

Evidenzbasierte Leitlinie zur Psychotherapie von Schizophrenie und anderen psychotischen Störungen

**Tania Lincoln
Anya Pedersen
Kurt Hahlweg
Karl H. Wiedl
Inga Frantz**

Evidenzbasierte
Leitlinien
Psychotherapie

 **hogrefe**

Evidenzbasierte Leitlinie zur Psychotherapie von Schizophrenie und anderen psychotischen Störungen

Evidenzbasierte Leitlinien Psychotherapie Band 5

Evidenzbasierte Leitlinie zur Psychotherapie
von Schizophrenie und anderen psychotischen Störungen

Tania Lincoln, Anya Pedersen, Kurt Hahlweg, Karl H. Wiedl, Inga Frantz

Herausgeber der Reihe:

Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie
der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs)

Mitglieder des Lenkungsausschusses:

Prof. Dr. Alexandra Martin, Prof. Dr. Alexander Gerlach, Prof. Dr. Annette Schröder

**Tania Lincoln
Any Pedersen
Kurt Hahlweg
Karl H. Wiedl
Inga Frantz**

Evidenzbasierte Leitlinie zur Psychotherapie von Schizophrenie und anderen psychotischen Störungen



Deutsche Gesellschaft
für Psychologie



Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.

Aus T. Lincoln, A. Pedersen, K. Hahlweg, K. H. Wiedl und I. Frantz: Evidenzbasierte Leitlinie zur Psychotherapie von Schizophrenie und anderen psychotischen Störungen (ISBN 9783840928833) © 2019 Hogrefe Verlag, Göttingen.

Prof. Dr. Tania Lincoln, geb. 1972. Seit 2011 Professorin für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Universität Hamburg.

Prof. Dr. Anya Pedersen, geb. 1968. Seit 2013 Professorin für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Universität Kiel.

Prof. Dr. Kurt Hahlweg, geb. 1947. 1988–2012 Professor für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Diagnostik an der Technischen Universität Braunschweig.

Prof. Dr. Karl H. Wiedl, geb. 1944. 1982–2011 Professor für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Universität Osnabrück.

Dr. Inga Frantz, geb. 1983. 2015–2018 Wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Psychotherapeutischen Hochschulambulanz der Universität Hamburg.

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskriptherstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Copyright-Hinweis:

Das E-Book einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Merkelstraße 3
37085 Göttingen
Deutschland
Tel. +49 551 999 50 0
Fax +49 551 999 50 111
verlag@hogrefe.de
www.hogrefe.de

Satz: Matthias Lenke, Weimar
Format: PDF

1. Auflage 2019

© 2019 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen

(E-Book-ISBN [PDF] 978-3-8409-2883-3; E-Book-ISBN [EPUB] 978-3-8444-2883-4)

ISBN 978-3-8017-2883-0

<http://doi.org/10.1026/02883-000>

Nutzungsbedingungen:

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

Anmerkung:

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung und Methode	9
1.1	Hintergrund, Ziele und Adressaten der Leitlinie	9
1.2	Vorgehen	11
2	Die Störungsbilder	17
2.1	Symptomatik schizophrener Störungen	17
2.1.1	Wahnsymptomatik	18
2.1.2	Halluzinationen	18
2.1.3	Formale Denkstörungen	19
2.1.4	Negativsymptomatik	19
2.1.5	Verhaltensauffälligkeiten	19
2.2	Diagnosestellung	20
2.2.1	Diagnostische Kriterien in verschiedenen Diagnosesystemen	20
2.2.2	Differenzialdiagnostik	22
2.2.3	Diagnostische Verfahren	22
2.3	Komorbide psychische Störungen	26
2.4	Komorbide somatische Erkrankungen	26
2.5	Epidemiologie	27
2.6	Verlauf	27
2.7	Prognose	28
2.8	Risikofaktoren	29
2.8.1	Genetische Risikofaktoren	29
2.8.2	Psychosoziale Risikofaktoren	30
2.9	Ätiologische Modelle	31
3	Individualisierte psychotherapeutische Ansätze	34
3.1	Kognitive Verhaltenstherapie	34
3.1.1	Beschreibung des Ansatzes	34
3.1.2	Auswertung der Evidenz	35
3.1.2.1	Metaanalytische Auswertungen (Ebene I)	35
3.1.2.2	Evidenz zu Formaten und Settings	38
3.1.3	Bewertung der Evidenz	39
3.2	Neuere Entwicklungen der KVT („Dritte-Welle“-Ansätze)	41
3.2.1	Beschreibung des Ansatzes	41
3.2.2	Auswertung der Evidenz	42

3.2.2.1	Metaanalytische Auswertungen (Ebene I)	42
3.2.2.2	Differenzierende Analysen	43
3.2.2.3	Evidenz zu Formaten und Settings	44
3.2.3	Bewertung der Evidenz	44
3.3	Psychodynamische Therapieansätze	45
3.3.1	Beschreibung des Ansatzes	45
3.3.2	Auswertung der Evidenz	47
3.3.2.1	Metaanalytische Auswertungen (Ebene I)	47
3.3.2.2	Randomisiert-kontrollierte Studien (Ebene II)	47
3.3.2.3	Evidenz zu Formaten und Settings	48
3.3.3	Bewertung der Evidenz	49
3.4	Gesprächspsychotherapie	49
3.4.1	Beschreibung des Ansatzes	49
3.4.2	Auswertung der Evidenz	51
3.4.2.1	RCTs (Ebene II)	51
3.4.2.2	Evidenz zu Formaten und Settings	52
3.4.3	Bewertung der Evidenz	52
4	Psychoedukation	54
4.1	Beschreibung des Ansatzes	54
4.2	Auswertung der Evidenz	55
4.2.1	Metaanalytische Auswertungen (Ebene I)	55
4.2.2	Evidenz zu Formaten und Settings	56
4.3	Bewertung der Evidenz	56
5	Fertigkeitentrainings	58
5.1	Soziales Kompetenztraining	58
5.1.1	Beschreibung des Ansatzes	58
5.1.2	Auswertung der Evidenz	59
5.1.2.1	Metaanalytische Auswertungen (Ebene I)	59
5.1.2.2	Evidenz zu Formaten und Settings	60
5.1.3	Bewertung der Evidenz	61
5.2	Kognitive Remediation	61
5.2.1	Beschreibung des Ansatzes	61
5.2.2	Auswertung der Evidenz	62
5.2.2.1	Metaanalytische Auswertungen (Ebene I)	62
5.2.2.2	Evidenz zu Formaten und Settings	64
5.2.3	Bewertung der Evidenz	64
5.3	Integriertes Psychologisches Therapieprogramm	65
5.3.1	Beschreibung des Ansatzes	65
5.3.2	Auswertung der Evidenz	66
5.3.2.1	Metaanalytische Auswertungen (Ebene I)	66
5.3.2.2	Evidenz zu Formaten und Settings	67
5.3.3	Bewertung der Evidenz	68

5.4	Metakognitives Training	69
5.4.1	Beschreibung des Ansatzes	69
5.4.2	Auswertung der Evidenz	69
5.4.2.1	Metaanalytische Auswertungen (Ebene I)	69
5.4.2.2	RCTs (Ebene II)	70
5.4.2.3	Evidenz zu Formaten und Settings	71
5.4.3	Bewertung der Evidenz	71
6	Familieninterventionen	73
6.1	Beschreibung des Ansatzes	73
6.2	Auswertung der Evidenz von Familieninterventionen im Allgemeinen ...	74
6.2.1	Metaanalytische Auswertungen (Ebene I)	75
6.2.2	Evidenz zu Formaten und Settings	76
6.2.2.1	Dauer der Intervention	76
6.2.2.2	Einbezug des Patienten in die Behandlung	76
6.2.2.3	Gruppen- vs. Einzel-Familienintervention	77
6.2.3	Bewertung der Evidenz zu Familieninterventionen im Allgemeinen ...	78
6.3	Psychoedukative Familieninterventionen	78
6.3.1	Auswertung der Evidenz zu psychoedukativen Familieninterventionen	79
6.3.1.1	Metaanalytische Auswertungen (Ebene I)	79
6.3.2	Bewertung der Evidenz zu psychoedukativen Familieninterventionen	80
6.4	Psychoedukative Familieninterventionen mit Fertigkeitentraining	80
6.4.1	Auswertung der Evidenz zu psychoedukativen Familieninterventionen mit Fertigkeitentraining	81
6.4.1.1	Metaanalytische Auswertungen (Ebene I)	81
6.4.2	Bewertung der Evidenz zu psychoedukativen Familieninterventionen mit Fertigkeitentraining	81
6.5	Systemische Familientherapie	82
6.5.1	Auswertung der Evidenz zur Systemischen Familientherapie	83
6.5.1.1	Metaanalytische Auswertungen (Ebene I)	83
6.5.1.2	RCTs (Ebene II)	83
6.5.2	Bewertung der Evidenz zur Systemischen Familientherapie	84
7	Empfehlungen zur Wahl des Therapieansatzes	87
8	Praxisfragen	98
8.1	Behandlungssetting	98
8.2	Beziehungsgestaltung	98
8.3	Behandlung von komorbiden Störungen	100
8.4	Patienten mit neurokognitiven Defiziten	102
8.5	Kriseninterventionen	103
8.6	Medikation	105
8.7	Psychotherapie ohne Medikation	110

8.8 Einbindung weiterer Beteiligter in die Betreuung..... 112

8.9 Schwierigkeiten bei der Bewilligung von Psychotherapieanträgen 113

8.10 Aus- und Weiterbildung 114

9 Mythen und Fakten zur ambulanten Therapie 116

9.1 Cannabis verursacht Schizophrenie 116

9.2 Patienten mit Schizophrenie sind gefährlich 117

9.3 Wahn kann man psychotherapeutisch nicht behandeln 118

9.4 Patienten mit Psychosen lassen viele Sitzungen ausfallen 119

10 Ausblick 120

11 Zusammenfassung der Empfehlungen 122

Danksagung 123

Literatur 124

Abkürzungsverzeichnis 139

1 Einleitung und Methode

1.1 Hintergrund, Ziele und Adressaten der Leitlinie

Die psychotherapeutische Behandlung von Schizophrenie und anderen psychotischen Störungen wurde lange Zeit stiefmütterlich behandelt. In den klinisch-psychologischen und psychotherapeutischen Lehrbüchern war Schizophrenie für viele Interventionen als Kontraindikation gelistet und auch in den Psychotherapie-Richtlinien wurde Psychotherapie bis vor kurzem zumindest für akut psychotische Patienten ausgeschlossen. So war in den Richtlinien Psychotherapie bei Schizophrenie auf die Behandlung der Residual-, Folge- oder Begleitsymptomatik eingeschränkt.

Erfreulicherweise hat die Entwicklung neuer Therapieansätze für psychotische Störungen und ihre wissenschaftliche Erforschung innerhalb der letzten 20 Jahre Aufwind erhalten. Zahlreiche Therapiemanuale wurden entwickelt und in randomisiert-kontrollierten Studien evaluiert. Als Reaktion auf die zunehmend klarer werdende Evidenz für psychotherapeutische Behandlungen, insbesondere der kognitiv-behavioralen Ansätze, passte der Gemeinsame Bundesausschuss im Oktober 2014 die Psychotherapie-Richtlinie dem aktuellen Forschungsstand an und erklärte Psychotherapie bei Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störungen für uneingeschränkt indiziert¹.

Dennoch ist es in Deutschland bis heute für Patienten², die an einer Schizophrenie oder anderen psychotischen Störungen leiden, nicht einfach, einen Zugang zu ambulanter Psychotherapie zu finden. Vor diesem Hintergrund wurde die Entwicklung dieser Behandlungsleitlinie von der Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in Auftrag gegeben. Mit der Erstellung dieser wissenschaftlich begründeten, evidenzbasierten und praxisbezogenen Handlungsempfehlungen für die Diagnostik und Behandlung von psychotischen Störungen sollen Hilfestellungen für eine möglichst optimale Versorgung von Patienten gegeben werden. Damit ist zudem die Hoffnung

1 siehe <http://www.bptk.de/aktuell/einzelseite/artikel/psychotherap-83.html>

2 Um den Lesefluss zu erleichtern, wird im Folgenden die männliche Version verwendet. Damit sind beide Geschlechter gleichermaßen gemeint. Gleiches gilt auch für andere Bezeichnungen, z. B. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.

verbunden, dass zukünftig mehr Patienten Zugang zu evidenzbasierter Psychotherapie in einem ambulanten Einzelsetting erhalten.

Die in der Leitlinie für Schizophrenie und andere psychotische Störungen zusammengestellten Informationen bieten eine Basis, auf der Leistungserbringer, insbesondere Psychotherapeuten in der ambulanten Versorgung, behandlungsrelevante Entscheidungen treffen können. Hauptadressaten sind daher approbierte psychologische und ärztliche Psychotherapeuten. Weitere Adressaten sind Fachgesellschaften, relevante Berufsverbände, Psychotherapeuten- und Ärztekammern sowie Hochschulen und Institutionen der Aus-, Fort- und Weiterbildung, Leistungserbringer (in Kliniken) sowie Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen.

Der Schwerpunkt der Leitlinie liegt auf der psychotherapeutischen Behandlung von Schizophrenie, aber auch andere psychotische Störungen wie Wahnhaftige Störungen, Schizoaffective Störungen und Kurze psychotische Störungen sind mitberücksichtigt. Bipolare Störungen oder Affektive Störungen mit psychotischen Symptomen sind hingegen nicht Gegenstand dieser Leitlinie.

In Abgrenzung zur S3-Behandlungsleitlinie Schizophrenie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (Gaebel, Falkai, Weinmann & Wobrock, 2006), die sich gerade in Überarbeitung befindet, legt die vorliegende Leitlinie den Fokus vor allem auf die Empfehlung von Behandlungsansätzen für die ambulante Psychotherapie. Für diesen Fokus werden die therapeutischen Ansätze und ihre Evidenz mit einem höheren Auflösungsgrad dargestellt als es im Rahmen der breiter angelegten S3-Leitlinie möglich ist. Hierzu gehört auch eine genauere Darstellung der Evidenz für verschiedene Zielvariablen. Somit bietet die Leitlinie eine transparente Entscheidungshilfe bei der Frage, welcher psychologische Therapieansatz bei welchem Symptomprofil am besten geeignet ist, wobei unter den Praxisfragen auch die Frage nach der Behandlung von komorbiden Störungen aufgegriffen wird. Es erfolgte hingegen keine Evidenzrecherche zu Fragen der Medikation, soziotherapeutischen Maßnahmen oder strukturellen versorgungsrelevanten Aspekten. Für diese Aspekte wird an den entsprechenden Stellen auf die in Bälde erscheinende Neuauflage der S3-Leitlinie Schizophrenie und auf andere Quellen verwiesen.

Wenngleich der Schwerpunkt auf einzeltherapeutischen Ansätzen im ambulanten Setting liegt, wird auch auf gruppentherapeutische Interventionen eingegangen, die bislang vor allem in stationären oder teilstationären Settings durchgeführt wurden. Dabei wurden etablierte deutschsprachige Programme gesondert berücksichtigt. Alle bewerteten Therapieformen werden inhaltlich kurz beschrieben, für detaillierte Schilderungen der Interventionen wird jedoch auf entsprechende Therapiemanuale verwiesen. Daneben werden Hinweise zur Diagnostik gegeben, praxisrelevante Fragen zur Therapiedurchführung erörtert sowie potenzielle Probleme in der Behandlung aufgegriffen.

1.2 Vorgehen

Der aktuelle Stand der Wirksamkeitsstudien für psychotherapeutische Ansätze für Schizophrenie und andere psychotische Störungen wurde systematisch gesichtet und dient als Entscheidungsgrundlage für diese Leitlinie. Berücksichtigt wurden sowohl Originalstudien zur psychotherapeutischen Behandlung von Personen mit Schizophrenie und anderen psychotischen Störungen als auch Zusammenfassungen solcher Studien, vor allem Metaanalysen und systematische Reviews. Die Recherche erfolgte in den Datenbanken Web of Science, Psynindex, PsycInfo und Medline und folgte in ihrer Systematik den von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) und der Ärztlichen Zentralstelle für Qualitätssicherung (ÄZQ) herausgegebenen Richtlinien. Bei der Wirksamkeitseinstufung hat sich die Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie jedoch entschieden, den stärker differenzierten Empfehlungen der American Psychological Association (American Psychiatric Association, 2013; Chambless & Hollon, 1998) zu folgen. Diese fordern mindestens zwei randomisierte kontrollierte Studien (RCTs; Heinrichs, Stangier, Gerlach, Willutzki & Fydrich, 2010) für die Einstufung als wirksam. Die Einteilung der hier genutzten Evidenzgrade ist in Tabelle 1 dargestellt, wobei wir in der vorliegenden Leitlinie die Evidenzgrade nach Zielvariablen differenziert haben. Ein Ansatz kann also im Hinblick auf eine Zielvariable (z.B. psychotische Symptomatik) beispielsweise den Evidenzgrad I erreichen, aber im Hinblick auf eine andere Zielvariable (z.B. Veränderung des Funktionsniveaus) einen geringeren Evidenzgrad aufweisen.

Bei der Bewertung der Evidenz verschiedener Behandlungsansätze mithilfe des APA-Schemas (Chambless & Hollon, 1998) wählten wir ein gestuftes Vorgehen: Sofern Metaanalysen vorlagen, wurden diese berichtet. Wenn nicht, wurden randomisiert-kontrollierte Studien, gut angelegte kontrollierte Studien ohne Randomisierung bzw. quasi-experimentelle und schließlich nicht experimentelle deskriptive Studien herangezogen. Evidenzbelege geringer Qualität (beispielsweise nicht randomisierte Studien) wurden nur dann berichtet, wenn keine aussagekräftigen Studien höherer Qualität (beispielsweise Metaanalysen) vorlagen. Wenn die Studienlage auf einer Evidenzebene für die Beantwortung der jeweiligen Fragestellung bezüglich der Empfehlungen ausreichte, wurde die Studienlage auf der nächstniedrigeren Evidenzebene nicht mehr berücksichtigt.

Lagen für eine Fragestellung mehrere Metaanalysen vor, so wurden ausgehend von der umfangreichen Metaanalyse, die 2009 im Rahmen der britischen NICE- (National Institute for Health and Care Excellence) Leitlinien erfolgte (National Collaborating Centre for Mental Health, NCCMH, 2014), zunächst alle neueren Metaanalysen ab 2010 bis einschließlich 2016 gesichtet und in der Leitlinie genannt. Lagen keine Ergebnisse der NICE-Metaanalyse vor, wurden zunächst alle anderen vorliegenden Metaanalysen gesichtet und genannt. Anschließend wurde für die weitere Darstellung – aus Gründen der Übersichtlichkeit – jeweils eine

Tabelle 1: Verwendete Evidenzgrade für klinische Studien nach den Kriterien der Fachgruppe für Klinische Psychologie und Psychotherapie

Evidenzgrad	Evidenzbasis	Klassifizierung
Ia	Metaanalyse(n) über randomisierte, kontrollierte Studien	<i>Wirksam:</i> Überlegenheit gegenüber Kontrollbedingung in zumindest zwei unabhängigen Forschungssettings
Ib	Mindestens zwei randomisierte, kontrollierte Studien (RCT) aus unabhängigen Forschungsgruppen	
IIa	Eine randomisierte, kontrollierte Studie (RCT)	<i>Möglicherweise wirksam</i>
IIb	Serie von gut angelegten quasi-experimentellen Studien (Effectiveness-Studie, prospektive Kohortenstudie, Fallkontrollstudie, experimentelle Einzelfallstudie)	
III	Nicht experimentelle oder deskriptive Studien (1-Gruppen-Prä-Post-Vergleiche, Korrelationsstudien)	<i>Bislang ohne ausreichende Wirknachweise</i>
IV	Unsystematische Einzelfallstudien, Kasuistiken, Expertenaussagen, Konsensuskonferenzen, klinische Erfahrung	

Anmerkungen: Kriterien entwickelt in Anlehnung an ÄZQ (2003) und Chambless und Hollon (1998); Tabelle nach Heinrichs et al. (2010, S. 9) und Segal et al. (2001).

begründete Auswahl der darzustellenden Metaanalysen getroffen. Dabei wurden neuere, umfangreichere und methodisch höherwertige sowie von unabhängigen Forschern durchgeführte (z. B. im Rahmen von Leitlinienerstellungen oder von der unabhängigen Cochrane Collaboration) Metaanalysen sowie solche, die weitergehende praxisrelevante Fragen beleuchteten, vorrangig berücksichtigt. Lagen für einen Ansatz nur Metaanalysen fraglicher methodischer Qualität vor, so wurden diese zwar ausgewertet, aber methodische Einschränkungen explizit vermerkt.

Wenn für einen Therapieansatz mehrere Metaanalysen vorlagen, legten wir fest, dass für die Einordnung in Evidenzgrad Ia in der Mehrheit der vorhandenen Metaanalysen eine Überlegenheit des Therapieansatzes gegenüber den Kontrollbedingungen in Bezug auf das relevante Outcome nachgewiesen werden sollte.

Es wurden Metaanalysen bzw. Originalstudien berücksichtigt, die Aussagen zu Therapieeffekten auf mindestens einem der folgenden Outcomemaße erlaubten: Gesamtsymptomatik, Positiv- oder Negativsymptomatik, Rückfallraten, Rehos-