere Arbeitgeber der letzten 3 Jahre	<i>Landschaftsverband Rheinland, LVR-Klinik Langenfeld</i>	<i>bis 08/2015 Klinikum Weissenhof, Zentrum für Psychiatrie Weinsberg</i>	<i>selbständig, KV Sachsen-Anhalt, ZSP Dr. Nowack GmbH</i>		<i>AG psychisch Kranker e.V. Hürth</i>

*Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report*

Bewertung	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
------------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------

Leitlinie: S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Update Konsensus- und Expertengruppe						
		<i>Michael Konrad (Dach- verband Gemeinde- psychiatrie)</i>	<i>Bertram Sellner (BAG IF)</i>	<i>Monika Zimmer- mann (BAG IF)</i>	<i>Walter Krug (BAG BBW)</i>	<i>Carsten Hoffmann (LVPE RLP)</i>
1	Berater- bzw. Gutachtertätigkeit oder bezahlte Mitarbeit in einem wissenschaftlichen Beirat eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft (z.B. Arzneimittelindustrie, Medizinproduktindustrie), eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
2	Honorare für Vortrags- und Schulungstätigkeiten oder bezahlte Autoren- oder Co-Autorenschaften im Auftrag eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
3	Finanzielle Zuwendungen (Drittmittel) für Forschungsvorhaben oder direkte Finanzierung von Mitarbeitern der Einrichtung von Seiten eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
4	Eigentümerinteresse an Arzneimitteln/Medizinprodukten (z. B. Patent, Urheberrecht, Verkaufslizenz)	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
5	Besitz von Geschäftsanteilen, Aktien, Fonds mit Beteiligung von Unternehmen der Gesundheitswirtschaft	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
6	Persönliche Beziehungen zu einem Vertretungsberechtigten eines Unternehmens Gesundheitswirtschaft	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
7	Mitglied von in Zusammenhang mit der Leitlinienentwicklung relevanten Fachgesellschaften/Berufsverbänden, Mandatsträger im Rahmen der Leitlinienentwicklung	Nein	Nein	Nein	Ja	Nein

*Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report*

8	Politische, akademische (z.B. Zugehörigkeit zu bestimmten „Schulen“), wissenschaftliche oder persönliche Interessen, die mögliche Konflikte begründen könnten	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
9	Gegenwärtiger Arbeitgeber, relevante frühere Arbeitgeber der letzten 3 Jahre	<i>ZfP Südweste m-berg</i>	<i>Irseer Kreis Versand gGmbH (Integrations-firma)</i>	Lippischer Kaubi-Service gGmbH (Integrations-unternehmen)	<i>Katholische Jugendfür-sorge</i>	<i>Erwerbsun-fähig verrentet</i>
	Bewertung	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein

Leitlinie: S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Update Konsensus- und Expertengruppe						
		<i>Werner Holtmann (EX-IN)</i>	<i>Veikko Kellner (EX-IN)</i>	<i>Rudi Merod (DGVT)</i>	<i>Dorothea Sauter (DFPP)</i>	<i>André Nieber (DFPP)</i>
1	Berater- bzw. Gutachtertätigkeit oder bezahlte Mitarbeit in einem wissenschaftlichen Beirat eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft (z.B. Arzneimittelindustrie, Medizinproduktindustrie), eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	Nein	Ja	Nein	Nein	Nein
2	Honorare für Vortrags- und Schulungstätigkeiten oder bezahlte Autoren- oder Co-Autorenschaften im Auftrag eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	Ja	Ja	Nein	Nein	Nein
3	Finanzielle Zuwendungen (Drittmittel) für Forschungsvorhaben oder direkte Finanzierung von Mitarbeitern der Einrichtung von Seiten eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
4	Eigentümerinteresse an Arzneimitteln/Medizinprodukten (z. B. Patent, Urheberrecht, Verkaufslizenz)	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
5	Besitz von Geschäftsanteilen, Aktien, Fonds mit Beteiligung von Unternehmen der Gesundheitswirtschaft	Nein	Ja	Nein	Nein	Nein

*Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report*

6	Persönliche Beziehungen zu einem Vertretungsberechtigten eines Unternehmens Gesundheitswirtschaft	Nein	Ja	Nein	Nein	Nein
7	Mitglied von in Zusammenhang mit der Leitlinienentwicklung relevanten Fachgesellschaften/Berufsverbänden, Mandatsträger im Rahmen der Leitlinienentwicklung	Nein	Ja	Ja	Ja	Nein
8	Politische, akademische (z.B. Zugehörigkeit zu bestimmten „Schulen“), wissenschaftliche oder persönliche Interessen, die mögliche Konflikte begründen könnten	Nein	Nein	Ja	Nein	Nein
9	Gegenwärtiger Arbeitgeber, relevante frühere Arbeitgeber der letzten 3 Jahre	<i>Landkreis Aurich, SpDi; freiberufliche Tätigkeit als Berufsbetreuer in Norden, Ex-In-Trainer</i>	<i>SYSWAYS GmbH (IT-Beratungsunternehmen, Gesellschafter, Geschäftsführer)</i> <i>PGiB GmbH (Präventionsberatung und Genesungsbegleitung, Gesellschafter, Geschäftsführer)</i>	<i>Praxis</i>	<i>Fachhochschule der Diakonie, Bielefeld</i>	<i>LWL Klinikum Gütersloh, Fachhochschule der Diakonie Brehfeld</i>
	Bewertung	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein

Leitlinie: S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Update Konsensus- und Expertengruppe						
		<i>Thomas Greune (DBSH)</i>	<i>Sibylle Glauser</i>			
1	Berater- bzw. Gutachtertätigkeit oder bezahlte Mitarbeit in einem wissenschaftlichen Beirat eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft (z.B. Arzneimittelindustrie, Medizinproduktindustrie), eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	Nein	Nein			
2	Honorare für Vortrags- und Schulungstätigkeiten oder bezahlte Autoren- oder Co-Autorenschaften im Auftrag eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	Nein	Nein			

*Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report*

3	Finanzielle Zuwendungen (Drittmittel) für Forschungsvorhaben oder direkte Finanzierung von Mitarbeitern der Einrichtung von Seiten eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	Nein	Nein			
4	Eigentümerinteresse an Arzneimitteln/Medizinprodukten (z. B. Patent, Urheberrecht, Verkaufslizenz)	Nein	Nein			
5	Besitz von Geschäftsanteilen, Aktien, Fonds mit Beteiligung von Unternehmen der Gesundheitswirtschaft	Ja	Nein			
6	Persönliche Beziehungen zu einem Vertretungsberechtigten eines Unternehmens Gesundheitswirtschaft	Nein	Nein			
7	Mitglied von in Zusammenhang mit der Leitlinienentwicklung relevanten Fachgesellschaften/Berufsverbänden, Mandatsträger im Rahmen der Leitlinienentwicklung	Ja	Nein			
8	Politische, akademische (z.B. Zugehörigkeit zu bestimmten „Schulen“), wissenschaftliche oder persönliche Interessen, die mögliche Konflikte begründen könnten	Nein	Nein			
9	Gegenwärtiger Arbeitgeber, relevante frühere Arbeitgeber der letzten 3 Jahre		<i>UPD Bern</i>			
	Bewertung	Nein	Nein			

*Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report*

Erhebung von Interessenkonflikten im Verlauf/vor zweiter Konsensuskonferenz

Erklärung von Interessen: Tabellarische Zusammenfassung Steuergruppe

Originale der vollständig ausgefüllten Interessenerklärungen sind beim Leitlinienkoordinator / im Leitlinienbüro hinterlegt. Aus Transparenzgründen müssen alle potenziellen Interessen, auch wenn sie keinen thematischen Bezug zur Leitlinie besitzen, angegeben werden.

Name	Arbeitgeber/ Institution	Direkte, finanzielle Interessen						Indirekte, informelle Interessen				Bewertung in Bezug auf das Thema der Leitlinie, ggf. Regulierungsmaßnahme
		Berater- bzw. Gutachtertätigkeit	Mitarbeit in einem wissenschaftlichen Beirat (Advisory Board)	Vortrags- und Schulungstätigkeiten	Buchbeiträge und Veröffentlichungen in Fachzeitschriften	Forschungsvorhaben mit institutioneller Förderung	Eigentümerinteressen im Gesundheitswesen	Mitgliedschaft / Funktion in Interessenverbänden	Schwerpunkte wissenschaftlicher oder klinischer Tätigkeiten, Publikationen	Federführende Beteiligung an Fortbildungen/ Ausbildungen/ Insituten	Persönliche Beziehungen*	
Prof. Dr. Thomas Becker	Bezirksklinikum Schwaben, Universität Ulm	Universitäten/Hochschulen: -Kein LL-Bezug -honorarfrei	Nein	-regelmäßig -teilweise LL-Bezug -Honorar an Institution	-regelmäßig -teilweise LL-Bezug -honorarfrei	AOK-Bundesverband, DRV Bund, DRV Baden-Württemberg (teilweise LL-Bezug)	Nein	DGPPN	Psychiatrische Versorgungsforschung Allgemeinpsychiatrie; Affektive Störungen	Ja (Organisation Fortbildungsprogramm einer Klinik, kein LL-Bezug)	Nein	Kein relevanter Interessenkonflikt Aktivitäten mit LL-Bezug im Rahmen der Dissemination zu bewerten
Prof. Dr. med. MPH Steffi Riedel-Heller	Universität Leipzig, Med. Fakultät, Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin u. Public Health (ISAP)	Nein	Nein	-regelmäßig -teilweise LL-Bezug -honorarfrei	-regelmäßig -teilweise LL-Bezug -honorarfrei	AOK Bund, BMAS IAB (kein LL-Bezug)	Nein	DGPPN, DNVF, DGEpi, DGSMP	Versorgungsforschung Prävention, Epidemiologie	Nein	Nein	Kein relevanter Interessenkonflikt Aktivitäten mit LL-Bezug im Rahmen der Dissemination zu bewerten
Dr. Dr. Stefan Weinmann	Vivantes Klinik am Urban vorher: UPK Basel	Nein	Psychiatrieverlag Forschungsprojekte (REDEFINE, UPSIDES) -kein LL-Bezug -honorarfrei	-selten -teilweise LL-Bezug	-regelmäßig -kein LL-Bezug -honorarfrei	Nein	Nein	DGSMP, Deutschemenitische Gesellschaft	Versorgungsforschung Psychiatrie, Gemeindepsychiatrische Behandlung	Nein	Nein	Kein relevanter Interessenkonflikt Aktivitäten mit LL-Bezug im Rahmen der Dissemination zu bewerten
Dr. Uta Gühne	Universität Leipzig, Med. Fakultät, Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin u. Public Health (ISAP)	Nein	Nein	-selten -teilweise LL-Bezug -honorarfrei	-regelmäßig -teilweise LL-Bezug -honorarfrei	Nein	Nein	DGSF	Psychiatrische Versorgungsforschung Epidemiologie	Nein	Nein	Kein relevanter Interessenkonflikt Aktivitäten mit LL-Bezug im Rahmen der Dissemination zu bewerten
Daniel Richter	IQTIG Institut für Qualitätssicherung im Gesundheitswesen Vorher: Landesgeschäftsstelle Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg Universität Leipzig, Med. Fakultät, Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin u. Public Health (ISAP)	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Kein Interessenkonflikt

*zu einem Vertretungsberechtigten eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft als Partner oder Verwandter 1. Grades

*Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report*

Anmerkung: Angaben zum **Umfang:** regelmäßig/selten/nie; **Bezug zur LL:** ohne LL-Bezug/teilweise LL-Bezug/mit LL-Bezug; Angaben zum **Honorar:** 1. Honorar an Institution / 2. Honorar a) < 500,- € / b) < 1.000,- € / c) < 5.000 € / d) < 10.000 € / e) < 50.000 € / f) < 100.000 / g) > 100.000 3. honorarfrei

*Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report*

Erklärung von Interessen: Tabellarische Zusammenfassung der Expertengruppe

Originale der vollständig ausgefüllten Interessenerklärungen sind beim Leitlinienkoordinator/Editorial Office Leitlinien (EO) hinterlegt. Aus Transparenzgründen müssen alle potenziellen Interessen, auch wenn sie keinen thematischen Bezug zur Leitlinie besitzen, angegeben werden.

Name	Arbeitgeber/ Institution	Direkte, finanzielle Interessen						Indirekte, informelle Interessen				Bewertung in Bezug auf das Thema der Leitlinie, ggf. Regulierungsmaßnahme
		Berater- bzw. Gutachtertätigkeit	Mitarbeit in einem wissenschaftlichen Beirat (Advisory Board)	Vortrags- und Schulungstätigkeiten	Buchbeiträge und Veröffentlichungen in Fachzeitschriften	Forschungsvorhaben mit institutioneller Förderung	Eigentümerinteressen im Gesundheitswesen	Mitgliedschaft / Funktion in Interessenverbänden	Schwerpunkte wissenschaftlicher oder klinischer Tätigkeiten, Publikationen	Federführende Beteiligung an Fortbildungen/ Ausbildungsinstituten	Persönliche Beziehungen*	
Dr. Ilka Aden	selbständig	Nein	Nein	Regelmäßig - kein LL-Bezug	Selten 3) honorarfrei	Allgemeinmedizinische Forschung	Nein	DEGAM, HÄV, BvVP	PGV, hausärztl. Tätigkeit, RLTP-TP Patientenversorgung	Institut für Psychotherapie BS-Gö e.V., IWF	Nein	Kein relevanter Interessenkonflikt
Prof. Dr. Amering	Med. Universität Wien	Regelmäßig -kein LL-Bezug b) < 1.000	Nein	Nein	Nein	-Regelmäßig -kein LL-Bezug	Nein	ÖGPP, ÖGSP, ÖSG, EPA, WPA, WAPR	Sozialpsychiatrie	Nein	Nein	Kein relevanter Interessenkonflikt
Dr. Stefan Bartsch	Medizinische Hochschule Hannover	Amtsgericht Hannover - kein LL-Bezug 1) Honorar an Institution	Nein	Regelmäßig innerhalb der Lehre	Nie	Nein	Nein	Nein	Universitäre Lehre, klinische Versorgung	Im Rahmen der Lehre	Nein	Kein relevanter Interessenkonflikt
Prof. Dr. med. Josef Bäuml	Klinikum rechts der Isar TU München, Klinik für Psychiatrie u. Psychotherapie	Nein	- Regelmäßig - teilweise LL-Bezug (Psychoedukation) 2 d) < 10.000	- Regelmäßig - teilweise LL-Bezug 2 f) < 100.000 (Psychopharmakotherapie) 2 c) < 5.000	- selten - teilweise LL-Bezug 2 b) < 1.000	Seewolf-Studie	Nein	DGPPN, DGPE, AGNP	Psychoedukation, Angehörigenarbeit, Akutpsychiatrie, OA-Leitung, akutpsychiatrische beschützte Station - teilweise LL-Bezug	Psychose-Seminar München	Nein	Kein relevanter Interessenkonflikt
Prof. Dr. Andreas Bechdolf	Vivantes Klinik am Urban + Uni Friedrichshain + Uniklinikum Köln	Nein	- Selten - kein LL-Bezug 2 c) < 5.000,-	- Regelmäßig - kein LL-Bezug 1) Honorar an Institutionen sowie 2 e) < 50.000,-	- Regelmäßig - teilweise LL-Bezug 1) Honorar an Institutionen sowie 2 c) < 5.000	- Regelmäßig	Nein	DGPPM, DGPP, IEPA	Früherkennung, Psychotherapie, gemeindepsychiatrische Ansätze, berufliche Rehabilitation - teilweise LL-Bezug	DGPP Curriculum Psychotherapie - teilweise LL-Bezug	nein	Kein relevanter Interessenkonflikt
Janine Berg-Peer	Selbständig: Coaching u. Angehörigenberatung	Nein	Nein	- Regelmäßig - kein LL-Bezug 2 b) < 1.000	- Regelmäßig	Nein	Nein	BApK; bipolaris e.V.; EUFAMI	Psychische Erkrankungen	Nein	Nein	Kein relevanter Interessenkonflikt
Prof. Dr. Thomas Bock	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf	Nein	Nein	- Regelmäßig für Hochschulen, DGPPN, Ärztekammer SH + Schönkliniken - kein LL-Bezug	- regelmäßig - kein LL-Bezug	BMG - kein LL-Bezug	Nein	DGSP, DDPP, DGBS, DGPPN, Verdi	Trialog, Sozialpsychiatrie, Psychosentherapie; Ambulanz u. Krisen-TK	Nicht federführend	Nein	Kein relevanter Interessenkonflikt
Prof. Dr. med. Arno Deister	Klinikum Itzehoe DGPPN	Nein	Nein	- regelmäßig 2 e) < 50.000	- selten - kein LL-Bezug 2 e) < 50.000	Nein	Nein	DGPPN	Psychotische Erkrankungen, Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik, Finanzierungssysteme, Sozialpsychiatrie, allgemeine Psychiatrie;	Aktivitäten zur Fort- u. Weiterbildung der DGPPN sowie d. Ärztekammer Schleswig-Holstein; Referent	Nein	Kein relevanter Interessenkonflikt

*Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report*

									Chefarzt Zentrum für Psychosoziale Medizin; Regionale Pflichtversorgung - teilweise LL-Bezug			
Dr. Hermann Elgeti	Region Hannover	Sozialministerium Niedersachsen - kein LL-Bezug 1) Honorar an Institution Vorarlberger Landesregierung: Fachberatung 2 d) < 10.000 Vorarlberger Landesregierung: Datenauswertung/ Berichterstattung 1) Honorar an Institution	Nein	Nie	Nie	Nein	Nein	DGSP, APK - teilweise LL-Bezug	Dokumentation, Berichterstattung, Koordination, Planung, Evaluation sozial-psychiatrische Versorgung - teilweise LL-Bezug	Nein	Nein	Kein relevanter Interessenkonflikt
Ruth Fricke	BPE e.V.	Nein	BMJV - teilweise LL-Bezug	Regelmäßig 3) honorarfrei	Nie	Nein	Nein	BPE e.V. - teilweise LL-Bezug	Nein	Nein	Nein	Kein relevanter Interessenkonflikt
Sibylle Glauser	UPD Bern	Nein	Nein	Regelmäßig 2 e) < 50.000	Nie	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Kein relevanter Interessenkonflikt
PD Dr. med. Iris Tatjana Graef-Calliess	Klinikum Warendorf, Zentrum Transkulturelle Psychiatrie u. Psychotherapie	Nein	Nein	Nie	Nie	Nein	Nein	DGPPN, EPA - teilweise LL-Bezug	Sozialpsychiatrie, Versorgungsforschung, Transkulturelle Psychiatrie - teilweise LL-Bezug	Nein	Nein	Kein relevanter Interessenkonflikt
Prof. Dr. med. Dr. phil. Andreas Heinz	Charité Berlin, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Keine aktive Beteiligung am LL-Prozess
Prof. Dr. Rainer Hellweg	Charité Campus Mitte, Klinik für Psychiatrie u. Psychotherapie	Regelmäßig 1) Honorar an Institution sowie 2 c) < 5.000	Nein	Regelmäßig 2 b) < 1.000	Regelmäßig - kein LL-Bezug	Regelmäßig - kein LL-Bezug	Nein	AGNP, DGPPN, Deutscher Hochschulverband - kein LL-Bezug	Gesamtes Spektrum psychiatrischer Erkrankungen, insbes. Affektive, Demenz- u. Angsterkrankungen	Nein	Nein	Kein relevanter Interessenkonflikt
PD Dr. Holger Hoffmann	UPD Bern, Sektion Psychiatrische Rehabilitation	Nein	Regelmäßig - teilweise LL-Bezug	Nie	Nie	Nein	Nein	Beirat bei Supported Employment Greiz - mit LL-Bezug	Supported Employment - mit LL-Bezug	Nur Fortbildungen, keine Beteil. Ausbildungsinstitute	-	Kein relevanter Interessenkonflikt
Dorothea Jäckel	Vivantes Klinikum am Urban; davor: UPD Bonn	Nein	Nein	Nie	Nie	Nein	Nein	Nein	Rehabilitations- u. Versorgungsforschung; Psychotherapieforschung - teilweise LL-Bezug	Nein	Nein	Kein relevanter Interessenkonflikt
Prof. Dr. Reinhold Killian	Universität Ulm, Bezirks-KH Günzburg	Nein	Nein	Nie	Nie	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Kein relevanter Interessenkonflikt

*Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report*

Dr. Alexander Konnopka	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung	Selten -kein LL-Bezug d) < 10.000	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Krankheitskosten und Kosteneffektivitätsanalysen bei psychischen Erkrankungen - teilweise LL-Bezug	Nein	Nein	Kein relevanter Interessenkonflikt
Prof. Dr. Hans-Helmut König	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf	Nein	Nein	Nein	Nein	Verschiedene Drittmittelprojekte - teilweise LL-Bezug g) an Einrichtung	Nein	DGGÖ - kein LL-Bezug	Psychiatrische Versorgungsforschung, Gesundheitsökonomie - teilweise LL-Bezug	Nein	Nein	Kein relevanter Interessenkonflikt
Julia Krieger (Vertretung PD Dr. Graef-Callies)	Klinikum Wahrenndorf	Nein	Nein	Regelmäßig - kein LL-Bezug 2 b) < 1.000 Honorar	Regelmäßig - kein LL-Bezug 3) honorarfrei	Verschiedene Drittmittelprojekte - kein LL-Bezug	Nein	DGPPN AG Soziale & Transkulturelle Psychiatrie - kein LL-Bezug	Stabilisierungsprozesse bei chronischen psychischen Erkrankungen im SGB XII-Bereich; Allgemeinpsychiatrischer klinischer Schwerpunkt - kein LL-Bezug	Module im Rahmen der FSB- u. PQP-Weiterbildungen - kein LL-Bezug	Nein	Kein relevanter Interessenkonflikt
Prof. Dr. Heinrich Kunze	Rentner seit 2007 (vorher: Ärztl. Direktor Klinik u. Leiter der RPK)	Nein	Selten	Selten 2 b) < 1.000	- Selten - kein LL-Bezug 2 b) < 1.000	Nein	Nein	DGPPN, DGSP, Aktion Psychisch Kranke e.V., 2 kleine Träger in Region Kassel zur Enthospitalisierung - kein LL-Bezug	Psychische Erkrankungen	AWKV Kassel	Nein	Kein relevanter Interessenkonflikt
Prof. Dr. med. Gerhard Längle	ZfP Südwürttemberg	Nein	Nein	Nie	Nie	Nein	Nein	Ärztlicher Verband Krankenhauspsychiatrie Baden-Württemberg - kein LL-Bezug	Nein	Nein	Nein	Kein relevanter Interessenkonflikt
Prof. Dr. Wielant Machleidt	Emeritus	Nein	Nein	Nie	„Migration und psychische Gesundheit“ - kein LL-Bezug 2 b) < 5.000	Nein	Nein	DGPPN, DGSP, DPG - mit LL-Bezug	Migration und psychische Gesundheit; Psychotherapie von Migranten; Migration, Integration und psychische Gesundheit - kein LL-Bezug	Nein	nein	Kein relevanter Interessenkonflikt
Dr. Manfred Moos	Rentner (seit 2015); seit 2916 selbständige ambulante + psychotherapeut. Tätigkeit; vorher: bis 2015 Bezirkskrankenhaus Bayreuth	Nein	Nein	Regelmäßig für BKH Bayreuth 3) honorarfrei	Nie	- selten - teilweise LL-Bezug 3) honorarfrei	Nein	Verein zur Unterstützung psychisch kranker Menschen - kein LL-Bezug	Untersuchungen zur Situation psychisch-kranker Menschen in Oberfranken; Behandlung von akut psychisch kranken Menschen - teilweise LL-Bezug	Regelmäßig am BKH Bayreuth	Nein	Kein relevanter Interessenkonflikt
PD Dr. Gabi Pitschel-Walz	Klinik für Psychiatrie u. Psychotherapie der TU München	IQTIG Expertengremium 2 b) < 1.000	Nein	Regelmäßig - mit LL-Bezug 2 d) < 10.000	Nie	Nein	Nein	Deutsche Gesellschaft für Psychoedukation e. V., Münchner Bündnis gegen Depression	Psychoedukation, Verhaltenstherapie, Psychotherapie, Supervision Verhaltenstherapie	Vorträge u. Supervisionen an Kliniken, Ausbildungsinstituten - teilweise LL-Bezug	Nein	Kein relevanter Interessenkonflikt

*Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report*

								- teilweise LL-Bezug	- teilweise LL-Bezug			
Prof. Dr. med. Thomas Reker	LWL-Klinik Münster	- Regelmäßig - kein LL-Bezug 2 c) < 5.000	Nein	Nie	Nie	Nein	Nein	BDK, DGPPN - teilweise LL-Bezug	Depression, Religion, klinische Behandlung psych. Patienten	Nein	Nein	Kein relevanter Interessenkonflikt
PD Dr. med. habil. Thomas Reuster	Städtisches Klinikum Görlitz	Nein	Nein	Nie	Nie	Nein	Nein	DGPPN, DGA, SWGn, AEM e. V. - teilweise LL-Bezug	Gerontopsychiatrie, Ethik in der Medizin u. Psychiatrie; Leiter einer Klinik für Psychiatrie u. Psychotherapie - teilweise LL-Bezug	Nein	Nein	Kein relevanter Interessenkonflikt
Dr. Phil. Habil. Dirk Richter	UPD Bern + Berner FH	Nein	Nein	Regelmäßig 2 e) < 50.000	Nie	Nein	Nein	Nein	Hirnforschung - teilweise LL-Bezug	Nein	Nein	Kein relevanter Interessenkonflikt
Matthias Rosemann	Träger gGmbH, Berlin	Nein	Nein	Regelmäßig - teilweise LL-Bezug 2 b) < 1.000	- selten - mit LL-Bezug 2 b) < 1.000	BMG - kein LL-Bezug	Nein	BAG GPV, Aktion Psychisch Kranke e.V., Patientenver- tretung im Gemein- samen Bundesausschuss in der AG Soziotherapie/pHPK - kein LL-Bezug	Betreutes Wohnen, Forensik, Kooperations- strukturen in der psychiatrischen Versorgung, Finanzierungsfragen der Eingliederungshilfe - teilweise LL-Bezug	Nein	Nein	Kein relevanter Interessenkonflikt
Prof. Dr. Hans-Joachim Salize	Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim	Nein	- Regelmäßig - mit LL-Bezug 2 c) < 5.000	- Regelmäßig - mit LL-Bezug 2 b) < 1.000	Nie	Nein	Geschäftsanteile an Fa. Whiteray / Delving, Helsinki , 3) honorarfrei/keine Gewinne	Sozial- psychiatrischer Hilfverein Rhein- Neckar (SPHV), Wiesloch - kein LL-Bezug	Nein	Nein	Nein	Kein relevanter Interessenkonflikt
Gudrun Schliebener	BÄpK e. V.	Nein	Nein	- selten - kein LL-Bezug - Aufwands- entschädigung	- selten - teilweise LL-Bezug - kein Honorar	Nein	Nein	Arbeitskreis der DGPPN, Psychiatrieplanung des Landes NRW - teilweise LL-Bezug	Nein	Nein	Nein	Kein relevanter Interessenkonflikt
Prof. Dr. Nils Schneider	Allgemein- medizin MHH Hannover	- Regelmäßig - kein LL-Bezug 2 c) < 5.000	Nein	Nie	Nie	BMBF Innovations- fonds - kein LL-Bezug	Nein	DEGAM, DGP - teilweise LL-Bezug	Palliativversorgung, Allgemeinmedizin	Nein	Nein	Kein relevanter Interessenkonflikt
PD Dr. Matthias Schützwohl	Klinik u. Poli- klinik für Psychiatrie u. Psycho- therapie am Universitäts- klinikum Carl Gustav Carus der TU Dresden	Nein	Nein	SCAN-Schulung „Nein“ an der Medizinischen Universität Wien 2016 - kein LL-Bezug 2 c) < 5.000	Nie	DFG, Sächsisches Staatsministerium für Soziales u. Ver- braucherschutz (SMS), BMG, BMBF - kein LL-Bezug	Nein	Nein	Prävalenz u. Versorgung psychischer Störungen bei Menschen mit Intelligenzminderung (gesamter Projektzeitraum), Psychotherapie (VT) - Kein LL-Bezug	Nein	Nein	Kein relevanter Interessenkonflikt
Gyöngyvér Sielaff	Universitäts- klinikum Hamburg- Eppendorf Bildungs- akademie	Nein	Nein	Regelmäßig für Universität Hamburg - teilweise LL-Bezug 2 d) < 10.000	- selten - teilweise LL-Bezug 2 b) < 1.000	Nein	Nein	EX-IN-Deutschland e. V., Irre Menschlich e.V. HH, LAPK HH - teilweise LL-Bezug	Peer Support, Familie u. psychische Erkrankungen, Psychotherapie - teilweise LL-Bezug	Ausbildungsleitung Trainerausbildung EX-IN im deutschsprachigen Raum - teilweise LL-Bezug	Nein	Kein relevanter Interessenkonflikt

*Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report*

Prof. Dr. Tilman Steinert	ZfP Südwürttemberg	Nein	Nein	Regelmäßig für Kliniken - kein LL-Bezug 2) Honorare (Höhe nicht spezifiziert)	Nie	DGPPN, BGH, Arbeit u. Persönlichkeit in d. Psychiatrie, Kommunalverband f. Jugend u. Soziales Baden-Württemberg	Nein	DGPPN; S3-LL „Verhinderung von Zwang“; Gemeindepsychiatrischer Verbund RV - kein LL-Bezug	Verhinderung von Zwang; Klinische Leitungstätigkeit - kein LL-Bezug	Psychotherapie-Supervision	Nein	Kein relevanter Interessenkonflikt
Prof. Dr. med. Katarina Stengler	Helios-Parkklinikum, Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik u. Psychotherapie; vorher: Universität Leipzig, Medizinische Fakultät	Nein	Deutsche Gesellschaft Zwangserkrankungen e.V.	Regelmäßig für Fortbildungsakademie - teilweise LL-Bezug 2 c) < 5.000	Regelmäßig 3) honorarfrei	DRV-Bund	Nein	DGPPN: Referatleitung Reha + Teilhabe - teilweise LL-Bezug	Rehabilitation, Teilhabe, Versorgungsforschung, Psychosoziale Aspekte, diagnosespezifische Schwerpunkte	Nein	Nein	Kein relevanter Interessenkonflikt
Jörg Utschakowski	Senat für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz Bremen Vorher: Initiative zur sozialen Rehabilitation Bremen	Nein	Gelegentlich - kein LL-Bezug - honorarfrei	Nein	Selten - teilweise LL-Bezug b) Autor	Nein	Nein	ExpertInnenpartnerschaft e. V. EX-IN Deutschland e. V. - teilweise LL-Bezug	Genesungsbegleitung Peer-Arbeit -LL-Bezug	FOKUS Fortbildungsinstitut der Initiative zur sozialen Rehabilitation Bis 2015	Nein	Kein relevanter Interessenkonflikt
Prof. Dr. Manfred Wolfersdorf	Ruhestand Vorher: Bezirkskrankenhaus Bayreuth	- selten - kein LL-Bezug - Reisekosten	Nein	Selten - kein LL-Bezug	Selten - kein LL-Bezug	Nein	Nein	DGPPN, DGS - kein LL-Bezug	Depressionen, Suizidalität - kein LL-Bezug	Nein	Nein	Kein relevanter Interessenkonflikt

*zu einem Vertretungsberechtigten eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft als Partner oder Verwandter 1. Grades

Anmerkung:

- Angaben zum **Umfang**: regelmäßig/selten/nie
- **Bezug zur LL**: ohne LL-Bezug/teilweise LL-Bezug/mit LL-Bezug
- Angaben zum **Honorar**: 1. Honorar an Institution / 2. Honorar a) < 500,- € / b) < 1.000,- € / c) < 5.000 € / d) < 10.000 € / e) < 50.000 € / f) < 100.000 / g) > 100.000 3. honorarfrei
- LL-Konflikte hervorheben

*Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report*

Erklärung von Interessen: Tabellarische Zusammenfassung der Konsensusgruppe

Originale der vollständig ausgefüllten Interessenerklärungen sind beim Leitlinienkoordinator/Editorial Office Leitlinien (EO) hinterlegt. Aus Transparenzgründen müssen alle potenziellen Interessen, auch wenn sie keinen thematischen Bezug zur Leitlinie besitzen, angegeben werden.

	Arbeitgeber/ Institution	Direkte, finanzielle Interessen						Indirekte, informelle Interessen				Bewertung in Bezug auf das Thema der Leitlinie, ggf. Regulierungs- maßnahme
		Berater- bzw. Gutachtertätigkeit	Mitarbeit in einem wissenschaftlichen Beirat (Advisory Board)	Vortrags- und Schulungstätig- keiten	Buchbeiträge und Veröffentlichungen in Fachzeitschriften	Forschungsvorhaben mit institutioneller Förderung	Eigentümer- interessen im Gesundheitswesen	Mitgliedschaft / Funktion in Interessen- verbänden	Schwerpunkte wissenschaftlicher oder klinischer Tätigkeiten, Publikationen	Federführende Beteiligung an Fortbildungen/ Ausbildungs- instituten	Persönliche Bezie- hungen*	
Christel Achberger	Freiberuflich	Nein	Nein	Nie	Nie	Nein	Nein	DGSP, GGFP, DGVt, DDPP, EX-IN Deutschland	Psychosoziale Versorgung	Nein	Nein	Kein relevanter Interessenkonflikt
Dr. Ilka Aden	selbständig	Nein	Nein	Regelmäßig - kein LL-Bezug	selten 3) honorarfrei	Allgemeinmedizinische Forschung - kein LL-Bezug	Nein	DEGAM, HÄV, BvVP	PGV, hausärztl. Tätigkeit, RLTP-TP Patientenversorgung	Institut für Psychotherapie BS- Gö e.V., IWF	Nein	Kein relevanter Interessenkonflikt
Dr. med. Beate Baumgarte	Ruhestand; vorher: Klinikum Oberberg	Selten - kein LL-Bezug 2 a) < 500	Nein	Nie	Nie	Nein	Nein	DGPPN, DGGPP	Gerontopsychologie, Demenz	Nein	Nein	Kein relevanter Interessenkonflikt
Prof. Dr. med. Josef Bäumli	Klinikum rechts der Isar TU München, Klinik für Psychiatrie u. Psycho- therapie	Nein	- Regelmäßig - teilweise LL-Bezug (Psychoedukation) 2 d) < 10.000	- Regelmäßig - teilweise LL-Bezug 2 f) < 100.000 (Psychopharma- kotherapie) 2 c) < 5.000	- selten - teilweise LL-Bezug 2 b) < 1.000	Seewolf-Studie	Nein	DGPPN, DGPE; AGNP	Psychoedukation, Angehörigenarbeit, Akutpsychiatrie, OA- Leitung, akutpsychiatrische beschützte Station - teilweise LL-Bezug	Psychose-Seminar München	Nein	Kein relevanter Interessenkonflikt
Prof. Dr. Thomas Becker	Bezirkskliniku m Schwaben, Universität Ulm	Universitäten/Hoch- schulen: -Kein LL-Bezug -honorarfrei	Nein	-regelmäßig -teilweise LL-Bezug -Honorar an Institution	-regelmäßig -teilweise LL-Bezug -honorarfrei	AOK-Bundesverband, DRV Bund, DRV Baden-Württemberg (teilweise LL-Bezug)	Nein	DGPPN	Psychiatrische Versorgungsforschun gAllgemeinpsychiatrie ; Affektive Störungen	Ja (Organisation Fortbildungs- programm einer Klinik, kein LL-Bezug)	Nein	Kein relevanter Interessenkonflikt Aktivitäten mit LL- Bezug im Rahmen der Dissemination zu bewerten
Ursula Berninger	Universitäts- klinikum Würzburg	Nein	Nein	Nie	Nie	Nein	Nein	DGBP, Deutsche Arbeitsgemeinschaft Tageskliniken, DGPE	Tageskliniken, Psychoedukation, berufliche Rehabilitation	Lehraufträge Hochschule Angewandte Wissenschaften	Nein	Kein relevanter Interessenkonflikt
Dr. med. Oliver Biniash	Selbständig nieder- gelassen	Nein	Nein	Nie	Nie	Nein	Nein	Berufsverband Deutscher Psychia- ter, Berufsverband deutscher Nervenärzte LV Bayern e.V., Ärzteneetz Ingolstadt	k.A.	Nein	Nein	Kein relevanter Interessenkonflikt
Dr. med. Claudia Birkenheier	Shg-Kliniken Völklingen	Regelmäßig für Gerichte - kein LL-Bezug 3) honorarfrei	Nein	Nur innerhalb der Kliniktätigkeit u. in der Ärztammer	Nie	Nein	Nein	ACKPA	Familienpflege, Sozialpsychiatrie, Notfallpsychiatrie, Psychokardiologie	Nein	Nein	Kein relevanter Interessenkonflikt

*Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report*

									- teilweise LL-Bezug			
Jörg Bungart	BAG UB	Nein	Nein	Nie	Nie	Nein	Nein	BAG UB	Nein	Nein	Nein	Kein relevanter Interessenkonflikt
Prof. Dr. Ulrich Elbing	HfWU Nürtingen-Geislingen; vorher: Hochschule für Kunsttherapie Nürtingen	Nein	Nein	Nie	Nie	Uni Tübingen 2014–2016 ZIM - kein LL-Bezug	Nein	Nein	Trauma u. geistige Behinderung, Dokumentation i.d. Kunsttherapie; Psychotherapeut. Allgemeinpraxis - kein LL-Bezug	Nein	Nein	Kein relevanter Interessenkonflikt
Univ.-Prof. Dr. Elmar Etzersdorfer	Furtbachkrankenhaus Stuttgart	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	DGS -mit LL-Bezug	Suizidprävention Psychiatrie, Psychotherapie, Psychoanalyse	Nein	Nein	Kein relevanter Interessenkonflikt
Dr. Reinald Faß	Berufsförderungswerk Bereich Brandenburg e.V.	Nein	Nein	Regelmäßig - mit LL-Bezug 2 c) < 5.000	Nie	Nein	Nein	BAG BTZ e.V. - mit LL-Bezug	Evidenzstudie BTZ - mit LL-Bezug	Nein	Nein	Kein relevanter Interessenkonflikt
Dr. Heribert Fleischmann	Privatpraxis	Nein	Nein	Nie	Nie	Nein	Nein	DHS, DG-Sucht, BAS - teilweise LL-Bezug	Vorträge - teilweise LL-Bezug	Nein	Nein	Kein relevanter Interessenkonflikt
Ruth Fricke	BPE e.V.	Nein	BMJV - teilweise LL-Bezug	Regelmäßig 3) honorarfrei	Nie	Nein	Nein	BPE e.V. - mit LL-Bezug	Nein	Nein	Nein	Kein relevanter Interessenkonflikt
Uwe Genge	BKH Günzburg	Nein	Nein	Nie	Nie	Nein	Nein	Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege	Fort- u. Weiterbildung, Pflegeforschung u. - Wissenschaft	Nein	Nein	Kein relevanter Interessenkonflikt
Petra Godel-Ehrhardt	Dachverband Gemeindepsychiatrie	Nein	Nein	Nie	Nie	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Kein relevanter Interessenkonflikt
Thomas Greune	Praxisniederlassung	Nein	Nein	Nie	Nie	Nein	Nein	DBSH - LL-Bezug	Nein	Nein	Nein	Kein relevanter Interessenkonflikt
Nils Greve	GpG NRW Vorher: Psychosozialer Trägerverein Solingen	Nein	Nein	Regelmäßig -teilweise LL-Bezug	Regelmäßig -teilweise LL-Bezug	Nein	Nein	Dachverband Gemeindepsychiatrie - mit LL-Bezug	Institutsambulanz in gemeindepsychiatrischer Trägerschaft - mit LL-Bezug	Systemischer Lehrtherapeut - kein LL-Bezug	Nein	Kein relevanter Interessenkonflikt
Werner Höhl	LVR-Klinikum Düsseldorf	Nein	Nein	Nie	Nie	Nein	Nein	DVE	Ergotherapie, Arbeitsrehabilitation - LL-Bezug	Nein	Nein	Kein relevanter Interessenkonflikt
Holger Höhmann	LVR-Klinik Langenfeld	Regelmäßig - kein LL-Bezug 2) variables Honorar	Regelmäßig an der University of Salzburg Business School/ SMBS - kein LL-Bezug 3) honorarfrei	Regelmäßig - kein LL-Bezug 2) -	Nein	Nein	Nein	VKD - kein LL-Bezug	Nein	Nein	Nein	Kein relevanter Interessenkonflikt
Gert Hölter	Emeritus (seit 2011); vorher: Land NRW, TU Dortmund	DVGS - teilweise LL-Bezug	Wissenschaftsbeirat in Zeitschriften „B&G – Bewegungstherapie und Gesundheits-sport“, „Body, Movement and Dance in Psychotherapy“,	Regelmäßig - kein LL-Bezug 3) honorarfrei	Selten - teilweise LL-Bezug 2 c) 5.000	Verschiedene Drittmittelprojekte - teilweise LL-Bezug	Nein	DVGS - teilweise LL-Bezug	Klinische Bewegungstherapie, Evaluation - teilweise LL-Bezug	Ausbildungs-curriculum DVGS	Nein	Kein relevanter Interessenkonflikt

*Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report*

			„körper – tanz – bewegung“										
Werner Holtmann	Landkreis Aurich, Gesundheits- amt; teilselbständig Berufsbetreuer	Nein	Nein	Regelmäßig - kein LL-Bezug 2 e) < 50.000	Nie	Nein	Nein	EX-IN Deutschland - kein LL-Bezug	Nein	Nein	Nein	Kein relevanter Interessenkonflikt	
Heiko Kilian	BTZ Rhein- Neckar/SRH Holding	Nein	Nein	Regelmäßig - LL-Bezug 2 a) < 500	Regelmäßig - LL-Bezug	Nein	Nein	BAG-BTZ - LL-Bezug	berufl. Rehabilitation, Supported Employment - mit LL-Bezug	Nein	Nein	Kein relevanter Interessenkonflikt	
Rainer Kleßmann	Ev. Klinikum Bielefeld; vorher: LNK Bad Salzuflen	Nein	Nein	Regelmäßig - kein LL-Bezug 2 b) < 1.000	Nie	Nein	Nein	BFLK - mit LL-Bezug	Personalmessung u. -führung	Nein	Nein	Kein relevanter Interessenkonflikt	
Prof. Dr. Eckhardt Koch	Vitos Holding Kassel (vorher: Vitos KPP Marburg)	Nein	Zeitschrift Curare 3) honorarfrei	Regelmäßig 2 b) > 1.000	Regelmäßig 3) honorarfrei	Nein	Nein	DGPPN, DTGPP, DRGPPP, AGEM, IPPNW	Transkulturelle Psychiatrie, Migration und Psychiatrie	Nein	Nein	Kein relevanter Interessenkonflikt	
Dr. med. Sabine Köhler	BVDN-Vorsitz	Nein	DGPPN	Nie	Nie	Nein	Nein	DGPPN, BVDN	Nein	Nein	Nein	Kein relevanter Interessenkonflikt	
Dr. med. Sabine Kreß	Vitos Reha GmbH	Nein	Nein	Nie	Nie	Nein	Nein	BAG RPK	Medizinische Rehabilitation, Arbeitsrehabilitation - teilweise LL-Bezug	Nein	Nein	Kein relevanter Interessenkonflikt	
Dr. Silvia Krumm	Universität Ulm, Klinik für Psychiatrie II am Bezirks-KH Günzburg (vorher: Hochschule Fulda, FB Sozialwesen)	Nein	Nein	Nein	Nein	DFG - kein LL-Bezug	Nein	Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V. - kein LL-Bezug	v.a. qualitative Originalstudien - kein LL-Bezug	Nein	Nein	Kein relevanter Interessenkonflikt	
Walter Krug	Kathol. Jugend- fürsorge Diözese Regensburg e.V./B.B.W. St. Franziskus Abensberg	Nein	Nein	Regelmäßig - kein LL-Bezug 2 b) < 1.000	Regelmäßig	Nein	Nein	Bundesarbeits- gemeinschaft der Berufsbildungswerke Deutsche Vereinigung für Rehabilitation - mit LL-Bezug	Regelmäßig - mit LL-Bezug	Nein	Nein	Kein relevanter Interessenkonflikt	
Prof. Dr. med. Gerhard Längle	ZfP SüdWürttem- berg	Nein	Nein	Nie	Nie	Nein	Nein	Ärztlicher Verband Krankenhaus- psychiatrie Baden- Württemberg	Nein	Nein	Nein	Kein relevanter Interessenkonflikt	
Prof. Dr. emeritus Thomas Lichte	Eigene Hausarztpraxis	Gelegentlich: Gerichte, Schlichtungsstelle -kein LL-Bezug - 2 d	Einmalig - kein LL-Bezug - 2 c	Regelmäßig - kein LL-Bezug - 2 c	Selten - kein LL-Bezug - honorarfrei	Nein	Nein	DEGAM - kein LL-Bezug	LL Pflegende Angehörige, LL Angststörung, Hausarztmedizin, Palliativmedizin, Psychotherapie	IHF - kein LL-Bezug	Nein	Kein relevanter Interessenkonflikt	

*Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report*

									- kein LL-Bezug			
Hansgeorg Ließem	Freiberufler	Nein	Nein	Regelmäßig - kein LL-Bezug 2 a) < 500	Nie	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Kein relevanter Interessenkonflikt
Holger Mangold	Lebenshilfe Erlangen	Im Rahmen der Psycholog. Fachklinik „Lebenshilfe Erlangen“	Regelmäßig im Rahmen der Psycholog. Fachklinik „Lebenshilfe Erlangen“	Regelmäßig im Rahmen der Psycholog. Fachklinik „Lebenshilfe Erlangen“	Nie	Nein	Nein	Ehemaliger Verband BtK UB	Nein	Nein	Nein	Kein relevanter Interessenkonflikt
Univ.-Prof. Dr. Dr. Dr. Wolfgang Mastnak	Hochschule für Musik u. Theater München	Nein	Nein	Nie	Nie	Nein	Nein	Berufsverband Künstlerische Therapien - mit LL-Bezug	Musiktherapie	Nein	Nein	Kein relevanter Interessenkonflikt
Dr. Nikolaus Melcop	Bundespsycho- therapeuten- kammer (Vizepräsident)	Nein	Nein	Nie	Nie	Nein	Nein	Deutsche Psycho- therapeutenvereini- gung - kein LL-Bezug	Nein	Nein	Nein	Kein relevanter Interessenkonflikt
Dr. Rudi Merod	Ambulante Praxis	Nein	Nein	Nie	Nie	Nein	Nein	Nein	Schizophrenie, Borderline-Störung	Ausbildungsinstitut DGVT München/Bad Tölz Kein LL-Bezug	Nein	Kein relevanter Interessenkonflikt
André Nienaber	FH der Diakonie LWL- Klinikum Gütersloh; vorher: LWL- Klinik Lengerich	Nein	Nein	Janssen Lilag GmbH 2 c) < 5.000	Nie	Nein	Nein	DGPPN, DFPP	Diverse wissenschaftl. + klinische Schwerpunkte - kein LL-Bezug	Nein	Nein	Kein relevanter Interessenkonflikt
Dr. med. Nicolas Nowack	Selbstständig u. ZSP GmbH (vorher außerdem KVSA)	Nein	Nein	Nie	Nie	Nein	Nein	Berufsverband der Soziotherapeuten e. V. - mit LL-Bezug	(Psychosen-)Psychotherapie, (Sozial-)Psychiatrie, Psychoanalyse	Wendländer Psychiatrietag	Psychiatr. AKG o. AWG-GmbH + Horizont – Ambulante Hilfen	Kein relevanter Interessenkonflikt
Dr. Klaus Obert	Carritas- verband Stuttgart e. V.	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	BAG GPV - kein LL-Bezug	-	Nein	Nein	Kein relevanter Interessenkonflikt
Prof. Dr. Reinhard Peukert	Aktion Psychisch Kranke e. V. Berlin	Nein	Nein	Ausschließlich Weiterbildung an Hochschulen	Nie	Nein	Nein	Aktion Psychisch Kranke e. V.; Landesvorstand Hessen der Angehörigen Psychisch Kranker Menschen	Qualitative Studien zu Gemeinde- psychiatrischen Ansätzen	Weiterbildung: Basisqualifikation u. soziotherapeutische Kompetenzen	Nein	Kein relevanter Interessenkonflikt
Andreas Pfeiffer	LVR-Klinikum Düsseldorf	Nein	Nein	Regelmäßig 2 c) < 5.000	Nie	Nein	Nein	Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V.	Nein	Nein	Nein	Kein relevanter Interessenkonflikt
PD Dr. Gabi Pitschel- Walz	Klinik für Psychiatrie u. Psychothera- pie der TU München	IQTIG Expertengre- mium 2 b) < 1.000	Nein	Regelmäßig - mit LL-Bezug 2 d) < 10.000	Nie	Nein	Nein	Deutsche Gesell- schaft für Psycho- edukation e. V., Münchner Bündnis gegen Depression - teilweise LL-Bezug	Psychoedukation, Verhaltenstherapie, Psychotherapie, Supervision Verhaltenstherapie - teilweise LL-Bezug	Vorträge u. Supervisionen an Kliniken, Ausbildungsinstituten - teilweise LL-Bezug	Nein	Kein relevanter Interessenkonflikt

*Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report*

Matthias Rosemann	Träger gGmbH, Berlin	Nein	Nein	Regelmäßig - teilweise LL-Bezug 2 b) < 1.000	- selten - mit LL-Bezug 2 b) < 1.000	BMG - kein LL-Bezug	Nein	BAG GPV, Aktion Psychisch Kranke e.V., Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss in der AG Soziotherapie/pHKP - kein LL-Bezug	Betreutes Wohnen, Forensik, Kooperationsstrukturen in der psychiatrischen Versorgung, Finanzierungsfragen der Eingliederungshilfe - teilweise LL-Bezug	Nein	Nein	Kein relevanter Interessenkonflikt
Ariadne Sartorius ¹	Selbständig	Nein	Nein	Nie	Nie	Nein	Nein	bvvp, Systemische Gesellschaft - kein LL-Bezug	Nein	Nein	Nein	Kein relevanter Interessenkonflikt
Dorothea Sauter	FH der Diakonie Bielefeld; vorher: Landschaftsverband Westfalen-Lippe	Nein	Nein	Nie	Regelmäßig - kein LL-Bezug 2 b) < 1.000	Nein	Nein	Deutsche Fachgesellschaft psychiatrische Pflege	Nein	Nein	Nein	Kein relevanter Interessenkonflikt
Prof. Dr. med. Renate Schepker	ZfP Südwürttemberg	Nein	VAKJP - kein LL-Bezug 3) honorarfrei	Nie	Nie	Erlebnistherapie Dissertation - kein LL-Bezug 3) honorarfrei	Nein	DGKJP, BAG KJPP , BKJPP	Home Treatment, Erlebnistherapie, Psychotherapie, Forensik, Migration, Versorgung - teilweise LL-Bezug	Nein	Nein	Kein relevanter Interessenkonflikt
Prof. Dr. Barbara Schneider	LVR-Klinik Köln	Nein	Nein	Selten für Wandbeck, Hexcel - kein LL-Bezug 2 b) < 1.000	- selten - kein LL-Bezug 2 b) < 1.000	BGW - kein LL-Bezug)	Nein	Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention	Sucht u. Suizidalität; Chefärztin Abteilung Abhängigkeits-erkrankungen u. Allgemeinpsychiatrie - mit LL-Bezug	Beteiligung an Tagungen der DGS - mit LL-Bezug	Nein	Kein relevanter Interessenkonflikt
PD Dr. Knut Schnell	Asklepios Fachklinik Göttingen (vorher Universitätsklinikum Heidelberg)	Nein	Nein	Nie	Nie	BMBF	Nein	DGBP	Home Treatment	Nein	Nein	Kein relevanter Interessenkonflikt
PD Dr. med. Meryam Schouler-Ocak	Psychiatrische Universitätsklinik der Charité	Regelmäßig Sozialgerichte 2 d) < 10.000	Regelmäßig 2 c) < 2.000	Regelmäßig 2 d) < 10.000	Verschied. Verleger zu Personen mit Migrationshintergrund u. psychischen Erkrankungen 2 c) < 5.000	BMBF, BMG, Migrationsbeauftragte	Nein	DTGPP e.V.	Versorgungs-, Trauma- und Migrationsforschung, Leitende Oberärztin der PIA im St. Hedwig-KH der Charité	Charité Universitätsmedizin Modellstudiengang	Nein	Kein relevanter Interessenkonflikt
Cornelia Schumacher	Selbständig	Nein	Nein	Nie	Nie	Nein	Nein	DFKGT , BAG KtH - kein LL-Bezug	Nein	Nein	Nein	Kein relevanter Interessenkonflikt
Betram Sellner	BAG IF	Nein	Nein	Nie	Nie	Nein	Nein	BAG IF	Nein	Nein	Nein	Kein relevanter Interessenkonflikt
Prof. Dr. med. Katarina	Helios-Parkklinikum, Klinik für Psychiatrie,	Nein	Deutsche Gesellschaft Zwangserkrankungen e.V.	Regelmäßig Fortbildungsakademie - teilweise LL-Bezug	Regelmäßig 3) honorarfrei	DRV-Bund	Nein	DGPPN: Referatleitung Reha + Teilhabe	Rehabilitation, Teilhabe, -, Psychosoziale	Nein	Nein	Kein relevanter Interessenkonflikt

*Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report*

Stengler	Psychosomatik u. Psychotherapie; vorher: Universität Leipzig, Medizinische Fakultät			2 c) < 5.000					Aspekte			
Annette Theißing	Beta89 e. V.	Nein	Nein	Nie	Nie	Nein	Nein	BAG RPK - mit LL-Bezug	Nein	Nein	Nein	Kein relevanter Interessenkonflikt
Michael Theune	Klinikum am Weissenhof Weinsberg	Nein	Nein	Nie	Nie	Nein	Nein	BAPP e.V. - mit LL-Bezug	Pflegedienstleitung	Nein	Nein	Kein relevanter Interessenkonflikt
Dr. med. Roland Urban	Selbständig	Nein	Nein	Nie	Nie	Nein	Nein	Berufsverband der Deutschen Nervenärzte	Nein	Nein	Nein	Kein relevanter Interessenkonflikt
Prof. Dr. Sabine Weißflog	Frankfurt University of Applied Sciences	Nein	Nein	Nie	Nie	Nein	Nein	DGP e.V., Sektion Psychiatrische Pflegeforschung, BAPP	Nein	Fortbildung an der Frankfurter University of Applied Sciences - kein LL-Bezug	Nein	Kein relevanter Interessenkonflikt
Dr. Tina Wessels	BPTK	Nein	Nein	Nie	Nie	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Kein relevanter Interessenkonflikt
Monika Zimmermann	DAG Inklusionsfirmen e. V. (Vorstandsmitglied)	Nein	Nein	Nie	Nie	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Kein relevanter Interessenkonflikt
Michael Ziegel-mayer ²	Christiani e. V.	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	BDP - kein LL-Bezug	Nein	Nein	Nein	Kein relevanter Interessenkonflikt

Anmerkung:

- Angaben zum **Umfang**: regelmäßig/selten/nie
- **Bezug zur LL**: ohne LL-Bezug/teilweise LL-Bezug/mit LL-Bezug
- Angaben zum **Honorar**: 1. Honorar an Institution / 2. Honorar a) < 500,- € / b) < 1.000,- € / c) < 5.000 € / d) < 10.000 € / e) < 50.000 € / f) < 100.000 / g) > 100.000 3. honorarfrei
- LL-Konflikte hervorheben

*zu einem Vertretungsberechtigten eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft als Partner oder Verwandter 1. Grades

¹: Ariadne Sartorius vertritt bis auf weiteres Dr. Erika Goetz-Erdmann für den Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e. V.

²: Übernahme des Mandats für den Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e. V. nach Rücktritt von Eva Maria Stein im Herbst 2017

Carsten Hoffmann war bis Ende 2017 für den Landesverband Psychiatrie Erfahrener Rheinland-Pfalz e. V. als Mandatsträger aktiv. Nach diesem Zeitpunkt blieben Reaktionen auf unsere Korrespondenz und Einladungen aus, so dass wir am 14. März 2018 den Vorsitzenden des Landesverbandes Psychiatrie Erfahrener Rheinland-Pfalz e. V. anschrieben. Auch hier erhielten wir keine Antwort, so dass in der zweiten Phase des Prozesses die Stimme des Landesverbandes Psychiatrie Erfahrener Rheinland-Pfalz e. V. und entsprechend die Erklärung zu Interessenkonflikten fehlt.

Anlage K Verabschiedung der finalen Leitlinie: Rückmeldungen, Stellungnahmen, Sondervoten und Gutachten aus externem Peer-Review

Anlage K enthält:

- Rückmeldungen aus dem DGPPN-Vorstand
- Rückmeldungen aus anderen beteiligten Fachgesellschaften/Organisationen
- Stellungnahme zum Evidenzkapitel Arbeitsrehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben durch Bundesarbeitsgemeinschaft Beruflicher Trainingszentren e. V. (BAG BTZ), Bundesarbeitsgemeinschaft der Berufsbildungswerke e. V. (BAG BBW), Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation psychisch Kranker e. V. (BAG RPK), Bundesarbeitsgemeinschaft Werkstätten für behinderte Menschen e. V. (BAG WfbM) und Bundesverband Deutscher Berufsförderungswerke e. V. (BFW)
- Gegenstellungnahme zur Stellungnahme zum Evidenzkapitel Arbeitsrehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben durch das Autorenteam
- Sondervoten zum Evidenzkapitel Arbeitsrehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben durch Bundesarbeitsgemeinschaft Beruflicher Trainingszentren e. V. (BAG BTZ), Bundesarbeitsgemeinschaft Werkstätten für behinderte Menschen e. V. (BAG WfbM) und Bundesverband Deutscher Berufsförderungswerke e. V. (BFW)
- das Gutachten aus dem externen Peer-Review-Verfahren

Rückmeldungen aus dem DGPPN-Vorstand

Rückmeldungen/Anmerkungen	Ergänzungen/Anmerkungen des Autorenteam
<p>Christa Roth-Sackenheim vom 06.06.2018:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ „Auf Seite 334/335 finden sich Zahlen zu Behandlungsfällen der PIAs. Wäre es nicht sinnvoll, dann auch Zahlen zu Behandlungsfällen bei den Hausärzten, den Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie und den Ärztlichen Psychotherapeuten/Psychologischen Psychotherapeuten aufzunehmen?“ ▪ „Desweiteren fände ich es an gleicher Stelle wünschenswert, wenn das Tätigkeitsspektrum der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie und der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie nicht so dargestellt würde, als täten die beiden Facharztgruppen dasselbe in der Versorgung, das ist ja nicht so.“ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ „📌 Zahlen: In Deutschland arbeiten insgesamt 13.767 Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Nervenheilkunde. Davon sind 5.997 ambulant und 6.424 stationär tätig. Pro Quartal werden etwa 1,8 Millionen gesetzlich versicherte Patienten bei niedergelassenen Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Nervenheilkunde behandelt (vgl. (DGPPN 2018)). 2014 waren bei den Ärztekammern in Deutschland 4.123 Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie registriert. Allerdings liegt der Fokus in der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie auf psychosomatischen oder somatopsychischen Störungen, hierunter fallen u. a. auch die Bereiche der Psychoonkologie, Schmerztherapie sowie alle anderen medizinischen Gebiete, in denen es Überschneidungen zur Psychosomatik gibt (z. B. HNO, Neurologie, Orthopädie).“ (S. 330) ▪ „📌 Zahlen: In Deutschland waren 2016 insgesamt 41.657 Psychologische sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in verschiedenen Bereichen tätig. Davon haben 33.517 in ambulanten Einrichtungen und 6.933 in stationären oder teilstationären Einrichtungen gearbeitet. Darüber hinaus verfügten 2016 16.059 Fachärzte anderer Disziplinen über die Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ oder „Psychoanalyse“, von welchen 11.265 niedergelassen sind.“

	<p>In einem Quartal nehmen etwa 1,2 Millionen gesetzlich versicherte Patienten psychotherapeutische Leistungen bei niedergelassenen Psychotherapeuten in Anspruch. Die häufigsten Behandlungsdiagnosen für ambulante Richtlinien-Psychotherapie sind Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (82 %) sowie affektive Störungen (70 %) (vgl. (DGPPN 2018)).“ (S. 336)</p>
--	--

Rückmeldungen aus anderen beteiligten Fachgesellschaften/Organisationen

Rückmeldungen/Anmerkungen	Ergänzungen/Anmerkungen des Autorenteam
<p>Prof. Dr. R. Schepker in Vertretung der DGKJP vom 01.07.2018: „ ... Ich bedanke mich auch für den erneuten Hinweis in der Präambel dass sich die Leitlinie ausschließlich auf Erwachsene bezieht. Allerdings wird das in der gesamten Leitlinie nicht durchgehalten [...] So heißt es: S. 92 Sie sollten unter Beteiligung von jungen Erwachsenen und Angehörigen entwickelt und auf die spezifischen Bedürfnisse von jungen Erwachsenen und Jugendlichen abgestimmt sein sowie auf den Prinzipien von Hoffnung, Resilienz und Empowerment und dem Respekt vor der persönlichen Integrität S 95 Die Zusammenführung von Leistungen für 15-28-Jährige aus SGB V, VIII und XII in Früherkennungszentren unter Einbindung von niedergelassenen Fachärzten und Hausärzten, sowie weiterer psychosozialer Hilfsangebote und die Eröffnung von Schwerpunktstationen für junge Erwachsene mit Psychosen [286], sowie das Nutzen der gesetzlichen Regelungen der integrierten Versorgung und des Innovationsfonds [305] zeigen, dass die versorgungsrelevante Implementation von evaluierten Früherkennungs- und Frühinterventionsmodellen auch in Deutschland möglich ist. Wenn die bestehenden Modelle zukünftig Ausgangspunkte für eine flächendeckendere Implementation werden, besteht die Möglichkeit, die Empfehlungen von WHO, OECD und EU zur Implementation von Früherkennung...“ Begründung: „... Wir haben [...] versucht zu</p>	<p>S. 92: „Um die oben formulierten Ziele von Frühintervention zu erreichen, werden zunehmend Früherkennungs- und Therapiezentren implementiert, welche sowohl gezielte Öffentlichkeitsarbeit betreiben als auch störungs- und syndromorientierte sowie inklusionsfokussierte Behandlungsangebote vorhalten [32, 257, 263, 270–275]. Sie sollen niederschwellig, nicht stigmatisierend und überwiegend ambulant außerhalb von Krankenhäusern konzipiert sein. Früherkennungs- und Therapiezentren sollten ein multiprofessionelles Team umfassen, welches aus Ärzten, Psychologen, Individual-Placement-and-Support-Mitarbeitern (IPS), Pflegefachkräften, Ergotherapeuten, Sozialarbeitern und möglichst auch Peer-Mitarbeitern besteht und über eine aufsuchende Komponente verfügen. Sie sollten unter Beteiligung von jungen Erwachsenen und Angehörigen entwickelt und auf die spezifischen Bedürfnisse dieser Zielgruppe abgestimmt sein sowie auf den Prinzipien von Hoffnung, Resilienz und Empowerment und dem Respekt vor der persönlichen Integrität der Betroffenen basieren. Diese Merkmale sollen die Zugänglichkeit und die Akzeptanz des Angebots für die meist jungen Betroffenen und deren Angehörigen erleichtern.“ S.95 „Die Zusammenführung von Leistungen für die Betroffenen aus verschiedenen Sozialgesetzbüchern in Früherkennungszentren unter Einbindung von niedergelassenen Fachärzten und Hausärzten, sowie weiterer psychosozialer Hilfsangebote und die Eröffnung von Schwerpunktstationen für junge Erwachsene mit Psychosen [286], sowie das Nutzen der gesetzlichen Regelungen der integrierten Versorgung und des Innovationsfonds [305] zeigen, dass die versorgungsrelevante Implementation von evaluierten Früherkennungs- und Frühinterventionsmodellen auch in Deutschland möglich ist. Wenn die bestehenden Modelle zukünftig Ausgangspunkte für eine flächendeckendere Implementation werden, besteht die Möglichkeit, die Empfehlungen von WHO, OECD und EU zur Implementation von Früherkennung und Frühintervention umzusetzen und damit das Auftreten von SMI auch in Deutschland zu einem relevanten Anteil zu verhindern.“</p>

<p>verdeutlichen, dass die Kinder- und Jugendpsychiatrie in den Ländern, aus denen die geringe Evidenz für Früherkennungszentren kommt, deutlich schlechter etabliert ist als bei uns wo es flächendeckende Pflichtversorgung durch Kliniken gibt und außerdem ein gutes Netzwerk aus Praxen niedergelassener Kinderpsychiater. So können ab 15jährige sehr gut flächendeckend in jugendpsychiatrischen Kontexten behandelt werden (incl. Zugang zu Leistungen nach SGB VIII), und die Übertragbarkeit der Situation in Australien etc. auf uns ist schlicht nicht gegeben.</p> <p>Sollte es Ihnen nicht (mehr) möglich sein, mindestens die gelb markierten Stellen zu entfernen, muss ich Ihnen leider mitteilen, dass die DGKJP die Zustimmung zur S3-Leitlinie nicht erteilen kann....“</p> <p>- Am 02.07.2018 erfolgte auf die Änderungen hin die Zustimmung zur Leitlinie durch die DGKJP</p>	
---	--

Im Rahmen der Abstimmung der finalen Leitlinie erfolgte eine **kritische Stellungnahme zum Evidenzkapitel Arbeitsrehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben** durch fünf der acht Organisationen, die den Bereich Arbeitsrehabilitation und berufliche Teilhabe vertreten (Bundesarbeitsgemeinschaft Beruflicher Trainingszentren e. V. (BAG BTZ), Bundesarbeitsgemeinschaft der Berufsbildungswerke e. V. (BAG BBW), Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation psychisch Kranker e. V. (BAG RPK), Bundesarbeitsgemeinschaft Werkstätten für behinderte Menschen e. V. (BAG WfbM) und Bundesverband Deutscher Berufsförderungswerke e. V. (BFW)). Den Empfehlungen der AWMF bei starkem Dissenz folgend mündete dieser Prozess in zwei Sondervoten durch drei der stellungnehmenden Organisationen (Bundesarbeitsgemeinschaft Beruflicher Trainingszentren e. V. (BAG BTZ), Bundesarbeitsgemeinschaft Werkstätten für behinderte Menschen e. V. (BAG WfbM) und Bundesverband Deutscher Berufsförderungswerke e. V. (BFW)). Die BAG BBW und die BAG RPK votierten im Verlauf positiv für die aktuelle Leitlinienversion. Die Empfehlungen im Bereich der Arbeitsrehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben wurden bereits am 19.10.2017 unter Beteiligung der betreffenden Akteure in einer strukturierten Konsensuskonferenz in Frankfurt verabschiedet. Dabei konnte in der Abstimmung ein 88%er sowie ein 100%er Konsens für die Empfehlungen 18 bzw. 19 erreicht werden. Dennoch wurde am 11.09.2018 ein Sondervotum für beide Empfehlungen beantragt.

Im Folgenden werden:

- die Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft Beruflicher Trainingszentren e. V. (BAG BTZ), Bundesarbeitsgemeinschaft der Berufsbildungswerke e. V. (BAG BBW), Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation psychisch Kranker e. V. (BAG RPK), Bundesarbeitsgemeinschaft Werkstätten für behinderte Menschen e. V. (BAG WfbM) und des Bundesverbandes Deutscher Berufsförderungswerke e. V. (BFW) vom 17.07.2018

*Erstes Update der S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
Leitlinien-Report*

- die Gegenstellungnahme der Steuergruppe der Leitlinie vom 16.08.2018 sowie
- die Sondervoten der Bundesarbeitsgemeinschaft Beruflicher Trainingszentren e. V. (BAG BTZ), Bundesarbeitsgemeinschaft Werkstätten für behinderte Menschen e. V. (BAG WfbM) und des Bundesverband Deutscher Berufsförderungswerke e. V. (BFW) vom 11.09.2018 abgebildet.
- Außerdem wird hier auch das Gutachten aus dem externen Peer-Review-Verfahren abgedruckt.

An: **Frau Prof. Steffi Riedel-Heller, Herrn Prof. Thomas Becker, Frau Uta Gühne,
Herrn Stefan Weinmann**

CC: **Beteiligte Verbände des NbR (BAG-BTZ, BAG-RPK, BAG-BBW, BAG-WfbM,
BV-BFW)**

Betr.: **DGPPN S3-Leitlinien Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen
Erkrankungen – hier: Stellungnahme der Fachverbände des NbR (BAG-BTZ
BAG-RPK, BAG-BBW, BAG-WfbM, BV-BFW) zum Kapitel 3.4
„Arbeitsrehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben“.**

**Sehr geehrte Frau Prof. Riedel-Heller, sehr geehrter Herr Prof. Becker, sehr geehrte Frau
Gühne, sehr geehrter Herr Weinmann,**

zum Kapitel „Arbeitsrehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben“ nehmen wir zu verschiedenen
Punkten wie folgt Stellung:

3.4.1.2. Ansätze beruflicher Rehabilitation:

**„Als Strategien der Arbeitsrehabilitation oder beruflichen Rehabilitation (beide Begriffe
werden im Folgenden synonym verwendet) ...“ (S. 154)**

NbR-Verbände: Die Gleichsetzung von Arbeitsrehabilitation als primär ein Ansatz der
Ergotherapie und damit eine medizinische Leistung (SGB V - vgl. Steier-Mecklenburg et al (2007):
Arbeitstherapie und Arbeitsrehabilitation – Arbeitsfelder der Ergotherapie) und beruflicher
Rehabilitation als rechtlich eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben (SGB IX) ist unzulässig, da
die Zielsetzung der Leistungen sehr unterschiedlich sind.

**Pre-Vocational-Training als eine der „Strategien“ der „Arbeitsrehabilitation“ beinhaltet z.B.
„Arbeitstherapie, Bewerbungstraining und übergangsweiser Beschäftigung in einem
geschützten Arbeitsverhältnis“ (S. 154)**

NbR-Verbände: Die Vielfalt der spezifischen Leistungen zur beruflichen Rehabilitation psychisch
kranker Menschen (RPK, BTZ, WfbM, Berufsbildungswerke, Integrationsmaßnahmen, BFW) wird
hier in unzulässiger Weise zusammengefasst. Die (wenn auch beispielsweise) Typisierung der
Leistungen als Arbeitstherapie, Bewerbungstraining und Beschäftigung in einem geschützten
Arbeitsverhältnis beschreibt in keiner Weise die gezielten Förderleistungen vor allen von RPK und
BTZ zur Verbesserung der psychischen Belastbarkeit und der arbeitsrelevanten psychosozialen
Kompetenzen

**„Die Hilfen enden bisweilen bereits mit dem Abschluss des Trainingsprogramms.
Unterstützung bei der Arbeitsplatzsuche, Hilfe in der Einarbeitungszeit sowie längerfristige
Betreuung am Arbeitsplatz sind nicht in allen Programmen dieses Typs vorgesehen.“ (S.
154 f.)**

NbR-Verbände: Eine derartige Feststellung lässt eine ungenügende Kenntnis und/oder
Berücksichtigung der deutschen Reha- und Versorgungslandschaft im Bereich der beruflichen
Rehabilitation vermuten, denn lt. BAR (2012) Gemeinsame Empfehlung für Einrichtungen zur
Teilhabe am Arbeitsleben § 5 Abs. 5 ist diesen Einrichtungen vorgeschrieben, „6 Monate nach
formalem Abschluss der Maßnahme“ eine Nachbetreuung zu gewährleisten, um ein
„teilnehmerorientiertes Integrationsmanagement“ und die Mitverantwortung für die Integration zu

gewährleisten. RPK und BTZ (i.d.R. auch spezifische Integrationsmaßnahmen) sind daher schon rechtlich verpflichtet, eine gezielte Unterstützung für eine erfolgreiche Arbeitsplatzsuche sowie für einen längerfristigen Bestand des Arbeitsverhältnisses zu erbringen. Die o.a. Beschreibung ist damit eindeutig falsch und zeigt eine (einseitig) wertende Tendenz in der Beschreibung der in Deutschland verfügbaren Angebote.

„Eine spezielle Variante von Pre-Vocational-Training stellt das sogenannte Clubhouse-Modell dar, das in den 50er-Jahren in den USA entstand.“ (S. 155)

NbR-Verbände: Auch hier zeigt sich die bereits erwähnte mangelhafte Kenntnis bzw. Berücksichtigung deutscher Bedingungen. Mit „Clubhouse“ wird eine Einrichtung bezeichnet, in der psychisch erkrankte Menschen mit intensiver Begleitung eine Betreuungseinrichtung betreiben und dort u.a. Speisen/Getränke sowie Freizeitangebote anbieten. Dies entspricht in Deutschland den Zuverdienstangeboten wie z.B. die „Kiezkantine“ von Pinel (s. <https://www.pinel.de/dienstleistungen/gastronomie/>). Dies sind aber keine LTA- sondern SGB XII-Leistungen (s. <https://www.deutscher-verein.de/de/uploads/empfehlungen-stellungnahmen/dv-12-09.pdf>), die derzeit nicht arbeitsfähigen Menschen (Belastbarkeit unter 3 Stunden täglich) eine Beschäftigung nach ihrem Leistungsvermögen bieten. Die Zielsetzung ist hier vor allem die Tagesstrukturierung, die Förderung sozialer Kontakte und des Selbstwertgefühls, d.h. die Prävention negativer Folgen von Arbeitslosigkeit nach dem „latent deprivation model“ von Marie Jahoda (s. <http://www.hag-gesundheit.de/uploads/docs/807.pdf>). Ein Übergang in Arbeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ist zwar möglich, aber nicht primäre Zielsetzung von Zuverdienst, der ja genau aus diesem Grund dem SGB XII zugeordnet worden ist.

„Beim Supported Employment erfolgt ein umgekehrtes Vorgehen. Der Betroffene wird, eine ausreichende Motivation und psychopsychische Stabilität vorausgesetzt, ohne (längere) Vorbereitungszeit bereits in der ersten Phase der Rehabilitation auf dem ersten Arbeitsmarkt platziert, ...“ (S. 155)

NbR-Verbände: Die Einschränkung bezüglich der „psychopsychischen Stabilität“ ist zu Recht gemacht – es bleibt aber in der Darstellung offen, was ein zielführendes LTA-Angebot wäre, wenn keine ausreichende Stabilität vorhanden ist. Diese Fälle sind genau die Zielgruppe von RPK, BTZ, WfbM und Berufsbildungswerken, die hier unter den Tisch fallen.

„Die dem Pre-Vocational-Training (PVT) zugeordneten Interventionen konnten im Einzelnen recht heterogen aussehen. Voraussetzung zur Klassifikation in dieser Kategorie war lediglich, dass die Teilnehmer eine „Vorbereitung“ absolvieren, bevor sie zur Suche nach regulärer Beschäftigung ermutigt werden.“ (S. 159)

NbR-Verbände: Diese Darstellung des PVT ist schwammig und unscharf in der in der Abgrenzung zum SE, wurde doch auf S. 155 ausgesagt, dass es auch im SE eine (wenn auch nicht längere) Vorbereitungszeit gibt. Vor allem im Vergleich zu den Integrationsmaßnahmen, die i.d.R. zwischen 8 und 12 Monaten dauern und in denen ca. 1/3 der Zeit (12-17 Wochen) in der Einrichtung als Vorbereitung verbracht wird (und die damit nach der o.a. „Klassifikation“ dem PVT zuzuordnen wären) und anschließend ein oder mehrere längere Praktika in Betrieben erfolgt mit dem Ziel der Übernahme in ein Anstellungsverhältnis, ist das SE mit einer durchschnittlichen Vorbereitungszeit von 20-25 Wochen (Bond, G. et al (2012): Generalizability of the Individual Placement and Support (IPS) model of supported employment outside the US. In: World Psychiatry. February; 11 2012 (1), S. 32–39. bzw. Bond, G. et al (2012a): Standardizing Measures in Four Domains of Employment Outcomes for Individual Placement and Support (2012). In: Psychiatric services Vol. 63, Issue 8, S. 751-757) deutlich **länger** in der Vorbereitung. Dies illustriert die Problematik und Unschärfe der Unterteilung in PVT und SE. Die in der Medizin übliche Differenzierung von „altem Treatment“ und „neuem Treatment“ kann somit nicht vorgenommen werden. Der SE-Ansatz wird hier tendenziös als „neues Treatment“ verklärt.

„Anwendbarkeit und Erfahrungen im deutschsprachigen Raum“ (S. 184)

NbR-Verbände: Alleine die Begrifflichkeit „deutschsprachiger“ Raum zeigt ein wenig ausgeprägtes (bzw. eher nicht vorhandenes) Verständnis der S3-LL-Autoren für Wirkfaktoren

bei der beruflichen Wiedereingliederung. Die Vorstellung, dass die gleiche Sprache am Arbeitsplatz (Deutschland, Österreich, deutschsprachige Schweiz, ggfs. Südtirol) automatisch Studienergebnisse übertragbar machen, hat nichts mit den Erkenntnissen der deutschen Arbeitsmarkt- und Berufsforschung gemein. Um z.B. die Integrationserfolge von Arbeitsagenturen in Deutschland zutreffend bewerten zu können, hat das IAB (Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der BA) die 156 Agenturbezirke in 5 Typen unterteilt, die sogar in insgesamt 12 Untertypen gegliedert sind. Nur innerhalb desselben Untertyps (acht in West- und 4 in Ostdeutschland) werden die Integrationsergebnisse verglichen, denn wie die IAB-Forscher schon seit 2003 wissen: „Integrationserfolge hängen von regionalen Gegebenheiten ab“ (Hirschauer, F. (2013): Integrationserfolge hängen von regionalen Gegebenheiten ab. In: IAB Kurzbericht 5/2013). Überschreitet man dann Ländergrenzen, ändern sich dazu auch noch weitere gewichtige Einflussfaktoren wie Kündigungsschutz, Bedingungen zur Gewährung von Entgeltersatzleistungen usw. und machen somit Studienergebnisse nicht mehr vergleichbar.

„Bei der Interpretation der Ergebnisse muss berücksichtigt werden, dass die Studie in ihrer Gesamtheit über alle Zentren hinweg gepowert wurde, um Effekte abzusichern. Eine isolierte Betrachtung der Ergebnisse für einzelne Zentren ist daher nicht tragfähig.“ (S. 185)

NbR-Verbände: Mit diesem nur „Kunstgriff“ zu nennenden Argument wurde bei der Überarbeitung der S3-LL 2017/2018 das Argument der vorherigen Überarbeitung, dass die deutschen (Teil-) Ergebnisse der 2007 veröffentlichten EQOLISE-Studie keine signifikante Überlegenheit der SE-Stichprobe vorweisen konnten, einfach „weggewischt“. Mit dem Konstrukt der „Powerung“ wird jetzt behauptet, dass trotz nicht signifikantem deutschen Ergebnis die Studie einen Nachweis der Überlegenheit des SE-Ansatzes auch für Deutschland (!) erbracht hat. Alleine die Betrachtung dieses Arguments offenbart seine massiven Schwächen – berücksichtigt man zudem die Kommentierung zum vorherigen Teil der S3-LL bezüglich der Übertragbarkeit von Studienergebnissen über Länder hinweg, so wird klar erkennbar, dass ein Studiendesign, das Ergebnisse aus einem Land X mit denen aus einem Land Y mittelt und den Mittelwert dann für beide Länder als wissenschaftlich nachgewiesen kennzeichnet, schlicht wissenschaftlich falsch ist.

Die Autoren stellen die Studienlage im Grunde genommen mit einer Verzerrung zugunsten des SE-Ansatzes dar.

Zudem wäre gerade bei der EQOLISE-Studie auf methodische Schwächen hinzuweisen. So war die Teilnehmerrekrutierung dergestalt, dass mit dem neuen, eine rasche Beschäftigung ermöglichende Ansatz des SE geworben wurde, die Hälfte der eingeschlossenen Probanden aber dann (entgegen ihrem Willen) der PVT-Kontrollgruppe zugewiesen wurden, was eine massive Abbruchrate in der (PVT-) Kontrollgruppe zur Folge hatte (s. Kalkan, R. et al (2009): Unterstützte Beschäftigung bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. In: Sozialpsychiatrische Information. 39. Jahrgang Heft 4, S. 40-45). Zudem war die Kontrollgruppe eine RPK und eine nur 1 ½ Monate dauernde Maßnahme im RKU Ulm (Rehabilitationskrankenhaus), was definitiv keine (!) LTA-Maßnahme nach dem Rahmenkonzept der DRV für LTA von 2009 (s. https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/downloads/konzepte_systemfragen/konzepte/rahmenkonzept_lta_datei.html) darstellt und daher als Kontrollgruppe für berufliche Reha gänzlich ungeeignet ist.

„Job Coach Projekt der Universität Bern“ (S. 185 f.):

NbR-Verbände: Trotz der Darstellung dass die Studie in der Schweiz „unter vergleichbaren sozioökonomischen Bedingungen“ (S. 185) zu Deutschland erfolgte – hierzu hat die BAG BTZ schon zuvor umfassend Stellung genommen – ist das Job Coach Projekt aus Bern ebenfalls kein Nachweis der Überlegenheit des SE-Ansatzes. Das wesentliche Argument dafür ist, dass bei der SE-Gruppe neben dem (nach den Autoren Hoffmann et al. die Integrationswirkung generierenden) SE-Ansatz auch noch monetäre Zuschüsse den Arbeitgebern für die

Einstellung der Studienteilnehmer offeriert wurden (s. Hoffmann, H. et al (2012): A randomized controlled trial of the efficacy of supported employment. In: Acta Psychiatr Scand 125: S. 157-167 – hier: S. 159). Studien des IAB in Deutschland zeigen aber klar auf, dass monetäre Zuschüsse eine eigene und zudem nachhaltige Integrationswirkung zeigen (s. Ruppe, K.; Stephan, G. (2009): Förderung mit Eingliederungszuschüssen. Länger im Betrieb und gleicher Lohn. IAB-Kurzbericht 25/2009). Hoffmann et al kombinieren also in ihrem Projekt einen neuen Ansatz mit einem weiteren, der bereits nachweisliche Integrationswirkung gezeigt hat (monetäre Zuschüsse) – behaupten aber die klar erkennbare Überlegenheit der SE-Gruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe alleine dem SE-Ansatz zuschreiben zu können. Ein wissenschaftlich redliches Studiendesign hätte dann aber dieselben Zuschüsse auch bei der Kontrollgruppe vorsehen müssen, um auszuschließen, dass der wesentliche Effektreiber die Zuschüsse und nicht der SE-Ansatz gewesen ist. Betrachtet man weiter den Internet-Auftritt der universitären Dienste Bern bezüglich des auch heute noch bestehenden SE-Angebots, so wird zudem deutlich, dass die Integration zunächst in eine (wahrscheinlich gemeinnützige) Arbeitnehmer-Überlassung erfolgt, die auch die o.a. Zuschüsse erhalten. Diese verleiht dann die bei ihr angestellten Teilnehmer an Betriebe mit der Hoffnung, dass sie zu einem späteren Zeitpunkt von diesen übernommen werden. Auch dieser Ansatz ist in Deutschland nicht unbekannt und wurde Ende der 90er Jahre in Bayern als gAÜ (gemeinnützige Arbeitnehmerüberlassung) sogar erfolgreich bei der Integration von anerkannten Schwerbehinderten erprobt, die trotz dem Integrationshindernis Schwerbehinderung (erweiterter Kündigungsschutz, Zusatzurlaub) für viele Teilnehmer eine Übernahme im Entleihbetrieb realisieren konnten. Auf das Berner Projekt bezogen bedeutet dies, dass zusätzlich zu den monetären Zuschüssen ein weiteres Instrument in das SE-„Gesamtpaket“ einbezogen wurde, das ebenfalls seine Integrationswirkung bereits gezeigt hat. Nur der Erfolg wurde alleine dem SE-Ansatz zugeschrieben. Damit aber jetzt den Nachweis der Überlegenheit des SE-Ansatzes gegenüber allem anderen – und auch noch für Deutschland übertragbar – geführt haben zu wollen, kann nur als Realitätsferne der S3-LL-Autoren bezeichnet werden.

„Empfehlungsgrad A für Ansätze nach den Prinzipien des Supported Employment B für Ansätze nach den Prinzipien des Pre-Vocational-Training“ (S. 187).

NbR-Verbände: Dass von einer Evidenz für eine Überlegenheit des SE in Deutschland (!) nicht gesprochen werden kann, da hierfür kein wissenschaftlich zuverlässig erhobener Nachweis vorliegt, ist hinreichend dargestellt worden. Eine Empfehlungsgrad „A“ (Soll-Empfehlung = „die meisten Patienten sollten diese Intervention ... erhalten“ – S. 35) entbehrt daher jeder Grundlage. Erschwerend kommt hinzu, dass „A“ zudem bedeutet, dass SE für die meisten Rehabilitanden als richtige LTA-Leistung damit gekennzeichnet wird, was die Heterogenität der Reha-Bedürfnisse psychisch erkrankter Menschen und die daraus resultierende Notwendigkeit inhaltlich unterschiedlicher Reha-Leistungen völlig ignoriert.

Ein weiterer wesentlicher Kritikpunkt ist die Vermischung der existierenden Reha-Leistungen wie RPK, BTZ, WfbM und Integrationsmaßnahmen, aber auch BFW und BBW als „PVT“ mit gleicher Bewertung. Hier wäre eine differenzierte Darstellung und ggf. auch Bewertung in Deutschland vorhandener Reha-Leistungen erforderlich. Das insgesamt sehr gut ausgebaute und ausdifferenzierte Angebot erfährt hier eine pauschale Unterteilung in 2 Kategorien (SE und PVT), die die hiesige Realität nicht abbildet und damit auch Schlussfolgerungen fragwürdig erscheinen lässt.

Auch wenn zutreffend konstatiert wird, dass für Deutschland „ein dringender Forschungsbedarf“ besteht (S. 189), umfasst dieser nicht nur die wichtige Evidenzforschung sondern vor allem eine umfassende Forschung, die Erkenntnisse liefert, bei welcher Indikationsstellung (was nicht nur gesundheitliche Aspekte umfasst) welche der einzelnen LTA-Angebote mehr und welcher weniger indiziert sind. Dies würde einen wichtigen und dringend notwendigen Beitrag zur Leistungssteuerung wie auch Angebotsplanung der LTA-

Leistungen in Deutschland leisten, für den die beteiligten Verbände sich umfassend aussprechen.



Universität Leipzig, Medizinische Fakultät
Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP)
Philipp-Rosenthal-Str. 55, 04103 Leipzig

An
Herrn Heiko Kilian
Geschäftsführer
Bundesarbeitsgemeinschaft Beruflicher Trainingszentren
Oranienburger Straße 13/14
10178 Berlin

Nachrichtlich an

Netzwerk berufliche Rehabilitation,
vertreten durch die beteiligten Verbände:
Kathrin Völker (WfbM)
Dr. Reinald Faß (BAG BFW)
Tanja Ergin (BAG BBW)
Annette Theißing (BAG RPK)

Prof. Dr. Steffi Riedel-Heller (Leitlinienkoordinatorin)
Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public
Health (ISAP), Universität Leipzig,
Philipp-Rosenthal-Str. 55, 04103 Leipzig
Tel.: +49 341 97-15408
Fax: +49 341 97-15409
E-Mail: Steffi.Riedel-Heller@medizin.uni-leipzig.de

Prof. Dr. Thomas Becker (Leitlinienkoordinator)
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II
der Universität Ulm, BKH Günzburg
Ludwig-Heilmeyer-Str. 2, 89312 Günzburg
Tel.: +49 8221 96-2002
Fax: +49 8221 96-2400
E-Mail: t.becker@uni-ulm.de

**Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psycho-
therapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde**
(DGPPN, federführende Fachgesellschaft)
Reinhardtstraße 27B, 10117 Berlin

Leipzig, 16. August 2018

Ihre Stellungnahme vom 17.07.2018: DGPPN S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen – hier: Stellungnahme der Fachverbände des NBR zum Kapitel 3.4 Arbeitsrehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben

Gegenstellungnahme vom 16.08.2018

**Sehr geehrter Herr Kilian,
sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,**

Wir danken Ihnen für Ihre ausführliche Stellungnahme vom 17.07.2018.

Deutlich wird, dass sich die in Ihrer Stellungnahme vom 17.07.2018 aufgeführten Kritikpunkte auf das „Evidenzkapitel: Arbeitsrehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben“ beziehen. Die Evidenzkapitel der S3-Leitlinie werden durch das Matrixkapitel ergänzt. Die Autoren der Leitlinie haben dieses Kapitel in die Leitlinie eingebracht, um der Situation in Deutschland besonderes Gewicht zu geben und gerecht zu werden, da diese für die Implementierung der Leitlinie bedeutsam ist. Bereits im Vorwort der Leitlinie wird darauf verwiesen, dass *„Behandlungsleistungen, auch psychosoziale Interventionen, [...] nicht im luftleeren Raum erbracht [werden]. Sie sind eingebettet in ein Versorgungssystem mit komplexen sozialrechtlichen Rahmenbedingungen, das sich in Deutschland seit der Psychiatriereform der 1970er Jahre grundlegend verändert hat. Ein Matrix-Kapitel trägt diesem Umstand Rechnung. Es verortet die beschriebenen Interventionen im Versorgungssystem, zeigt den aktuellen Implementierungsstand in Deutschland und nimmt neuere Entwicklungen in der Versorgungslandschaft in den Blick.“*. Es wird mehrfach auf die Komplexität unseres Versorgungssystems hingewiesen. Das Matrixkapitel versucht die Vielfalt der Angebote und Leistungen im Rahmen der beruflichen Teilhabe im Abschnitt D 5.2 zu skizzieren und verweist dabei auch auf den Teilhabekompass I der DGPPN. Das Evidenzkapitel hat entsprechend den Vorgaben der AWMF weder den Auftrag noch das Ziel, die berufliche Rehabilitationslandschaft in Deutschland dazustellen, sondern dient der systematischen Darstellung der internationalen wissenschaftlichen Evidenz.

Zu Ihren Kritikpunkten:

3.4.1.2. Ansätze beruflicher Rehabilitation: „Als Strategien der Arbeitsrehabilitation oder beruflichen Rehabilitation (beide Begriffe werden im Folgenden synonym verwendet) ...“ (S. 154)

NbR-Verbände: Die Gleichsetzung von Arbeitsrehabilitation als primär ein Ansatz der Ergotherapie und damit eine medizinische Leistung (SGB V - vgl. Steier-Mecklenburg et al (2007): Arbeitstherapie und Arbeitsrehabilitation – Arbeitsfelder der Ergotherapie) und beruflicher Rehabilitation als rechtlich eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben (SGB IX) ist unzulässig, da die Zielsetzung der Leistungen sehr unterschiedlich sind.

LL-Team: Zitiert wird hier eine Arbeit von Thomas Reker und Bernd Eikermann (2004). Als Strategien der Arbeitsrehabilitation oder beruflichen Rehabilitation (beide Begriffe werden im Folgenden synonym verwendet) werden hier alle psychosozialen Interventionen verstanden, die systematisch auf eine Verbesserung der Arbeits- und Beschäftigungssituation psychisch kranker Menschen abzielen [535].

An dieser Stelle erfolgt tatsächlich eine Vereinfachung in der Darstellung der Methoden. Ziel ist hier zu verdeutlichen, dass letztlich alle hier behandelten Maßnahmen dazu führen sollen, die Arbeits- und Beschäftigungssituation der Betroffenen zu verbessern. Es erfolgt hier keine Darstellung der Möglichkeiten zur beruflichen Teilhabe in Deutschland. Zur Arbeitstherapie finden sich gezielte Hinweise auf S. 343 im „Matrixkapitel“:

„Arbeitstherapeutische Maßnahmen stellen ein Kernkonzept der Behandlung und Rehabilitation chronisch psychisch kranker Menschen dar. Vor allem in der stationär-psychiatrischen Behandlung ist Arbeitstherapie als Behandlungsform ein fester Bestandteil. Arbeitstherapie findet aber zunehmend auch in ambulanten Bereichen Anwendung. Ambulante Arbeitstherapie richtet sich an psychisch erkrankte Menschen, die (noch) gering belastbar sind und ist zumeist auf die Förderung von Grundarbeitsfähigkeiten wie etwa Konzentrationsfähigkeit und Durchhaltevermögen ausgerichtet. Die gemeinsame Grundlage verschiedener arbeitstherapeutischer Modelle ist die implizite Annahme, dass eine Nachbildung der Arbeitswelt durch Arbeitstherapie die Integration in diese langfristig fördert, da gerade die hierfür erforderlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten angesprochen werden [605, 606]. Die Durchführung von Arbeitstherapie und Belastungserprobung ist im § 42 SGB V und im § 42 SGB IX geregelt. Genau genommen handelt es sich bei Arbeitstherapie um eine Methode, deren Wirkung zunächst auf die Person gerichtet ist. Sie kann eine Vorstufe auf dem Weg zu Leistungen der beruflichen Teilhabe sein.“

Pre-Vocational-Training als eine der „Strategien“ der „Arbeitsrehabilitation“ beinhaltet z.B. „Arbeitstherapie, Bewerbungstraining und übergangsweiser Beschäftigung in einem geschützten Arbeitsverhältnis“ (S. 154)

NbR-Verbände: Die Vielfalt der spezifischen Leistungen zur beruflichen Rehabilitation psychisch kranker Menschen (RPK, BTZ, WfbM, Berufsbildungswerke, Integrationsmaßnahmen, BFW) wird hier in unzulässiger Weise zusammengefasst. Die (wenn auch beispielsweise) Typisierung der Leistungen als Arbeitstherapie, Bewerbungstraining und Beschäftigung in einem geschützten Arbeitsverhältnis beschreibt in keiner Weise die gezielten Förderleistungen vor allen von RPK und BTZ zur Verbesserung der psychischen Belastbarkeit und der arbeitsrelevanten psychosozialen Kompetenzen

LL-Team: Auch in diesem Abschnitt erfolgt eine Reduktion der in der internationalen Literatur beschriebenen vielfältigen Ansätze auf 2 unterscheidbare Strategien. Der Fokus liegt in diesem Evidenzkapitel auf der internationalen Evidenz. „Vor allem im englischsprachigen Raum werden zwei große methodische Ansätze der Arbeitsrehabilitation unterschieden, an denen sich auch die folgende Darstellung orientiert: Beim **Pre-Vocational-Training** (vorbereitendes (Arbeits)training als berufliche Rehabilitation) erfolgen mit dem Ziel

einer Rückkehr auf den ersten Arbeitsmarkt zunächst berufsvorbereitende Maßnahmen. Diese können z. B. aus Arbeitstherapie, Bewerbungstraining und übergangsweiser Beschäftigung in einem geschützten Arbeitsverhältnis bestehen [535, 548].“ Es wird hierbei keinesfalls der Anspruch erhoben, die Versorgungsvielfalt in Deutschland zu beschreiben. Es wird z.B. unter **Abschnitt D 5.2 Leistungen zur Teilhabe an Bildung und Arbeit** darauf hingewiesen, dass „In Deutschland [...] zum einen ein breites Spektrum von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zur Verfügung [steht] und zum anderen [...] ein umfassendes, sehr differenziertes System an Einrichtungen, Diensten und weiteren Angeboten zur beruflichen Rehabilitation psychisch kranker Menschen [existiert]. Dabei gibt es Einrichtungen, die speziell für die Rehabilitation psychisch kranker Menschen konzipiert wurden. Dazu zählen insbesondere die Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPK) und die beruflichen Trainingszentren (BTZ). Andere Einrichtungen sind auch auf die Rehabilitation von Menschen mit Beeinträchtigungen körperlicher oder geistiger Verursachung ausgerichtet.“ (S. 341) Auf den nächsten Seiten erfolgt eine Darstellung spezifischer Angebote in Deutschland.

Es findet sich im Anschluss an die Darstellung der beiden in der internationalen Literatur verwendeten Begriffe ein Hinweis auf die Ausgestaltung in Deutschland (S. 155): „In Deutschland kommen bislang überwiegend arbeitsrehabilitative Programme zum Einsatz, die in der Tradition des First-Train-Then-Place-Ansatzes stehen [554]. Allerdings ist ein Trend dahin gehend erkennbar, dass in viele dieser Programme zunehmend Elemente von IPS einfließen – oftmals kann man deshalb auch von „Mischformen“ zwischen Pre-Vocational-Training und IPS sprechen. In solchen Mischformen findet sich trotz eines (kurzen) initialen vorbereitenden Trainings eine deutliche Ausrichtung auf eine Beschäftigung auf dem 1. Arbeitsmarkt, beispielsweise durch frühzeitige Praktika in Betrieben des 1. Arbeitsmarktes, die von vornherein auf eine Festanstellung ausgerichtet sind. Seit etwa 20 Jahren sind in Deutschland im Rahmen von Modellprojekten Elemente von Unterstützter Beschäftigung nach dem Vorbild des amerikanischen IPS etabliert. Mit dem Ziel einer stärkeren, über lokale Umsetzungen hinausgehenden Implementierung wurde Anfang 2009 die Maßnahme „Unterstützte Beschäftigung“ im § 38a des SGB IX gesetzlich verankert [555]. Im Kapitel **Matrix des deutschen Versorgungssystems** wird genauer auf das System beruflicher Rehabilitation in Deutschland eingegangen.“

Es wird von den Autoren der Leitlinie immer wieder darauf verwiesen, dass Maßnahmen im Sinne eines Pre-Vocational-Trainings (PVT) sehr heterogen sind (z.B. S. 159): „Hinsichtlich des Begriffes **Pre-Vocational-Training** im Cochrane Review sei angemerkt, dass die unter diesem Begriff subsummierten Interventionen im Einzelnen deutlich divergieren [559]. Die Bildung einer Vergleichsbedingung von PVT – wie sie in dem Review aufgefunden wurde und aus Gründen der Praktikabilität im vorliegenden Kapitel beibehalten wurde – geht somit mit gewissen Informationsverlusten einher.“ (S. 183).

Es wird im Evidenzkapitel immer der Bezug zu den identifizierten internationalen Studien hergestellt. Unter dem Abschnitt **3.4.4 Von der Evidenz zur Empfehlung** gibt es einen Abschnitt, in dem explizit relevante Studien aus Deutschland bzw. dem deutschsprachigen Raum dargestellt werden. Dabei findet sich ein expliziter Verweis auf die RPKs: „Mit den Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPK) wurde in Deutschland ein integratives medizinisch-berufliches Rehabilitationskonzept konzipiert. Das Leistungsangebot zur beruflichen Rehabilitation umfasst zum Beispiel Berufsfindungsmaßnahmen, Arbeitserprobungen/Praktika, Arbeitstraining, berufliche Anpassungen im erlernten bzw. angelernten Berufsfeld oder Bewerbertraining. RPK's verfügen über die Möglichkeit, individuell auf den Ausbildungsstand und die Leistungsfähigkeit des Rehabilitanden zugeschnittene Maßnahmen anzubieten. Es werden in zahlreichen RPK's auch Angebote vorgehalten, die Merkmale von Supported Employment enthalten. Eine Analyse der Aufnahme- und Entlassdaten der 52 RPK Einrichtungen in Deutschland aus dem Jahre 2010 (N=1311 Teilnehmer) zeigte, dass knapp 40 Prozent der Teilnehmer nach medizinischen RPK-Maßnahmen an beruflichen RPK-Maßnahmen teilnahm. Nach Abschluss der beruflichen RPK-Maßnahme war ein Anteil von 38 Prozent der Rehabilitanden erwerbstätig, 26 Prozent befanden sich in Ausbildung und Umschulung [628].“

„Die Hilfen enden bisweilen bereits mit dem Abschluss des Trainingsprogramms. Unterstützung bei der Arbeitsplatzsuche, Hilfe in der Einarbeitungszeit sowie längerfristige Betreuung am Arbeitsplatz sind nicht in allen Programmen dieses Typs vorgesehen.“ (S. 154 f.)

NbR-Verbände: Eine derartige Feststellung lässt eine ungenügende Kenntnis und/oder Berücksichtigung der deutschen Reha- und Versorgungslandschaft im Bereich der beruflichen Rehabilitation vermuten, denn lt. BAR (2012) Gemeinsame Empfehlung für Einrichtungen zur Teilhabe am Arbeitsleben § 5 Abs. 5 ist diesen Einrichtungen vorgeschrieben, „6 Monate nach formalem Abschluss der Maßnahme“ eine Nachbetreuung zu gewährleisten, um ein „teilnehmerorientiertes Integrationsmanagement“ und die Mitverantwortung für die Integration zu gewährleisten. RPK und BTZ (i.d.R. auch spezifische Integrationsmaßnahmen) sind daher schon rechtlich verpflichtet, eine gezielte Unterstützung für eine erfolgreiche Arbeitsplatzsuche sowie für einen längerfristigen Bestand des Arbeitsverhältnisses zu erbringen. Die o.a. Beschreibung ist damit eindeutig falsch und zeigt eine (einseitig) wertende Tendenz in der Beschreibung der in Deutschland verfügbaren Angebote.

LL-Team: Auch dieser Abschnitt bezieht sich auf die internationale Literatur und nicht auf die Situation in Deutschland: *„Die Hilfen enden bisweilen jedoch bereits mit dem Abschluss des Trainingsprogramms. Unterstützung bei der Arbeitsplatzsuche, Hilfe in der Einarbeitungszeit sowie längerfristige Betreuung am Arbeitsplatz sind nicht in allen Programmen dieses Typs vorgesehen [535].“*

Auf Nachbetreuungsangebote im Rahmen spezieller Angebote in Deutschland wird explizit verwiesen, z.B. auf S. 345: *„Berufliche Trainingszentren bedienen sich einer Vielfalt von Methoden und Förderangeboten, um die für eine (Wieder-)Eingliederung in den ersten Arbeitsmarkt notwendigen fachlichen und sozialen Kompetenzen bei den Teilnehmern zu fördern. Dazu begleiten Berufsfachkräfte, Psychologen, Sozialpädagogen und Ergotherapeuten in einem interdisziplinären Team die Teilnehmer bis zur Integration in eine Beschäftigung. Das Leistungsspektrum lässt sich dabei grob in berufliche Trainings (Anpassungsmaßnahmen), Vorbereitungsmaßnahmen auf Ausbildung oder Umschulung und Assessment-Maßnahmen (u.a. Berufsfindung/Arbeitserprobung) gliedern. Es kommen in den Maßnahmen sehr häufig betriebliche Praktika zur Anwendung. Zahlreiche Berufliche Trainingszentren haben in ihrem Angebotsspektrum Maßnahmen, die Elemente von Supported Employment enthalten. Ein Beispiel ist das an mittlerweile vielen BTZ-Standorten angebotene Programm „Modulare Vermittlung“ (MOVE), bei dem sich an ein kurzes Training im BTZ mit dem Ziel einer festen Anstellung ein gecoachtes Training in einem Betrieb des ersten Arbeitsmarktes anschließt und nach erfolgter Platzierung auch Nachbetreuung am Arbeitsplatz gewährleistet wird.“*, auch auf S. 345 unter den BFWs, auf S. 347 unter den Integrationsfachdiensten.

Allerdings muss berücksichtigt werden, dass selbst bei einer Nachbetreuungszeit von 6 Monaten ein deutlicher Unterschied zu den Kriterien des Supported Employment bzw. des Individual Placement and Support (IPS) besteht, denn hier ist die individuelle und zeitlich unbegrenzte Unterstützung am Arbeitsplatz gefordert (vgl. S. 155).

„Eine spezielle Variante von Pre-Vocational-Training stellt das sogenannte Clubhouse-Modell dar, das in den 50er-Jahren in den USA entstand.“ (S. 155)

NbR-Verbände: Auch hier zeigt sich die bereits erwähnte mangelhafte Kenntnis bzw. Berücksichtigung deutscher Bedingungen. Mit „Clubhouse“ wird eine Einrichtung bezeichnet, in der psychisch erkrankte Menschen mit intensiver Begleitung eine Betreuungseinrichtung betreiben und dort u.a. Speisen/Getränke sowie Freizeitangebote anbieten. Dies entspricht in Deutschland den Zuverdienstangeboten wie z.B. die „Kiezkantine“ von Pinel (s. <https://www.pinel.de/dienstleistungen/gastronomie/>). Dies sind aber keine LTA- sondern SGB XII-Leistungen (s. <https://www.deutscher-verein.de/de/uploads/empfehlungen-stellungnahmen/dv-12-09.pdf>), die derzeit nicht arbeitsfähigen Menschen (Belastbarkeit unter 3 Stunden täglich) eine Beschäftigung nach ihrem Leistungsvermögen bieten. Die Zielsetzung ist hier vor allem die Tagesstrukturierung, die Förde-

rung sozialer Kontakte und des Selbstwertgefühls, d.h. die Prävention negativer Folgen von Arbeitslosigkeit nach dem „latent deprivation model“ von Marie Jahoda (s. <http://www.hag-gesundheit.de/uploads/docs/807.pdf>). Ein Übergang in Arbeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ist zwar möglich, aber nicht primäre Zielsetzung von Zuverdienst, der ja genau aus diesem Grund dem SGB XII zugeordnet worden ist.

LL-Team: Auch hier wird gebeten, zu berücksichtigen, dass im Evidenzkapitel nicht die deutsche Versorgungslandschaft abgebildet und keine Einteilung der Maßnahmen entsprechend deutscher Rechtsvorschriften vorgenommen wird, sondern internationale Studien aufgeführt werden, in denen die Effektivität verschiedener Maßnahmen, die dazu beitragen, die berufliche Teilhabe schwer psychisch kranker Menschen zu verbessern, untersucht wurde.

Auch die Zuverdienstmöglichkeiten sind im „Matrixkapitel“ (S. 344) benannt: *„Zuverdienst ist ein Instrument zur Inklusion besonders zu unterstützender Menschen mit Behinderung in sinnvolle und bezahlte Arbeit. Das Besondere hierbei ist, dass der Zuverdienst flexibel gestaltet und so an die Möglichkeiten der Betroffenen angepasst werden kann. Der Zuverdienst bietet in der Regel Beschäftigungsgelegenheiten von weniger als 15 Stunden wöchentlich an und ist deshalb für diejenigen Personen geeignet, die auf Grund ihrer Beeinträchtigung nur wenige Stunden am Tag bzw. in der Woche einer Arbeit nachgehen können. Beispielsweise können Erwerbsminderungsrenten sowie Grundsicherung nach SGB II und XII durch stundenweise Beschäftigung aufgestockt werden. Sie kann sowohl sozialversicherungspflichtig (Minijob) als auch sozialrechtlich organisiert sein. Zuverdienstangebote bestehen im Bereich der Integrationsunternehmen, daneben aber auch teilweise in Einrichtungen der gemeindepsychiatrischen Versorgung (beispielsweise in Tagesstätten) oder unter dem Dach von Vereinen. Sie bieten psychisch kranken Menschen geringfügige Teilzeitbeschäftigung bei zumeist frei vereinbarten Arbeitszeiten und unter Rücksichtnahme auf Leistungsschwankungen und Krankheitsausfälle.“*

Die konkreten Bedingungen der Beschäftigung leiten sich aus der Zielgruppe und den vorhandenen Strukturen des jeweiligen Anbieters ab. Insgesamt ist in der Bundesrepublik eine große Vielfalt der entsprechenden Angebote zu verzeichnen. Gemeinsam ist allen Zuverdienstprojekten, dass wirtschaftlich verwertbare Produkte oder Dienstleistungen hergestellt bzw. erbracht werden, dass mindestens die unmittelbaren Kosten der Produktion bzw. der Dienstleistung und relevante Anteile der Entlohnung der Mitarbeiter erwirtschaftet werden müssen, dass der Erwerbscharakter der Arbeit im Vordergrund steht und die Entlohnung der Mitarbeiter an die Arbeitsleistung gekoppelt ist. Eine gute Übersicht bietet hierbei eine Arbeit der Bundesarbeitsgemeinschaft Integrationsfirmen e.V. [1030].“

Christian Gredig weist darauf hin, dass der Unterschied zu tagesstrukturierenden Angeboten der psychiatrischen Versorgungslandschaft bei den Zuverdienstangeboten die sinn- und wertstiftende Tätigkeit im Vordergrund steht, innerhalb derer Produkte hergestellt oder Dienstleistungen erbracht werden (Gredig: Was tun? Zuverdienst – Chancen und Perspektiven. Psychiatrie-Verlag 2017).

„Beim Supported Employment erfolgt ein umgekehrtes Vorgehen. Der Betroffene wird, eine ausreichende Motivation und psychopsychische Stabilität vorausgesetzt, ohne (längere) Vorbereitungszeit bereits in der ersten Phase der Rehabilitation auf dem ersten Arbeitsmarkt platziert, ...“ (S. 155)

NbR-Verbände: Die Einschränkung bezüglich der „psychopsychischen Stabilität“ ist zu Recht gemacht – es bleibt aber in der Darstellung offen, was ein zielführendes LTA-Angebot wäre, wenn keine ausreichende Stabilität vorhanden ist. Diese Fälle sind genau die Zielgruppe von RPK, BTZ, WfbM und Berufsbildungswerken, die hier unter den Tisch fallen.

LL-Team: Auf die unterschiedlichen Möglichkeiten zur beruflichen Teilhabe in Deutschland wird im „Matrixkapitel“ verwiesen. Im Evidenzkapitel erfolgt die Darstellung der internationalen Evidenz, die eindeutig die

Effektivität von SE aufzeigt. Wissenschaftliche Evidenz aus RCTs existiert nicht zu den von Ihnen benannten Maßnahmen, deshalb können keine gezielten Empfehlungen dazu erfolgen.

In den erweiterten Hinweisen (S. 189) wird explizit darauf verwiesen, dass die Angebote individuell ausgerichtet sein müssen: *„Bei der Auswahl von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sollen Eignung, Neigung und bisherige Tätigkeit der von einer psychischen Erkrankung betroffenen oder von Behinderung bedrohten Menschen sowie die Lage und Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt angemessen berücksichtigt werden. Um den individuell verschiedenen Fähigkeiten, Fertigkeiten und Interessen der Rehabilitanden entgegenzukommen, muss ein differenziertes System von Angeboten mit abgestuften Anforderungsprofilen zur Verfügung stehen. Einer individuellen und gezielten beruflichen Beratung, die frühzeitig im Behandlungs- und Rehabilitationsprozess zur Klärung der beruflichen Perspektive stattfindet, muss hohe Priorität eingeräumt werden. Gelingende berufliche Teilhabe soll als eine feste Zielvariable im gesamten Behandlungs- und Rehabilitationsprozess etabliert werden.“*

Es wird auf S. 347 darauf hingewiesen, dass ein Nebenher der beiden Ansätze angestrebt werden soll. *„Selbstverständlich sind beide Ansätze nicht austauschbar oder jeweils durch den anderen ersetzbar, vielmehr sollen SE-Angebote eine sinnvolle, notwendige und längst überfällige Erweiterung in der beruflichen Rehabilitationslandschaft in Deutschland darstellen. Insbesondere vor dem Hintergrund der UN-BRK-Forderung § 27 nach einem chancengleichen Recht auf Arbeit für Menschen mit Behinderungen bietet SE einen hochwirksamen Ansatz, Teilhabe und Inklusion für die Betroffenen zu verbessern [1034].“*

Dass Ansätze zur Verbesserung der beruflichen Teilhabe nach den Prinzipien „Erst trainieren – dann platzieren“ mit einer Empfehlungsstärke B empfohlen werden, liegt in erster Linie an der internationalen Evidenzlage: *„Generell muss festgehalten werden, dass Wirksamkeitsnachweise für die verschiedenen PVT-Interventionen derzeit nicht vorliegen. Den Ansätzen von SE/IPS gegenüber sind sie mindestens in den arbeitsbezogenen Outcomes unterlegen. Bisher gibt es lediglich Hinweise, dass zur Verbesserung der Effektivität von PVT bzw. Interventionen nach dem Prinzip des „first train then place“ finanzielle Anreize sowie die Kombination von PVT mit einer psychologischen Intervention die Ergebnisse verbessern kann [32, 559]. Auch gibt es vorsichtige Hinweise dafür, dass im Rahmen von PVT-Maßnahmen ein rascher Eintritt in bezahlte, übergangsweise Beschäftigung günstiger ist als ein langsamer, stufenweiser Eintritt nach ausgedehnter Vorbereitungsphase [559]. Hierbei allerdings zeigt sich eine Schlüsselkomponente des IPS.“* (S. 184).

Zur Verdeutlichung hier die Empfehlung zu Ansätzen des Pre-Vocational-Trainings, zu der eine 100%ige Zustimmung erfolgte, die Sie alle mit getragen haben.

Empfehlung 19 (NEU)

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.

Empfehlungsgrad: B, Evidenzebene: IIa-III

Ergebnis der Abstimmung: starker Konsens (19.10.2017)

Erläuterung: Evidenzebene bezieht sich auf Studien, in denen PVT gegen Standardbehandlung verglichen wurden.

„Die dem Pre-Vocational-Training (PVT) zugeordneten Interventionen konnten im Einzelnen recht heterogen aussehen. Voraussetzung zur Klassifikation in dieser Kategorie war ledig-

lich, dass die Teilnehmer eine „Vorbereitung“ absolvieren, bevor sie zur Suche nach regulärer Beschäftigung ermutigt werden.“ (S. 159)

NbR-Verbände: Diese Darstellung des PVT ist schwammig und unscharf in der in der Abgrenzung zum SE, wurde doch auf S. 155 ausgesagt, dass es auch im SE eine (wenn auch nicht längere) Vorbereitungszeit gibt. Vor allem im Vergleich zu den Integrationsmaßnahmen, die i.d.R. zwischen 8 und 12 Monaten dauern und in denen ca. 1/3 der Zeit (12-17 Wochen) in der Einrichtung als Vorbereitung verbracht wird (und die damit nach der o.a. „Klassifikation“ dem PVT zuzuordnen wären) und anschließend ein oder mehrere längere Praktika in Betrieben erfolgt mit dem Ziel der Übernahme in ein Anstellungsverhältnis, ist das SE mit einer durchschnittlichen Vorbereitungszeit von 20-25 Wochen (Bond, G. et al (2012): Generalizability of the Individual Placement and Support (IPS) model of supported employment outside the US. In: World Psychiatry. February; 11 2012 (1), S. 32–39. bzw. Bond, G. et al (2012a): Standardizing Measures in Four Domains of Employment Outcomes for Individual Placement and Support (2012). In: Psychiatric services Vol. 63, Issue 8, S. 751-757) deutlich **länger** in der Vorbereitung. Dies illustriert die Problematik und Unschärfe der Unterteilung in PVT und SE. Die in der Medizin übliche Differenzierung von „altem Treatment“ und „neuem Treatment“ kann somit nicht vorgenommen werden. Der SE-Ansatz wird hier tendenziös als „neues Treatment“ verklärt.

LL-Team: Es ist richtig, dass wie bereits weiter oben schon bestätigt, durch die Bündelung der sehr heterogenen Maßnahmen, insbesondere bei den Pre-Vocational-Angeboten ein gewisser Informationsverlust einhergehen kann und man in dieser Darstellung den Angeboten nicht allumfänglich gerecht wird. Allerdings sei darauf verwiesen, dass das Konzept von SE, als IPS in seiner manualisierten Form, weit mehr Kriterien als die rasche Suche nach Arbeit umfasst.

- *„primäres Ziel einer Beschäftigung auf dem ersten Arbeitsmarkt,*
- *basierend auf der Wahl durch den Betroffenen,*
- *Berücksichtigung der Präferenzen der Betroffenen bei der Jobsuche,*
- *die rasche Suche nach Arbeit,*
- *die Verzahnung der medizinischen und arbeitsrehabilitativen Dienste,*
- *eine systematische Unterstützung der beruflichen Weiterentwicklung,*
- *eine Beratung zu Leistungen und Bezügen sowie*
- *die individuelle und zeitlich unbegrenzte Unterstützung am Arbeitsplatz [553]. (S. 155)*

Zudem konnte aufgezeigt werden, dass die Programmtreue einen erheblichen Effekt auf die Wiedereingliederungsrate hat (vgl. S. 182). Wir konnten ihr o.g. Zitat zur Vorbereitungszeit von 20-25 Wochen in den angegebenen Quellen nicht finden.

„Anwendbarkeit und Erfahrungen im deutschsprachigen Raum“ (S. 184)

NbR-Verbände: Alleine die Begrifflichkeit „deutschsprachiger“ Raum zeigt ein wenig ausgeprägtes (bzw. eher nicht vorhandenes) Verständnis der S3-LL-Autoren für Wirkfaktoren bei der beruflichen Wiedereingliederung. Die Vorstellung, dass die gleiche Sprache am Arbeitsplatz (Deutschland, Österreich, deutschsprachige Schweiz, ggfs. Südtirol) automatisch Studienergebnisse übertragbar machen, hat nichts mit den Erkenntnissen der deutschen Arbeitsmarkt- und Berufsforschung gemein. Um z.B. die Integrationserfolge von Arbeitsagenturen in Deutschland zutreffend bewerten zu können, hat das IAB (Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der BA) die 156 Agenturbezirke in 5 Typen unterteilt, die sogar in insgesamt 12 Untertypen gegliedert sind. Nur innerhalb desselben Untertyps (acht in West- und 4 in Ostdeutschland) werden die Integrationsergebnisse verglichen, denn wie die IAB-Forscher schon seit 2003 wissen: „Integrationserfolge hängen von regionalen Gegebenheiten ab“ (Hirschauer, F. (2013): Integrationserfolge hängen von regionalen Gegebenheiten ab. In: IAB Kurzbericht 5/2013). Überschreitet man dann Ländergrenzen, ändern sich dazu auch noch weitere ge-

wichtige Einflussfaktoren wie Kündigungsschutz, Bedingungen zur Gewährung von Entgeltersatzleistungen usw. und machen somit Studienergebnisse nicht mehr vergleichbar.

LL-Team: Das mag für verschiedene Ansätze und Maßnahmen zutreffen, nicht jedoch für Ansätze nach den Prinzipien von SE wie die Arbeit von Modini aufzeigt. In dieser Arbeit wird deutlich, dass durch SE trotz regionaler Unterschiede eine höhere Wiedereingliederungsrate möglich ist.

*„Die zum Zeitpunkt der systematischen Recherche aktuellste Übersichtsarbeit zur Wirksamkeit von IPS bestätigt nicht nur einmal mehr die Effektivität dieses Ansatzes hinsichtlich arbeitsbezogener Outcomes, sondern verweist auch auf deren Unabhängigkeit hinsichtlich geografischer Lage (3 Regionen: Asien & Australien, Europa, Nordamerika) und Arbeitslosenrate. Letztere schwankte zwischen 4 Prozent in Japan und 11,9 Prozent in Bulgarien. Gegenüber herkömmlichen Ansätzen beruflicher Rehabilitation führt IPS zu einer 2,4 mal höheren Wahrscheinlichkeit für eine berufliche Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt (RR=2,40 [95 % CI=1,99 bis 2,90]) (Tab. 26). Die Effekte ließen sich über einen Follow-Up-Zeitraum von zwei Jahren abbilden. Allerdings zeigte sich in weiteren Analysen, dass möglicherweise das Bruttoinlandsprodukt einen gewissen Einfluss haben könnte. IPS erwies sich in Ländern mit einem höheren Bruttoinlandsprodukt effektiver, blieb aber auch in weniger begünstigten Ländern, mit einem Wachstum des Bruttoinlandsproduktes von weniger als 2 Prozent, noch über der Signifikanzschwelle (RR=1,82 [95 % CI= 1,37 bis 2,40]). Damit liegt erstmalig eine Arbeit vor, in der die **Generalisierbarkeit der positiven Effekte von IPS über verschiedene kulturelle und ökonomische Settings** aufgezeigt wird [570]. Die Studienqualität schätzen die Autoren überwiegend als gut ein (**Evidenzebene Ia**).“ (S. 165).*

Allerdings wird es selbstverständlich erforderlich sein, konzeptionelle Anpassungen von SE an die hiesigen Verhältnisse vorzunehmen. Darauf wird z.B. auf S. 347/348 verwiesen: *„Eine direkte Übertragung des amerikanischen Supported-Employment-Modells auf Deutschland, Österreich oder die Schweiz ist aufgrund der unterschiedlichen Sozialsysteme und der unterschiedlichen Arbeitsmarktgegebenheiten im Vergleich zu den USA nicht möglich. Erforderlich sind vielmehr gewisse Adaptionen, definierte Qualitätsstandards, Anreizsysteme für die Arbeitgeber, eine Integration mit ambulanten Versorgungsanbietern und der Abbau sozialrechtlicher Hürden [1036].“*

Wünschenswert wären an der Stelle gemeinsame Anstrengungen, um gleichzeitig wissenschaftliche Erkenntnisse und jahrzehntelange Praxiserfahrungen im Bereich beruflicher Rehabilitation bzw. anderer Ansätze, die eine Stärkung der beruflichen Teilhabe schwer psychisch kranker Menschen zum Ziel haben, für eine entsprechende Weiterentwicklung evidenzgestützter Maßnahmen unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten nutzbar zu machen.

„Bei der Interpretation der Ergebnisse muss berücksichtigt werden, dass die Studie in ihrer Gesamtheit über alle Zentren hinweg gepowert wurde, um Effekte abzusichern. Eine isolierte Betrachtung der Ergebnisse für einzelne Zentren ist daher nicht tragfähig.“ (S. 185)

NbR-Verbände: Mit diesem nur „Kunstgriff“ zu nennenden Argument wurde bei der Überarbeitung der S3-LL 2017/2018 das Argument der vorherigen Überarbeitung, dass die deutschen (Teil-) Ergebnisse der 2007 veröffentlichten EQOLISE-Studie keine signifikante Überlegenheit der SE-Stichprobe vorweisen konnten, einfach „weggewischt“. Mit dem Konstrukt der „Powerung“ wird jetzt behauptet, dass trotz nicht signifikantem deutschen Ergebnis die Studie einen Nachweis der Überlegenheit des SE-Ansatzes auch für Deutschland (!) erbracht hat. Alleine die Betrachtung dieses Arguments offenbart seine massiven Schwächen – berücksichtigt man zudem die Kommentierung zum vorherigen Teil der S3-LL bezüglich der Übertragbarkeit von Studienergebnissen über Länder hinweg, so wird klar erkennbar, dass ein Studiendesign, das Ergebnisse aus einem Land X mit denen aus einem Land Y mittelt und den Mittelwert dann für beide Länder als wissenschaftlich nachgewiesen kennzeichnet, schlicht wissenschaftlich falsch ist.

Die Autoren stellen die Studienlage im Grunde genommen mit einer Verzerrung zugunsten des SE-Ansatzes dar.

Zudem wäre gerade bei der EQOLISE-Studie auf methodische Schwächen hinzuweisen. So war die Teilnehmerrekrutierung dergestalt, dass mit dem neuen, eine rasche Beschäftigung ermöglichende Ansatz des SE geworben wurde, die Hälfte der eingeschlossenen Probanden aber dann (entgegen ihrem Willen) der PVT-Kontrollgruppe zugewiesen wurden, was eine massive Abbruchrate in der (PVT-) Kontrollgruppe zur Folge hatte (s. Kalkan, R. et al (2009): Unterstützte Beschäftigung bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. In: Sozialpsychiatrische Information. 39. Jahrgang Heft 4, S. 40-45). Zudem war die Kontrollgruppe eine RPK und eine nur 1 ½ Monate dauernde Maßnahme im RKU Ulm (Rehabilitationskrankenhaus), was definitiv keine (!) LTA-Maßnahme nach dem Rahmenkonzept der DRV für LTA von 2009 (s. https://www.deutscherentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/downloads/konzepte_systemfragen/konzepte/rahmenkonzept_lta_datei.html) darstellt und daher als Kontrollgruppe für berufliche Reha gänzlich ungeeignet ist.

LL-Team: Die Kritik der NBR-Verbände bezieht sich auf den mangelnden Nachweis der Effektivität von SE in Deutschland und auf eine mangelnde Darstellung der Rehabilitationsangebote in Deutschland, die allerdings im „Matrixkapitel“ erfolgt. Die EQOLISE-Studie hat tatsächlich Schwächen. Auf diese wird im Hintergrundtext verwiesen (S. 184/185). Es wird eine eindeutige Differenzierung der Ergebnisse über alle Studienorte und einzelne Standorte vorgenommen.

Multicenterstudie EQOLISE: *Die Wirksamkeit von SE unter europäischen Bedingungen wurde im Rahmen der Multicenterstudie EQOLISE [590, 600] überprüft. EQOLISE (Enhancing the Quality Of Life and Independence of Persons Disabled by Severe Mental Illness through Supported Employment) fand als randomisierte kontrollierte Studie in sechs europäischen Zentren statt, darunter auch in Ulm/Günzburg. Die Teilnehmer der Interventionsgruppe erhielten IPS, eine manualisierte Variante von SE. Die Teilnehmer der Vergleichsgruppe erhielten die bestmögliche alternative berufliche Rehabilitationsmaßnahme, die am Ort verfügbar und üblich war. In Ulm/Günzburg wurden 52 der insgesamt 312 Studienteilnehmer rekrutiert. Die Kontrollintervention sah die schrittweise Vorbereitung auf den beruflichen Wiedereinstieg in einer Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke in Kempten oder im Rehabilitationskrankenhaus Ulm, welches unterschiedliche Formen der beruflichen Rehabilitation anbietet, vor. Hierbei galten die üblichen Zugangsbedingungen des deutschen Sozialrechts [625].*

*Für die Wirksamkeit des SE-Ansatzes auch in Europa spricht, dass IPS-Teilnehmer in allen sechs Zentren hinsichtlich jedes arbeitsbezogenen Zielkriteriums bessere Ergebnisse erzielten als die Teilnehmer der Vergleichsgruppe. Dies bedeutet, dass ein höherer Prozentsatz der IPS-Teilnehmer eine kompetitive Beschäftigung erreichte (55 % vs. 28 %), IPS-Teilnehmer zur Folgerhebung mehr Tage in Arbeit verbrachten und mehr Stunden gearbeitet hatten und ihre Jobs länger behielten. Diese Unterschiede waren im deutschen Studienzentrum (und auch im niederländischen) nicht signifikant. In Ulm/Günzburg war die Anzahl derjenigen Teilnehmer der Interventionsgruppe mit einer Beschäftigung (N=14) zwar vergleichbar mit der in den anderen Studienzentren, allerdings waren hier vergleichsweise viele der Rehabilitanden in der Kontrollintervention (N=11) ebenfalls beschäftigt. In Deutschland schnitt demnach die Kontrollgruppe, verglichen mit den anderen Zentren, verhältnismäßig gut ab. Bei der Interpretation der Ergebnisse muss berücksichtigt werden, dass die Studie in ihrer Gesamtheit über alle Zentren hinweg gepowert wurde, um Effekte abzusichern. Eine isolierte Betrachtung der Ergebnisse für einzelne Zentren ist daher nicht tragfähig (**Evidenebene Ia**).*

Interessant ist zudem, dass sich die Rekrutierung in eine randomisierte kontrollierte Studie am **Standort Deutschland** schwierig erwies, da die potenziellen Studienteilnehmer in der Regel eine Präferenz für die IPS-Intervention angaben, die dem Wunsch nach einer raschen Beschäftigung auf dem ersten Arbeitsmarkt entgegenkam. Wurden hoch motivierte Teilnehmer hinsichtlich einer raschen Arbeitsaufnahme auf dem ersten Arbeitsmarkt dann per Zufall dem Rehabilitations-Arm der Studie zugewiesen, lehnten diese die Rehabilitationsmaßnahme wiederholt ab und entschieden sich dafür, in Eigeninitiative nach einer Stelle zu suchen. Erschwerend kamen weitere Aspekte wie Risiken für die Erwerbsunfähigkeitsrente oder Grundsicherung u. a. hinzu; z. T. wurden Rehabilitationsanträge zurückgezogen oder auch durch den zuständigen Träger abgelehnt. Letztlich erhielten weniger als die Hälfte der Kontrollgruppe eine Rehabilitationsmaßnahme. Schließlich muss auch erwähnt werden, dass unter den 11 Studienteilnehmern der Kontrollgruppe (Reha-Gruppe), die einen Job fanden, lediglich eine Person eine Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch genommen hatte [625].

Im Austausch mit Experten werden internationale Studienergebnisse immer wieder diskutiert. Ihre Formulierung „Mit dem Konstrukt der „Powerung“ wird jetzt behauptet, dass trotz nicht signifikantem deutschen Ergebnis die Studie einen Nachweis der Überlegenheit des SE-Ansatzes auch für Deutschland (!) erbracht hat.“ findet sich so nicht im Update der Leitlinie. Auch aus unserer Sicht wäre es mehr als wünschenswert, wenn Maßnahmen, die hier in Deutschland gut etabliert sind, in entsprechenden qualitativ hochwertigen Studien untersucht worden wären. Aber die gibt es bisher noch nicht. Deshalb wird die internationale Evidenz zusammengetragen und in Deutschland bzw. im deutschsprachigen Raum existierende Studien (bei aller Kritik) gesondert gewürdigt. Für den Standort Deutschland wird auf S. 189 ein dringender Forschungsbedarf konstatiert.

„Job Coach Projekt der Universität Bern“ (S. 185 f.):

NbR-Verbände: Trotz der Darstellung dass die Studie in der Schweiz „unter vergleichbaren sozioökonomischen Bedingungen“ (S. 185) zu Deutschland erfolgte – hierzu hat die BAG BTZ schon zuvor umfassend Stellung genommen – ist das Job Coach Projekt aus Bern ebenfalls kein Nachweis der Überlegenheit des SE-Ansatzes. Das wesentliche Argument dafür ist, dass bei der SE-Gruppe neben dem (nach den Autoren Hoffmann et al. die Integrationswirkung generierenden) SE-Ansatz auch noch monetäre Zuschüsse den Arbeitgebern für die Einstellung der Studienteilnehmer offeriert wurden (s. Hoffmann, H. et al (2012): A randomized controlled trial of the efficacy of supported employment. In: Acta Psychiatr Scand 125: S. 157-167 – hier: S. 159). Studien des IAB in Deutschland zeigen aber klar auf, dass monetäre Zuschüsse eine eigene und zudem nachhaltige Integrationswirkung zeigen (s. Ruppe, K.; Stephan, G. (2009): Förderung mit Eingliederungszuschüssen. Länger im Betrieb und gleicher Lohn. IAB-Kurzbericht 25/2009). Hoffmann et al kombinieren also in ihrem Projekt einen neuen Ansatz mit einem weiteren, der bereits nachweisliche Integrationswirkung gezeigt hat (monetäre Zuschüsse) – behaupten aber die klar erkennbare Überlegenheit der SE-Gruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe alleine dem SE-Ansatz zuschreiben zu können. Ein wissenschaftlich redliches Studiendesign hätte dann aber dieselben Zuschüsse auch bei der Kontrollgruppe vorsehen müssen, um auszuschließen, dass der wesentliche Effektreiber die Zuschüsse und nicht der SE-Ansatz gewesen ist. Betrachtet man weiter den Internet-Auftritt der universitären Dienste Bern bezüglich des auch heute noch bestehenden SE-Angebots, so wird zudem deutlich, dass die Integration zunächst in eine (wahrscheinlich gemeinnützige) Arbeitnehmer-Überlassung erfolgt, die auch die o.a. Zuschüsse erhalten. Diese verleiht dann die bei ihr angestellten Teilnehmer an Betriebe mit der Hoffnung, dass sie zu einem späteren Zeitpunkt von diesen übernommen werden. Auch dieser Ansatz ist in Deutschland nicht unbekannt und wurde Ende der 90er Jahre in Bayern als gAÜ (gemeinnützige Arbeitnehmerüberlassung) sogar erfolgreich bei der Integration von anerkannten Schwerbehinderten erprobt, die trotz dem Integrationshindernis Schwerbehinderung (erweiterter Kündigungsschutz, Zusatzurlaub) für viele Teilnehmer eine Übernahme im Entleihbetrieb realisieren konnten. Auf das Berner Projekt bezogen bedeutet dies, dass zusätzlich zu den monetären Zuschüssen ein weiteres Instrument in das SE-„Gesamtpaket“ einbezogen wurde, dass ebenfalls seine Integrationswirkung bereits gezeigt hat. Nur der Erfolg wurde alleine dem SE-Ansatz zugeschrieben. Damit aber jetzt den Nachweis der Überlegenheit des SE-

Ansatzes gegenüber allem anderen – und auch noch für Deutschland übertragbar – geführt haben zu wollen, kann nur als Realitätsferne der S3-LL-Autoren bezeichnet werden.

LL-Team: Die Studien des IAB, die Sie hier aufführen, sind keine RCTs und deshalb mit den Studien des Evidenzkapitels des Updates der Leitlinie nicht vergleichbar. Es ist allerdings nur positiv zu bewerten, dass Eingliederungszuschüsse in Deutschland ein wichtiges Instrument der aktiven Arbeitsmarktpolitik darstellen. Natürlich wurden im Berner Job Coach-Projekt Anreize für Arbeitgeber eingesetzt. Zu berücksichtigen ist, dass auch in der Kontrollgruppe monetäre Anreize eingesetzt wurden. Anreizsysteme für Firmen sind Teil der Methode und sollen dazu beitragen, die möglichen Risiken im Zusammenhang mit der Einstellung psychisch kranker Menschen (z.B. durch zu hohe Fehlzeiten) für die Firmen zu reduzieren. Der Einsatz monetärer Anreize macht Supported Employment attraktiv und sollte bei einer stärkeren Implementierung in Deutschland zwingend berücksichtigt werden.

„Empfehlungsgrad A für Ansätze nach den Prinzipien des Supported Employment B für Ansätze nach den Prinzipien des Pre-Vocational-Training“ (S. 187).

NbR-Verbände: Dass von einer Evidenz für eine Überlegenheit des SE in Deutschland (!) nicht gesprochen werden kann, da hierfür kein wissenschaftlich zuverlässig erhobener Nachweis vorliegt, ist hinreichend dargestellt worden. Eine Empfehlungsgrad „A“ (Soll-Empfehlung = „die meisten Patienten sollten diese Intervention ... erhalten“ – S. 35) entbehrt daher jeder Grundlage. Erschwerend kommt hinzu, dass „A“ zudem bedeutet, dass SE für die meisten Rehabilitanden als richtige LTA-Leistung damit gekennzeichnet wird, was die Heterogenität der Reha-Bedürfnisse psychisch erkrankter Menschen und die daraus resultierende Notwendigkeit inhaltlich unterschiedlicher Reha-Leistungen völlig ignoriert.

Ein weiterer wesentlicher Kritikpunkt ist die Vermischung der existierenden Reha-Leistungen wie RPK, BTZ, WfbM und Integrationsmaßnahmen, aber auch BFW und BBW als „PVT“ mit gleicher Bewertung. Hier wäre eine differenzierte Darstellung und ggf. auch Bewertung in Deutschland vorhandener Reha-Leistungen erforderlich. Das insgesamt sehr gut ausgebaute und ausdifferenzierte Angebot erfährt hier eine pauschale Unterteilung in 2 Kategorien (SE und PVT), die die hiesige Realität nicht abbildet und damit auch Schlussfolgerungen fragwürdig erscheinen lässt.

Auch wenn zutreffend konstatiert wird, dass für Deutschland „ein dringender Forschungsbedarf“ besteht (S. 189), umfasst dieser nicht nur die wichtige Evidenzforschung sondern vor allem eine umfassende Forschung, die Erkenntnisse liefert, bei welcher Indikationsstellung (was nicht nur gesundheitliche Aspekte umfasst) welche der einzelnen LTA-Angebote mehr und welcher weniger indiziert sind. Dies würde einen wichtigen und dringend notwendigen Beitrag zur Leistungssteuerung wie auch Angebotsplanung der LTA-Leistungen in Deutschland leisten, für den die beteiligten Verbände sich umfassend aussprechen.

LL-Team: Sie argumentieren, dass „Eine Empfehlungsgrad „A“ (Soll-Empfehlung = „die meisten Patienten sollten diese Intervention ... erhalten“ – S. 35) entbehrt daher jeder Grundlage.“. Supported Employment gehört zu den am besten evaluierten Ansätzen im Bereich psychosozialer Therapien. Es liegt umfangreiche Evidenz aus zahlreichen RCTs vor, die Grundlage für eine A-Empfehlung bietet. Die Empfehlungsstärke ist darüber hinaus von anderen Faktoren abhängig, darauf wird auf den S. 186/187 eingegangen. Die Empfehlung wurde wie alle anderen Empfehlungen auch in einem strukturierten Konsensusprozess abgestimmt und folgendermaßen formuliert:

Empfehlung 18 (NEU)

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.

Empfehlungsgrad: A, Evidenzebene: Ia

Ergebnis der Abstimmung: Konsens (19.10.2017)

Deutlich sollte hier werden, dass SE nicht per se „für die meisten Rehabilitanden als richtige LTA-Leistung“ empfohlen wird, denn es wird explizit darauf verwiesen, dass hier die Präferenz der Betroffenen entscheidend ist.

Auch hier wird von Ihrer Seite wiederholt die „die Vermischung der existierenden Reha-Leistungen wie RPK, BTZ, WfbM und Integrationsmaßnahmen, aber auch BFW und BBW als „PVT“ mit gleicher Bewertung“ kritisiert. „Hier wäre eine differenzierte Darstellung und ggf. auch Bewertung in Deutschland vorhandener Reha-Leistungen erforderlich. Das insgesamt sehr gut ausgebaute und ausdifferenzierte Angebot erfährt hier eine pauschale Unterteilung in 2 Kategorien (SE und PVT), die die hiesige Realität nicht abbildet und damit auch Schlussfolgerungen fragwürdig erscheinen lässt.“ Leider lässt die aktuelle Evidenzlage eine differenzierte Bewertung der einzelnen Angebote in Deutschland nicht zu. Eine differenzierte Beschreibung der Ansätze hierzu ist jedoch im Matrixkapitel erfolgt. Im Evidenzkapitel erfolgt die Darstellung der aktuellen internationalen Evidenz.

Resümiert werden sollte, dass vorliegende Studien in den verschiedensten Ländern rund um die Welt durchgeführt wurden und dass gewisse Begrifflichkeiten u.U. nicht immer mit gleichen Inhalten besetzt sind, dass aber dennoch bei einer weltweit übereinstimmenden Evidenz – trotz unterschiedlicher ökonomischer und Sozialversicherungssysteme – man mit gutem Grund annehmen darf, dass SE im Grundsatz auch in Deutschland funktioniert. Für uns heißt dies, dass unter den deutschen Bedingungen versucht werden sollte, diese Evidenz z.B. zu SE/ IPS unter möglichst weitgehendem Erhalt der Wirkprinzipien zu nutzen und umzusetzen. Nicht mehr und nicht weniger. Vieles in dieser Richtung ist auch in Deutschland schon in Bewegung gekommen und könnte eine weitere mögliche Entwicklungslinie für die Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation sein. Veränderung und Weiterentwicklung des Versorgungssystems - auch um ein sehr gutes System weiterzuentwickeln - erscheint uns unumgänglich, um die besten Rehabilitationsergebnisse für die Menschen mit schweren psychischen Störungen zu erreichen. Die Form sollte immer der bestmöglichen Funktionalität folgen. Das soll keinesfalls die vielerorts großartige und engagierte Arbeit in den Einrichtungen schmälern oder herabsetzen. Leitlinien können ein Anstoß sein, um unser Handeln nach Evidenz und Erfahrung weiter zu formen und fließend zu entwickeln. Dafür erscheint uns dieser Diskurs wertvoll.

Prof. Dr. Steffi Riedel-Heller

Prof. Dr. Thomas Becker

Dr. Uta Gühne

Sondervotum

Antragsteller:

Bundesarbeitsgemeinschaft Beruflicher Trainingszentren e.V. (BAG BTZ) in Vertretung durch Heiko Kilian (Mandatsträger und Geschäftsführer)

Bundesarbeitsgemeinschaft Werkstätten für behinderte Menschen e.V. (BAG WfbM) in Vertretung durch Kathrin Völker (Geschäftsführerin)

Bundesverband Deutscher Berufsförderungswerke e. V. (BFW) in Vertretung durch Reinald Faß (Mandatsträger)

Sehr geehrte Frau Prof. Dr. Riedel-Heller, sehr geehrter Herr Prof. Dr. Becker, sehr geehrte Frau Dr. Gühne, sehr geehrter Herr Dr. Weinmann,

zum Kapitel „Arbeitsrehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben“ gibt die BAG-BTZ auf der Basis ihrer Stellungnahme vom 17. Juli 2018 und Ihrer Gegenstellungnahme vom 16. August 2018 folgendes **Sondervotum** ab und bitten um Aufnahme in die Neufassung der o.a. S3-Leitlinien:

1. Anspruch und Wirklichkeit der S3-LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen im Bereich der „Arbeitsrehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben“

Die S3-LL beanspruchen, „klare Behandlungsempfehlungen“ aufgrund „umfangreiche(r) Evidenz“ zu geben ([1] S. 2). Da aber „Behandlungsleistungen nicht im luftleeren Raum erbracht“ werden, sondern sie „in ein Versorgungssystem mit komplexen sozialrechtlichen Rahmenbedingungen“ eingebettet sind (ebd.), beansprucht die S3-LL auch konsequenter Weise, die in ihr beschriebenen Interventionen in diesem real existierenden System korrekt zu verorten. Während dies bei anderen Interventionen i.d.R. so auch umgesetzt wird, ist diese Verortung und Berücksichtigung der o.a. Einbettung der Leistungen in das deutsche Versorgungssystem und seine Rahmenbedingungen offensichtlich nicht im Fokus bei dem Bereich der Teilhabe am Arbeitsleben. So wird in der Gegenstellungnahme mehrfach betont, dass es weder Auftrag noch Ziel des entsprechenden Kapitels sei, „die berufliche Rehabilitationslandschaft in Deutschland darzustellen“ ([3] S. 1), sondern es um die „systematische Darstellung der internationalen wissenschaftlichen Evidenz“ ginge (ebd.). Es bestünde damit auch nicht der Anspruch, „die Versorgungsvielfalt in Deutschland zu beschreiben“ (ders., S. 3) und auch bei der Beschreibung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ginge es um die „internationale Literatur und nicht (um) die Situation in Deutschland“ (S. 4).

Es ist daher kritisch zu hinterfragen, welchen Wert das beanstandete Kapitel 3.4 dann noch hat, wenn es sich in wesentlichen Punkten nur auf eine Literaturrecherche über Studien aus anderen Ländern stützt und völlig außer Acht lässt, ob das deutsche bereits existierende Versorgungssystem sowie dessen sozialrechtlichen Rahmenbedingungen überhaupt mit der Situation in anderen Ländern vergleichbar ist. So hat Deutschland gerade für psychisch erkrankte Menschen ein hochdifferenziertes System von Leistungen zur Stabilisierung und Vorbereitung auf einen beruflichen Wiedereinstieg (SGB XII) wie auch konkret zur Teilhabe am Arbeitsleben (SGB IX). Beispiele für stabilisierende Leistungen sind z.B. Zuverdienstprojekte und für Integration die Leistungen in RPK (Rehabilitationseinrichtung für psychisch kranke und behinderte Menschen), in BTZ (Berufliche Trainingszentren), in krankheitsspezifischen Integrationsmaßnahme (z.B. QUIS/RECURIS der SBH Nord GmbH oder Wege in Arbeit der Salo AG) sowie UB (Unterstützte Beschäftigung). Weiterhin bieten WfbM (Werkstätten für behinderte Menschen) über Außenarbeitsplätze und Jobcoaching eine Übergangsmöglichkeit vom Werkstattbereich zurück in eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung und BBW

(Berufsbildungswerke) und BFW (Berufsförderungswerke) eine rehaspezifische Erstausbildung bzw. Umschulung inklusive Integrationsunterstützung für die betreffende Klientel.

Ein derartig differenziertes Reha-System besteht in anderen Ländern i.d.R. nicht. So bestehen in den USA z.B. neben dem in den 80er Jahren entstandenen Supported Employment (SE) im wesentlichen „sheltered workshops“, die weitgehend deutschen WfbM entsprechen sowie „Clubhouse“ Projekte, die in Deutschland eher Zuverdienstprojekte zuzurechnen wären, sowie Mischformen dieser Grundleistungen (s. [4]). Erkennbar ist dabei, dass erst mit dem SE eine klar auf eine berufliche Reintegration fokussierte Reha-Leistung entstanden ist, während in Deutschland RPK, BTZ und Integrationsmaßnahmen, wie auch UB, BBW und BFW einen klaren und eindeutigen Integrationsauftrag haben (vgl. dazu [5] S. 25 ff.). Es ist daher nicht verwunderlich, sondern regelrecht erwartbar, dass Wirksamkeitsstudien bezüglich der Übergangsrate in reguläre Beschäftigung dem SE eine klar bessere Integrationsleistung bescheinigen, da die Kontrollgruppen mit deutlich weniger integrationsfokussierten Leistungen operieren. In Deutschland wurde nur einmal eine Studie zur Wirksamkeit des SE durchgeführt (EQOLISE) und zeigte für den in Deutschland durchgeführten Teil keine signifikanten Vorteile für die SE-Gruppe auf. Zudem wies die Studie deutliche Mängel auf, die ihre Aussagekraft nochmals klar in Frage stellen.

Unbeantwortet *bleibt* die prinzipielle Frage, ob es überhaupt verantwortbar ist, „klare Behandlungsempfehlungen“ (a.a.O.) geben zu wollen, und konsequent in diesem Sinne die Empfehlung für SE in den S3-LL von „B“ („ein Teil der Patienten sollte diese Intervention erhalten nachdem Vor- und Nachteile ... erörtert wurden“ – [1] S. 35) auf „A“ („die meisten Patienten sollten diese Intervention ... erhalten“ – ebd.) anzuheben, während die Empfehlung für alle anderen unter „PVT“ (pre-vocational-training) subsummierten Reha-Leistungen undifferenziert bei „B“ verbleiben.

Die bisherige Positionierung in den ursprünglichen S3-LL, alle Reha-Leistungen in „B“ einzustufen, konnte bislang unbedenklich mitgetragen werden, da es stets eine Einzelfallbetrachtung erfordert, welche der zahlreichen Leistungen für einen konkreten Fall (Patienten / Rehabilitand) zielführend ist. Hier hat SE genauso seinen legitimen Platz wie alle anderen o.a. Leistungen. Jetzt aber lediglich mit dem Hinweis auf internationale Evidenz SE als das Regel-Instrument („die meisten Patienten ...“ s.o.) zu klassifizieren, entbehrt jeglicher Grundlage und vor allem den Nachweis, dass sich diese internationale Evidenzlage auch in Vergleich mit den existierenden vielfältigen anderen Reha-Leistungen in Deutschland duplizieren lässt. Da im Gegensatz zu den sonst in der S3-LL beschriebenen Therapien und Leistungen bei der beruflichen (Re-) Integration weit mehr Faktoren den Erfolg oder Misserfolg beeinflussen, muss bei Übertragbarkeitsvermutungen internationaler Studienergebnisse stets genau beachtet werden, ob die die Integration beeinflussenden Bedingungen bei diesen Studien auch annähernd den unseren entsprechen bzw. die Studien auch in der SE und Kontrollgruppe gleiche integrationsbeeinflussende Bedingungen aufweisen. Beides ist aus Sicht der beteiligten Verbände aber bislang nicht gegeben und daher die rein auf internationale Evidenz basierende Hochstufung der SE-Empfehlung nicht zu rechtfertigen.

Aus diesem Grund geben die o.a. Verbände dieses Sondervotum ab, da sich in der Konsensus-Konferenz aufgrund der eindeutigen Positionierung der S3-LL-Forscherguppe, dass die Studienlage eine Hochstufung rechtfertigen würde, eine Mehrheit für die Hochstufung des SE-Empfehlungsgrades auf „A“ entschieden hat. Zudem ist die Begründung in der Empfehlung 19 (PVT), dass PVT vorrangig für Menschen „ohne Präferenz für eine sofortige Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt“ sei ([1] S. 188) falsch, da es bei der Leistungsauswahl nach geltendem Recht neben dem Wunsch- und Wahlrecht des Rehabilitanden (§ 8 SGB IX) auch stets den Rehabilitationsbedarf (§§ 14 Abs. 2, 17 SGB IX) sowie „die Lage und Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt“ (§ 49 Abs. 4 SGB IX) zu berücksichtigen ist. Insofern wird auch für den Text dieser Empfehlung ein Sondervotum abgegeben.

2. Sondervoten

Sondervotum zur Empfehlung 18 (Neuer Text)

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.
Empfehlungsgrad B, Evidenzebene 1a

Sondervotum zur Empfehlung 19 (Neuer Text)

Für schwer psychisch kranke Menschen sollten Angebote vorgehalten werden, die nach dem Prinzip „erst trainieren dann platzieren“ vorgehen. Dies ist insbesondere für die Teilgruppe schwer psychisch kranker Menschen ohne ausreichende psychische Belastbarkeit und/oder unzureichende arbeitsrelevante Sozialkompetenzen und/oder nicht arbeitsmarktgängiger Fachkompetenzen bedeutsam. Ziel ist die Platzierung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt mit Unterstützung.

Empfehlungsgrad B, Evidenzebene IIa-III

3. Begründung

3.1. Begrifflichkeiten

Die synonyme Verwendung von Arbeitsrehabilitation und berufliche Rehabilitation ([1] S. 154) ist verfälschend, da Arbeitsrehabilitation primär ein Ansatz der Ergotherapie und damit eine medizinische Leistung ist. Auch ist die Zielsetzung eine primär therapeutische und nicht auf die berufliche (Re-) Integration fokussiert. Auch wenn Autoren wie Reker/Eikermann (s. [3] S. 2) dies gleichsetzen, kann dies nicht unreflektiert übernommen werden. Arbeitsrehabilitation selbst wird oft mit Arbeitstherapie synonym verwendet, die aber keinen primären Fokus auf die Beschäftigung besitzt. Sie sind auch nicht in jedem Fall „eine Vorstufe auf dem Weg zur beruflichen Teilhabe“ ([1] S. 343). Es sollten daher in so bedeutsamen Publikationen wie die S3-LL durchgängig die korrekten Begriffe verwendet werden.

3.2. Beschreibung Pre-Vocational-Training (PVT) in Deutschland

Die Vielfalt der spezifischen Leistungen zur beruflichen Rehabilitation psychisch kranker Menschen (RPK, BTZ, WfbM, Berufsbildungswerke, Integrationsmaßnahmen, BFW, BBW) wird in der Beschreibung der S3-LL („Pre-Vocational-Training als eine der „Strategien“ der „Arbeitsrehabilitation“ beinhaltet z.B. „Arbeitstherapie, Bewerbungstraining und übergangsweiser Beschäftigung in einem geschützten Arbeitsverhältnis“ ([1] S. 154)) in unzulässiger Weise zusammengefasst und auf eher unwesentliche Bestandteile der Leistungen reduziert. Dies beschreibt in keiner Weise die gezielten Förderleistungen vor allen von BTZ, BBW, BFW und auch WfbM zur Verbesserung der psychischen Belastbarkeit und der arbeitsrelevanten psychosozialen Kompetenzen. Die Rechtfertigung der S3-LL-Autoren, dass sie auch hier „eine Reduktion der in der internationalen Literatur beschriebenen Ansätze“ ([3] S. 2) vorgenommen hätten und „keinesfalls den Anspruch (erheben), die Versorgungsvielfalt in Deutschland zu beschreiben“ (S. 3) zeigt wieder auf, dass im Bereich der LTA die S3-LL ihren eigenen Anspruch der „Einbettung“ in das Versorgungssystem (a.a.O.) nicht einhalten.

Bei dem Verweis auf eine Veröffentlichung der BAG RPK (Jahresdokumentation 2016) wird zudem deutlich, dass mit den dargestellten 38% Übergang in Erwerbstätigkeit plus 26% in Ausbildung oder Umschulung (ebd.) Integrationsraten erzielt werden, die nicht so deutlich von SE-Werten wie z.B. 55% „worked at least one day“ ([6] S. 1148) abweichen und damit ganz eindeutig den von Modini et al errechneten 2,4-fach höheren Eingliederungsraten des SE im Vergleich zum PVT widersprechen [s. [8] S. 14). Da BTZ aufgrund anderer Klientel sogar noch

höhere Übergangsraten als RPK aufweisen, wird überdeutlich, dass die oft nur schwammig dargestellten Kontrollgruppen internationaler Studien nicht Leistungen mit dem Ausmaß an Integrationsfokussierung beinhalten, wie es bei den in Deutschland verfügbaren LTA-Angeboten für psychisch kranke Menschen der Fall ist. PVT international mit dem in Deutschland verfügbaren Angeboten gleichzusetzen, geht daher eindeutig an der Realität vorbei und ist entgegen des Versprechens der S3-LL-Autoren „im luftleeren Raum“ (a.a.O.).

3.3. Beschreibung der integrationsfokussierten Leistungen von PVT in Deutschland

Die S3-LL führen hier aus: „Die Hilfen enden bisweilen bereits mit dem Abschluss des Trainingsprogramms. Unterstützung bei der Arbeitsplatzsuche, Hilfe in der Einarbeitungszeit sowie längerfristige Betreuung am Arbeitsplatz sind nicht in allen Programmen dieses Typs vorgesehen.“ ([1]S. 154 f.) Auch zu diesem Argument wird erneut nur auf die internationale Literatur verwiesen (s. [3] S. 4), obwohl eine Recherche der Anforderungen an LTA in Deutschland einfach hätte feststellen können, dass für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben eine zwingende Nachbetreuung von mindestens 6 Monate nach Leistungsende vorgeschrieben ist (s. [9] § 5 Abs. 5). Auch wenn in der S3-LL auf Nachbetreuung z.B. in BTZ und BFW verwiesen wird (s. [1] S. 345), ist das zum einen im entsprechenden Abschnitt der S3-LL nur auf das Zusatzangebot „MOVE“ (Modulare Vermittlung) – nicht aber auf die Hauptleistung von BTZ, dem Beruflichen Training bezogen und nicht zeitlich fixiert. Zudem merken die S3-LL-Autoren in ihrer Gegenstellungnahme kritisch an, dass „selbst bei einer Nachbetreuungszeit von 6 Monaten ein deutlicher Unterschied zu den Kriterien des Supported Employment“ ([3] S. 4) bestünde. Dass SE von zeitlich unlimitierter (Nach-) Betreuung ausgeht, ist nicht zu bestreiten. Es ist allerdings kritisch zu hinterfragen, ob ein konzeptioneller Ansatz, der den Klienten (Patienten / Rehabilitanden) in einer ständigen Betreuungsabhängigkeit hält, wirklich sinnvoll im Sinne von Empowerment ist. Zum einen haben sich deutsche LTA-Einrichtungen an rechtliche Vorgaben zu halten, da sie wie zuvor schon ausgeführt nicht im „luftleeren Raum“ agieren, und im Übrigen sind die 6 Monate auch unter Berücksichtigung der deutschen Rechtslage gesetzt, da nach dieser Zeit das Kündigungsschutzgesetz greift. Weiterhin ist es ein essentieller Ansatz deutscher LTA-Einrichtungen, die Klientel zu bemächtigen, sich zunehmend selbstständig um ihre Reintegration kümmern zu können, sollte der zunächst ergriffene Arbeitsplatz scheitern. Da z.B. die Evaluation der BTZ im Vergleich zu den Integrationsraten zum Maßnahmeende, nach 6 Monaten und nach 12 Monaten zeigt, dass die Integrationsquote jeweils höher ist wie zum vorherigen Messzeitpunkt, ist diese Strategie auch wirksam und keine Einschränkung des Leistungsumfangs. Möglicherweise muss allerdings in Ländern wie USA, GB oder Australien aufgrund eines im Vergleich zu Deutschland praktisch nonexistenten Kündigungsschutzes (Kündigungen sind i.d.R. nur bei Diskriminierungen verboten „wrongfull dismissal“ / „unlawfull dismissal“ (AUS) bzw. „unfair dismissal“ (GB) / „good cause“ – Erfordernis bei befristeten Arbeitsverträgen (USA) – sonst „employment-at-will“) eine längere und intensivere Nachbetreuung erfolgen, um damit mehrere erforderlich werdende Arbeitsplatzwechsel zu unterstützen.

3.4. Die Kontrollgruppen in den internationalen Studien sind in vielen Fällen deutlich geringer integrationsfokussiert als SE und lassen damit von vorne herein eine geringere Übergangsrate in Beschäftigung erwarten.

Die meisten Studien beschreiben die Kontrollgruppenintervention nur unzureichend mit „PVT“ / TAU (treatment as usual) bzw. „TVR“ (traditional vocational rehabilitation) (s. z.B. [8] S. 17 oder [10] S. 159) und verschleiern damit, welche integrationsfördernde Rehabilitationsleistungen tatsächlich im Vergleich erbracht werden. Die S3-LL-Autoren kategorisieren so z.B. das „Clubhouse-Modell“ als „eine spezielle Variante von Pre-Vocational-Training“ ([1] S. 155 – vgl. dazu auch [8] S. 14), obwohl die Beschreibung dieser Leistung in Deutschland eher einem Zuverdienst-Projekt entsprechen würde (die z.B. in Berlin mehrere Cafés betreiben), aber eine SGB XII – Leistung ist und vor allem die stabilisierenden Funktionen von Beschäftigung wie

Tagesstrukturierung, soziale Kontakte und Verbesserung von sozialem Status und Selbstwertgefühl (zu Recht) im Fokus haben, statt den Übergang in den allgemeinen Arbeitsmarkt, der für diese Klientel in aller Regel noch zu früh wäre. Es ist bei solchen Leistungen als Kontrollgruppe daher geradezu erwartbar, dass ihre Übergangsraten in Beschäftigung nur gering sind und damit SE als Indexgruppe deutlich besser abschneidet. Zur Klarstellung sei angemerkt, dass damit die Integrationsleistung von SE nicht kleingeredet oder gar bestritten werden soll – SE stellt auch aus Sicht der NbR-Verbände eine sinnvolle Ergänzung der bestehenden LTA-Angebote in Deutschland dar. Es ist aber lediglich nicht der „gold standard‘ approach to mental health vocational rehabilitation“ ([7] S. 14), wie er in den USA propagiert wird und durch das Upgrade des Empfehlungsgrades für SE jetzt auch in Deutschland als solcher etabliert werden soll.

Zudem zeigt die Gegenstellungnahme der S3-LL-Autoren mit der weitgehenden Gleichsetzung von Zuverdienstangeboten und Beschäftigung in Integrationsfirmen (s. [3] S. 5), dass die Komplexität der Leistungen für Menschen mit psychischen Erkrankungen in Deutschland nicht wirklich verstanden wurde. Einerseits wird hier Greding zitiert, nachdem bei „Zuverdienstangeboten die sinn- und wertstiftende Tätigkeit im Vordergrund steht“ (ebd.) – andererseits aber in den S3-LL ausgeführt, dass „allen Zuverdienstprojekten (gemeinsam ist), dass wirtschaftlich verwertbare Produkte ... hergestellt ... werden ... (und) der Erwerbscharakter der Arbeit im Vordergrund steht und die Entlohnung der Mitarbeiter an die Arbeitsleistung gekoppelt ist.“ ([1] S. 344). Dazu wird auf eine Publikation (Gredig 2017) der Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsfirmen (BAG IF) verwiesen. Bei näherer Betrachtung stellt sich heraus, dass die BAG IF ein Projekt Zuverdienst als ergänzendes Angebot zur Anstellung in den Integrationsfirmen selbst (sozialversicherungspflichtige Beschäftigung) gestartet haben, über das Herr Gredig als Referent in der BAG IF berichtet. Auf einer Fachtagung 2017 dazu stellt er aber unmissverständlich klar, dass Zuverdienst nur ein „geringfügiges Entgelt oder Aufwandsentschädigung“ vergütet (s. http://www.bag-if.de/wp-content/uploads/2017/05/ZV_PP_Gredig.pdf - Folie 6). Auch hier werden wieder zwei hinsichtlich Zielstellung, Zielgruppe und inhaltlicher Ausgestaltung völlig unterschiedliche Leistungen ‚in einen Topf‘ geworfen, was sich leider im Bereich der LTA im beanstandeten S3-LL-Kapitel fast wie ein ‚roter Faden‘ durchzieht. Im letzteren Fall schlägt sogar der Verweis auf entsprechende Literatur fehl, da, wie aufgezeigt wurde, die Literatur schlichtweg fehlerhaft wiedergegeben bzw. interpretiert wurde.

3.5 Die Einschränkung der „psychopathologischen Stabilität“ als Voraussetzung für ein SE zeigt auf, dass für viele psychisch erkrankte Menschen (mit nicht ausreichender Stabilität) alternative Angebote zum SE geradezu erforderlich sind. Empfehlungen dazu sind aber in den S3-LL nicht zu finden, da diese aus dem rein medizinisch orientierten Denken der Erfordernis von RCT (randomized controlled trial) als alleiniger Wirksamkeitsnachweis bei fehlenden diesbezüglichen RCT keine Empfehlungen abgeben.

Die Einschränkung bezüglich der „psychopathologischen Stabilität“ ist zu Recht gemacht – es bleibt aber in der Darstellung offen, was ein zielführendes LTA-Angebot wäre, wenn keine ausreichende Stabilität vorhanden ist. Diese Fälle sind genau die Zielgruppe von RPK, BTZ, WfbM und BBW/BFW, die hier unter den Tisch fallen. Da es keine RCT zu den o.a. Maßnahmen in Deutschland gibt, folgern die S3-LL-Autoren, daher keine Empfehlungen abgeben zu können (s. [3] S. 6). Dies stößt aber in Deutschland neben ethischen vor allem auf rechtliche Schranken. Durch die klare Forderung des SGB IX (a.a.O.), Reha-Leistungen zwingend nach dem erkannten Reha-Bedarf auszuwählen, ist es schon rein rechtlich nicht möglich, einem Rehabilitanden in der Kontrollgruppe eines RCT eine andere Leistung zuzuweisen. Die Autoren der S3-LL räumen selbst ein, dass die unterschiedlichen Leistungen der beruflichen Reha (SE und alle als PVT subsummierten Leistungen) „nicht austauschbar und jeweils durch den anderen ersetzbar“ sind ([1] S. 348) sind. Ergo ist ein RCT-Design mit z.B. einem Beruflichen Training in einem BTZ und einem SE-Projekt alternativ als Index- bzw. Kontrollgruppe rechtlich unzulässig, da es sich um unterschiedliche „nicht austauschbare“ (s.o.) Leistungen handelt und daher entweder die eine

oder die andere (oder gar beide) bei einem konkreten Rehabilitanden nicht bedarfsgemäß wäre. Diese Einschätzung wird auch von den Experten des IAB (Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit) bestätigt: „Eine Randomisierung der Leistungsberechtigten im Bereich der beruflichen Rehabilitation ist jedoch ethisch nicht vertretbar und rechtlich nicht möglich.“ ([11] S. 290). Daher können in Deutschland in diesem Forschungsbereich RCT nicht zum Einsatz kommen. Alternativ werden hier „ex-post-facto-designs“ (ebd.) vorgeschlagen. Nach den Kriterien der S3-LL ist ein solches Design aber der Evidenzebene III zuzurechnen und liegt gerade über reinen Empfehlungen von Experten (s. [1] S. 34). Hier zeigt sich deutlich das Unverständnis eigentlich sogar der Unwille der S3-LL-Autoren, im Bereich von LTA die deutschen Realitäten anzuerkennen und von ihrem für die Medizin (durchaus berechtigt) geltendem ‚RCT-Paradigma‘ abzurücken. Auch wenn LTA in den S3-LL unter dem Dach der ‚psychosozialen Therapien‘ geführt wird, ist die berufliche Erst- und Wiedereingliederung kein originäres Handlungs- und Forschungsfeld der Medizin und wie zuvor aufgezeigt wurde, kommt hier die in der Medizin bewährte Forschungsmethodik klar an ihre Grenzen.

Unbestreitbar besteht in Deutschland ein klares Forschungsdefizit im Bereich der Wirksamkeit der unterschiedlichen LTA-Angebote. Dennoch gibt es aber - auch in den S3-LL aufgeführte – Studien, wie auch Erfolgsbeobachtungen der Leistungserbringer selbst. Hier wurden in den S3-LL leider nur die der RPK aus dem Jahre 2010 aufgeführt (s. [1] S. 345). Über die betreffenden Verbände (BTZ, RPK, UB, BBW, BFW, WfbM, usw.) wären aber problemlos aktuellere und vor allem für alle Leistungsarten Daten erhältlich gewesen. Durch die Fokussierung aber der S3-LL-Autoren auf RCT und auf in medizinischen Datenbanken verfügbaren Publikationen waren diese Informationen über die reale Situation der LTA in Deutschland aber nicht ersichtlich und zeigt erneut, dass die Forschungsmethodik der Medizin (hier der Psychiatrie) im Bereich von LTA an ihre Grenzen stößt und nicht mehr adäquat ist.

3.6 Die Definition von ‚PVT‘ vs. SE ist schwammig und lässt durchaus unterschiedliche Zuordnungen einzelner Leistungen zu.

Auch wenn in den S3-LL eingeräumt wird, dass PVT in Deutschland sehr unterschiedliche Leistungen beinhaltet, werden dann berufliche Reha-Leistungen sehr grobschlüchtig PVT zugeordnet: „Die dem Pre-Vocational-Training (PVT) zugeordneten Interventionen konnten im Einzelnen recht heterogen aussehen. Voraussetzung zur Klassifikation in dieser Kategorie war lediglich, dass die Teilnehmer eine „Vorbereitung“ absolvieren, bevor sie zur Suche nach regulärer Beschäftigung ermutigt werden.“ ([1] S. 159). Diese Darstellung des PVT ist schwammig und unscharf in der in der Abgrenzung zum SE, wurde doch auf S. 155 ausgesagt, dass es auch im SE eine (wenn auch nicht längere) Vorbereitungszeit gibt.

Betrachtet man z.B. die Integrationsmaßnahmen, so stellt man fest, dass sie i.d.R. zwischen 8 und 12 Monaten dauern, von denen ca. 1/3 der Zeit (ca. 11-17 Wochen) in der Einrichtung als Vorbereitung verbracht wird, und die damit nach der o.a. „Klassifikation“ dem PVT zuzuordnen wären. Anschließend erfolgen ein oder mehrere längere Praktika in Betrieben mit dem Ziel der Übernahme in ein Anstellungsverhältnis (vgl. dazu z.B. das IBT der Spektrum gGmbH, Berlin: <https://www.spektrum-berlin.de/pdf/ibt.pdf>). Das SE weist aber nach Meta-Studien eine durchschnittliche Vorbereitungszeit von 19-20 Wochen (Mittelwert aller Studien waren 136 Tage = 19,4 Wochen - s. [12] Table 2 / vgl. [139] S. 3 - Mittelwert 140 Tage - 20,0 Wochen) auf. Mit dem Einschlusskriterium ‚Vorbereitung‘ müsste daher auch SE / UB – Projekte dem PVT zugeordnet werden. Die Argumentation, dass es sich bei SE um einen Ansatz besonders schnelle Platzierung in Beschäftigung handelt, wird daher sehr brüchig und nicht die „Schlüsselkomponente“ des SE ([1] S. 184).

Auch eine alternative Argumentation, dass es sich im Anschluss (analog zur SE-fidelity-scale) um ein unbefristetes Anstellungsverhältnis handeln muss, verkennt die deutsche Realität, da unbefristete Anstellungsverhältnisse rückläufig sind und immer mehr zunächst nur befristet eingestellt wird.

Der von den Autoren weiter als Argument angeführte Nachweis der positiven Effekte einer möglichst hohen Programmtreue des als IPS manualisierten SE (s. [3] S. 7 - vgl. [1] S. 182)

schlägt ebenfalls fehl, da auch hierzu jeglicher Nachweis in Deutschland fehlt, dessen Arbeitsmarktbedingungen als einer von mehreren Aspekten, doch deutlich von angloamerikanischen Ländern abweichen.

3.7 Die Übertragbarkeit der internationalen Evidenz auf Deutschland ist nicht nachgewiesen. Die weitere Begrifflichkeit „deutschsprachiger Raum“ suggeriert unbelegt, dass die gleiche Sprache quasi automatisch eine Übertragbarkeit von Studienergebnissen über Ländergrenzen hinweg zulässt.

Alleine die Begrifflichkeit „deutschsprachiger“ Raum zeigt ein wenig ausgeprägtes (bzw. eher nicht vorhandenes) Verständnis der S3-LL-Autoren für Wirkfaktoren bei der beruflichen Wiedereingliederung. Die Vorstellung, dass die gleiche Sprache am Arbeitsplatz (Deutschland, Österreich, deutschsprachige Schweiz, ggfs. Südtirol) automatisch Studienergebnisse übertragbar machen, hat nichts mit den Erkenntnissen der deutschen Arbeitsmarkt- und Berufsforschung gemein.

Um z.B. die Integrationserfolge von Arbeitsagenturen in Deutschland zutreffend bewerten zu können, hat das IAB (Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der BA) die 156 Agenturbezirke in 5 Typen unterteilt, die sogar in insgesamt 12 Untertypen gegliedert sind. Nur innerhalb desselben Untertyps (acht in West- und 4 in Ostdeutschland) werden die Integrationsergebnisse verglichen, denn wie die IAB-Forscher schon seit 2003 wissen, hängen „Integrationserfolge (...) von regionalen Gegebenheiten ab“ (s. [14])

Überschreitet man dann Ländergrenzen, ändern sich dazu auch noch weitere gewichtige Einflussfaktoren wie Kündigungsschutz, Bedingungen zur Gewährung von Entgeltersatzleistungen usw. und machen somit Studienergebnisse nicht mehr vergleichbar. Dies räumt auch u.a. Modini ein: „Another possible moderator not directly examined was the impact of different social security systems, welfare benefits employment practice and regulation.“ ([8] S. 20) – auch wenn er annimmt, dass durch die breite Streuung der Studienregionen diese Faktoren indirekt mit einbezogen wären. Da aber die Masse der einbezogenen Studien in Ländern mit geringem (oder gar fehlenden) Kündigungsschutz stattfanden, ist schon ein wichtiger Einflussfaktor auf den Erfolg beruflicher (Re-) Integrationsstrategien unkontrolliert.

Die S3-LL-Autoren nehmen aber trotz allem Modini als Nachweis der generellen länderübergreifenden Übertragbarkeit von SE (s. [3] S. 8) und folgern daraus (unbelegt), dass dies dann auch für Deutschland zutreffend sei. Alleine schon der Vergleich der Übergangsraten in Beschäftigung der von Modini erfassten Kontrollgruppen, der mit einer Übergangsrate zwischen 22 und 24% (vgl. [12] bzw. [13]) 2,4-fach geringer war als von SE mit den Ergebnissen deutscher LTA-Angebote, zeigt, dass PVT in Deutschland deutlich höhere Übergangsraten erzielt und somit in Deutschland entweder im internationalen Vergleich deutlich wirksamere (PVT) Angebote existieren und/oder die Rahmenbedingungen hier nicht mit denen anderer Länder vergleichbar ist.

Selbst alleine die von den S3-LL-Autoren zitierten 38% Übergangsrate aus RPK-Leistungen (s. [1] S. 186) relativiert stark die von Modini postulierte 2,4-fache Überlegenheit des SE, dass dann in Deutschland nahezu 100% erbringen müsste. Dennoch wird in den S3-LL stereotyp ausgeführt, dass „PVT hinsichtlich der Eingliederung auf den ersten Arbeitsmarkt ... deutlich hinter SE ... zurückbleibt“ ([1] S. 183). Es wird leider am ‚Übertragbarkeits-Postulat‘ festgehalten und alle Erkenntnisse aus Deutschland ignoriert oder mangels RCT-Nachweis als unbelegt zurückgewiesen.

Dies zeigt auch das Projekt „MOSES“ [vgl. 15], bei dem zunächst versucht wurde, die SE-fidelity-scale in einer nahezu wortwörtlichen Übersetzung ins Deutsche als Maßstab zur Evaluation des Ausprägungsgrades von SE-Prinzipien in RPK- und BTZ-Einrichtungen zu nehmen. Dies stieß aber schnell an Grenzen, da einige der 25 Items in Deutschland an sachliche oder rechtliche Grenzen kamen und eigentlich hätten modifiziert werden müssen. Die IPS-Kriterien für das SE sind damit für deutsche Verhältnisse in toto nicht anwendbar, solange sie nicht nationalen Gegebenheiten angepasst wurden und damit nicht mehr im „luftleeren Raum“ (a.a.O.) verharren.

3.8 Die vor allem für die Anhebung des Empfehlungsgrades angeführte EQOLISE-Studie hat den ihr zugeschriebenen Nachweis nicht erbracht.

Mit dem nur als „Kunstgriff“ zu nennenden Argument, dass die EQOLISE-Studie „über alle Zentren hinweg gepowert wurde ... (und damit eine) ... isolierte Betrachtung der Ergebnisse für einzelne Zentren ... nicht tragfähig“ sei ([1] S. 185), wurde bei der Überarbeitung der S3-LL 2017/2018 das zentrale Argument bei der Ersterstellung der S3-LL, dass die deutschen (Teil-) Ergebnisse der 2007 veröffentlichten EQOLISE-Studie keine signifikante Überlegenheit der SE-Stichprobe vorweisen konnten, einfach „weggewischt“. Mit dem Konstrukt der „Powerung“ wird jetzt behauptet, dass trotz nicht signifikantem deutschen (Teil-) Ergebnis die Studie einen Nachweis der Überlegenheit des SE-Ansatzes auch für Deutschland (!) erbracht hat. Alleine die Betrachtung dieses Arguments offenbart seine massiven Schwächen – berücksichtigt man zudem die Kommentierung zum vorherigen Teil der S3-LL bezüglich der Übertragbarkeit von Studienergebnissen über Länder hinweg, so wird klar erkennbar, dass ein Studiendesign, das Ergebnisse aus einem Land X mit denen aus einem Land Y mittelt und den Mittelwert dann für beide Länder als wissenschaftlich nachgewiesen kennzeichnet, schlicht wissenschaftlich falsch ist. Die S3-LL-Autoren stellen die Studienlage im Grunde genommen mit einer Verzerrung zugunsten des SE-Ansatzes dar.

Gerade bei der EQOLISE-Studie ist außerdem auf methodische Schwächen hinzuweisen. So war die Teilnehmerrekrutierung dergestalt, dass mit dem neuen, eine rasche Beschäftigung ermöglichende Ansatz des SE geworben wurde, die Hälfte der eingeschlossenen Probanden aber dann (entgegen ihrem Willen) der PVT-Kontrollgruppe zugewiesen wurden, was eine massive Abbruchrate in der (PVT-) Kontrollgruppe zur Folge hatte (s. [16], S. 40-45).

Zudem war die Kontrollgruppe eine RPK und eine nur 1 ½ Monate dauernde Maßnahme im RKU Ulm (Rehabilitationskrankenhaus), was definitiv keine (!) LTA-Maßnahme nach dem Rahmenkonzept der DRV für LTA von 2009 (s. [5]) darstellt und daher als Kontrollgruppe für berufliche Reha gänzlich ungeeignet ist. Die S3-LL-Autoren räumen in ihrer Gegenstellungnahme zwar ein, dass EQOLISE „tatsächlich Schwächen“ hat ([3] S. 9), aber aufgrund fehlender „qualitativ hochwertiger Studien“ (S. 10) in Deutschland eben auf internationale Evidenz zurückgegriffen werden müsse. Auch hier beißt sich wieder die Katze in den Schwanz: RCT im Bereich von LTA sind in Deutschland nicht möglich, die Übertragbarkeit ungeklärt und die ‚konkurrierenden‘ ‚PVT‘-Leistungen deutlich wirksamer wie (eben wohl nicht vergleichbare) Leistungen in andere Ländern. Es ist daher schlichtweg unzulässig, die Empfehlung von SE auf ‚A‘ anzuheben und dies rein auf internationale Evidenz zu begründen.

3.9 Das weiterhin als Nachweis für den „deutschsprachigen Raum“ angeführte Berner-Job Coach Projekt hat integrationsrelevante Effekte in Index- und Kontrollgruppe nicht kontrolliert.

Trotz der Darstellung, dass die Studie in der Schweiz „unter vergleichbaren sozioökonomischen Bedingungen“ (s. [1] S. 185) zu Deutschland erfolgte, ist das Job Coach Projekt aus Bern ebenfalls kein Nachweis der Überlegenheit des SE-Ansatzes. Das wesentliche Argument dafür ist, dass bei der SE-Gruppe neben dem (nach den Autoren Hoffmann et al. die Integrationswirkung generierenden) SE-Ansatz auch noch monetäre Zuschüsse den Arbeitgebern für die Einstellung der Studienteilnehmer offeriert wurden (s. [10], S. 159). Angaben zu ähnlichen Anreizen lassen sich aber in der o.a. Publikation entgegen den Behauptungen der S3-LL-Autoren (s. [3] S. 11 – vgl. [10] S. 159) nicht finden. Es ist daher davon auszugehen, dass nur bei Teilnehmern der Indexgruppe (SE) die Beschäftigungsaufnahme durch finanzielle Anreize für den Arbeitgeber unterstützt wurde. Die Einlassung der S3-Autoren, dass der „Einsatz monetärer Anreize ... Supported Employment attraktiv (macht)“ (ebd.), ist durchaus berechtigt, aber stellt eindeutig einen (von vielen) Einflussfaktoren auf den Erfolg beruflicher (Re-) Integration dar und muss daher bei Studien entsprechend kontrolliert werden, was auf der Basis der Studienlage aber nicht erkennbar ist.

Studien des IAB in Deutschland zeigen klar auf, dass monetäre Zuschüsse eine eigene und zudem nachhaltige Integrationswirkung zeigen (vgl. [17]). Hoffmann et al kombinieren also in ihrem Projekt einen neuen Ansatz mit einem weiteren, der bereits nachweisliche Integrationswirkung gezeigt hat (monetäre Zuschüsse) – behaupten aber die klar erkennbare Überlegenheit der SE-Gruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe alleine dem SE-Ansatz zuschreiben zu können. Ein wissenschaftlich redliches Studiendesign hätte dann aber dieselben Zuschüsse auch bei der Kontrollgruppe vorsehen müssen, um auszuschließen, dass der wesentliche Effektreiber die Zuschüsse und nicht der SE-Ansatz gewesen ist.

Betrachtet man weiter den Internet-Auftritt der universitären Dienste Bern bezüglich des auch heute noch bestehenden SE-Angebots, so wird zudem deutlich, dass die Integration zunächst in eine (wahrscheinlich gemeinnützige) Arbeitnehmer-Überlassung erfolgt, die auch die o.a. Zuschüsse erhalten. Diese verleiht dann die bei ihr angestellten Teilnehmer an Betriebe mit der Hoffnung, dass sie zu einem späteren Zeitpunkt von diesen übernommen werden. Auch dieser Ansatz ist in Deutschland nicht unbekannt und wurde Ende der 90er Jahre in Bayern als gAÜ (gemeinnützige Arbeitnehmerüberlassung) sogar erfolgreich bei der Integration von anerkannten Schwerbehinderten erprobt, die trotz dem Integrationshindernis Schwerbehinderung (erweiterter Kündigungsschutz, Zusatzurlaub) für viele Teilnehmer eine Übernahme im Entleihbetrieb realisieren konnten.

Auf das Berner Projekt bezogen bedeutet dies, dass zusätzlich zu den monetären Zuschüssen ein weiteres Instrument in das SE-„Gesamtpaket“ einbezogen wurde, das ebenfalls seine Integrationswirkung bereits gezeigt hat. Nur der Erfolg wurde alleine dem SE-Ansatz zugeschrieben. Als Nachweis der Überlegenheit des SE-Ansatzes auch für Deutschland kann damit auch das Berner JobCoach-Projekt nicht gelten. Gleichwohl liefert es wertvolle Erkenntnisse, wie durch Leistungskombinationen Wirkungen verstärkt werden können. Diese Erkenntnis allein ist durchaus auch auf die deutsche Situation übertragbar.

Es ist auch unzulässig, die o.a. Erkenntnisse aus Studien des IAB mit „sind keine RCT's und deshalb mit den Studien ... der Leitlinie nicht vergleichbar“ ([3] S. 11) pauschal zu ignorieren, obwohl diese klar und auf deutsche Verhältnisse bezogen Wirkfaktoren der beruflichen (Re-) Integration aufzeigen. Wie schon zuvor dargestellt, verharren die S3-LL-Autoren in ihren Forschungs-Paradigmen der Medizin und negieren, dass sie sich im Bereich der beruflichen (Re-) Integration außerhalb des originären Handlungsfeldes der Medizin bewegen und damit auch andere Bedingungen berücksichtigen müssen.

4. Zusammenfassung

Dass von nicht einer Evidenz für eine Überlegenheit des SE in Deutschland (!) ausgegangen werden kann, da hierfür kein wissenschaftlich zuverlässig erhobener Nachweis vorliegt, ist hinreichend dargestellt worden. Eine Empfehlungsgrad „A“ (Soll-Empfehlung = „die meisten Patienten sollten diese Intervention ... erhalten“ a.a.O.) entbehrt daher jeder Grundlage. Erschwerend kommt hinzu, dass „A“ zudem bedeutet, dass SE damit für die meisten Rehabilitanden als ‚zielführend‘ LTA-Leistung gekennzeichnet wird, was die Heterogenität der Reha-Bedürfnisse psychisch erkrankter Menschen und die daraus resultierende Notwendigkeit inhaltlich unterschiedlicher Reha-Leistungen völlig ignoriert.

Ein weiterer wesentlicher Kritikpunkt ist die Vermischung der existierenden Reha-Leistungen wie RPK, BTZ, WfbM und Integrationsmaßnahmen, aber auch BFW und BBW als „PVT“ mit gleicher Bewertung. Hier wäre eine differenzierte Darstellung und ggf. auch Bewertung in Deutschland vorhandener Reha-Leistungen erforderlich. Das insgesamt sehr gut ausgebaute und ausdifferenzierte Angebot erfährt hier eine pauschale Unterteilung in nur zwei Kategorien (SE und PVT), die die hiesige Realität nicht abbildet und damit auch Schlussfolgerungen auf dieser Basis fragwürdig erscheinen lässt.

Auch wenn zutreffend konstatiert wird, dass für Deutschland „ein dringender Forschungsbedarf“ besteht ([1] S. 189), umfasst dieser nicht nur die durchaus wichtige Evidenzforschung sondern vor allem eine umfassende Forschung, die Erkenntnisse liefert, bei welcher Indikationsstellung (was nicht nur gesundheitliche Aspekte umfasst) welche der einzelnen LTA-Angebote mehr und welcher weniger indiziert sind. Dies würde einen wichtigen und dringend notwendigen Beitrag zur Leistungssteuerung wie auch Angebotsplanung der LTA-Leistungen in Deutschland leisten, für den sich die beteiligten Verbände uneingeschränkt aussprechen.

Literatur

- [1] DGPPN e.V. (Hrsg) (2018): S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. 1. Update 2018 (Entwurf Langversion).
- [2] Netzwerk berufliche Reha (NbR) (2018): Stellungnahme der Fachverbände des NbR (BAG BTZ, BAG RPK, BAG BBW, BAG WfbM, BV BFW) zum Kapitel 3.4 „Arbeitsrehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben“.
- [3] Riedel-Heller, S.; Becker, T.; Gühne, U. (2018): Gegenstellungnahme vom 16.08.2018.
- [4] Crowther, R.; Marshall, M.; Bond, G.; Huxley, P. (2001): Vocational rehabilitation for people with severe mental illness , online verfügbar unter <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4170889/> Abruf 22.08.2018 09:35 Uhr
- [5] Deutsche Rentenversicherung Bund (2009): Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA). Rahmenkonzept der deutschen Rentenversicherung.
- [6] Burns, T. et al (2007): The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomized controlled trial. *Lancet* 370 (9593), S. 1146-1152
- [7] Kalkan, R. et al (2009): Unterstützte Beschäftigung bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. In: *Sozialpsychiatrische Information*. 39. Jahrgang Heft 4, S. 40-45
- [8] Modini, M. et al (2016): Supported Employment for people with severe mental illness: systematic review and meta-analysis of the international evidence. In: *The British Journal of Psychiatry* 2009, S. 14-22
- [9] Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (2012): Gemeinsame Empfehlungen für Einrichtungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.
- [10] Hoffmann, H. et al (2012): A randomized controlled trial of the efficacy of supported employment. In: *Acta Psychiatr Scand* 125: S. 157-167
- [11] Reims, N. (2016): Die Suche nach geeigneten Vergleichsgruppen in der Evaluation von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. In: DRV Bund (Hrsg.): 25. Rehabilitationswissenschaftliche Symposium 2016. DRV-Schriften Band 109, S. 290-291
- [12] Bond, G. et al (2012): Generalizability of the Individual Placement and Support (IPS) model of supported employment outside the US. In: *World Psychiatry*. February; 11 2012 (1), S. 32–39.
- [13] Bond, G. et al (2012): Standardizing Measures in Four Domains of Employment Outcomes for Individual Placement and Support (2012). In: *Psychiatric services* Vol. 63, Issue 8, S. 751-757
- [14] Hirschauer, F. (2013): Integrationserfolge hängen von regionalen Gegebenheiten ab. In: IAB Kurzbericht 5/2013, online verfügbar unter: <http://doku.iab.de/kurzber/2013/kb0513.pdf> (Abruf 28.11.2016)
- [15] Stengler, K.; Becker, T. (2018): Abschlussbericht (Kurzfassung) Maßnahmen zur beruflichen Integration in RPK- und BTZ-Einrichtungen mit und ohne Supported Employment-Anteile für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen (RPK_BTZ_MOSES). Unveröffentlichter Bericht an die DRV Bund
- [16] Kalkan, R. et al (2009): Unterstützte Beschäftigung bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. In: *Sozialpsychiatrische Information*. 39. Jahrgang Heft 4, S. 40-45

[17] Ruppe, K.; Stephan, G. (2009): Förderung mit Eingliederungszuschüssen. Länger im Betrieb und gleicher Lohn. IAB-Kurzbericht 25/2009

Externes Peer-Review

S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“

Update 2018 (Langversion)

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (Hrsg.)

Die aktuell vorliegende Fassung stellt ein Update der erstmals 2013 erschienenen S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) dar. Es ist die erste Überarbeitung einer S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN). Der Leitlinie liegen systematische Literaturrecherchen zugrunde. Im Rahmen eines formalisierten, auf Konsens zielenden Prozederes konnten unter Einbindung von Experten, Betroffenen, Angehörigen und führenden Praxisvertretern des Feldes in vielen Bereichen auf Grund umfangreicher Evidenz klare Behandlungsempfehlungen formuliert werden.

Die vorliegende S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“, die nicht diagnosespezifisch ist, sollte im Kontext mit und in Ergänzung zu den weiteren, diagnosebezogenen DGPPN-Leitlinien rezipiert werden. Sie reiht sich in das Leitlinienprogramm der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) ein und basiert auf der Methodik und den Regularien der S3-Leitlinien. Die vorliegende S3-Leitlinie ist, wie das generell für alle AWMF-Leitlinien gilt, keine Richtlinie. Sie entbindet Personen, die in der Behandlung und Versorgung von Erkrankten tätig sind nicht davon, im Sinne der evidenz-basierten Medizin, Entscheidungen unter Berücksichtigung der Umstände der individuell betroffenen Menschen zu treffen.

Die vorliegende Leitlinie richtet sich als Entscheidungsgrundlage bzw. Handlungshilfe an folgende Zielgruppen:

- Erwachsene Menschen mit einer schweren psychischen Erkrankung und deren Angehörige
- Professionell psychiatrisch Tätige (wie beispielsweise Psychiater, ärztliche Psychotherapeuten und Allgemeinärzte, psychologische Psychotherapeuten, Diplom-Psychologen, Ergotherapeuten, Sozialarbeiter, Pflegefachkräfte, Personal in anderen psychiatrischen Einrichtungen, gesetzliche Betreuer und andere, die im Hilfesystem tätig sind)

- Andere Personen und Entscheidungsträger im Gesundheits- und Sozialsystem, die Unterstützungsleistungen für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen anbieten oder organisieren

Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen erleben durch die Auswirkungen ihrer schweren und anhaltenden psychischen Erkrankung deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen. Aufgrund der komplexen Anforderungen an die Behandlung und Betreuung zeigen sie oft eine intensive Inanspruchnahme medizinischer und psychosozialer Hilfen. Gleichzeitig leiden diese Menschen auch vermehrt unter somatischen Erkrankungen und zeigen eine deutlich reduzierte Lebenserwartung. Ihre Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ist deutlich vermindert und die gesellschaftliche Inklusion ist erschwert. Es handelt sich um eine Gruppe von Menschen, die vor der Psychiatrieenquete über viele Jahre in psychiatrischen Anstalten lebten und heute i.d.R. gemeindenah versorgt werden. Im englischen Sprachraum und in der wissenschaftlichen Literatur wird häufig der Begriff «people with severe mental illness» für diese diagnostisch heterogene Patientengruppe verwendet. Die vorliegende Leitlinie wählt bewusst einen diagnoseübergreifenden Ansatz.

Psychosoziale Interventionen nehmen in der langfristigen Behandlung und in der Versorgungsplanung neben psychotherapeutischen und somatisch-pharmakologischen Behandlungsansätzen eine zentrale Rolle ein. Die Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ legte erstmals für den deutschsprachigen Raum eine systematische Übersicht zur Evidenz psychosozialer Interventionen vor.

A Methoden der Leitlinienentwicklung

In diesem Hauptkapitel werden Zielsetzung und Methodik der Leitlinienentwicklung transparent und übersichtlich dargestellt.

B Empfehlungen und Statements im Überblick

In diesem Hauptkapitel werden die Empfehlungen und Statements unter Angabe des jeweiligen Empfehlungsgrads und der Evidenzebene übersichtlich dargestellt. Wo nötig wurden noch weiterführende Hinweise und ergänzende Erläuterungen angefügt.

Die Empfehlungen werden auf folgenden Ebenen formuliert (siehe auch «Systematik psychosozialer Interventionen»; Abb. 1, S. 24):

- Grundlagen psychosozialen Handelns
- Selbstmanagement und Selbsthilfe
- Systeminterventionen
- Einzelinterventionen

C Hintergrund und Evidenz

In diesem Hauptkapitel werden die Grundlagen und die Evidenz der jeweiligen Empfehlungen und Statements ausführlich dargestellt und mit entsprechender Literatur hinterlegt.

Im Unterkapitel «Grundlagen psychosozialen Handelns» werden grundlegende Konzepte wie Recovery und Empowerment, Milieuthapie und Milieugestaltung, therapeutische Gemeinschaften, Beziehungsgestaltung sowie Anti-Stigma-Interventionen systematisch abgehandelt, und es werden Empfehlungen abgeleitet.

Im Unterkapitel «Selbstmanagement und Selbsthilfe» werden Selbstmanagement, mediengestützte Edukation und Selbsthilfe, Selbsthilfegruppen und Peer-Support systematisch dargestellt. Insbesondere dem Peer-Ansatz wird in der aktuellen Fassung mehr Gewicht beigemessen.

Im Unterkapitel «Systeminterventionen» werden die Themen Frühintervention, gemeindepsychiatrische Behandlungsansätze, unterstütztes Wohnen sowie Arbeitsrehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben behandelt. Bei den Systeminterventionen geht es um die Organisation und Gestaltung der Versorgungsangebote. Es handelt sich um meist komplexe Interventionen, wie z.B. gemeindepsychiatrische und multiprofessionelle Behandlungen, Case Management oder Akutbehandlung im häuslichen Umfeld (aufsuchende stationsäquivalente Behandlung (STÄB) / Home Treatment). Besonders den Bereichen Frühintervention und Akutbehandlung im häuslichen Umfeld wird grosses Gewicht beigemessen.

Im Unterkapitel «Einzelinterventionen» werden psychoedukative Interventionen und Trialog, Trainings von Alltags- und sozialen Fertigkeiten, künstlerische Therapien, Ergotherapie, Bewegungs- und Sporttherapien sowie gesundheitsfördernde Interventionen systematisch aufgearbeitet.

Das Kapitel Hintergrund und Evidenz ist sehr sorgfältig und umfassend recherchiert und übersichtlich und gut lesbar dargestellt. Die relevante Literatur wurde berücksichtigt, wo immer möglich mit Fokus auf randomisierte kontrollierte Studien (RCTs) und Metaanalysen.

D Matrix des deutschen Versorgungssystems: Hilfen für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen

Stärker als in der somatischen Medizin sind Behandlungen und Interventionen in der Psychiatrie vom zugrundeliegenden Versorgungssystem abhängig. Resultate aus internationalen Studien lassen sich nicht ohne weiteres auf andere Länder, Gesundheitssysteme und Kulturen übertragen. Ganz besonders gilt dies für die sogenannten Systeminterventionen. Das Kapitel «Matrix des deutschen Versorgungssystems» trägt diesem Umstand Rechnung. Fundierte Kenntnisse der Versorgungs- und Finanzierungssysteme sind unabdingbar, und sie sind Voraussetzung für eine zukunftsgerichtete Versorgungsplanung. Die komplexen sozialrechtlichen Rahmenbedingungen in Deutschland werden skizziert, die beschriebenen Interventionen werden verortet und deren aktueller Implementierungsstand in Deutschland

wird aufgezeigt. Neuere Entwicklungen in der Versorgungslandschaft und damit verbundene Chancen hinsichtlich einer Umsetzung innovativer Versorgungsansätze werden aufgezeigt.

E Die Bedeutung psychosozialer Interventionen in benachbarten Praxisfeldern

Die vorliegende Leitlinie ist sehr umfassend, gleichzeitig werden aber auch Abgrenzungen formuliert:

Obwohl die Grenze zwischen psychosozialen und psychotherapeutischen Interventionen fließend ist, werden in der vorliegenden Leitlinie psychotherapeutische Interventionen im engeren Sinne explizit ausgeschlossen. Dasselbe gilt auch für pharmakotherapeutische und andere somatische Interventionen. Dafür wird auf die diagnose- und störungsspezifischen Leitlinien verwiesen.

Auch psychosoziale Interventionen bei Suchterkrankungen werden in der vorliegenden S3-Leitlinie nicht systematisch behandelt soweit sie nicht als komorbide Störung abgehandelt werden. Für psychosoziale Interventionen bei Suchterkrankungen wird auf entsprechende Leitlinien anderer Fachgesellschaften verwiesen.

Neben den Evidenzkapiteln werden im Kapitel «Die Bedeutung psychosozialer Interventionen in benachbarten Praxisfeldern» folgende Themenbereiche angesprochen und speziell hervorgehoben:

- Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Psychosoziale Therapie für Menschen mit Intelligenzminderung und psychischer Erkrankung
- Psychosoziale Therapien im höheren Lebensalter
- Die Bedeutung interkultureller Aspekte in der Psychiatrie und Psychotherapie

Zielgruppe der Leitlinie sind erwachsene Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Psychosoziale Therapien bei Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen werden in dieser Leitlinie nicht im Rahmen der Evidenzkapitel adressiert bzw. es wird auf entsprechende Leitlinien anderer Fachgesellschaften verwiesen. Im Kapitel «Matrix des deutschen Versorgungssystems» wird explizit auf Hilfen für Kinder psychisch kranker und suchtbelasteter Eltern hingewiesen. Im Kapitel «Die Bedeutung psychosozialer Interventionen in benachbarten Praxisfeldern» wird eine orientierende Übersicht psychosozialer Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie dargestellt.

Neu aufgenommen in diesem Kapitel wurden psychosoziale Therapien für Menschen mit Intelligenzminderung und psychischer Erkrankung. Psychische Störungen bei Menschen mit Intelligenzminderung sind häufig und führen oft zu Überforderungssituationen, wobei der Versorgungsbedarf bei Menschen mit Intelligenzminderung und psychischer Erkrankung nicht ausreichend abgedeckt ist.

Ebenso wird in diesem Kapitel auf die Bedeutung interkultureller Aspekte in der Psychiatrie und Psychotherapie hingewiesen. Subjektive Entstehungsmodelle psychischer Störungen, Krankheitsverständnis

und damit auch Behandlungserwartungen sind von kulturellen Prägungen und Einflüssen abhängig. Schwierige psychosoziale Rahmenbedingungen von Migranten erschweren erfolgreiche adaptive Prozesse im Gastland.

Psychosoziale Therapien im höheren Lebensalter - insbesondere bei Demenzerkrankungen - werden in der vorliegenden S3-Leitlinie in den Evidenzkapiteln nicht systematisch behandelt. Im Kapitel «Die Bedeutung psychosozialer Interventionen in benachbarten Praxisfeldern» wird eine orientierende Übersicht zu diesem aus Versorgungssicht relevanten Thema gegeben.

F Leitlinienimplementierung, Qualitätsindikatoren und Desiderate

In diesem Kapitel wird dargestellt, wie die Implementierung der psychosozialen Interventionen optimiert werden kann. Die Qualitätssicherung in der Versorgung und die Definition von Qualitätsindikatoren sind selbstverständlich wichtige Anliegen. Es wird aber auch auf die Grenzen der Messbarkeit hingewiesen. Insgesamt braucht es klare Definitionen der Interventionen, die auch eine Messung der Modelltreue zulassen, um gute Forschung betreiben zu können. Dort wo es um Grundhaltungen wie Recovery-Orientierung geht, kommen quantitative Forschungsansätze an ihre Grenzen und es braucht auch qualitative Forschungszugänge.

Gesamtbeurteilung der S3-Leitlinie «Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen»

Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen zeichnen sich einerseits durch eine hohe Inanspruchnahme von medizinischen und psychosozialen Angeboten aus. Gleichzeitig spricht die reduzierte Lebenserwartung und die eingeschränkte Teilhabe an relevanten gesellschaftlichen Lebensbereichen auch für eine Unter- und Fehlversorgung dieser Patientengruppe. Diagnosen oder Diagnosegruppen werden den komplexen psychiatrischen und sozialen Problematiken von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen oft nur unzureichend gerecht, weshalb der diagnoseübergreifende Ansatz dieser Leitlinie sehr zu begrüßen ist. Psychotherapeutische (im engeren Sinne) und somatisch-pharmakologische Behandlungsansätze werden in diagnose- bzw. störungsspezifischen Leitlinien behandelt. Psychosoziale Therapien und Interventionen sind hingegen häufig nicht diagnosespezifisch. Die vorliegende Leitlinie begrenzt sich deshalb auf Grundlagen psychosozialen Handelns, Selbstmanagement und Selbsthilfe, Systeminterventionen und Einzelinterventionen. Sie geht nicht auf die psychotherapeutischen und somatisch-pharmakologischen Behandlungsansätze ein. Wichtige Themen, die nicht vertieft im Rahmen dieser Leitlinien bearbeitet werden konnten, werden im Kapitel «Die Bedeutung psychosozialer Interventionen in benachbarten Praxisfeldern» aufgenommen.

Psychosoziale Interventionen, insbesondere die Systeminterventionen, sind sehr stark kontextabhängig. Resultate internationaler Studien lassen sich nicht ohne weiteres auf andere Versorgungssysteme übertragen. Diesem Umstand trägt das Kapitel «Matrix des deutschen Versorgungssystems: Hilfen für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen» Rechnung. Studienresultate werden auf das deutsche Versorgungssystem übertragen. Die versorgungspolitischen und finanziellen Rahmenbedingungen werden aufgezeigt und der Grad der Implementierung in Deutschland wird erläutert. Für die zukünftige Implementierung der Leitlinie in der psychiatrischen Versorgung ist dieses Kapitel sehr hilfreich und sinnvoll.

Besonders positiv zu werten ist der Einbezug von Betroffenen und Angehörigen bei der Erarbeitung der Leitlinien und auch bei der Definition der Zielgruppen.

Formal wurden die Leitlinien gemäss den Vorgaben zur Methodik der S3-Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) erarbeitet. Der Aufbau ist sehr klar und nachvollziehbar. Die einzelnen Kapitel wurden durchwegs mit grosser Sorgfalt und fundiertem Wissen erarbeitet. Die Empfehlungen und Statements sind klar formuliert, Grad der Empfehlung und der Evidenz werden klar benannt und bei Abweichungen gegebenenfalls auch erläutert. Die Behandlungsempfehlungen basieren auf der aktuellen Evidenz und einem formalisierten, im nominalen Gruppenprozess auf Konsens zielenden Prozedere unter Einbindung von Experten, Betroffenen, Angehörigen und führenden Praxisvertretern des Feldes.

Die Literatur wurde umfassend rezipiert und die Literaturliste umfasst 1250 Referenzen.

Sprachlich ist die Leitlinie sehr klar und verständlich formuliert.

Ich bin überzeugt, dass die vorliegende Leitlinie zu einer Optimierung der Behandlung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen beitragen wird. Sie wird einerseits den Behandelnden als Orientierung dienen und andererseits Betroffenen und Angehörigen eine Übersicht verschaffen. Zudem wird die Leitlinie Entscheidungsträgern in der Versorgungsplanung und Verantwortlichen für die Finanzierung als Grundlage für die Implementierung von psychosozialen Therapien in die Versorgung dienen.

Den Herausgebern, den Teilnehmern der Expertengruppe und der Konsensgruppe ist für die aufwändige und sorgfältige Aufbereitung des aktuellen Stands der Evidenz zu danken.

Winterthur, 11.07.2017



Prof. Dr. med. Urs Hepp
Ärztlicher Direktor

Erstveröffentlichung:	11/2012
Überarbeitung von:	10/2018
Nächste Überprüfung geplant:	10/2023

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

Autorisiert für elektronische Publikation: AWMF online