Langfassung S3-Leitlinie: Diagnostik, Therapie und Rehabilitation von Patientinnen und Patienten mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen (LL-SBPF)

Benecke, C.; van Haaren, Y.; Engesser, D.; Dotzauer, L.; Wendt, L.; Daszkowski, J.; Dillo, W.; Dulz, B.; Dürich, C.; Engel-Diouf, C.; Engelhardt, U.; Eversmann, H.; Fassbinder, E.; Franke, G. H.; Giertz, K.; Herpertz, S. C.; Hörz-Sagstetter, S.; Jansen, A.; Klein, E.; Kopp, I. B.; Kruse, J.; Kubiak, T.; Kupsch, W.; Lammers, C.-H.; Lindner, R.; Matzat, J.; Milch, M.; Montag, M.; Munz, D.; Muschalla, B.; Nothacker, M.; Ommert, J.; Reddemann, O.; Reininger, K. M.; Rixe, J.; Röh, D.; Schäfer, G.; Schumacher, C.; Siegel, S.; Siegl, J.; Spitzer, C.; Steger, T.; Tarbiat, K.; Taylor, K. J.; von Haebler, D.; Waldherr, B.; Weißflog, S.; Welk, C.; Wiegand, H. F.; Wingenfeld, K.; Zimmermann, J.; Singer, S.

Version 1.0 – Langfassung

Datum 08.08.24 – Gültig bis 08.08.29

Reg.-Nr. 134-001

Das dieser Veröffentlichung zugrundliegende Projekt wurde mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01VSF21013 gefördert.

DGPT

Deutsche Gesellschaft für
Psychoanalyse,
Psychotherapie,
Psychosomatik und
Tiefenpsychologie e.V.

Herausgeber
DGPT – Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT) e.V.
Kontakt unter: www.dgpt.de und per Mail unter psa@dgpt.de

Die S3-Leitlinie „Diagnostik, Therapie und Rehabilitation von Patientinnen und Patienten mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen“ wurde unter Federführung der DGPT erarbeitet. Die Leitlinie (LL) zu schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen (SBPF) wird im Folgenden als „LL-SBPF“ abgekürzt. An der Leitlinienerstellung und Konsensfindung waren insgesamt 33 Fachgesellschaften und Berufsverbände beteiligt.

Tabelle 1: Beteiligte Fachgesellschaften und Mandatsträger:innen

	Fachgesellschaft	**Mandatstragende**
Arbeitsgemeinschaft Psychodynamischer Professorinnen und Professoren	Arbeitsgemeinschaft Psychodynamischer Professorinnen und Professoren e.V.	Prof. Dr. Susanne Singer, Vertretung: Prof. Dr. Cord Benecke
BAG KT Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien	Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien e.V.	Cornelia Schumacher
BPtK	Bundespsychotherapeutenkammer	Dr. Dietrich Munz, Dr. Alessa Jansen, Dr. Tina Wessels
familien selbsthilfe psychiatrie Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V.	Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V.	Kaveh Tarbiat
bvvp BUNDESVERBAND DER VERTRAGSPSYCHOTHERAPEUTEN E.V.	Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e.V.	Dipl.-Psych. Benedikt Waldherr
Bpω	Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V.	Jurand Daszkowski
DDPP Dachverband Deutschsprachiger PsychosenPsychotherapie e.V.	Dachverband deutschsprachiger PsychosenPsychotherapie e.V.	PD Dr. Christiane Montag, Vertretung: Prof. Dr. Dorothea von Haebler
Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V.	Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V.	Dipl.-Psych. Jürgen Matzat

Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V.	Prof. Dr. Claas-Hinrich Lammers
Deutsche Fachgesellschaft für Psychiatrische Pflege e.V.	Jacqueline Rixe, M.Sc.
Deutsche Fachgesellschaft für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie/Psychodynamische Psychotherapie e.V.	Dr. Christian Dürich, Vertretung: Prof. Dr. Klaus Michael Reininger
Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V.	Olaf Reddemann, Vertretung: Dr. Thomas Steger
Deutsche Gesellschaft für Klinische Psychotherapie, Prävention und Psychosomatische Rehabilitation e.V.	Dr. Wolfgang Kupsch, Vertretung: Ute Engelhardt
Deutsche Gesellschaft für Medizinische Psychologie e.V.	Prof. Dr. Gabriele Helga Franke
Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V.	Prof. Dr. Sabine Weißflog
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V.	Prof. Dr. Sabine C. Herpertz, Vertretung: Dr. Hauke Felix Wiegand
Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e.V.	Dipl.-Psych. Georg Schäfer, Prof. Dr. Susanne Hörz-Sagstetter
Deutsche Gesellschaft für Psychologie e.V., Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie	Prof. Dr. Katja Wingenfeld
Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V.	Prof. Dr. Johannes Kruse

Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e.V.	Prof. Dr. Beate Muschalla
Deutsche Gesellschaft für Sexualmedizin, Sexualtherapie und Sexualwissenschaft e.V.	Prof. Dr. Stefan Siegel
Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit e.V.	Prof. Dr. Dieter Röh, Vertretung: Karsten Giertz
Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention e.V.	Prof. Dr. med. Reinhard Lindner
Deutsche Gesellschaft für Verhaltensmedizin und Verhaltensmodifikation e.V.	Prof. Dr. Thomas Kubiak
Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft e.V.	Prof. Dr. Cord Benecke
Deutsche Psychoanalytische Vereinigung e.V.	Prof. Dr. Wolfgang Milch
Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung e.V.	Prof. Dr. Klaus Michael Reininger
Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V.	Prof. Dr. Judith Ommert, Vertretung: Claudia Welk
Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie e.V.	Dr. Judith Siegl, Vertretung: Dr. Eva Fassbinder
Deutscher Verband Ergotherapie e.V.	Hannah Eversmann, Vertretung: Claudia Engel-Diouf
Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin e.V.	Prof. Dr. Carsten Spitzer

Gesellschaft zur Erforschung und Therapie von Persönlichkeitsstörungen e.V.	Dr. med. Birger Dulz, Vertretung: Prof. Dr. Klaus Michael Reininger
Systemische Gesellschaft – Deutscher Verband für systemische Forschung, Therapie, Supervision und Beratung e.V.	Dr. Wolfgang Dillo

Bitte wie folgt zitieren:
Benecke, C.; van Haaren, Y.; Engesser, D.; Dotzauer, L.; Wendt, L.; Daszkowski, J.; Dillo, W.; Dulz, B.; Dürich, C.; Engel-Diouf, C.; Engelhardt, U.; Eversmann, H.; Fassbinder, E.; Franke, G. H.; Giertz, K.; Herpertz, S. C.; Hörz-Sagstetter, S.; Jansen, A.; Klein, E.; Kopp, I. B.; Kruse, J.; Kubiak, T.; Kupsch, W.; Lammers, C.-H.; Lindner, R.; Matzat, J.; Milch, M.; Montag, M.; Munz, D.; Muschalla, B.; Nothacker, M.; Ommert, J.; Reddemann, O.; Reininger, K. M.; Rixe, J.; Röh, D.; Schäfer, G.; Schumacher, C.; Siegel, S.; Siegl, J.; Spitzer, C.; Steger, T.; Tarbiat, K.; Taylor, K. J.; von Haebler, D.; Waldherr, B.; Weißflog, S.; Welk, C.; Wiegand, H. F.; Wingenfeld, K.; Zimmermann, J.; Singer, S. *S3-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Rehabilitation von Patientinnen und Patienten mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen* – Langfassung, 2024 [abgerufen am YYYY-MM-DD]
https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/134-001

Gültigkeitsdauer und Aktualisierungsverfahren
Die erste Version der LL-SBPF ist ab dem 08.08.2024 bis zum 08.08.2029 gültig.
Die LL-SBPF soll 5 Jahre nach ihrer ersten Implementierung aktualisiert werden.

Besonderer Hinweis
Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissensstand zur Zeit der Drucklegung der Leitlinie entsprechen können. Hinsichtlich der angegebenen Empfehlungen zur Therapie wurde die größtmögliche Sorgfalt beachtet. Die Nutzenden selbst bleiben verantwortlich für jede diagnostische und therapeutische Applikation.
Leitlinien der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzt:innen und Therapeut:innen zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährter Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollen aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Diese Leitlinien sind für Ärzt:innen und Therapeut:innen rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.
Irrtümer und Druckfehler bei der Publikation von Leitlinien können auch bei der Anwendung größtmöglicher Sorgfalt nicht ganz ausgeschlossen werden. Zudem berücksichtigen Leitlinien immer nur abstrakte Nutzen-Risiko-Potentiale. Daher haften die Autor:innen, Mitglie-

der der Steuerungsgruppen, die Expert:innen, die Mitglieder der Konsensusgruppe und andere am Leitlinienerstellungsverfahren beteiligte Personen nicht für Schäden, die durch eine fehlerhafte oder unterbliebene Diagnostik oder Behandlung im Einzelfall entstehen.
Das Werk ist in allen seinen Teilen urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der Bestimmung des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung des Redaktionsteams der Leitlinie unzulässig und strafbar. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form ohne schriftliche Genehmigung des Redaktionsteams reproduziert werden. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung, Nutzung und Verwertung in elektronischen Systemen, Intranets und dem Internet.

Leitlinie als Entscheidungshilfe

Bei der LL-SBPF handelt es sich um eine systematisch entwickelte Entscheidungshilfe. Sie zeigt damit die angemessene ärztlich-therapeutische Vorgehensweise bei speziellen gesundheitlichen Problemen im Rahmen der strukturierten medizinischen Versorgung auf. Damit ist sie eine Orientierungshilfe im Sinne von Handlungs- und Entscheidungsvorschlägen, von denen in begründeten Fällen abgewichen werden kann oder sogar muss (Bundesärztekammer (BÄK) und Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) 1997).

Die Entscheidung, ob einer bestimmten Empfehlung gefolgt wird, muss individuell getroffen werden und die individuellen Patient:innenvariablen und zur Verfügung stehenden Ressourcen berücksichtigen (Empfehlung Rec (2001)13 des Europarates 2001).

Eine Leitlinie wird dann wirksam, wenn ihre Empfehlungen in der Praxis angewandt werden. Die Anwendbarkeit einer Leitlinie bzw. ihrer Empfehlungen muss in der jeweiligen Situation geprüft und nach den Prinzipien der Indikationsstellung, Beratung, Präferenzmitteilung und partizipativen Entscheidungsfindung stattfinden (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)-Ständige Kommission Leitlinien 2020).

Wie bei anderen medizinischen Leitlinien auch handelt es sich bei der LL-SBPF explizit *nicht* um eine Richtlinie im Sinne einer Regelung des Handelns oder Unterlassens, die von einer rechtlich legitimierten Institution konsentiert, schriftlich fixiert und veröffentlicht wurde, für den Rechtsraum dieser Institution verbindlich ist und deren Nicht-Beachtung definierte Sanktionen nach sich zieht (Bundesärztekammer (BÄK) und Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) 1997).

Leitlinienreport

Die vollständige Methodik der Leitlinienentwicklung kann dem zeitgleich publizierten Leitlinienreport entnommen werden.

Der Leitlinienreport ist unter folgender Adresse hinterlegt:
https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/134-001

Die Leitlinienleitung und -koordination wurde in Kooperation mit der Abteilung Epidemiologie und Versorgungsforschung, Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik (IMBEI) Universitätsmedizin Mainz und den Abteilungen für Klinische Psychologie und Psychotherapie sowie für Differenzielle und Persönlichkeitspsychologie, Institut für Psychologie, Universität Kassel, durchgeführt.

Am Konsensprozess beteiligt:
Eine genauere Darstellung des Konsensusprozesses findet sich unter Kapitel 3.6. Die am Prozess beteiligten Personen und Fachgesellschaften sind im Leitlinienreport unter Kapitel 3.2.1 aufgeführt.
Die Leitlinie wurde unter direkter Beteiligung von Patientenvertretern erstellt: Herr Jurand Daszkowski, Herr Kaveh Tarbiat und Herr Jürgen Matzat waren stimmberechtigt.

Steuerungsgruppe
Bei der Steuerungsgruppe handelte es sich um das richtungsweisende Gremium der Leitlinienentwicklung. Die Gruppe entwickelte und verantwortete die Formulierung und Priorisierung der Schlüsselfragen, welche diese Leitlinie strukturieren und anhand derer die Empfehlungen und Statements für Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen gebildet wurden. Es war deshalb essenziell, dass Vertreter verschiedener Disziplinen und Versorgungssektoren daran beteiligt waren. Trotzdem sollte sie klein genug sein, um effizient arbeiten zu können. Neben dem Leitlinienkoordinator, der Methodikerin, der federführenden Fachgesellschaft und dem Konsortialpartner Prof. Zimmermann (Differentielle und Persönlichkeitspsychologie, Universität Kassel) übernahmen Vertreter aus Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie, psychiatrischer Pflege und Sozialarbeit diese Leitungsfunktion. Die Kolleg:innen gehören jeweils unterschiedlichen Fachgesellschaften an. Die Gruppe setzte sich wie folgt zusammen:

Tabelle 2: Zusammensetzung der Steuerungsgruppe

Mitglied der Steuerungsgruppe	Verantwortlichkeit/Expertise
Dipl.-Psych. Georg Schäfer	Federführende Fachgesellschaft
Prof. Dr. Cord Benecke	Leitlinienkoordination
Prof. Dr. Susanne Singer	Evidenzbasierung, Methodik, LL-Sekretariat
Dipl.-Psych. Jürgen Matzat	Patientenperspektive
Dr. Christian Dürich	Ambulante Psychotherapie
Prof. Dr. Johannes Kruse	Psychosomatische Medizin
Prof. Dr. Johannes Zimmermann	Differentielle und Persönlichkeitspsychologie, Diagnostik
Prof. Dr. Claas-Hinrich Lammers	Ärztliche Psychotherapie
Prof. Dr. Sabine Herpertz	Psychiatrie und Psychotherapie
Dr. Hauke Wiegand	Psychiatrische Versorgungsforschung
Jacqueline Rixe	Psychiatrische Pflege
Prof. Dr. Reinhard Lindner	Soziale Arbeit

Wissenschaftliche Mitarbeiter:innen
Yannik van Haaren, Klinische Psychologie und Psychotherapie, Institut für Psychologie, Universität Kassel;
Deborah Engesser, Abteilung Epidemiologie und Versorgungsforschung, Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik (IMBEI) Universitätsmedizin Mainz;
Eva Klein, Klinische Psychologie und Psychotherapie, Institut für Psychologie, Universität Kassel (während der ersten 10 Monate);
Lena Dotzauer, Abteilung Epidemiologie und Versorgungsforschung, Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik (IMBEI) Universitätsmedizin Mainz;

Leon Wendt, Differentielle und Persönlichkeitspsychologie, Institut für Psychologie, Universität Kassel.

Begleitung und Unterstützung durch die AWMF
Die AWMF-Leitlinienberatung und Moderation des Konsensfindungsprozesses übernahmen Dr. Monika Nothacker und Frau Prof. Dr. Ina Kopp von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF).

Fassungen der Leitlinie
Die LL-SBPF wird mit folgenden Komponenten publiziert:

- Langfassung: Graduierte Empfehlungen und Darstellung der Evidenzgrundlage (Evidenz und weitere Erwägungen) – das vorliegende Dokument;
- Kurzfassung: Übersicht der graduierten Empfehlungen;
- Leitlinienreport mit Evidenztabellen;
- Patient:innenleitlinie;
- Zweiseitige Kurzfassungen für Laien in folgenden Versionen: leichte Sprache, Arabisch, Englisch, Farsi, Französisch, Hindi, Polnisch, Russisch, Somali, Spanisch und Türkisch

https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/134-001

Schlüsselfragen
Die Steuerungsgruppe erarbeitete mehrere Schlüsselfragen, welche die inhaltliche Arbeit der LL strukturierte. Die Schlüsselfragen wurden von den Mandatsträger:innen diskutiert und konsentiert. Sie umfassen relevante Versorgungsbereiche.
Für die Bearbeitung der Schlüsselfragen bildeten sich mehrere Arbeitsgruppen (AGs). Die Beteiligung an den jeweiligen AGs ist in Tabelle 3 abgebildet.
Für die ersten fünf Schlüsselfragen wurde eine systematische *de novo* Literaturrecherche durchgeführt, für die Schlüsselfragen 9 und 11 erfolgte zu einem späteren Zeitpunkt eine systematische Literaturrecherche. Für die weiteren Schlüsselfragen wurden Empfehlungen basierend auf publizierten AWMF-Leitlinien und Meta-Analysen sowie Einzelstudien formuliert.

Tabelle 3: Arbeitsgruppen und beteiligte Personen

Mit systematischer Literaturrecherche	
Schlüsselfrage	**Mitglieder der Arbeitsgruppe**
1. Haben Patienten:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die ambulante Psychotherapie erhalten, ein besseres Outcome als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?	Deborah Engesser, Lena Dotzauer, Dr. Katherine J. Taylor, Prof. Dr. Cord Benecke, Yannik van Haaren, Leon Wendt, Prof. Dr. Johannes Zimmermann, Prof. Dr. Susanne Singer
2. Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die Online-Interventionen ohne kontinuierliche persönliche medizinisch-therapeutische Begleitung erhalten, ein schlechteres Outcome als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?	Deborah Engesser, Lena Dotzauer, Dr. Katherine J. Taylor, Prof. Dr. Cord Benecke, Yannik van Haaren, Leon Wendt, Prof. Dr. Johannes Zimmermann, Prof. Dr. Susanne Singer
3. Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die ambulant und stationär abgestimmte Versorgung erhalten, ein	Deborah Engesser, Lena Dotzauer, Dr. Katherine J. Taylor, Prof. Dr. Cord Benecke, Yannik van Haaren,

besseres „Outcome“ als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?	Leon Wendt, Prof. Dr. Johannes Zimmermann, Prof. Dr. Susanne Singer
4. Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die in „besonderen Wohnformen“ unter einem Dach wohnen, ein besseres Outcome als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?	Deborah Engesser, Lena Dotzauer, Dr. Katherine J. Taylor, Prof. Dr. Cord Benecke, Yannik van Haaren, Leon Wendt, Prof. Dr. Johannes Zimmermann, Prof. Dr. Susanne Singer
5. Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die ambulante koordinierte Versorgung erhalten, ein besseres Outcome als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?	Deborah Engesser, Lena Dotzauer, Dr. Katherine J. Taylor, Prof. Dr. Cord Benecke, Yannik van Haaren, Leon Wendt, Prof. Dr. Johannes Zimmermann, Prof. Dr. Susanne Singer
9. Haben Patient:innen mit SBPF, die einen festen Bezugs-Mental Health Care Professional haben, ein besseres Outcome als die, die keinen haben?	Arbeitsgruppenleitung: Prof. Dr. Susanne Singer Mitarbeit: Dr. Wolfgang Dillo, Benedikt Waldherr, Prof. Dr. Wolfgang Milch, Prof. Dr. Claas-Hinrich Lammers, PD Dr. Christiane Montag, Prof. Dr. Dorothea von Haebler, Jacqueline Rixe
11. Hat dimensionale Diagnostik einen Vorteil gegenüber nicht-dimensionaler Diagnostik für Patient:innen und/oder Versorger (z. B. bessere Arzt-Patienten-Kommunikation, größere Zufriedenheit mit Behandlung, geringere Stigmatisierungserfahrung)?	Arbeitsgruppenleitung: Prof. Dr. Johannes Zimmermann und Leon Wendt, Mitarbeit: Prof. Dr. Thomas Kubiak, Prof. Dr. Sabine C. Herpertz, Prof. Dr. Gabriele Helga Franke, Karsten Giertz

Ohne systematische Literaturrecherche	
Schlüsselfrage	**Mitglieder der Arbeitsgruppe**
6. Haben Patient:innen mit SBPF, die eine ambulante Begleitung erhalten, ein besseres Outcome als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten? Zudem erarbeitete diese Arbeitsgruppe das Kapitel 4.1 „Übergeordnetes Verständnis“	Arbeitsgruppenleitung: Jacqueline Rixe, und Prof. Dr. Sabine Weißflog Mitarbeit: Cornelia Schumacher, Hannah Eversmann, Prof. Dr. Judith Ommert, Karsten Giertz, Claudia Engel-Diouf, Jurand Daszkowski
7. Ist Psychotherapie mit Behandlungsvertrag bei Patient:innen mit SBPF wirksamer als ohne Behandlungsvertrag?	Arbeitsgruppenleitung: Prof. Dr. Susanne Hörz-Sagstetter Mitarbeit: Prof. Dr. Klaus Michael Reininger, Jurand Daszkowski, Karsten Giertz, Dr. Judith Siegl
8. Wann sollten Patient:innen mit SBPF (teil-)stationär aufgenommen werden?	Arbeitsgruppenleitung: Prof. Dr. Carsten Spitzer, Hauke Felix Wiegand MD/PhD, Prof. Dr. Johannes Kruse Mitarbeit: Dr. Wolfgang Kupsch, Dr.

	Christian Dürich, Prof. Dr. Katja Wingenfeld, Dr. Eva Fassbinder,
10. Haben Patient:innen mit SBPF, die langfristige/kontinuierliche hausärztliche Versorgung erhalten, ein besseres Outcome als die, ohne eine solche Versorgung?	Arbeitsgruppenleitung: Olaf Reddemann und Dr. med. Thomas Steger Mitarbeit: Prof. Dr. Beate Muschalla, Prof. Dr. Reinhard Lindner, Kaveh Tarbiat
12. Bestehen bei SBPF Indikationen für eine psychopharmakologische Therapie und wenn ja, welche?	Arbeitsgruppenleitung: Hauke Felix Wiegand, MD/PhD Mitarbeit: Dr. Christian Dürich

Insgesamt wurden über die 12 Schlüsselfragen hinweg 23 evidenzbasierte Empfehlungen, 5 evidenzbasierte Statements, 26 konsensbasierte Empfehlungen und 2 konsensbasierte Statements verfasst.

Externes Peer-Review

Zur Legitimation der Leitlinie gegenüber anderen Professionen gab es eine Konsultationsphase von 3 Wochen geben, in der die Leitlinie kommentiert werden konnte. Dazu wurden die beteiligten Fachgesellschaften gebeten, die Leitlinie zum Kommentieren über ihre Verteiler zu versenden. Zusätzlich wurde die Leitlinie auf die Website der AWMF gestellt.

Spracheregelungen

Es wird das generische Femininum plus Doppelpunkt verwendet. Damit soll einerseits verdeutlicht werden, dass alle Menschen gleichermaßen angesprochen werden, andererseits soll eine flüssige Lesbarkeit gewährleistet werden.

Weiterhin wird in der Leitlinie der Begriff Zugehörige für all jene Menschen genutzt, die in einer bedeutsamen Verbindung zu den Betroffenen stehen.

In der Leitlinie wird an verschiedenen Stellen der Begriff „Behandler:in“ verwendet. Damit sind *alle* Berufsgruppen gemeint, die direkt mit Patient:innen arbeiten, wie beispielsweise Pflegefachkräfte, Sozialarbeiter:innen, Psycholog:innen und Ärzt:innen. Wir möchten uns hiermit ausdrücklich davon abgrenzen, wie dieser Begriff in der Zeit des Nationalsozialismus verwendet wurde.

Die wichtigsten Empfehlungen

1.1	Konsensbasierte Empfehlung	Neu
EK	Das der ICF zugrunde liegende bio-psycho-soziale Modell und die damit verbundene personenzentrierte Haltung soll für alle Akteur:innen im Gesundheits- und Sozialwesen die Grundlage von Diagnose- und Interventionsprozessen von Menschen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen bilden.	
	Literatur: Mental Health Bericht der WHO, UN-BRK und SGB IX	
	Konsensstärke: 100%	

2.1	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu
Empfehlungsgrad: **B**	Die Diagnostik von Beeinträchtigungen der PF sollte dimensional erfolgen und sich nicht auf kategoriale Persönlichkeitsstörungsdiagnosen beschränken.	
Qualität der Evidenz:	Systematische Evidenzrecherche; Zwei Meta-Analysen, fünf Einzelstudien	
Validität: ⊕⊕⊕⊕ Reliabilität: ⊕⊕⊕⊕ Klinische Nützlichkeit ⊕⊕⊖⊖	Haslam et al. (2020) Markon et al. (2011) Weekers et al. (2023) Wendt et al. (2024b) Zimmermann et al. (2023), darin: Buer Christensen et al. (2020) Morey et al. (2013) Morey et al. (2014)	
	Konsensstärke: 100%	

3.5	Konsensbasiertes Statement	Neu
EK	Patient:innen mit SBPF benötigen in der Regel längere und ausreichend hochfrequente psychotherapeutische Behandlung.	
	Literatur: vgl. S3-Leitlinie Borderline-Persönlichkeitsstörung; NICE, 2009; Kool et al. 2018; Bruijniks et al. 2020; Bone et al. 2021; Woll und Schönbrodt 2020; Shefler et al. 2023	
	Konsensstärke: 100%	

5.2	Konsensbasierte Empfehlung	Neu
EK	Wenn Patient:innen mit SBPF sowohl ambulant als auch stationär versorgt werden, sollte diese Versorgung abgestimmt werden, unter Berücksichtigung der Wünsche der Patient:innen und ggf. Zugehörigen.	
	Konsensstärke: 100%	

7.4	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu
Empfehlungsgrad: **B**	Bei Bedarf einer multiprofessionellen ambulanten Behandlung, sollte diese koordiniert, durch eine an dieser Behandlung beteiligte Person stattfinden.	
Qualität der Evidenz:	Systematische Literaturrecherche, zwei Meta-Analysen:	
Psychische Lebensqualität: ⊕⊕⊖⊖ Funktionsfähigkeit st: ⊕⊕⊕⊖ Funktionsfähigkeit mt: ⊕⊕⊖⊖ Funktionsfähigkeit lt: ⊕⊕⊕⊖ Erwerbsstatus mt: ⊕⊕⊖⊖ Erwerbsstatus lt: ⊕⊕⊖⊖	Lim et al. (2022) Dieterich et al. (2017) Dieterich et al. (2017) Dieterich et al. (2017) Dieterich et al. (2017) Dieterich et al. (2017)	
	Konsensstärke: 96%	

Die Qualität der Evidenz wurde für die psychosoziale Funktionsfähigkeit und dem Erwerbsstatus jeweils nach Zeitabschnitten bewertet, st – short term, mt - medium term, lt – long term

8.2	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu
Empfehlungsgrad: **A**	Im Rahmen der Diagnostik und Therapie von Patient:innen mit SBPF soll eine tragfähige therapeutische Beziehung etabliert werden. Diese soll bei Menschen mit SBPF als Basis aller weiteren Therapieschritte angesehen werden, abhängig von der Schwere der BPF sogar als Behandlungsziel.	
Qualität der Evidenz:		
Ergebnis der Psychotherapie: ⊕⊕⊕⊖ Veränderung der psychiatrischen Symptomatik: ⊕⊕⊕⊖ Veränderung psychotischer Symptomatik: ⊕⊕⊖⊖ Veränderung von PTSD-Symptomen: ⊕⊕⊕⊖ Relevanz vertrauensvolle und langfristige Beziehung: ⊕⊕⊕⊕	Formulierung ursprünglich basierend auf: S3-Leitlinie Diagnostik und Behandlung der Essstörungen [dort EK, Empfehlung 3, S.59; „Psychotherapie“ geändert zu „Therapie“. Als Basis der Therapie und als Therapieziel ergänzt.] Danach de novo-Recherche von Meta-Analysen. neue Literatur: Flückiger et al. (2018); Bourke et al. (2021); Browne et al. (2021); Howard et al. (2022); Haw et al. (2023)	
	Konsensstärke: 100%	

9.7	Konsensbasierte Empfehlung	Neu
EK	Eine trialogische Zusammenarbeit zwischen Patient:innen mit SBPF, deren Zugehörigen sowie professionell Tätigen sollte angeboten werden. Der trialogische Aspekt sollte in professionellen Fort- und Weiterbildungen und Seminaren berücksichtigt werden, u. a. durch direkte Beteiligung Betroffener und Zugehöriger. Patient:innen mit SBPF und deren Zugehörige sollten Trialogforen angeboten werden.	
	Literatur: S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen; S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen	
	Konsensstärke: 100%	

10.1	Konsensbasierte Empfehlung	Neu
EK	Patient:innen mit SBPF soll im Rahmen von Psychotherapien ein spezifischer Behandlungsvertrag angeboten werden.	
	Konsensstärke: 100%	

11.1	Konsensbasierte Empfehlung	Neu
EK	Bei Vorliegen einer SBPF kann eine stationäre oder teilstationäre Behandlung aus diagnostischen und/oder therapeutischen Gründen sinnvoll sein. Dabei sollte unter Wahrung der partizipativen Entscheidungsfindung dem Grundsatz gefolgt werden: ambulant vor teilstationär vor vollstationär. Bei der Indikationsstellung zur Krankenhausbehandlung sollte gemeinsam sorgfältig geprüft werden, ob die angestrebten Therapieziele mit den jeweiligen Behandlungsmöglichkeiten der Institution in Übereinstimmung stehen. Eine stationäre Einweisung soll entsprechend den in Tabelle 13 aufgeführten Indikationen geprüft oder im Notfall veranlasst werden.	
	Literatur: S3-Leitlinie Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression; S3-Leitlinie Schizophrenie; S3-Leitlinie Zwangsstörungen; S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen; S3-Leitlinie Borderline-Persönlichkeitsstörung; S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen; S3-Leitlinie Diagnostik und Behandlung der Essstörungen; S3-Leitlinie Funktionelle Körperbeschwerden; S2k-Leitlinie Notfallpsychiatrie; S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörungen	
	Konsensstärke: 100%	

12.1	Konsensbasierte Empfehlung	Neu
EK	Patient:innen mit SBPF soll eine kontinuierliche hausärztliche Langzeitbegleitung empfohlen werden. Die Behandlung von Patient:innen mit SBPF soll kooperativ unter Einbeziehung der hausärztlichen Langzeitbegleitung erfolgen. Die bewusste, verlässliche, aktive und strukturierende Gestaltung der Patient-Arzt-Beziehung und Patient-Behandlungsteam-Beziehung ist ein entscheidender Wirkfaktor in der Langzeitbegleitung von Patient:innen mit SBPF. Dies sollte in hausärztlicher Forschung, Fort- und Weiterbildung adressiert werden.	
	Konsensstärke: 100%	

Inhaltsverzeichnis

Die wichtigsten Empfehlungen 11
1 Einleitung 22
2 Einordnung der LL-SBPF 23
2.1 Ziel der Leitlinie 23
2.2 Persönlichkeitsfunktionen (PF) als zentrale störungsübergreifende Dimension der Leitlinie 24
2.2.1 Was sind Persönlichkeitsfunktionen? 24
2.3 Besonderheiten einer Leitlinie für Menschen mit SBPF 27
2.3.1 Konzeptuelle Einordnung vor dem Hintergrund kategorialer Klassifikationssysteme 27
2.3.2 Bezug zu anderen Leitlinien 28
2.3.3 Inwiefern unterscheidet sich der Fokus auf SBPF von anderen Konzepten des Schweregrads? 30
2.3.4 Beispiele für Patient:innen mit unterschiedlich schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen 30
2.3.5 Zielpopulation 36
2.3.6 Epidemiologie schwer beeinträchtigter Persönlichkeitsfunktionen 36
2.3.7 Adressaten und Anwendbarkeit 37
3 Methodisches Vorgehen 38
3.1 Bestimmung der Zielpopulation für die systematische Literaturrecherche anhand von diagnostischen Kategorien 38
3.2 Indirekte Bestimmung der Zielpopulation anhand von diagnostischen Kategorien 38
3.3 Evidenz, Empfehlungsgrade und Konsensstärke 40
3.4 Systematische Literaturrecherche 43
3.5 Unabhängigkeit der Redaktion 44
3.5.1 Umgang mit Interessenkonflikten 44
3.5.2 Finanzierung der Leitlinie 44
3.6 Konsensfindung 45
3.7 Konsultation und Verabschiedung 45
3.8 Überprüfung der Implementierung 45
3.9 Umgang mit der Evidenzlage spezifisch für SBPF 46
3.10 Methodenkritik 46
4 Schlüsselfragen und Empfehlungen 49
4.1 Übergeordnetes Verständnis 49
4.1.1 Biopsychosoziales Grundverständnis 50
4.1.2 Konzepte zur psychischen Gesundheit und Krankheit 51

4.1.3 Resilienz 51
4.1.4 Recovery 52
4.1.5 Beziehungsgestaltung und Partizipative Entscheidungsfindung 54
4.1.6 Selbstmanagement und Selbsthilfe 56
4.2 Empfehlungen auf Basis systematischer Literaturrecherche 58
4.2.1 Befunde aus Qualitativen Studien im Rahmen der systematischen Literaturrecherche 58
4.2.2 Schlüsselfrage 11: Hat dimensionale Diagnostik einen Vorteil gegenüber nicht-dimensionaler Diagnostik für Patient:innen und/oder Versorger (z. B. bessere Arzt-Patienten-Kommunikation, größere Zufriedenheit mit Behandlung, geringere Stigmatisierungserfahrung)? 60
4.2.3 Schlüsselfrage 1: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die ambulante Psychotherapie erhalten, ein besseres Outcome als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten? 70
4.2.4 Schlüsselfrage 2: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die Online-Interventionen ohne kontinuierliche persönliche medizinisch-therapeutische Begleitung erhalten, ein schlechteres Outcome als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten? 92
4.2.5 Schlüsselfrage 3: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die ambulant und stationär abgestimmte Versorgung erhalten, ein besseres Outcome als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten? 95
4.2.6 Schlüsselfrage 4: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die in „besonderen Wohnformen“ unter einem Dach wohnen, ein besseres Outcome als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten? 98
4.2.7 Schlüsselfrage 5: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die ambulante koordinierte Versorgung erhalten, ein besseres Outcome als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten? 101
4.2.8 Schlüsselfrage 9: Haben Patient:innen mit SBPF, die einen festen Bezugs-Mental Health Care Professional haben, ein besseres Outcome als die, die keinen haben? 106
4.3 Schlüsselfragen und Empfehlungen ohne systematische Literaturrecherche 121
4.3.1 Schlüsselfrage 6: Haben Patient:innen mit SBPF, die eine ambulante Begleitung erhalten, ein besseres Outcome als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?122
4.3.2 Schlüsselfrage 7: Ist Psychotherapie mit Behandlungsvertrag bei Patient:innen mit SBPF wirksamer als ohne Behandlungsvertrag? 142
4.3.3 Schlüsselfrage 8: Wann sollten Patient:innen mit SBPF (teil-)stationär aufgenommen werden? 147
4.3.4 Schlüsselfrage 10: Haben Patient:innen mit SBPF, die langfristige/kontinuierliche hausärztliche Versorgung erhalten, ein besseres Outcome als die, die keine Gespräche erhalten? 156

4.3.5 Schlüsselfrage 12: Bestehen bei SBPF Indikationen für eine psychopharmakologische Therapie und wenn ja welche? 160
5 Offene Forschungsfragen 162
6 Evidenztabellen 163
6.1 Evidenztabellen Schlüsselfrage 1 163
6.2 Evidenztabellen Schlüsselfrage 2 186
6.3 Evidenztabellen Schlüsselfrage 3 197
6.4 Evidenztabellen Schlüsselfrage 4 205
6.5 Evidenztabellen Schlüsselfrage 5 213
6.6 Evidenztabellen Schlüsselfrage 9 218
6.7 Evidenztabellen Schlüsselfrage 11 247
7 Literaturverzeichnis 251

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Zusammenhang zwischen Qualität der Evidenz und Empfehlungsgraden nach GRADE 41
Abbildung 2: Auszug aus ICF (WHO 2001/2005) 50

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Beteiligte Fachgesellschaften und Mandatsträger:innen 2
Tabelle 2: Zusammensetzung der Steuerungsgruppe 7
Tabelle 3: Arbeitsgruppen und beteiligte Personen 8
Tabelle 4: Bereiche der Persönlichkeitsfunktionen gemäß DSM-5 24
Tabelle 5: Kurzbeschreibung der Stufen der LPFS 26
Tabelle 6: Geschätzte Populationsverteilungen von Beeinträchtigungen der Persönlichkeitsfunktionen von Patient:innen bestimmter ICD-10 (und ICD-11) Diagnosen .. 39
Tabelle 7: Die vier Stufen der Evidenz-Vertrauenswürdigkeit nach GRADE 40
Tabelle 8: Empfehlungsgraduierung 41
Tabelle 9: OCEBM Evidenzstufen 43
Tabelle 10: SIGN Evidenzstufen 43
Tabelle 11: Einordnung der Konsensstärke nach AWMF-Regelwerk 43
Tabelle 12: Kategorisierung der Interessenkonflikte 44
Tabelle 13: Indikationen für eine stationäre Behandlung 149
Tabelle 14: Maßnahmen bei Entlassung von Patient:innen mit SBPF aus (teil-)stationärer Behandlung 154
Tabelle 15: Themenrelevante deutsche Leitlinien: 157
Tabelle 16: mögliche Hinweise auf relevante Einschränkungen der Persönlichkeitsfunktionen im hausärztlichen Setting, die eine dezidiertere Abklärung in Betracht ziehen lassen: 158
Tabelle 17: Dachorganisationen und bundesweit operierende Hilfsdienste für Hilfe in akuten Krisen 159

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erläuterung
ACT	Assertive Community Treatment
AMPD	Alternative Model of Personality Disorder (dt. Alternatives Model der Persönlichkeitsstörungen)
AMSTAR	A MeaSurement Tool to Assess systematic Reviews
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BPF	Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen
BPS	Borderline-Persönlichkeitsstörung
DBT	Dialektisch-behaviorale Therapie
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (dt. Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen)
EK	Expertenkonsens
EUTB	Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung
GAF	Global Assessment of Functioning
G-BA	Gemeinsamer Bundesauschuss
GRADE	Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation
HiTOP	Hierachical Taxonomy of Psychopathology (dt. Hierarchische Taxonomie der Psychopathologie)
ICC	Intraklassen-Korrelationskoeffizient
ICD	Internationale Statische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
ICF	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
IMBEI	Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik
IPS	Individual Placement and Support
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KSVPsych-RL	Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf
LL	Leitlinie
LL-SBPF	Leitlinie Diagnostik, Therapie und Rehabilitation von Patientinnen und Patienten mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen
LPFS	Level of Personality Functioning Scale
LPFS-BF	Level of Personality Functioning Scale—Brief Form
LPFS-SR	Level of Personality Functioning Scale—Self-Report
lt	long term (dt. langfristig)
MBT	Mentalisierungsbasierte Psychotherapie
mt	medium term (dt. mittelfristig)
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
OCEBM	Oxford Centre for Evidence Based Medicine (dt. Oxford Zentrum für evidenzbasierte Medizin)
OPD	Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik
PF	Persönlichkeitsfunktionen
pHKP	Psychiatrische häusliche Krankenpflege

PIA	Psychiatrische Institutsambulanz
PICO	für Population/Patient:innen, Intervention, Comparison (Vergleich/Kontrollgruppe) und Outcome (Behandlungsziel)
PPP-RL	Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
RCT	randomized controlled trial (dt. Randomisierte kontrollierte Studie)
SBPF	Schwere Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen
SCID-AMPD	Structured Clinical Interview for the Level of Personality Functioning Scale (dt. Strukturiertes Klinisches Interview für das DSM–5 – Alternatives Modell für Persönlichkeitsstörungen)
SE	Supported Employment
SGB IX	Neuntes Buch Sozialgesetzbuch – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderung
SGB V	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung
SIGN	Scottish Intercollegiate Guidelines Network
st	short term (dt. kurzfristig)
STiP 5.1	Semi-Structured Interview for Personality Functioning DSM-5 (dt. Semistrukturierten Interviews zur Erfassung der DSM-5 Persönlichkeitsfunktionen)
STIPO	Structured Interview on Personality Organization (dt. Strukturierte Interview zur Persönlichkeitsorganisation)
TAU	Treatment as usual
TFP	Übertragungsfokussierte Psychotherapie
UN-BRK	Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen
WfbM	Werkstatt für behinderte Menschen
WHO-DAS	WHO Disability Assessment Schedule

1 Einleitung

Die vorliegende Leitlinie entstand in Folge einer Förderbekanntmachung des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss zur themenspezifischen Förderung von Versorgungsforschung gemäß § 92a Absatz 2 Satz 4 zweite Alternative des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V): Projekte zur Entwicklung oder Weiterentwicklung ausgewählter medizinischer Leitlinien, für die in der Versorgung besonderer Bedarf besteht (BAnz AT 12.10.2020 B5). Ein gefördertes Themenfeld umfasste die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und komplexem Behandlungsbedarf.

Die Leitlinie **Diagnostik, Therapie und Rehabilitation von Patientinnen und Patienten mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen (LL-SBPF)**, unter Federführung der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologe e.V. (DGPT), greift dieses Themenfeld auf (Förderkennzeichen 01VSF21013). Weitere Unterstützung erhielt die Leitlinie freundlicherweise von folgenden Fachgesellschaften: Deutsche Fachgesellschaft für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie/Psychodynamische Psychotherapie e.V. (DFT), Gesellschaft zur Erforschung und Therapie von Persönlichkeitsstörungen e.V. (GePs), Deutsche Fachgesellschaft für Psychiatrische Pflege e.V. (DFPP), Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN), Deutsche Gesellschaft für Verhaltensmedizin und Verhaltensmodifikation e.V. (DGVM), Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (DAG SHG), Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention e.V. (DGS), Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM), Systemische Gesellschaft e.V. (SG), Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V. (DEGAM), Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit e.V. (DGSA), Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin e.V. (DKPM), Deutsche Psychoanalytische Vereinigung e.V. (DPV), Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e.V. (DGRW), Deutsche Gesellschaft für Sexualmedizin, Sexualtherapie und Sexualwissenschaft e.V. (DGSMTW), Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie e.V. (DVT), Deutscher Verband Ergotherapie e.V. (DVE), Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung e.V. (DPtV), Deutsche Gesellschaft für Medizinische Psychologie e.V. (DGMP), Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V. (DÄVT), Arbeitsgemeinschaft Psychodynamischer Professorinnen und Professoren e.V. (APPP), Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft e.V. (DPG), Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e.V. (bvvp), Deutsche Gesellschaft für Klinische Psychotherapie, Prävention und Psychosomatische Rehabilitation e.V. (DGPPR), Deutsche Gesellschaft für Psychologie, Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie e.V. (DGPs), Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V. (Bpe), Dachverband deutschsprachiger Psychosen-Psychotherapie e.V. (DDPP), Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien e.V. (BAG KT), Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG), Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V. (BApK), Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V. (DGP).

2 Einordnung der LL-SBPF

Die *Leitlinie Diagnostik, Therapie und Rehabilitation von Patientinnen und Patienten mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen (LL-SBPF)* gibt für die Diagnostik, Therapie und Rehabilitation dieser Patientengruppe Empfehlungen und Statements ab.
Zunächst wird beschrieben, warum die Versorgung von Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen (SBPF) verbessert werden soll, bevor dann näher das Konzept der PF vorgestellt wird. Anschließend wird die Besonderheit dieser Leitlinie (LL) erläutert, dass und warum keine einzelnen Störungen betrachtet werden, sondern ein übergeordnetes Konzept angewendet wird. Zudem wird Bezug zu anderen LL genommen und Fallbeispiele gegeben. Wie die PF in die Leitlinienentwicklung eingebunden wurden, wird im methodischen Teil der LL beschrieben, ebenso wie die Entwicklung der LL-SBPF allgemein und methodenkritische Aspekte. Es folgen die Schlüsselfragen mit systematischer de novo Recherchen, bevor die Schlüsselfragen ohne diese mit ihren Empfehlungen und Statements vorgestellt werden. Zudem werden in den Hintergrundtexten Kontextinformationen gegeben. Zuletzt werden aufgeworfenen Forschungsfragen die LL-SBPF abschließen.

2.1 Ziel der Leitlinie

Die LL-SBPF wurde entwickelt, um die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und komplexem Behandlungsbedarf zu verbessern. Die LL legt den Fokus auf die Gruppe von Betroffenen, bei denen der psychischen Erkrankung und dem komplexem Behandlungsbedarf eine schwere Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen (SBPF) zugrunde liegt oder mit einer solchen einhergeht. Die LL soll zur Versorgung dieser Personengruppe beitragen, indem Empfehlungen und Statements gegeben werden, die konkret die Verbesserung der Versorgungsqualität und Versorgungseffizienz, die Behebung von Versorgungsdefiziten in der gesetzlichen Krankenversicherung und die besondere Nähe zu praktischen Patient:innenversorgung betreffen. Durch die LL soll die Patient:innenpopulation gestärkt und das Patient:innen-Empowerment gefördert werden.

Die Ziele der verbesserten Versorgung lassen sich insgesamt in drei Bereiche unterteilen:

1. *Patient:innenorientierung*: Der Zugang zur psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung soll an die spezifischen Beeinträchtigungen der Persönlichkeitsfunktionen (PF) adaptiert, verbessert und die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben (Erwerbstätigkeit, soziale Aktivitäten) erleichtert werden. Patient:innen und Angehörige sollen erfahren, welche Behandlungsmöglichkeit es gibt und ermutigt werden, diese für sich in Anspruch zu nehmen (Empowerment). Es geht um eine Versorgungsgerechtigkeit, indem benachteiligte Personen nicht von der notwendigen Versorgung ausgeschlossen werden.
2. *Organisatorische, prozessuale und strukturelle Innovation*: Durch die Diagnostik von PF sollen Versorgungsbedarfe besser erkannt und frühzeitig adressiert werden. Probleme im Versorgungsablauf (z.B. durch Brüche an Sektorengrenzen, Zugangsbarrieren, Fehlbehandlungen) sollen identifiziert und koordinierende Lösungsmöglichkeiten erarbeitet werden. Dazu gehören insbesondere Empfehlungen für die Umsetzung einer koordinierten Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen und Versorgungseinrichtungen bei der sequenziellen Behandlung. Deren Umsetzung scheitert oft daran, dass das Gesundheitssystem diese Schritte nicht sektorenübergreifend von sich aus berücksichtigt und die Beeinträchtigung der PF verhindern, dass es die Betroffenen von sich aus tun. Entsprechend soll die Leitlinie (LL) die Zusammenarbeit zwischen den

Professionen verbessern. Dadurch sollten sich auch die Häufigkeit und Dauer stationärer Aufenthalte verringern.

3. *Verbesserung patientenrelevanter Endpunkte*: Durch eine auf den Schweregrad der PF-Beeinträchtigung abgestimmte Versorgung sollten sich die patientenrelevanten Endpunkte verbessern (siehe Kapitel 0 und im Leitlinienreport Kapitel 1.2).

2.2 Persönlichkeitsfunktionen (PF) als zentrale störungsübergreifende Dimension der Leitlinie

Die LL-SBPF stellt statt kategorialen Diagnosen die PF ins Zentrum. PF können unabhängig von der spezifischen Störung beschrieben und auf einer dimensionalen Skala hinsichtlich ihrer Beeinträchtigung erfasst werden.

2.2.1 Was sind Persönlichkeitsfunktionen?

PF beschreiben basale psychische Fähigkeiten, von denen angenommen wird, dass sie zur Bewältigung unterschiedlichster innerer und äußerer Anforderungen notwendig sind (Bender und Skodol 2007; Bender et al. 2011). Das Konzept der PF hat eine lange Tradition im psychoanalytischen Denken („Ich-Funktionen“) und wurde in jüngster Zeit für die Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen im DSM-5 und ICD-11 aktualisiert. Es wird davon ausgegangen, dass das Ausmaß der Verfügbarkeit der PF für alle psychischen Störungen relevant ist, da die Verfügbarkeit bzw. die Beeinträchtigung auch innerhalb von kategorial-diagnostischen Gruppen variiert und diese Variationen Implikationen für die Behandlungsplanung haben (z.B. Henkel et al. 2018; Ehrenthal und Benecke 2019).

Im DSM-5 werden PF in Funktionen des Selbst (mit den Bereichen *Identität* und *Selbststeuerung*) und der interpersonellen Beziehungen (mit den Bereichen *Empathie* und *Nähe*) unterteilt. Diese Fähigkeitsbereiche werden in Tabelle 4 näher beschrieben und können als relativ stabile Kernkomponenten des intrapsychischen Systems einer Person angesehen werden (Sharp und Wall 2021; Herpertz in Vorbereitung). Beeinträchtigungen der PF können eine wichtige Ursache für die Entstehung psychischer Störungen im Sinne eines generellen Risiko- oder Vulnerabilitätsfaktors sein (Bender und Skodol 2007; Bender et al. 2011; Sharp und Wall 2021); sie können aber auch Folge psychischer Erkrankungen sein. Insofern sind Beeinträchtigungen in den PF häufig mit dem Ausmaß an Komorbidität oder der Chronizität von Störungen korreliert (vgl. Zimmermann et al. 2023; Kerber et al. 2024). Gleichzeitig setzen etliche Ziele von Psychotherapie an den PF an (Hutsebaut 2023), PF sind also trotz relativer Stabilität auch veränderbar.

Tabelle 4: Bereiche der Persönlichkeitsfunktionen gemäß DSM-5

Selbst:
1. Identität: Erleben von Eigenständigkeit der eigenen Person, mit klaren Grenzen zwischen sich und anderen; Stabilität des Selbstwerts und Akkuratheit der Selbsteinschätzung; Fähigkeit, eine Reihe von Emotionen zu erleben und zu regulieren
2. Selbststeuerung: Verfolgen von kohärenten und sinnhaften kurz- und langfristigen Zielen; Orientierung an konstruktiven und prosozialen Maßstäben des Verhaltens; Fähigkeit zur produktiven Selbstreflexion

Interpersonelle Funktion:
1. Empathie: Verständnis und Anerkennung des Erlebens und der Motive anderer; Toleranz bezüglich unterschiedlicher Sichtweisen; Verstehen der Wirkungen des eigenen Verhaltens auf andere
2. Nähe: Tiefe und Dauer von positiven Beziehungen mit anderen; Wunsch und Fähigkeit, anderen Menschen nahe zu sein; gegenseitiger Respekt, der sich im interpersonalen Verhalten zeigt

Die LL-SBPF richtet sich bei dem Verständnis von PF nach der Operationalisierung des Alternativen DSM-5 Modells für Persönlichkeitsstörungen (alternative model of personality disorder, AMPD; American Psychiatric Association 2013; für die deutsche Version siehe Falkai et al. 2018), welches mithilfe der „Level of Personality Functioning Scale“ (LPFS; Bender et al. 2011) Persönlichkeitsfunktionen und deren verschiedene Grade von Beeinträchtigung beschreibt. Die LPFS gilt insgesamt als gut validiert (Zimmermann et al. 2023; siehe Kapitel 4.2.2). PF bilden auch im ICD-11 (WHO 2022) das zentrale Kriterium für Persönlichkeitsstörungen, wobei die Operationalisierungen der PF von DSM-5 und ICD-11 insgesamt sehr ähnlich sind (McCabe und Widiger 2020; Oltmanns und Widiger 2019; Bach et al. 2017; Tyrer et al. 2019). Auf empirischer Ebene zeigten sich substantielle Zusammenhänge zwischen Beeinträchtigungen in PF mit einer Vielzahl an theoretisch verwandten Konstrukten, wie bspw. Beeinträchtigungen in der Mentalisierungsfähigkeit, im psychosozialen Funktionieren im Alltag, psychodynamischen Konzeptualisierungen von Persönlichkeitsfunktionen, Suizidalität, maladaptiven Schemata und geringem Wohlbefinden (weitere Übersicht bei Zimmermann et al. 2023).

PF werden im DSM-5 und ICD-11 primär zur Definition von Persönlichkeitsstörungen verwendet. Gleichzeitig wird in beiden Systemen angenommen, dass das durch PF beschriebene Schweregradkontinuum über den Bereich von Persönlichkeitsstörungen hinausreicht. PF können beispielsweise dafür eingesetzt werden, um Beeinträchtigungen unterhalb der Schwelle zur Störungswertigkeit abzubilden (American Psychiatric Association 2013, S. 772) oder um bei Personen mit anderen Diagnosen Behandlungsplanung und Verlauf abzuschätzen (American Psychiatric Association 2013, S. 774).

Die LPFS wird in gekürzter Form in Tabelle 5 dargestellt. Das AMPD sieht ein Globalrating vor, indem eine Einschätzung über alle vier Bereiche erfolgt. Es besteht aber auch die Möglichkeit für die Kliniker:in, das Funktionsniveau für jeden Bereich gesondert einzuschätzen und die Einschätzungen zu einem Gesamtwert zu aggregieren (siehe Kapitel 4.2.2; Bach und Simonsen 2021 vgl. z.B. Zimmermann et al. 2014).

Tabelle 5: Kurzbeschreibung der Stufen der LPFS

Keine oder geringfügige Beeinträchtigungen (0)	Leichte Beeinträchtigungen (1)	Mittelgradige Beeinträchtigungen (2)	Schwere Beeinträchtigungen (3)	Extreme Beeinträchtigungen (4)
Klares Selbstkonzept sowie Erleben von Autonomie; stabiler und positiver Selbstwert sowie akkurate Selbsteinschätzung; facettenreiches Gefühlsleben sowie Fähigkeit zur Emotionsregulation	Relativ intaktes Selbstkonzept, das bei Belastung weniger klar abgegrenzt ist; zeitweise reduzierter Selbstwert; situativ eingeschränktes Gefühlsleben	Übermäßig auf andere bezogenes Selbstkonzept; vulnerabler Selbstwert mit kompensatorisch überhöhter oder verringerter Selbsteinschätzung; starke Emotionen bei Selbstwertbedrohungen	Schwach oder sehr rigide definiertes Selbstkonzept mit wenig Autonomieerleben; fragiler Selbstwert mit inkohärenter, verzerrter Selbsteinschätzung; schnelle Gefühlswechsel oder chronische Verzweiflung	Fehlendes Selbstkonzept und Autonomieerleben; stark verzerrtes oder verwirrtes Selbstbild; unpassende, extreme Emotionen
Vernünftige, realistische Zielsetzung; Orientierung an angemessenen persönlichen Maßstäben, sowie Erleben von Sinn und Zufriedenheit in vielen Lebensbereichen; konstruktive Selbstreflexion	Konflikthafte oder übermäßig ambitionierte Zielsetzung; teils überzogene persönliche Maßstäbe, die das Erleben von Zufriedenheit situativ einschränken; relativ intakte Selbstreflexion, die aber bestimmte Aspekte der Selbstwahrnehmung überbetont	Fremdbestimmte, auf die Bestätigung von anderen ausgerichtete Zielsetzung; unangemessene persönliche Maßstäbe sowie mangelnde Authentizität; eingeschränkte Selbstreflexion	Grundlegende Schwierigkeiten bei Zielsetzung; unklare oder widersprüchliche persönliche Maßstäbe sowie Erleben von Sinnlosigkeit oder Bedrohung; deutlich eingeschränkte Selbstreflexion	Inkohärente, realitätsfremde Zielsetzung; fehlende persönliche Maßstäbe sowie fehlende Vorstellung von persönlicher Erfüllung; tiefgreifend beeinträchtigte Selbstreflexion, bei der eigene Motive verkannt werden
Fähigkeit, das Erleben anderer in den meisten Situationen zu verstehen; Verständnis und Toleranz für Sichtweisen anderer, auch wenn diese nicht geteilt werden; Bewusstsein für die Wirkung des eigenen Verhaltens auf andere	Leicht eingeschränkte Fähigkeit, das Erleben anderer zu verstehen (z.B. Zuschreibung von unangemessenen Erwartungen); eher widerwillige Berücksichtigung der Sichtweisen anderer; situativ eingeschränkte Bewusstheit für die Wirkung des eigenen Verhaltens auf andere	Empfindsamkeit für das Erleben anderer nur im Hinblick auf dessen Relevanz für die eigene Person; übermäßige Selbstbezogenheit sowie deutlich eingeschränkte Fähigkeit, alternative Sichtweisen zu berücksichtigen; unrealistische Einschätzung oder Ignoranz hinsichtlich der Wirkung des eigenen Verhaltens auf andere	Deutlich beeinträchtigte Fähigkeit, das Erleben anderer zu verstehen (mit Ausnahme bestimmter Aspekte wie Verletzlichkeit und Leiden); Starke Bedrohtheit durch abweichende Ansichten; Verwirrung oder fehlende Bewusstheit hinsichtlich der Wirkung des eigenen Verhaltens auf andere	Ausgeprägte Unfähigkeit, das Erleben anderer zu verstehen; Unfähigkeit, Sichtweisen anderer wahrzunehmen oder zu berücksichtigen; verwirrende oder verstörende soziale Interaktionen
Zahlreiche stabile und befriedigende Beziehungen; Wunsch nach und Fähigkeit zu liebevollen, engen und auf Gegenseitigkeit beruhenden Beziehungen; Bestreben nach Kooperation und gegenseitigem Nutzen sowie Fähigkeit, flexibel auf andere einzugehen	Stabile Beziehungen mit Einschränkungen bezüglich Tiefe und erlebter Zufriedenheit; Gehemmtheit in Beziehungen, wenn starke Emotionen oder Konflikte auftreten; durch unrealistische Maßstäbe teilweise erschwerte Kooperation sowie leicht eingeschränkte Fähigkeit, flexibel auf andere einzugehen	Größtenteils oberflächliche Beziehungen; Selbstwertregulation auf Kosten von Beziehungen sowie unrealistische Erwartung, von anderen perfekt verstanden zu werden; vorrangig aus Eigennutz angestrebte Kooperation	Deutlich beeinträchtigte Fähigkeit zu positiven und dauerhaften Beziehungen; Schwanken zwischen Angst, Zurückweisung und verzweifeltem Wunsch nach Nähe; wenig Gegenseitigkeit sowie Scheitern von Kooperation durch erlebte Kränkungen	Distanzierter, chaotischer, oder durchgängig negativer Umgang mit anderen; Desinteresse an Beziehungen oder Erwartung von Verletzungen; fehlende Gegenseitigkeit im zwischenmenschlichen Verhalten

Für eine differenziertere Betrachtungsweise nutzt die LL-SBPF eine Einteilung der Beeinträchtigung der PF mit Zwischenstufen (also 0, 0.5, 1.0, 1.5 … 3.5, 4.0). Die LL-SBPF fokussiert dabei auf anhaltende, schwere und extreme Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die auf der LPFS einen Punktwert von 2,5 oder höher erreichen, nicht jedoch auf kurzzeitige Schwächungen der PF, bspw. im Rahmen von akuten Krisen oder organisch bedingten Beeinträchtigungen.

Da PF basale psychische Fähigkeiten beschreiben, die auf einer dimensionalen Skala von keinen bis zu extremen Beeinträchtigungen abgebildet werden und diese bei allen Menschen beschrieben werden kann, eignet sich die LPFS für die Bestimmung der psychischen Vulnerabilität einer Person.

2.3 Besonderheiten einer Leitlinie für Menschen mit SBPF

2.3.1 Konzeptuelle Einordnung vor dem Hintergrund kategorialer Klassifikationssysteme

Bei Patient:innen mit SBPF kann ein breites Spektrum an psychischen Störungen vorliegen, von denen in der Regel mehrere gleichzeitig auftreten und die durch unterschiedlichste Symptome gekennzeichnet sein können (Kerber et al. 2024). Diese Komorbiditäten stellen eine erhebliche Behandlungs- und Konzeptionsschwierigkeit dar. Unklar kann dann sein, welche Symptome und Störungen im Vordergrund stehen und wie diese sich untereinander beeinflussen. Da existierende Leitlinien meist auf spezifische Störungen nach kategorialen Konzeptionen von psychischen Störungen zugeschnitten sind, können sie für Patient:innen mit vielen Komorbiditäten bisweilen nur eine unvollständige Orientierung bieten. Dies schließt natürlich nicht aus, dass bei solchen Komorbiditäten zusätzlich die jeweiligen störungsspezifischen Leitlinien berücksichtigt werden sollten, um zu einer individuellen Behandlungsentscheidung zu kommen.

Die PF eignen sich, um ein basales psychisches Funktionsniveau zu bestimmen. Dieses Funktionsniveau kann bei Patient:innen mit komplexem Behandlungsbedarf als eine interne Ursache (im Sinne einer Vulnerabilität) neben weiteren Ursachen für psychische Erkrankungen angesehen werden. Damit ergibt sich ein Erklärungsmodell für die regelhaft auftretenden Komorbiditäten und ein gemeinsamer Ansatzpunkt, diese zu behandeln (Kerber et al. 2024). So könnten beispielsweise Ängste aber auch impulsives Verhalten mit einer mangelnden Selbststeuerung in Verbindung gebracht werden. Weiterhin können PF als Erklärungsmodell für die Heterogenität innerhalb einer Störungskategorie dienen. Patient:innen mit bspw. einer Depression können unterschiedlich starke Beeinträchtigungen der Persönlichkeitsfunktionen aufweisen, die die unterschiedlichen Ausgestaltungen der Depression (teilweise) erklären können und unterschiedliche Prognosen mit sich bringen.

Es kann auch große Unterschiede zwischen Menschen geben, die dasselbe Persönlichkeitsfunktionsniveau aufweisen. Beispielsweise ist davon auszugehen, dass eine Person mit SBPF und einer *Dissoziativen Identitätsstörung* sich von einer Person mit ebenfalls SBPF und einer *Antisozialen Persönlichkeitsstörung* in behandlungsrelevanten Aspekten unterscheidet. Dies wäre eine symptomgeleitete Differenzierung, bei der auf bestehende störungsspezifische Leitlinien zurückgegriffen werden kann. Die PF selbst können sich im beschriebenen Beispiel dahingehend unterscheiden, dass die Beeinträchtigungen in den verschiedenen Bereichen (z.B. Identität vs. Empathie) unterschiedlich schwer ausgeprägt sind.

Falls Differenzierungen auf Symptom-Ebene notwendig sind, hat sich die Leitliniengruppe dazu entschlossen, diese mithilfe von HiTOP-Spektren („Hierachical Taxonomy of Psychopathology“, dt. Hierarchische Taxonomie von Psychopathologie; Kotov et al. 2017; Kotov et al. 2021; Zimmermann et al. 2024) vorzunehmen. HiTOP ist ein quantitativ entwickeltes Klassifikationssystem, das psychopathologische Phänomene entsprechend ihrer Breite und Korrelation in einem hierarchischen Modell anordnet (https://www.hitop-system.org/). In der Systematik von HiTOP konnten auf übergeordneter Ebene sechs Spektren identifiziert werden, das *somatoforme Spektrum,* das *internalisierende Spektrum,* das *Spektrum der Denkstörungen,* das *Spektrum der Verschlossenheit,* das *enthemmt-externalisierende Spektrum* und das *antagonistisch-externalisierende Spektrum*. Diesen Spektren lassen sich auch Störungen nach DSM und ICD zuordnen, wobei nur deren Symptome im engeren Sinne Teil des HiTOP-Modells sind. Die Kombination der LPFS mit den HiTOP-Spektren ermöglicht klinisch relevante Differenzierungen, ohne notwendigerweise wieder auf die kategorialen Störungskategorien zurückgrei-

fen zu müssen (Remmers und Zimmermann 2022). Beispielsweise könnten sich für Patient:innen mit SBPF im internalisierenden Spektrum andere Behandlungsempfehlungen ergeben als für Patient:innen mit SBPF im enthemmt-externalisierenden Spektrum.
Aus einer langfristigen Perspektive soll die vorliegende LL helfen, eine klinisch valide und treffsichere Bestimmung von komplexen Behandlungsbedarfen bei Patient:innen mit SBPF und verschiedenen F-Diagnosen bzw. 06-Diagnosen im ICD-11 zu ermöglichen. Mithilfe der LPFS können Patient:innen hinsichtlich ihres individuellen Persönlichkeitsfunktionsniveaus erfasst werden. Dadurch erhält die Diagnostik eine größere Spezifität und verdeutlicht, welches Ausmaß an Vulnerabilität vorliegt. Die im Rahmen der LL-Entwicklung durchgeführte Expert:innen-Befragung (Wendt et al. 2024b) ermöglicht zudem, die durchschnittlich zu erwartende Schwere der Beeinträchtigung in PF bzw. der zu erwartende Anteil von Personen mit SBPF bei verschiedenen kategorialen Diagnosen abzuschätzen. Dies ermöglicht, die bisherige Evidenz bzgl. kategorialer Diagnose-Gruppen unter dem Gesichtspunkt von PF zu betrachten. Zudem hat die Befragung gezeigt, dass die Nutzung einer dimensionalen Skala eine ähnlich präzise Vorhersage zu behandlungsrelevanten Variablen, wie bspw. die notwendige Behandlungsintensität, erlaubt, wie die Nutzung von fast 40 kategorialen Diagnosen. Ebenso wird von einer niedrigeren Stigmatisierung bei einer Verwendung von dimensionalen Skalen ausgegangen (Wendt et al. 2024b).
Die konzeptionelle Grundlage der LL-SBPF hat wichtige Implikationen für die zukünftige Forschung. Sie legt beispielsweise nahe, dass Patient:innen mit SBPF nicht mehr aufgrund von Ausschlusskriterien aus der überwiegenden Zahl an Studien ausgeschlossen werden sollten, sondern stattdessen Beeinträchtigung in PF als klinisch relevante Variable standardmäßig in Forschungsdesigns einbezogen werden sollte. Die Inhalte der LL-SBPF können auch in Aus- und Weiterbildung von Ärzt:innen, Psychotherapeut:innen und Gesundheitsfachpersonal integriert werden, um die Diagnostik von Persönlichkeitsfunktionen und deren Implikationen für die klinische Praxis zu vermitteln.

2.3.2 Bezug zu anderen Leitlinien

Die PF weisen viele Berührungspunkte zu inhaltlichen Bereichen anderer Leitlinien auf. Wie diese Berührungspunkte in die LL-SBPF integriert wurden, ist in Kapitel 3.1.2 des Methodenreports beschrieben. Berührungspunkte waren dabei, dass Beeinträchtigung in den PF als Risiko-, bzw. Vulnerabilitätsfaktor der meisten psychischen Störungen angesehen werden können und dass bei vielen Störungen bestimmte Probleme im Sinne von Beeinträchtigung in PF interpretiert werden können. So haben beispielsweise Patient:innen mit Autismus-Spektrum Störungen oder Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis regelhaft Beeinträchtigungen in ihrem Empathievermögen. Aus den Empfehlungen und Statements thematisch verwandter AWMF-Leitlinien wurde das sogenannte Leitlinien-Mapping (Wendt et al. 2024a) erstellt, dass die Arbeit in den Arbeitsgruppen zu den Schlüsselfragen 6 - 12 unterstützte. Das Leitlinien-Mapping bietet eine umfassende Datensammlung zu Berührungspunkten zwischen den Schlüsselfragen der LL-SBPF und verwandten AWMF-Leitlinien.

Für die Erstellung des Leitlinien-Mappings wurde zunächst nach themenverwandten AWMF-Leitlinien gesucht. Als themenverwandt galten AWMF-Leitlinien, wenn sie Empfehlungen zur Therapie und/oder Diagnostik von psychischen Störungen im Erwachsenenalter enthielten. Die Recherche fand im Januar 2023 im AWMF-Leitlinienregister statt. Dabei wurden die Einträge zu Basisdaten, insbesondere Titel der Leitlinie und Patient:innenzielgruppe, gescreent. Bei Un-

klarheiten wurde die Langfassung einer Leitlinie konsultiert. Zur Eingrenzung wurden nur Leitlinien berücksichtigt, die von der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP), der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN) oder der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM) federführend erstellt wurden. Da einige Leitlinien sowohl das Kindes- und Jugendalter als auch das Erwachsenenalter abdecken, wurden für diese Leitlinien nur die Empfehlungen berücksichtigt, die sich auf das Erwachsenenalter beziehen. Mit dieser Suchstrategie wurden im Januar 2023 insgesamt 17 themenverwandte AWMF-Leitlinien identifiziert und daraus 1531 Empfehlungen im Wortlaut in das Leitlinien-Mapping übernommen. Im Folgenden sind diese Leitlinien aufgelistet:

- S3-Leitlinie Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression Version 3.2 (Stand: 29.09.2022)
- S2k-Leitlinie Diagnostik und Behandlung des Depersonalisations-Derealisationserleben Version 2.0 (Stand: 31.08.2019)
- S3-Leitlinie Funktionelle Körperbeschwerden Version 2.0 (Stand: 18.07.2018)
- S3-Leitlinie Angststörungen Version 2.0 (Stand: 06.04.2021)
- S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen Version 2.1 (Stand: 02.10.2018)
- S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen Version 2.0 (Stand: 02.10.2018)
- S3-Leitlinie Schizophrenie Version 2.0 (Stand: 15.03.2019)
- S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen Version 2.0 (Stand: 12.02.2018)
- S3-Leitlinie Zwangsstörungen Version 2.0 (Stand: 30.06.2018)
- S3-Leitlinie Borderline-Persönlichkeitsstörung Version 2.0 (Stand: 14.11.2022)
- S3-Leitlinie Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen Kapitel "Insomnie bei Erwachsenen" Version 1.0 (Stand: 31.12.2017)
- S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörungen Version vom 19.12.2019
- S3-Leitlinie Autismus-Spektrum-Störungen, Diagnostik Version 5.1 (Stand: 5.4.2016)
- S3-Leitlinie Autismus-Spektrum-Störungen, Therapie Version 1.1 (Stand: 23.3.2021)
- S3-Leitlinie Diagnostik und Behandlung der Essstörungen Version 2.2 (Stand 31.5.2018)
- S3-Leitlinie Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung Version 1.0 (Stand: 2.5.2017)
- S3-Leitlinie Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen Version 3.1 (Stand: 1.1.2021)

In einem zweiten Schritt wurden die thematischen Berührungspunkte zwischen den Empfehlungen aus den aufgenommenen AWMF-Leitlinien und den 14 Schlüsselfragen der LL-SBPF von einem Projektmitarbeiter bewertet. Als relevant („R“) kodiert wurde eine Empfehlung, wenn sie aus Sicht des Projektmitarbeiters einen thematischen Berührungspunkt mit der Schlüsselfrage aufwies. Dabei wurde überinklusiv vorgegangen. Darüber hinaus wurden die Empfehlungen im Hinblick auf Berührungspunkte mit anderen relevanten Themenkomplexen, die in den Leitlinien identifiziert werden konnten, bewertet. Diese Themen umfassen Trialog und Angehörige, partizipative Entscheidungsfindung, somatische Therapieverfahren, Sport-/Bewegungsinterventionen, Komorbidität, Selbsthilfe/Selbsthilfe-gruppen/Peer-Support/Ratgeber und Differenzialdiagnose. Zudem wurden thematische Berührungspunkte mit den Themen psychosoziales Funktionsniveau und Persönlichkeitsfunktionsniveau bewertet. Das Leitlinien-

Mapping wurde den Mandatstragenden der LL-SBPF im Februar 2023 zur Verfügung gestellt. Seit Mai 2024 ist es unter https://doi.org/10.17605/OSF.IO/Q2FKJ unter einer permanenten DOI öffentlich zugänglich.

2.3.3 Inwiefern unterscheidet sich der Fokus auf SBPF von anderen Konzepten des Schweregrads?

Die LPFS beschreibt unterschiedliche Grade der Beeinträchtigung der PF. PF sind konzeptualisiert als *basale psychische Fähigkeiten*, über die ein Mensch sicher verfügen kann (Stufe 0: keine oder geringe Beeinträchtigung), oder die leicht (Stufe 1), mittelgradig (Stufe 2), schwer (Stufe 3) oder extrem (Stufe 4) beeinträchtigt sind (siehe oben). Beeinträchtigungen der PF können eine bedeutsame *Vulnerabilität* für die Entwicklung psychischer Störungen darstellen, ab einem bestimmten Ausmaß der Beeinträchtigung wird dieser selbst Krankheitswertigkeit zugesprochen (laut AMPD und ICD-11 kann dann, sofern weitere allgemeine Kriterien erfüllt sind, eine Persönlichkeitsstörung vorliegen). Die Frage der kausalen Bedeutung der PF für die Entstehung psychischer Störungen wie auch der Operationalisierung von Störungsursachen in Abgrenzung zu Störungsfolgen sind eine der zentralen Forschungsfragen für die Zukunft, die longitudinale Studiendesigns erfordern.

Zwar korreliert das Ausmaß der Beeinträchtigung der PF mit verschiedenen anderen Schweregrad-Maßen (z.B. Anzahl von Symptomen, psychosoziales Funktionsniveau), die PF ist aber nicht deckungsgleich damit. Vielmehr werden Beeinträchtigungen der PF als eine wesentliche ursächliche Komponente (im Zusammenspiel mit weiteren Komponenten) für die Entwicklung von Symptomen und/oder einem Einbruch im psychosozialen Funktionsniveau (z.B. gemäß GAF; American Psychiatric Association 1987) betrachtet. Beispielsweise *beschreibt* die GAF unterschiedliche Grade der Beeinträchtigungen in der Lebens-/Alltagsbewältigung – die LPFS trägt zu einer möglichen *Erklärung* dieser Beeinträchtigungen in der Lebens-/Alltagsbewältigung bei.

Widiger et al. (2019) stellen die Hypothese auf, dass die PF einen generellen Psychopathologiefaktor (p-Faktor) darstellen könnten. Dieser könnte die höchste Ebene in HiTOP darstellen (Widiger et al. 2019) und geeignet sein, Anfälligkeiten einer Person für psychische Störungen und Komorbiditäten zu messen (Caspi und Moffitt 2018; Caspi et al. 2014). Allerdings ist letztlich nicht geklärt, was diesen p-Faktor genau ausmacht, was er beinhaltet und was nicht (Watts et al. 2024).

2.3.4 Beispiele für Patient:innen mit unterschiedlich schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen

Frau E. (nach Henkel et al. 2018)

Frau E. trägt ihre dunklen Haare zu zwei Zöpfen geflochten. Die Patientin wirkt im Kontakt misstrauisch und abweisend. Das Gespräch gestaltet sich zäh, da die Patientin lange schweigt. Außerdem sagt sie häufiger, dass sie gerade nicht mehr denken kann oder dass sie über Themen nicht sprechen oder nachdenken möchte. Als Hauptaffekte tauchen im Gespräch Angst und Hass auf. Letzterer bezöge sich sowohl auf sich selbst als auch auf andere.

Frau E. kann nicht sagen, was sie eigentlich belaste, am ehesten ihre Lebenssituation, die Sinnlosigkeit und das Chaos, wobei nicht verstehbar wird, was sie damit eigentlich meint. Sich selbst könne sie nur mit einem Wort beschreiben: „sinnlos“. Im Laufe des Gesprächs kommt der Verdacht auf, dass sich die Patientin selbst verletzt, und zwar aufgrund von Andeutungen,

dass sie Zustände herstellen wolle, in denen sie sich spüre; sie spricht dies aber auch auf Nachfragen nicht aus. Sie berichtet, dass es ihr schwerfalle, alleine zu sein. Sie könne dann nichts mit sich anfangen, müsse sich irgendwie beschäftigen.
Die Eltern der Patientin hätten sich 1,5 Jahre nach ihrer Geburt scheiden lassen. Ihre Mutter habe erneut geheiratet und zwei Kinder bekommen. Auch der Vater habe später eine neue Familie gegründet, sie habe ihn trotzdem regelmäßig besucht. Sie habe vermutlich eine gute Kindheit gehabt, sie sehe auf Fotos und Videos lachende Gesichter. Allerdings hat die Patientin bezüglich ihrer Erlebnisse bis zum 12. Lebensjahr eine ausgeprägte Amnesie und sie frage sich, ob wirklich sie selbst auf den Fotos zu sehen sei. Ihre Mutter kann sie schwer beschreiben, sie traue sich nicht, negative Eigenschaften zu nennen, weil sie ihr damit unrecht tun würde. Ihre „Väter" seien sehr unterschiedlich: Ihr Stiefvater kümmere sich um Formalien und interessiere sich für das Leben der Patientin, sei aber gefühlskalt und distanziert. Ihr leiblicher Vater zeige ihr durch Umarmungen und Worte, dass er sie liebhabe, scheine sich aber nicht wirklich für ihr Leben zu interessieren. Bei den Schilderungen der Patientin über ihre Kindheit kommt vor allem wegen der ausgeprägten Kindheitsamnesie, aber auch den wenig integriert wirkenden Schilderungen der Verdacht von traumatischen Erlebnissen auf.
In Bezug auf partnerschaftliche Beziehungen berichtet die Patientin von einem Exfreund (Trennung 2 Wochen vor dem Interview), mit dem sie seit ca. zwei Jahren eine On-Off-Beziehung geführt habe. Zu Beginn sei diese gut gewesen, er habe sich für sie interessiert. Dann sei ihr „das alles zu viel" geworden und sie habe sich getrennt, es folgte ein Hin und Her. Es wird deutlich, dass das von der Patientin beschriebene „zu viel" mit der partnerschaftlichen Sexualität in Verbindung stand. Sie habe ausgeprägte Angst vor Intimität, wisse aber nicht, weshalb. Ihren eigenen Körper hasse die Patientin.
Frau E. weist in fast allen Bereichen eine **schwere Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen** auf. Im Bereich *Identität* bzw. Selbstwahrnehmung fällt auf, dass die Patientin die Befürchtung hat, dass das Aussprechen von Gedanken und Fantasien diese „real" werden lässt. Hier ist die Patientin in Bezug auf die Unterscheidung von Realität und Gedanken sehr unsicher. In der *Selbststeuerung* erscheint sie eher untersteuert, d.h. negative Affekte lösen starke Verwirrung aus und können kaum reguliert werden, sodass es zu Impulsdurchbrüchen (z. B. Maßnahmen, um „sich zu spüren") kommt. Im Bereich *Empathie* gelingt es der Patientin schwer, mit sich selbst, aber auch mit anderen in Kontakt zu kommen. *Nähe* und Intimität scheinen kaum möglich, die Fähigkeit zu positiver und dauerhafter Bindung ist deutlich beeinträchtigt.

Frau C. (nach Skodol et al. 2011)
Die Patientin ist eine 23-jährige Tierarzthelferin, die zum ersten Mal in eine psychiatrische Klinik aufgenommen wurde. Sie kam spät in der Nacht, ein Psychiater vor Ort hatte sie an die Klinik verwiesen, und sagte: „Ich brauche eigentlich gar nicht hier sein." Drei Monate vor der Klinikaufnahme hatte die Patientin erfahren, dass ihre Mutter schwanger war. Sie fing mit dem Trinken an, angeblich um nachts schlafen zu können. Als sie trank, ließ sie sich auf eine Reihe von „One-Night-Stands" ein. Zwei Wochen vor der Aufnahme fing sie an, panische Angst zu bekommen und hatte manchmal das Gefühl, von ihrem Körper abgetrennt und in Trance zu sein. Bei einer dieser Episoden, als sie spät in der Nacht auf einer Brücke umherirrte, wurde sie von der Polizei angehalten. Als sie am nächsten Tag eine Stimme hörte, die ihr wiederholt sagte, sie solle von einer Brücke springen, ging sie zu ihrem Vorgesetzten und bat ihn um Hilfe. Ihr Vorgesetzter sah ihre Verzweiflung und bemerkte die frischen Narben von Schnitten an ihren Handgelenken. Er überwies sie an einen Psychiater, der für eine sofortige Klinikaufnahme sorgte.

Zum Zeitpunkt ihrer Klinikaufnahme wirkte die Patientin wie eine ungepflegte und zerbrechliche, aber ansprechende Obdachlose. Sie war kooperativ, gut zu verstehen und verängstigt. Auch wenn sie den Klinikaufenthalt als nicht notwendig erachtete, begrüßte sie die Aussicht, in Bezug auf ihre Angst und Depersonalisation Hilfe zu bekommen. Sie räumte ein, dass sie seit ihrer Jugend Gefühle der Einsamkeit und Unzulänglichkeit sowie kurze Phasen depressiver Verstimmung und Angst hatte. Vor Kurzem hatte sie Fantasien, in denen sie mit einem Messer auf sich oder ein kleines Baby einstach. Sie klagte, sie sei „nur eine leere Hülle, die für alle durchsichtig ist".

Die Eltern der Patientin ließen sich scheiden, als sie drei Jahre alt war, und in den nächsten fünf Jahren lebte sie mit ihrer Großmutter mütterlicherseits und ihrer Mutter, die ein schweres Alkoholproblem hatte. Die Patientin litt unter Nachtangst und schlief in diesen Fällen häufig bei ihrer Mutter. Als sie sechs Jahre alt war, ging sie für anderthalb Jahre in eine Internatsförderschule. Ihre Mutter nahm sie dann gegen den Rat des Internates von der Schule. Als sie acht Jahre alt war, starb ihre Großmutter mütterlicherseits, und sie erinnert sich an ihren Versuch, ihre Trauer vor ihrer Mutter zu verbergen. Die nächsten zwei Jahre verbrachte sie vorwiegend bei verschiedenen Verwandten, so auch bei ihrem Vater, den sie seit der Scheidung nicht gesehen hatte. Als sie neun Jahre alt war, wurde ihre Mutter wegen einer Schizophrenie in eine Klinik eingewiesen. Ab ihrem zehnten Lebensjahr bis zum Abitur lebte die Patientin bei einer Tante und einem Onkel, hatte aber weiterhin regelmäßigen Kontakt zu ihrer Mutter. Ihre schulischen Leistungen waren durchgehend gut.

Seit ihrer Jugend hatte sie regelmäßig Verabredungen mit Männern und ein aktives, aber nur selten erfülltes Sexualeben. Ihre Beziehungen zu Männern enden meist abrupt, weil sie wütend wird, wenn Männer sie auf offensichtlich geringfügige Art und Weise enttäuschen. Sie zieht dann die Schlussfolgerung, dass sie „von Anfang an nichts taugten". Sie hatte zwar verschiedene Mitbewohner, aber es fiel ihr schwer, eine stabile Wohnsituation aufzubauen. Sie war eifersüchtig, wollte ihre Mitbewohner nicht mit anderen teilen und versuchte sie so zu manipulieren, dass sie sich nicht mit anderen Leuten trafen. Seit dem Ende ihrer Schulzeit hat sie ununterbrochen und gut als Tierarzthelferin gearbeitet. Zum Zeitpunkt der Klinikaufnahme arbeitete sie in Nachtschicht in einer Tierklinik und lebte allein.

Die Patientin leidet unter tiefgreifenden Problemen in Bezug auf ihr *Selbst* und ihre *interpersonellen Funktionen*. Sie empfindet sich selbst als „eine leere Hülle... durchsichtig für jeden" und hat sich über viele Jahre hinweg einsam und unzulänglich gefühlt. Trotz eigener Versuche, sich zu verletzen, und obwohl sie von Suizid- und Mordgedanken geplagt wird, ist sie unsicher, ob sie Hilfe in Anspruch nehmen soll. Sie erlebt eine Distanzierung von ihrem eigenen Körper und hört eine Stimme, die ihr befiehlt, von einer Brücke zu springen. Der unmittelbare Auslöser für ihre Verschlechterung ist die Schwangerschaft ihrer an Schizophrenie erkrankten Mutter. Dies verstärkt ihr bereits fragiles und instabiles Selbstbild, das stark von externen Ereignissen beeinflusst wird, und führt zu einem ausgeprägten Identitätsmangel. Ihr Selbstkonzept ist einfach und konkret, und es fehlt ihr an der Fähigkeit zur Selbstreflexion. Ihre Beziehungen zu anderen sind ebenso instabil; sie betrachtet andere Menschen primär danach, wie sie ihre eigenen Bedürfnisse erfüllen können, und zeigt wenig Verständnis oder Wertschätzung für deren Bedürfnisse oder Verhaltensweisen. Wenn Männer, mit denen sie ausgeht, sie enttäuschen, reagiert sie mit Wut, wendet sich gegen sie und entwertet sie. Sie findet keine Freude an sexueller Intimität. Aufgrund der Schwere ihrer Probleme bezüglich *Identität*, *Selbststeuerung*, *Empathie* und *Nähe* würde sie auf der Skala für das Funktionsniveau der Persönlichkeit eine Bewertung von 3 erhalten, was eine **schwere Beeinträchtigung** bedeutet.

Herr B. (nach Skodol et al. 2011)
Herr B., ein 35-jähriger Mann, hat sich für eine Studie zu Persönlichkeitsstörungen zur Verfügung gestellt, weil er etwas Geld verdienen wollte. Er berichtete, dass er keine Freunde und auch keine Arbeit habe, seit er die Universität beendet hat. Als er gefragt wird, womit er seine Zeit verbracht hat, berichtet er, dass er ab und zu als Reinigungskraft in dem örtlichen Männerhaus arbeitet, wo er sich aufhält, wenn seine Mutter ihn aus ihrem Appartement wirft. Er und seine Mutter streiten regelmäßig recht heftig, weil Herr B. nicht bereit ist, ihr im Haushalt zu helfen. Er reagiert immer sehr aufgebracht, wenn sie ihn bittet etwas zu tun, und behauptet dann, sie sei gegen ihn und schon immer gegen ihn gewesen.
Wenn er bei seiner Mutter ist, sitzt Herr B. meistens am Computer und spielt gewalttätige Videospiele und schaut sich Spider-Man-Filme an. Beim Erstinterview im Rahmen der Studie stellte sich heraus, dass Herr B. viel Zeit damit verbringt, so zu tun als sei er Spider-Man. Interaktionen mit anderen sind für ihn extrem anstrengend, da er soziale Signale nur schwer versteht. Daher kommt er bei den meisten zwischenmenschlichen Interaktionen schnell zu dem Schluss, dass andere ihn auf die eine oder andere Art verletzen wollen, und nimmt dann Zuflucht zu magischem Denken und Fantasie. Er wurde umfangreich zu seinen Spider-Man-Vorstellungen befragt und glaubt wohl nicht wirklich daran, dass er diese Person in der Realität ist. Als er aufgefordert wurde, sich auf andere Art zu beschreiben, konnte er allerdings kaum Details nennen. Er berichtete, dass er ab und zu mit der Beraterin des Männerhauses spricht, was ihn jedoch aus der Fassung bringt, weil er sie gerne heiraten würde, aber weiß, dass er das nie tun können wird.
Herr B. war das jüngste Kind eines schizophrenen und mittlerweile verstorbenen Vaters. Seine Mutter war offenbar chronisch depressiv und beschäftigte sich sehr viel mit dem Tod. Sein älterer Bruder geriet als Teenager in Drogen-Kreise und wurde bei einem Bandenkrieg ermordet. Herr B. gibt an, dass er sich bei gewalttätigen Videospielen vorstellt, er würde die Bösen umbringen und so seinen Bruder retten. Er wäre gerne ein reicher Videospieldesigner. Es gibt zwar Anzeichen für ein gewisses intellektuelles Leistungsvermögen, aber es fällt ihm schwer, sich so zu organisieren, dass er mehr als elementare Aktivitäten hinbekommt. Es war schwer, die Interviews für die Studie fertigzustellen, weil er Termine vergaß. Gleichwohl schien er die Gelegenheit zu begrüßen, mit der weiblichen Forschungsassistentin über sich sprechen zu können.
Herr B. hat ein sehr schwach ausgeprägtes Selbstbild und Probleme mit der *Selbststeuerung*. Er neigt dazu, schnell anzunehmen, dass andere ihm schaden möchten, weshalb er sich oft in eine Fantasiewelt zurückzieht und vorgibt, jemand anderes zu sein. Es fällt ihm schwer, über seine eigenen Merkmale nachzudenken; er träumt davon, ein erfolgreicher Videospielentwickler zu sein, ist jedoch kaum in der Lage, grundlegende Alltagsaufgaben zur Selbstfürsorge zu bewältigen. Er zeigt ein gewisses Interesse daran, oberflächliche Kontakte zu Frauen zu knüpfen, kann sich aber nicht vorstellen, was eine echte, angemessene Beziehung ausmacht. Da er die Motivationen und Perspektiven anderer nicht versteht, mangelt es ihm stark an *Empathie* und Fähigkeiten im Bereich *Nähe*. Aufgrund dieser erheblichen Schwierigkeiten würde Herr B. auf der Skala des Persönlichkeitsfunktionsniveaus mit einer **extremen Beeinträchtigung** eingestuft.

Herr T. (nach Sell et al. 2021)
Herr T. ist 42 Jahre alt und bis kurz vor seiner Krankschreibung vor etwa einem Jahr in einem Forschungsinstitut tätig gewesen. Dort habe er sich insbesondere um die Bereitstellung von

Arbeitsmaterialien gekümmert. Der Patient leide seit ungefähr 20 Jahren unter Wahnvorstellungen. Im Interview schildert er zunächst seine Symptomatik sehr detailliert und eindrücklich. Er berichtet von Eindrücken, die er täglich wahrnehme. Wenn er sich unter Menschen begebe, finde er dort „Spiegelungen" seiner Gefühlswelt und seiner Gedanken wieder. Dies geschehe durch Sinneseindrücke akustischer, aber auch visueller Natur – wenn er beispielsweise „von jemandem mit einer roten Mütze träume, [dann sehe er] auch auffallend oft Leute mit einer roten Mütze […]". Er beschreibt, dass er diese Erfahrungen als einschüchternd erlebt. Wenn er „große" Gedanken habe, könne es zu weitreichenden Konsequenzen wie Naturkatastrophen führen. Er sei sich sicher, den Brand in einem Industriegebiet in Alaska ausgelöst zu haben, da er in den Urlaub gegangen sei und seine Gedanken nicht unter Kontrolle, sondern „frei" gewesen seien. Der Patient sagt, er sei beunruhigt und belastet, da er so etwas wie ein „gläserner Mensch" sei und „keinen inneren Rückzugsort habe, sondern jeder auf [seine] Gefühlswelt zugreifen" könne. Herr T. berichtet, relativ zurückgezogen zu leben. Er sei meistens allein. Aufgrund seiner „Wahrnehmungen" sei er gehindert, Bekanntschaften zu haben. Wenn er, wie aktuell, nicht zur Arbeit ginge, würde er „total verkümmern".
Weiter beschreibt der Patient eine „Mobbingaktion" einer neuen Arbeitskollegin, die aus Sicht des Patienten schließlich zu seiner Krankschreibung geführt habe. Sie habe es vom ersten Tag an auf ihn „abgesehen", habe ihm „abwertende Blicke" zugeworfen. Er habe sich damals an die Geschäftsleitung gewandt und gesagt, „mit dem Neuzugang [stimme etwas] nicht " und dass sie ein „bisschen komisch" sei. Die Kollegin habe ihm daraufhin „aufgelauert" und ihm „ins Gesicht gebrüllt": „Ja, ich mag Dich nicht!" Sie habe es dann immer „weitergetrieben" und ihn wiederkehrend „getriggert". Der „Psychoterror" habe schließlich dazu geführt, dass eines Morgens „gar nichts mehr" ging. Es wird im Gespräch spürbar, wie ungeschützt sich der Patient im Kontakt mit der Kollegin gefühlt hat.
Insgesamt ist eine **extreme Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen** bei Herrn T. ersichtlich. Die *Identität* des Patienten ist massiv beeinträchtigt. Der Patient scheint seine Ich-Grenzen als durchlässig zu erleben. Er schildert die „Eindrücke, dass [er sich] in dieser Welt auflösen soll. Dass sich [sein] bewusstes Ich [auflöse] oder [es] die Aufgabe [habe], sich aufzulösen". Die Wahrnehmung einer Kohärenz des Selbst ist so stark eingeschränkt, dass Innen- und Außenwelt verschwimmen. Die Abgrenzung des Selbst zu anderen gelingt kaum bis gar nicht. Die Fähigkeiten zur *Selbststeuerung* sind ebenfalls kaum verfügbar, sodass Herr T. sich in Bezug auf sein leidvolles Erleben als weitgehend hilflos und ausgeliefert empfindet. Positive Rückmeldungen von Mitpatient:innen in tagesklinischen Einrichtungen, die der Patient berichtet, scheinen trotz der Hervorhebung durch den Interviewer keinen nachhaltigen Einfluss auf die kognitiv-emotionale Erfahrung des Selbst und das Selbstwerterleben des Patienten zu haben. Der Patient berichtet von suizidalen Gedanken und eindeutigen Suizidplänen. Er habe schon mehrfach auf einem Kran gestanden und runterspringen wollen.
In Bezug auf sein emotionales Erleben wirkt der Patient unbeteiligt. Er scheint keinen Kontakt zu seinen inneren emotionalen Prozessen zu haben. Die Einschränkungen zeigen sich in einer massiven Gefühlslosigkeit. Wenn Affekte spürbar werden, scheinen sie sich in plötzlicher überflutender Art und Weise aufzudrängen und als existenziell bedrohlich wahrgenommen zu werden. Die Beschreibung seines emotionalen Zustands ausgelöst durch den bereits erwähnten andauernden „Psychoterror" seiner Kollegin zeigt die für den Patienten überflutende, beinahe vernichtende Natur des emotionalen Erlebens interpersoneller Konflikte. Innere Bilder der anderen sind primär durch realitätsferne Befürchtungen und Phantasien geprägt. Auch die im Vorherigen beschriebene weitgehende Vermeidung von Beziehungen deutet auf fehlende Bindungsfähigkeit hin.

Es herrscht ein extremer Antagonismus zwischen dem basalen Wunsch nach Nähe und dem Bedürfnis nach Individuation vor. Dieser ist psychisch nicht integrierbar. Zwischenmenschliche Kontakte haben potenziell fusionären Charakter und müssen daher vermieden werden. Gleichzeitig besteht ein immenser Wunsch nach Verbundenheit mit dem anderen. Der innere Widerstreit der beiden unvereinbaren Pole ist psychisch nicht als solcher repräsentierbar, findet aber in der wahnhaften Symptomatik Ausdruck.

Frau A. (Beispiel der LL-Leitung und -koordination)
Frau A. ist 26 Jahre alt, ledig und hat keine Kinder. Sie arbeitet als ungelernte Teilzeitkraft in einem Baumarkt. „Ich bin Scheiße!" – damit beginnt Frau A. den ersten Kontakt. Sie berichtet von schon seit ihrer Jugend bestehenden Gefühlen der Wertlosigkeit, Niedergeschlagenheit und Leere. Sie konsumiere seit dem 17. Lebensjahr mehr oder weniger täglich Drogen (aktuell nur noch Cannabis). Frau A. erfüllt die diagnostischen Kriterien für mindestens sechs psychische Störungen gemäß ICD-10, darunter drei Persönlichkeitsstörungen.
Frau A. ist durchschnittlich groß, schlank und auffallend leicht bekleidet. In den diagnostischen Gesprächen in der Hochschulambulanz löst sie bei dem jungen männlichen Interviewer heftige erotische Fantasien aus, bei den weiblichen Interviewerinnen starke Ablehnung. Frau A. ist zeitlich und räumlich orientiert. Wahrnehmungs-, Aufmerksamkeits- oder Ich- oder Denk-Störungen sind keine ersichtlich. Es besteht eine starke Neigung zur Selbstentwertung im Wechsel mit Selbstidealisierung. Sie schildert chaotische und oft auch gewalttätige Beziehungserfahrungen. Auch in der Sexualität möge sie „es härter", bekomme dabei aber niemals einen Orgasmus. Suizidgedanken treten immer wieder auf, aktuell allerdings ohne konkrete Pläne. Wenn sie allein zuhause sei und eigentlich „chillen" wolle, überkomme sie oft ein tiefes Gefühl der Sinnlosigkeit und Leere, das unerträglich sei. Sie könne sich nicht vorstellen, alt zu werden. Noch sei sie jung und attraktiv, aber in ein paar Jahren werde das auch vorbei sein, und dann habe sie nichts mehr.
Frau A. ist das zweite von drei Kindern (Schwester + 8 Jahre; Bruder – 3 Jahre). Sie sei vor allem von den Großeltern aufgezogen worden, die sie allerdings hätten verwahrlosen lassen und keinerlei Grenzen gesetzt oder Struktur gegeben hätten. Ihre Mutter habe sich zwar bemüht, habe aber viel arbeiten müssen und sich gegen die Großeltern nicht durchsetzen können; die Großeltern hätten alle Erziehungsbemühungen der Mutter immer wieder untergraben. Der Vater sei computer- und kaufsüchtig gewesen, was zum Verlust des Hauses und einer Privatinsolvenz der Mutter geführt habe. Die Patientin habe keinerlei Bindung zum Vater, er sei „immer, immer, immer nur genervt" gewesen; die Patientin und ihre Schwester hätten immer Angst vor ihm gehabt.
In der Grundschulzeit habe die Mutter ihr die Haare abgeschnitten, weil das „praktisch" gewesen sei, und sie habe ein Pflaster über einem Auge und eine Brille tragen müssen; sie habe sich extrem unwohl und hässlich gefühlt. Noch heute könne sie nicht ohne Abscheu an sich als Mädchen denken – „diese widerliche, hässliche, laute und nervige Göre" würde Frau A. am liebsten aus ihrem Gedächtnis streichen.
Die Pubertät sei „schrecklich" gewesen, weil sie sich sehr unattraktiv gefühlt habe und von ihren Mitschülern „gemobbt" worden sei. Es seien Gerüchte über Nacktbilder im Internet verbreitet worden. Erste sexuelle Erfahrungen mit 15 Jahren (Partner +6 Jahre); das sei eine „toxische Beziehung" gewesen, der Partner habe sie eingesperrt und vergewaltigt; sie sei ungewollt schwanger geworden und habe abgetrieben. Auch später sei sie immer wieder in Situationen geraten, in denen es zu „Beinahe-Vergewaltigungen" gekommen sei. In Beziehungen habe „immer einer die Macht und der andere ist bedürftig" – wenn sie in der abhängigen Position sei,

könne sie das nicht aushalten, gerate in heftige Verzweiflung und verletze sich dann auch mal selbst; wenn ihr Partner aber zu bedürftig sei, verliere sie schnell das Interesse an ihm.
Mit 17 Jahren habe sie eine Clique kennengelernt, die in einer WG lebte und sie „aufgenommen und gerettet“ hätte. Alle hätten ständig Drogen konsumiert, aber in der WG habe sie sich aufgehoben und sicher gefühlt. Insbesondere mit „B.“ (einem jungen Mann) habe sich eine echte Freundschaft entwickelt. B. sei wohl in sie verliebt gewesen, sie habe aber nicht mehr von ihm gewollt, sondern sei stattdessen mit dessen besten Freund ins Bett gegangen, was zu einem Bruch mit B. geführt habe. B. sei dann mit C. zusammengekommen, die eine „richtige Hexe“ sei und auch heute noch immer wieder Lügengeschichten über Frau A. verbreiten würde. Sie hasse diese Frau „abgrundtief“ und schmiedet Pläne, wie sie sich an ihr rächen könne.
Die **Persönlichkeitsfunktionen** gemäß LPFS von Frau A. sind als **schwer beeinträchtigt** einzustufen. Insbesondere im Bereich *Selbststeuerung*, *Empathie* und *Nähe* zeigen sich deutliche Beeinträchtigungen: Die regulativen Fähigkeiten sind deutlich eingeschränkt – sie ist sehr impulsiv, kann Wut und andere negative Affekte kaum regulieren, agiert diese stattdessen auf destruktive Weise aus. Es fällt ihr sehr schwer mit sich selbst und anderen in einen emotional lebendigen Kontakt zu kommen und sie hat große Probleme sich in die Erlebniswelt von anderen hineinzuversetzen, was immer wieder zu massiven Beziehungsproblemen und –abbrüchen führt. Es besteht eine starke Sehnsucht nach innigster, verschmolzener Verbundenheit, die sie in Beziehungen sucht (und sie dort hält, auch wenn diese dysfunktional sind), verbunden mit einer extremen Selbstentwertung, die aktuell eine Externalisierung in der „Hexe“ erfährt. Die Patientin kämpft seit Jahren darum, die anderen davon zu überzeugen, dass sie doch „keine toxische Schlampe“ ist, was aber auch deshalb nicht gelingt, weil eine starke Tendenz besteht, sexuelle Beziehungen mit gebundenen Männern einzugehen, womit die Patientin einerseits ihren Selbstwert stabilisiert, andererseits Beziehungen zerstört.

2.3.5 Zielpopulation

Die LL-SBPF adressiert erwachsene (≥ 18 Jahre) Personen jeden Geschlechts, bei denen eine Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen vorliegt, die gemessen an der LPFS einen Punktwert von 2.5 oder höher überschreitet.

2.3.6 Epidemiologie schwer beeinträchtigter Persönlichkeitsfunktionen

Die Prävalenz von SBPF in der Allgemeinbevölkerung ist bisher nicht ausreichend untersucht. Es gibt zwar Studien, in denen individuelle Unterschiede in PF anhand kurzer Selbsteinschätzungsinstrumente in repräsentativen Stichproben aus der deutschen Allgemeinbevölkerung untersucht und Schwellenwerte für SBPF abgeleitet wurden (Spitzer et al., 2019; Zimmermann et al., 2020). Allerdings basieren diese Schwellenwerte ausschließlich auf den Verteilungen der Fragebogen-Testwerte und sind nicht durch Expertenurteile zu den diagnostischen Kriterien aus Tabelle 7 abgesichert. So führt z.B. der für SBPF gewählte Schwellenwert T > 70 „automatisch“ zu einer Prävalenz von 2.3% (weil das der Anteil an Personen ist, die in einer Standardnormalverteilung mehr als 2 Standardabweichungen über dem Durchschnitt liegen). Bisher liegen nach Wissen der Autor:innen keine Studien vor, die SBPF mittels strukturierten klinischen Interviews in repräsentativen Stichproben aus der Allgemeinbevölkerung untersuchen (siehe Kapitel 4.2.2). Es können daher keine spezifischen Angaben zur Prävalenzen, Verläufen oder Krankheitskosten gemacht werden. Die Ergebnisse der Expertenumfrage (Wendt et al. 2024b) lassen sich nicht für epidemiologische Fragestellungen nutzen, da sich die dort geschätzten Wahrscheinlichkeiten auf nach Diagnosen geordnete ambulante und stationäre Patientenpopulationen beziehen. Hier liegt entsprechend eine Evidenzlücke vor.

2.3.7 Adressaten und Anwendbarkeit

Die LL-SBPF gibt Empfehlungen und Statements zur Diagnostik und Behandlung von Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen und bezieht sich auf die ambulante und stationäre Versorgung. Dies umfasst beispielsweise die Behandlung in psychotherapeutischen und psychiatrischen Praxen durch Ärzt:innen für Psychiatrie und Psychotherapie, Ärzt:innen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, sowie (Psychologische) Psychotherapeut:innen, aber auch die häusliche Versorgung, z.B. durch psychiatrische Pfleger:innen, Ergotherapeut:innen und Sozialarbeiter:innen. Damit richtet sich die LL-SBPF an ein breites Spektrum an Professionen in der sektorenübergreifenden Versorgung, sowie deren gezielte Zusammenarbeit und Koordination.
Die Patient:innenversion dieser Leitlinie richtet sich an die betroffenen Patient:innen sowie deren Angehörige.
Die Bereiche der offenen Forschungsfragen richten sich an wissenschaftlich arbeitende Personen.

3 Methodisches Vorgehen

In diesem Abschnitt wird das methodische Vorgehen der LL-SBPF dargestellt, dass sich an den Kriterien von GRADE (siehe Abschnitt 3.3) orientiert.

3.1 Bestimmung der Zielpopulation für die systematische Literaturrecherche anhand von diagnostischen Kategorien

Da bisher keine Studien zu Effekten von therapeutischen Maßnahmen, die den Schweregrad der Beeinträchtigung im Persönlichkeitsfunktionsniveau zur Stichproben-Selektion und den in der LL betrachteten Fragestellungen der Leitliniengruppe bekannt sind, wurden in der LL-SBPF Untersuchungen zu psychischen Störungen genutzt, bei denen davon ausgegangen werden kann, dass der Großteil dieser Patient:innen auch eine SBPF aufweisen. Die Auswahl der Diagnosen basierte auf verschiedenen Kriterien wie z.B. einer hohen Komorbidität mit Persönlichkeitsstörungen (Newton-Howes et al. 2008; Moore et al. 2012; Wang et al. 2021; Markowitz et al. 2015; Dunn et al. 2004) oder einer hohen psychosozialen Belastung im Alltag. In die systematische Literaturrecherche der ersten fünf Schlüsselfragen wurden folgende Störungen eingeschlossen:

- Persönlichkeitsstörungen (alle Formen)
- Chronische/behandlungsresistente Depression, Double-Depression
- Schwere/komplexe Posttraumatische Belastungsreaktion
- Schizophrenie (alle Formen)
- Psychotische Störungen
- Dissoziative Identitätsstörung
- Somatisierungsstörungen

Dies bedeutet *nicht*, dass *alle* Personen mit diesen Diagnosen SBPF aufweisen, oder dass Personen mit anderen Diagnosen *keine* SBPF aufweisen. Es ist lediglich davon auszugehen, dass Patient:innen mit diesen Diagnosen mit *erhöhter Wahrscheinlichkeit* auch SBPF aufweisen.

3.2 Indirekte Bestimmung der Zielpopulation anhand von diagnostischen Kategorien

Es wurde eine Online-Befragung unter praktisch tätigen Expert:innen durchgeführt, welche untersuchte, wie hoch der Anteil an Personen mit SBPF in verschiedenen Störungskategorien ist (Wendt et al. 2024b). Befragt wurden Fachärzt:innen für Psychosomatik und Psychotherapie, sowie für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychologische Psychotherapeut:innen, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen, Psychotherapeut:innen in Ausbildung sowie Professionelle aus angrenzenden Bereichen wie der Sozialen Arbeit, Ergotherapie oder Fachpflege für Psychiatrie. Über verschiedene E-Mail-Verteiler von Fachgesellschaften und Berufsverbänden wurden die Teilnehmenden rekrutiert. Die Teilnehmenden machten demographische Angaben sowie zu ihrer Berufserfahrung. Dann wurde ihnen eine Liste von 38 Diagnosen (nach ICD-10 und ICD-11) vorgelegt. Die Auswahl der Diagnosen beruhte auf hohen Prävalenzraten in Deutschland (Jacobi et al. 2014) und/oder auf der Annahme eines relativ großen Anteils von Personen mit SBPF. Die Expert:innen wurden zunächst gefragt, ob sie Erfahrung mit Patient:innen mit diesen Diagnosen hatten. War dies der Fall, wurden sie gebeten, sich für eine per Zufall ausgewählte Diagnose an eine Patient:in zu erinnern, die sie aus ihrer klinischen Arbeit gut kannten und die wahrscheinlich die Kriterien der Diagnose erfüllte. Für diese Patient:in machten sie dann Angaben zum globalen Persönlichkeitsfunktionsniveau (LPFS) auf einer 9-stufigen Skala von *Gar nicht oder geringfügig (0)* bis *Extrem (4)* und beurteilten aus ihrer klinischen

Perspektive den Behandlungsverlauf sowie weitere behandlungsrelevante Merkmale (z.B. Prognose, tatsächliche und optimale Behandlungsmodalitäten). Es stand den Teilnehmenden frei, für weitere zufällig ausgewählte Diagnosen Patient:innen einzuschätzen. Zuletzt wurden die klinische Nützlichkeit und vermutete Stigmatisierung einer dimensionalen Beschreibung im Vergleich zu einer kategorialen Beschreibung von Patient:innen abgefragt.
Es nahmen 346 Professionelle an der Befragung teil, welche insgesamt 1403 Patient:innen einschätzen. Tabelle 6 zeigt, mit welcher Wahrscheinlichkeit eine SBPF (LPFS-Wert > 2.5) innerhalb einer Diagnosegruppe zu erwarten ist. Die Ergebnisse zeigen, dass die meisten Patient:innen mit den für die systematische Literaturrecherche ausgewählten Diagnosen schwere bis extreme Beeinträchtigungen der Persönlichkeitsfunktionen (gemessen mit der LPFS) aufweisen.

Tabelle 6: Geschätzte Populationsverteilungen von Beeinträchtigungen der Persönlichkeitsfunktionen von Patient:innen bestimmter ICD-10 (und ICD-11) Diagnosen

Diagnose	% mit mind. eher schweren Beeinträchtigungen			Mittelwert auf der LPFS		
F60.2 Dissoziale PS	100%			3.11	[2.92;	3.31]
F32.3 Schw. depr. Ep. mit psychot. Symp-	99%	[91%;	100%]	3.15	[2.94	3.35]
F20.1 Hebephrene Schizophrenie	96%	[84%;	99%]	3.22	[2.97	3.48]
F20.2 Katatone Schizophrenie	95%	[82%;	99%]	3.31	[3.06	3.55]
F61.0 Kombinierte und andere PS	94%	[83%;	98%]	2.92	[2.70	3.14]
F60.0 Paranoide PS	93%	[82%;	98%]	2.90	[2.69	3.11]
F60.3 Emotional-instabile PS	90%	[76%;	96%]	2.87	[2.66	3.08]
F25 Schizoaffektive Störung	88%	[77%;	95%]	2.95	[2.75	3.15]
F20.0 Paranoide Schizophrenie	87%	[73%;	94%]	3.13	[2.91	3.36]
6B41 Komplexe PTBS	86%	[72%;	94%]	2.89	[2.69	3.09]
F21 Schizotype Störung	86%	[70%;	96%]	3.03	[2.80	3.26]
F60.1 Schizoide PS	79%	[59%;	92%]	2.74	[2.52	2.95]
F20.5 Schizophrenes Residuum	78%	[61%;	90%]	2.90	[2.69	3.11]
6B64 Dissoziative Identitätsstörung	78%	[60%;	90%]	2.73	[2.51	2.95]
F22.0 Wahnhafte Störung	75%	[56%;	88%]	2.79	[2.58	3.01]
F32.2 Schwere depressive Episode	75%	[58%;	87%]	2.77	[2.57	2.96]
F31 Bipolare Störung	73%	[54%;	86%]	2.57	[2.35	2.80]
F30 Manische Episode	72%	[52%;	86%]	2.78	[2.57	3.00]
F10.2 Alkoholabhängigkeit	69%	[64%;	74%]	2.58	[2.52	2.64]
F60.7 Abhängige PS	65%	[46%;	80%]	2.60	[2.40	2.80]
F50.2 Bulimia Nervosa	64%	[45%;	80%]	2.49	[2.29	2.69]
F60.4 Histrionische PS	63%	[42%;	81%]	2.35	[2.13	2.57]
F60.8 Sonstige spezifische PS	61%	[40%;	79%]	2.53	[2.31	2.76]
F50.0 Anorexia Nervosa	56%	[39%;	72%]	2.46	[2.27	2.65]
F45.0 Somatisierungsstörung	56%	[37%;	74%]	2.22	[2.01	2.43]
F60.6 Ängstlich-vermeidende PS	55%	[36%;	73%]	2.39	[2.19	2.59]
F60.5 Anankastische PS	55%	[37%;	72%]	2.34	[2.14	2.55]
F33 Rezidivierende depressive Episode	53%	[35%;	70%]	2.37	[2.17	2.57]
F40.1 Soziale Phobie	53%	[35%;	70%]	2.35	[2.15	2.54]
F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung	51%	[33%;	68%]	2.43	[2.24	2.62]
F41.0 Panikstörung	47%	[30%;	64%]	2.27	[2.08	2.46]
F34.1 Dysthymia	47%	[29%;	66%]	2.25	[2.04	2.45]
F42 Zwangsstörung	42%	[26%;	59%]	2.29	[2.09	2.48]

F41.1 Generalisierte Angstsstörung	37%	[21%;	57%]	2.24	[2.03	2.46]
F40.0 Agoraphobie	34%	[18%;	54%]	2.16	[1.93	2.39]
F40.2 Spezifische Phobie	29%	[15%;	49%]	1.88	[1.66	2.09]
F43.2 Anpassungsstörung	18%	[9%;	33%]	1.56	[1.37	1.75]
F32.0 Leichte depressive Episode	4%	[1%;	11%]	1.49	[1.31	1.68]

Anmerkungen. Die Schätzer basieren auf einer Befragung von 346 Professionellen der psychischen Gesundheitsversorgung, die insgesamt 1403 ihrer Patient:innen beschrieben haben. In eckigen Klammern stehen die bayesianischen 95%-Vertrauensintervalle. Die Level of Personality Functioning Scale (LPFS) beschreibt den Schwergrad von Beeinträchtigungen der Persönlichkeitsfunktionen und reicht von *gar nicht oder geringfügig* (0) über *leicht* (1), *mittelgradig* (2) und *schwer* (3) bis hin zu *extrem* (4).

Aus Tabelle 6 wird ersichtlich, dass beispielweise für eine Population von Patient:innen mit Emotional-instabiler Persönlichkeitsstörung zu erwarten wäre, dass bei zwischen 76% und 96% dieser Patient:innen eine SBPF vorliegt. Bei gemischten Stichproben, die sich aus Personen verschiedener Diagnosegruppen zusammensetzen, kann der ungewichtete Mittelwert für die Schätzung verwendet werden; wenn darüber hinaus die prozentuale Zusammensetzung der Diagnosen in der Stichprobe bekannt ist, kann ein gewichteter Mittelwert für die Schätzung verwendet werden. Bei Stichproben, in denen die Patient:innen Komorbiditäten aufweisen, kann die Schätzung basierend auf der Diagnose mit dem höchsten Erwartungswert auf der LPFS verwendet werden.

3.3 Evidenz, Empfehlungsgrade und Konsensstärke

Die Beurteilung der Evidenz bei den Schlüsselfragen 1-5, 9 und 11 beruht auf den Kriterien der Grades of Recommendation, Assessment, Development and Evaluation Working Group, der **GRADE** Working Group (Atkins et al. 2004; Schünemann et al. 2003; Schünemann et al. 2006; Guyatt et al. 2008; Guyatt et al. 2011). Die Bewertungen nach GRADE beziehen sich auf die Gesamtheit der Evidenz, die sich auf eine Fragestellung nach PICO-Kriterien beziehen. **PICO** steht dabei für **P**opulation/**P**atient:innen, **I**ntervention, **C**omparison (Vergleich/Kontrollgruppe) und **O**utcome (Behandlungsziel). Die Ergebnisse werden in vier Stufen der Vertrauenswürdigkeit angegeben. Eine zentrale Rolle spielt dabei die Frage, wie sicher man sich sein kann, dass die aus der Zusammenschau abgeleiteten Ergebnisse der Wahrheit nahekommen. Die vier Stufen der Vertrauenswürdigkeit von GRADE sind in Tabelle 7 angegeben.

Tabelle 7: Die vier Stufen der Evidenz-Vertrauenswürdigkeit nach GRADE

Evidenzgrad	Beschreibung
Hoch ⊕⊕⊕⊕	Die Autor:innen sind sich sicher, dass das Ergebnis dicht am wahren Effekt liegt.
Moderat ⊕⊕⊕⊖	Die Autor:innen kommen zu dem Schluss, dass das Ergebnis dem wahren Effekt nahe kommt.
Niedrig ⊕⊕⊖⊖	Die Autor:innen sind etwas zuversichtlicher, dass ihr Ergebnis dem wahren Effekt nahe kommt. Weitere Studien können das Ergebnis aber noch merklich verändern.
Sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	Der aus den Studienergebnissen abgeleitete Effekt unterscheidet sich wahrscheinlich deutlich vom gesuchten, wahren Effekt. Weitere Studien werden den Effektschätzer mit hoher Wahrscheinlichkeit noch in die eine oder andere Richtung verändern.

Die folgende Abb wie nach GRADE von verschiedenen Evidenzstärken auf die Empfehlungsgrade geschlossen werden kann. Normalerweise führt eine hohe Evidenzstärke zu einem hohen Empfehlungsgrad. Unter Berücksichtigung der Kriterien zur Graduierung (Konsistenz der Studienergebnisse, klinische Relevanz der Endpunkte, Effektstärke, Risiko-Nutzen-Verhältnis sowie Anwendbarkeit und Umsetzbarkeit im deutschen Gesundheitsweisen) kann die Leitlinienkonsensusgruppe jedoch die Empfehlungsgrade hoch- oder herunterstufen.

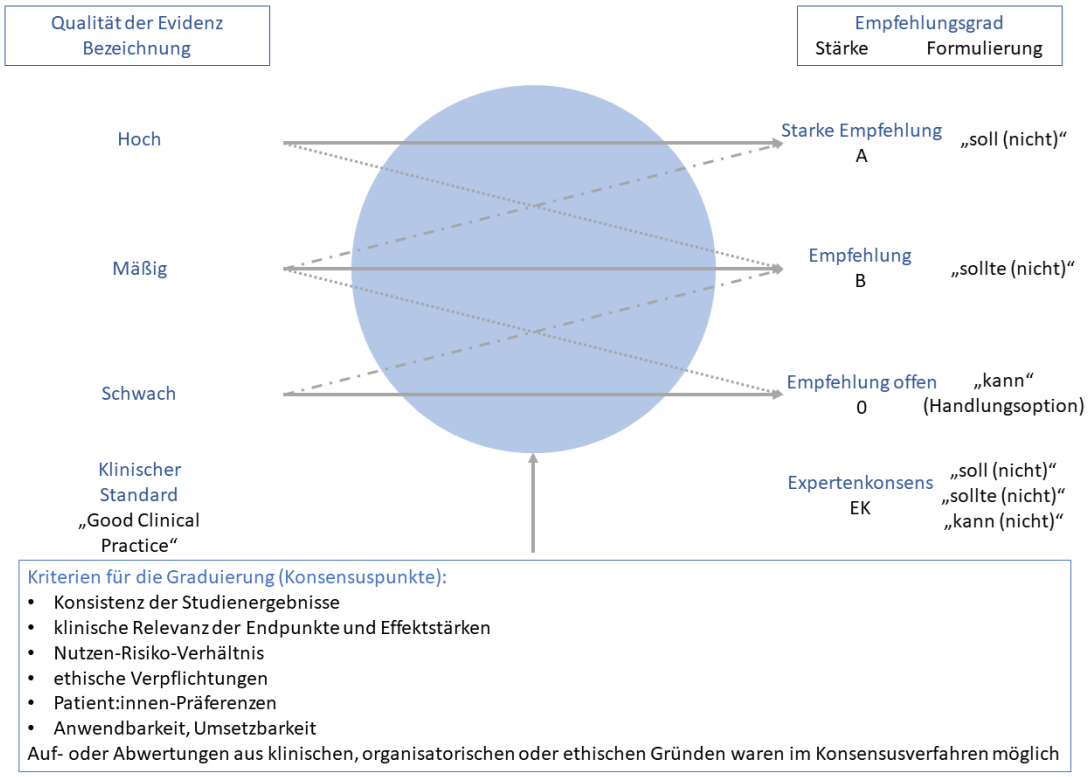


Abbildung 1: Zusammenhang zwischen Qualität der Evidenz und Empfehlungsgraden nach GRADE

Eine genaue Beschreibung der verwendeten Nomenklatur der Empfehlungen ist in Tabelle 8 angegeben.

Tabelle 8: Empfehlungsgraduierung

Empfehlungsgrad	Beschreibung	Formulierung	
A	Starke Empfehlung	soll / soll nicht	**„Soll“-Empfehlung:** Mindestens eine randomisierte kontrollierte Studie von insgesamt guter Qualität und Konsistenz, die sich direkt auf die jeweilige Empfehlung bezieht und nicht extrapoliert wurde (Evidenzebene I).

B	Empfehlung	sollte / sollte nicht	**„Sollte"-Empfehlung:** Gut durchgeführte klinische Studien, aber keine randomisierten klinischen Studien, mit direktem Bezug zur Empfehlung (Evidenzebenen II oder III) oder Extrapolation von Evidenzebene I, falls der Bezug zur spezifischen Fragestellung fehlt.
0	Empfehlung offen	kann erwogen werden / kann verzichtet werden	**„Kann"-Empfehlung:** Berichte von Expertenkreisen oder Expertenmeinung und/oder klinische Erfahrung anerkannter Autoritäten (Evidenzkategorie IV) oder Extrapolation von Evidenzebene II oder III. Diese Einstufung zeigt an, dass direkt anwendbare klinische Studien von guter Qualität nicht vorhanden oder nicht verfügbar waren.
EK			**„Expertenkonsens":** Empfohlen als gute klinische Praxis („Good Clinical Practice Point") im Konsens und aufgrund der klinischen Erfahrung der Mitglieder der Leitliniengruppe als ein Standard in der Behandlung, bei dem keine experimentelle wissenschaftliche Erforschung möglich oder angestrebt ist.

Bei Bezugnahme auf bestehende Leitlinien wurden Leitlinienempfehlungen entweder unverändert übernommen („**Adoption**") oder bei Bedarf abgeändert, wenn die Leitliniengruppe z.B. zu einer anderen Einschätzung der Evidenzsicherheit oder der Abwägung von Nutzen und Schaden kommt („**Adaptation**").

Wie beschrieben ist GRADE ein End-, bzw. Outcome-bezogenes System. Andere Leitlinien nutzen hingegen Klassifikationssysteme, die beispielsweise das formale Studiendesgin hinsichtlich der internen Validität beurteilen. Eine Überführung von Klassifikationssystemen, die konzeptionell unterschiedlich strukturiert sind, ist sehr arbeitsintensiv, da letztlich jede einzelne Studie betrachtet werden müsste. Entsprechend entschieden die Autor:innen der LL-SBPF bei den Schlüsselfragen 6 - 12 auch andere Bewertungssysteme zu verwenden, wenn eine Empfehlung einer anderen Leitlinie nicht nach GRADE durchgeführt wurde. So wurde sowohl die Oxford-Skala (Oxford Centre for Evidence-Based-Medicine; OCEBM Levels of Evidence Working Group 2011) als auch SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) 2019) genutzt. Eine verkürzte Übersicht der Oxford-Skala über die zugrundeliegenden Studiendesigns und Evidenzstufen sind in Tabelle 9 angegeben. Eine Übersicht über die Evidenzlevel nach SIGN ist in Tabelle 10 angegeben.

Tabelle 9: OCEBM Evidenzstufen

Evidenzstufen	Beschreibung	
Level 1	systematic review	Höchste Evidenz ⬆
Level 2	randomized trial (RCT)	
Level 3	cohort study or control arm of randomized trial, non-randomized controlled cohort/follow-up study	
Level 4	case-series, case-control studies	
Level 5	mechanism-based reasoning	Niedrigste Evidenz ⬇

Tabelle 10: SIGN Evidenzstufen

Evidenzstufen	Beschreibung
1++	Qualitativ hochwertige Meta-Analysen, systematische Überprüfungen von RCTs oder RCTs mit einem sehr geringen Risiko der Verzerrung
1+	Gut durchgeführte Meta-Analysen, systematische Überprüfungen oder RCTs mit geringem Verzerrungsrisiko
1-	Meta-Analysen, systematische Übersichten oder RCTs mit einem hohen Risiko der Verzerrung
2++	Hochwertige systematische Übersichten von Fallkontroll- oder Kohorten-studien
2+	Gut durchgeführte Fallkontroll- oder Kohortenstudien mit einem geringen Risiko von Verwechslungen oder Verzerrungen und einer mittleren Wahr-scheinlichkeit, dass die Beziehung kausal ist
2-	Fall- oder Kohortenstudien mit einem hohen Risiko von Verwechslungen oder Verzerrungen und einem signifikanten Risiko, dass die untersuchte Beziehung nicht kausal ist
3	Nicht-analytische Studien, z. B. Fallberichte, Fallserien
4	Expertenmeinung

Jede Empfehlung wurde im Rahmen des Konsensusprozess der Leitlinie abgestimmt. Da nicht immer vollständige Zustimmung zu jeder Empfehlung erreicht wurde, soll folgende Tabelle eine Übersicht über die Stärke der Zustimmung geben.

Tabelle 11: Einordnung der Konsensstärke nach AWMF-Regelwerk

Konsensstärke	Anteil der Zustimmung
starker Konsens	Zustimmung von ≥ 95 % der Teilnehmenden
Konsens	Zustimmung von ≥ 94 – 75 % der Teilnehmenden
Mehrheitliche Zustimmung	Zustimmung von ≥ 74 – 50 % der Teilnehmenden
Keine mehrheitliche Zustimmung	Zustimmung von ≤ 49 % der Teilnehmenden

3.4 Systematische Literaturrecherche

Es wurde in den Datenbanken PubMed/MEDLINE, Cochrane, Web of Science und PsycInfo, für die Schlüsselfragen 2 und 4 auch bibnet und Psyndex, recherchiert. Um ein möglichst vollständiges Ergebnis zu erhalten, wurde in Zusammenarbeit mit einem Informationsexperten der Bereichsbibliothek Universitätsmedizin Mainz eine Suchstrategie entworfen. Die Studienauswahl wurde zusätzlich im Hinblick auf die Versorgungsrealität in Deutschland getroffen. So

wurde für die Schlüsselfrage 4 explizit nur Studien aus Deutschland gesucht, da hinsichtlich verschiedener Wohnformen Studien aus anderen Ländern als nicht übertragbar angesehen wurden. Die Aktualität wurde berücksichtigt, indem nur Studien seit dem Jahr 2015 gesucht wurden. Für die Schlüsselfragen 1, 5 und 9 wurden Meta-Analysen ausgewertet. Für die Schlüsselfragen 2 - 4 wurden Primärstudien herangezogen. Für jede Schlüsselfrage wurde der „Body of Evidence“ bewertet.
Die Bewertung der zu den Schlüsselfragen passenden Evidenz wurden basierend auf dem GRADE-Ansatz (Atkins et al. 2004; Guyatt et al. 2011; Guyatt et al. 2008; Schünemann et al. 2003; Schünemann et al. 2006) durchgeführt. Das spezifische Vorgehen, von der Suchsyntax bis zum Bewertungsvorgehen, ist im Leitlinienreport detailliert beschrieben (Kapitel 3.1.2 - 3.1.4).

3.5 Unabhängigkeit der Redaktion

3.5.1 Umgang mit Interessenkonflikten

Die Interessenkonflikte wurden schriftlich von allen beteiligten Personen erklärt und kenntlich gemacht. Die Erklärungen wurden zufällig auf Prof. Dr. Cord Benecke, Prof. Dr. Susanne Singer und Dipl.-Psych. Georg Schäfer aufgeteilt und nach Absprache mit Dr. Monika Nothacker von der AWMF bewertet. Die Bewertungskriterien sowie die einzelnen Erklärungen sind im Leitlinienreport vermerkt (Kapitel 5.2).
Die Kategorisierung von Interessenkonflikten wurde gemäß AWMF-Regelwerk vollzogen und wird in Tabelle 12 dargestellt.

Tabelle 12: Kategorisierung der Interessenkonflikte

Ausprägung Interessen-konflikt	**Umstände für diese Kategorie**	**Konsequenz**
kein	Verbundenheit zu einem Verfahren oder einer Behandlungsform; Verbundenheit mit Psychotherapieverfahren; wissenschaftliche Interesse an der dimensionalen Sichtweise	
gering	Vorstandstätigkeit oder federführende Beteiligung z.B. bei Schulungstätigkeiten im Rahmen eines bestimmten Verfahrens oder einer bestimmten Behandlungsform	Keine Leitungsfunktion, die im Zusammenhang mit dem Vergleich von Therapieverfahren oder Behandlungsformen steht
moderat	Personen, die an der Entwicklung digitaler Gesundheits- Anwendungen beteiligt sind oder Gelder von Digitale Gesundheits-anwendungsnahen Unternehmen erhalten.	Ausschluss vom Abstimmungsrecht bei Schlüsselfrage 2
hoch	Eigentumsinteresse Arbeitsverhältnis bei der Industrie Hoher Aktienbesitz einzelner Firmen	Keine Teilnahme an thematisch relevanten Beratungen und keine Abstimmung

3.5.2 Finanzierung der Leitlinie

Die Finanzierung der LL-SBPF erfolgte ausschließlich durch den Innovationsfond des Gemeinsamen Bundesausschuss (Förderkennzeichen 01VSF21013). Eine von Interessen geleitete Beeinflussung durch Finanzierung der LL ist daher ausgeschlossen.

3.6 Konsensfindung

Die LL-SBPF sollte auf einer möglichst hohen Übereinstimmung der beteiligten Fachgesellschaften fußen. Entsprechend wurde bereits bei der Bildung der Steuerungsgruppe darauf geachtet, dass ein möglichst breites Spektrum der mitwirkenden Fachgesellschaften dort vertreten ist. Die Steuerungsgruppe sollte auch den unterschiedlichen Professionen im Gesundheitswesen Rechnung tragen und die Übertragbarkeit der LL in die Praxis erleichtern. Am Konsensverfahren nahmen die Mitglieder der Steuerungsgruppe und die benannten Mandatare aller an der Erstellung beteiligten Organisationen teil. Jeder Organisation stand im Abstimmungsverfahren eine Stimme zur Verfügung.

Die einzelnen Arbeitsgruppen erarbeiteten und diskutierten für ihre jeweilige Schlüsselfrage Empfehlungen bzw. Statements. Der Konsensfindungsprozess wurde in drei Treffen unterteilt, die jeweils online durchgeführt wurden. Zwei kürzere Termine, am 14.12.2023 und am 14.02.2024, sowie die Hauptkonferenz, die am 07.03.2024 und 08.03.2024 stattfand.

Die Online-Abstimmungen im Vorfeld der Konsensuskonferenz erfolgten per einrundigem DELPHI Verfahren . Dabei konnte den Empfehlungen zugestimmt werden oder ein Alternativvorschlag bei Ablehnung eingereicht werden.

Die Diskussionen der Konsensuskonferenzen fanden unter Anleitung der AWMF im Rahmen eines nominalen Gruppenprozesses statt. Dazu wurden zunächst die abzustimmenden Empfehlungen gesichtet. Anschließend wurden Stellungnahmen gesammelt und durch Alternativvorschläge für alle sichtbar dokumentiert. Anschließend wurden die Alternativvorschläge sortiert und abgestimmt. Die Abstimmung erfolgte mithilfe des Onlinetools vevox (www.vevox.com). Die Abstimmungsergebnisse wurden bei den Empfehlungen dokumentiert. Der gesamte Konsensusprozess wurde von neutralen, in Konsensustechniken geschulten und erfahrenen Moderator:innen (AWMF-LL-Berater:in) begleitet.

Weitere Informationen zu den Konsensuskonferenzen finden sich im Leitlinienreport im Kapitel 3.2.1.

3.7 Konsultation und Verabschiedung

Die LL stand zwischen dem 28.05.2024 und dem 09.06.2024 zur öffentlichen Konsultation zur Verfügung. Die eingegangenen Kommentare wurden von der Leitlinienkoordination bearbeitet und ggf. in die Leitlinie implementiert. Die vollständige Übersicht ist im Leitlinienreport abgebildet (Kapitel 4.1 und Tabelle 67).

Die vorliegende Leitlinienversion wurde zwischen dem 20.06.2024 und dem 28.06.2024 von den Vorständen der beteiligten Fachgesellschaften (siehe Tabelle 1) verabschiedet. Eine Stellungnahme der DGPPN und dazu formulierte Sondervoten sind in Kapitel 3.2 des Leitlinienreports eingefügt.

3.8 Überprüfung der Implementierung

Mit der Implementierung der LL-SBPF soll sich die Versorgung von Personen mit SBPF verbessern. Wie erfolgreich die Leitlinie dabei ist, sollte mit Befragungen der Betroffenen und der Therapeut:innen geschehen, da die PF aktuell noch nicht systematisch in Deutschland erfasst werden. Vorschläge zur Überprüfung sind im Methodenreport unter Kapitel 6.4 näher ausgeführt. Mit Umsetzung des ICD-11 werden mindestens im Bereich der Persönlichkeitsstörungen die PF erfasst werden, sodass Auswertungen auf dieser Grundlage dann möglich sein werden.

3.9 Umgang mit der Evidenzlage spezifisch für SBPF

Insgesamt fanden sich bei der Mehrheit der systematisch recherchierten Schlüsselfragen wenige Studien, die zur Beantwortung herangezogen werden konnten. Es zeigte sich somit ein Engpass, insbesondere bei den Schlüsselfragen 2 - 4 und damit im Fall von Schlüsselfrage 4 auf das deutsche Versorgungssystem beschränkte Versorgungsbereiche. Hierbei ist jedoch zu berücksichtigen, dass für die systematische Recherche eine Auswahl an Störungskategorien getroffen wurde, bei denen vermutet wurde, dass sie einen hohen Anteil an Patient:innen mit SBPF aufweisen. Die Expertenumfrage zeigte, dass diese Annahmen mehrheitlich gerechtfertigt waren (siehe Kapitel 3.2 und Wendt et al. 2024b). Jedoch ist nicht auszuschließen, dass es für andere Störungskategorien, die nicht Teil der Syntax für die systematische Literaturrecherche waren, weitere Evidenz gibt. So waren beispielsweise Suchterkrankungen nicht Teil der gesuchten Zielpopulation. Wie unter 3.1 beschrieben, bedeutet dies nicht, dass Personen mit Suchterkrankungen keine SBPF aufweisen. Diese wurden lediglich nicht in die stellvertretend ausgewählten Diagnosen für die systematische Literaturrecherche aufgenommen.

3.10 Methodenkritik

In diesem Abschnitt werden mögliche Limitationen der Leitlinienmethodik dargestellt und beschrieben, inwieweit sich daraus Unsicherheiten für die Evidenzgrundlage und die daraus abgeleiteten Empfehlungen ergeben. Außerdem gehen wir auf Kritik am Konzept von PF ein.

Die wesentlichen Einschränkungen dieser Leitlinie resultieren aus der Neuheit des PF-Konstrukts und der vorherrschenden Tendenz in der klinischen Forschung, sich an kategorialen Diagnosesystemen zu orientieren. Aufgrund dieser Faktoren existiert bisher keine ausreichende Menge an (Interventions-)Studien zur Wirksamkeit von Therapien, die sich explizit auf SBPF-Populationen beziehen, und somit als Evidenzgrundlage dienen können. Die vorliegende Leitlinie umgeht diese Forschungslücke, indem sie den erwarteten Anteil von Personen mit SBPF in verschiedenen Diagnosekategorien schätzt und Populationen mit einem besonders hohen erwarten SBPF-Anteil als Ersatz bzw. Surrogat heranzieht. Dieses Vorgehen birgt jedoch Risiken.

Einerseits birgt die Verwendung von solchen Surrogatpopulationen das Risiko, dass die in solchen Populationen beobachteten Effekte teilweise mit den spezifischen Krankheitsmerkmalen zusammenhängen und daher nicht uneingeschränkt auf die eigentliche Zielpopulation der Leitlinie verallgemeinert werden können. Beispielsweise könnte die Wirksamkeit einer Intervention zur Behandlung der Schizophrenie durch Wirkmechanismen erklärt werden, die sich im Kontext der spezifischen Pathologie der Schizophrenie erklären. Die Generalisierbarkeit von Schlussfolgerungen, die auf Basis von Surrogatpopulationen zustande gekommen sind, erscheint daher plausibler, wenn eine heterogene Menge von Diagnosekategorien darin vertreten ist, so dass sich diagnosespezifische Anteile eher ausmitteln. Eine solche Breite von Studien konnte in der Evidenzrecherche jedoch nicht durchgängig für die einzelnen Schlüsselfragen identifiziert werden.

Andererseits ist auch die Auswahl der einbezogenen Surrogatpopulationen mit Unsicherheiten behaftet. So ist auf einige Einschränkungen der eigens für diese Leitlinie durchgeführten Expertenbefragung hinzuweisen, die zur Validierung der Auswahl diente (Wendt et al. 2024b). An der Expert:innenbefragung nahmen 346 Expert:innen teil, die das Persönlichkeitsfunktionsniveau von 1403 Patient:innen in 38 Diagnosekategorien beschrieben, um den Anteil der Personen mit SBPF in diesen Populationen zu schätzen. Zu den Limitationen dieses Vorgehens gehören die eingeschränkte Schätzgenauigkeit aufgrund der begrenzten Stichprobengröße und der mögliche Einfluss von Messfehlern aufgrund der Verwendung eines einzigen Items und der

Tatsache, dass für die Teilnahme kein Vorwissen über das Konzept der PF vorausgesetzt wurde. Denkbar sind auch Verzerrungen durch Selektionseffekte bei der Stichprobenziehung, z.B. könnten aufgrund der Thematik der Studie von den Professionellen eher stärker beeinträchtigte Patient:innen für die Beschreibung ausgewählt worden sein, was zu einer Überschätzung des Anteils schwerer Beeinträchtigung geführt haben könnte.

Weitere Limitationen bezogen auf die Evidenzgrundlage sind die heterogenen Vergleichsgruppen in den Interventionsstudien. Werden komplexe Interventionen wie Psychotherapie gegenüber verschiedenen Kontrollbedingungen wie Wartegruppen oder anderen psychosozialen Interventionen bzw. in der Praxis etablierten Behandlungen („treatment as usual“) bzw. Placebo, getestet, kann das zu einer großen kontrollgruppenbedingten Heterogenität der Effekte führen. Beispielsweise sind Interventionseffekte umso kleiner, je intensiver die Behandlung in der Kontrollbedingung ist (Munder et al. 2022).

Eine Einschränkung hinsichtlich der Evidenzgrundlage könnten auch systematische Verzerrungen (Bias), insbesondere der Publication Bias sein. Der Publication Bias entsteht durch systematisches, ergebnisabhängiges Nicht-Berichten von Studienresultaten (Antes et al. 2009). Ein Mittel, um systematische Verzerrungen minimal zu halten, ist eine systematische Literaturrecherche, die für die PICO-Fragen 1-5, 9 und 11 durchgeführt wurde. Zudem wurde ein möglicher Publication Bias in der Bewertung der Studienergebnisse nach GRADE berücksichtigt.

Neben Kritikpunkten an der Evidenzgrundlage können auch einige konzeptuelle Herausforderungen benannt werden. So kann hinterfragt werden, ob die im DSM-5 genannten Funktionen Empathie, Identität, Selbststeuerung und Nähe eine umfassende Auflistung aller relevanten PF darstellt und inwiefern diese von den maladaptiven Traitmerkmalen aus Kriterium B des AMPD (Negative Affektivität, Verschlossenheit, Enthemmtheit, Antagonismus, Psychotizismus) verschieden sind (García et al. 2024; Herpertz in Vorbereitung). Die empirische Evidenz deutet auf eine relativ hohe statistische Überlappung zwischen PF und den Traitmerkmalen hin (z.B. teils geringe diskriminante und inkrementelle Validität). Gleichzeitig basieren diese Befunde größtenteils auf monomethodalen Studien, vorrangig Selbstberichten, sodass diese Kritik weiterer Fundierung bedarf (z.B. Zimmermann et al. 2019).

Außerdem wurde die Konzeption von PF im DSM-5 in der Forschungsliteratur zum Teil unterschiedlich interpretiert. Eine kontroverse Frage bei der Konzeption ist beispielsweise, ob sich PF ebenfalls auf Traitmerkmale beziehen (z.B. wie sich jemand typischerweise verhält), was eher einem deskriptiven Verständnis des Konzepts entspräche, oder auf Fähigkeiten (z.B. wie gut jemand bestimmte Verhaltensweisen zeigen kann, wenn er motiviert ist und die Situation es erfordert), was ein erklärendes Konzept darstellt (García et al. 2024; Zimmermann 2022). In der LL-SBPF werden PF im letzteren Sinne als „key capacities“, als basale psychische Fähigkeiten verstanden. Vor diesem Hintergrund lassen sich maladaptive Traitmerkmale z.B. als Folge von fehlenden Fähigkeiten erklären (eine Person neigt dazu, gefühllos zu sein, weil ihre Fähigkeit zur Empathie beeinträchtigt ist. Siehe z.B. Sharp und Wall 2021; Zimmermann 2022). Eine Schwierigkeit stellt hier allerdings die valide Messung von Fähigkeiten dar. Selbstberichte basieren auf der Introspektionsfähigkeit, die möglichweise nicht bei allen Menschen ausreichend gegeben ist. Messungen der Fähigkeit mithilfe von Leistungstest hängen davon ab, wie ökologisch valide die Testumgebung die relevanten Prozesse abbilden kann (Osborne-Crowley 2020). Die Verfügbarkeit von Fähigkeiten kann sich womöglich besser unter bestimmten Kontextbedingungen zeigen, z.B. in Belastungssituationen. Bei PF gelten klinische Expertenurteile als Goldstandard für die Erfassung von Fähigkeiten. Die Einschränkungen, die damit einhergehen, werden in Kapitel 4.2.2 näher ausgeführt.

Eine weitere Herausforderung bei der Definition und Messung von PF ist die Abgrenzung einerseits zum psychosozialen Funktionsniveau, andererseits zu schweren psychischen Störungen (vgl. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) e.V. 2018). Unter dem psychosozialen Funktionsniveau werden z.B. gemäß WHO-DAS 2.0 (2010) Einschränkungen in der Lebensführung des Individuums im Hinblick auf Kognition, Mobilität, Selbstversorgung, soziale Beziehungen, Freizeitaktivitäten und soziale Teilhabe verstanden. Dabei werden die Konsequenzen von somatischen und psychischen Erkrankungen und Behinderungen zusammengefasst. Das Konzept ist darauf ausgerichtet, die Behandlungsbedürftigkeit von individuellen Krankheitsbedingungen einzuschätzen, auch unter Berücksichtigung von bestehenden individuellen und umweltbezogenen Resilienz- und Risikofaktoren. Das psychosoziale Funktionsniveau ist also ein pragmatisches Konstrukt, bei dessen Erfassung es darum geht, Informationen zu bündeln und Entscheidungsprozesse zu fördern. Das Konstrukt der schweren psychischen Störung (vgl. S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen) ist ebenfalls ein pragmatisches Konstrukt, welches Personen mit einem besonders niedrigen psychosozialen Funktionsniveau identifiziert. Demnach gilt als schwere psychische Störung eine Störung, die in hohem Maße chronisch verläuft, mit besonders schweren Auswirkungen auf das tägliche Leben einhergeht und eine besonders intensive Inanspruchnahme des Gesundheitssystems erfordert. Im Gegensatz dazu geht es bei dem theoretischen Konstrukt der PF um spezifische, relativ stabile Fähigkeiten einer Person, deren Ausprägung zwar zum psychosozialen Funktionsniveau bzw. zu schweren psychischen Störungen substantiell beitragen können (Skodol 2018), aber die gleichzeitig nur einer von vielen möglichen Einflussfaktoren sind.

4 Schlüsselfragen und Empfehlungen

Die Leitliniengruppe erarbeitete Schlüsselfragen, die von der Steuerungsgruppe kommentiert und anschließend durch die Mitglieder der Fachgesellschaften diskutiert und konsentiert wurden. Insgesamt wurden 12 Schlüsselfragen nach dem PICO-Prinzip (**P**opulation/Patient:innen, **I**ntervention, **C**omparison (Vergleich/Kontrollgruppe), **O**utcome (Behandlungsziel) formuliert. Die *Population*, auf die sich die LL-SBPF bezieht, sind Patient:innen mit SBPF. Durch eine Expert:innen-Befragung wurde die Schwere der Beeinträchtigung für eine Reihe kategorialer Diagnosen eingeschätzt, wodurch eine Nutzung vorliegender, sich aber auf kategoriale Diagnosegruppen beziehenden Studien ermöglicht wurde (Wendt et al. 2024).
Der *Vergleich* in den Schlüsselfragen sollte gegen eine „unspezifizierte Kontrollbedingung" gerichtet sein. *Unspezifizierte Kontrollbedingung* bedeutet hier, dass keine bestimmte Vergleichsgruppe festgelegt wurde. Stattdessen wurden die Studienergebnisse separat nach den in den Studien vorhandenen Vergleichsgruppen berichtet. Ausgeschlossen wurde jedoch der Vergleich mit einer in Dosis, Dauer und/oder Frequenz gleichen Intervention, ein prä-post-Vergleich ohne Kontrollgruppe sowie Vergleiche zwischen medikamentös unterstützter Psychotherapie und Psychotherapie ohne medikamentöse Unterstützung oder einer anderen medikamentösen Unterstützung.
Analog bedeutet das unspezifizierte *Outcome*, dass die Studienergebnisse separat nach den in den Studien untersuchten Endpunkten berichtet werden. Hierfür wurden pro Schlüsselfrage relevante Endpunkte festgelegt und von den Mandatstragenden priorisiert (siehe 3.1.3 Methodenreport).
Insgesamt wurden über die 12 Schlüsselfragen hinweg 23 evidenzbasierte Empfehlungen, 5 evidenzbasierte Statements, 26 konsensbasierte Empfehlungen und 2 konsensbasierte Statements verfasst.

4.1 Übergeordnetes Verständnis

Die Empfehlungen und Statements der LL-SBPF beruhen auf einer grundlegenden Haltung der Behandlung von psychischen Störungen, welche in den folgenden Abschnitten vorgestellt wird. Dabei gibt es Überschneidungen mit der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Die Gruppe der Patient:innen mit einer schweren Beeinträchtigung der PF ist naturgemäß größer als einzelne spezifische Diagnosegruppen. Andererseits besteht innerhalb einzelner Diagnosegruppen durchaus ein Range der Schwere der Beeinträchtigung der PF, sodass weder von einer kategorialen Diagnose 1:1 auf den Schweregrad der Beeinträchtigung der PF geschlossen werden kann, noch umgekehrt von einem bestimmten Schweregrad der Beeinträchtigung der PF auf bestimmte kategoriale Diagnosen. Dennoch können die im Folgenden beschriebenen gemeinsamen Grundlagen als so zentral erachtet werden, dass sie in beiden Leitlinien explizite Erwähnung finden sollen. Viele Empfehlungen wurden aufgrund der Ähnlichkeit von der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen übernommen und auf die Zielpopulation der Patient:innen mit SBPF angepasst.

Für dieses Kapitel ergaben sich:
1 evidenzbasierte Empfehlung
6 konsensbasierte Empfehlungen
1 konsensbasiertes Statement
Insgesamt wurden 8 Empfehlungen und Statements formuliert

4.1.1 Biopsychosoziales Grundverständnis

Das der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) zugrundeliegende bio-psycho-soziale Modell, welches in der UN-Behindertenrechtskonvention und daraus ableitend in der deutschen Sozialgesetzgebung (SGB IX) verankert ist und in der Diagnostik und Intervention von Menschen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen eingesetzt wird, sieht Krankheit und Gesundheit als ein dynamisches Geschehen und nicht als einen einzelnen Zustand an. Das bio-psycho-soziale Modell vereint zwei theoretische Krankheitsmodelle, das medizinische Modell und das soziale Modell. Im medizinischen Modell ist eine Person durch eine Krankheit, einen Unfall oder ein gesundheitliches Problem behindert. Die Handhabung der Behinderung erfolgt durch Genesung oder durch die Verhaltensanpassung der betroffenen Person. Das soziale Modell hingegen geht davon aus, dass die Behinderung einer Person ein gesellschaftlich verursachtes Problem darstellt. Damit ist die Behinderung keine Eigenschaft einer Person, sondern das Ergebnis von Wechselwirkungen verschiedener Komponenten aus dem gesellschaftlichen Umfeld. Im bio-psycho-sozialen Modell werden beide Modelle zusammengeführt. Dieses geht davon aus, dass es notwendig ist, neben der Schädigung auch die tatsächliche Leistung und Leistungsfähigkeit einer Person zu betrachten. Zusätzlich wird die Auswirkung der Umwelt auf die Funktionsfähigkeit einer Person mit einbezogen (siehe Abbildung 2, Auszug aus ICF (WHO 2001/2005) S. 81ff).

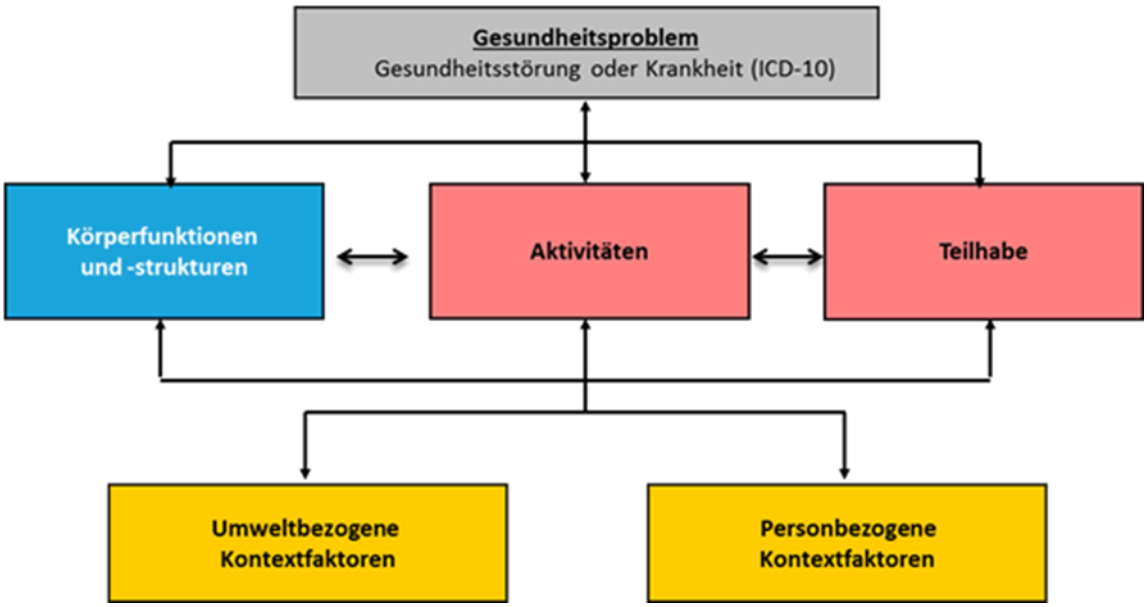


Abbildung 2: Auszug aus ICF (WHO 2001/2005)

Um die Perspektiven der Komponenten des bio-psycho-sozialen Modells und die sich dahinter verbergenden Fragestellungen bezogen auf die Funktionsfähigkeit einer Person mit SBPF bearbeiten und Ableitungen für Interventionen treffen zu können, benötigt es multiprofessionelles Zusammenwirken verschiedener Akteur:innen im Gesundheits- und Sozialwesen.

1.1	Konsensbasierte Empfehlung	Neu
EK	Das der ICF zugrunde liegende bio-psycho-soziale Modell und die damit verbundene personenzentrierte Haltung soll für alle Akteur:innen im Gesundheits- und Sozialwesen die Grundlage von Diagnose- und Interventionsprozessen von Menschen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen bilden.	
	Literatur: Mental Health Bericht der WHO, UN-BRK und SGB IX	
	Konsensstärke: 100%	

4.1.2 Konzepte zur psychischen Gesundheit und Krankheit

Internationale Studien weisen eine überdurchschnittlich hohe Krankheitslast bei schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen auf (Wiegand 2019; Bohus 2021; Herpertz et al. 2022).

Basierend auf Studien von Ellison et al. (2018) und Jørgensen et al. (2021) wird für die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) eine Lebenszeitprävalenz von etwa 3% beschrieben. Dies und „der frühe Beginn in der Adoleszenz, ausgeprägte psychische und soziale Belastungen, chronische Suizidalität und Selbstverletzungen sowie eine nicht unerhebliche Chronifizierungstendenz stellen Betroffene, Angehörige und auch das Gesundheitssystem vor erhebliche Herausforderungen“ (Bohus 2021, S. 641). Obgleich die Punktprävalenz der BPS in der Allgemeinbevölkerung 1% beträgt, zeigt die Studie von Ellison et al. (2018), dass im ambulanten psychiatrischen Versorgungssektor Menschen mit einer BPS mit einem Anteil von 12% repräsentiert sind. Stationär lag der Anteil sogar bei 22% (Ellison et al. 2018). Menschen mit einer BPS zeigen im Langzeitverlauf starke Beeinträchtigungen in den Bereichen psychosoziales Funktionsniveau, somatische Gesundheit sowie berufliche und soziale Integration (Bräutigam et al. 2020). Davon ist auch bei anderen Störungen, die mit einer schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen einhergehen, auszugehen (Wendt et al. 2024b).

Psychosoziale Konzepte und Modelle sind deshalb wichtige Grundlagen für die Versorgung der Betroffenen. In Abgrenzung zur traditionellen medizinischen Betrachtungsweise von Gesundheit und Krankheit entwickelte der amerikanische Internist, Psychiater und Psychoanalytiker G.L. Engel das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell (Engel 1977, 1997). Biologische, psychische und soziale Faktoren sind Teile eines verflochtenen Ganzen. Die dynamischen Wechselbeziehungen der Faktoren weisen auf die Entstehung und den Verlauf von Krankheiten hin. International anerkannte Ansätze psychischer Gesundheit und Krankheit sind die Konzepte Resilienz und Recovery.

4.1.3 Resilienz

Rönnau-Böse et al. (2022) beziehen sich in ihrer Arbeit auf die aktuelle Resilienz- und Schutzfaktorenforschung. Die Geschichte der Forschung zu gesunderhaltenden Faktoren geht auf die 1970er-Jahren zurück. Das aus der Forschungsrichtung der Entwicklungspsychopathologie stammende Konzept der Resilienz, partizipierte vom gesundheitswissenschaftlichen Modell der Salutogenese. „Der Begriff Resilienz (aus dem Englischen: resilience = Spannkraft, Strapazierfähigkeit, Elastizität) bezeichnet die psychische Widerstandsfähigkeit und meint eine gesunde und altersgemäße Entwicklung trotz ernsthafter Gefährdungen im Sinne von ungünstigen Lebensumständen oder kritischen Lebensereignissen. Im Besonderen wird die erfolgreiche Bewältigung stressreicher und potenziell traumatischer Ereignisse als Zielgröße betrachtet“ (Rönnau-Böse et al. 2022). Die Forschung unterscheidet zwischen „[…] chronisch widrigen

Umständen und einmaligen potenziell traumatischen Ereignissen − wobei teilweise unterschiedliche protektive Faktoren wirksam zu sein scheinen“ (Rönnau-Böse et al. 2022).
Die Resilienzförderung charakterisiert nach personalen Schutzfaktoren (individuelle Lebenskompetenzen - englisch: life skills) und sozialen Schutzfaktoren (Faktoren der sozialen Umwelt eines Menschen). Aktuell wird davon ausgegangen, dass eine flexible Selbstregulation einen übergeordneten personalen Schutzfaktor hinsichtlich traumatischer Ereignisse darstellt. „Dazu gehört die Fähigkeit, die Situation realistisch wahrzunehmen und einzuschätzen (Kontextsensitivität); die Verfügbarkeit eines breiten Repertoires an möglichen Copingsstrategien sowie das Wissen, wann diese einzusetzen sind; und die Fähigkeit, am Erfolg der eigenen Strategien zu lernen“ (Bonanno und Burton 2013 zitiert nach Rönnau-Böse et al. 2022). Die Literatur extrahiert elf psychologische Schutzfaktoren (Bengel und Lyssenko 2012). Unter anderem gut publiziert wurde zum Faktor Hoffnung. Das umfassendste psychologische Modell von Hoffnung, welches empirisch gut untersucht wurde, stammt von Charles R. Snyder (2002). Snyder unterscheidet zwischen einer kognitiven und einer motivationalen Komponente. Hoffnung involviert Ziele zu definieren und Wege zu finden, um die Ziele erreichen zu können (pathways thinking). Zudem schließt Hoffnung die Zuversicht ein, die Ziele erreichen sowie die Motivation im Zielerreichungssinne handeln zu können (agency thinking) (Shorey et al. 2003). Die Forschergruppe um Snyder konnte aufzeigen, dass hoffnungsvolle Menschen beruflich erfolgreicher sind und sozial kompetenter auftreten (Snyder und Lopez 2002). Dem Ergebnis der systematischen Literaturrecherche zur Resilienzforschung und dem Schutzfaktor Hoffnung folgend, können hoffnungsvolle Menschen die Krankheit besser bewältigen. Sie verfügen über adaptivere Bewältigungsstrategien und eine höhere Lebenszufriedenheit (Bengel und Lyssenko 2012).
Die Literaturrecherche im März 2023 erbrachte keine spezifische Evidenz für eine Empfehlung des Konzeptes Resilienz als Grundlage der Behandlung von Menschen mit SBPF. Von den Studienergebnissen abgeleitet werden kann, dass eine hohe Resilienz eine wichtige Ressource im Umgang mit einer psychischen Erkrankung darstellt. Die Stärkung der Resilienz als Widerstandskraft kann zu einer positiven Veränderung der Lebenssituation beitragen.

1.2	Konsensbasierte Empfehlung	Neu
EK	Menschen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen sollten in ihren Schutz- und Resilienzfaktoren gestärkt werden.	
	Konsensstärke: 100%	

4.1.4 Recovery

Begründer der Recoverybewegung [Recovery = Genesungsprozess] waren Patricia Deegan in den USA und Dan Fischer in England. Unter Gesundung versteht Deegen: „[...] nicht «behandelt und geheilt werde». Es bedeutet nicht Stabilisierung oder Pflege. Gesundung ist eher eine Haltung, eine Einstellung und ein Weg, die täglichen Herausforderungen anzugehen. Es ist ein selbst gesteuerter Prozess, um Sinn und Zielsetzung ins Leben zurück zu gewinnen. Es ist ein Prozess, der durch menschliche Belastbarkeit gegenüber Widrigkeiten gekennzeichnet ist. Es ist keine perfekte, geradlinige Reise. Es gibt Zeiten schneller Fortschritte und enttäuschender Rückschlage. Es gibt Zeiten, in denen man nur lebt, nur ruhig bleibt, sich ausruht, sich neu organisiert. Jede Gesundungsreise ist einmalig. Jede Person muss herausfinden, was für sie funktioniert. Das bedeutet, dass wir die Gelegenheit bekommen müssen, etwas zu wagen, fehlzuschlagen und es wieder zu versuchen. Um Gesundungsprozesse zu begünstigen dürfen Psychiatriefachleute uns die Möglichkeit nicht wegnehmen, Fehler zu machen. Fachleute müssen

das Konzept der Würde des Risikos und das Recht auf Fehlschlag beachten, wenn sie uns unterstützen wollen“ (Deegan 1995, S. 10). Der Genesungsweg sollte getragen sein von „*Connectedness“* (Beziehungen, in Gemeinschaft leben), „*Hope“ (*Glaube an Recovery, Motivation für Veränderung), „*Identity*“ (Neudefinition des Sinns von Identität), „*Meaning in life*“ (Neuorientierung, Lebensqualität) und „*Empowerment*“ (Verantwortungsübernahme, Kontrolle zurückgewinnen) (Leamy et al. 2011). Die Selbsthilfe- und Betroffenenbewegung versteht unter Recovery ein Prozess persönlicher Entwicklung und Veränderung der eigenen Haltung. Psychiatriefachleute können die individuelle Genesungsreise allenfalls unterstützen. In der klinischen Perspektive wird Recovery „[...] als die Reduktion von Symptomen und Funktionseinschränkungen und als langfristiges Ziel von Remission definiert“ (S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen S.48). Verbindende Ansatzpunkte für die Behandlung, abgeleitet aus übergeordneten Dimensionen, formulierten Whitley und Drake (2010): „[…] clinical, existential, functional, physical, and social“ (Whitley und Drake 2010, S. 1248). Die klinische Perspektive fokussiert die Symptomverbesserung und die Symptomkontrolle. Hinzu kommt die existentielle Dimension, welche Hoffnung, Empowerment, spirituelles Wohlbefinden und das Erfahren bedeutungsvoller Beziehungen sowie die Integration in die Familie/Freundschaften/Gemeinde beinhaltet (S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen). Im deutschsprachigen Raum stehen für die Umsetzung von Recovery folgende Materialien zur Verfügung: 100 Wege um Recovery zu unterstützen (Slade 2009), Schulungsprogramm Recovery praktisch (Zuaboni et al. 2012), Das Leben wieder in den Griff bekommen (Perkins und Rinaldi 2012), Das Gezeitenmodell (Barker und Buchanan-Barker 2013).

Die Literaturrecherche im März 2023 erbrachte keine relevante Evidenz für eine Empfehlung des Konzeptes Recovery als Grundlage der Behandlung von Menschen mit SBPF. Da bei einer schweren Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen die Beeinträchtigung in allen oder beinahe in allen Lebensbereichen (persönlich, familiär, sozial, bildungs- oder berufsspezifisch oder andere wichtige Funktionsbereiche) gegeben ist sowie die Fähigkeit und Bereitschaft, soziale oder berufliche Rollenerwartungen zu erfüllen nicht gegeben bzw. schwer beeinträchtigt sind und das Krankheitsbild häufig mit erheblicher Selbst- und Fremdgefährdung verbunden sein kann, wird ein Zielgruppenvergleich mit der Personengruppe der Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen (S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen), unterstützt von den Ergebnissen der begleitenden Studie im Rahmen dieser Leitlinie, als möglich angesehen.

1.3	Konsensbasierte Empfehlung	Modifiziert (Stand 2018)
EK	Menschen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen sollten in ihrem individuellen Recovery-Prozess unterstützt werden. Dazu gehören Interventionen, die Betroffene im Rahmen ihrer individuellen Ziele und Wünsche unterstützen, in ihrer Autonomie und Individualität stärken, eine Inklusion in alle Lebensbereiche und Lebensqualität fördern. Die Grundlage hierfür liegt in einer Recovery-Orientierung in allen Versorgungsbereichen und einem gemeinsamen Verständnis von Recovery.	
Leitlinienadaptation	S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (Empfehlung 2, S. 55): *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.* Siehe auch Leamy et al. (2011); Deegan (1995)	
	Konsensstärke: 100%	

4.1.5 Beziehungsgestaltung und Partizipative Entscheidungsfindung

Die Qualität der therapeutischen Beziehungsgestaltung hat eine wichtige Bedeutung in stationären, rehabilitativen und ambulanten Bereichen. Das Wirkkomponentenmodell von Grawe (2000) kann als Grundlage im Rahmen psychosozialen Handelns in der ambulanten Begleitung von Menschen mit SBPF herangezogen werden.

Im Wirkkomponentenmodell werden, neben positiven Kontroll-, Beziehungs- und selbstwerterhöhenden Erfahrungen, das Zusammenwirken der drei folgenden Komponenten beschrieben:

- Ressourcenaktivierung
- Problemspezifische Intervention
- Veränderung motivationaler Schemata

Das Zusammenwirken der Komponenten kann sich u.a. positiv auf die Entwicklung und die Qualität der therapeutischen Beziehungsgestaltung sowie auf positive Veränderungsprozesse auf Seiten der Patient:innen auswirken (Grawe 2000).

Im Rahmen der Interaktion zwischen Patient:innen und Therapeut:innen wird auf das Modell der partizipativen Entscheidungsfindung (engl. Shared Decision Making) hingewiesen. In diesem Modell wird die therapeutische Beziehung zwischen Patient:innen und Therapeut:innen als ein aktiver und gleichberechtigter Interaktionsprozess beschrieben. Unter anderem kann es auf einer Basis geteilter Informationen, gleichberechtigter Kommunikation und individueller Präferenzen zu einer gemeinsamen Entscheidungsfindung kommen (Scheibler und Pfaff 2003; Loh et al. 2007a). In der Forschung zu Wirkkomponenten der Partizipativen Entscheidungsfindung stehen bislang überwiegend die therapeutische Beziehungsgestaltung zwischen Ärzt:innen und

Patient:innen sowie die Beteiligung der Patient:innen an medizinischen Entscheidungsprozessen im Vordergrund.
Im Rahmen eines Reviews (Alguera-Lara et al. 2017) wurden mögliche Vorteile durch Partizipative Entscheidungsfindung identifiziert. So kann es zu einer Reduktion der Symptome, einem verbesserten Selbstwerterleben, höherer Behandlungszufriedenheit, einem aktiveren Einbezug der Betroffenen in das Therapiegeschehen sowie einer verringerten Inanspruchnahme stationärer Behandlungen kommen. Jedoch sehen die Autor:innen eine Umsetzung kritisch, da Barrieren unterschiedlicher Art sowohl auf individueller Ebene als auch auf der Systemebene erwartet werden können.
Studienergebnisse weisen auf positive Effekte der Partizipativen Entscheidungsfindung in der Behandlung unterschiedlicher Störungsbilder hin, so auch für Patient:innen mit einer Depression in der Hausarztpraxis (Loh et al. 2007b) sowie für Patient:innen mit einer Schizophrenie (Hamann et al. 2005; Hamann et al. 2006). Auch in der S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen wird auf eine zunehmende Beachtung des Modells der Partizipativen Entscheidungsfindung (Scheibler et al. 2003; Dierks et al. 2001; Klemperer 2003) hingewiesen. In einem systematischen Review (Loh et al. 2007a) weisen die Autor:innen jedoch darauf hin, dass in Situationen, in denen Patient:innen aufgrund der Schwere ihrer Erkrankung wie zum Beispiel einer sehr schweren Depression oder Manie, einer wahnhaften Depression oder Manie sowie in Krisen- oder Notfallsituationen, in ihrer Einwilligungsfähigkeit eingeschränkt sein oder sich durch eine aktive Beteiligung überfordert fühlen können (Loh et al. 2007a). Hier kann die Umsetzung einer Partizipativen Entscheidungsfindung als weniger sinnvoll erachtet werden.
Im Rahmen einer Recherche konnten weitere Literatur und Forschungsarbeiten identifiziert werden, in denen Shared Decision Making bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen im Fokus stand (Aoki 2020; Aoki et al. 2022; Treichler und Spaulding 2017). Die systematische Recherche im Zusammenhang mit Schlüsselfrage 9, bei der es um die therapeutische Beziehung geht, erbrachte, dass Interventionen zur Stärkung der partizipativen Entscheidung bei Patient:innen mit Schizophrenie-Spektrum-Störungen die therapeutische Beziehung geringfügig (gemitteltes Hedge's g = 0.21) im Vergleich zu Treatment as usual verbessern, vor allem hinsichtlich der Allianz und der Qualität der Kommunikation. Diese Erkenntnisse beruhen auf einer Meta-Analyse von k = 11 randomisierten kontrollierten Studien mit n = 1.168 Patient:innen mit moderater Qualität der Evidenz (siehe Kapitel 4.2.8 für weitere Hinweise zur Beziehungsgestaltung).

1.4	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu
Empfehlungsgrad: **B**	Diagnostische, therapeutische und versorgungsbezogene Entscheidungen sollen entsprechend dem Konzept der partizipativen Entscheidungsfindung erfolgen.	
Qualität der Evidenz:		
Stärkung der therapeutischen Beziehung: ⊕⊕⊕⊖	Literatur: Stovell et al. (2016)	
	Konsensstärke: 100%	

4.1.6 Selbstmanagement und Selbsthilfe

Die Selbsthilfe spielt bei der Behandlung von Menschen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen eine bedeutende Rolle. Der Nutzen von Selbsthilfe ist unumstritten. Allerdings gibt es kein einheitliches Verständnis und keine eindeutige Begrifflichkeit für Selbsthilfe.

1.5	Konsensbasiertes Statement	Neu
EK	Selbsthilfe ist mittlerweile ein fester Bestandteil im Hilfesystem für Menschen mit SBPF. Sie unterstützt die Selbstmanagementkompetenzen, dient dem Austausch und der Aktivierung von Ressourcen und Selbstheilungskräften und dem besseren Verständnis und dem Umgang mit der Erkrankung.	
Leitlinienadaptation	S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (Statement 2, S. 64): *Selbsthilfe ist mittlerweile ein fester Bestandteil im Hilfesystem für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Sie unterstützt die Selbstmanagementkompetenzen, dient dem Austausch und der Aktivierung von Ressourcen und Selbstheilungskräften und dem Verständnis und der Akzeptanz der Erkrankung.*	
	Konsensstärke: 100%	

Hinweis: Das Statement aus der S3-LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (DGPPN 2018, S. 64) wurde modifiziert, um nicht wie ursprünglich die Akzeptanz der Erkrankung hervorzuheben, sondern ein besseres Verständnis und einen besseren Umgang mit der Erkrankung.

Im Rahmen des Selbstmanagements und der Selbsthilfe haben sich unterschiedliche Angebote und Möglichkeiten etabliert, die in den folgenden Unterkapiteln vorgestellt werden.

4.1.6.1 Selbstregulierung und mediengestützte Edukation

Selbstmanagement bzw. Selbstregulierung wird „als Fähigkeit verstanden, die eigene Entwicklung selbständig zu gestalten“ (S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen, S. 65), zu steuern und auch mit krankheitsbedingten Einschränkungen umzugehen. Selbstmanagement-Programme können bei Menschen mit SBPF positiv dazu beitragen, die Einschränkungen, die sowohl durch Krankheit als auch durch Beeinträchtigungen der Teilhabe bedingt sind, zu bewältigen.
Im Rahmen der Selbsthilfe kann auch medienunterstützte Edukation hilfreich sein. Hierbei werden schriftliche Ratgeber von internetbasierter Selbsthilfe unterschieden. Wie aus der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (S. 66) hervorgeht, liegt bisher kaum Evidenz hinsichtlich der Wirksamkeit der Patient:innenratgeber bei schweren psychischen Störungen vor. Auch im Zusammenhang mit SBPF mangelt es an Evidenz. Bei Menschen mit schweren psychischen Störungen weisen erste Befunde zu internet- und computerbasierten Interventionen „auf Machbarkeit und positive Effekte hinsichtlich klinischer und sozialer Outcomes hin“ (S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen, S. 67; siehe auch Kapitel 4.2.4).

1.6	Konsensbasierte Empfehlung	Neu
EK	Selbstmanagement ist ein bedeutender Teil der Krankheitsbewältigung und sollte im gesamten Behandlungs- und Versorgungsprozess intensiv unterstützt werden. Ratgeber und Selbsthilfemanuale sollten interessenunabhängig, leicht verständlich *(auch übersetzt in die leichte Sprache*) und qualitativ hochwertig sein.	
	S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (Empfehlung 5 und 6, S. 65f): *Selbstmanagement ist ein bedeutender Teil der Krankheitsbewältigung und sollte im gesamten Behandlungsprozess unterstützt werden* und *Ratgeber und Selbsthilfemanuale sollten interessenunabhängig, leicht verständlich und qualitativ hochwertig sein.*	
	Konsensstärke: 100%	

Hinweis: Die Empfehlung wurde modifiziert und um den Begriff „Versorgung“ erweitert, um die Unterstützung nicht nur wie in der Empfehlung 5 aus der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (S.65) im Bereich der Behandlung (im engeren Sinne nach SGB V) anzusiedeln, sondern auch in anderen Bereichen der Versorgung, wie beispielsweise in der Eingliederungshilfe nach SGB IX., zu verorten.

4.1.6.2 Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen

Selbsthilfegruppen haben verschiedene Organisationsformen und verschiedene Größen. Sie können sowohl offen für neue Mitglieder wie auch geschlossen sein und sowohl als einzelne Zusammenschlüsse wirken als auch Bestandteil größeren Selbsthilfeorganisationen sein.
Selbsthilfeorganisationen, wie beispielsweise der Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener (BPE), sind oft breiter aufgestellt und leisten über die Selbsthilfegruppenarbeit hinaus Beratung ihrer Mitglieder. Z.B. beraten sie bei eigenen EUTB-Stellen (EUTB = Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung) und vertreten ihre Mitglieder und andere Betroffene in politischen Gremien (Selbstvertretung). Auch die Selbstvertretung kann bei Menschen mit SBPF einen positiven Beitrag zur Krankheitsbewältigung leisten und Empowerment und Recovery fördern.
Selbsthilfekontaktstellen übernehmen als regionale professionelle Einrichtungen eine Beratungsfunktion. Sie informieren über Selbsthilfegruppen und unterstützen auch bei der Neugründung von Selbsthilfegruppen.

1.7	Konsensbasierte Empfehlung	Neu
EK	Patient:innen mit SBPF sollen über Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen informiert und auf Wunsch bei der Kontaktaufnahme unterstützt werden.	
Leitlinienadaptation	S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (Empfehlung 8, S. 71): *Patienten sollen über Selbsthilfe- und Angehörigengruppen informiert und, wenn angebracht, zur Teilnahme ermuntert werden.*	
	Konsensstärke: 100%	

Hinweis: Die Empfehlung 8 aus der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen wurde modifiziert, auf die Zielpopulation übertragen, das Spektrum der Anlaufstellen für Selbsthilfe erweitert und die Empfehlung leicht umformuliert.

4.1.6.3 Peer-Support—Expert:innen aus Erfahrung

Die Einbeziehung und Mitarbeit von Peers als Genesungsbegleiter:innen hat auch bei der Behandlung und Versorgung von Menschen mit SBPF immer größere Bedeutung. Dies zeigt sich u.a. darin, dass die geltende PPP-RL (Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtline) des Gemeinsamen Bundesausschusses in § 9 Abs. 2 den Einsatz von Genesungsbegleiter:innen unabhängig von Diagnosen in der Erwachsenenpsychiatrie und in der Psychosomatik als Qualitätsempfehlung ausspricht (G-BA 2024).
Peer-Support ist auch eine wichtige Antwort auf die von vielen Betroffenen gewünschte und für den Genesungsprozess (Recovery) wichtige Förderung von Autonomie und partizipativer Entscheidungsfindung und unterstützt die Schritte Richtung nutzerorientierter Transformation der psychiatrischen und psychosozialen Einrichtungen und Dienste.

1.8	Konsensbasierte Empfehlung	Neu
EK	Menschen mit SBPF sollte Peer-Support unter Berücksichtigung ihrer Wünsche und Präferenzen zur Stärkung des Recovery-Prozesses und zur Förderung der aktiven Beteiligung an der Behandlung angeboten werden.	
	Siehe auch S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (Empfehlung 9, S. 90): *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.*	
	Konsensstärke: 96%	

4.2 Empfehlungen auf Basis systematischer Literaturrecherche

Mit den oben beschriebenen Definitionen führte die Arbeitsgruppe in Mainz eine systematische Literaturrecherche für die Schlüsselfragen 1-5 durch. So sollte die bestverfügbare Evidenz identifiziert werden (Blümle et al. 2020). Auf Anraten der AWMF wurden im Nachgang zur Konsensuskonferenz am 14.02.2023 zusätzlich die Schlüsselfragen 9 und 11 durch die jeweiligen Arbeitsgruppen systematisch recherchiert. Die zugehörigen Evidenztabellen finden sich im Kapitel 6 und im Leitlinienreport unter Kapitel 3.1.4.

4.2.1 Befunde aus Qualitativen Studien im Rahmen der systematischen Literaturrecherche

Bei der systematischen Literaturrecherche wurden zwei qualitative Studien identifiziert, welche Hinweise darauf geben könnten, wie Patient:innen mit SBPF verschiedene Interventionen wie Psychotherapie und gemeindepsychiatrische Versorgung erleben. Diese werden folgend dargestellt. Weitere qualitative Studien, die sich hauptsächlich mit Therapeutischer Beziehung beschäftigen, finden sich in den Hintergrundtexten des Kapitels 4.2.8.
Die Synthese von Little et al. (2018) untersuchte, wie Patient:innen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung eine Dialektisch-behaviorale Therapie (DBT; Linehan 1993) erleben und wurde im Rahmen der systematischen Literaturrecherche zur Schlüsselfrage 1 gefunden. Dazu unter-

suchten sie sieben qualitative Studien. Aus Sicht der Patient:innen waren die wichtigsten Aspekte in der Therapie die therapeutische Beziehung, die Entwicklung eines Selbstwirksamkeitserlebens und ein Perspektivwechsel hinsichtlich des eigenen Selbst und die Zukunft.
Bezüglich der Therapeutischen Beziehung erlebten die Patient:innen diese als hilfreich, wenn sie die Therapeut:in als „zugewandt, nicht bewertend und respektvoll" erlebten und diese „spezielles Wissen besaßen, um eine positive Beziehung zu etablieren". Gruppentherapie wurde einerseits als Ort von Wertschätzung und andererseits auch von möglicher Überforderung beschrieben.
Bezüglich der Entwicklung des Selbstwirksamkeitserlebens beschrieben Patient:innen, dass sie durch die Therapie Fähigkeiten erlernt hätten, die den Umgang mit schwierigen Situationen erlauben. Zudem wurde betont, dass Verhaltensänderung durch ein selbstverantwortliches Handeln erreicht werden könne.
Im Hinblick auf einen Perspektivwechsels zeigte sich, dass die Patient:innen vor ihrer Therapie oft Hoffnungslosigkeit erlebten, sich selbst nicht verstanden und auch von anderen nicht verstanden fühlten. Nach der Therapie konnte eine positivere Aussicht in die Zukunft erreicht werden. Dies ist ein Faktor, der häufig nicht als Hauptoutcome in quantitativen Studien untersucht wurde.
Als ein hinderlicher Faktor wurde beschrieben, dass die Sprache, mit der die DBT-Skills vermittelt werden eine Barriere für das Erlernen der Skills darstellte und einschüchternd wirkte. Zudem wurde berichtet, dass sich die Therapie und die damit einhergehende Verhaltenshänderungen auch nachteilig auf die Beziehungen der Patient:innen ausgewirkt hätte.
Die Synthese von Sheridan Rains et al. (2021) untersuchte, wie Patient:innen mit Persönlichkeitsstörung die Inanspruchnahme gemeindepsychiatrischer Dienste (community mental health services) erleben und wurde im Rahmen der systematischen Literaturrecherche zu den Schlüsselfragen 3 und 5 gefunden. Dazu untersuchten sie 47 Studien, die vor allem in Großbritannien durchgeführt wurden. Es wurden die Erfahrungen der Patient:innen aus verschiedenen Bereichen dargestellt.
Erstens wünschen sich Patient:innen mit Persönlichkeitsstörung bei Behandlungen, die meist über mehrere Jahre andauern, eine Langzeitperspektive. Diese soll kleine, graduelle Fortschritte in der Fähigkeit der Emotionsregulation oder im Führen von Beziehungen unterstützen. Ziel der Behandlung sei nicht die Abwesenheit von Symptomen, sondern eine verbesserte Möglichkeit des Umgangs damit.
Zweitens, dass sich Patient:innen mit Persönlichkeitsstörung eine individualisierte und ganzheitliche Behandlung wünschen, da spezialisierte Therapien teilweise als zu begrenzt erlebt wurden und Teile ihres Erlebens kein Raum in Behandlungen fanden.
Drittens erlebten die Patient:innen große Unterschiede im Zugang und Qualität von Angeboten. So waren auf Persönlichkeitsstörungen spezialisierte Einrichtungen besser angesehen, aber auch schlechter verfügbar als allgemeine Anlaufstellen. Gute Qualität bedeutete in diesem Kontext, dass Versorgungsangebote von den Patient:innen verstanden werden konnten, kompetentes Personal verfügbar war und Patient:innen in die Versorgungsplanung involviert waren. Zudem erlebten die Patient:innen, dass eine kontinuierliche Fortführung der Behandlung, gerade beim Wechseln von Einrichtungen, selten gegeben war und es immer wieder zu Unterbrechungen kam.
Viertens wurde die Therapeutische Beziehung als zentral angesehen. Wurden die Therapeut:innen als „vertrauensvoll, offen, ehrlich, annehmend, nicht bewertend und an ihrer Arbeit und den Patient:innen interessiert" wahrgenommen, wurde dies als sehr positiv erlebt. Hingegen erlebten die Patient:innen die Behandlung insgesamt eher negativ, wenn die Therapeut:innen

als schlecht für Persönlichkeitsstörungen ausgebildet und wenig empathisch erlebt wurden, sowie wenn Therapeut:innen Patient:innen mit Persönlichkeitsstörung als „schwierig“ wahrnahmen. Zudem waren Patient:innen gemeinsame Ziele wichtig, dass Familie und Freunde einbezogen wurden und Peer-Support gegeben war. Hinsichtlich Gruppentherapie wurde analog zur Studie von Little et al. (2018) betont, dass eine Balance zwischen Gefühlen der Zugehörigkeit und Überforderung durch andere Gruppenteilnehmende notwendig sei.
Fünftens wurde der Einfluss der Diagnose Persönlichkeitsstörung untersucht. Die Patient:innen erlebten die Diagnose teilweise als stigmatisierend, auf der anderen Seite ermöglichte die Diagnose aber auch, spezialisierte Behandlungen zu erhalten und die individuellen Beeinträchtigungen zu reflektieren.
Wenn Angebote für Patient:innen mit SBPF ins deutsche Gesundheitssystem implementiert werden, sollten die dargestellten Befunde Berücksichtigung finden, wobei die Übertragbarkeit auf Deutschland ein limitierender Faktor sein kann. Es kann angenommen werden, dass ein Großteil der in den Untersuchungen von Sheridan Rains et al. (2021) und Little et al. (2018) betrachteten Patient:innen auch SBPF aufweisen (Wendt et al. 2024b).
Was bedeuten diese Befunde für unsere Leitlinie? Wichtige Aspekte, die sich interventionsunabhängig zeigen, sind die Wünsche von Patient:innen nach guter Therapeutischer Beziehung, Wertschätzung und nach Orientierung, sowohl in ihrem Leben als auch im Gesundheitssystem. Diese Leitlinie widmet sich diesen Themen insbesondere mit den Schlüsselfragen 3, 5 und 9.

4.2.2 Schlüsselfrage 11: Hat dimensionale Diagnostik einen Vorteil gegenüber nichtdimensionaler Diagnostik für Patient:innen und/oder Versorger (z. B. bessere Arzt-Patienten-Kommunikation, größere Zufriedenheit mit Behandlung, geringere Stigmatisierungserfahrung)?

Für diese Schlüsselfrage ergaben sich:
3 evidenzbasierte Empfehlungen.

Aus empirischer Sicht gilt für die allermeisten psychischen Störungen, dass die ihnen zugrunde liegenden Merkmale kontinuierlich verteilt sind und sich keine distinkten Gruppen von Menschen mit und ohne Störung finden lassen (Haslam et al. 2020). So weisen die Symptome von Persönlichkeitsstörungen beispielsweise Verteilungen auf, die besser mit einem dimensionalen Verständnis der zugrundeliegenden Unterschiede in Einklang zu bringen sind (Ahmed et al. 2013; Aslinger et al. 2018; Conway et al. 2012). Demnach führt eine Diagnostik, die ausschließlich auf kategorialen Diagnosen beruht, unweigerlich zu einer relativ willkürlichen Einteilung von Personen mit und ohne Störung, wodurch Nuancen im Schweregrad ignoriert werden (Clark et al. 2017). Die damit einhergehende verminderte Reliabilität und Validität (Markon et al. 2011; Wendt et al. 2019) schränkt den Informationswert von kategorialer Diagnostik ein, insbesondere in Bezug auf die Vorhersage behandlungsrelevanter Variablen wie Chronizität oder Prognose (Ruggero et al. 2019). Aus diesen und weiteren Gründen resultiert ein wachsender Trend hin zu dimensionalen Ansätzen bei der Konzeption und Messung von Psychopathologie. Modelle wie das Alternative Modell für Persönlichkeitsstörungen im DSM-5 (AMPD; American Psychiatric Association 2013) und die Hierarchische Taxonomie der Psychopathologie (Kotov et al. 2017; Kotov et al. 2021) betonen die Notwendigkeit einer stärkeren Anwendung dimensionaler Diagnostik in der klinischen Praxis (Hopwood et al. 2020; Ruggero et al. 2019).

Für Behandler:innen sind neben den psychometrischen Gütekriterien wie Reliabilität und Validität auch andere Aspekte von großer Bedeutung, wenn es darum geht, die Vor- und Nachteile verschiedener Methoden und Instrumente zu beurteilen. Das Konzept der klinischen Nützlichkeit beinhaltet im weitesten Sinne auch Aspekte der Validität, wie zum Beispiel eine sinnvolle Konzeptualisierung einer Störung und die Bereitstellung prognostisch relevanter Informationen (First et al. 2004; Keeley et al. 2016). In einer engeren Definition bezieht sich die klinische Nützlichkeit auf die Anwender:innenfreundlichkeit eines Messinstruments für Behandler:innen, seine Fähigkeit, die Kommunikation zwischen verschiedenen Beteiligten zu fördern und bei der Behandlungsplanung und Fallformulierung zu unterstützen (Mullins-Sweatt und Widiger 2009). Befragungen unter Behandler:innen deuten darauf hin, dass dimensionale Ansätze Vorteile in Bezug auf Akzeptanz und wahrgenommene klinische Nützlichkeit gegenüber kategorialen Ansätzen bieten könnten (Ellison et al. 2023; Morey und Hopwood 2020). Zudem zeigen Untersuchungen, dass selbst bei vorherrschender kategorialer Diagnostik die Entscheidungsprozesse im klinischen Alltag oft von dimensionalen Betrachtungsweisen beeinflusst werden könnten. Dimensionale Messungen korrelieren im Vergleich zu kategorialen Messungen in einigen Fällen stärker mit tatsächlichen Entscheidungen von Behandler:innen, wie beispielsweise der Indikationsstellung (Rodriguez-Seijas et al. 2017; Waszczuk et al. 2017).
In diesem Kapitel stellen wir im Rahmen einer systematischen Literaturübersicht evidenzbasierte Empfehlungen zur Diagnostik von Beeinträchtigungen der PF vor. Neben der Bewertung verfügbarer deutschsprachiger Instrumente hinsichtlich Reliabilität, Validität und klinischer Nützlichkeit werden auch die Vorteile von dimensionalen im Vergleich zu nicht-dimensionalen diagnostischen Ansätzen untersucht. Der Fokus liegt dabei auf Instrumenten, die eng an das Konzept der Level of Personality Functioning Scale (LPFS) der AMPD (American Psychiatric Association 2013) angelehnt sind; darüber hinaus werden mit dem Structured Interview on Personality Organization (STIPO; Clarkin et al. 2004; deutsch: Doering et al. 2013) und dem Interview der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD), das mittlerweile in der dritten Auflage vorliegt (Arbeitskreis OPD 2023), zwei Interviewverfahren aus dem psychodynamischen Bereich einbezogen, deren Eignung für Auswertungen gemäß der LPFS bereits empirisch untersucht wurde (Zimmermann et al. 2023). Die Interviews aus der psychodynamischen Tradition zielen originär auf die Erfassung der Persönlichkeitsorganisation bzw. des Strukturniveaus ab, die jedoch signifikante Überschneidungen mit dem Konzept der Beeinträchtigung der PF aufweisen (Hörz-Sagstetter et al. 2021). Instrumente, die auf dem neueren Schweregradkonzept von Persönlichkeitsstörungen aus der 11. Edition der International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-11, WHO 2022) basieren, werden in diesem Review nicht berücksichtigt. Wir beschränken uns weiterhin auf Instrumente, die speziell für das Erwachsenenalter konzipiert sind und legen bei der Gewichtung der Evidenz besonderes Augenmerk auf Instrumente, die in deutscher Sprache verfügbar sind und auf Evidenz aus dem deutschsprachigen Raum. Unser Review berücksichtigt sowohl Übersichtsarbeiten als auch relevante Einzelstudien, insbesondere die Ergebnisse einer neuen Studie, die im Rahmen des LL-SBPF Leitlinienprojekts von Wendt et al. (2024b) durchgeführt wurde. In dieser Studie wurden 346 Behandler:innen befragt, um die klinische Nützlichkeit des dimensionalen Konzepts der PF speziell für das deutsche Gesundheitssystem zu bestimmen. Übersichtsarbeiten, die den aktuellen Stand der Forschung zu LPFS Instrumenten zusammenfassen, wurden von Birkhölzer et al. (2021), Krueger und Hobbs (2020), Morey et al. (2022), Sharp und Wall (2021), Zimmermann et al. (2019) und Zimmermann et al. (2023) veröffentlicht.

Welche dimensionalen Instrumente stehen in deutscher Sprache zur Verfügung?

Die Originalversion der LPFS aus dem DSM-5 (American Psychiatric Association 2013) charakterisiert den Schweregrad von Beeinträchtigung der PF anhand von prototypischen Beschreibungen für fünf Stufen. Diese reichen von keiner oder minimaler Beeinträchtigung (Stufe 0) bis hin zu extremer Beeinträchtigung (Stufe 4). Die LPFS differenziert weiterhin hinsichtlich vier adaptiver Funktionen der Persönlichkeit, die auch als Komponenten der LPFS bezeichnet werden: Identität, Selbststeuerung, Empathie und Nähe. Die LPFS kann als Ratingverfahren genutzt werden, bei dem Behandler:innen ihren Eindruck von Patient:innen mit den bereitgestellten Beschreibungen vergleichen und das Persönlichkeitsfunktionsniveau entweder global oder für die vier Komponenten separat bewerten. Die deutsche Übersetzung der LPFS ist in der deutschen Ausgabe des DSM-5 enthalten und wird darin als *Skala zur Erfassung des Funktionsniveaus der Persönlichkeit* bezeichnet (Falkai et al. 2018). Zur Verbesserung der Anwender:innenfreundlichkeit haben Wendt et al. (2024b) eine kompaktere deutschsprachige Version der LPFS vorgestellt. Für eine systematische Herangehensweise der Beurteilung stehen strukturierte Interviews zur Verfügung, darunter das Semi-Structured Interview for Personality Functioning DSM-5 (STiP-5.1; Hutsebaut et al. 2017) sowie das Structured Clinical Interview for the Level of Personality Functioning Scale (SCID-AMPD Modul 1; Bender et al. 2018). Für beide Interviews gibt es deutsche Übersetzungen (Zettl et al. 2020; Hörz-Sagstetter et al. 2024). Selbstbeurteilungsfragebögen wie die Level of Personality Functioning Scale-Self-Report (LPFS-SR: Morey 2017) und deren Kurzformen (LPFS-BF; Hutsebaut et al. 2016; LPFS-BF 2.0, Weekers et al. 2019) sind ebenfalls in deutscher Sprache verfügbar (Spitzer et al. 2021; Zimmermann et al. 2020).

Welche Evidenz liegt für deren Reliabilität vor?

Interrater-Reliabilität, die Übereinstimmung zwischen Beurteilungen derselben Personen durch unterschiedliche Beurteilende, ist ein wichtiger Aspekt der psychometrischen Güte von Instrumenten, die im Kern auf Fremdbeurteilung beruhen. Untersuchungsergebnisse legen nahe, dass die Interrater-Reliabilität der LPFS weitgehend akzeptabel ist, und das unabhängig davon, ob die Beurteilenden auf der Grundlage von Fallvignetten (Garcia et al. 2018; Morey 2019), narrativen Lebensläufen (Roche et al. 2018), Persönlichkeits- oder Lebensgeschichtsinterviews (Cruitt et al. 2019; Roche und Jaweed 2023), klinischen Interviews (Di Pierro et al. 2020; Few et al. 2013; Preti et al. 2018; Zimmermann et al. 2014) oder unstrukturierten klinischen Eindrücken (Dereboy et al. 2018) die Beurteilung durchführen. Dies gilt auch für untrainierte oder klinisch unerfahrene Beurteilende. In den oben aufgeführten zehn Studien mit insgesamt 676 Zielpersonen und 3,451 Bewertungen betrug die gewichtete Intraklassen-Korrelation (ICC) eines einzelnen Beurteilenden für den globalen Score der LPFS laut Zimmermann et al. (2023) .55, 95% KI [.47, .63].

Für den klinischen Einsatz der Leitlinie erscheint relevant, dass relativ zuverlässige Einschätzungen der LPFS auch dann möglich sind, wenn die Informationen aus Interviews stammen, die ursprünglich zur Erfassung anderer, psychodynamischer Konzepte entwickelt wurden (Zimmermann et al. 2023). Schätzer für die Interrater-Reliabilität in Studien mit studentischen Beurteiler:innen waren wie folgt: In Zimmermann et al. (2014), wo die Ratings von Bachelor-Studierenden auf dem OPD-Interview basierten, lag die Interrater-Reliabilität bei .51. In Preti et al. (2018) lag sie für das STIPO bei .42 und Di Pierro et al. (2020) fanden für das STIPO einen Wert von .80. Somit deuten die Ergebnisse darauf hin, dass diese Interviews hinreichende Informationen für eine Einschätzung auf der LPFS liefern, was angesichts der konzeptuellen Nähe (Hörz-Sagstetter et al. 2021; Zimmermann et al. 2012) und der oft hohen Korrelationen

zwischen den Konstrukten (Doering et al. 2013; Kampe et al. 2018; Zimmermann et al. 2014) nachvollziehbar ist.
Insgesamt scheint die Interrater-Reliabilität allerdings deutlich höher zu sein, wenn die Beurteilenden eine entsprechende Schulung erhalten (Garcia et al. 2018) oder wenn die Diagnostik auf strukturierten Interviews basiert, die speziell dafür entwickelt wurden, die notwendigen Informationen gezielt zu erheben (Young und Beazley 2023; Zimmermann et al. 2023). Bisher wurden neun Studien zur Interrater-Reliabilität der Interviewverfahren STiP-5.1 und SCID-AMPD Modul 1 durchgeführt (Buer Christensen et al. 2018; Hutsebaut et al. 2017; Meisner et al. 2022; Møller et al. 2021; Somma et al. 2020; Thylstrup et al. 2016), darunter drei mit deutschsprachigen Versionen (Kampe et al. 2018; Ohse et al. 2023; Zettl et al. 2020). Laut Zimmermann et al. (2023) lag der gewichtete ICC für den Gesamtscore der LPFS über alle genannten Studien hinweg bei .83 (95% CI .75, .92), was als ausgezeichnet eingestuft wird (Cicchetti 1994). Diese Ergebnisse wurden durch eine unabhängig durchgeführte Meta-Analyse von Young und Beazley (2023) bestätigt, die auf sehr ähnlichen Primärstudien aufbaut. In den deutschsprachigen Studien wurden ebenfalls exzellente ICC-Werte festgestellt: .77 (Zettl et al. 2020), .93 (Kampe et al. 2018) und .95 (Ohse et al. 2023). Es ist allerdings zu beachten, dass die deutschsprachigen Studien insgesamt nur auf 174 Ratings von 73 Patient:innen und 36 Beurteilenden basieren. Es gibt zwei Studien zum SCID-AMPD Modul I, die ein strengeres Test-Retest-Design verwendet haben, bei dem Patient:innen innerhalb kurzer Zeit erneut von einer anderen Person interviewt wurden. In diesen Studien lag der ICC für den Gesamtwert der LPFS bei .75 (Buer Christensen et al. 2018) und .84 (Ohse et al. 2023).
Studien der internen Konsistenz ermöglichen es, die Reliabilität eines Testwertes zu schätzen, der auf Basis eines bestimmten Indikatorensets geformt wurde. Eine hohe interne Konsistenz zeigt an, ob Indikatoren stark positiv korrelieren und sich zu einem einheitlichen Konstrukt zuverlässig zusammenfassen lassen. Die bisherigen Forschungsergebnisse zur internen Konsistenz deuten darauf hin, dass LPFS-Instrumente mithilfe von Gesamtwerten individuelle Unterschiede in globalen Beeinträchtigungen von PF mit mindestens akzeptabler Reliabilität abbilden können. So wurde beispielsweise festgestellt, dass die interne Konsistenz des LPFS-Gesamtwertes, auf Grundlage der vier Komponenten, als akzeptabel (Dereboy et al. 2018; Morey et al. 2013), und auf Grundlage von Unterkomponenten als sehr hoch eingestuft werden kann (Bach und Hutsebaut 2018; Cruitt et al. 2019; Dowgwillo et al. 2018; Hutsebaut et al. 2017). In deutschsprachigen Studien zeigten Gesamtwerte der Selbstbeurteilungsinstrumente LPFS-BF 2.0 und der LPFS-SR eine hohe interne Konsistenz mit Werten von .93 und .94 (Spitzer et al. 2021) beziehungsweise .97 (Zimmermann et al. 2020).

Welche Evidenz liegt für deren Validität vor?
Validität bezeichnet den Grad, zu dem eine Messung misst, was sie messen soll. Zur Beurteilung der Validität können verschiedene Ansätze verfolgt werden (z.B. Untersuchung von interner Struktur, konvergente und diskriminante Validität), deren Gemeinsamkeit darin liegt, dass geprüft wird, ob die beobachteten Muster von statistischen Zusammenhängen plausibel mit der theoretischen Konzeptualisierung des Konstrukts übereinstimmen. In einer Vielzahl von Studien wurden für verschiedenste LPFS Instrumente Validitätstests durchgeführt, die hier nur selektiv wiedergegeben werden. Interessierte werden auf die Übersichtsarbeiten verwiesen, welche die Validität von LPFS Instrumenten im Gesamturteil positiv beurteilen (Krueger und Hobbs 2020; Sharp und Wall 2021; Zimmermann et al. 2019; Zimmermann et al. 2023). Untersuchungen der internen Struktur von LPFS-Instrumenten legen nahe, dass diese sich meist

relativ gut durch zwei hoch miteinander korrelierende Faktoren charakterisieren lässt (Zimmermann et al. 2023). Diese Faktoren werden entsprechend der Konzeptualisierung der LPFS typischerweise als selbstbezogene und interpersonelle Beeinträchtigungen interpretiert. Wegen ihrer hohen Korrelation ist es oftmals zweckmäßig, sie zu einem globalen LPFS-Score zusammenzuführen, der die Gesamtschwere der Beeinträchtigung von PF widerspiegelt. Für die Komponenten Identität, Selbststeuerung, Empathie und Nähe gibt es weniger klare Hinweise auf separate Faktoren (Bliton et al. 2022; Hemmati et al. 2020; Sleep et al. 2019; Sleep et al. 2020). Dennoch bieten die prototypischen Beschreibungen der unterschiedlichen Beeinträchtigungsgrade innerhalb dieser vier Komponenten ein stimmiges empirisches Muster, wie die Studie von Zimmermann et al. (2015) zeigt.

Auch Studien zur konvergenten Validität stützen die Validität von LPFS-Instrumenten. Zum Beispiel fanden sich konvergente Zusammenhänge in Bezug auf Monomethod-Korrelationen zwischen verschiedenen LPFS-Fragebögen (Bliton et al. 2022; McCabe et al. 2021; Roche und Jaweed 2023; Somma et al. 2020), in Bezug auf Heteromethod-Korrelationen zwischen Selbstberichten und Ratings von Expert:innen oder Informant:innen (Heissler et al. 2021; Nelson et al. 2018; Ohse et al. 2023; Roche et al. 2018; Roche und Jaweed 2023; Somma et al. 2020; Weekers et al. 2021b), und in Bezug auf Korrelationen zwischen LPFS Instrumenten und intensiv-longitudinal gemessenen alltäglichen Beeinträchtigungen von PF (Roche et al. 2016; Roche et al. 2018). Da eine der Intentionen bei der Entwicklung der LPFS die konzeptuelle Einordnung und Erfassung des Schweregrades von Persönlichkeitsstörungen war, können starke Zusammenhänge zwischen den LPFS-Werten und der Anzahl erfüllter Kriterien von Persönlichkeitsstörungen auch als Hinweis auf konvergente Validität interpretiert werden. Hier ergab sich in unserer Random-Effects-Meta-Analyse von sechs Studien (Buer Christensen et al. 2020; Dereboy et al. 2018; Few et al. 2013; Hutsebaut et al. 2017; Morey et al. 2013; Ohse et al. 2023) mit 1079 Individuen aus überwiegend klinischen Stichproben ein geschätzter Korrelationskoeffizient von .57, 95% CI [.48, .66].

Ein weiterer Indikator für die psychometrische Qualität eines diagnostischen Verfahrens ist dessen diskriminante Validität. Hier ist zu klären, ob sich Beeinträchtigungen der PF von anderen Konstrukten nicht nur konzeptuell, sondern auch durch empirisch unterscheidbare Messwerte sowie unterscheidbare Zusammenhangsmuster von anderen Konstrukten abgrenzen lassen. Konkret: Wenn zwei Tests, die unterschiedliche Konstrukte erfassen sollen, bei Personen immer die gleichen oder sehr ähnliche Messwerte ergeben (d.h. eine zu hohe Korrelation zwischen den beiden Tests) oder wenn diese Messwerte zudem die gleichen Implikationen für die Vorhersage anderer Variablen haben (d.h. die gleichen Zusammenhänge mit dritten Variablen aufweisen), dann bestünden berechtigte Zweifel, ob diese Tests nicht einfach dasselbe Konstrukt messen. Solche Fragen der Abgrenzung des Konzepts der Beeinträchtigung der PF von anderen Konzepten stellen sich insbesondere in Bezug auf den allgemeinen Schweregrad der Psychopathologie (Smith et al. 2020), die Funktionsfähigkeit gemäß der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (WHO 2001/2005) sowie die maladaptiven Persönlichkeitstraits gemäß Kriterium B des AMPD im DSM-5 (American Psychiatric Association 2013). Ein erster Ansatz zur Untersuchung der diskriminanten Validität besteht darin, die Spezifität der LPFS-Messungen anhand von Zusammenhangsmustern mit psychischen Störungen wie Persönlichkeitsstörungen, Depression oder Angst zu beurteilen. Dies wurde beispielsweise mittels Mittelwertvergleichen zwischen Patient:innen mit Persönlichkeitsstörungen und solchen mit anderen psychiatrischen Diagnosen untersucht. In sechs Studien mit insgesamt 403 Individuen mit Persönlichkeitsstörungen und 234 Individuen mit anderen Diagnosen (Buer Christensen et al. 2020; Di Pierro et al. 2020; Doubková et al. 2022;

Hutsebaut et al. 2017; Oitsalu et al. 2022; Zettl et al. 2019) zeigte sich, dass Personen mit Persönlichkeitsstörungen deutlich höhere Mittelwerte auf der LPFS aufwiesen als Personen mit anderen psychiatrischen Diagnosen. Nach unseren Berechnungen ergibt sich für diese Studien meta-analytisch ein Mittelwertunterschied von d = 1.25, 95% CI [0.92; 1.58]. Im Vergleich zu Expertenratings zeigen Selbstberichtsmaße der LPFS bei Korrelationen mit Angst- oder Depressionssymptomen häufig nur geringfügig niedrigere oder sogar gleich hohe Werte wie bei Korrelationen mit Persönlichkeitsstörungen (Sleep et al. 2019; Sleep et al. 2020; Spitzer et al. 2021). Wie bereits erwähnt, besteht ein zweiter Ansatz zur Beurteilung der diskriminanten Validität darin, zu prüfen, ob die Korrelationen mit anderen Konstrukten nicht zu hoch sind. So wurde in einer Studie von McCabe et al. (2021) die latente Korrelation zwischen den Selbstberichten über Beeinträchtigungen der PF und der allgemeinen Psychopathologie auf .94 geschätzt, was auf eine geringe diskriminante Validität hindeutet. Darüber hinaus zeigen sich auch in Längsschnittdaten empirische Abgrenzungsschwierigkeiten zwischen selbstberichteten Beeinträchtigungen von PF und Neurotizismus, der die Tendenz zum Erleben negativer Emotionen beschreibt (Haehner et al. 2023). In den letzten Jahren wurde vor allem die empirische Abgrenzbarkeit zwischen Beeinträchtigungen der PF und maladaptiven Persönlichkeitsmerkmalen kontrovers diskutiert, da auch hier Hinweise auf hohe bis sehr hohe Korrelationen gefunden wurden (Sharp und Wall 2021; Sleep et al. 2021; Widiger et al. 2019). Zusammenfassend lässt sich sagen, dass insbesondere bei den Selbstberichtsmaßen der LPFS Zweifel an der diskriminanten Validität bestehen, während bei den Interviewverfahren weitere Studien für eine umfassendere Bewertung erforderlich sind.

Welche Evidenz liegt für deren klinische Nützlichkeit für Behandler:innen vor?

Die klinische Nützlichkeit der LPFS wurde in zahlreichen Fallberichten veranschaulicht (Bach et al. 2015; Pincus et al. 2016; Schmeck et al. 2013; Skodol et al. 2015; Weekers et al. 2020) und durch Übersichtsarbeiten systematisch evaluiert (Bach und Tracy 2022; Hopwood 2018; Milinkovic und Tiliopoulos 2020), die zu positiven Einschätzungen hinsichtlich der klinischen Nützlichkeit von LPFS-Instrumenten kommen. Eine wichtige Methode zur Untersuchung der klinischen Nützlichkeit besteht in Anwender:innenumfragen. Dabei bewerten Behandler:innen die Nützlichkeit eines diagnostischen Systems direkt, nachdem sie es auf Fallbeispiele oder tatsächliche Patient:innen angewendet haben. Besonders hervorzuheben sind die Studien von Morey et al. (2014) und Wendt et al. (2024b). In diesen Studien bewerteten Behandler:innen unter anderem die klinische Nützlichkeit eines globalen Ratings der LPFS auf einer fünfstufigen Skala, nachdem sie die LPFS zunächst auf ihre eigenen Patient:innen angewendet hatten. Während Behandler:innen in Morey et al. (2014) die Schwierigkeit der Anwendung eines globalen LPFS Ratings auf einer Skala von „schwer“ (1) bis „leicht“ (5) im Durchschnitt als „mittelmäßig“ (M = 3.02) einstuften, lag der Durchschnittswert in Wendt et al. (2024b) bei „eher leicht“ (M = 3.82). Die klinische Nützlichkeit des LPFS-Gesamtratings wurde in der Studie von Morey et al. (2014) für die Patientenkommunikation, für die Kommunikation unter Behandler:innen und für die Behandlungsplanung auf einer Skala von „überhaupt nicht [nützlich]“ (1) bis „extrem [nützlich]“ (5) im Durchschnitt als etwa „mittelmäßig [nützlich]“ eingeschätzt (Werte zwischen 2.97 und 3.08). Die durchschnittlichen Werte der deutschsprachigen Behandler:innen in Wendt et al. (2024b) lagen jedoch deutlich höher (zwischen 3.36 und 3.65), und näherten sich somit stärker der Kategorie „sehr [nützlich]“ an. Die im Durchschnitt positiveren Bewertungen der klinischen Nützlichkeit der LPFS in Wendt et al. (2024b) scheinen am ehesten damit erklärbar zu sein, dass dimensionale Modelle heutzutage zunehmend Akzeptanz finden.

Zur Frage, ob bestimmte Merkmale von Behandler:innen wie Alter, Geschlecht, Berufserfahrung, psychologischer oder ärztlicher Hintergrund, oder Therapieverfahren mit der wahrgenommenen klinischen Nützlichkeit zusammenhingen, fanden Wendt et al. (2024b) keine Effekte in ihrer Stichprobe aus Behandler:innen des deutschen Gesundheitssystems.
Die Studie von Morey et al. (2014) ermöglichte als einzige einen direkten Vergleich zwischen der wahrgenommenen klinischen Nützlichkeit der LPFS und DSM-IV-Diagnosen von Persönlichkeitsstörungen und kam zu dem Ergebnis, dass Behandler:innen die Anwendung der LPFS als schwieriger und die Kommunikation darüber mit Kolleg:innen als weniger nützlich empfanden, obwohl sie in Bezug auf andere Aspekte der klinischen Nützlichkeit vergleichbar schien. Psycholog:innen (jedoch nicht Psychiater:innen) sahen sogar einige Vorteile bei der LPFS im Vergleich zur DSM-IV-Diagnostik. Positive Bewertungen für die klinische Nützlichkeit der LPFS zeigten sich auch in einer Studie mit Studierenden erhalten, in der mehrere Fallbeispiele beurteilt wurden (Garcia et al. 2018). Eine qualitative Studie mit norwegischen Behandler:innen untersuchte die Erlernbarkeit und klinische Nützlichkeit des SCID-AMPD Moduls I, einem strukturierten Interview (Heltne et al. 2021). Es wurde festgestellt, dass dieses Interview eher den Bedürfnissen der Behandler:innen entsprach als ein Interview basierend auf kategorialer Diagnostik. Besonders hervorgehoben wurde die Verwendung einer dimensionalen Skala im SCID-AMPD Modul I und die Behandlung wichtiger Themen, die in vergleichbaren Interviewinstrumenten nicht berücksichtigt werden. Dies führte dazu, dass sich Patient:innen eher gesehen und verstanden fühlten. Gleichzeitig wurden Herausforderungen und Limitationen des SCID-AMPD Moduls I identifiziert, darunter die hohen Anforderungen an das theoretische Vorwissen sowie einige Interviewfragen, die als schwer verständlich oder konfrontativ empfunden werden können. Die Autor:innen empfahlen die Entwicklung spezifischer Trainingsprogramme und Manuale für Interviewer:innen.
Eine weitere Methode zur Beurteilung der klinischen Nützlichkeit beinhaltet die Frage, ob LPFS-Instrumente andere behandlungsrelevante Variablen wie die Indikation für bestimmte Behandlungsmodalitäten, die Response bzw. das Ansprechen auf ein Therapieangebot oder die Prognose vorhersagen können. Morey et al. (2013) konnten in einem direkten Vergleich zwischen der LPFS und DSM-IV-Diagnosen zeigen, dass die LPFS inkrementell zur Vorhersage von psychosozialer Funktionsfähigkeit, kurzfristigem Risiko, vorgeschlagener Behandlungsintensität und geschätzter Prognose beitragen konnte, selbst bei statistischer Kontrolle von kategorialen Persönlichkeitsstörungsdiagnosen. Dieses Ergebnis wurde von Buer Christensen et al. (2020) bestätigt, sowohl hinsichtlich der selbstberichteten als auch der von Expert:innen bewerteten psychosozialen Funktionsfähigkeit. Wendt et al. (2024b) stellten in ihrer Studie mit Behandler:innen aus dem deutschen Gesundheitssystem fest, dass globale LPFS-Urteile inkrementell zur Vorhersage vieler versorgungsrelevanter Variablen beitragen konnten, darunter die Prognose, das Risiko eines Therapieabbruchs durch die Behandler:in und verschiedene Indikationen, wie z.B. für ambulante Kurzzeittherapie, (teil-)stationäre Behandlung, Psychopharmakotherapie, Sozialarbeit/Psychosoziale Betreuung und Koordination der Versorgung durch eine feste Bezugsbehandler:in, selbst nach Berücksichtigung von 38 kategorialen F-Diagnosen aus dem ICD, inklusive aller Persönlichkeitsstörungen. Diese Befunde unterstreichen das Potenzial der LPFS, wichtige für die Behandlung und Versorgung relevante Informationen zu liefern, die über die kategoriale Diagnostik hinausgehen. In einer klinischen Studie mit 84 Patient:innen verglichen Weekers et al. (2023) Interviewverfahren für den dimensionalen (STiP 5.1, SCID-AMPD-II) und kategorialen Ansatz (SCID-5-PD) zur Messung von Persönlichkeitspathologie. Dabei zeigte sich, dass die dimensional ausgerichteten Verfahren mit einem R^2 von .23 und .29

eine deutliche Prognosekraft hinsichtlich der selbstberichteten Symptomschwere und Lebensführungseinschränkungen nach einem Jahr hatten. Demgegenüber wiesen die kategorial ausgerichteten Verfahren lediglich eine geringe Prognosekraft mit einem R^2 von .01 und .03 auf.

Welche Evidenz liegt für deren klinische Nützlichkeit für Patient:innen vor?

Es gibt weitere Aspekte und methodische Ansätze zur Untersuchung der klinischen Nützlichkeit, die für die LPFS bisher weniger umfassend erforscht wurden. Weekers et al. (2021a) weisen beispielsweise darauf hin, dass Patienteninteressen als wesentlicher Teilaspekt klinischer Nützlichkeit stärkere Berücksichtigung finden sollten. Sie argumentieren zudem, dass die Berücksichtigung von Charakterstärken, die in traditionellen diagnostischen Systemen weitgehend fehlen, positiv im Sinne klinischer Nützlichkeit betrachtet werden könnte. Daher könnte die explizite Berücksichtigung einer gesunden Persönlichkeit als Level 0 der LPFS ein wesentlicher Vorteil sein. Zur klinischen Nützlichkeit für Patient:innen gehören Fragen wie das mit einer Diagnose verbundene Stigmatisierungsrisiko, ob die Diagnose respektvoll gegenüber der Person ist und die Selbstakzeptanz fördert (Weekers et al. 2021a) und ob sie in einem partizipativen Prozess der Entscheidungsfindung eingesetzt werden kann (Herpertz et al. 2017). In einer Meta-Analyse von Peter et al. (2021) konnte gezeigt werden, dass im Querschnitt Personen mit einem eher dimensionalen Verständnis von Psychopathologie weniger stigmatisierende Einstellungen gegenüber Betroffenen haben. Die Ergebnisse dieser Meta-Analyse waren jedoch weniger konsistent im Hinblick auf die Evidenz aus Interventionsstudien, so dass derzeit nicht als gesichert gelten kann, ob und inwieweit ein Wandel von einer kategorialen zu einer dimensionalen Diagnostik auch einen kausalen Effekt im Sinne einer Reduktion stigmatisierender Einstellungen haben könnte. In der Studie von Wendt et al. (2024b) schätzten Behandler:innen das Risiko einer Stigmatisierung durch eine dimensionale Konzeption von Persönlichkeitsproblemen durch die LPFS mit einem Durchschnittswert von 3.39 (zwischen „mittel“ und „sehr“) als signifikant niedriger ein als bei einer kategorialen Konzeption, wie sie beispielsweise im DSM-IV oder ICD-10 verwendet wird, mit einem Durchschnittswert von 4.56 (zwischen „sehr“ und „extrem“).

Ein weiterer Vorteil der dimensionalen Diagnostik könnte darin bestehen, dass die Ungenauigkeit von Messungen besser an Patient:innen kommuniziert werden kann als bei kategorialen Diagnosen. Heltne et al. (2023) stellten in ihrer Übersichtsarbeit fest, dass bereits die Art der Darstellung von Messunsicherheiten das Verständnis derselben beeinflussen kann. In einer Studie mit 230 Behandler:innen fanden Frans et al. (2023) Vorteile von Quantil-Diagrammen für das Verständnis von Messunsicherheiten im Vergleich zu anderen Methoden der Darstellung.

2.1	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu
Empfehlungsgrad: **B**	Die Diagnostik von Beeinträchtigungen der PF sollte dimensional erfolgen und sich nicht auf kategoriale Persönlichkeitsstörungsdiagnosen beschränken.	
Qualität der Evidenz:	Systematische Evidenzrecherche; Zwei Meta-Analysen, fünf Einzelstudien:	
Validität: ⊕⊕⊕⊕ Reliabilität: ⊕⊕⊕⊕ Klinische Nützlichkeit ⊕⊕⊖⊖	Haslam et al. (2020) Markon et al. (2011) Weekers et al. (2023) Wendt et al. (2024b) Zimmermann et al. (2023), darin: Buer Christensen et al. (2020) Morey et al. (2013) Morey et al. (2014)	
	Konsensstärke: 100%	

2.2	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu
Empfehlungsgrad: **B**	Der Schweregrad der Beeinträchtigung der PF sollte anhand der LPFS mit entsprechenden klinischen Interviews erfasst werden. 1) Zu diesem Zweck sollten eigens dafür entwickelte strukturierte Interviews verwendet werden, beispielsweise das *Strukturierte Klinische Interview für das alternative DSM–5-Modell für Persönlichkeitsstörungen Modul I* (SCID-5-AMPD-I) oder das *Semistrukturierte Interview zur Erfassung der DSM-5 PF (STiP-5.1)*. 2) Alternativ können hierzu Interviews verwendet werden, die auf sehr ähnliche psychodynamische Konstrukte des Strukturniveaus oder der Persönlichkeitsorganisation abzielen, beispielsweise das OPD-Interview oder das *Strukturierte Interview zur Persönlichkeitsorganisation* (STIPO).	
Qualität der Evidenz:	Systematische Evidenzrecherche; Zwei Meta-Analysen, fünf narrative Reviews:	
Validität: ⊕⊕⊕⊖ Reliabilität: ⊕⊕⊕⊖ Klinische Nützlichkeit ⊕⊕⊖⊖	Birkhölzer et al. (2021) Hörz-Sagstetter et al. (2021) Morey et al. (2022) Sharp und Wall (2021) Young und Beazley (2023) Zimmermann et al. (2023)	
	Konsensstärke: 100%	

2.3	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu
Empfehlungsgrad: **0**	Zu Screening-Zwecken können eigens dafür entwickelte Selbstberichtsfragebögen eingesetzt werden, beispielsweise die deutsche Version des *Level of Personality Functioning Scale—Self-Report* (LPFS-SR) oder der *Level of Personality Functioning Scale—Brief Form* (LPFS- BF 2.0). Auch etablierte Instrumente zu eng verwandten Konstrukten wie der OPD-Strukturfragebogen können verwendet werden.	
Qualität der Evidenz:	Systematische Evidenzrecherche; Fünf narrative Reviews:	
Validität: ⊕⊕⊕⊖ Reliabilität: ⊕⊕⊕⊖ Klinische Nützlichkeit ⊕⊕⊖⊖	Birkhölzer et al. (2021) Hörz-Sagstetter et al. (2021) Morey et al. (2022) Sharp und Wall (2021) Zimmermann et al. (2023)	
	Konsensstärke: 100%	

Welche besonderen Anforderungen gibt es in der Diagnostik bestimmter Personengruppen?

Eine weitere wichtige Frage ist, inwiefern die Zugehörigkeit zu bestimmten Personengruppen bei der Diagnostik besonders berücksichtigt werden muss. Mithilfe von Untersuchungen der Messinvarianz kann geprüft werden, ob Messwerte auch über verschiedene Gruppen hinweg dieselbe Bedeutung haben und dementsprechend auf dieselbe Art und Weise interpretiert werden können, oder ob bestimmte Merkmale wie Alter, Geschlecht, sexuelle Orientierung und kultureller Hintergrund die Messungen systematisch beeinflussen, d.h. verzerren könnten. Natoli et al. (2022) fanden keine Hinweise auf verzerrende Einflüsse durch kulturelle Hintergründe für die LPFS-BF 2.0 in Stichproben aus Kanada, Chile, Dänemark, Deutschland, Italien, den Vereinigten Arabischen Emiraten und den USA. Ebenso identifizierten Le Corff et al. (2022) in ihren Untersuchungen ebenfalls keine bedeutsamen Unterschiede in den Messeigenschaften der LPFS-BF 2.0 zwischen Männern und Frauen und zwischen verschiedenen Ländern.

Es gibt bisher noch keine Untersuchungen zur Messinvarianz von LPFS-Instrumenten für verschiedene Altersgruppen oder in Bezug auf Unterschiede in allgemeinen kognitiven Fähigkeiten. Zudem fehlen bislang Untersuchungen zum Einfluss des soziokulturellen Hintergrunds auf die Messeigenschaften. Es gibt jedoch Hinweise darauf, dass bei verwandten Selbstberichtsinstrumenten zur Erfassung von Persönlichkeitsproblemen, wie dem Personality Inventory for DSM-5 (PID-5; American Psychiatric Association 2013), bestimmte Items für Individuen aus spezifischen soziokulturellen Gruppen, insbesondere bei sexuellen oder geschlechtlichen Minderheiten wie LGBTQ+, abweichende Messeigenschaften aufweisen könnten (Asadi et al. 2023; Becker et al. 2023). Beispielsweise wurde für die Items „Ich sehne mich nach Aufmerksamkeit“ und „Ich habe oft das Gefühl, dass nichts, was ich tue, wirklich wichtig ist“, fehlende Messinvarianz der Intercepts bei Personen aus diesen Minderheiten identifiziert. Diese Gruppe zeigte eine stärkere Zustimmung zu den genannten Items, ohne dass dies im gleichen Maße mit erhöhten Ausprägungen in den zu messenden Merkmalen Antagonismus und Verschlossenheit verknüpft war. Als möglicher Erklärungsansatz wurde genannt, dass Individuen aus gesellschaftlichen Minderheiten objektiv oft erschwerte Lebensumstände haben (Asadi et al. 2023). Diese Befunde zur Messinvarianz psychometrischer Tests betonen ein grundlegendes Prinzip der psychologischen Individualdiagnostik: Testwerte auf standardisierten Instrumenten können

von individuellen Faktoren beeinflusst und demnach durch eine Kontextualisierung der persönlichen Lebensumstände möglicherweise besser interpretiert werden.

Welche Forschungslücken gibt es?
Bei der Bewertung der hier aufgeführten Studien zur klinischen Nützlichkeit von LPFS ist es aus methodischer Sicht wichtig zu betonen, dass Anwender:innenumfragen keinen endgültigen Nachweis für die Verbesserung der Versorgung durch einen bestimmten diagnostischen Ansatz liefern können (Kamphuis et al. 2021; Lewis et al. 2019). Deshalb ist es unerlässlich, dass zukünftige Studien robustere Forschungsdesigns wie randomisierte klinische Studien einsetzen, um die klinische Nützlichkeit der LPFS für die Behandlung zu untermauern. Eine weitere Forschungslücke besteht in der Frage, ob auf Basis von dimensionalen Messungen sinnvolle zielspezifische Schwellenwerte identifiziert werden können, welche klinische Entscheidungsprozesse sinnvoll unterstützen können. Solche Schwellenwerte könnten sich beispielsweise darauf beziehen, für welche Schweregrade an Beeinträchtigung von PF bestimmte Behandlungsformen indiziert sind. Obgleich ein solches Vorgehen in der Literatur bereits skizziert wurde (Clark et al. 2017; Ruggero et al. 2019), mangelt es dennoch bislang an konkreter Forschung zu diesem Thema. Eine weitere Forschungslücke betrifft die Vorteile einer multimethodalen Diagnostik. Obwohl generell anerkannt wird, dass der Einsatz multipler diagnostischer Methoden die Validität und Zuverlässigkeit einer Diagnostik verbessern kann (Hopwood und Bornstein 2014), fehlen bisher konkrete Untersuchungen in Bezug auf die Messung von Beeinträchtigungen von PF. Weiterhin existieren einige Unklarheiten darüber, ob neben dem möglichen Stigmatisierungsrisiko weitere unerwünschte Folgen mit der Diagnostik von Beeinträchtigungen von PF verbunden sein könnten. Hier besteht ebenso deutlicher Bedarf an weiterer Forschung, um solche Aspekte gründlich zu untersuchen. Darüber hinaus sei hervorgehoben, dass für eine substantielle Minderheit von Fällen die Bildung eines globalen LPFS-Scores schwierig sein könnte, und zwar wenn selbstbezogene und interpersonelle Beeinträchtigungen in ihren Ausprägungen relativ stark voneinander abweichen Zimmermann et al. (2023). Dies ist empirisch zu erwarten, da die beiden Faktoren zwar hoch, jedoch nicht perfekt miteinander korrelieren. Vor diesem Hintergrund ist es von zentraler Bedeutung, dass künftige Forschung sich darauf konzentriert, evidenzbasierte Richtlinien für die Diagnostik in solchen Fällen zu erarbeiten. Es muss zudem erneut betont werden, dass weitere Forschung notwendig ist, um Messungen von Beeinträchtigungen der PF noch klarer von Messungen anderer psychologischer Konstrukte wie dem allgemeinen Schweregrad der Psychopathologie, dem allgemeinen, psychosozialen Funktionsniveau nach ICF oder maladaptiven Persönlichkeitsmerkmalen abzugrenzen.

4.2.3 Schlüsselfrage 1: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die ambulante Psychotherapie erhalten, ein besseres Outcome als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?

Für diese Schlüsselfrage ergaben sich:
2 evidenzbasierte Empfehlungen
1 konsensbasierte Empfehlungen
1 evidenzbasierte Statements
1 konsensbasierte Statements
Insgesamt wurden 5 Empfehlungen und Statements formuliert.

Dass ambulante Psychotherapie bei vielen psychischen Erkrankungen wirkt, ist allgemein anerkannt. Über die Wirksamkeit für Patient:innen mit SBPF hingegen liegen noch keine Meta-Analysen vor. Entsprechend wurden Meta-Analysen für Störungskategorien gesucht, bei denen von einer SBPF ausgegangen werden kann und ob ambulante Psychotherapie als wirksam für diese Patient:innengruppe bezeichnet werden kann. Befunde zu Setting (Einzel- vs. Gruppepsychotherapie) und Dosis der ambulanten Psychotherapie werden unter dem Abschnitt „Weiterführende Informationen" in diesem Kapitel dargestellt.

Evidenz:
Für die Schlüsselfrage nach der Effektivität von ambulanter Psychotherapie wurden im Rahmen der systematischen Literaturrecherche insgesamt 12 Meta-Analysen (Althobaiti et al. 2020; Asmundson et al. 2019; Laws et al. 2018; Li et al. 2018; McLaughlin et al. 2019; Mehl et al. 2015, 2019; Merz et al. 2019; Sonis und Cook 2019; Thompson et al. 2018; Turner et al. 2020; van Bronswijk et al. 2019; Wei und Chen 2021) und ein Cochrane Review (Ijaz et al. 2018) eingeschlossen. Die Studien wurden hinsichtlich drei Outcome-Maße untersucht; der psychosozialen Funktionsfähigkeit, störungsspezifische Symptome und der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems. Genauere Informationen zu den eingeschlossenen Studien finden sich im Anhang des Leitlinienreports (Tabelle 60).

Bewertung des Outcomes der störungsspezifischen Symptome:
In der Meta-Analyse von Turner et al. (2020) wurde die Effektivität von kognitiver Verhaltenstherapie für Psychosen hinsichtlich der Angemessenheit und Stabilität der Evidenzgrundlage für Patient:innen mit Halluzinationen und Wahnvorstellungen bewertet.
In der Meta-Analyse von Mehl et al. (2015) bzw. Mehl et al. (2019) wurde die Effektivität von kognitiver Verhaltenstherapie für Psychosen hinsichtlich der Effekte auf Patient:innen mit Wahnvorstellungen nach Interventionen und einem 47 Wochen Follow-Up gegenüber Treatment as ususal und anderen Interventionen untersucht.
In der Meta-Analyse von McLaughlin et al. (2019) wurde die Effektivität von Gruppenpsychotherapie gegenüber Treatment as usual bei Patient:innen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung verglichen.
In der Meta-Analyse von van Bronswijk et al. (2019) wurde die Effektivität von Psychotherapie gegenüber Treatment as usual bei Patient:innen mit behandlungsresistenter Depression verglichen.
In der Meta-Analyse von Li et al. (2018) wurde die Effektivität von Kognitiver Verhaltenstherapie gegenüber Treatment as usual bei Patient:innen mit behandlungsresistenter Depression verglichen.
In dem Cochrane Review von Ijaz et al. (2018) wurde die Literatur hinsichtlich der Effektivität von Psychotherapie als „nächsten Schritt" nach einer initialen psychopharmakologischen Behandlung gegenüber Treatment as usual (hier Antidepressiva) bei Patient:innen mit behandlungsresistenter Depression untersucht.
In der Meta-Analyse von Wei und Chen (2021) wurde die Effektivität von Narrative Exposure Therapy hinsichtlich der Symptomreduktion für Patient:innen mit Posttraumatischer Belastungsstörung gegenüber aktiver und inaktiver Kontrollgruppe untersucht.
In der Meta-Analyse von Sonis und Cook (2019) wurde die Effektivität von traumafokussierter Psychotherapie und Medikation gegenüber reiner Pharmakotherapie bei Patient:innen mit Posttraumatischer Belastungsstörung miteinander verglichen.

In der Meta-Analyse von Asmundson et al. (2019) wurde die Effektivität von Cognitive Processing Therapy im Vergleich zu inaktiven und aktiven Kontrollbedingungen bei Patient:innen mit Posttraumatischer Belastungsstörung miteinander verglichen.
In der Meta-Analyse von Merz et al. (2019) wurde die Effektivität von pharmakologischen, psychotherapeutischen oder kombinierten Therapien bei Patient:innen mit Posttraumatischer Belastungsstörung miteinander verglichen.
In der Meta-Analyse von Thompson et al. (2018) wurde die Effektivität von Psychotherapie gegenüber aktiver Kontrollgruppe bei Flüchtlingen und Asylbewerber:innen mit Posttraumatischer Belastungsstörung untersucht.
In der Meta-Analyse von Althobaiti et al. (2020) wurde die Effektivität von Interpersonaler Psychotherapie mit aktiven Kontrollbedingungen bei Patient:innen mit Posttraumatischer Belastungsstörung miteinander verglichen.

3.1	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu
Empfehlungsgrad: **B**	Für die Verbesserung der störungsspezifischen Symptome bei Patient:innen mit SBPF sollte ambulante Psychotherapie angeboten werden.	
Qualität der Evidenz:	Systematische Literaturrecherche; Elf Meta-Analysen, ein Cochrane Review:	
Störungsspezifische Symptome Vergleich mit Treatment as usual *Erkrankungen aus dem Schizophreniespektrum*		
Auditive Halluzinationen nach Intervention: ⊕⊕⊖⊖ Wahnvorstellungen nach Intervention: ⊕⊖⊖⊖ Wahnvorstellungen nach Intervention: ⊕⊖⊖⊖ Wahnvorstellungen nach 47 Wochen: ⊕⊕⊖⊖	Turner et al. (2020) Turner et al. (2020) Mehl et al. (2019) Mehl et al. (2019)	
Borderline-Persönlichkeitsstörung		
Borderline-Persönlichkeitsstörungssymptome nach Intervention: ⊕⊖⊖⊖ Para-/Suizidalität nach Intervention: ⊕⊖⊖⊖	McLaughlin et al. (2019) McLaughlin et al. (2019)	
Behandlungsresistente Depression		
Änderung Symptomschwere nach Intervention: ⊕⊕⊕⊖	van Bronswijk et al. (2019)	

Änderung Symptomschwere nach Intervention: ⊕⊕⊕⊖ Symptomschwere nach 12 Monaten: ⊕⊕⊕⊖ Depressive Symptomest: ⊕⊕⊖⊖ Depressive Symptomest: ⊕⊖⊖⊖ Depressive Symptomest: ⊕⊕⊖⊖ Depressive Symptomest: ⊕⊕⊕⊖ Depressive Symptomemt: ⊕⊕⊖⊖	van Bronswijk et al. (2019) Li et al. (2018) Ijaz et al. (2018) Ijaz et al. (2018) Ijaz et al. (2018) Ijaz et al. (2018) Ijaz et al. (2018)
<u>Vergleich mit aktiver Kontrollbedingung</u> *Erkrankungen aus dem Schizophreniespektrum*	
Auditive Halluzinationen nach Intervention: ⊕⊕⊕⊖ Wahnvorstellungen nach Intervention: ⊕⊖⊖⊖ Wahnvorstellungen nach Intervention: ⊕⊕⊖⊖ Wahnvorstellungen nach 35 Wochen: ⊕⊕⊖⊖	Turner et al. (2020) Turner et al. (2020) Mehl et al. (2019) Mehl et al. (2019)
Posttraumatische Belastungsstörung	
Symptomreduktion nach Intervention: ⊕⊖⊖⊖ Symptomreduktion nach Intervention: ⊕⊖⊖⊖ Symptomschwere nach Intervention: ⊕⊕⊖⊖ Symptomschwere nach Intervention: ⊕⊕⊖⊖ Symptomschwere nach Intervention: ⊕⊕⊖⊖ Symptomschwere bei Follow-Up: ⊕⊕⊖⊖ Symptomschwere bei Follow-Up: ⊕⊖⊖⊖ Symptomschwere bei Follow-Up: ⊕⊖⊖⊖	Wei und Chen (2021) Sonis und Cook (2019) Asmundson et al. (2019) Merz et al. (2019) Merz et al. (2019) Asmundson et al. (2019) Merz et al. (2019) Merz et al. (2019)

Symptomschwere bei Follow-Up: ⊕⊕⊖⊖ Erfüllen der Diagnosekriterien nach Intervention: ⊕⊖⊖⊖	Thompson et al. (2018) Wei und Chen (2021)
Posttraumatische Belastungsstörung und/oder Depression	
Symptomreduktion bei Follow-Up: ⊕⊕⊕⊖	Althobaiti et al. (2020)
<u>Vergleich mit inaktiver Kontrollbedingung</u> *Posttraumatische Belastungsstörung*	
Symptomreduktion nach Intervention: ⊕⊖⊖⊖ Symptomschwere nach Intervention: ⊕⊕⊖⊖ Symptomschwere bei Follow-Up: ⊕⊕⊖⊖ Erfüllen der Diagnosekriterien nach Intervention: ⊕⊕⊖⊖	Wei und Chen (2021) Asmundson et al. (2019) Asmundson et al. (2019) Wei und Chen (2021)
	Konsensstärke: 100%

Die Qualität der Evidenz wurde für depressive Symptome jeweils nach Zeitabschnitten bewertet, st – short term, mt - medium term

<u>Vergleiche mit Treatment as usual:</u>

Erkrankungen aus dem Schizophreniespektrum

Hinsichtlich des Outcomes der **Auditiver Halluzinationen nach Intervention** (Turner et al. 2020; mit verschiedenen Erhebungsinstrumenten erfasst) wurde eine Meta-Analyse aus 22 RCTs mit 1833 Patient:innen durchgeführt. Diese zeigte für Patient:innen mit Psychotherapie für Psychosen (Kognitive Verhaltenstherapie) einen geringen Effekt (Cohen 2013) von Hedge`s g = 0.35 (95% Konfidenzintervall 0.18 – 0.52) im Vergleich mit Treatment as usual auf die auditiven Halluzinationen. Die untersuchte Patientenpopulation umfasste überwiegend Patient:innen aus dem HiTOP-Spektrum der Denkstörungen. Nach Wendt et al. (2024b) ist anzunehmen, dass die PF bei 88% der untersuchten Patient:innen mindestens schwer beeinträchtigt war.

Die Qualität der Evidenz des Outcomes der auditiven Halluzinationen nach Intervention ist niedrig, da es ein mögliches Bias-Risiko gibt (mindestens ein RCT der Meta-Analyse zu diesem Outcome wurde mit dem Cochrane Risk of Bias Tool (The Cochrane Collaboration 2011) als „hohes Bias-Risiko“ bewertet) und ein hoher mit Studiendifferenz zu erklärender Anteil an Varianz zwischen den Punktschätzern der Einzelstudien vorlag (I^2 > 50%).

Hinsichtlich des Outcomes der **Wahnvorstellungen nach Intervention** (Turner et al. 2020; mit verschiedenen Erhebungsinstrumenten erfasst) wurde eine Meta-Analyse aus 22 RCTs durchgeführt. Diese zeigte für Patient:innen mit Psychotherapie für Psychosen (Kognitive Verhaltenstherapie) einen geringen Effekt (Cohen 2013) von Hedge`s g = 0.36 (95% Konfidenzin-

tervall 0.20 – 0.52) im Vergleich mit Treatment as usual auf die Wahnvorstellungen. Die untersuchte Patientenpopulation umfasste überwiegend Patient:innen aus dem HiTOP-Spektrum der Denkstörungen. Nach Wendt et al. (2024b) ist anzunehmen, dass die PF bei 85% der untersuchten Patient:innen mindestens schwer beeinträchtigt war.
Die Qualität der Evidenz des Outcomes der Wahnvorstellungen nach Intervention ist sehr niedrig, da es ein mögliches Bias-Risiko gibt (mindestens ein RCT der Meta-Analyse zu diesem Outcome wurde mit dem Cochrane Risk of Bias Tool (The Cochrane Collaboration 2011) als „hohes Bias-Risiko" bewertet), ein hoher mit Studiendifferenz zu erklärender Anteil an Varianz zwischen den Punktschätzern der Einzelstudien vorlag ($I^2 > 50\%$) und mit einem Publikationsbias zu rechnen ist.

Hinsichtlich des Outcomes der **Wahnvorstellungen nach Intervention** (Mehl et al. 2019; mit verschiedenen Erhebungsinstrumenten erfasst) wurde eine Meta-Analyse aus 13 RCTs mit 1227 Patient:innen durchgeführt. Diese zeigte für Patient:innen mit Psychotherapie für Psychosen (Kognitive Verhaltenstherapie) eine geringe (Cohen 2013) *mittlere Populationseffektgröße* von 0.27 (95% Konfidenzintervall 0.08 – 0.47) im Vergleich mit Treatment as usual auf Wahnvorstellungen. Die untersuchte Patientenpopulation umfasste überwiegend Patient:innen aus dem HiTOP-Spektrum der Denkstörungen. Nach Wendt et al. (2024b) ist anzunehmen, dass die PF bei 89% der untersuchten Patient:innen mindestens schwer beeinträchtigt war.
Die Qualität der Evidenz des Outcomes der Wahnvorstellungen nach Intervention ist sehr niedrig, da es ein mögliches Bias-Risiko gibt (7 oder weniger von 11 AMSTAR Kriterien vollständig erfüllt), die Präzision des 95% Konfidenzintervalls mangelte und mit einem Publikationsbias zu rechnen ist.

Hinsichtlich des Outcomes der **Wahnvorstellungen nach 47 Wochen** (Mehl et al. 2019; mit verschiedenen Erhebungsinstrumenten erfasst) wurde eine Meta-Analyse aus 12 RCTs mit 1524 Patient:innen durchgeführt. Diese zeigte für Patient:innen mit Psychotherapie für Psychosen (Kognitive Verhaltenstherapie) die Tendenz zu einer geringen (Cohen 2013) mittleren Populationseffektgröße von 0.16 (95% Konfidenzintervall -0.03 – 0.35) im Vergleich mit Treatment as usual auf Wahnvorstellungen. Die untersuchte Patientenpopulation umfasste überwiegend Patient:innen aus dem HiTOP-Spektrum der Denkstörungen. Nach Wendt et al. (2024b) ist anzunehmen, dass die PF bei 94% der untersuchten Patient:innen mindestens schwer beeinträchtigt war.
Die Qualität der Evidenz des Outcomes der Wahnvorstellungen nach 47 Wochen ist niedrig, da es ein mögliches Bias-Risiko gibt (7 oder weniger von 11 AMSTAR Kriterien vollständig erfüllt) und die Präzision des 95% Konfidenzintervalls mangelte.

Hinsichtlich des Outcomes der **Borderline-Persönlichkeitsstörungssymptome nach Intervention** (McLaughlin et al. 2019; mit verschiedenen Erhebungsinstrumenten erfasst) wurde eine Meta-Analyse aus 13 RCTs mit 962 Patient:innen durchgeführt. Diese zeigte für Patient:innen mit Gruppentherapie einen moderaten Effekt (Cohen 2013) von Hedge`s $g = 0.72$ (95% Konfidenzintervall 0.41 – 1.04) im Vergleich mit Treatment as usual auf Borderline-Symptomatik. Die untersuchte Patientenpopulation umfasste überwiegend Patient:innen aus dem antagonistisch externalisierenden HiTOP-Spektrum. Nach Wendt et al. (2024b) ist anzunehmen, dass die PF bei 90% der untersuchten Patient:innen mindestens schwer beeinträchtigt war.
Die Qualität der Evidenz des Outcomes der Borderline-Symptomatik nach Intervention ist sehr niedrig, da es ein mögliches Bias-Risiko gibt (mindestens ein RCT der Meta-Analyse zu diesem

Outcome wurde mit dem Cochrane Risk of Bias Tool (The Cochrane Collaboration 2011) als „hohes Bias-Risiko“ bewertet), ein hoher mit Studiendifferenz zu erklärender Anteil an Varianz zwischen den Punktschätzern der Einzelstudien vorlag (I^2 > 50%) und mit einem Publikationsbias zu rechnen ist.

Hinsichtlich des Outcomes der **Para-/Suizidalität nach Intervention** (McLaughlin et al. 2019; mit verschiedenen Erhebungsinstrumenten erfasst) wurde eine Meta-Analyse aus 19 RCTs mit 1258 Patient:innen durchgeführt. Diese zeigte für Patient:innen mit Gruppentherapie einen geringen Effekt (Cohen 2013) von Hedge`s g = 0.46 (95% Konfidenzintervall 0.22 – 0.71) im Vergleich mit Treatment as usual auf Para-/Suizidalität. Die untersuchte Patientenpopulation umfasste überwiegend Patient:innen aus dem antagonistisch externalisierenden HiTOP-Spektrum. Nach Wendt et al. (2024b) ist anzunehmen, dass die PF bei 90% der untersuchten Patient:innen mindestens schwer beeinträchtigt war.
Die Qualität der Evidenz des Outcomes der Para-/Suizidalität nach Intervention ist sehr niedrig, da es ein mögliches Bias-Risiko gibt (mindestens ein RCT der Meta-Analyse zu diesem Outcome wurde mit dem Cochrane Risk of Bias Tool (The Cochrane Collaboration 2011) als „hohes Bias-Risiko“ bewertet), ein hoher mit Studiendifferenz zu erklärender Anteil an Varianz zwischen den Punktschätzern der Einzelstudien vorlag (I^2 > 50%) und mit einem Publikationsbias zu rechnen ist.

Hinsichtlich des Outcomes der **Änderung der Symptomschwere nach Intervention** (van Bronswijk et al. 2019; mit verschiedenen Erhebungsinstrumenten erfasst) wurde eine Meta-Analyse aus 3 RCTs mit 636 Patient:innen mit behandlungsresistenter Depression durchgeführt. Diese zeigte für Patient:innen mit Psychotherapie (Kognitive Verhaltenstherapie bzw. Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapie) ein trivialer, nicht signifikanter Effekt von Hedge`s g = -0.13 (95% Konfidenzintervall -0.30 – 0.05) im Vergleich *mit* Treatment as usual (Medikation) auf Änderung der Symptomschwere der Depression. Die untersuchte Patientenpopulation umfasste überwiegend Patient:innen aus dem internalisierenden HiTOP-Spektrum. Nach Wendt et al. (2024b) ist anzunehmen, dass die PF bei 51% der untersuchten Patient:innen mindestens schwer beeinträchtigt war.
Die Qualität der Evidenz des Outcomes der Änderung der Symptomschwere nach Intervention ist moderat, da die Präzision des 95% Konfidenzintervalls mangelte.

Hinsichtlich des Outcomes der **Änderung der Symptomschwere nach Intervention** (van Bronswijk et al. 2019; mit verschiedenen Erhebungsinstrumenten erfasst) wurde eine Meta-Analyse aus 20 RCTs mit 2883 Patient:innen mit behandlungsresistenter Depression durchgeführt. Diese zeigte für Patient:innen mit Psychotherapie (Kognitive Verhaltenstherapie, Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapie, Interpersonelle Psychotherapie, Psychodynamische Psychotherapie, körperorientierte Psychotherapie, Dialektisch-Behaviorale Verhaltenstherapie, Kurze Supportive Psychotherapie) einen geringen Effekt (Cohen 2013) von Hedge`s g = 0.42 (95% Konfidenzintervall 0.29 – 0.54) *zusätzlich* zu Treatment as usual (Medikation) auf Änderung der Symptomschwere der Depression. Die untersuchte Patientenpopulation umfasste überwiegend Patient:innen aus dem internalisierenden HiTOP-Spektrum. Nach Wendt et al. (2024b) ist anzunehmen, dass die PF bei 51% der untersuchten Patient:innen mindestens schwer beeinträchtigt war.

Die Qualität der Evidenz des Outcomes der Änderung der Symptomschwere nach Intervention ist moderat, da ein hoher mit Studiendifferenz zu erklärender Anteil an Varianz zwischen den Punktschätzern der Einzelstudien vorlag ($I^2 > 50\%$).

Hinsichtlich des Outcomes der **Symptomschwere nach 12 Monaten** (Li et al. 2018; mit verschiedenen Erhebungsinstrumenten erfasst) wurde eine Meta-Analyse aus 2 RCTs mit 863 Patient:innen mit behandlungsresistenter Depression durchgeführt. Diese zeigte für Patient:innen mit Psychotherapie (Kognitive Verhaltenstherapie) einen geringen Effekt (Cohen 2013) zwischen den standardisierten Mittelwerten von -0.29 (95% Konfidenzintervall -0.43 – -0.16) im Vergleich mit Treatment as usual bei der Änderung der Symptomschwere nach 12 Monaten. Die untersuchte Patientenpopulation umfasste überwiegend Patient:innen aus dem internalisierenden HiTOP-Spektrum. Nach Wendt et al. (2024b) ist anzunehmen, dass die PF bei 51% der untersuchten Patient:innen mindestens schwer beeinträchtigt war.
Die Qualität der Evidenz des Outcomes der Änderung der Symptomschwere nach 12 Monaten ist moderat, da es ein mögliches Bias-Risiko gibt (mindestens ein RCT der Meta-Analyse zu diesem Outcome wurde mit dem Cochrane Risk of Bias Tool (The Cochrane Collaboration 2011) als „hohes Bias-Risiko“ bewertet).

Hinsichtlich des Outcomes der **Depressiven Symptome short term** (Ijaz et al. 2018) wurde ein Cochrane-Review mit einer Meta-Analyse aus 5 RCTs mit 575 Patient:innen mit behandlungsresistenter Depression durchgeführt. Diese zeigte für Patient:innen mit Psychotherapie (Kognitive Verhaltenstherapie, Dialektisch-Behaviorale Verhaltenstherapie, Interpersonelle Psychotherapie) zusätzlich zu Treatment as usual nach weniger als 6 Monaten einen mittleren Unterschied von -4,07 (95% Konfidenzintervall -7.07 – -1.07) Punkten im *Beck Depression Inventory* (Beck et al. 1961; Beck et al. 1996) im Vergleich zu Patient:innen mit nur Treatment as usual. Die untersuchte Patientenpopulation umfasste überwiegend Patient:innen aus dem internalisierenden HiTOP-Spektrum. Nach Wendt et al. (2024b) ist anzunehmen, dass die PF bei 51% der untersuchten Patient:innen mindestens schwer beeinträchtigt war.
Die Qualität der Evidenz des Outcomes der Änderung der Symptomschwere nach weniger als 6 Monaten ist niedrig, da es ein mögliches Bias-Risiko gibt (mindestens ein RCT der Meta-Analyse zu diesem Outcome wurde mit dem Cochrane Risk of Bias Tool (The Cochrane Collaboration 2011) als „hohes Bias-Risiko“ bewertet) und die Präzision des 95% Konfidenzintervalls mangelte.

Hinsichtlich des Outcomes der **Depressiven Symptome short term** (Ijaz et al. 2018) wurde ein Cochrane-Review mit einer Meta-Analyse aus 2 RCTs mit 482 Patient:innen mit behandlungsresistenter Depression durchgeführt. Diese zeigte für Patient:innen mit Psychotherapie (Kognitive Verhaltenstherapie, intensive Kurzzeit dynamische Psychotherapie) zusätzlich zu Treatment as usual nach weniger als 6 Monaten einen mittleren Unterschied von -4,66 (95% Konfidenzintervall -8.72 – -0.59) Punkten im *Patient Health Questionnaire 9* (Kroenke und Spitzer 2002) im Vergleich zu Patient:innen mit nur Treatment as usual. Die untersuchte Patientenpopulation umfasste überwiegend Patient:innen aus dem internalisierenden HiTOP-Spektrum. Nach Wendt et al. (2024b) ist anzunehmen, dass die PF bei 51% der untersuchten Patient:innen mindestens schwer beeinträchtigt war.
Die Qualität der Evidenz des Outcomes der Änderung der Symptomschwere nach weniger als 6 Monaten ist sehr niedrig, da es ein mögliches Bias-Risiko gibt (mindestens ein RCT der Meta-

Analyse zu diesem Outcome wurde mit dem Cochrane Risk of Bias Tool (The Cochrane Collaboration 2011) als „hohes Bias-Risiko“ bewertet), ein hoher mit Studiendifferenz zu erklärender Anteil an Varianz zwischen den Punktschätzern der Einzelstudien vorlag ($I^2 > 50\%$) und die Präzision des 95% Konfidenzintervalls mangelte.

Hinsichtlich des Outcomes der **Depressiven Symptome short term** (Ijaz et al. 2018; mit verschiedenen Erhebungsinstrumenten erfasst) wurde ein Cochrane-Review mit einer Meta-Analyse aus 6 RCTs mit 635 Patient:innen mit behandlungsresistenter Depression durchgeführt. Diese zeigte für Patient:innen mit Psychotherapie (Kognitive Verhaltenstherapie, Dialektisch-Behaviorale Verhaltenstherapie, Interpersonelle Psychotherapie, intensive Kurzzeit dynamische Psychotherapie) zusätzlich zu Treatment as usual nach weniger als 6 Monaten einen geringen, standardisierten mittleren Unterschied (Cohen 2013) von -0,4 (95% Konfidenzintervalls -0.65 – -0.14) allein auf *depressive Symptome* im Vergleich zu Patient:innen mit nur Treatment as usual. Die untersuchte Patientenpopulation umfasste überwiegend Patient:innen aus dem internalisierenden HiTOP-Spektrum. Nach Wendt et al. (2024b) ist anzunehmen, dass die PF bei 51% der untersuchten Patient:innen mindestens schwer beeinträchtigt war.
Die Qualität der Evidenz des Outcomes der Änderung der Symptomschwere nach weniger als 6 Monaten ist niedrig, da es ein mögliches Bias-Risiko gibt (mindestens ein RCT der Meta-Analyse zu diesem Outcome wurde mit dem Cochrane Risk of Bias Tool (The Cochrane Collaboration 2011) als „hohes Bias-Risiko“ bewertet) und die Präzision des 95% Konfidenzintervalls mangelte.

Hinsichtlich des Outcomes der **Depressiven Symptome short term** (Ijaz et al. 2018) wurde ein Cochrane-Review mit einer Meta-Analyse aus 4 RCTs mit 193 Patient:innen mit behandlungsresistenter Depression durchgeführt. Diese zeigte für Patient:innen mit Psychotherapie (Kognitive Verhaltenstherapie, Dialektisch-Behaviorale Verhaltenstherapie, Interpersonelle Psychotherapie, intensive Kurzzeit dynamische Psychotherapie) zusätzlich zu Treatment as usual nach weniger als 6 Monaten einen mittleren Unterschied von -3,28 (95% Konfidenzintervall -5.71 – -0.85) Punkten im *Hamilton Depression Rating Scale* (Hamilton 1960) im Vergleich zu Patient:innen mit nur Treatment as usual. Die untersuchte Patientenpopulation umfasste überwiegend Patient:innen aus dem internalisierenden HiTOP-Spektrum. Nach Wendt et al. (2024b) ist anzunehmen, dass die PF bei 51% der untersuchten Patient:innen mindestens schwer beeinträchtigt war.
Die Qualität der Evidenz des Outcomes der Änderung der Symptomschwere nach weniger als 6 Monaten ist moderat, da es ein mögliches Bias-Risiko gibt (mindestens ein RCT der Meta-Analyse zu diesem Outcome wurde mit dem Cochrane Risk of Bias Tool (The Cochrane Collaboration 2011) als „hohes Bias-Risiko“ bewertet).

Hinsichtlich des Outcomes der **Depressiven Symptome medium term** (Ijaz et al. 2018) wurde ein Cochrane-Review mit einer Meta-Analyse aus 2 RCTs mit 475 Patient:innen mit behandlungsresistenter Depression durchgeführt. Diese zeigte für Patient:innen mit Psychotherapie (Kognitive Verhaltenstherapie) zusätzlich zu Treatment as usual nach 7 – 12 Monaten einen mittleren Unterschied von -3,40 (95% Konfidenzintervall -7.21 – -0.4) Punkten im Beck Depression Inventory (Beck et al. 1961; Beck et al. 1996) im Vergleich zu Patient:innen mit nur Treatment as usual. Die untersuchte Patientenpopulation umfasste überwiegend Patient:innen aus dem internalisierenden HiTOP-Spektrum. Nach Wendt et al. (2024b) ist anzunehmen, dass die PF bei 51% der untersuchten Patient:innen mindestens schwer beeinträchtigt war.

Die Qualität der Evidenz des Outcomes der Änderung der Symptomschwere nach 7 – 12 Monaten ist niedrig, da es ein mögliches Bias-Risiko gibt (mindestens ein RCT der Meta-Analyse zu diesem Outcome wurde mit dem Cochrane Risk of Bias Tool (The Cochrane Collaboration 2011) als „hohes Bias-Risiko“ bewertet) und die Präzision des 95% Konfidenzintervalls mangelte.

Hinsichtlich des Outcomes der **Auditiver Halluzinationen nach Intervention** (Turner et al. 2020; mit verschiedenen Erhebungsinstrumenten erfasst) wurde eine Meta-Analyse aus 8 RCTs mit 678 Patient:innen durchgeführt. Diese zeigte für Patient:innen mit Erkrankungen aus dem Schizophreniespektrum mit Psychotherapie für Psychosen (Kognitive Verhaltenstherapie) einen geringen Effekt (Cohen 2013) von Hedge`s $g = 0.34$ (95% Konfidenzintervall 0.15 – 0.53) im *Vergleich mit einer aktiven Kontrollbedingung* (supportive counseling, prolongierte Exposition) auf auditive Halluzinationen. Die untersuchte Patientenpopulation umfasste überwiegend Patient:innen aus dem HiTOP-Spektrum der Denkstörungen. Nach Wendt et al. (2024b) ist anzunehmen, dass die PF bei 88% der untersuchten Patient:innen mindestens schwer beeinträchtigt war.
Die Qualität der Evidenz des Outcomes der auditiven Halluzinationen nach Intervention ist moderat, da es ein mögliches Bias-Risiko gibt (mindestens ein RCT der Meta-Analyse zu diesem Outcome wurde mit dem Cochrane Risk of Bias Tool (The Cochrane Collaboration 2011) als „hohes Bias-Risiko“ bewertet).

Hinsichtlich des Outcomes der **Wahnvorstellungen nach Intervention** (Turner et al. 2020; mit verschiedenen Erhebungsinstrumenten erfasst) wurde eine Meta-Analyse aus 7 RCTs mit 526 Patient:innen durchgeführt. Diese zeigte für Patient:innen mit Erkrankungen aus dem Schizophreniespektrum mit Psychotherapie für Psychosen (Kognitive Verhaltenstherapie) einen tendenziell geringen Effekt (Cohen 2013) von Hedge`s $g = 0.23$ (95% Konfidenzintervall -0.19 – 0.55) *im Vergleich mit einer aktiven Kontrollbedingung* (supportive counseling, prolongierte Exposition) auf die Wahnvorstellungen. Die untersuchte Patientenpopulation umfasste überwiegend Patient:innen aus dem HiTOP-Spektrum der Denkstörungen. Nach Wendt et al. (2024b) ist anzunehmen, dass die PF bei 85% der untersuchten Patient:innen mindestens schwer beeinträchtigt war.
Die Qualität der Evidenz des Outcomes der Wahnvorstellungen nach Intervention ist sehr niedrig, da es ein mögliches Bias-Risiko gibt (mindestens ein RCT der Meta-Analyse zu diesem Outcome wurde mit dem Cochrane Risk of Bias Tool (The Cochrane Collaboration 2011) als „hohes Bias-Risiko“ bewertet), ein hoher mit Studiendifferenz zu erklärender Anteil an Varianz zwischen den Punktschätzern der Einzelstudien vorlag ($I^2 > 50\%$), die Präzision des 95% Konfidenzintervalls mangelte und mit einem Publikationsbias zu rechnen ist.

Hinsichtlich des Outcomes der **Wahnvorstellungen nach Intervention** (Mehl et al. 2019; mit verschiedenen Erhebungsinstrumenten erfasst) wurde eine Meta-Analyse aus 8 RCTs mit 894 Patient:innen durchgeführt. Diese zeigte für Patient:innen mit Erkrankungen aus dem Schizophreniespektrum mit Psychotherapie für Psychosen (Kognitive Verhaltenstherapie) die Tendenz einer geringen (Cohen 2013) gemittelten Populationseffektgröße von 0.16 (95% Konfidenzintervall -0.13 – 0.44) *im Vergleich mit einer aktiven Kontrollbedingung* (andere psychologische Interventionen) auf Wahnvorstellungen. Die untersuchte Patientenpopulation umfasste überwiegend Patient:innen aus dem HiTOP-Spektrum der Denkstörungen. Nach Wendt et al.

(2024b) ist anzunehmen, dass die PF bei 90% der untersuchten Patient:innen mindestens schwer beeinträchtigt war.
Die Qualität der Evidenz des Outcomes der Wahnvorstellungen nach Intervention ist niedrig, da es ein mögliches Bias-Risiko gibt (7 oder weniger von 11 AMSTAR Kriterien vollständig erfüllt) und die Präzision des 95% Konfidenzintervalls mangelte.

Hinsichtlich des Outcomes der **Wahnvorstellungen nach 35 Wochen** (Mehl et al. 2019; mit verschiedenen Erhebungsinstrumenten erfasst) wurde eine Meta-Analyse aus 5 RCTs mit 815 Patient:innen durchgeführt. Diese zeigte für Patient:innen mit Erkrankungen aus dem Schizophreniespektrum mit Psychotherapie für Psychosen (Kognitive Verhaltenstherapie) eine triviale, nicht signifikante gemittelte Populationseffektgröße von -0.04 (95% Konfidenzintervall -0.26 – 0.17) *im Vergleich mit einer aktiven Kontrollbedingung* (andere psychologische Interventionen) auf Wahnvorstellungen. Die untersuchte Patientenpopulation umfasste überwiegend Patient:innen aus dem HiTOP-Spektrum der Denkstörungen. Nach Wendt et al. (2024b) ist anzunehmen, dass die PF bei 90% der untersuchten Patient:innen mindestens schwer beeinträchtigt war.
Die Qualität der Evidenz des Outcomes der Wahnvorstellungen nach 35 Wochen ist niedrig, da es ein mögliches Bias-Risiko gibt (7 oder weniger von 11 AMSTAR Kriterien vollständig erfüllt) und die Präzision des 95% Konfidenzintervalls mangelte.

Hinsichtlich des Outcomes der **Symptomreduktion nach Intervention** (Wei und Chen 2021; mit verschiedenen Erhebungsinstrumenten erfasst) wurde eine Meta-Analyse aus 11 RCTs mit 571 Patient:innen durchgeführt. Diese zeigte für Patient:innen mit Posttraumatischer Belastungsstörung und Psychotherapie (Narrative Expositionstherapie) einen geringen Effekt (Cohen 2013) von Hedge`s g = -0.34 (95% Konfidenzintervall -0.65 – -0.02) *im Vergleich mit einer aktiven Kontrollbedingung* (alternative psychologische Behandlung) auf Symptomreduktion. Die untersuchte Patientenpopulation umfasste überwiegend Patient:innen aus dem internalisierenden HiTOP-Spektrum. Nach Wendt et al. (2024b) ist anzunehmen, dass die PF bei 52% der untersuchten Patient:innen mindestens schwer beeinträchtigt war.
Die Qualität der Evidenz des Outcomes der Symptomreduktion nach Intervention ist sehr niedrig, da es ein mögliches Bias-Risiko gibt (mindestens ein RCT der Meta-Analyse zu diesem Outcome wurde mit dem Cochrane Risk of Bias Tool (The Cochrane Collaboration 2011) als „hohes Bias-Risiko“ bewertet), ein hoher mit Studiendifferenz zu erklärender Anteil an Varianz zwischen den Punktschätzern der Einzelstudien vorlag ($I^2 > 50\%$), die Präzision des 95% Konfidenzintervalls mangelte und mit einem Publikationsbias zu rechnen ist.

Hinsichtlich des Outcomes der **Symptomreduktion nach Intervention** (Sonis und Cook 2019; mit verschiedenen Erhebungsinstrumenten erfasst) wurde eine Meta-Analyse aus 4 RCTs mit 351 Patient:innen durchgeführt. Diese zeigte für Patient:innen mit Posttraumatischer Belastungsstörung und Psychotherapie (Eye Movement Desensitization and Reprocessing, prolongierte Expositionstherapie) die Tendenz zu einem geringen Effekt (Cohen 2013) der standardisierten Mittelwerte von -0.16 (95% Konfidenzintervall -0.62 – 0.30) *im Vergleich mit selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern* auf Symptomreduktion. Die untersuchte Patientenpopulation umfasste überwiegend Patient:innen aus dem internalisierenden HiTOP-Spektrum. Nach Wendt et al. (2024b) ist anzunehmen, dass die PF bei 52% der untersuchten Patient:innen mindestens schwer beeinträchtigt war.

Die Qualität der Evidenz des Outcomes der Symptomreduktion nach der Intervention ist sehr niedrig, da es ein mögliches Bias-Risiko gibt (mindestens ein RCT der Meta-Analyse zu diesem Outcome wurde mit dem Cochrane Risk of Bias Tool (The Cochrane Collaboration 2011) als „hohes Bias-Risiko" bewertet), ein hoher mit Studiendifferenz zu erklärender Anteil an Varianz zwischen den Punktschätzern der Einzelstudien vorlag ($I^2 > 50\%$) und die Präzision des 95% Konfidenzintervalls mangelte.

Hinsichtlich des Outcomes der **Symptomschwere nach Intervention** (Asmundson et al. 2019; mit verschiedenen Erhebungsinstrumenten erfasst) wurde eine Meta-Analyse aus 4 RCTs mit 407 Patient:innen durchgeführt. Diese zeigte für Patient:innen mit Posttraumatischer Belastungsstörung und Psychotherapie (Cognitive Processing Therapy) einen geringen Effekt (Cohen 2013) von Hedge`s $g = 0.26$ (95% Konfidenzintervall 0.04 – 0.48) *im Vergleich mit einer aktiven Kontrollbedingung* (Dialogische Expositionstherapie, Erinnerungstraining, Prolongierte Expositionstherapie, Schreib-Expositions-Therapie) auf die Symptomschwere. Die untersuchte Patientenpopulation umfasste überwiegend Patient:innen aus dem internalisierenden HiTOP-Spektrum. Nach Wendt et al. (2024b) ist anzunehmen, dass die PF bei 52% der untersuchten Patient:innen mindestens schwer beeinträchtigt war.
Die Qualität der Evidenz des Outcomes der Symptomschwere nach Intervention ist niedrig, da es ein mögliches Bias-Risiko gibt (7 oder weniger von 11 AMSTAR Kriterien vollständig erfüllt) und die Präzision des 95% Konfidenzintervalls mangelte.

Hinsichtlich des Outcomes der **Symptomschwere nach Intervention** (Merz et al. 2019; mit verschiedenen Erhebungsinstrumenten erfasst) wurde eine Meta-Analyse aus 4 RCTs mit 329 Patient:innen durchgeführt. Diese zeigte für Patient:innen mit Posttraumatischer Belastungsstörung und Psychotherapie (Kognitive Verhaltenstherapie, Eye Movement Desensitization and Reprocessing, prolongierte Expositionstherapie) einen trivialen, nicht statistisch signifikanten Effekt der standardisierten Mittelwerte von -0.05 (95% Konfidenzintervall -0.31 – 0.21) *im Vergleich mit einer pharmakologischen Behandlung* auf die Symptomschwere. Die untersuchte Patientenpopulation umfasste überwiegend Patient:innen aus dem internalisierenden HiTOP-Spektrum. Nach Wendt et al. (2024b) ist anzunehmen, dass die PF bei 52% der untersuchten Patient:innen mindestens schwer beeinträchtigt war.
Die Qualität der Evidenz des Outcomes der Symptomschwere nach Intervention ist niedrig, da es ein mögliches Bias-Risiko gibt (mindestens ein RCT der Meta-Analyse zu diesem Outcome wurde mit dem Cochrane Risk of Bias Tool (The Cochrane Collaboration 2011) als „hohes Bias-Risiko" bewertet) und die Präzision des 95% Konfidenzintervalls mangelte.

Hinsichtlich des Outcomes der **Symptomschwere nach Intervention** (Merz et al. 2019; mit verschiedenen Erhebungsinstrumenten erfasst) wurde eine Meta-Analyse aus 5 RCTs mit 411 Patient:innen durchgeführt. Diese zeigte für Patient:innen mit Posttraumatischer Belastungsstörung und Psychotherapie (Kognitive Verhaltenstherapie, prolongierte Expositionstherapie, Expositionstherapie) *in Kombination mit pharmakologischer Behandlung* einen trivialen, nicht statistisch signifikanten Effekt der standardisierten Mittelwerte von -0.07 (95% Konfidenzintervall -0.26 – 0.13) *im Vergleich mit einer pharmakologischen Behandlung* auf die Symptomschwere. Die untersuchte Patientenpopulation umfasste überwiegend Patient:innen aus dem internalisierenden HiTOP-Spektrum. Nach Wendt et al. (2024b) ist anzunehmen, dass die PF bei 52% der untersuchten Patient:innen mindestens schwer beeinträchtigt war.

Die Qualität der Evidenz des Outcomes der Symptomschwere nach Intervention ist niedrig, da es ein mögliches Bias-Risiko gibt (mindestens ein RCT der Meta-Analyse zu diesem Outcome wurde mit dem Cochrane Risk of Bias Tool (The Cochrane Collaboration 2011) als „hohes Bias-Risiko“ bewertet) und die Präzision des 95% Konfidenzintervalls mangelte.

Hinsichtlich des Outcomes der **Symptomschwere nach Follow-Up** (Asmundson et al. 2019; mit verschiedenen Erhebungsinstrumenten erfasst) wurde eine Meta-Analyse aus 4 RCTs mit 407 Patient:innen durchgeführt. Diese zeigte für Patient:innen mit Posttraumatischer Belastungsstörung und Psychotherapie (Kognitive Verhaltenstherapie) die Tendenz zu einem geringen Effekt (Cohen 2013) bei Follow-Up von Hedge`s g = 0.17 (95% Konfidenzintervall -0.02 – 0.37) *im Vergleich mit einer aktiven Kontrollbedingung* (Behandlung mit Theorie- oder Empirie-basierten Komponenten) auf die Symptomschwere. Die Follow-Up Zeitpunkte lagen zwischen 3 und 9 Monaten nach Baseline. Die untersuchte Patientenpopulation umfasste überwiegend Patient:innen aus dem internalisierenden HiTOP-Spektrum. Nach Wendt et al. (2024b) ist anzunehmen, dass die PF bei 52% der untersuchten Patient:innen mindestens schwer beeinträchtigt war.
Die Qualität der Evidenz des Outcomes der Symptomschwere nach Follow-Up ist niedrig, da es ein mögliches Bias-Risiko gibt (7 oder weniger von 11 AMSTAR Kriterien vollständig erfüllt) und die Präzision des 95% Konfidenzintervalls mangelte.

Hinsichtlich des Outcomes der **Symptomschwere nach Follow-Up** (Merz et al. 2019; mit verschiedenen Erhebungsinstrumenten erfasst) wurde eine Meta-Analyse aus 3 RCTs mit 203 Patient:innen durchgeführt. Diese zeigte für Patient:innen mit Posttraumatischer Belastungsstörung und Psychotherapie (Kognitive Verhaltenstherapie, Eye Movement Desensitization and Reprocessing, prolongierte Expositionstherapie) einen moderaten Effekt (Cohen 2013) der standardisierten Mittelwerte bei Follow-Up von -0.63 (95% Konfidenzintervall -1.18 – -0.09) *im Vergleich mit pharmakologischer Behandlung* auf die Symptomschwere. Die Follow-Up Zeitpunkte lagen am spätmöglichsten Punkt nach 6 bis 12 Monaten. Die untersuchte Patientenpopulation umfasste überwiegend Patient:innen aus dem internalisierenden HiTOP-Spektrum. Nach Wendt et al. (2024b) ist anzunehmen, dass die PF bei 52% der untersuchten Patient:innen mindestens schwer beeinträchtigt war.
Die Qualität der Evidenz des Outcomes der Symptomschwere nach Follow-Up ist sehr niedrig, da es ein mögliches Bias-Risiko gibt (mindestens ein RCT der Meta-Analyse zu diesem Outcome wurde mit dem Cochrane Risk of Bias Tool (The Cochrane Collaboration 2011) als „hohes Bias-Risiko“ bewertet), ein hoher mit Studiendifferenz zu erklärender Anteil an Varianz zwischen den Punktschätzern der Einzelstudien vorlag (I^2 > 50%) und die Präzision des 95% Konfidenzintervalls mangelte.

Hinsichtlich des Outcomes der **Symptomschwere nach Follow-Up** (Merz et al. 2019; mit verschiedenen Erhebungsinstrumenten erfasst) wurde eine Meta-Analyse aus 2 RCTs mit 89 Patient:innen durchgeführt. Diese zeigte für Patient:innen mit Posttraumatischer Belastungsstörung und Psychotherapie (Prolongierte Expositionstherapie, Expositionstherapie) die Tendenz eines deutlichen Effekts (Cohen 2013) der standardisierten Mittelwerte bei Follow-Up von -1.02 (95% Konfidenzintervall -2.77 – 0.72) *in Kombination mit pharmakologischer Behandlung im Vergleich mit nur pharmakologischer Behandlung* auf die Symptomschwere. Der Follow-Up Zeitpunkt lag am spätestmöglichen Punkt nach 12 Monaten. Die untersuchte Patientenpopulation umfasste überwiegend Patient:innen aus dem internalisierenden HiTOP-Spektrum. Nach

Wendt et al. (2024b) ist anzunehmen, dass die PF bei 52% der untersuchten Patient:innen mindestens schwer beeinträchtigt war.
Die Qualität der Evidenz des Outcomes der Symptomschwere nach Follow-Up ist sehr niedrig, da es ein mögliches Bias-Risiko gibt (mindestens ein RCT der Meta-Analyse zu diesem Outcome wurde mit dem Cochrane Risk of Bias Tool (The Cochrane Collaboration 2011) als „hohes Bias-Risiko“ bewertet) ein hoher mit Studiendifferenz zu erklärender Anteil an Varianz zwischen den Punktschätzern der Einzelstudien vorlag ($I^2 > 50\%$) und die Präzision des 95% Konfidenzintervalls mangelte.

Hinsichtlich des Outcomes der **Symptomschwere nach Follow-Up** (Thompson et al. 2018; mit verschiedenen Erhebungsinstrumenten erfasst) wurde eine Meta-Analyse aus 7 RCTs mit 524 Patient:innen durchgeführt. Diese zeigte für Patient:innen mit Posttraumatischer Belastungsstörung und Psychotherapie (traumafokussierte Psychotherapie) einen trivialen, nicht statistisch signifikanten Effekt der standardisierten Mittelwerte bei Follow-Up von -0.03 (95% Konfidenzintervall -0.21 – 0.14) *im Vergleich mit alternativer psychologischer Intervention* auf die Symptomschwere. Der Follow-Up Zeitpunkt lag 4 Monate nach Behandlungsende. Die untersuchte Patientenpopulation umfasste überwiegend Patient:innen aus dem internalisierenden HiTOP-Spektrum. Nach Wendt et al. (2024b) ist anzunehmen, dass die PF bei 52% der untersuchten Patient:innen mindestens schwer beeinträchtigt war.
Die Qualität der Evidenz des Outcomes der Symptomschwere nach Follow-Up ist niedrig, da es ein mögliches Bias-Risiko gibt (mindestens ein RCT der Meta-Analyse zu diesem Outcome wurde mit dem Cochrane Risk of Bias Tool (The Cochrane Collaboration 2011) als „hohes Bias-Risiko“ bewertet) und die Präzision des 95% Konfidenzintervalls mangelte.

Hinsichtlich des Outcomes der **Erfüllung der Diagnosekriterien nach Intervention** (Wei und Chen 2021; mit verschiedenen Erhebungsinstrumenten erfasst) wurde eine Meta-Analyse aus 9 RCTs mit 502 Patient:innen durchgeführt. Diese zeigte für Patient:innen mit Posttraumatischer Belastungsstörung und Psychotherapie (Narrative Expositionstherapie) ein relatives Risiko von 1.74 (95% Konfidenzintervall 1.03 – 2.92), die Psychotherapie erhielten, die Diagnosekriterien nicht mehr zu erfüllen, was einer 74% höheren Wahrscheinlichkeit entspricht, die Diagnosekriterien nicht mehr zu erfüllen *als bei der aktiven Kontrollbedingung* (alternative psychologische Behandlung). Vermutlich handelt es sich um den Zeitpunkt direkt nach der Intervention. Die untersuchte Patientenpopulation umfasste überwiegend Patient:innen aus dem internalisierenden HiTOP-Spektrum. Nach Wendt et al. (2024b) ist anzunehmen, dass die PF bei 52% der untersuchten Patient:innen mindestens schwer beeinträchtigt war.
Die Qualität der Evidenz des Outcomes der Erfüllung der Diagnosekriterien nach Intervention ist sehr niedrig, da es ein mögliches Bias-Risiko gibt (mindestens ein RCT der Meta-Analyse zu diesem Outcome wurde mit dem Cochrane Risk of Bias Tool (The Cochrane Collaboration 2011) als „hohes Bias-Risiko“ bewertet), ein hoher mit Studiendifferenz zu erklärender Anteil an Varianz zwischen den Punktschätzern der Einzelstudien vorlag ($I^2 > 50\%$), die Präzision des 95% Konfidenzintervalls mangelte und mit einem Publikationsbias zu rechnen ist.

Hinsichtlich des Outcomes der **Symptomreduktion nach Follow-Up** (Althobaiti et al. 2020; mit verschiedenen Erhebungsinstrumenten erfasst) wurde eine Meta-Analyse aus 4 RCTs mit 274 Patient:innen durchgeführt. Diese zeigte für Patient:innen mit Posttraumatischer Belastungsstörung und/oder Depression mit Psychotherapie (Interpersonelle Psychotherapie) die Tendenz zu einem geringen Effekt (Cohen 2013) der standardisierten Mittelwerte bei Follow-

Up von -0.25 (95% Konfidenzintervall -0.61 – 0.10) *im Vergleich mit Patient:innen mit aktiver Kontrollbedingung* (alternative psychologische Behandlung oder Medikation) auf die Symptomreduktion. Es lag keine Angabe zum Messzeitpunkt vor. Die untersuchte Patientenpopulation umfasste überwiegend Patient:innen aus dem internalisierenden HiTOP-Spektrum. Nach Wendt et al. (2024b) ist anzunehmen, dass die PF bei 53% der untersuchten Patient:innen mindestens schwer beeinträchtigt war.
Die Qualität der Evidenz des Outcomes der Symptomreduktion nach Follow-Up ist moderat, da die Präzision des 95% Konfidenzintervalls mangelte.

Hinsichtlich des Outcomes der **Symptomreduktion nach Intervention** (Wei und Chen 2021; mit verschiedenen Erhebungsinstrumenten erfasst) wurde eine Meta-Analyse aus 7 RCTs mit 278 Patient:innen durchgeführt. Diese zeigte für Patient:innen mit Posttraumatischer Belastungsstörung und Psychotherapie (Narrative Expositionstherapie) einen deutlichen Effekt (Cohen 2013) von Hedge`s g = -1.03 (95% Konfidenzintervall -1.62 – -0.44) *im Vergleich mit einer inaktiven Kontrollbedingung* (Warteliste oder Symptom-Monitoring) auf Symptomreduktion. Die untersuchte Patientenpopulation umfasste überwiegend Patient:innen aus dem internalisierenden HiTOP-Spektrum. Nach Wendt et al. (2024b) ist anzunehmen, dass die PF bei 52% der untersuchten Patient:innen mindestens schwer beeinträchtigt war.
Die Qualität der Evidenz des Outcomes der Symptomreduktion nach Intervention ist sehr niedrig, da es ein mögliches Bias-Risiko gibt (mindestens ein RCT der Meta-Analyse zu diesem Outcome wurde mit dem Cochrane Risk of Bias Tool (The Cochrane Collaboration 2011) als „hohes Bias-Risiko" bewertet), ein hoher mit Studiendifferenz zu erklärender Anteil an Varianz zwischen den Punktschätzern der Einzelstudien vorlag (I^2 > 50%) und mit einem Publikationsbias zu rechnen ist.

Hinsichtlich des Outcomes der **Symptomschwere nach Intervention** (Asmundson et al. 2019; mit verschiedenen Erhebungsinstrumenten erfasst) wurde eine Meta-Analyse aus 8 RCTs mit 841 Patient:innen durchgeführt. Diese zeigte für Patient:innen mit Posttraumatischer Belastungsstörung und Psychotherapie (Cognitive Processing Therapy) einen deutlichen Effekt (Cohen 2013) von Hedge`s g = 1.24 (95% Konfidenzintervall 0.80 – 1.67) *im Vergleich mit einer inaktiven Kontrollbedingung* (Warteliste oder psychologisches Placebo) auf die Symptomschwere. Die untersuchte Patientenpopulation umfasste überwiegend Patient:innen aus dem internalisierenden HiTOP-Spektrum. Nach Wendt et al. (2024b) ist anzunehmen, dass die PF bei 52% der untersuchten Patient:innen mindestens schwer beeinträchtigt war.
Die Qualität der Evidenz des Outcomes der Symptomschwere nach Intervention ist niedrig, da es ein mögliches Bias-Risiko gibt (7 oder weniger von 11 AMSTAR Kriterien vollständig erfüllt) und ein hoher mit Studiendifferenz zu erklärender Anteil an Varianz zwischen den Punktschätzern der Einzelstudien vorlag (I^2 > 50%).

Hinsichtlich des Outcomes der **Symptomschwere bei Follow-Up** (Asmundson et al. 2019; mit verschiedenen Erhebungsinstrumenten erfasst) wurde eine Meta-Analyse aus 6 RCTs mit 689 Patient:innen durchgeführt. Diese zeigte für Patient:innen mit Posttraumatischer Belastungsstörung und Psychotherapie (Cognitive Processing Therapy) einen deutlichen Effekt (Cohen 2013) von Hedge`s g = 0.90 (95% Konfidenzintervall 0.57 – 1.23) *im Vergleich mit einer inaktiven Kontrollbedingung* (Warteliste oder psychologisches Placebo) auf die Symptomschwere. Die Follow-Up Zeitpunkte lagen zwischen 1 und 12 Monaten nach Baseline. Die untersuchte Patientenpopulation umfasste überwiegend Patient:innen aus dem internalisierenden HiTOP-

Spektrum. Nach Wendt et al. (2024b) ist anzunehmen, dass die PF bei 52% der untersuchten Patient:innen mindestens schwer beeinträchtigt war.
Die Qualität der Evidenz des Outcomes der Symptomschwere nach Follow-Up ist niedrig, da es ein mögliches Bias-Risiko gibt (7 oder weniger von 11 AMSTAR Kriterien vollständig erfüllt) und ein hoher mit Studiendifferenz zu erklärender Anteil an Varianz zwischen den Punktschätzern der Einzelstudien vorlag ($I^2 > 50\%$).

Hinsichtlich des Outcomes der **Erfüllung der Diagnosekriterien nach Intervention** (Wei und Chen 2021; mit verschiedenen Erhebungsinstrumenten erfasst) wurde eine Meta-Analyse aus 3 RCTs mit 148 Patient:innen durchgeführt. Diese zeigte für Patient:innen mit Posttraumatischer Belastungsstörung und Psychotherapie (Narrative Expositionstherapie) ein relatives Risiko von 4.69 (95% Konfidenzintervall 1.43 – 15.42). Dies entspricht einer 4 Mal höheren Wahrscheinlichkeit, die Diagnosekriterien nicht mehr zu erfüllen bei Personen, die Psychotherapie erhielten. als bei der *inaktiven Kontrollbedingung* (Warteliste oder Symptom-Monitoring). Vermutlich handelt es sich um den Zeitpunkt direkt nach der Intervention. Die untersuchte Patientenpopulation umfasste überwiegend Patient:innen aus dem internalisierenden HiTOP-Spektrum. Nach Wendt et al. (2024b) ist anzunehmen, dass die PF bei 52% der untersuchten Patient:innen mindestens schwer beeinträchtigt war.
Die Qualität der Evidenz des Outcomes der Erfüllung der Diagnosekriterien nach Intervention ist niedrig, da es ein mögliches Bias-Risiko gibt (mindestens ein RCT der Meta-Analyse zu diesem Outcome wurde mit dem Cochrane Risk of Bias Tool (The Cochrane Collaboration 2011) als „hohes Bias-Risiko“ bewertet und mit einem Publikationsbias zu rechnen ist.

Für die Verbesserung der störungsspezifischen Symptomatik bei Patient:innen mit SBPF, die ambulante Psychotherapie erhalten, liegen also zahlreiche Befunde vor. Auch wenn die Qualität der Evidenz überwiegend als schwach bewertet wurde, so zeigen die Ergebnisse doch in eine klare Richtung und haben zum Teil deutliche Effekte. Entsprechend wurde eine „sollte“-Empfehlung ausgesprochen.

Bewertung des Outcomes der psychosozialen Funktionsfähigkeit:
In der Meta-Analyse von Laws et al. (2018) wurde die Effektivität von kognitiver Verhaltenstherapie für Psychosen u.a. der psychosozialen Funktionsfähigkeit untersucht.

3.2	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu
Empfehlungsgrad: **0**	Zur Verbesserung der psychosozialen Funktionsfähigkeit bei Patient:innen mit SBPF kann ambulante Psychotherapie angeboten werden.	
Qualität der Evidenz:	Systematische Literaturrecherche; Eine Meta-Analyse:	
Psychosoziale Funktionsfähigkeit Vergleich mit Treatment as usual		
Psychosoziale Funktionsfähigkeit nach Intervention: ⊕⊕⊖⊖	Laws et al. (2018)	
Vergleich mit aktiver Kontrollgruppe		
Psychosoziale Funktionsfähigkeit nach Intervention: ⊕⊖⊖⊖	Laws et al. (2018)	
	Konsensstärke: 100%	

Hinsichtlich des Outcomes der **psychosozialen Funktionsfähigkeit nach Intervention** (Laws et al. 2018) *im Vergleich mit Treamtent as usual* (mit verschiedenen Erhebungsinstrumenten erfasst) wurde eine Meta-Analyse aus 19 RCTs mit 1155 Patient:innen durchgeführt. Diese zeigte für Patient:innen mit Psychotherapie (Kognitive Verhaltenstherapie) einen geringen Effekt (Cohen 2013) von Hedge`s g = 0.26 (95% Konfidenzintervall 0.08 – 0.43) im Vergleich mit Treatment as usual auf die psychosoziale Funktionsfähigkeit. Die untersuchte Patientenpopulation umfasste überwiegend Patient:innen aus dem HiTOP-Spektrum der Denkstörungen. Nach Wendt et al. (2024b) ist anzunehmen, dass die PF bei 91% der untersuchten Patient:innen mindestens schwer beeinträchtigt war.
Die Qualität der Evidenz des Outcomes der psychosozialen Funktionsfähigkeit nach Intervention ist niedrig, da es ein mögliches Bias-Risiko gibt (6 von 11 AMSTAR Kriterien vollständig erfüllt, z.B. keine Bewertung der eingeschlossenen Studien) und die Präzision des 95% Konfidenzintervalls mangelte.

Hinsichtlich des Outcomes **psychosozialen Funktionsfähigkeit nach Intervention** (Laws et al. 2018) *im Vergleich mit aktiver Kontrollgruppe* (mit verschiedenen Erhebungsinstrumenten erfasst) wurde eine Meta-Analyse aus 7 RCTs mit 549 Patient:innen durchgeführt. Diese zeigte für Patient:innen mit Psychotherapie (Kognitive Verhaltenstherapie) eine Tendenz zu einem geringen Effekt (Cohen 2013) von Hedge`s g = 0.22 (95% Konfidenzintervall -0.07 – 0.52) im Vergleich mit einer aktiven Kontrollgruppe (Befriending, soziale Aktivitätstherapie, Kognitive Remediation) auf die psychosozialen Funktionsfähigkeit. Die untersuchte Patientenpopulation umfasste überwiegend Patient:innen aus dem HiTOP-Spektrum der Denkstörungen. Nach Wendt et al. (2024b) ist anzunehmen, dass die PF bei 91% der untersuchten Patient:innen mindestens schwer beeinträchtigt war.
Die Qualität der Evidenz des Outcomes der psychosozialen Funktionsfähigkeit nach Intervention ist sehr niedrig, da es ein mögliches Bias-Risiko gibt (6 von 11 AMSTAR Kriterien voll-

ständig erfüllt, z.B. keine Bewertung der eingeschlossenen Studien), ein hoher mit Studiendifferenz zu erklärender Anteil an Varianz zwischen den Punktschätzern der Einzelstudien vorlag (I^2 > 50%) und die Präzision des 95% Konfidenzintervalls mangelte.

Die Studienergebnisse geben deutliche Hinweise darauf, dass sich das psychosoziale Funktionsfähigkeit (zur Abgrenzung vom Persönlichkeitsfunktionsniveau siehe auch Kapitel 3.10) bei Menschen mit SBPF und ambulanter Psychotherapie verbessert. Da die Ergebnisse jedoch nur einen geringen und die Tendenz zu einem Effekt aufweisen, wird eine „kann"-Empfehlung ausgesprochen.

Bewertung des Outcomes der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems:
In der Meta-Analyse von McLaughlin et al. (2019) wurde die Effektivität von Gruppenpsychotherapie gegenüber Treatment as usual bei Patient:innen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung verglichen.

3.3	Evidenzbasiertes Statement	Neu
	Für die Verringerung der Hospitalisierung und Notaufnahmen durch Patient:innen mit SBPF nach ambulanter Psychotherapie findet sich keine ausreichende Evidenz.	
Qualität der Evidenz:	Systematische Literaturrecherche; Eine Meta-Analyse:	
Inanspruchnahme des Gesundheitssystems Vergleich mit Treatment as usual		
Hospitalisierungen nach Intervention: ⊕⊕⊖⊖ Aufsuchen der Notaufnahme nach Intervention: ⊕⊕⊖⊖	McLaughlin et al. (2019) McLaughlin et al. (2019)	
	Konsensstärke: 100%	

Hinsichtlich des Outcomes der **Hospitalisierungen nach Intervention** (McLaughlin et al. 2019) wurde eine Meta-Analyse aus 8 RCTs mit 687 Patient:innen durchgeführt. Diese zeigte für Patient:innen mit Gruppentherapie die Tendenz eines geringen Effekts (Cohen 2013) von Hedge`s g = 0.19 (95% Konfidenzintervall -0.01 – 0.39) *im Vergleich mit Treatment as usual* auf Hospitalisierungen. Die untersuchte Patientenpopulation umfasste überwiegend Patient:innen aus dem antagonistisch externalisierenden HiTOP-Spektrum. Nach Wendt et al. (2024b) ist anzunehmen, dass die PF bei 90% der untersuchten Patient:innen mindestens schwer beeinträchtigt war.
Die Qualität der Evidenz des Outcomes der Hospitalisierungen nach Intervention ist niedrig, da es ein mögliches Bias-Risiko gibt (mindestens ein RCT der Meta-Analyse zu diesem Outcome wurde mit dem Cochrane Risk of Bias Tool (The Cochrane Collaboration 2011) als „hohes Bias-Risiko" bewertet) und die Präzision des 95% Konfidenzintervalls mangelte.

Hinsichtlich des Outcomes **Aufsuchen der Notaufnahme nach Intervention** (McLaughlin et al. 2019) wurde eine Meta-Analyse aus 5 RCTs mit 431 Patient:innen durchgeführt. Diese

zeigte für Patient:innen mit Gruppentherapie einen trivialen, nicht statistisch signifikanten Effekt von Hedge`s g = 0.01 (95% Konfidenzintervall -0.19 – 0.23) *im Vergleich mit Treatment as usual* auf die Frequenz des Aufsuchens der Notaufnahme. Die untersuchte Patientenpopulation umfasste überwiegend Patient:innen aus dem antagonistisch externalisierenden HiTOP-Spektrum. Nach Wendt et al. (2024b) ist anzunehmen, dass die PF bei 90% der untersuchten Patient:innen mindestens schwer beeinträchtigt war.
Die Qualität der Evidenz des Outcomes Aufsuchen der Notaufnahme nach Intervention ist niedrig, da es ein mögliches Bias-Risiko gibt (mindestens ein RCT der Meta-Analyse zu diesem Outcome wurde mit dem Cochrane Risk of Bias Tool (The Cochrane Collaboration 2011) als „hohes Bias-Risiko" bewertet) und die Präzision des 95% Konfidenzintervalls mangelte.

Da nur eine Studie eingeschlossen werden konnte, die bei den beiden untersuchten Outcomemaßen nur eine Tendenz und einen nicht signifikanten Effekt ergaben, wurde die Evidenz als nicht ausreichend beurteilt, als dass eine Aussage für die Effektivität von ambulanter Psychotherapie auf diese Outcomes hätte getroffen werden können.

Fazit der Evidenz für ambulante Psychotherapie bei Patient:innen mit SBPF:
Insgesamt deutet die Evidenzlage daraufhin, dass ambulante Psychotherapie für Patient:innen mit SBPF wirksam ist. Diese Befundlage deckt sich mit klinischer Erfahrung, dass eine Besserung durch Psychotherapie erreicht werden kann. Allerdings sind die Effekte oftmals eher niedrig und die Qualität der Evidenz schwach bis allenfalls moderat.

Weiterführende Informationen:
Die Empfehlung von ambulanter Psychotherapie lässt offen, wie diese gestaltet sein sollte, damit Patient:innen mit SBPF bestmöglich von dieser profitieren. Dafür sind Studien notwendig, die sich explizit mit dieser Fragestellung auseinandersetzen. In den hauptsächlich zur Schlüsselfrage beschriebenen Studien zeigten sich hinsichtlich im Vergleich von Gruppen- und Einzelsetting sowie zur Dosis folgende Ergebnisse:

<u>Vergleich von Gruppen- mit Einzelsetting:</u>
van Bronswijk et al. (2019) untersuchten die Wirksamkeit von überwiegend ambulanter Psychotherapie bei Patient:innen mit behandlungsresistenter Depression. Mithilfe einer Meta-Regression wurde untersucht, ob sich die Effektgröße zur Änderung der Symptomschwere beim Vergleich zwischen Psychotherapie und Treatment as usual hinsichtlich des Behandlungssettings (Gruppe vs. Einzel) unterschied. Dabei zeigte sich, dass Gruppentherapie-Format im Vergleich zu individuellem Format mit einer höheren Effektgröße assoziiert war (β = 0.38, p = 0.08). Bei Gruppenpsychotherapie zeigte sich also ein größerer Effekt auf die Änderung der Symptomschwere als bei Einzelpsychotherapie.

In der Studie von Asmundson et al. (2019) wurde ein Vergleich von Cognitive Processing Therapy mit einer inaktiven Kontrollgruppe angestellt. Dabei wurde das Therapiesetting (Gruppe vs. Einzel) als Moderator getestet. Es zeigte sich kein statistisch signifikanter Effekt des Therapiesettings auf die Symptomschwere bei Patient:innen mit Posttraumatischer Belastungsstörung sowohl nach Intervention als auch beim Follow-Up.

Turner et al. (2020) untersuchten die Wirksamkeit von kognitiver Verhaltenstherapie für Psychosen bei Patient:innen mit Erkrankungen aus dem Schizophreniespektrum. Beim Vergleich

gegen Treatment as usual wurde ein geringer Effekt (Cohen 2013) von kognitiver Verhaltenstherapie für Psychosen bei Patient:innen mit auditiven Halluzinationen nach Intervention gefunden (Hedge`s $g$ = 0.35, 95% Konfidenzintervall 0.18 – 0.52, auf Basis von 22 RCTs). Der Vergleich gegen eine aktive Kontrollbedingung zeigte einen ähnlichen Effekt (Hedge`s g = 0.34, 95% Konfidenzintervall 0.15 – 0.53, basierend auf 8 RCTS). Als Sensitivitätsanalyse wurden nur RCTs mit kognitiver Verhaltenstherapie für Psychosen im Gruppensetting herangezogen (4 RCTs) und mit sämtlichen Kontrollgruppen (sowohl treatment as usual als auch aktive Kontrollbedingung) verglichen. Dabei zeigte sich ein trivialer, nicht statistisch signifikanter Effekt (Hedge`s g = 0.11, 95% Konfidenzintervall -0.18 – 0.41).

Hinsichtlich Wahnvorstellungen wurde ein geringer Effekt (Cohen 2013) von kognitiver Verhaltenstherapie für Psychosen im Vergleich gegen Treatment as usual gefunden (Hedge`s $g$ = 0.36, 95% Konfidenzintervall 0.20 – 0.52, basierend auf 22 RCTs). Der Vergleich gegen eine aktive Kontrollbedingung zeigte einen geringen (Cohen 2013), jedoch nicht statistisch signifikanten Effekt von Hedge`s g = 0.23 (95% Konfidenzintervall -0.19 – 0.55, basierend auf 7 RCTs). Als Sensitivitätsanalyse wurden auch hier nur RCTs mit kognitiver Verhaltenstherapie für Psychosen im Gruppensetting herangezogen (2 RCTs) und mit sämtlichen Kontrollgruppen (sowohl Treatment as usual als auch aktive Kontrollbedingung) verglichen. Dabei zeigte sich ein geringer (Cohen 2013), jedoch nicht statistisch signifikanter Effekt (Hedge`s g = 0.35, 95% Konfidenzintervall -0.02 – 0.72).

Die Studie von McLaughlin et al. (2019) untersuchte explizit die Wirkung von Gruppentherapie im Vergleich zu Treatment as usual bei Patient:innen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. Es zeigte sich ein deutlicher Effekt (Cohen 2013) von Gruppentherapie im Vergleich mit Treatment as usual hinsichtlich der Symptome der Patient:innen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung nach der Behandlung (Hedge`s $g$ = 0.72, 95% Konfidenzintervall 0.41 – 1.04, basierend auf 13 RCTs). Eine Trimm-and-Fill-Analyse zur Berücksichtigung von Publikationsbias ergab eine Reduktion des Effektschätzers auf Hedge`s g = 0.44 und somit einen geringen Effekt (Cohen 2013).
Hinsichtlich des Outcomes von Para-/Suizidalität zeigte sich ein mittlerer Effekt (Cohen 2013; Hedge`s g = 0.46, 95% Konfidenzintervall 0.22 – 0.71, basierend auf 19 RCTs) nach der Behandlung.
Zusätzlich schlüsselten McLaughlin et al. (2019) den potentiellen Effekt von Gruppentherapie als ein Bestandteil einer Behandlung, als Zusatzbehandlung oder als alleinige Behandlung auf. Dabei zeigte sich hinsichtlich der Symptome bei Patient:innen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung nach der Behandlung bei Gruppentherapie als Zusatzbehandlung ein starker Effekt (Cohen 2013; Hedge`s $g$ = 1.13, 95% Konfidenzintervall 0.65 – 1.60, basierend auf 6 RCTs). Bei Gruppentherapie als Teil einer umfassenden Behandlung zeigte sich ein moderater Effekt (Cohen 2013; Hedge`s g = 0.47, 95% Konfidenzintervall 0.02 – 0.92, basierend auf 5 RCTs). Bei Gruppentherapie als alleinige Behandlungsform zeigte sich ein marginaler, nicht gegen den Zufall abgesicherter Effekt (Hedge`s g = 0.16, 95% Konfidenzintervall -0.29 – 0.60, basierend auf 2 RCTs).
Hinsichtlich des Outcomes von Para-/Suizidalität unterschieden McLaughlin et al. (2019) zusätzlich den potentiellen Effekt von Gruppentherapie als Bestandteil einer umfassenden Behandlung und als Zusatzbehandlung. Dabei zeigte sich für Gruppentherapie als Bestandteil einer umfassenden Behandlung ein geringer Effekt (Cohen 2013; Hedge`s g = 0.44, 95% Konfidenzintervall 0.16 – 0.72, basierend auf 14 RCTs). Für Gruppentherapie als Zusatzbehandlung

zeigte sich ein moderater, jedoch nicht statistisch signifikanter Effekt (Hedge`s g = 0.65, 95% Konfidenzintervall -0.05 – 1.35, basierend auf 4 RCTs).

Da bei Patient:innen mit SBPF häufig interpersonelle Probleme vorliegen, können Gruppentherapien vorteilhaft sein, da diese interpersonelle Probleme lindern können (z.B. Rabung et al. 2005). Durch ein Gruppensetting können die interpersonellen Funktionen, Empathie und Nähe, gestärkt werden, da in diesem Setting die Auseinandersetzung mit mehreren anderen Personen im Fokus stehen kann. Dies schließt natürlich die Effektivität von Gruppentherapie bei Patient:innen ohne interpersonelle Probleme nicht aus.
Inwiefern Gruppentherapie gegenüber Einzeltherapie zu bevorzugen ist, ist empirisch nicht klar (z.B. Arntz et al. 2022). Auch ist bei der Effektivität einer Gruppentherapie die spezifische Auswahl des Gruppensettings entscheidend. So kann der Effekt einer psychoanalytisch-interaktioneller Gruppe ein anderer sein als der einer Skill-Training-Gruppe im Rahmen einer DBT.

3.4	Konsensbasierte Empfehlung	Neu
EK	Ein Gruppensetting kann Patient:innen mit SBPF angeboten werden.	
	Literatur z.B. Rabung et al. 2005	
	Konsensstärke: 90%	

<u>Vergleiche zur Behandlungsdosis:</u>
Bei den eingeschlossenen Meta-Analysen handelt es sich um kurze Therapien mit meist nicht mehr als 24 Sitzungen. Daher ist kein Vergleich zwischen Kurz- und Langzeittherapie mit den entsprechenden Dosen/Dauer/Frequenz möglich. In zwei Meta-Analysen wurden Vergleiche hinsichtlich der Dauer der Therapie angestellt, die lauten im Einzelnen:

In der Meta-Analyse von Althobaiti et al. (2020) wurde eine Subgruppenanalyse zwischen Interpersoneller Psychotherapie mit mehr und weniger als 12 Sitzungen vorgenommen. Bei Patient:innen mit Posttraumatischer Belastungsstörung und/oder Depression zeigte sich hinsichtlich der Symptomreduktion bei Follow-Up sowohl bei mehr als 12 Sitzungen ein moderater Effekt (Cohen 2013) im Vergleich zu aktiver oder inaktiver Kontrollbedingung (Hedge`s $g$ = 0.48, 95% Konfidenzintervall -0.82 – -0.14, 5 RCTs, n = 266). Bei 12 oder weniger Sitzungen zeigte sich ebenfalls ein geringer Effekt, der jedoch nicht statistisch signifikant war (Hedge`s g = -0.39, 95% Konfidenzintervall -0.85 – 0.07, 4 RCTs, n = 255).

Asmundson et al. (2019) testeten beim Vergleich von Cognitive Processing Therapy gegen eine inaktive Kontrollgruppe die Anzahl der Behandlungsstunden als Moderator. Es zeigte sich kein statistisch signifikanter Effekt hinsichtlich der Symptomschwere bei Patient:innen mit Posttraumatischer Belastungsstörung sowohl nach Intervention als auch beim Follow-Up.

In einem Cochrane Review von Naeem et al. (2015) wurden Studien gesucht, um einen Vergleich zwischen Kognitiver Verhaltenstherapie in kurzer vs. Standarddauer anzustellen. Allerdings fanden Naeem et al. (2015) keine Studien.

Die dargestellten Befunde beziehen sich auf Studien, die Psychotherapien mit kurzer Dauer untersucht haben, die meist nicht mehr als 24 Sitzungen umfassten. Eine breite klinische Erfahrung mit Patient:innen mit SBPF zeigt jedoch, dass meist längere Psychotherapien notwendig

sind, um die Beeinträchtigung der PF zu reduzieren. Dies hat sich z.B. in Psychotherapiemanualen niedergeschlagen, die vor allem für Patient:innen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen entwickelt wurden. Sowohl die Dialektisch-behaviorale Therapie (Linehan 1993, siehe z.B. Stiglmayr und Gunia 2017), die Mentalisierungsbasierte Therapie (Bateman und Fonagy 2007; Taubner et al. 2019), die Übertragungsfokusierte Psychotherapie (Clarkin et al. 2008) und die Schematherapie (Young et al. 2008, siehe z.B. Jacob und Arntz 2011) beziehen sich auf Patient:innenpopulationen, in den ein sehr hoher Anteil an SBPF zu erwarten ist. Sie nehmen längere Therapiedauern an (meist mindestens 2 Jahre). Bei der Schematherapie zeigt ein RCT (Arntz et al. 2022) bspw. große Effekte bei einer Therapiedauer von 2 Jahren mit ca. je 60 Gruppen und 60 Einzelsitzungen, sowie mehr oder weniger lineare Verläufe bei der Symptomverbesserung.
Die Meta-Analyse von Bone et al. (2021) zur Literatur des „Good-Enough Level“ zeigt, dass längere Behandlungen eher lineare Besserungsverläufe aufweisen, während kürzere Behandlungen tendenziell eher mit kurvilinearen Modellen des Dose-Response-Effekt abgebildet werden. Die Untersuchung von Nordmo et al. (2021) zeigt allerdings auch hier, dass Behandlungen länger dauerten, wenn zu Beginn der Behandlung höhere Beeinträchtigungen anhand des Global Severity Index und des Inventory of Interpersonal Problems vorlagen.
RCTs, die gezielt Vergleiche zwischen unterschiedlicher Dosis/Dauer von ansonsten gleicher ambulanter Psychotherapie bei Patient:innen mit SBPF anstellen, liegen u.W. nicht vor. Es zeigen sich in Untersuchungen allerdings Hinweise, dass eine längere Dauer bei therapieresistenten Depressionen zu langfristig besseren Erfolgen führen kann (Fonagy et al. 2015), ebenso wenn zusätzlich noch Persönlichkeitsstörungen vorliegen (Kool et al. 2018). Die Meta-Analysen von Leichsenring und Rabung (2011) und Woll und Schönbrodt (2020) weisen darauf hin, dass bei komplexeren Störungen längere Therapien vorteilhaft sein können. Dies deckt sich mit den Befunden von Shefler et al. (2023) zu längeren, hochfrequenten analytischen Psychotherapien. In einer Beobachtungsstudie von Nolte et al. (2016) zeigte sich, dass sich sowohl bei mittel- als auch langfristigen Behandlungen die Symptomlast verbesserte und bei einer Teilgruppe auch nach zwei Jahren noch Verbesserungen erreicht wurden.

Es scheint auch eine Frequenz von 2 Sitzungen in der Woche mit einem besseren Outcome assoziiert zu sein (Kool et al. 2018). Diesen Befund zeigt auch die Untersuchung von Bruijniks et al. (2020).
Die NICE-Richtlinien empfehlen für Patient:innen mit Borderline-Störungen keine Behandlungen unter 3 Monaten und eine Frequenz von 2 Sitzungen in der Woche (NICE, 2009). Die S3-Leitlinie Borderline-Persönlichkeitsstörung führt an, dass die Frequenz von einer Sitzung pro Woche nicht unterschritten werden sollte und ein Drittel der betroffenen Patient:innen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung nach einem Jahr die Remission erreicht, ein weiteres Drittel dafür zwei Jahre benötigt und das letzte Drittel einen noch längeren Zeitraum benötigt. In den aufgeführten Studien und der Richtlinie wurden unterschiedliche Patient:innen untersucht. Legt man die Annahmen nach Wendt et al. (2024b) zugrunde, ist davon auszugehen, dass die PF bei den meisten der untersuchten Patient:innen mindestens schwer beeinträchtigt war.
Aufgrund der oben ausgeführten Befunde ist davon auszugehen, dass die Behandlung von Patient:innen mit SBPF ebenfalls längere Therapiedauern umfasst, die eher in Jahren als in Monaten gemessen kann. Ebenso ist davon auszugehen, dass eine höhere Sitzungsfrequenz als einmal wöchentlich ein positives Outcome unterstützen kann.

3.5	Konsensbasiertes Statement	Neu
EK	Patient:innen mit SBPF benötigen in der Regel längere und ausreichend hochfrequente psychotherapeutische Behandlung.	
	Literatur: vgl. S3-Leitlinie Borderline-Persönlichkeitsstörung; NICE, 2009; Kool et al. 2018; Bruijniks et al. 2020; Bone et al. 2021; Woll und Schönbrodt 2020; Shefler et al. 2023	
	Konsensstärke: 100%	

4.2.4 Schlüsselfrage 2: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die Online-Interventionen ohne kontinuierliche persönliche medizinisch-therapeutische Begleitung erhalten, ein schlechteres Outcome als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?

Für diese Schlüsselfrage ergaben sich:
1 evidenzbasiertes Statement.

In der LL-SBPF werden unter Online-Interventionen ohne kontinuierliche persönliche medizinisch-therapeutische Begleitung Interventionen verstanden, die rein computerbasiert ohne Beteiligung einer menschlichen Person durchgeführt wird.
Um den Zugang zu Therapie zu erleichtern, werden häufig internetbasierte Interventionen entwickelt (Griffiths und Christensen 2006; Spek et al. 2007). Diese können helfen, wenn leicht zugängliche Angebote oder ausreichend Therapeut:innen nicht vorhanden sind, bzw. diese eine große Anzahl an Patient:innen versorgen müssen (z.B. Backhaus et al. 2012; Ahern et al. 2018; Spek et al. 2007).
Die Autor:innen gehen davon aus, dass Patient:innen mit SBPF häufig innere und äußere Hemmnisse erleben, therapeutische Angebote wahrzunehmen und eine direkte Ansprache notwendig ist (siehe auch Kapitel 4.2.8). Dies kann die Therapiemotivation erhöhen und ein Lernen im persönlichen Kontakt ermöglichen. Fehlt ein therapeutisches Gegenüber, wie es bei Online-Interventionen der Fall sein kann, sind diese Erfahrungen nicht möglich und entsprechend ist ein schlechteres Outcome zu erwarten, als wenn eine Therapeut:in involviert ist. (vgl. Simon et al. 2022; Cuijpers et al. 2019).

Evidenz:
Bei der in die LL-SBPF eingeschlossenen Studien handelt es sich um zwei kontrolliert randomisierte Studien (Adu et al. 2023; Hedman et al. 2016) und eine cluster-randomisierte kontrollierte Studie (Rodante et al. 2022). Genauere Informationen zu den eingeschlossenen Studien finden sich im Anhang des Leitlinienreports (Tabelle 61).

In der Studie von Adu et al. (2023) wurden 70 Patient:innen mit therapieresistenter Depression einerseits mit transkranieller Magnetstimulation und andererseits mit transkranieller Magnetstimulation und dem online Verhaltenstherapieprogramm „MoodGYM“ behandelt.
Hinsichtlich der **Schwere der Depression** (mittels Hamilton Depression Scale, HAMD; Hamilton 1960) fand sich kein signifikanter Unterschied zwischen Patient:innen mit onlinebasierter Kognitiver Verhaltenstherapie zusätzlich zu transkranieller Magnetstimulation im Vergleich zu nur transkranieller Magnetstimulation ($F = 0.15$, $p = 0.7$).

Hinsichtlich der **Gesundheitsbezogenen Lebensqualität** (mittels Quality of Life Visual Analogue Scale (EQ-VAS); van Reenen und Janssen 2019) fand sich kein signifikanter Unterschied zwischen Patient:innen mit onlinebasierter Kognitiver Verhaltenstherapie zusätzlich zu transkranieller Magnetstimulation im Vergleich zu nur transkranieller Magnetstimulation ($F = 0.46$, $p = 0.5$).
Die untersuchte Patientenpopulation umfasste Patient:innen aus dem internalisierenden HiTOP-Spektrum. Nach Wendt et al. (2024b) ist anzunehmen, dass die PF bei 73% der untersuchen Patient:innen mindestens schwer beeinträchtigt war.
Die Qualität der Evidenz der Schwere der Depression und der Gesundheitsbezogenen Lebensqualität ist niedrig, da es ein mögliches Bias-Risiko gibt, da die Studienteilnehmer:innen nicht verblindet waren und die Intervention nur indirekt geprüft wurde (zusätzlich zur transkranieller Magnetstimulation).

In der Studie von Hedman et al. (2016) wurden 127 Patient:innen mit unbegleiteter onlinebasierter expositionsbasierten Kognitiven Verhaltenstherapie oder mit einer therapeutisch unterstützter onlinebasierter expositionsbasierten Kognitiven Verhaltenstherapie behandelt oder einer inaktiven Kontrollgruppe zugewiesen.
Hinsichtlich der psychosozialen **Funktionsfähigkeit** (mittels Sheehan Disability Scale, SDS; Sheehan 1983) zeigte sich ein mittlerer post-treatment Effekt (Cohen 2013) zugunsten der unbegleiteten onlinebasierter Kognitiven Verhaltenstherapie gegenüber der Wartekontrollgruppe von $d = 0.58$ (95% Konfidenzintervall 0.08 – 1.07). Der Effekt der begleiteten onlinebasierter Kognitiven Verhaltenstherapie gegenüber der Wartekontrollgruppe fiel mit $d = 0.77$ (95% Konfidenzintervall 0.25 – 1.27) größer aus.
Die Qualität der Evidenz in Bezug auf die psychosoziale Funktionsfähigkeit ist sehr niedrig, da es ein mögliches Bias-Risiko gibt, da die Studienteilnehmer:innen nicht verblindet waren, die Intervention nur indirekt geprüft wurde (kein direkter Vergleich zwischen unbegleiteter und begleiteter Intervention, sondern nur jeweils im Vergleich zur Wartekontrollgruppe) und die Präzision des 95% Konfidenzintervalls mangelte.
Hinsichtlich der **Gesundheitsängste** (mittels 64-item Health Anxiety Inventory, HAI; Salkovskis et al. 2002) zeigte sich ein starker post-treatment Effekt (Cohen 2013) zugunsten der unbegleiteten onlinebasierter Kognitiven Verhaltenstherapie gegenüber der Wartekontrollgruppe von $d = 1.02$ (95% Konfidenzintervall 0.49 – 1.53). Der Effekt der begleiteten onlinebasierter Kognitiven Verhaltenstherapie gegenüber der Wartekontrollgruppe fiel mit $d = 1.27$ (95% Konfidenzintervall 0.72 – 1.79) größer aus.
Die untersuchte Patientenpopulation umfasste Patient:innen aus dem somatoformen HiTOP-Spektrum. Nach Wendt et al. (2024b) ist anzunehmen, dass die PF bei 48% der untersuchen Patient:innen mindestens schwer beeinträchtigt war.
Die Qualität der Evidenz der Gesundheitsangst ist niedrig, da es ein mögliches Bias-Risiko gibt, da die Studienteilnehmer:innen nicht verblindet waren und die Intervention nur indirekt geprüft wurde (kein direkter Vergleich zwischen unbegleiteter und begleiteter Intervention, sondern nur jeweils im Vergleich zur Wartekontrollgruppe).

In der Studie von Rodante et al. (2022) wurden 21 Patient:innen für vier Wochen mit DBT oder mit DBT und „CALMA“, eine onlinebasierter DBT Applikation zur Reduktion von Suizidalität.
Hinsichtlich der **Häufigkeit suizidalen Verhaltens** (mittels Self-injurious thoughts and behaviors interview, SITBI; García-Nieto et al. 2013, Nock et al. 2007) zeigte sich kein statistisch

signifikanter Unterschied in der Reduktion suizidalen Verhaltens zwischen Patient:innen mit DBT und Patient:innen mit DBT und CALMA gab (Suizidgedanken p(diff>0) = 0.64 (85% Bayesian Credibility Interval -1.83 – 2.90); Suizid Plan p(diff>0) = 0.32 (85% Bayesian Credibility Interval -1.34 – 0.73); Suizidale Geste p(diff>0) = 0.81 (85% Bayesian Credibility Interval -0.71 – 3.82); Gedanken an nichtsuizidale Selbstverletzung p(diff>0) = 0.20 (85% Bayesian Credibility Interval -9.07 – 2.79); Nichtsuizidale Selbstverletzung p(diff>0) = 0.18 (85% Bayesian Credibility Interval -3.08 – 0.72)).
Die untersuchte Patientenpopulation umfasst Patient:innen aus dem internalisierenden HiTOP-Spektrum. Nach Wendt et al. (2024b) ist anzunehmen, dass die PF bei 90% der untersuchten Patient:innen mindestens schwer beeinträchtigt war.
Die Qualität der Evidenz des suizidalen Verhaltens ist sehr gering, da es ein mögliches Bias-Risiko gibt, da die Studienteilnehmer:innen nicht verblindet waren, Inkonsistenz bzgl. der Wahrscheinlichkeiten für reduziertes suizidales Verhalten von 0.18 bis 0.81 vorlag und die Präzision aufgrund der geringen Stichprobengröße von n = 18 fehlte.

Fazit der Evidenz für Online-Interventionen bei Patient:innen mit SBPF:

4.1	Evidenzbasiertes Statement	Neu
	Die Datenlage erlaubt keine klare Empfehlung für oder gegen Online-Interventionen ohne kontinuierliche persönlich medizinisch-therapeutische Begleitung bei Patient:innen mit SBPF.	
Qualität der Evidenz:	Systematische Literaturrecherche; zwei randomisiert kontrollierte Studien, eine cluster-randomisierte kontrollierte Studie:	
Psychosoziale Funktionsfähigkeit: ⊕⊖⊖⊖ Gesundheitsangst: ⊕⊕⊖⊖ Symptomschwere der Depression: ⊕⊕⊖⊖ Häufigkeit Suizidalen Verhaltens: ⊕⊖⊖⊖ Gesundheitsbezogene Lebensqualität: ⊕⊕⊖⊖	Hedman et al. (2016) Hedman et al. (2016) Adu et al. (2023) Rodante et al. (2022) Adu et al. (2023)	
	Konsensstärke: 96%	

Aufgrund der geringen Qualität der Evidenz, der wenigen Studien und der fehlenden Sicherheit der Ergebnisse kann eine Online-Intervention ohne kontinuierliche persönliche medizinisch-therapeutische Begleitung nicht empfohlen werden, es kann aber auch keine Empfehlung dagegen ausgesprochen werden. Eine Entscheidung muss im klinischen Einzelfall und unter Berücksichtigung der individuellen Gegebenheiten und Präferenzen getroffen werden.

Weiterführende Informationen:
Zwei weitere Meta-Analysen zeigen, dass begleitete, onlinebasierter Kognitive Verhaltenstherapien bessere Ergebnisse hervorbringen, als unbegleitete, onlinebasierter Kognitive Verhaltenstherapien (Richards und Richardson 2012; Andersson und Cuijpers 2009).
Zudem untersuchten Simon et al. (2022) in einer großen Erhebung mit 18.644 Patient:innen die Effektivität von usual care und aufsuchendem care management im Vergleich zu usual care und

einem unbegleiteten onlinebasierten DBT-Skills Training bei Patient:innen mit Suizidgedanken. Es zeigte sich, dass das Risiko für selbstverletzendes Verhalten bei Patient:innen mit unbegleiteten onlinebasierten Interventionen signifikant höher war als in den beiden Vergleichsgruppen.
Hinsichtlich der Indikation und Kontraindikation besteht dringender Forschungsbedarf, um mögliche Risiken für Patient:innen mit SBPF durch Online-Interventionen ohne kontinuierliche persönliche medizinisch-therapeutische Begleitung identifizieren zu können.

4.2.5 Schlüsselfrage 3: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die ambulant und stationär abgestimmte Versorgung erhalten, ein besseres Outcome als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?

Für diese Schlüsselfrage ergaben sich:
1 konsensbasierte Empfehlung
1 evidenzbasiertes Statement
Insgesamt wurden 2 Empfehlungen und Statements formuliert.

Eine Abstimmung von vollstationären, tagesklinischen, ambulanten und aufsuchenden Behandlungen ermöglicht eine flexible und passgenaue Versorgung von Patient:innen und soll daher weiter gefördert werden, wie die Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung in ihrer achten Stellungnahme beschreibt. Dort werden die Sektorengrenzen als zentrale Ursache für verminderte Qualität und Effizienz identifiziert und den Psych-Fächern ein relevantes Potential zur Verbesserung bescheinigt (Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung 29.09.2023). Eine abgestimmte Versorgung wird im deutschen Gesundheitssystem mit der Komplexversorgung angestrebt (KSVPsych-RL, G-BA 2021). Bei dieser steht eine intensive Koordination und Kooperation der beteiligten Behandler:innen im Zentrum. Schließen sich Behandler:innen über Sektoren und Berufsgruppen hinweg zusammen, ermöglicht dies einen Austausch über Diagnostik, Indikation und Therapieplanung. Dadurch kann ein Gesamtbehandlungsplan erstellt werden und vor allem die Kontinuität von Beziehungen gewährleistet werden. So kann eine Patient:in eine feste Ansprechpartner:in haben, die die Behandlung koordiniert, sich um organisatorische Aufgaben kümmert und die Patient:innen beispielsweise dabei unterstützt, Behandlungstermine wahrzunehmen (vgl. KBV 2024). Insgesamt soll damit den Patient:innen erleichtert werden, selbstständig und stabil zu leben, stationäre Aufenthalte zu vermeiden und Beziehungsabbrüche zu minimieren. Dies ist insbesondere bei Patient:innen mit SBPF wichtig, da mit den eingeschränkten Fähigkeiten zur Kontaktaufnahme und -aufrechterhaltung und gravierenden Defiziten in der Emotionsregulation Patient:innen mit SBPF die Therapieplatzsuche insbesondere bei der angespannten Situation der ambulanten psychotherapeutischen psychiatrischen Versorgung (Bundespsychotherapeutenkammer 2018; Goldner et al. 2011) häufig rasch frustriert aufgeben (z.B. nach dem ersten oder zweiten Anruf bei der Ärzt:in, bzw. Psychotherapeut:in (Bridler et al. 2013). Teils sind bis zu 50 Anrufe notwendig, bis Behandlungen beginnen können (Wietersheim et al. 2021)), oder begonnene Behandlung werden abgebrochen, was meist zu verstärkter Demoralisierung führt (Benecke et al. 2018). Gelingt eine Abstimmung von stationärer und ambulanter Versorgung können damit stationäre Aufenthalte vermieden werden, die zustande kommen, wenn Patient:innen keine ambulante Anschlussbehandlung finden. In ihrer Not wenden sich dann Patient:innen häufig an stationäre Einrichtungen.

Evidenz:
Es wurden keine randomisiert-kontrollierte Studien für ambulant und stationär abgestimmte Versorgung gefunden. Eine quasi-experimentelle Längsschnittstudie konnte durch die systematische Literaturrecherche identifiziert werden, die die Einschlusskriterien erfüllte. Die Studie von Müller et al. (2016) mit 26 Patient:innen untersuchte die klinische Effektivität von „integrierter Versorgung". Integrierte Versorgung beschreibt in diesem Fall eine Mischung aus Kognitiver Verhaltenstherapie, Pharmakotherapie und Assertive Community Treatment (ACT; Marshall und Lockwood 2000) für die Behandlung von Menschen mit psychotischen Störungen. Das ACT beschreibt eine aufsuchende, durch ein multiprofessionelles Team durchgeführte gemeindepsychiatrische Behandlungsform für chronisch erkrankte Patient:innen ohne zeitliche Limitation. Sie hat das Ziel, Patient:innen zu stabilisieren und rehabilitieren. Zusammengenommen kann die Integrierte Versorgung nach Müller et al. (2016) „als ein patientenzentriertes, multidisziplinäres Behandlungsmodell definiert werden, in dem verschiedene Institutionen, die zur Behandlung beitragen, mit dem Ziel der Kontinuität und Evidenzbasierung der Versorgung zusammenarbeiten" beschrieben werden. Die Integrierte Versorgung ergänzt stationäre Angebote und legt einen Fokus darauf, die Therapie zu den Patient:innen zu bringen. Genauere Informationen zu den eingeschlossenen Studien finden sich im Anhang des Leitlinienreports (Tabelle 62).

Hinsichtlich des **Psychosozialen Funktionsniveaus** (mittels Global Assessment of Functioning Scale, GAF; Hilsenroth et al. 2000) wurde eine signifikante Verbesserung zwischen Studienbeginn und nach 12 Monaten ($p < 0.05$) bei Personen mit Integrierter Versorgung berichtet. Ein Vergleich zwischen Personen mit und ohne Integrierte Versorgung fand hinsichtlich dieses Outcomes nicht statt.
Hinsichtlich der **subjektiven Lebensqualität** (nach Modularem System zur Lebensqualität, MSLQ-R; Pukrop et al. 1999) zeigten sich bei Personen mit Integrierter Versorgung keine signifikanten Veränderungen zwischen Studienbeginn und nach 12 Monaten in den 7 Subskalen (Körperliche Gesundheit, Vitalität, Psychosoziale Lebensqualität, Materielle Versorgung, Freizeit Lebensqualität, Affektive Lebensqialität, Leben gesamt). Ein Vergleich zwischen Personen mit und ohne integrierte Versorgung fand hinsichtlich dieses Outcomes nicht statt.
Hinsichtlich der **Symptomatik** (mittels Clinical Global Impression Scale, CGI – Schizophrenia; Haro et al. 2003) zeigte sich bei Personen mit Integrierter Versorgung signifikante Verbesserungen zwischen Studienbeginn und nach 12 Monaten in drei Subskalen, dem Schweregrad der Krankheit ($p < 0.01$), dem Schweregrad positiver Symptome ($p < 0.001$) und dem Schweregrad kognitiver Symptome ($p < 0.05$). Es zeigte sich eine signifikante Verschlechterung in zwei Subskalen, dem Schweregrad der Schizophrenie ($p < 0.05$) und dem Schweregrad negativer Symptome ($p < 0.05$). Keine Veränderung fand sich beim Schweregrad depressiver Symptome ($p > 0.05$). Ein Vergleich zwischen Personen mit und ohne Integrierte Versorgung fand hinsichtlich dieses Outcomes nicht statt.
Hinsichtlich der **Behandlungsadhärenz** (mittels Service Engagment Scale, SES; Tait et al. 2002) zeigte sich bei Personen mit Integrierter Versorgung eine signifikante Verbesserung zwischen Studienbeginn und nach 12 Monaten beim Einlassen der Patient:innen auf die Behandlung ($p < 0.05$). Ein Vergleich zwischen Personen mit und ohne Integrierte Versorgung fand hinsichtlich dieses Outcomes nicht statt.
Hinsichtlich des **Risikos für eine stationäre Behandlung** zeigte sich, dass Patient:innen mit Integrierter Versorgung gegenüber Patient:innen mit Standardversorgung ein um 84% verrin-

gertes Risiko haben, innerhalb von 424 Tagen stationär aufgenommen zu werden. Die untersuchte Patientenpopulation umfasste Patient:innen aus dem HiTOP-Spektrum der Denkstörungen. Nach Wendt et al. (2024b) ist anzunehmen, dass die PF bei 84% der untersuchten Patient:innen mindestens schwer beeinträchtigt war.
Die Evidenzqualität muss als insgesamt sehr niedrig eingestuft werden, da bei den meisten Outcomes keine Kontrollgruppe vorhanden war, sondern nur ein Prä-Post-Vergleich angestellt wurde.

Fazit der Evidenz für ambulant und stationär abgestimmte Versorgung bei Patient:innen mit SBPF:

5.1	Evidenzbasiertes Statement	Neu
	Die Datenlage erlaubt keine klare Empfehlung für oder gegen eine ambulant und stationär abgestimmte Versorgung bei Patient:innen mit SBPF.	
Qualität der Evidenz:	Systematische Literaturrecherche; eine quasi-experimentelle Längsschnittstudie:	
Psychosoziales Funktionsniveau: ⊕⊖⊖⊖ Subjektive Lebensqualität: ⊕⊖⊖⊖ Veränderung der Symptomatik: ⊕⊖⊖⊖ Behandlungsadhärenz: ⊕⊖⊖⊖ Häufigkeit der stationären Behandlung: ⊕⊖⊖⊖	Müller et al. (2016) Müller et al. (2016) Müller et al. (2016) Müller et al. (2016) Müller et al. (2016)	
	Konsensstärke: 92%	

Die Qualität der Evidenz und die uneindeutige Richtung der Ergebnisse erlauben alleine keine klare Empfehlung, jedoch weisen die klinischen Erfahrungen klar in die Richtung, dass Patient:innen von einer ambulant und stationär abgestimmten Versorgung profitieren. Daher wird empfohlen, Patient:innen mit SBPF eine ambulant und stationär abgestimmte Versorgung anzubieten.

5.2	Konsensbasierte Empfehlung	Neu
EK	Wenn Patient:innen mit SBPF sowohl ambulant als auch stationär versorgt werden, sollte diese Versorgung abgestimmt werden, unter Berücksichtigung der Wünsche der Patient:innen und ggf. Zugehörigen.	
	Konsensstärke: 100%	

Weiterführende Informationen:
Die hier gefundenen Ergebnisse sind vergleichbar mit weiteren deutschen Studien (Lambert et al. 2010; Bechdolf et al. 2011; Fischer et al. 2014; Müller et al. 2013). Andere Studien weisen darauf hin, dass eine aufsuchende Behandlung zum einen stationäre Aufenthalte auch reduzieren kann (Marshall und Lockwood 2000) und kostenneutral durchführbar ist (Fischer et al.

2014; Deister 2011; Karow et al. 2012), sowie eine höhere Lebensqualität der Patient:innen ermöglicht (Karow et al. 2012). Aufsuchende Interventionen werden derzeit auch von Leitlinien für schizophrene Erkrankungen empfohlen (S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen; British Psychological Society 2009; NICE 2014).

4.2.6 Schlüsselfrage 4: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die in „besonderen Wohnformen“ unter einem Dach wohnen, ein besseres Outcome als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?

Für diese Schlüsselfrage ergaben sich:
1 evidenzbasiertes Statement

In diesem Kapitel wird die in diesem Kontext übliche Terminologie von Klient:innen verwendet. Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass dieser Bereich der Versorgung für ein sehr heterogenes Klientel relevant ist.
Für Klient:innen mit komplexem Behandlungsbedarf kann es verschiedene Unterstützungsformen, die das Wohnumfeld der Klient:innen betreffen, geben. Dazu zählen stationäre und ambulante Unterstützungsangebote. Eine präzise Terminologie fehlt, was vergleichende Untersuchungen (Richter und Hoffmann 2017) und eine genaue Beschreibung verschiedener Wohnformen erschwert. Zudem fehlen hochwertige Studien, die die Effektivität von verschiedenen Unterstützungsformen untersuchen (Chilvers et al. 2002, 2006; Speck et al. 2013). Entsprechend wurde das Kriterium „besondere Wohnform“ in der LL-SBPF bewusst offengehalten, welches hier als ein Kontinuum von stationären Wohneinrichtungen, die lange Zeit als „Heim“ und mittlerweile als „besondere Wohnform“ bezeichnet werden, bis zu ambulanten Unterstützungsangeboten in der eigenen Wohnung (Dehn et al. 2021) verstanden wird. Unterschiedlich ist jeweils der Grad an Unterstützung bei der Wohnsituation und dem Grad, indem therapeutische Angebote gemacht werden. So kann es sich auf der einen Seite um eine Unterbringung ansonsten obdachlos werdender Klient:innen handeln bis hin zu einer intensiv sozialtherapeutisch begleiteten therapeutischen Wohngruppe. Grob lassen sich in Deutschland drei Formen unterscheiden: Ambulant Betreutes Wohnen, Stationär Betreutes Wohnen und Betreutes Wohnen in Familien (S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen).
Auf empirischer Ebene zeigen sich nach Richter und Hoffmann (2017) keine Unterschiede zwischen stationären und ambulanten Wohnformen hinsichtlich sozialer und gesundheitlicher Parameter. Dabei scheint eine Trennung der eigenen Wohnung von Unterstützungsangeboten ein Ideal zu sein, das durch die Interventionen erhalten oder erreicht werden soll (Tabol et al. 2010). Eine eigenständige Wohnform wird allgemein präferiert (Richter und Jäger 2021). Studien, die verschiedene Wohnformen bei Klient:innen mit SBPF untersuchen, sind uns nicht bekannt.
Grundsätzlich gilt, dass die soziale Teilhabe von Klient:innen mit SBPF durch ein wohnortnahes, selbstbestimmtes, ambulantes Wohnen gefördert wird, wie dies bspw. in der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (Kapitel 10.3, S. 134ff) beschrieben wird. Nur wenn dies nicht möglich ist, sollten unterstütze Wohnformen in Betracht gezogen werden, oder wenn Klient:innen eine Präferenz dafür haben. Auf diese Sondersituation bezieht sich die LL-SBPF. Gründe, weshalb ein selbstbestimmtes Wohnen nicht möglich ist, können bspw. eine fehlende Strukturierung des Alltags sein, weil Klient:innen dies aufgrund der Beeinträchtigungen der PF nicht möglich ist. Ein therapeutisch geführtes Wohnumfeld kann

entwicklungsfördernd im Sinne der sozialen Therapie sein, da neue Beziehungserfahrungen gemacht, Selbstbilder dauerhaft geprüft, Interaktionen ein Feedback erhalten können und auch so die interaktionellen Funktionen gefördert werden können (Üben in der Gemeinschaft). Durch das dauerhafte Zusammenleben kann ein intensiver Raum des Austausches geschaffen werden. Ziel sollte jedoch immer die Rückkehr in eine selbstbestimmte Wohnform sein, da unterstütze Wohnformen nicht selten wohnortfern und mit einem Verlust an Eigenständigkeit einhergehen (S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen).

Evidenz:
Die gesuchte Evidenz bezieht sich explizit auf Studien aus Deutschland. Damit sollte eine Übertragbarkeit ins Krankenkassen- und Sozialhilfesystem gewährleistet werden. Leider wurden für diese Interventionsformen keine randomisiert kontrollierten Studien gefunden. Zwei Publikationen (Dehn et al. 2022; Dehn et al. 2021) erfüllten die Suchkriterien. Beide entstammen aus dem Projekt „WiEWohnen NRW“ (Wienberg et al. 2021). Untersucht wurden Effekte von stationären und ambulanten Wohneinrichtungen. In Bezug auf die LL-SBPF zeigt das Projekt WiEWohnen NRW hinsichtlich der Interventions- und Kontrollgruppe eine fehlende Trennschärfe, da in der Kontrollgruppe auch Interventionen vorhanden waren, die unserer Interventionsdefinition entsprachen (Wienberg et al. 2021, S. 101). Dies wurde in der Evidenzbewertung berücksichtigt. Die Interventionsgruppe umfasste Wohnformen im geschlossenen oder offenen Wohnheim oder im „dezentralen Wohnen mit mobiler Rufbereitschaft“ (Wienberg et al. 2021, S. 101). Die Kontrollgruppe umfasste einerseits „intensiv betreutes Wohnen“ sowie „ambulant betreute Wohngemeinschaft“, was unserer Auffassung nach die fehlende Trennschärfe bedingt – diese Interventionen hätten nach unserer Definition zur Intervention gepasst. Weitere Kontrollbedingungen war das Wohnen „allein oder mit Personen, die keine Unterstützung erhalten“ mit oder ohne weitere Unterstützung (Wienberg et al. 2021, S. 101). Genauere Informationen zu den eingeschlossenen Studien finden sich im Anhang des Leitlinienreports (Tabelle 63).

Die Studien berichten eine signifikante Verbesserung des **Sozialen Funktionsniveaus** (mittels Social Functioning Scale, SFS; Birchwood et al. 1990, Iffland et al. 2015) zwischen Studienbeginn und nach 2 Jahren sowohl bei Klient:innen mit permanenter Wohnunterstützung und Klient:innen in eigener Wohnung. Zwischen diesen beiden Klienten:innengruppen (permanente Wohnunterstützung, eigene Wohnung) gab es keinen signifikanten Unterschied ($F = 0.23$, $p = 0.63$, $d = 0.09$).

Bei der **Einweisung ins psychiatrische Krankenhaus** zeigte sich eine Reduktion an Klient:innen, die innerhalb der letzten 12 Monate stationär eingewiesen wurden, zwischen Studienbeginn und nach 2 Jahren. Bei den Klient:innen mit permanenter Wohnunterstützung wurden an Baseline 69% in den letzten 12 Monaten eingewiesen, zwei Jahre später waren es noch 21%. Bei Klient:innen in eigener Wohnung wurden an Baseline 60% in den letzten 12 Monaten eingewiesen, zwei Jahre später waren es 27%. Zwischen diesen beiden Klient:innengruppen (permanente Wohnunterstützung, eigene Wohnung) gab es jedoch keinen statistisch signifikanten Unterschied ($\chi^2 = 0.70$, $p = 0.53$, $V = 0.08$). Klient:innen mit permanenter Wohnunterstützung und Klient:innen in eigener Wohnung. Zwischen diesen beiden Klient:innengruppen (permanente Wohnunterstützung, eigene Wohnung) gab es keinen signifikanten Unterschied ($F = 3.00$, $p = 0.09$, $d = 0.31$).

Bei der **Lebensqualität** (nach Manchester Short Assessment of Quality of Life, MANSA; Priebe et al. 1999) zeigte sich eine Verbesserung zwischen Studienbeginn und nach 2 Jahren sowohl bei Klient:innen mit permanenter Wohnunterstützung und Klient:innen in eigener Wohnung. Zwischen diesen beiden Klient:innengruppen (permanente Wohnunterstützung, eigene Wohnung) gab es keinen signifikanten Unterschied ($F = 0.07$, $p = 0.79$, $d = 0.06$).
Die untersuchte Klientenpopulation umfasste Klient:innen hauptsächlich aus dem internalisierenden, dem enthemmt-externalisierenden und dem HiTOP-Spektrum der Denkstörungen. Nach Wendt et al. (2024b) ist anzunehmen, dass die PF bei 72% (Dehn et al. 2021), bzw. bei 69% (Dehn et al. 2022) der untersuchten Klient:innen mindestens schwer beeinträchtigt war.

Fazit der Evidenz für „besondere Wohnformen“ bei Klient:innen mit SBPF:

6.1	Evidenzbasiertes Statement	Neu
	Die Datenlage erlaubt keine klare Empfehlung für oder gegen eine Unterbringung in einer „besonderen Wohnform“ unter einem Dach bei Klient:innen mit SBPF.	
Qualität der Evidenz:	Systematische Literaturrecherche; zwei Publikationen aus einer prospektiven Kohortenstudie:	
Soziales Funktionsniveau: ⊕⊖⊖⊖ Einweisung ins psychiatrische Krankenhaus: ⊕⊖⊖⊖ Psychopathologische Symptomschwere: ⊕⊖⊖⊖ Lebensqualität: ⊕⊖⊖⊖	Dehn et al. (2021) Dehn et al. (2022)	
	Konsensstärke: 92%	

Hinweis: In der Stellungnahme der DGPPN (siehe Kapitel 3.2 im Leitlinienreport) wird folgendes Sondervotum vorgeschlagen:
„Menschen mit SBPF sollen entsprechend ihrer individuellen Bedarfe und Präferenzen mobil und unabhängig von der Wohnform unterstützt werden, selbstbestimmt in der Gemeinde zu wohnen (Empfehlungsstärke A basierend auf der Empfehlung 17 der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen).“

Aufgrund der geringen Qualität der Evidenz, der wenigen Studien und der fehlenden Sicherheit der Ergebnisse, kann die Unterbringung in einer „besonderen Wohnform“ unter einem Dach nicht empfohlen werden, es kann aber auch keine Empfehlung dagegen ausgesprochen werden. Eine Entscheidung muss im klinischen Einzelfall und unter Berücksichtigung der individuellen Gegebenheiten und Präferenzen getroffen werden.
Wenn eine unterstützte Wohnform notwendig ist, sollte diese:

- die größtmögliche Selbstbestimmung der Klient:innen ermöglichen
- selbstbestimmtes Wohnen der Klient:innen fördern
- therapeutische Konzepte und qualifiziertes Personal für Klient:innen mit SBPF vorhalten
- einen Bezug in die Gemeinde hinein erhalten.

Weiterführende Informationen:
In Baden-Württemberg wurde ein ähnliches Projekt wie von Dehn et al. (2021) und Dehn et al. (2022) beschrieben, durchgeführt, welches nicht in die LL-SBPF aufgenommen wurde, da sich weniger als 70% der Stichprobe in einem Wohnsetting befanden, dass auf das Kriterium „besondere Wohnform unter einem Dach“ zutraf (Steinert et al. 2020, S. 68).

4.2.7 Schlüsselfrage 5: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die ambulante koordinierte Versorgung erhalten, ein besseres Outcome als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?

Für diese Schlüsselfrage ergaben sich:
4 evidenzbasierte Empfehlungen.

Vom Gesetzgeber wird eine koordinierte Versorgung, insbesondere in der ambulanten Versorgung, gefordert. Dazu wurde 2021 die „Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL)“ beschlossen (G-BA 2021). Darin wird die unzureichende „berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung, insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf“ festgestellt.
Eine gut koordinierte Versorgung zeichnet sich dadurch aus, dass Patient:innen mit SBPF eine Ansprechpartner:in haben, die:

- eine ausreichende Ausbildung hinsichtlich psychischer Störungen hat,
- Sektorenübergreifend vernetzt ist,
- Terminvereinbarungen übernehmen und weitere Leistungen und Hilfen anbahnen kann,
- Patient:innen motivieren kann, Termine wahrzunehmen,
- einen regelmäßigen (bis wöchentlichen) Kontakt zu den Patient:innen herstellen und halten kann,
- falls notwendig das relevante Umfeld einbeziehen kann,
- falls notwendig und mit Einverständnis der Patient:in diese in ihrem häuslichen Umfeld aufsucht.

Die Koordinierung kann von behandelnden Personen selbst ausgeübt werden oder an entsprechend qualifiziertes Personal delegiert werden. Die qualifizierende Beschreibung, was eine koordinierte Versorgung ausmacht, stammt von der KSVPsych-RL. Dort werden auch Berufsgruppen benannt, die diese koordinierende Versorgung ausüben können oder an die Aufgaben delegiert werden können. Da jedoch nicht alle relevanten Berufsgruppen, wie Hausärzt:innen, benannt werden, wurde hier allein die qualifizierende Beschreibung gewählt. Zudem wird die Richtlinie häufig aufgrund fehlender monetärer Anreize nicht umgesetzt.

Evidenz:
Zwei Studien konnten in die LL-SBPF eingeschlossen werden. Zum einen eine Meta-Analyse von Lim et al. (2022), sowie ein Cochrane Review von Dieterich et al. (2017). Die in den beiden Studien beschriebene Art und Umfang der abgestimmten Versorgung war heterogen. Die Personen, die als Case Manager bezeichnet wurden, waren psychiatrisch Pflegende (Dieterich et al. 2017; Muijen et al. 1994) oder Sozialarbeiter:innen (Dieterich et al. 2017; Björkman et al. 2002), teilweise auch nicht näher bezeichnete Gesundheitskräfte (Lim et al. 2022; Kilbourne et

al. 2013) oder Mitarbeitende (Dieterich et al. 2017; Chandler et al. 1996). Die Koordinierte Versorgung umfasste teilweise Symptommonitoring (Lim et al. 2022; Kilbourne et al. 2012) und/oder Beratung (Lim et al. 2022; Malakouti et al. 2016), Behandlungskoordination (Dieterich et al. 2017; Bertelsen et al. 2008), Verhaltenstraining (Dieterich et al. 2017; Björkman et al. 2002), aber auch soziale Themen wie Arbeitsrehabilitation (Dieterich et al. 2017; Chandler et al. 1996) und Hilfe bei Wohnproblemen (Dieterich et al. 2017; Muijen et al. 1994). Keine der in den Meta-Analysen berücksichtigten Einzelstudien wurde in Deutschland durchgeführt, sondern fanden in Großbritannien (Muijen et al. 1994; Audini et al. 1994), den USA (Kilbourne et al. 2013; Chandler et al. 1996; Kilbourne et al. 2012), Dänemark (Bertelsen et al. 2008), Iran (Malakouti et al. 2016), Schweden (Björkman et al. 2002) und Australien (Johnston et al. 1998) statt. Eine direkte Übertragbarkeit auf das deutsche Versorgungssystem ist somit nicht gegeben. Angesichts der Unterschiede in den Einzelstudien ist jedoch zu berücksichtigen, dass Unterschiede in den Ergebnissen in der Evidenzbewertung berücksichtigt wurden (indem die Evidenzqualität herabgestuft wurde, falls erhebliche Varianz zwischen den Effektschätzern der Einzelstudien bestand). Genauere Informationen zu den eingeschlossenen Studien finden sich im Anhang des Leitlinienreports (Tabelle 64).

Die Meta-Analyse (Lim et al. 2022) untersuchte Befunde zum „Care Management“, welches durch eine ambulante Standardbehandlung plus Planung und Koordination der Behandlung. Es war kein multidisziplinäres Behandlungsteam involviert.

7.1	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu
Empfehlungsgrad: **0**	Zur Verbesserung der psychischen Lebensqualität kann Patient:innen mit SBPF eine ambulante koordinierte Versorgung angeboten werden.	
Qualität der Evidenz:	Systematische Literaturrecherche; eine Meta-Analyse:	
Psychische Lebensqualität: ⊕⊕⊖⊖	Lim et al. (2022)	
	Konsensstärke: 100%	

Aus der Meta-Analyse (Lim et al. 2022) konnten die Ergebnisse von drei RCTs mit insgesamt 304 Patient:innen extrahiert werden, bei denen ein Unterschied in geringem Ausmaß (Cohen 2013) in der **psychischen Lebensqualität** von Hedge`s *g* 0.26 (95% Konfidenzintervall 0.02 – 0.51) zugunsten der Patient:innen mit Care Management gegenüber den Patient:innen mit Standard Outpatient Care festgestellt wurde. Die untersuchte Patientenpopulation umfasste Patient:innen aus dem internalisierenden und dem HiTOP-Spektrum der Denkstörungen. Nach Wendt et al. (2024b) ist anzunehmen, dass die PF bei 75% der untersuchten Patient:innen mindestens schwer beeinträchtigt war.
Bei der Meta-Analyse liegt aufgrund des Studiendesigns eine hohe Qualitätsstufe vor. Aufgrund methodischer Schwächen laut AMSTAR Checkliste (Coenen et al. 2013; z.B. fehlende Angabe des Suchzeitraums) wurde die Qualität zu moderat herabgestuft. Die weitere Herabstufung erfolgte aufgrund von fehlender Präzision des 95% Konfidenzintervalls.

Das Cochrane Review (Dieterich et al. 2017) untersuchte Intensive Case Management, welches als Versorgung in Anlehnung eines der folgenden Drei Modelle definiert war: (a) Assertive

Communitiy Treatment Modell (Stein und Test 1980) (b) Assertive Outreach Modell (Witheridge et al. 1982; Witheridge 1991; McGrew und Bond 1995) (c) Case Management Modell (Intagliata 1982). Weiterhin durfte ein Fallmanager nicht mehr als 20 Patient:innen betreuen. Aus dem Cochrane Review konnten Ergebnisse zur psychosozialen Funktionsfähigkeit und zum Erwerbsstatus extrahiert werden. Diese beziehen sich auf unterschiedliche Messzeiträume.

7.2	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu
Empfehlungsgrad: **B**	Zur Verbesserung der psychosozialen Funktionsfähigkeit sollte Patient:innen mit SBPF eine ambulante koordinierte Versorgung angeboten werden.	
Qualität der Evidenz:	Systematische Literaturrecherche; ein Cochrane Review:	
Psychosoziale Funktionsfähigkeit st: ⊕⊕⊕⊖ Psychosoziale Funktionsfähigkeit mt: ⊕⊕⊖⊖ Psychosoziale Funktionsfähigkeit lt: ⊕⊕⊕⊖	Dieterich et al. (2017) Dieterich et al. (2017) Dieterich et al. (2017)	
	Konsensstärke: 100%	

Die Qualität der Evidenz wurde für die psychosoziale Funktionsfähigkeit jeweils nach Zeitabschnitten bewertet, st – short term, mt - medium term, lt – long term

Für die **kurzfristige Verbesserung der psychosozialen Funktionsfähigkeit** (Messung nach weniger als 6 Monaten) wurde eine Meta-Analyse aus 4 RCTs mit 797 Patient:innen durchgeführt. Diese zeigte, dass der GAF-Score (American Psychiatric Association 1987) für Patient:innen mit Intensive Case Management im Mittel 2.07 (95% Konfidenzintervall 0.28 – 3.86) Punkte höher war als bei Patient:innen mit Standardversorgung. Die untersuchte Patientenpopulation umfasste überwiegend Patient:innen aus dem HiTOP-Spektrum Denkstörungen. Nach Wendt et al. (2024b) ist anzunehmen, dass die PF bei 67% der untersuchten Patient:innen mindestens schwer beeinträchtigt war.
Bei dem Cochrane-Review liegt aufgrund der des Studiendesigns eine hohe Qualitätsstufe vor. Aufgrund eines hohen Bias-Risikos hinsichtlich der Verblindung von Studienteilnehmer:innen sowie Selektivem Berichten wurde die Qualität zu moderat herabgestuft.

Für die **mittelfristige Verbesserung der psychosozialen Funktionsfähigkeit** (Messung nach 7 – 12 Monaten) wurde eine Meta-Analyse aus 3 RCTs mit 722 Patient:innen durchgeführt. Diese zeigte keinen Unterschied in der Mittelwertdifferenz des GAF-Scores (American Psychiatric Association 1987; 0.09, 95% Konfidenzintervall -3.11 – 3.28) zwischen Patient:innen mit Intensive Case Management und Patient:innen mit Standardversorgung. Die untersuchte Patientenpopulation umfasste überwiegend Patient:innen aus dem HiTOP-Spektrum Denkstörungen. Nach Wendt et al. (2024b) ist anzunehmen, dass die PF bei 66% der untersuchten Patient:innen mindestens schwer beeinträchtigt war.
Bei dem Cochrane-Review liegt aufgrund der des Studiendesigns eine hohe Qualitätsstufe vor. Aufgrund eines hohen Bias-Risikos hinsichtlich der Verblindung von Studienteilnehmer:innen sowie Selektivem Berichten wurde die Qualität zu moderat herabgestuft. Die weitere Herabstufung zu niedrig erfolgte aufgrund von Inkonsistenz, da eine signifikante Heterogenität zwischen

den Studien bzw. ein hoher mit Studiendifferenz zu erklärendem Anteil an Varianz zwischen den Punktschätzern der Einzelstudien (I^2 55%) vorlag.

Für die **langfristige Verbesserung der psychosozialen Funktionsfähigkeit** (Messung nach mehr als 12 Monaten) wurde eine Meta-Analyse aus 5 RCTs mit 818 Patient:innen durchgeführt. Diese zeigten, dass der GAF-Score (American Psychiatric Association 1987) für Patient:innen mit Intensive Case Management im Mittel 3.41 (95% Konfidenzintervall 1.66 – 5.16) Punkte höher war als für Patient:innen mit Standardversorgung. Die untersuchte Patientenpopulation umfasste überwiegend Patient:innen aus dem HiTOP-Spektrum Denkstörungen. Nach Wendt et al. (2024b) ist anzunehmen, dass die PF bei 67% der untersuchten Patient:innen mindestens schwer beeinträchtigt war.
Bei dem Cochrane-Review liegt aufgrund der des Studiendesigns eine hohe Qualitätsstufe vor. Aufgrund eines hohen Bias-Risikos hinsichtlich der Verblindung von Studienteilnehmer:innen sowie Selektivem Berichten wurde die Qualität zu moderat herabgestuft.

7.3	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu
Empfehlungsgrad: **0**	Zur Reduktion von Erwerbslosigkeit kann Patient:innen mit SBPF eine ambulante koordinierte Versorgung angeboten werden.	
Qualität der Evidenz:	Systematische Literaturrecherche; ein Cochrane Review:	
Erwerbsstatus mt: ⊕⊕⊖⊖ Erwerbsstatus lt: ⊕⊕⊖⊖	Dieterich et al. (2017) Dieterich et al. (2017)	
	Konsensstärke: 100%	

Die Qualität der Evidenz wurde für den Erwerbsstatus nach mt – medium term, lt – long term

Hinweis: In der Stellungnahme der DGPPN (siehe Kapitel 3.2 im Leitlinienreport) wird folgendes Sondervotum vorgeschlagen:
„Neben spezifischen Ansätzen zur Verbesserung der beruflichen Teilhabe von Menschen mit SBPF kann auch eine ambulante koordinierte Versorgung zu dieser beitragen und deshalb angeboten werden (Empfehlungsstärke 0).“

Für die **mittelfristige Verbesserung des Erwerbsstatus** (Messung nach 7 – 12 Monaten) wurde eine Meta-Analyse aus 4 RCTs mit 1136 Patient:innen durchgeführt. Sie zeigt ein Risk-Ratio von 0.89 (95% Konfidenzintervall 0.79 – 1), Patient:innen mit Intensive Case Management haben gegenüber Patient:innen mit Standardversorgung tendenziell ein 11% geringeres Risiko, mittelfristig erwerbslos zu sein. Die untersuchte Patientenpopulation umfasste überwiegend Patient:innen aus dem HiTOP-Spektrum Denkstörungen. Nach Wendt et al. (2024b) ist anzunehmen, dass die PF bei 83% der untersuchten Patient:innen mindestens schwer beeinträchtigt war.
Bei dem Cochrane-Review liegt aufgrund der des Studiendesigns eine hohe Qualitätsstufe vor. Aufgrund eines hohen Bias-Risikos hinsichtlich der Verblindung von Studienteilnehmer:innen sowie Selektivem Berichten wurde die Qualität zu moderat herabgestuft. Die weitere Herabstufung zu niedrig erfolgte aufgrund von Inkonsistenz, da eine signifikante Heterogenität zwischen den Studien bzw. ein hoher mit Studiendifferenz zu erklärendem Anteil an Varianz zwischen den Punktschätzern der Einzelstudien (I^2 75%) vorlag.

Für die **langfristige Verbesserung des Erwerbsstatus** (Messung nach mehr als 12 Monaten) wurde eine Meta-Analyse aus 4 RCTs mit 1129 Patient:innen durchgeführt. Sie zeigt ein Risk-Ratio von 0.70 (95% Konfidenzintervall 0.49 – 1), Patient:innen mit Intensive Case Management haben gegenüber Patient:innen mit Standardversorgung tendenziell ein 30% geringeres Risiko, langfristig erwerbslos zu sein. Die untersuchte Patientenpopulation umfasste überwiegend Patient:innen aus dem HiTOP-Spektrum Denkstörungen. Nach Wendt et al. (2024b) ist anzunehmen, dass die PF bei 83% der untersuchten Patient:innen mindestens schwer beeinträchtigt war.
Bei dem Cochrane-Review liegt aufgrund der des Studiendesigns eine hohe Qualitätsstufe vor. Aufgrund eines hohen Bias-Risikos hinsichtlich der Verblindung von Studienteilnehmer:innen sowie Selektivem Berichten wurde die Qualität zu moderat herabgestuft. Die weitere Herabstufung zu niedrig erfolgte aufgrund von Inkonsistenz, da eine signifikante Heterogenität zwischen den Studien bzw. ein hoher mit Studiendifferenz zu erklärendem Anteil an Varianz zwischen den Punktschätzern der Einzelstudien (I^2 94%) vorlag.
Hinsichtlich des Erwerbsstatus ist zu erwähnen, dass die meisten Studien des Reviews (Dieterich et al. 2017) sich auf Populationen im erwerbsfähigen Alter beziehen, bzw. die allermeisten Studienteilnehmer:innen im erwerbsfähigen Alter waren. Aussagen auf Ruheständler können somit nicht getroffen und die Empfehlung findet entsprechend bei Patient:innen im erwerbsfähigen Alter Anwendung.

Fazit der Evidenz für ambulant koordinierte Versorgung bei Patient:innen mit SBPF:
Die Evidenz und klinische Erfahrung deuten darauf hin, dass Patient:innen mit SBPF von einer koordinierten ambulanten Versorgung profitieren, entsprechend sollte dies empfohlen werden.

7.4	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu
Empfehlungsgrad: **B**	Bei Bedarf einer multiprofessionellen ambulanten Behandlung sollte diese koordiniert durch eine an dieser Behandlung beteiligten Person stattfinden.	
Qualität der Evidenz:	Systematische Literaturrecherche; eine Meta-Analyse und ein Cochrane Review:	
Psychische Lebensqualität: ⊕⊕⊖⊖ Funktionsfähigkeit st: ⊕⊕⊕⊖ Funktionsfähigkeit mt: ⊕⊕⊖⊖ Funktionsfähigkeit lt: ⊕⊕⊕⊖ Erwerbsstatus mt: ⊕⊕⊖⊖ Erwerbsstatus lt: ⊕⊕⊖⊖	Lim et al. (2022) Dieterich et al. (2017) Dieterich et al. (2017) Dieterich et al. (2017) Dieterich et al. (2017) Dieterich et al. (2017)	
	Konsensstärke: 96%	

Die Qualität der Evidenz wurde für die Funktionsfähigkeit jeweils nach Zeitabschnitten bewertet, st – short term, mt – medium term, lt – long term, der Erwerbsstatus nach mt – medium term, lt – long term

4.2.8 Schlüsselfrage 9: Haben Patient:innen mit SBPF, die einen festen Bezugs-Mental Health Care Professional haben, ein besseres Outcome als die, die keinen haben?

Für diese Schlüsselfrage ergaben sich:
1 evidenzbasiertes Statement
10 evidenzbasierte Empfehlungen
5 konsensbasierte Empfehlungen.
Insgesamt wurden 16 Empfehlungen und Statements formuliert.

Dieses Kapitel behandelt die Rolle der therapeutischen Beziehung bei Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen.
Der Begriff Therapeutische Beziehung bezieht sich auf „die Gefühle und Einstellungen, die Therapeut:in und Patient:in zueinander haben und die Art, wie diese ausgedrückt werden“ (Norcross und Lambert 2018, S. 304). Es handelt sich also nicht um einzelne Techniken oder Interventionen, sondern die jeweils sich gestaltende Ausformung des Miteinander-Seins und erfordert grundlegende therapeutische Fertigkeiten und Haltungen. Behandlungsmethoden und therapeutische Beziehung informieren und formen sich gegenseitig. Anders ausgedrückt: Behandlungsmethoden sind Beziehungsakte (Safran und Muran 2000).
Zugrunde gelegt wurden für dieses Kapitel die Empfehlungen der Leitlinien Schizophrenie, Bipolare Störungen, Autismus-Spektrum-Störungen, Borderline-Persönlichkeitsstörung und Essstörungen. Hieraus ergaben sich 2 Empfehlungen.
Für 9 weitere Empfehlungen wurde eine systematische Recherche von Meta-Analysen zugrunde gelegt. Grundlegend für die Festlegung der Suchterme waren dabei vor allem die Ergebnisse der Task Force „Evidence-based relationships and responsiveness“ der American Psychological Association (Norcross & Lambert, 2011; Norcross & Lambert, 2018). Die genaue Suchstrategie ist im Leitlinienreport nachzulesen (Tabelle 57). Insgesamt 17 Meta-Analysen wurden eingeschlossen.
5 Empfehlungen wurden im Expertenkonsens formuliert.

4.2.8.1 Relevanz und Wirkung der therapeutischen Beziehung und der Beziehungskontinuität

Die therapeutische Beziehung und das Arbeitsbündnis von Patient:in und Behandler:in tragen maßgeblich zur Wirksamkeit von psychotherapeutischen und psychosozialen Maßnahmen bei (Gelso et al. 2018; Norcross und Lambert 2018).
Eine Meta-Analyse mit Daten aus 4 Ländern, 362 Therapeut:innen und 14.254 Patient:innen zeigte, dass 5 - 8% des Effekts von Psychotherapie auf die therapeutische Beziehung zurückzuführen sind (Barkham et al. 2017). Diese Studie zeigt ebenfalls, dass dies besonders für Menschen mit SBPF zutrifft: Je schwerwiegender ein Patient zu Beginn der Behandlung beeinträchtigt war, desto wichtiger war die Rolle des Therapeuten/der Therapeutin bzw. der therapeutischen Beziehung für den Verlauf und das Ergebnis der Therapie.
Wenn die therapeutische Beziehung jedoch fehlt oder stark reduziert ist, wie dies beispielsweise bei Online-Interventionen der Fall ist, kann dies negativ wirken: Eine große randomisierte Studie mit 18.882 suizidalen Patient:innen zeigte, dass ein online angebotenes DBT-Skills-Training das Risiko für Selbstverletzungen bei erwachsenen Patient:innen im Vergleich zu Care as usual erhöhte (Simon et al. 2022). Die Beziehung bei online-Therapien ist reduziert (Therapeut:in und Patient:in haben – je nachdem ob videobasiert oder rein chatbasiert - sehr wenige oder keine non-verbale Informationen aus der Körpersprache des Gegenübers zur Verfügung)

und das wirkt sich bei guter Persönlichkeitsorganisation weniger schwerwiegend aus als bei SBPF.
Für die folgenden Aspekte der therapeutischen Beziehung wurden in Meta-Analysen überzeugende Belege für deren Wirksamkeit gefunden:

- therapeutische **Allianz** in Einzelpsychotherapie (Flückiger et al. 2018) sowie in Paar- und Familientherapie (Friedlander et al. 2018)
- **Kohäsion** in Gruppentherapie (Burlingame et al. 2018)
- **Zusammenarbeit** (Tryon et al. 2018)
- **Zielkonsens** (Tryon et al. 2018)
- **Empathie** (Elliott et al. 2018)
- Positive **Wertschätzung** (Farber et al. 2018)
- Einholen und Geben von **Feedback** (Lambert et al. 2018)

Die folgenden Aspekte haben laut Meta-Analysen wahrscheinlich gute Effekte:

- **Kongruenz/Echtheit** (Kolden et al. 2018)
- **Realbeziehung/Arbeitsbündnis** (Gelso et al. 2018)
- **Emotionsausdruck** (Peluso und Freund 2018)
- Kultivieren **positiver Erwartungen** (Constantino et al. 2018b)
- Förderung von **Glaubwürdigkeit** der Behandlung (Constantino et al. 2018a)
- Management der **Gegenübertragung** (Hayes et al. 2018)
- **Bearbeiten von Beziehungsbrüchen** (Eubanks et al. 2018; Lo Coco et al. 2019)

Vielversprechend, aber noch nicht ausreichend durch empirische Belege gestützt, sind:

- **„Self-Disclosure“** und Unmittelbarkeit (Hill et al. 2018)

Diese allgemeinen Faktoren sind je nach Patientencharakteristika und –bedürfnissen gegebenenfalls zu adaptieren, das wird in einzelnen Empfehlungen dieses Kapitels herausgearbeitet.
Meta-Analysen qualitativer Studien mit Patient:innen und Kliniker:innen unterstreichen die Relevanz einer starken, vertrauensvolle Beziehungen zwischen Kliniker:innen und Patient:innen als Schlüssel zum Behandlungserfolg (Loughlin et al. 2020; Haw et al. 2023; Troup et al. 2022). Der Aufbau einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung, die auf **Geduld** beruht und **nicht bewertend** ist, ist laut Haw et al. für den wahrgenommenen Erfolg der Therapie entscheidend (Qualitative Meta-Analyse, $k = 10$, $n = 104$). Der Prozess der Entwicklung von Vertrauen ist komplex und nicht-linear; es **benötigt Zeit und Geduld**, damit Patient:innen sich sicher fühlen können, wobei die Grenzen der Beziehung auch immer wieder ausgetestet werden, um ein Gefühl von Sicherheit etablieren zu können. Ohne eine vertrauensvolle Beziehung wird der therapeutische Raum als unsicher erlebt und Patient:innen halten dann entweder Informationen zurück oder werden demotiviert bezüglich der Therapie. Dies kann zu verzögertem Bericht von beispielsweise selbstverletzenden Tendenzen führen und damit die Gefahren für Patient:innen erhöhen (Haw et al. 2023).

8.1	Evidenzbasiertes Statement	Neu
	Eine krankheitsphasenübergreifende tragfähige therapeutische Beziehung trägt wesentlich zum Behandlungserfolg in der Akut- und Erhaltungstherapie bei.	
Qualität der Evidenz:	Systematische Literaturrecherche; drei Meta-Analysen, eine Meta-Synthese, zwei systematische Reviews:	
Leitlinienadaptation Relevanz aus Patient:innensicht: ⊕⊕⊕⊕ Relevanz aus Sicht von Kliniker:innen: ⊕⊕⊕⊖ Ergebnis der Psychotherapie: ⊕⊕⊕⊖ Veränderung der psychiatrischen Symptome: ⊕⊕⊕⊖	Literatur: Gelso et al. (2018); Loughlin et al. (2020); Haw et al. (2023); Troup et al. (2022); Flückiger et al. (2018); Bourke et al. (2021) Vergleichbare Leitlinienempfehlung: S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen (Statement 7, S. 91): *Eine phasenübergreifende tragfähige therapeutische Beziehung trägt wesentlich zum Behandlungserfolg in der Akut- und prophylaktischen Therapie bei.* Der Teilsatz „und prophylaktischen Therapie“ wurde zu „und Erhaltungstherapie“ geändert. Weiterführende Literatur: Barkham et al. (2017); Norcross und Lambert (2018)	
	Konsensstärke: 100%	

Die folgende Empfehlung war ursprünglich eine Leitlinienadaptation, sie wurde jedoch aufgrund der besonderen Relevanz der therapeutischen Beziehung bei Menschen mit SBPF (Barkham et al. 2017) und basierend auf einer de novo Recherche neu bewertet.

Verschiedene Meta-Analysen (Flückiger et al. 2018; Bourke et al. 2021; Browne et al. 2021; Howard et al. 2022) zeigen: Wenn die therapeutische Allianz stark ist und Allianzstörungen gut bearbeitet werden (Eubanks et al. 2018), dann ist das Ergebnis der Psychotherapie geringfügig bis moderat besser. Die therapeutische Allianz umfasst die ganzheitlichen kooperativen Aspekte der Therapeut:in-Patient:in-Beziehung. Der Zusammenhang mit dem Therapieerfolg ist gut belegt. In einer Meta-Analyse von 295 Studien mit über 30.000 Teilnehmenden (Flückiger et al. 2018) lag die Effektstärke bei $d = 0.58$.
Die psychiatrische Symptomatik verbessert sich oft, allerdings hat man Unterschiede festgestellt je nachdem, wer die therapeutische Allianz einschätzt – die Therapeut:in oder die Patient:in (eine Verbesserung von psychotischen Symptomen beispielsweise hängt weniger stark damit zusammen, wie die Patient:innen die Allianz einschätzen als damit, wie die Therapeut:innen dies tun (Browne et al. 2021; Bourke et al. 2021). Symptome von PTSD verbessern sich laut einer Meta-Analyse aus 12 Studien mit 691 Patient:innen geringfügig ($r = 0.34$). Eine Aufgabe der Therapeut:innen besteht deshalb darin, diese Allianz zu fördern.

8.2	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu
Empfehlungsgrad: **A**	Im Rahmen der Diagnostik und Therapie von Patient:innen mit SBPF soll eine tragfähige therapeutische Beziehung etabliert werden. Diese soll bei Menschen mit SBPF als Basis aller weiteren Therapieschritte angesehen werden, abhängig von der Schwere der BPF sogar als Behandlungsziel.	
Qualität der Evidenz:	Systematische Literaturrecherche; vier Meta-Analysen, ein systematisches Review:	
Leitlinienadaptation Ergebnis der Psychotherapie: ⊕⊕⊕⊖ Veränderung der psychiatrischen Symptomatik: ⊕⊕⊕⊖ Veränderung psychotischer Symptomatik: ⊕⊕⊖⊖ Veränderung von PTSD-Symptomen: ⊕⊕⊕⊖ Relevanz vertrauensvolle und langfristige Beziehung: ⊕⊕⊕⊕	Formulierung ursprünglich basierend auf: S3-Leitlinie Diagnostik und Behandlung der Essstörungen (dort EK, Empfehlung 3, S.59; *Im Rahmen der Diagnostik und Psychotherapie der Essstörungen sollte eine tragfähige therapeutische Beziehung etabliert werden;* „Psychotherapie“ geändert zu „Therapie“. Als Basis der Therapie und als Therapieziel ergänzt.) Danach de novo-Recherche von Meta-Analysen. neue Literatur: Flückiger et al. (2018); Bourke et al. (2021); Browne et al. (2021); Howard et al. (2022); Haw et al. (2023)	
	Konsensstärke: 100%	

Eine Meta-Analyse von 81 Stichproben mit 12.722 Patient:innen zeigte, dass die anfängliche Überzeugung der Patient:innen, dass die Behandlung hilfreich sein wird, positiv mit dem späteren Therapieerfolg korreliert (Constantino et al. 2018). Die gemittelte Effektstärke lag bei $d = 0.36$. Deshalb ist es für den Verlauf der Therapie förderlich, wenn entsprechend **positive Erwartungen** gefördert werden. Allerdings muss dabei berücksichtigt werden, dass diese Erwartungen nicht so groß sein sollten, dass sie nur sehr schwer erreicht werden können, da dies zu Demotivierung und Demoralisierung führen könnte. Wenn Patient:innen die Therapie oder die Therapeut:in idealisieren, kann das auch zum Vermeiden vom Arbeiten an problematischem Verhalten und Denkmustern führen. Stattdessen ist eine mild positive Erwartung am besten geeignet, therapeutisch zu arbeiten.
Welche Beziehungserwartungen die Patient:innen haben, hängt nicht nur mit der im Hier und Jetzt erlebten Realbeziehung (siehe nächster Abschnitt) zusammen, sondern auch mit den Erfahrungen, die die Patient:innen mit früheren Bezugspersonen gemacht haben. Ihre Erwartungen können daher nicht einfach verändert werden. Therapeut:innen sollten aber darauf achten, einerseits Idealisierungen nicht zu fördern und andererseits aktiv, hilfreich zur Verfügung zu stehen.

8.3	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu
Empfehlungsgrad: **B**	Eine milde positive Beziehungserwartung sollte etabliert werden, um den Therapieerfolg zu verbessern.	
Qualität der Evidenz:	Systematische Literaturrecherche; eine Meta-Analyse:	
Ergebnis der Psychotherapie: ⊕⊖⊖⊖	Literatur: Constantino et al. (2018)	
	Konsensstärke: 100%	

Hinweis: In der Stellungnahme der DGPPN (siehe Kapitel 3.2 im Leitlinienreport) wird folgendes Sondervotum vorgeschlagen:
„Für die Verbesserung des Therapieerfolges sollten realistisch erreichbare Ziele definiert werden, um einer Demotivierung frühzeitig zu begegnen. (KKP-Empfehlung).“

Die Rolle der **positiven Wertschätzung** wurde in einer Meta-Analyse über 64 Studien untersucht (Farber et al. 2018). Dabei zeigte sich ein Effekt von $g = 0.36$. Das heißt, wenn die therapeutische Beziehung durch Akzeptanz und positive Wertschätzung geprägt ist, dann ist das Ergebnis der Psychotherapie geringfügig besser.
Dieser Effekt war besonders stark war bei Einzeltherapie, im ambulanten Setting sowie bei ängstlichen und depressiven Patient:innen zu beobachten. Bei Patient:innen mit SBPF bestehen die spezifischen Beziehungskompetenzen darin, trotz ihrer interaktionellen Schwierigkeiten wertschätzend Veränderungen wahrnehmen und angemessen kommunizieren zu können.

8.4	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu
Empfehlungsgrad: **B**	Die Therapeut:in sollte auch scheinbar kleine Veränderungen bei Patient:innen mit SBPF erkennen und als Erfolg des Therapieprozesses und der Beziehung wertschätzen.	
Qualität der Evidenz:	Systematische Literaturrecherche; eine Meta-Analyse:	
Ergebnis der Psychotherapie: ⊕⊖⊖⊖	Literatur: Farber et al. (2018)	
	Konsensstärke: 100%	

4.2.8.2 Beziehungskompetenzen von Behandelnden

4.2.8.2.1 Allgemeine Beziehungskompetenzen

Einer qualitativen Meta-Analyse ($k = 14$ Studien, $n = 340$ Patient:innen und Zugehörige) zufolge schreiben Patient:innen und Zugehörige einer engen Beziehung zu Gesundheitsfachkräften die wichtigste Rolle in ihrer Genesung zu (Loughlin et al. 2020). Eine enge therapeutische Beziehung fördert demnach das Gefühl von Handlungsfähigkeit, die Interaktion mit Anderen und verbessert das Identitätsgefühl. Die Beziehung wird dann als besonders hilfreich empfunden, wenn die Mitarbeitenden als **ruhig, warm und nahbar** erlebt werden, **„einfache“ Sprache** verwenden und eine **nicht-bewertende Haltung** einnehmen.
Wenn die therapeutische Beziehung durch **Empathie** geprägt ist, dann ist das Ergebnis der Psychotherapie moderat besser, wie eine Meta-Analyse mit 6.138 Patient:innen zeigte (Elliott et al. 2018). Die Effektstärke lag bei $d = 0.58$, der Korrelationskoeffizient war $r = 0.28$. Bei schwer Erkrankten ist dieser Effekt offenbar noch stärker ausgeprägt als bei Patient:innen mit geringerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen ($r = 0.32$).

Empathie ist definiert durch:

1. empathische Resonanz der Therapeut:in auf die Patient:in,
2. zum Ausdruck gebrachtes Verstehen der Sicht der Patient:in und ihrer Werte und
3. dass durch die Patient:in erlebte Verstandenwerden in der Therapie.

Kompetente Therapeut:innen können diese empathische Resonanz in der Beziehung herstellen und aufrechthalten.

Eine weitere wichtige Kompetenz ist die Fähigkeit zum Etablieren und Aufrechterhalten einer **Realbeziehung**. Je realistischer sich die Beteiligten einer therapeutischen Beziehung gegenseitig erleben und wahrnehmen und je aufrichtiger sie miteinander umgehen, desto stärker ist die so genannte Realbeziehung. Das Ergebnis der Psychotherapie hängt damit laut einer Meta-Analyse (Gelso et al. 2018) mit 1.502 Patient:innen deutlich zusammen (d = 0.80).
Eine Meta-Analyse über 11 Studien mit 1.314 eingeschlossenen Patient:innen zeigte, dass die **Bearbeitung von Beziehungsbrüchen** („Alliance Rupture Repair“) positiv zum Therapieerfolg beiträgt (Eubanks et al. 2018). Die gemittelte Effektgröße lag bei d = 0.62. Das ist besonders für Patient:innen mit SBPF relevant, da es hier aufgrund der Probleme in der Persönlichkeitsfunktionen häufig zu Beziehungsbrüchen kommt. Wenn damit aktiv gearbeitet wird, ist das für die Weiterentwicklung der Patient:innen hilfreich.

8.5	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu
Empfehlungsgrad: **B**	Behandler:innen sollten, um die Entwicklung der Patient:innen mit SBPF zu fördern, angemessen: ▪ präsent sein (mit sich selbst und Patient:innen in Kontakt) ▪ in Beziehung gehen können ▪ emotional verfügbar sein ▪ therapeutisch aktiv sein ▪ ihre Erwartungen an den Therapieerfolg und die eigene Wirksamkeit reflektieren	
Qualität der Evidenz:	Systematische Literaturrecherche; vier Meta-Analysen, ein systematisches Review:	
Ergebnis der Psychotherapie: ⊕⊖⊖⊖ Art der Beziehungsgestaltung: ⊕⊕⊕⊕	Literatur: Elliott et al. (2018); Flückiger et al. (2018); Tryon et al. (2018); Loughlin et al. (2020); Eubanks et al. (2018)	
	Konsensstärke: 100%	

Einer qualitativen Meta-Analyse über 21 Studien zufolge gibt es Hinweise darauf, dass selektive „**Self-Disclosure“** (Selbstöffnung) von Therapeut:innen die therapeutische Beziehung stärken, das psychische Funktionsniveau erhöhen und Einsicht fördern kann (Hill et al. 2018). Das bedeutet: Nachdem Therapeut:innen etwas sagen, das etwas Persönliches (jenseits der Therapie) über sie vermittelt, kommt es am häufigsten zu einer Stärkung der therapeutischen Beziehung, gefolgt von einer Besserung des psychischen Befindens der Patient:innen und der Einsicht. Bei einem Viertel der Fälle ist die Selbstöffnung jedoch nicht hilfreich für die Patient:in, in 5% der Fälle ist sie negativ für die Therapeut:in. Sie muss daher mit Bedacht und gezielt eingesetzt werden.
Bei Self-Disclosure muss außerdem darauf geachtet werden, dass gleichzeitig **keine Grenzverletzungen** stattfinden (siehe 4.2.8.4 Empfehlung 8.9). Auch aus therapeutischen Gründen ist

mitunter Abstinenz geboten. Dabei spielt eine wichtige Rolle, wie die Gegenübertragung wahrgenommen und gehandhabt wird, das heißt: wenn Therapeut:innen wahrnehmen, wie sie auf die Patient:innen emotional, kognitiv und körperlich reagieren („Gegenübertragung“) und diese Reaktionen angemessen verstehen, regulieren und therapeutisch nutzen („Gegenübertragungsmanagement“), dann ist das Ergebnis der Psychotherapie deutlich besser.
Einer Meta-Analyse über 9 Studien mit 392 Patient:innen zufolge ist erfolgreiches **Gegenübertragungsmanagement** mit einer Effektstärke von $d = 1{,}20$ ein starker Prädiktor für den Therapieerfolg (Hayes et al. 2018). Unreflektierte und nicht regulierte Gegenübertragung äußert sich zum Beispiel darin, dass Therapeut:innen bestimmte Themen im Gespräch mit Patient:innen vermeiden, dass sie überinvolviert sind oder eigene Bedürfnisse befriedigen, indem sie die Patient:innen exzessiv versorgen.

8.6	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu
Empfehlungsgrad: **B**	Therapeut:innen sollten sich der Polarität von Selbstöffnung einerseits und Abstinenz andererseits bewusst sein und diese flexibel gestalten können.	
Qualität der Evidenz:	Systematische Literaturrecherche; eine Meta-Analyse, eine qualitative Meta-Analyse:	
Ergebnis der Psychotherapie: ⊕⊖⊖⊖	Literatur: Hayes et al. (2018); Hill et al. (2018)	
	Konsensstärke: 95%	

Jede Patient:in lebt in einem spezifischen soziokulturellen Kontext, der seine Art Beziehungen einzugehen und zu erleben prägt. Zu einem soziokulturellen Kontext gehören insbesondere

- soziale Rollenerwartungen, häufig gekoppelt an Alter, Einkommen, sexuelle Identität und Orientierung
- ethnische Zugehörigkeit/kulturelle Normen und Traditionen
- Konfession/Religionszugehörigkeit

Angesichts der Vielfalt der soziokulturellen Kontexte stellt sich die Frage nach einer notwendigen Anpassung der therapeutischen Beziehung. Nicht selten besteht die Vorstellung, dass nur über eine sog. *Passung* zwischen Patient:in und Therapeut:in hinsichtlich wesentlicher Charakteristika des soziokulturellen Kontextes eine erfolgreiche Therapie gewährleistet ist (z. B. dass nur eine türkischstämmige Therapeut:in einen türkischen Patient:in, eine ältere Therapeut:in einen älteren Patient:in oder eine homosexuelle Therapeut:in eine homosexuelle Patient:in erfolgreich behandeln könnte). Diese Vorstellung wird jedoch durch entsprechende Studien nicht gestützt. Speziell gibt es keine eindeutigen Hinweise, dass eine erfolgreiche Therapie von Patient:innen aus anderen Kulturkreisen von der Zugehörigkeit der Therapeut:in zum gleichen Kulturkreis oder zur gleichen ethnischen Gruppe abhängen würde (Karlsson 2005). Entscheidend ist vielmehr die Patientenpräferenz, der nach Möglichkeit stattgegeben werden sollte. Es gibt jedoch keinen Grund davon auszugehen, dass bei Nichterfüllung dieser Wünsche mit einem bedeutsam schlechteren Therapieergebnis oder einer höheren Abbruchquote zu rechnen ist (Benish et al. 2011; Bhati 2014).
Auch wenn eine Therapeut:in nicht aus dem gleichen soziokulturellen Umfeld wie die Patient:in kommen muss, um erfolgreich mit diesem zu arbeiten, so kann die Unkenntnis von soziokulturellen Hintergründen und vor allem (ab)wertende Einstellungen dazu gravierende Probleme für die therapeutische Beziehungsgestaltung aufwerfen. Deshalb muss eine Therapeut:in sich mit wichtigen soziokulturellen Spezifika der individuellen Patient:in vertraut machen, um

eine Adaptation ihres therapeutischen Angebotes und ihrer Beziehungsgestaltung an den jeweiligen Kulturkreis vornehmen zu können (Vasquez 2007). Entscheidend für diese Adaptation und damit einer guten Zusammenarbeit ist die Kenntnis und Verwendung des spezifischen Krankheitsmodells der Patient:in (Benish et al. 2011). Dazu gehören Vorstellungen von Ursachen und Bedeutungen seiner Probleme, vom Verlauf der Erkrankung und hilfreichen therapeutischen Interventionen.
Darüber hinaus sind eine Reihe von Einstellungen und Verhaltensweisen hilfreich, um eine gute Beziehung zu einer Patient:in aus einem anderen soziokulturellen Umkreis aufzubauen (Kahraman 2008). Die Therapeut:in

- macht sich von vornherein klar, dass sie wahrscheinlich unwissend und vorurteilsbehaftet bzgl. einer Patient:in aus einem anderen soziokulturellen Kontext ist und sich deswegen damit beschäftigen muss,
- benutzt aktiv das Vokabular der Patient:in (nicht nur signalisiert sie hiermit ihr Verständnis, sondern sie stellt sich selbst immer wieder vor die Aufgabe, das verwendete Wort besser zu verstehen)i
- fragt die Patient:in nach kulturellen Bräuchen und deren Hintergründen, um hierfür Verständnis aufzubauen,
- versucht die Begrifflichkeit der eigenen Behandlungstechnik dem Sprachgebrauch die Patient:in anzupassen,
- regt häufig einen Feedback-Prozess an, um sich möglicher eigener Vorurteile bzw. Stereotypien bewusst zu werden.

8.7	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu
Empfehlungsgrad: **B**	Die Therapeut:in sollte in der Lage sein, sich auf die „Kultur“ (Sprache, Verhalten, Werte) der Patient:in mit SBPF einzulassen und dieser mit Wertschätzung und Akzeptanz zu begegnen.	
Qualität der Evidenz:	Systematische Literaturrecherche; ein systematisches Review:	
Art der Beziehungsgestaltung: ⊕⊕⊕⊕	Literatur: Loughlin et al. (2020)	
	Konsensstärke: 100%	

4.2.8.2.2 Spezielle Beziehungskompetenzen bei langfristigen Beziehungen

Langfristige therapeutische Beziehungen ermöglichen die in den Kapiteln 4.2.8.1 dargestellten positiven Effekte von Beziehungskontinuität.
Die Betreuung von Patient:innen über einen längeren Zeitraum hinweg und die Entwicklung eines umfangreichen Wissens über sie, oft auch gekoppelt mit einer tiefen Verbundenheit zu ihnen, wirken sich auf verschiedene Weise nicht nur auf die Patient:innen, sondern auch auf die Behandelnden aus, wie eine Fokusgruppen-Studie aus Kanada zeigte (Schultz et al. 2012). Die meisten dieser Auswirkungen waren positiv: Gefühle der Verbundenheit, des Vertrauens, der Neugier, der verbesserten beruflichen Kompetenz (diagnostisch und therapeutisch) und des persönlichen Wachstums. Einige waren jedoch auch belastend: Angst, Trauer, Frustration, Abgrenzungsprobleme und negative Auswirkungen auf das Privatleben.

Auch in langfristigen therapeutischen Beziehungen ist es wichtig, sich immer wieder über die Ziele der Therapie zu verständigen (Tryon et al. 2018). Stimmen Therapeut:innen und Patient:innen hinsichtlich der Ziele von Psychotherapie und die Art, wie diese erreicht werden sollen, überein, dann ist das Ergebnis der Psychotherapie geringfügig besser (**„Zielkonsens“**).
Es handelt sich um ein pantheoretisches Konstrukt, das auf alle Psychotherapieverfahren zutrifft. Eine Meta-Analyse von Tryon et al. (2018) mit insgesamt 54 eingeschlossenen Studien und 7.278 Patient:innen ergab eine gemittelte Effektstärke von $d = 0.49$ für den Zusammenhang von Zielkonsens und dem Ergebnis einer Psychotherapie. Die Ziele können sich im Verlaufe einer Behandlung auch verändern.
Therapieziele sollten – wie auch andere Entscheidungen im Therapieprozess - **partizipativ erarbeitet** werden. Dies führt häufig dazu, dass die therapeutische Beziehung gestärkt wird. Eine Meta-Analyse kontrollierter klinischer Studien mit 1.168 Patient:innen zeigte, dass Interventionen zur Stärkung der partizipativen Entscheidung („Shared Decision Making“), im persönlichen Kontakt (Einzel- oder Gruppensetting) die therapeutische Beziehung im Vergleich zu Treatment as usual geringfügig ($g = 0.21$) verbessern, vor allem hinsichtlich der Allianz und der Qualität der Kommunikation (Stovell et al. 2016).

8.8	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu
Empfehlungsgrad: **B**	Die Therapeut:in sollte regelmäßig die Aufträge bzw. Ziele der Patient:in erfragen, partizipativ konsentieren und sich am aktuellen Konsens orientieren.	
Qualität der Evidenz:	Systematische Literaturrecherche; zwei Meta-Analysen:	
Ergebnis der Psychotherapie: ⊕⊖⊖⊖ Stärkung der therapeutischen Beziehung: ⊕⊕⊕⊖	Literatur: Tryon et al. (2018) Literatur: Stovell et al. (2016)	
	Konsensstärke: 100%	

4.2.8.2.3 Herausforderungen bei der Beziehungsgestaltung

Die therapeutische Beziehung ist kein Selbstzweck, sondern soll der Entwicklung der Patient:innen dienen. Bei Patient:innen mit SBPF können sich dabei besondere **Herausforderungen** ergeben.
Eine qualitative Meta-Analyse (Troup et al. 2022), die Aussagen von 550 Gesundheitsfachkräften (Ärzt:innen, Psycholog:innen, andere Therapeut:innen, Mitarbeitende der Verwaltung) zusammenstellte, die mit Personen mit „komplexen emotionalen Bedürfnissen“ arbeiteten, ergab folgendes Bild: Starke, vertrauensvolle Beziehungen zwischen Kliniker:innen und Patient:innen sind aus Sicht der Fachkräfte der Schlüssel zum Behandlungserfolg. Die Erfahrungen mit solchen Beziehungen sind jedoch unterschiedlich. Einerseits gibt es positive Aspekte (die Patient:innen werden als "verlässlich", "ehrlich" und „kreativ“ erlebt und die eigene Rolle als hilfreich), andererseits gibt es häufig negative Gefühle und Burnout-Erfahrungen (die Patient:innen werden als „anspruchsvoll", "herausfordernd", "riskant", "abhängig", "selbstzerstörerisch", "manipulativ", "nicht konform", "unbehandelbar" und "grenzüberschreitend" erlebt). Die Schwierigkeiten der Patient:innen wurden als dauerhaft und dringlich angesehen. Fachkräfte können sich von "einem bodenlosen Pool von Bedürfnissen" überwältigt fühlen, zumal häufig

auch komorbide Diagnosen und umfassendere soziale Probleme in Bezug auf Wohnung, Beschäftigung, Finanzen und soziale Netzwerke vorliegen. Kliniker:innen erleben sich häufig von den Patient:innen idealisiert und haben das Gefühl, dass nichts, was sie tun, gut genug ist. Während der Aufbau einer authentischen Beziehung zu den Patient:innen als unerlässlich angesehen wurde, gaben die Kliniker:innen auch an, dass sie befürchteten, ausgesaugt und emotional überfordert zu werden, sich verletzlich zu fühlen und gefährlich nahe daran zu sein, ihr Selbstwertgefühl zu verlieren. Supervision und bessere Ausbildung können diese negativen Einstellungen aus Sicht der Kliniker:innen reduzieren und das Verstehen der Patient:innen verbessern.
Insofern sind regelmäßige Selbstreflexionen seitens der Psychotherapeut:innen z. B. im Rahmen von **Supervision und Intervision** besonders empfehlenswert. Diese Reflexionsmöglichkeiten systematisch in den Arbeitsalltag von Therapeut:innen aller Berufsgruppen (incl. Pflege, Soziale Arbeit, Ergotherapie etc.) einzubeziehen, wird deshalb im Folgenden empfohlen.
Bei Patient:innen mit SBPF kann das Einhalten von professionellen Grenzen eine besondere Herausforderung darstellen, da sie aufgrund ihrer Erkrankung über wenig Regulierungsmöglichkeiten verfügen (Egozi et al. 2023). Das Risiko, dass sich Therapeut:innen nicht ausreichend professionell distanzieren können, ist deshalb erhöht. Dies wiederum kann sowohl zu psychischen Belastungen bei den Behandelnden (Schultz et al. 2012) als auch zu einer verwickelten Beziehungsgestaltung führen, bei der die Arbeitsbeziehung gefährdet wird. Letztere wiederum ist für den Therapieerfolg wichtig (Gelso et al. 2018).
Das Risiko für Grenzüberschreitungen ist besonders erhöht, wenn die Therapeut:innen selbst aufgrund privater Dispositionen psychosozial belastet sind (Eichenberg et al. 2009; Stuhler et al. 2019).
Auf der anderen Seite ist eine gewisse therapeutische Nähe auch notwendig, um vertrauensvoll miteinander arbeiten zu können (Vandenberghe et al. 2018). Eine gute Balance zwischen professioneller Nähe und Distanz zu finden, ist deshalb eine kontinuierliche Aufgabe in der Behandlung von Menschen mit SBPF.
Die Etablierung einer tragfähigen therapeutischen Beziehung benötig **Zeit und Kompetenz**. Insbesondere die Kontakt- und Beziehungsaufnahme, das Finden einer kommunikativen Basis, die Klärung von Behandlungszielen sowie der Aufbau von Vertrauen und Motivation für Behandlungsmaßnahmen erfordern spezifische Kenntnisse und ausreichende zeitliche Ressourcen auf Seiten des Personals (vgl. Übersicht in der S3-Leitlinie Schizophrenie, Tabelle 29, Seite 235). Auch motivierende und vertrauensbildende Interventionen und Reflexionsphasen mit dem Ziel der Partizipation und der Vermeidung von Behandlungsabbrüchen oder Zwangsmaßnahmen sowie die Erarbeitung gemeinsamer Behandlungsvereinbarungen erfordern ausreichende personelle Freiräume und Kompetenzen.
Neben der Zeit für die eigentliche Behandlung sind entsprechende Ressourcen für Reflexion (Intervision, Supervision) und Kommunikation innerhalb von Teams und über Sektorengrenzen hinaus notwendig.
Eingeschränkte Fähigkeiten zur Kontaktaufnahme und –aufrechterhaltung sowie gravierende Defizite in der Emotionsregulation führen insbesondere bei der angespannten Situation der ambulanten psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung (Bridler et al. 2013; Singer et al. 2022b) häufig dazu, dass Patient:innen mit SBPF die Therapieplatzsuche rasch frustriert aufgeben oder eine begonnene Behandlung bald wieder abbrechen, was meist zu verstärkter Demoralisierung führt (Benecke et al. 2018). Deshalb ist es wichtig, dass sich Therapeut:innen auf diese Besonderheiten in Diagnostik und Therapie einstellen. Sie benötigen dafür eine entsprechende **Qualifikation**. Das betrifft nicht nur Psychotherapeut:innen, sondern Angehörige aller Berufsgruppen, die psychosoziale mit Menschen mit SBPF arbeiten (z. B. Soziale Arbeit,

Pflege, Ergotherapie, Medizin). In einigen Ausbildungscurricula ist dies bereits implementiert (z. B. Pflegewissenschaften), in anderen aber noch nicht oder nicht mehr. Kenntnisse über interpersonelle Problematiken von Menschen mit SBPF müssen fester Bestandteil der Aus-, Weiter- und Fortbildung der verschiedenen Berufsgruppen von Mental Health Care Professionals sein.
Aufgrund der interaktionellen Probleme von Menschen mit SBPF kann es also zu starken emotionalen Reaktionen bei den Therapeut:innen kommen (Troup et al. 2022), die die Behandlung gefährden können (siehe Kapitel 4.2.8.2). Diese Gegenübertragungsreaktionen können in der Regel besser von Personen gehandhabt werden, die eine gründliche **Selbsterfahrung** durchlaufen haben (Streeck und Werthmann 1992).

8.9	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu
Empfehlungsgrad: **A**	Therapeut:innen von Patient:innen mit SBPF sollen auf ihre Arbeitsfähigkeit achten und die therapeutische Beziehung und das eigene Verhalten regelmäßig reflektieren: ▪ Es soll regelmäßig im Rahmen von Supervision oder Intervision reflektiert werden, ob die therapeutische Beziehung im Dienste der Entwicklung der Patient:in steht. ▪ Bei der Behandlung von Menschen mit SBPF sollen Therapeut:innen auf die Grenzen ihrer Belastbarkeit achten. Das betrifft sowohl äußere Belastungsfaktoren als auch persönliche Dispositionen. ▪ Bei Patient:innen mit SBPF ist das Einhalten von professionellen Grenzen eine besondere Herausforderung. Deshalb sollen professionelle Nähe und Distanz regelmäßig reflektiert und ggf. Supervision bzw. Intervision aufgesucht werden. ▪ Therapeut:innen sollen über ausreichende zeitliche Ressourcen und Kompetenzen verfügen, um an der Herstellung von Bindung, Therapiemotivation, der Abstimmung von Therapiezielen und –strategien, sowie an der Selbstregulation und Überwindung von Brüchen in der Beziehung durch den Therapeut:innen zu arbeiten.	
Qualität der Evidenz:	Systematische Literaturrecherche; eine Meta-Synthese:	
Herausforderungen bei der Beziehungsgestaltung: ⊕⊕⊕⊕ Notwendigkeit von Supervision: ⊕⊕⊕⊕	Literatur: Troup et al. (2022)	
	Konsensstärke: 100%	

8.10	Konsensbasierte Empfehlung	Neu
EK	Aus- und Weiterbildungen von Therapeut:innen und Mitgliedern von Behandlungsteams für Patient:innen mit SBPF sollten eine mindestens fallbezogene Selbsterfahrung beinhalten.	
	Konsensstärke: 100%	

4.2.8.2.4 Spezielle Beziehungskompetenzen bei aufsuchender Arbeit

Therapiegespräche finden in der Regel in Praxisräumen fernab der Realität der Betroffenen statt. Die aufsuchende Arbeit bietet viele Möglichkeiten, die bisher im psychotherapeutischen Kontext wenig genutzt wird (siehe Kapitel 4.3.1). Zum einen kann ein anderes Verständnis der Erkrankung gelingen, die möglicherweise sogar funktionelle Aspekte hat und zur Stabilisierung eines instabilen Systems beiträgt, zum anderen können therapeutische Interventionen besser an die Bedürfnisse des Betroffenen angepasst werden (für die Evidenz siehe Kapitel 4.3.1).
Die aufsuchende Arbeit erfordert spezifische Beziehungskompetenzen, die unter anderem damit zusammenhängen, dass man in die Privaträume der Patient:innen eindringt. Dies kann zu Beschämung bei den Betroffenen führen und Widerstand gegenüber Veränderungen erzeugen (Aggett et al. 2015).

8.11	Konsensbasierte Empfehlung	Neu
EK	Bei der aufsuchenden Arbeit sollte sich die Therapeut:in bewusst sein, dass sie die Privatsphäre anderer Menschen betritt und daher eine respektvolle, interessierte und offene Haltung gegenüber dem System einnehmen. Die Therapeut:in sollte sich der Ambivalenz des Systems zwischen Veränderung und Nicht-Veränderung bewusst sein, eine mögliche Beschämung wahrnehmen können, die im System herrscht und daher Veränderungsimpulse erst bei tragfähiger Beziehung geben.	
	Literatur: Aggett et al. (2015)	
	Konsensstärke: 100%	

4.2.8.3 Wichtigkeit von Kontinuität und Dauer

Wenn Therapeut:innen **kontinuierlich** mit Patient:innen arbeiten, resultiert das in besserer Lebensqualität und Behandlungszufriedenheit (Ådnanes et al. 2019) und häufig auch einer tragfähigeren therapeutischen Beziehung (Klingemann et al. 2020; Schultz et al. 2012).
Bei Patient:innen mit SBPF ist es dabei mitunter notwendig, nachgehend unterstützend tätig zu werden. Das bedeutet beispielsweise, dass wenn die Patient:in nicht zum vereinbarten Termin erscheint, die Therapeut:in bei ihr anruft und sich nach dem Grund erkundigt. Psychoedukation, Supervision der Therapeut:innen und ein verbindliches Behandlungskonzept mit Terminmanagement und telefonischen Kontakten, teilweise auch nachgehenden Hausbesuchen, sind zentral (Schöttle et al. 2018).
Die Rolle der **Behandlungskoordinierung** bei Patient:innen mit SBPF wird in Kapitel 4.2.7 dieser Leitlinie dargelegt. Diese Koordinierung sollte nicht durch unbeteiligte Personen, zum Beispiel Mitarbeiter:innen von Krankenkassen, erfolgen, sondern durch Personen, die in direktem Behandlungskontakt mit den Patient:innen stehen, da sonst die wichtige Funktion der therapeutischen Beziehung nicht wirksam werden kann.

8.12	Evidenzbasierte Empfehlung	Modifiziert Stand 2019
Empfehlungsgrad: **B**	Für Patient:innen mit SBPF sollten Ansätze der **beziehungsorientierten** Behandlungskoordinierung ausgebaut und dann angeboten werden. Dabei kommt dem Aspekt der **Verbindlichkeit** und des bedarfsweise nachgehenden Hilfeangebots besondere Bedeutung zu.	
Leitlinienadoption Evidenzgrad: **2-** SIGN	Leitlinienadaptation des ersten Teils der Empfehlung Versorgung 3, S. 390, S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen: *Für Patienten mit Bipolaren Störungen sollten Ansätze des beziehungsorientieren Case Management ausgebaut und dann angeboten werden. Dabei kommt dem Aspekt der Verbindlichkeit und der bedarfsweise nachgehenden Hilfegewährung besondere Bedeutung zu…* „Case Management“ geändert in Behandlungskoordinierung“. „Hilfegewährung“ geändert zu „Hilfeangebot“, um den Aspekt des Empowerments zu unterstreichen. Ergänzt: durch Personen in Behandlungskontakt. neue, relevante Literatur: Schöttle et al. 2018	
	Konsensstärke: 100%	

8.13	Konsensbasierte Empfehlung	Neu
EK	Beziehungsorientiertes Case Management soll durch Personen angeboten werden, die selbst regelmäßig in **Behandlungskontakt** mit den Betroffenen stehen.	
	Konsensstärke: 96%	

Mitunter stellen sich Therapieerfolge erst nach längerer Zeit ein, mitunter sogar erst nach Jahren (Böker und Hentschel 2023; Huber und Klug 2017; Werner 1996). Eine Beobachtungsstudie aus Deutschland mit 342 ambulanten Psychotherapiepatient:innen zeigte, dass sich sowohl bei mittel- als auch langfristigen Behandlungen die Symptomlast verbessert und dass bei einer Teilgruppe auch nach zwei Jahren noch Verbesserungen erreicht wurden (Nolte et al. 2016).
Analysen von Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (Böker und Hentschel 2023) sowie von Psychotherapieanträgen (Singer et al. 2022a) zeigten, dass sich Psycho therapeut:innen bei der Indikationsstellung z. B. im Rahmen der Richtlinientherapie eng mit ihren Patient:innen abstimmen. Es hat sich als bedeutsam herausgestellt, dass die von SBPF betroffenen Menschen in die Entscheidung über die Therapielänge und die Sitzungsfrequenz engmaschig einbezogen werden.
Menschen mit SBPF benötigen mitunter auch aufsuchende Hilfen (siehe Kapitel 4.3.1), die Indikation dazu muss im Einzelfall geprüft werden. Von komplex Traumatisierten beispielsweise kann nachgehende Hilfe auch als übergriffig erlebt werden. Deshalb ist ein reflektiertes, abwägendes Vorgehen im Einzelfall immer nötig (siehe Kapitel 4.2.8.2.4, für die entsprechenden Empfehlungen). Aufsuchende Ansätze sind vor allem dann indiziert, wenn Beziehungsabbrüche drohen (siehe S3-Leitlinie Schizophrenie, S. 227).

8.14	Evidenzbasierte Empfehlung	Modifiziert Stand (2019)
Empfehlungsgrad: **A**	Menschen mit SBPF sollen die Möglichkeit haben, auch über einen längeren Zeitraum und über akute Krankheitsphasen hinausgehend, nachgehend aufsuchend in ihrem gewohnten Lebensumfeld behandelt zu werden.	
Leitlinienadaptation Evidenzgrad: **Ia** Oxford	Leitlinienadaptation: S3-Leitlinie Schizophrenie (Empfehlung 151, S. 227, dort ebenfalls LL-Adaptation von Psychosoziale Therapien → dort Empfehlung Nr. 12, S. 124): *Menschen mit chronischen und schweren psychischen Störungen sollen die Möglichkeit haben, auch über einen längeren Zeitraum und über akute Krankheitsphasen hinausgehend, nachgehend aufsuchend in ihrem gewohnten Lebensumfeld behandelt zu werden.* neue Literatur: Nolte et al. (2016)	
	Konsensstärke: 96%	

Bei langfristigen Behandlungsverläufen können sich besondere Anforderungen an die therapeutische Beziehung und an die Beziehungskompetenzen ergeben. Diese sind im Abschnitt 4.2.8.2.3 adressiert.

4.2.8.4 Merkmale von Strukturen bzw. Organisationen, die die therapeutische Beziehung fördern

Die Qualität der therapeutischen Beziehung ist nicht nur ein dyadisches Geschehen, sie wird wesentlich von gesellschaftlichen und organisationalen Rahmenbedingungen beeinflusst, in denen die Behandlung stattfindet.

Patient:innen mit geringem Persönlichkeitsfunktionsniveau haben häufig komorbide psychische Erkrankungen (z. B. Angsterkrankung *und* Abhängigkeitserkrankung *und* Depression; Jacobi et al. 2021; Kienast et al. 2014; Wiegand und Godemann 2017). Hier kann es zu Beziehungsabbrüchen kommen, die vom System ausgehen oder zumindest dadurch gefördert werden, beispielsweise WG-Kündigungen oder Entlassungen, weil Konzepte nicht auf die Komorbiditäten ausgerichtet sind. Diese Patient:innen fallen jedoch oft aus klinischen Studien heraus, was die Evidenzgrundlage verringert (Ausnahme: DBT-Sucht). Nichtsdestotrotz muss dies in der klinischen Versorgung berücksichtigt werden, deren Komplexität dadurch zunimmt.

Patient:innen mit SBPF kommen aufgrund ihrer Störung häufig entweder gar nicht erst zur Therapie oder sie halten das Versorgungssystem immer wieder „in Atem“ (z. B. durch viele stationäre Aufenthalte, Suizidversuche etc.), bei denen sich aber kaum etwas ändert. Innerhalb eines Jahres wurden beispielsweise 21% der stationär behandelten Patient:innen mit Depressionen erneut aufgenommen (Wiegand et al. 2020). Der Zugang zur psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung, besonders im ambulanten Sektor, ist selbst für Menschen mit relativ hohem Persönlichkeitsfunktionsniveau nicht einfach. Auch die im Rahmen der Psychotherapiestrukturreform 2017 eingeführten Sprechstunden, Akutbehandlungen und die Terminservicestellen konnten daran nichts wesentlich ändern, da die Behandlungskapazitäten nicht – oder nur ungenügend – ausgeweitet werden konnten (Singer et al. 2022b). Man muss sich als Ratsuchender auf lange Wartezeiten, auf viele vergebliche Telefonanrufe und Absagen einstellen. Für Menschen mit niedrigem Persönlichkeitsfunktionsniveau ist dies aber besonders problematisch, da sie aufgrund ihrer Kontaktschwierigkeiten, geringer Frustrationstoleranz und

Problemen bei der Emotionsregulation mit solchen Situationen kaum umgehen können. Sie erleben somit immer wieder ein Abgewiesenwerden und „Hintenrunterfallen“, was ihre Symptomatik eher verstärkt als verbessert (Benecke et al. 2018). So kann das Gesundheitssystem selber einen Teufelskreis verstärken. Deshalb müssen Behandlungskonzepte die speziellen interaktionellen Probleme der Patient:innen antizipieren und angemessen darauf reagieren.
Besonders wichtig bei der Behandlung von Menschen mit SPBF ist dabei die Frage, welche Strukturen eine therapeutische Beziehung überhaupt ermöglichen sowie die wichtige Beziehungskontinuität erleichtern. Eine wichtige Maßnahme dabei ist, feste **Bezugstherapeut:innen** zu etablieren (siehe Abschnitt 4.2.8.3). In der ACCESS-II-Studie, bei der das so genannte „Hamburger Modell“ getestet wurde, wurden Nutzer:innen (Patient:innen mit Psychosen) befragt, was das wichtigste hilfreiche Element dieser integrierten Versorgung für sie sei. An der Spitze ihrer Antworten stand, eine feste Bezugstherapeut:in über eine langen Zeitraum zu haben, die für die Patient:innen erreichbar und zuständig ist (Rohenkohl et al. 2023).
Bei der Festlegung, wer für die jeweilige Patientin zuständig ist, also „den Fall führt“, sollte die gesetzlich zugesicherte Partizipation und Selbstbestimmung der Betroffenen berücksichtigt und ermöglicht werden. Das bedeutet, dass die Patient:innen mit darüber entscheiden können, wer diese Aufgabe übernehmen soll.

8.15	Konsensbasierte Empfehlung	Neu
EK	Konzepte von Kliniken, ambulanten Behandlungseinrichtungen sowie Teilhabeangeboten sollen: ▪ die häufigen Komorbiditäten von Patient:innen mit SBPF (oft: substanzbezogene Störungen) berücksichtigen, um die therapeutische Kontinuität zu verbessern; ▪ die spezifischen interaktionellen Schwierigkeiten von Patient:innen mit SBPF antizipieren und berücksichtigen, um den Aufrechterhalt der therapeutischen Beziehung innerhalb einer koordinierten Behandlungsstruktur auch in und nach Krisenphasen zu gewährleisten (z. B. Balance finden zwischen Begrenzen und Tolerieren; systematische Arbeit an Brüchen in der Beziehung; nachgehendes Arbeiten). ▪ den Menschen mit SBPF **eine feste Bezugstherapeut:in** anbieten, welche therapeutische Maßnahmen und Betreuungsangebote koordiniert und vernetzt, um Brüche, Lücken, Dopplungen oder auch unwirksame oder schädliche Interventionen zu vermeiden. Dies betrifft sowohl die Einzel- als auch teambasierte Behandlung. ▪ bei einer integrierten, teambasierten Behandlung **einen oder nur wenige Bezugsbehandelnde** haben. Die fallführende Therapeut:in muss der Patient:in als solche bekannt und möglichst mit ihr vertraut sein. ▪ gemeinsam mit der Patient:in festlegen, wer den Fall führt.	
	Konsensstärke: 100%	

4.2.8.5 Beziehungsarbeit mit Angehörigen

Im folgenden Text wird mit dem Begriff „Angehörige“ bezeichnet: Familienangehörige (inkl. Partner:innen, leibliche und soziale Kinder) und jegliche enge Bezugspersonen.

Angehörige spielen eine wichtige Rolle bei der Behandlung von Personen mit SBPF. Sie können zur Entstehung und Aufrechterhaltung von SBPF beitragen, aber auch haltgebende Ressource bei der Genesung sein. Bei chronischen Erkrankungen können sich Kommunikationsmuster entwickeln, die das kranke Verhalten stabilisieren. Aus der Beobachterperspektive scheint es bisweilen so, als wenn Angehörige zur Erkrankung mit beitragen (z. B. Co-Abhängigkeit, sekundärer Krankheitsgewinn durch übermäßige Versorgung). Wenn Angehörige der Therapie negativ gegenüberstehen, kann es beim Betroffenen zu Loyalitätskonflikten kommen. Im Kontext von psychischen Erkrankungen mit SBPF entstehen in Familien und anderen sozialen Gruppen häufig Kommunikationsmuster von Schuldzuweisungen, Delegationen oder symptomstabilisierenden Rollenzuschreibungen.
Gelingt es, Angehörige mit in die Behandlung einzubeziehen, kann man ihnen mit Wertschätzung für ihr Verhalten begegnen und gemeinsam mit allen Beteiligten Verhaltensveränderungen erreichen, die nachhaltiger sind, als wenn man nur mit dem Einzelnen arbeitet (Santis et al. 2013).

8.16	Konsensbasierte Empfehlung	Neu
EK	Wenn es von den Betroffenen gewünscht wird, sollten Angehörige mit in den Therapieprozess einbezogen werden. Werden Angehörige in die Therapie mit einbezogen, soll die Therapeut:in ▪ den unterschiedlichen evtl. sogar gegensätzlichen Anliegen aller Beteiligten mit Wertschätzung begegnen, ohne sich für ein Anliegen instrumentalisieren zu lassen, ▪ die Rückübernahme von Verantwortung für Veränderung im System fördern, ▪ den bisherigen Lösungsversuchen des Systems mit Respekt begegnen, ▪ auch scheinbar kleine Veränderungen im System der Angehörigen der Patient:in (z. B. in der Familie) als Erfolg wertschätzen.	
	Für weitere Empfehlungen hinsichtlich der Einbindung Angehöriger siehe Empfehlungen 67 und 68 der S3-Leitlinie Schizophrenie	
	Konsensstärke: 100%	

4.3 Schlüsselfragen und Empfehlungen ohne systematische Literaturrecherche

Die Schlüsselfragen 6 – 12 wurden von Arbeitsgruppen bearbeitet, die sich aus den an der LL mitwirkenden klinischen Expert:innen gebildet hatten (siehe Tabelle 3). Diese Arbeitsgruppen formulierten Empfehlungen, Statements und Hintergrundtexte auf Grundlage von bestehenden Leitlinien, Meta-Analysen, Originalarbeiten und ihrem Expertenwissen. Jede AG hatte eine Leitung, die die Arbeit innerhalb der AG strukturierte und koordinierte.
Zur Unterstützung der Arbeitsgemeinschaften wurden eine systematische Einschätzung der thematisch angrenzenden AWMF-Leitlinien durchgeführt („Leitlinien-Mapping“, siehe Kapitel 2.3.2, Wendt et al. 2024a). Zudem konnten sie sich bei ihrer Auswahl der Literatur auf die Ergebnisse der Expert:innen-Befragung (Wendt et al. 2024b) stützen. Die Arbeitsgruppen wurden kontinuierlich von der Leitlinienkoordination begleitet.

4.3.1 Schlüsselfrage 6: Haben Patient:innen mit SBPF, die eine ambulante Begleitung erhalten, ein besseres Outcome als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?

In diesem Kapitel gibt es, wie im Kapitel 4.1 zum grundlegenden Verständnis, Überschneidungen mit der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Viele Empfehlungen wurden aufgrund der Ähnlichkeit übernommen und auf die Zielpopulation der Patient:innen mit SBPF angepasst, die Evidenzstärke wurde herabgestuft, da die betrachteten Populationen nicht deckungsgleich sind, jedoch große Ähnlichkeiten angenommen werden können.

Für diese Schlüsselfrage ergaben sich:
3 evidenzbasierte Empfehlungen
6 konsensbasierte Empfehlungen
Insgesamt wurden 9 Empfehlungen formuliert.

4.3.1.1 Systeminterventionen

4.3.1.1.1 Frühintervention und Früherkennung

Gerade psychische Erkrankungen, welche im Erwachsenenalter fortbestehen und zu erheblichen sozialen Beeinträchtigungen führen, haben ihren Ursprung oftmals im Jugendalter und jungen Erwachsenenalter (vgl. Giertz et al. 2021; Giertz et al. 2022; Kessler et al. 2005; Kim-Cohen et al. 2003). Allgemein gehen psychische Erkrankungen in der Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen mit erheblichen Einschränkungen und Beeinträchtigungen in vielen Lebensbereichen einher (Mattejat et al. 2003). Vor allem im Jugendalter werden die Auswirkungen der psychischen Erkrankungen und die damit einhergehenden Einschränkungen von den Heranwachsenden als besonders belastend erlebt, weil den altersbezogenen Interessen wie zum Beispiel sozialer Kontakt mit Gleichaltrigen, Freizeitgestaltung und erste Partnerschaftserfahrungen nur unzureichend nachgegangen werden kann. Darüber hinaus tragen die sekundären Krankheitsfolgen wie häufige Klinikeinweisungen, Schul- und Ausbildungsabbrüche, Selbstwert- oder Suchtproblematiken zu einem schlechteren Erkrankungsverlauf sowie zu sozialen Exklusionsprozessen und einer langfristigen Inanspruchnahme von psychiatrischen und psychosozialen Behandlungs- und Unterstützungsangeboten bei (vgl. Giertz et al. 2021).
So gehen psychische Belastungen und Erkrankungen im Vergleich zu anderen gesundheitlichen Beeinträchtigungen in der Kindheit und Jugend mit einem deutlich schlechteren schulischen und ausbildungsbezogenen Status einher (Hale et al. 2015). Verglichen mit den körperlichen Erkrankungen stellen die psychischen Erkrankungen auch das größte Risiko für Leistungsbeeinträchtigungen in der Schule, Ausbildungs- und Schulabbrüche sowie für Beschäftigungslosigkeit im späteren Erwachsenenalter dar (Hale et al. 2015). Zahlreiche Studien mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Risikostadium oder mit einer Erstmanifestation einer psychischen Erkrankungen legen nahe, dass das Risiko von Chronifizierung, sekundären Erkrankungsfolgen (z. B. soziale Exklusion, Arbeitsunfähigkeit, komorbide somatische Erkrankungen) und einer dauerhaften intensiven Inanspruchnahme von psychiatrischen und psychosozialen Hilfen durch frühe Interventionen reduziert werden kann (vgl. Correll et al. 2018; Karow et al. 2013; Lambert et al. 2019).
Insbesondere im Zusammenhang mit den sekundären Krankheitsfolgen von schweren psychischen Erkrankungen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen werden seit einigen Jahren in der psychiatrischen Versorgung von Deutschland Versorgungsmodelle zur Früherkennung und

Frühintervention diskutiert (vgl. Karow et al. 2013; Lambert et al. 2019). Viele dieser Konzepte orientieren sich an die im angloamerikanischen Raum verbreiteten „Early Intervention Services for Psychosis“ oder „Treatment for Early Psychosis“, worunter spezialisierte und multiprofessionelle Versorgungsmodelle mit dem Schwerpunkt Früherkennungs- und Frühbehandlungsmöglichkeiten für junge Menschen mit Risikostadien oder Erstmanifestationen von nichtaffektiven oder affektiven Psychosen verstanden werden. Bisher werden diese Ansätze vordergründig bei der Behandlung von psychotischen oder ähnlichen Störungsbildern thematisiert, weil bei dieser Zielgruppe das Chronifizierungsrisiko sowie die sekundären Krankheitsfolgen besonders hoch ausfallen. Auch in einigen Regionen von Deutschland werden entsprechende Versorgungsmodelle bereits umgesetzt (vgl. Bechdolf et al. 2021).

Das „Early Psychosis Prevention and Intervention Centre“ der Organisation „Orygen – The National Centre of Excellence in Youth Mental Health“ gehört zu den ältesten und innovativsten Behandlungsmodellen für Jugendliche und junge Erwachsene zwischen 15 und 29 Jahren (vgl. Orygen 2016). Entwickelt wurde das Modell zwischen 1991 und 1992 für einen Versorgungssektor mit etwa 900 000 Einwohner:innen in Melbourne, Australien (McGorry und Franzcp 2015). Zu den Zielen des Versorgungsmodells gehören:

- die Förderung der Früherkennung und Behandlung der primären Symptome,
- die Verbesserung des Zugangs und die Reduktion der Verzögerung bei der Erstbehandlung,
- die Aufklärung der Jugendlichen und ihrer Familie,
- die Reduzierung der Häufigkeit und Schwere von Rückfällen,
- die Reduzierung von sekundären gesundheitlichen Beeinträchtigungen,
- die Verminderung der Beeinträchtigungen des psychosozialen und beruflichen Funktionsniveaus,
- die Förderung des Wohlbefindens von Familie und Pflegenden sowie
- die Unterstützung des jungen Menschen bei Recovery (Orygen 2016).

Neben einer vollstationären Einheit mit ca. 20 Betten sind die Bestandteile des Versorgungsmodells ein Outpatient Centre mit stärkenorientiertem und aufsuchendem Case Management, spezialisierte therapeutische Unterstützungsangebote mit Berücksichtigung der altersgerechten Bedarfe (kognitive behaviorale Therapie, sexuelle Orientierung, Familientherapie etc.) sowie ein Crisis Resolution Team mit einer 24-Stunden-Erreichbarkeit (auch Youth Access Team genannt), das in Krisenfällen zuhause oder in den Familien der jungen Patient:innen aufsuchend interveniert. Zudem werden die Patient:innen mit schweren psychischen Erkrankungen oder mit Doppeldiagnosen langfristig über Assertive Community Treatment Teams (multiprofessionelle aufsuchende Behandlungsteams) versorgt.

Die Besonderheiten in der Behandlung liegen bei diesem Versorgungsmodell in der Einbeziehung der Familie, der Recovery- und Stärkenorientierung, in einem umfangreichen Assessment bei allen Behandlungsphasen (Suizidalität, komorbide Störungen, Symptomschwere etc.), im Zugang zu Psychotherapie, in der schnellen Reaktion des Unterstützungssystems nach 48 Stunden bei einer akuten Krise, in regelmäßigen ärztlichen Visiten und in der regelmäßigen Begleitung durch Case Management sowie in der zurückhaltenden und aufklärenden psychopharmakologischen Behandlung (Orygen 2016). Auch wenn die Versorgungsdichte und häusliche Anbindung der psychiatrischen Angebote im australischen Raum bemängelt werden, ist das Versorgungsangebot in der Regel als ein Teil der psychiatrischen Regelversorgung implementiert und mit wichtigen kommunalen Akteur:innen sowie Institutionen vernetzt (z. B. Behörden, bestehende Präventionsprogramme, Jugendhilfe, Beratungsstellen, Kinderärzt:innen, Hausärzt:innen, Schule, berufliche Ausbildung).

Mehrere Studien konnten in vielen Bereichen positive Effekte durch spezialisierte Frühinterventionen und Frühbehandlungen in diesem Lebensalter gegenüber Angeboten der Regelversorgung nachweisen (z. B. symptombezogene Verbesserungen, Vermeidung von Behandlungsabbrüchen, Integration in Beruf und Bildung, Lebensqualität; Correll et al. 2018). Während sich die aktuellen Erfahrungen vordergründig auf Patient:innen mit psychotischer Ersterkrankung beziehen, wird die Implementierung derartiger Versorgungsangebote auch in modifizierter Form bei anderen schweren Störungsbildern im Adoleszenzalter wie bei Beeinträchtigungen des Persönlichkeitsfähigkeiten diskutiert und bereits erprobt (vgl. Bohus 2021; Chanen et al. 2008; Jørgensen et al. 2021). Insbesondere bei Patient:innen mit Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen stehen aktuelle Erfahrungen im Bereich der Früherkennung und Frühintervention noch aus. Hier sind weitere Forschungsaktivitäten notwendig, um auch bei dieser Zielgruppe konkrete Aussagen über die Wirksamkeit von Angeboten der Früherkennung und -intervention treffen zu können.

4.3.1.1.2 Gemeindepsychiatrische Behandlung/Versorgung

Die Versorgung von Menschen mit SBPF findet in Deutschland im stationären und ambulanten Sektor statt. Sie fällt in die Zuständigkeit von mehreren Sozialgesetzbüchern (SGB). Verantwortlich sind die Länder und Kommunen sowie eine Vielzahl von Leistungserbringern. Die Versorgung von Menschen mit SBPF gliedert sich in die medizinische (SGB V) und die rehabilitative und Teilhabeversorgung (SGB IX). Älteren Menschen mit Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen stehen bei Pflegebedürftigkeit kompensatorische Leistungen der Pflegeversicherung zu. Da Menschen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen über einen längeren Zeitraum psychiatrische Hilfen beanspruchen und häufig der stationären Behandlung bedürfen, benötigen sie komplexe Hilfsangebote von Fachpersonen aus verschiedenen therapeutischen Fachrichtungen. „Internationale Studien weisen eine überdurchschnittlich hohe Krankheitslast der Borderline-Persönlichkeitsstörungen (BPS) aus. In Deutschland zeigt die BPS (administrative Jahresprävalenz: 0,34 %) u. a. erhöhte Raten für somatische Unfallfolgen, Hepatitiden, HIV, COPD, Asthma und Adipositas; der geschätzte Lebenszeitverlust beträgt 5,0 bis 9,3 Jahre (abhängig von Alter und Geschlecht). […] Individuelle Verbesserungen in der tagtäglichen Versorgung, aber auch neue interdisziplinäre und multiprofessionelle Versorgungsformen könnten die gesundheitliche Chancengerechtigkeit für Menschen mit BPS fördern“ (Jacobi et al. 2021). Mit dem Inkrafttreten der ICD-11-Klassifikation stehen im Zentrum der Behandlung die Funktionsbeeinträchtigungen im Alltag. Neben der medizinischen Grundversorgung benötigen Betroffene die Unterstützung bei der Selbstversorgung und der Tagesgestaltung. Je nach individuellem Hilfebedarf sollten unterschiedliche Angebote miteinander verknüpft und aufeinander abgestimmt werden.

Das deutsche Gesundheitssystem bildet nach dem SGB V die Grundlage für die Versorgung von Menschen mit SBPF. Bei der Erstdiagnose und Behandlungsplanung von Menschen mit Persönlichkeitsstörungen übernehmen die hausärztlich tätigen Ärzt:innen eine wichtige Rolle (Herpertz et al. 2022). Fachspezifisch stehen niedergelassene Ärzt:innen für Psychiatrie und Psychotherapie mehr oder minder flächendeckend zur Verfügung. Die psychotherapeutische Versorgung erfolgt sowohl durch Ärzt:innen für Psychosomatik als auch (Ärztliche und Psychologische) Psychotherapeut:innen. Betroffene können die fachärztliche und die psychotherapeutische Versorgung aufsuchen, ohne eine Überweisung durch eine andere ärztliche Stelle. Weil die Menschen der Unterstützung bei der Selbstversorgung und der Tagesgestaltung bedürfen, sind für sie von besonderer Relevanz die ambulanten Interventionen wie häusliche psy-

chiatrische Krankenpflege (Ambulanter Psychiatrischer Pflegedienst), Ergotherapie (siehe Kapitel 4.3.1.2.3) oder Soziotherapie und Sozialarbeit. „Psychiatrische häusliche Krankenpflege kann von folgenden Berufsgruppen verordnet werden: Fachärzt:innen für Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Fachärzt:innen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Fachärzt:innen mit der Zusatz-Weiterbildung Psychotherapie, Fachärzt:innen in psychiatrischen Institutsambulanzen, (Psychologische) Psychotherapeut:innen, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen. Darüber hinaus dürfen Hausärzt:innen für einen begrenzten Zeitraum von sechs Wochen psychiatrische häusliche Krankenpflege verordnen, wenn eine fachärztlich gesicherte Diagnose vorliegt, die nicht älter als vier Monate ist“ (KBV 2023). „Neben der Entwicklung von kompensatorischen Hilfen [ist] das Training von Fähigkeiten und Fertigkeiten, mit dem Ziel des eigenverantwortlichen Umgangs mit der Erkrankung, Inhalt der pHKP“ (G-BA 2018, S. 8). Psychiatrische häusliche Krankenpflege soll dazu beizutragen, „[...] dass Versicherte soweit stabilisiert werden, dass sie ihr Leben im Alltag im Rahmen ihrer Möglichkeiten selbständig bewältigen und koordinieren sowie Therapiemaßnahmen in Anspruch nehmen können. Dabei ist das soziale Umfeld zu berücksichtigen“ (G-BA 2023, S. 8). Die Aufnahme der emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung (F60.3; in das Leistungsverzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen) beruht einerseits auf den Aussagen im Rahmen der Expertenbefragung des G-BA am 16. Februar 2016 sowie auf den aktuellen Erfahrungen in der Versorgung dieser Patient:innen. Insbesondere im Bereich des Borderline-Typus mit einer Störung des Selbstbildes sowie einem chronischen Gefühl von Leere und ggf. selbstdestruktivem Verhalten kann mittels der pHKP in der Kombination mit weiteren Therapiemaßnahmen (z. B. pharmakologische Therapie) ein stationärer Aufenthalt verkürzt oder vermieden werden" (G-BA 2018, S. 9). „Für die Sicherstellung einer wirksamen Behandlung von Menschen mit BPS ist von Bedeutung, dass nicht nur einzelne Behandelnde Unterstützung erhalten, sondern Behandlungsteams als Ganzes die notwendigen finanziellen und zeitlichen Ressourcen erhalten. [...] Bezüglich der Unterstützung von Behandlungsteams ist darauf zu achten, dass Fallbesprechungen und Supervision dem gesamten Behandlungsteam offenstehen, damit ein kohärentes therapeutisches Klima in den entsprechenden Behandlungssettings geschaffen werden kann“ (S3-Leitlinie Borderline-Persönlichkeitsstörung, S. 84).

Die psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA), implementiert an psychiatrischen Kliniken, erbringen ebenfalls maßgebliche ambulante Leistungen. Sie erfüllen einen Versorgungsauftrag auch für Menschen mit SBPF, die wegen der Schwere ihrer Erkrankung eines krankenhausnahen Versorgungsangebotes bedürfen. PIA arbeiten multidisziplinär. Gerade in Regionen, die nervenärztlich unterversorgt sind, leisten die PIA damit einen wichtigen Beitrag zur Versorgung der Bevölkerung.

Die S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) definiert die schwere psychische Erkrankung (engl. *severe mental illness*) nach Ruggeri et al. (2000, zitiert nach Gühne et al. 2022), „[…] über (1) das Vorliegen (irgend)einer psychiatrischen Erkrankung (z. B. Schizophrenie, Bipolare Erkrankung, schwere Depression, schwere Persönlichkeitsstörungen), (2) eine Erkrankungs- bzw. Behandlungsdauer von mindestens zwei Jahren und (3) eine deutliche und quantifizierbare psychosoziale Beeinträchtigung“ (Ruggeri et al. 2000, zitiert nach Gühne et al. 2022). Die Aufgabenkomplexe der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege, vor dem Hintergrund lebens- und gesellschaftsbedeutender Handlungssituationen, fokussieren auf die Begleitung und Unterstützung betroffener Menschen in Krisensituationen und täglicher Herausforderungen. Die S3-Leitlinie Psychosoziale

Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen betont den Nutzen der APP in einem Statement (Gühne et al. 2019 zitiert nach Gühne et al. 2022).

9.1	Konsensbasierte Empfehlung	Neu
EK	Ambulante Psychiatrische Pflege (APP) kann als Hilfe in Krisenzeiten, als mittel- und längerfristige Unterstützung bei Funktionseinschränkungen, zur Herstellung/Förderung von Selbst- und Krankheitsmanagement sowie zur Förderung individueller Recovery-Prozesse angeboten werden. Da der Hilfebedarf nicht von der Diagnose abhängt, kann APP für alle Diagnosegruppen angeboten werden.	
Leitlinienadaptation	Literatur: S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (Statement 6, S. 127): ... *APP soll als Hilfe in Krisenzeiten, als mittel- und längerfristige Unterstützung bei Funktionseinschränkungen, zur Herstellung/Förderung von Selbst- und Krankheitsmanagement sowie zur Förderung individueller Recovery-Prozesse verordnet werden. Da der Hilfebedarf nicht von der Diagnose abhängt, darf APP sich nicht auf definierte Diagnosegruppen beschränken.* Siehe auch Jacobi et al. (2021); Herpertz et al. (2022); G-BA (2023, S. 8f); S3-Leitlinie Borderline-Persönlichkeitsstörung (S. 84)	
	Konsensstärke: 96%	

4.3.1.1.3 Berufliche Teilhabe

4.3.1.1.3.1 Psychische Störungen und Arbeit

Wie in der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen ausführlich beschrieben, gehen schwere psychische Störungen oft mit signifikanten nachteiligen Folgen für die berufliche Situation der Betroffenen einher (Reker und Eikelmann 2004), was nachfolgend auch hier beschrieben wird. Diese Störungen können dazu führen, dass die Ausbildung abgebrochen wird, Arbeitsplätze verloren gehen und Frühberentungen notwendig werden. Einigen der Betroffenen wird der Zugang zum Arbeitsmarkt gänzlich verwehrt. Trotz des Wunsches der meisten Menschen mit psychischen Erkrankungen, einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen (Westcott et al. 2015), zeigen deutsche und internationale Studien, dass die Arbeitslosenrate in dieser Bevölkerungsgruppe überdurchschnittlich hoch ist. Besonders Menschen, die unter Störung aus dem Bereich der Schizophrenie leiden, zählen zu den Gruppen, die in Bezug auf ihre berufliche Integration am stärksten benachteiligt sind (Kilian und Becker 2007). Eine Literaturreview hat gezeigt, dass die Beschäftigungsquoten bei Patient:innen mit Schizophrenie in der Mehrheit der in europäischen Studien untersuchten Fälle lediglich zwischen 10 und 20 Prozent liegen. Möglicherweise etwas höhere Beschäftigungsquoten sind nur bei Patien:innten mit einer ersten psychotischen Episode zu verzeichnen (Marwaha und Johnson 2004).

Der "Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen" (BMAS 2013) liefert folgende Erkenntnisse:

- Von den Menschen im erwerbsfähigen Alter, die unter chronischen psychischen Störungen leiden, sind 50 Prozent nicht erwerbstätig.
- Etwa 21 Prozent arbeiten in Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM).

- Die Übergangsmöglichkeiten von der WfbM zum allgemeinen Arbeitsmarkt sind unsicher und mit Risiken verbunden, und derzeit können sie nur von einer kleinen Gruppe Betroffener genutzt werden.
- Circa 15 Prozent nehmen Hilfsangebote wie Tagesstätten in Anspruch.
- Es gibt nur begrenzte Unterstützungsangebote für den Übergang zwischen dem allgemeinen Arbeitsmarkt und dem besonderen Arbeitsmarkt sowie Angebote zur Begleitung bei der Beschäftigung am allgemeinen Arbeitsmarkt.

Im Vergleich zu somatisch erkrankten Menschen sind Menschen mit psychischen Störungen weniger in den Arbeitsmarkt integriert und haben ein niedrigeres Einkommen aus ihrer Arbeit (Richter et al. 2006). Diese Benachteiligung zeigt sich besonders stark bei Menschen mit schweren psychischen Störungen im Vergleich zu denen mit weniger schweren Erkrankungen. Während etwa 40 Prozent der Patient:innen mit psychischen Störungen einer Beschäftigung nachgehen, beträgt dieser Anteil in der Gruppe derer mit schweren psychischen Erkrankungen lediglich 6 Prozent (Parabiaghi et al. 2006).
Auch die Daten der Deutschen Rentenversicherung verdeutlichen das erhebliche Ausmaß sozialer Ausgrenzung von Menschen mit psychischen Störungen im Bereich der Arbeit. Im Jahr 2021 wurden fast 42 Prozent aller vorzeitigen gesundheitsbedingten Frühberentungen auf psychische Erkrankungen zurückgeführt. Dies macht psychische Störungen zur Hauptursache für das vorzeitige Ausscheiden aus dem Erwerbsleben (DRV 2022).
Die dauerhafte berufliche (Re-)Integration durch geeignete Rehabilitationsmaßnahmen wird umso seltener erreicht, je höher die Anzahl der krankheitsbedingten Fehltage vor Beginn der Rehabilitation ist. Dies unterstreicht die Wichtigkeit, frühzeitig mit rehabilitativen Ansätzen zu intervenieren (Hoffmann und Jäckel 2015).
Werden die nachteiligen Konsequenzen von Arbeitslosigkeit für Menschen mit psychischen Störungen berücksichtigt, wird deutlich, dass neben allgemeinen medizinisch-rehabilitativen Maßnahmen auch eine hohe Priorität darauf gelegt werden sollte, eine (erneute) berufliche Beschäftigung zu ermöglichen. Arbeitslosigkeit führt zu einem Verlust der Tagesstruktur, zur Verringerung sozialer Kontakte, finanziellen Schwierigkeiten, sozialer Stigmatisierung und einer Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls (Oschimansky et al. 2017).
Arbeit hat positive Auswirkungen auf die psychische Gesundheit von Menschen mit schweren psychischen Störungen (Eklund et al. 2004; Mueser et al. 1997; Luciano et al. 2014). Neben dem Ziel, eine bezahlte Arbeit zu finden, basiert die berufliche Rehabilitation auch auf der Vorstellung, dass Arbeit nicht nur Aktivität und soziale Interaktion fördert, sondern auch positive Auswirkungen auf die Lebensqualität, das Selbstwertgefühl und die Autonomie der Betroffenen hat. Die Forschungsergebnisse betonen die große Bedeutung von Maßnahmen zur Förderung der Teilhabe schwer psychisch kranker Menschen am Arbeitsleben im Gesamtprozess der Rehabilitation. Dabei zeigt sich, dass wettbewerbsfähige Beschäftigung, insbesondere Arbeit auf dem ersten Arbeitsmarkt, eine besondere Rolle spielt, im Vergleich zu anderen Formen der Arbeit (Eklund et al. 2004; Mueser et al. 1997; Bond et al. 2001).

4.3.1.1.3.2 Ansätze beruflicher Rehabilitation

Die Begriffe "Arbeitsrehabilitation" und "berufliche Rehabilitation" (die im Folgenden synonym verwendet werden) beziehen sich hier auf psychosoziale Interventionen, die gezielt darauf abzielen, die Arbeits- und Beschäftigungssituation von Menschen mit psychischen Störungen zu verbessern (Reker und Eikelmann 2004). Seit 2009 ist das Recht auf gleichberechtigte berufliche Teilhabe für Menschen mit Behinderungen auch gesetzlich in Deutschland verankert,

wie es die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen festlegt. Es ist wichtig zu beachten, dass nicht alle Menschen mit psychischen Störungen sofort eine Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt anstreben (Gühne et al. 2017), daher sollten die Präferenzen der Betroffenen bei der Zieldefinition berücksichtigt werden.
In englischsprachigen Ländern werden zwei Hauptmethoden der Arbeitsrehabilitation unterschieden, die auch in der folgenden Darstellung verwendet werden:
1. Pre-Vocational-Training (vorbereitendes Arbeits-Training als berufliche Rehabilitation):
Dieser Ansatz umfasst berufsvorbereitende Maßnahmen mit dem Ziel, die Rückkehr auf den ersten Arbeitsmarkt vorzubereiten. Diese Maßnahmen können Aktivitäten wie Arbeitstherapie, Bewerbungstraining und zeitlich begrenzte Beschäftigung in einem geschützten Arbeitsumfeld umfassen (Reker und Eikelmann 2004; Matschnig et al. 2008). Die Integration in den allgemeinen Arbeitsmarkt erfolgt erst nach diesem Training unter "geschützten" Bedingungen („First-Train-Then-Place“). Manchmal endet die Unterstützung bereits mit Abschluss des Trainingsprogramms, und nicht alle Programme dieses Typs bieten Unterstützung bei der Jobsuche, während der Einarbeitungszeit und langfristige Betreuung am Arbeitsplatz an (Reker und Eikelmann 2004). Eine besondere Variante des Pre-Vocational-Training ist das Klubhouse-Modell, das auf professionell unterstützter Selbsthilfe basiert und seinen Mitgliedern die Möglichkeit bietet, sich auf die Anforderungen kompetitiver Beschäftigung vorzubereiten (Schonebaum et al. 2006; Crowther et al. 2001; McKay et al. 2018).
2. Supported Employment (SE, unterstützte Beschäftigung):
Dieser Ansatz folgt einem umgekehrten Vorgehen. Bei ausreichender Motivation und psychopathologischer Stabilität wird der Betroffene ohne (längere) Vorbereitungszeit direkt auf den ersten Arbeitsmarkt platziert und dort durch spezialisierte Dienste wie Employment Specialist oder Job Coach unterstützt („First-Place-Then-Train“). Diese direkte Unterstützung am Arbeitsplatz durch einen Job Coach ist zeitlich nicht begrenzt, und das Ziel ist eine dauerhafte Beschäftigung in einem normalen Arbeitsumfeld. Die Ansätze des Supported Employment haben ihren Ursprung in den USA, wo sie in den 1980er-Jahren entwickelt wurden (Bond et al. 1997). Eine der am besten erforschten Formen und eine manualisierte Version des Supported Employment ist das Individual Placement and Support (IPS), das auf acht Kernprinzipien beruht (Drake et al. 2012).
In Deutschland werden bisher hauptsächlich arbeitsrehabilitative Programme verwendet, die dem First-Train-Then-Place-Ansatz folgen (Gühne und Riedel-Heller 2015). Es ist jedoch ein Trend erkennbar, dass in viele dieser Programme zunehmend Elemente des IPS integriert werden. Oft handelt es sich daher um "Mischformen" zwischen Pre-Vocational-Training und IPS. Diese Mischformen betonen trotz eines kurzen vorbereitenden Trainings eine klare Ausrichtung auf eine Beschäftigung auf dem ersten Arbeitsmarkt, beispielsweise durch frühzeitige Praktika in Betrieben des ersten Arbeitsmarktes, die von Anfang an auf eine Festanstellung ausgerichtet sind.
Seit etwa 20 Jahren wurden in Deutschland im Rahmen von Modellprojekten Elemente der unterstützten Beschäftigung nach dem Vorbild des amerikanischen IPS eingeführt. Um eine stärkere Umsetzung zu fördern, wurde Anfang 2009 die Maßnahme "Unterstützte Beschäftigung" im § 38a des SGB IX gesetzlich verankert (Doose 2012).
Die Evidenz des Pre-Vocational-Training und des Supported Employment werden in aller Ausführlichkeit ab Kapitel 10.4.2f. in der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen dargestellt. Die S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen verweist darauf, dass die Umsetzung von Maßnahmen zur berufli-

chen Rehabilitation frühzeitig erfolgen sollte und auf den Grundsätzen einer personenzentrierten, auf individuelle Bedürfnisse zugeschnittenen Unterstützung basieren. Diese Maßnahmen sollten in enger Abstimmung und Koordination mit verschiedenen Leistungsbereichen und -trägern (Krankenversicherung, Rentenversicherung, Agentur für Arbeit, Jobcenter, Integrationsämter, Sozialämter) durchgeführt werden. Um eine personenzentrierte Abstimmung der Unterstützung sicherzustellen, ist eine persönliche Ansprechpartner:in beim Rehabilitationsträger erforderlich und eine enge Verknüpfung der sozialpsychiatrischen Gesamthilfeplanung mit der Teilhabeplanung.

Bei der Auswahl von Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben sollten die Eignung, Neigung und bisherige berufliche Tätigkeit der Personen, die von einer psychischen Störung betroffen sind oder von Behinderung bedroht sind, angemessen berücksichtigt werden. Dies sollte in Einklang mit der aktuellen Lage und Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt stehen. Um den unterschiedlichen Fähigkeiten, Fertigkeiten und Interessen der Rehabilitanden gerecht zu werden, sollte ein differenziertes System von Angeboten mit variierenden Anforderungsprofilen zur Verfügung stehen. Besonderes Augenmerk sollte auf eine individuelle und zielgerichtete berufliche Beratung gelegt werden, die frühzeitig im Behandlungs- und Rehabilitationsprozess erfolgt. Die erfolgreiche berufliche Integration sollte als fester Bestandteil des gesamten Behandlungs- und Rehabilitationsprozesses etabliert werden.

Die Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation sollten in der Nähe des Wohnorts oder des Arbeitsplatzes verfügbar sein. Eine enge Integration von psychiatrischen und berufsrehabilitativen Diensten sollte angestrebt werden. Grundsätzlich sollten berufliche Rehabilitationsmaßnahmen so gestaltet sein, dass ein ausreichendes Angebot an begleitenden Hilfen (z. B. Wohnmöglichkeiten, Tagesstätten) in ihrer Umgebung vorhanden ist. Die Förderung des Supported Employment (SE) Konzepts in seiner ursprünglichen Form sollte Vorrang haben und flächendeckend umgesetzt werden. Aktuelle Studien zeigen, dass die Effektivität von SE umso höher ist, je mehr Kriterien des Konzepts in der praktischen Umsetzung Anwendung finden. Das bedeutet, dass eine höhere Modelltreue zu einer Steigerung der Wiedereingliederungsraten auf dem ersten Arbeitsmarkt führt.

Nicht außer Acht gelassen werden darf jedoch, dass Ansätze des SE nicht für alle Menschen mit SBPF geeignet sind (vgl. Stengler et al. 2021). Auch hier gilt die individuelle Feststellung des Bedarfs und die Findung passgenauer Leistungsangebote zur beruflichen Teilhabe.

Für Deutschland wird ein dringender Bedarf an weiterführender Forschung festgestellt (vgl. S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen). All diese Ausführungen können auch für den Personenkreis der Menschen mit SBPF bezogen werden, da aus der Literaturrecherche keine Studien zur beruflichen Teilhabe von Menschen mit SBPF hervorgingen. Neben den bisher beschriebenen evidenzbasierten Maßnahmen der beruflichen Teilhabe existieren im deutschen Versorgungssystem vielfältige Leistungsträgerschaften mit verschiedensten beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen für Menschen mit psychischen Störungen und damit auch für Menschen mit SBPF. Beispielhaft zu nennen sind:

- Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke und behinderte Menschen (RPK)
- Berufsbildungswerke (BBW)
- Berufsförderungswerke (BFW)
- Berufliche Trainingszentren (BTZ)
- Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM)
- Unterstützte Beschäftigung nach § 55 SGB IX
- Andere Leistungsanbieter nach § 60 SGB IX
- Budget für Arbeit nach § 61 SGB IX

- Budget für Ausbildung nach § 61a SGB IX
- Inklusionsbetriebe
- Zuverdienst- und Beschäftigungsangebote

Die Effekte dieser beruflichen Rehabilitationsangebote sind bisher kaum erforscht. Einen ausführlicheren Überblick über die bestehenden beruflichen Rehabilitationsangebote und deren Besonderheiten gibt die Arbeitshilfe Rehabilitation und Teilhabe psychisch erkrankter und beeinträchtigter Menschen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. aus dem Jahr 2020: https://www.bar-frankfurt.de/service/publikationen/produktdetails/produkt/154.html.

9.2	Evidenzbasierte Empfehlung	Modifiziert Stand 2018
Empfehlungsgrad: **A**	Menschen mit SBPF 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 einen Arbeitsplatz des Allgemeinen Arbeitsmarktes und notwendiger Unterstützung (Supported Employment) angeboten werden.	
Leitlinienadaptation **Qualität der Evidenz:** ⊕⊕⊕⊖ (Aufgrund von Indirektheit herabgestuft)	S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (Empfehlung 18, S. 192): *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.*	
	Konsensstärke: 100%	

Die Qualität der Evidenz wurde herabgestuft, da die Zielpopulation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und Menschen mit SBPF nicht deckungsgleich ist. Gleichzeitig wurde der Empfehlung klinisch ein so hohe Bedeutung zugesprochen, dass eine „soll“ Empfehlung ausgesprochen wurde.

9.3	Evidenzbasierte Empfehlung	Modifiziert Stand 2018
Empfehlungsgrad: **B**	Für Menschen mit SBPF 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.	
Leitlinienadoption **Qualität der Evidenz:** ⊕⊕⊖⊖ (Aufgrund von Indirektheit herabgestuft)	S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (Empfehlung 19, S. 192): *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.*	
	Konsensstärke: 100%	

Die Qualität der Evidenz wurde herabgestuft, da die Zielpopulation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und Menschen mit SBPF nicht deckungsgleich ist.

9.4	Evidenzbasierte Empfehlung	Modifiziert Stand 2018
Empfehlungsgrad: **B**	Die Wirksamkeit von Ansätzen nach den Prinzipien von Supported Employment kann durch begleitende trainierende Interventionen erhöht werden. Diese sollten deshalb in Abhängigkeit der individuellen Bedarfe angeboten werden.	
Leitlinienadaptation **Qualität der Evidenz:** ⊕⊕⊕⊖ (Aufgrund von Indirektheit herabgestuft)	S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (Empfehlung 20, S. 192): *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.*	
	Konsensstärke: 100%	

9.5	Konsensbasierte Empfehlung	Neu
EK	Die Förderung beruflicher Teilhabe von Menschen mit SBPF sollte darauf ausgerichtet sein, den Arbeitsplatzverlust zu vermeiden. Dazu bedarf es beim Auftreten psychischer Erkrankungen eines frühzeitigen Einbezuges entsprechender Dienste bzw. Hilfen. Das Vorhandensein einer abgeschlossenen Ausbildung ist als Grundlage für die Teilhabe am Arbeitsleben für Menschen mit SBPF von enormer Wichtigkeit. Daher sollten reguläre schulische, akademische, betriebliche und besondere Ausbildungsangebote wohnortnah und mit entsprechenden flankierenden Unterstützungsangeboten zur Verfügung stehen. Menschen mit SBPF sollte unter Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechts frühzeitig Zugang zu passgenauen beruflichen Ausbildungs- und Rehabilitationsprogrammen zur Förderung der beruflichen Teilhabe ermöglicht werden.	
Leitlinienadaptation	S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (Empfehlung 21, 22, S. 193f): *Die Förderung beruflicher Teilhabe schwer psychisch kranker Menschen sollte darauf ausgerichtet werden, den Arbeitsplatzverlust zu vermeiden. Dazu bedarf es beim Auftreten psychischer Erkrankungen eines frühzeitigen Einbezuges entsprechender Dienste bzw. Hilfen.* *Das Vorhandensein einer abgeschlossenen Ausbildung ist als Grundlage für die Teilhabe am Arbeitsleben für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen von enormer Wichtigkeit. Daher sollten reguläre schulische, akademische, betriebliche und besondere Ausbildungsangebote wohnortnah und mit entsprechenden flankierenden Unterstützungsangeboten zur Verfügung stehen.*	
	Konsensstärke: 96%	

4.3.1.2 Einzelinterventionen

4.3.1.2.1 Psychoedukation

Psychoedukation lässt sich in stationären Behandlungskontexten integrieren, aber auch in der ambulanten Versorgung verorten. Psychoedukative Elemente sind inzwischen Bestandteil der meisten psychotherapeutischen Verfahren und Settings. Psychoedukation wird in mehreren bestehenden S3-Leitlinien bereits ausführlich beschrieben (z.B. S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen; S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen).

Bei Psychoedukation handelt es sich um die Vermittlung von Informationen und Aufklärung der Patient:innen und ihrer Zugehörigen über ihre Erkrankung, deren Ursachen und möglichen Verlauf sowie Möglichkeiten der Behandlung (vgl. S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (S. 88)). Psychoedukation wird auch von nicht-ärztlichen oder nicht-psychologischen Fachkräften wie z.B. Pflegefachpersonen, Therapeut:innen und Sozialarbeiter:innen durchgeführt.

Je nach Umfang und Inhalt wird Psychoedukation z.B. in der S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen in eine einfache und eine ausführliche bzw. interaktive unterteilt.

Unter einfacher Psychoedukation wird eine zeitlich umrissene und wenn möglich eine auf Patient:innen und deren Zugehörige abgestimmte Aufklärung und Informationsvermittlung verstanden. Diese kann im Einzel- oder Gruppensetting erfolgen und bis zu zehn Einheiten umfassen. Eine ausführliche und interaktive Psychoedukation wird z.B. im Zusammenhang mit bipolaren Störungen von Colom und Vieta (2006) beschrieben und umfasst Maßnahmen wie z.B.:

- Informationen zu Störung, Symptomatik, Verlauf und möglichen Ursachen
- Anleitung zur Selbstbeobachtung von bspw. Stimmung, Aktivitäten, Alltagsereignissen
- Förderung einer günstigen Alltagsstruktur;
- Reduktion von Belastungen;
- Erkennen von Frühsymptomen und Warnzeichen und Sammlung persönlich hilfreicher Maßnahmen zum Gegensteuern bei Krisen (vgl. S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen (S. 88f))

In diesem Zusammenhang sei auch auf das Konsensuspapier „Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen“ (Bäuml und Pitschel-Walz 2008) hingewiesen, dass in der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (S. 200f) zitiert wird. Im Vordergrund stehen hier u.a. die Förderung der Gesundheit, die Stärkung der Ressourcen sowie ein auf Informationen basierender selbstverantwortlicher Umgang mit der Erkrankung. Die Autoren (Bäuml und Pitschel-Walz 2008) weisen zwar darauf hin, dass die Wirkkomponenten der Psychoedukation im Einzelnen noch nicht hinreichend erforscht sind, heben jedoch die Bedeutung folgender Faktoren hervor:

- Vereinfachung komplexer Zusammenhänge mit verständlicher Vermittlung von Informationen
- Veranschaulichung des Vulnerabilitäts-Stress-Modells
- Reflexion der Auswirkungen einzelner Behandlungsverfahren
- Struktur und Ordnung in den Ablauf der einzelnen Therapiemaßnahmen
- Ressourcen-orientiertes Vorgehen
- gemeinsamer Erfahrungsaustausch und Lernen an erfolgreichen Modellen anderer Erkrankter (Bäuml et al. 2007).

Bäuml et al. (2007) weisen darüber hinaus darauf hin, dass Psychoedukation keine Psychotherapie ersetzt. Jedoch kann Psychoedukation im Rahmen psychotherapeutischer Verfahren angewandt werden. Bäuml et al. (2007) geben an, dass im Rahmen psychoedukativer Interventionen emotional belastendende Themen nicht zu einer Überforderung und emotionalen Destabilisierung der Betroffenen führen sollten. Die Teilnahme an einer Psychoedukation kann Patient:innen und deren Angehörige für eine entsprechend indizierte Psychotherapie sensibilisieren (Bäuml et al. 2007).

Bäuml und Pitschel-Walz (2008) zufolge ist Psychoedukation grundsätzlich auch für Patient:innen mit schweren psychischen Störungen in allen Behandlungssettings (stationär, teilstationär, ambulant) geeignet.

Obgleich in einer Recherche keine RCTs, Reviews oder Meta-Analysen gefunden werden konnten, in welchen die Effekte psychoedukativer Interventionen bei Menschen mit SBPF in der ambulanten Begleitung untersucht wurden, ist davon auszugehen, dass bei der Fülle der mit der Beeinträchtigung einhergehenden Herausforderungen in der Alltagsbewältigung Psychoedukation und ein dadurch zugrundeliegendes Verständnis für die Erkrankung bei Menschen mit SBPF und deren Zugehörigen maßgeblich zur Bewältigung von Alltagsproblemen (z.B. in der zwischenmenschlichen Interaktion) beitragen und Stigmatisierungen und Krankheitsfolgen entgegenwirken kann.

9.6	Konsensbasierte Empfehlung	Neu
EK	Menschen mit SBPF und deren Zugehörige sollte eine ausführliche, strukturierte und interaktive Psychoedukation angeboten werden. Diese kann individuell als auch in Gruppen angeboten werden. Die zeitliche Dauer, Inhalte und Struktur sollten den emotionalen und kommunikativen Bedürfnissen sowie ihren individuellen Präferenzen angepasst sein.	
	Literatur: S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen; S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (z.B. Empfehlung 24, S. 239: *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.)*	
	Konsensstärke: 100%	

4.3.1.2.2 Trialog

In der S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen (S. 27ff) wird unter dem Konzept „Trialog“ eine gleichberechtigte Zusammenarbeit von Patient:innen und ihren Zugehörigen sowie in klinischen, rehabilitativen, ambulanten Kontexten professionell Tätigen verstanden. Folgende Merkmale und Effekte können u.a. eine trialogische Zusammenarbeit kennzeichnen (S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen (S. 27)):

- Patient:innen sind „Expert:innen in eigener Sache“
- Zugehörige werden einbezogen. Sie können eine wichtige Funktion bei der Alltagsbewältigung und Rückfallverhütung haben
- Individuelle und familiäre Ressourcen können genutzt werden
- Es kann zu mehr Verantwortungsübernahme führen
- Es kann aktive Selbstbestimmung und eine Verbesserung der Fähigkeit zum Selbstmanagement bewirken
- Eine offene, vertrauensvolle und erfolgreiche Kooperation zwischen Patient:innen, Zugehörigen sowie professionell Tätigen kann entstehen
- Gemeinsame Interessen und Behandlungsziele können verfolgt werden
- Gemeinsame Kompetenzen können im trialogischen Austausch genutzt werden

Dies kann sich positiv auf den jeweiligen Krankheitsverlauf auswirken. Trialogische Zusammenarbeit nimmt der S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen zufolge einen wichtigen Stellenwert im ambulanten sowie im Home Treatment Setting ein. Der Trialog kann eine sinnvolle Ergänzung zur Therapie sein.

In der S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen werden auch die Voraussetzungen und die Bedeutung trialogischen Handelns beschrieben. Es wird darauf hingewiesen, dass trialogische Foren, Fortbildungen und Tagungen eine wichtige Vermittlungsaufgabe zukommt. Auch kann in diesem Zusammenhang der gemeinsamen Aufklärungs- und Anti-Stigma-Arbeit eine besondere Bedeutung zukommen. In der Leitlinie wird darüber hinaus an eine gut koordinierte Versorgung mit möglichst kontinuierlichen Bezugstherapeut:innen appel-

liert, um die Entwicklung wechselseitigen Vertrauens und Respekt für subjektive Erklärungsmodelle, individuelle Wünsche und soziale Ressourcen zu unterstützen. Die therapeutische Kontinuität begünstigt der Leitlinie zufolge auch trialogisches Handeln.
Auch für andere Patient:innengruppen, z.B. für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, wird dem Trialog trotz mangelnder Evidenz Bedeutung beigemessen. So lautet z.B. in der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (S. 200) Statement 7:

> „Im Rahmen der Informationsvermittlung, aber für die Beziehungsgestaltung im gesamten Hilfesystem ist die trialogische Zusammenarbeit zwischen Betroffenen, Angehörigen und professionell Tätigen besonders wichtig. Sie ist eine wesentliche Voraussetzung für eine offene, vertrauensvolle und erfolgreiche Kooperation aller Beteiligten, auf deren Basis gemeinsame Interessen und Behandlungsziele verfolgt werden können. Ergebnisse der trialogischen Zusammenarbeit beschränken sich nicht nur auf die individuelle Therapiebeziehung, sondern haben Auswirkungen auf die angemessene Darstellung der Interessen der Patienten und Angehörigen in der Öffentlichkeit und Politik, auf die Qualitätsförderung und auf die Fortentwicklung der Versorgungsstrukturen. Das sogenannte Psychoseseminar, trialogische Seminare oder Trialogforen sind dafür ein gutes Übungsfeld."

In der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (S. 200) wird der Mangel an systematischen Evaluationen durch das „Wesen des Trialogs" begründet, das auf Manuale und Strukturvorgaben verzichtet. Dieser Mangel zeigt sich auch im Zusammenhang mit Patient:innen mit SBPF. Aufgrund der Komplexität der Beeinträchtigung ist dennoch davon auszugehen, dass eine trialogische Zusammenarbeit sinnvoll ist. Zwei aktuelle Studien bestätigen die Wirksamkeit der Intervention Trialog (Burr Christian et al. 2021; Schaefer et al. 2021).

9.7	Konsensbasierte Empfehlung	Neu
EK	Eine trialogische Zusammenarbeit zwischen Patient:innen mit SBPF, deren Zugehörigen sowie professionell Tätigen sollte angeboten werden. Der trialogische Aspekt sollte in professionellen Fort- und Weiterbildungen und Seminaren berücksichtigt werden, u. a. durch direkte Beteiligung Betroffener und Zugehöriger. Patient:innen mit SBPF und deren Zugehörigen sollten Trialogforen angeboten werden.	
	Literatur: S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen; S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen	
	Konsensstärke: 100%	

4.3.1.2.3 Weitere Psychosoziale Therapien

Künstlerische Therapien[1]

Zu Fachbereichen Künstlerischer Therapien zählen Kunst-, Musik-, Tanz-, Theatertherapie und andere. Gemeinsam ist den einzelnen Fachbereichen der Einsatz künstlerischer Medien in Diagnostik und Therapie, welche innerhalb einer therapeutischen Beziehung im Einzel- oder Gruppensetting durchgeführt werden. In den einzelnen Fachbereichen werden gezielt produktive sowie rezeptive Medien und Prozesse eingesetzt. Künstlerische Therapien werden in klinischen, rehabilitativen, ambulanten und pädagogischen Bereichen angewandt.

Der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (S. 254) zufolge liegen den unterschiedlichen Fachbereichen vor allem psychotherapeutische Theorie-Praxis-Modelle unterschiedlicher Schulausrichtungen zugrunde. Diese sind für die künstlerisch-therapeutische Praxis modifiziert und weiterentwickelt (Karkou und Sanderson 2006). Weitere Bezugswissenschaften bilden unter anderem theoretische Konzepte aus der Psychosomatik, Neurologie, Neurobiologie, der Bindungs-, Säuglings- sowie der Kognitions- und Gedächtnisforschung.

Künstlerische Therapien sind personenzentriert auf aktuelle Ereignisse innerhalb der therapeutischen Beziehung ausgerichtet. Patient:innen sind daher unmittelbar an der Regulation und Bestimmung des therapeutischen Prozesses beteiligt. Patient:innen können im Sinne der Selbstaktualisierung, Selbstwirksamkeit und Eigenverantwortung eine positive Forderung erfahren (Goodill 2005).

Übergreifende Wirkfaktoren stimmen in Künstlerischen Therapien mit psychotherapeutischen Wirkfaktoren überein. Zu nennen sind unter anderem die Qualität der therapeutischen Beziehung und therapeutische Rahmenbedingungen, Ressourcenaktivierung, Problemaktualisierung, Problembewältigung und motivationale Klärung (Strauß und Wittmann 2000).

Durch prozessuale und perzeptuelle Aktivierungen werden insbesondere Inhalte und Prozesse des impliziten und emotionalen Gedächtnisses angesprochen (Grawe 2000; Fuchs 2009). Durch künstlerische Prozesse und mittels gestalterischer Medien können innerpsychische Prozesse zum Ausdruck gebracht, wahrgenommen, reflektiert und (re-)integriert werden. Je nach Fachbereich werden Kommunikationsprozesse jenseits konventioneller Sprachhandlungen angeregt, um so zur Wahrnehmung und zum Ausdruck emotionaler und kognitiver Inhalte zu befähigen. Ein wesentliches Merkmal Künstlerischer Therapien besteht darin, dass innerhalb des therapeutischen Prozesses ein künstlerisches Produkt oder Werk entsteht. Im Rahmen der therapeutischen Beziehung kann eine nachfolgende Betrachtung des entstandenen Werkes und dessen Wirkung eine intersubjektive Auseinandersetzung mit intrapsychischen Inhalten ermöglichen.

Als Kontraindikationen für Künstlerische Therapien (insbesondere im Gruppensetting) werden akutpsychotische Phasen angeführt (Smeijsters 1999; Oerter et al. 2001) wie auch eine unzureichende Bereitschaft der Patient:innen am therapeutischen Geschehen aktiv mitzuwirken, das vor allem durch aktivierende künstlerisch-therapeutische Interventionen charakterisiert ist (Born 2002; Glöckler et al. 1991).

In der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (S. 258ff) wird auf systematische Übersichtsarbeiten zu verschiedenen Fachrichtungen der Künstlerischen Therapien bei Patient:innen mit schweren psychischen Erkrankungen verwiesen und eine

[1] Künstlerische Therapien sind umfassend in der Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) e.V. 2018 beschrieben. Die Ausführungen hier gehen auf das Kapitel 11.3.1 der Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) e.V. 2018 (S. 254ff) zurück.

Empfehlung für künstlerische Therapien mit Empfehlungsgrad B und Evidenzebene Ia-Ib abgeleitet (S. 270).
Im Rahmen einer Recherche konnten keine RCTs, systematische Reviews oder Meta-Analysen gefunden werden, in welchen die Wirksamkeit Künstlerischer Therapien bei Patient:innen mit SBPF in der ambulanten Begleitung untersucht wurde.
Einen Überblick über den aktuellen Forschungsstand hinsichtlich von der Wirksamkeit Künstlerischer Therapien auf das emotionale Erleben, die Emotions- und Verhaltensregulation sowie die Reduzierung von Aggressionen bei Patient:innen mit Persönlichkeitsstörungen geben Haeyen und Dimaggio (2024) und beziehen sich dabei auf drei RCTs (Haeyen et al. 2018a; Haeyen et al. 2018b; van den Broek et al. 2011). In der Übersichtsarbeit von Haeyen (2022) wurde auch auf Nutzen und Wirkung Künstlerischer Therapien im ambulanten Bereich hingewiesen, ebenfalls bei Patient:innen mit Persönlichkeitsstörungen. Zuletzt beschreibt eine quantitative Umfrage von Haeyen et al. (2020), die über einen Zeitraum von 3 Monaten durchgeführt wurde (n = 539), Nutzen und Wirkung Künstlerischer Therapien bei Patient:innen mit unterschiedlichen Persönlichkeitsstörungen. Auch wenn diese Studien nicht direkt Patient:innen mit SBPF untersuchen kann doch angenommen werden, dass es große Überschneidungen in den Populationen gibt, weshalb auf diese Studien hingewiesen wird (vgl. Kapitel 3.2 und Wendt et al. 2024b).

Ergotherapie

Ergotherapie ist ein klient:innenzentrierter Gesundheitsberuf, der sich mit der Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden durch Betätigung befasst (Übersetzung basierend auf der Definition des Weltverbandes der Ergotherapeuten (WFOT 2012)). Sie unterstützt und begleitet alle Menschen, deren Handlungsfähigkeit eingeschränkt oder von Einschränkung bedroht ist, um sie bei der Durchführung von Betätigungen in ihrer persönlichen Umwelt zu stärken (DVE 2007). Im weiteren Verlauf wurden auf Grund mangelnder Literatur für SBPF die S3-Leitlinie Schizophrenie sowie die S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen als Grundlage genutzt.
Ziele der Ergotherapie sind folglich eine für die Patient:in zufriedenstellende Ausführung und Einbindung in individuelle Betätigungen (= Handlungen/Aktivitäten), denen Sinn und Bedeutung zugemessen wird. Damit in Verbindung steht die selbstbestimmte Teilhabe am gesellschaftlichen und kulturellen Leben (inklusive Arbeit und Bildung) sowie eine für die Person erlebbare, zufriedenstellende Lebensqualität. Hierzu werden mit jeder Klient:in - auf Grundlage der Diagnose und der ergotherapeutischen Diagnostik - die für den persönlichen Alltag relevanten (Behandlungs-)Ziele und mögliche Wege, diese zu erreichen, erarbeitet und vereinbart. Durch ergotherapeutische Interventionen, d. h. das Ausführen/Üben konkreter Betätigungen, durch manualisierte Programme (inkl. Prävention), Umweltanpassung, Training/Üben, z. B. neuer Handlungsstrategien, Beratung, arbeitsplatzbezogene Maßnahmen, Jobcoaching usw., werden diese unterstützend umgesetzt. In der Ergotherapie werden verschiedene Betätigungsbereiche im Leben und Alltag unterschieden (u. a. nach der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit [ICF], dem Canadian Model of Occupational Performance & Engagement (Polatajko et al. 2007) etc.):

- Selbstversorgung (z. B. Körperpflege, sich anziehen, Nahrungsaufnahme)
- Freizeit (z. B. Familie/Freunde treffen, Hobbys ausüben)
- Produktivität: (z. B. Haushaltsführung, Ehrenamt, [Aus-]Bildung/Berufstätigkeit)

Die ergotherapeutischen Methoden und Verfahren, die im Rahmen der Therapie zum Einsatz kommen, sind vielfältig. Sie lassen sich grob unterscheiden in „Methoden und Ansätze zur

Kompetenzförderung“ (z. B. Erlernen von Bewältigungsstrategien, Üben von Alltagsaktivitäten, kognitive Trainings, emotionale sowie soziale Kompetenzförderung) sowie „Methoden und Ansätze zum Aktivitätsaufbau“ (z. B. Verhaltensaktivierung/Behavioral Activation, Interventionen zur Zeitnutzung) sowie subjektbezogene-ausdruckszentrierte Methoden (handwerklich-gestalterische Inhalte) und soziozentrierte-interaktionelle Methoden und Ansätze. Für eine genauere Beschreibung der einzelnen Methoden wird auf das Ergotherapie-Kapitel der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen verwiesen.

Ergotherapie ist ein anerkanntes, gesetzlich verankertes Heilmittel und eine wissenschaftlich fundierte Therapieform. Sie befasst sich mit den Auswirkungen und der gegenseitigen Beeinflussung von individuellen Betätigungen auf Mensch und Umwelt. Der persönlichen sowie gesellschaftlichen Bedeutung einer Aktivität kommt dabei ein hoher Stellenwert zu. Ergotherapie basiert u. a. auf den Bezugswissenschaften Medizin, Sozialwissenschaften (z. B. Psychologie und Pädagogik) und Gesundheitswissenschaften sowie den Grundsätzen der Occupational Science (Yerxa 1990).

Zu explizit von Ergotherapeut:innen durchgeführten Maßnahmen/Interventionen für Menschen mit schwerer Beeinträchtigung der PF konnte kaum Evidenz gefunden werden. Auf Grundlage der angenommenen Korrelation zwischen Beeinträchtigungen der PF und bestimmten Diagnosen (z. B. Schizophrenie, dissoziale Persönlichkeitsstörungen; siehe Kapitel 0 und Wendt et al. 2024b) wurde eine Recherche durchgeführt. Eine Auswahl erfolgte hinsichtlich Studiendesign, Outcome, Übertragbarkeit auf Deutschland sowie Passung auf die vorliegende Leitlinie.

Ergotherapie, als vergleichsweise junge Disziplin, befindet sich in einem dynamischen Entwicklungsprozess. Frühere Konzepte und Interventionsformen psychiatrischer Ergotherapie der 1980er und 1990er Jahre haben sich gewandelt und entsprechen nicht mehr heutigen Vorstellungen und dem aktuellen ergotherapeutischen Paradigma.

In die Evidenzbewertung wurden daher deutsch- und englischsprachig publizierte Studien ab dem Jahr 2012 einbezogen. Recherchen erfolgten in den Datenbanken Medline (via Pubmed), CINAHL, den ergotherapiespezifischen Datenbanken OTseeker und OTDBase sowie bei Epistemonikos. Gefunden und eingeschlossen wurden im Rahmen der Recherchen 1 Meta-Analyse, 2 RCTs sowie 2 Prä-Post-Untersuchungen. Die Meta-Analyse (Ikiugu et al. 2017) umfasst 11 RCT (N=520), welche die klinische Wirksamkeit von theoriegeleiteter Ergotherapie bezüglich der Betätigungsperformanz sowie des Wohlbefindens untersuchten. Einschlusskriterien bez. der Einzelstudien waren dabei psychiatrische Erkrankungen der Studienteilnehmenden, die Nutzung eines ergotherapeutischen Modells oder Bezugsrahmens sowie als Outcome die Betätigungsperformanz und/oder das Wohlbefinden. Es zeigte sich ein mittlerer positiver Effekt theoriegeleiteter Ergotherapie auf die Betätigungsperformanz sowie ein leichter positiver Effekt auf das Wohlbefinden.

Beide RCTs untersuchten die Wirksamkeit von Ergotherapie in Bezug auf Betätigungsperformanz und soziale Teilhabe anhand eines klient:innenzentrierten Assessments. Ein RCT (n= 60) befasst sich mit der Wirksamkeit von Ergotherapie (COPM, Planung und Durchführung konkreter Aktivitäten) in Kombination mit Sozialem Kompetenztraining bei Menschen mit Schizophrenie (Ercan Doğu et al. 2021). Die Ergebnisse zeigen, dass die kombinierte Intervention im Vergleich zur Kontrollgruppe (ausschließlich Soziales Kompetenztraining) eine signifikante Verbesserung der Betätigungsperformanz in für die Klient:innen relevanten Bereichen erzielte (sowohl in der Post-Messung als auch in der Follow-Up-Untersuchung nach 6 Monaten). Ein weiterer RCT (n = 60) untersuchte die Wirksamkeit von ergotherapeutischen Hausbesuchen in Bezug auf die soziale Teilhabe bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Japan (Mashimo et al. 2020). Eingeschlossen wurden dabei Erkrankungen aus dem schizophrenen

(F20-F29) sowie affektiven Diagnosespektrum (F30-F39). Die Interventionsgruppe erhielt dabei Interventionen im Rahmen eines Programms, welches die klient:innenzentrierte Zielformulierung in den Fokus nimmt (Identifizierung von Betätigungsanliegen → Evaluation von förderlichen und hinderlichen Faktoren anhand der ICF → gemeinsame Zielvereinbarung und Therapieplanung). Die Kontrollgruppe erhielt die Standardbehandlung (TAU). Die Ergebnisse zeigt eine signifikant höhere Verbesserung der GAF (Global Assessment of Functioning)-Werte bei den Interventionsgruppen-Teilnehmenden.

Die beiden Prä-Post Studien untersuchten die Auswirkungen von Ergotherapie im ambulanten Setting auf die Betätigungsperformanz (Lindström et al. 2012: *n* = 17; Wasmuth et al. 2021: *n* = 27). Lindström et al. (2012) befassten sich dabei mit Menschen, die in Wohnheimen oder im betreuten Wohnen leben. Beide Studien hatten Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen wie Schizophrenie und schizoaffektive Störungen als Teilnehmende. Wasmuth et al. (2021) inkludiert zudem Menschen mit Persönlichkeitsstörungen und schwerer Depression. Beide konnten eine Verbesserung der Betätigungsperformanz der Teilnehmenden nach 12 Wochen bis zu 6 Monaten feststellen.

Bezüglich der Wirksamkeit von Ergotherapie für Menschen mit schwerer Beeinträchtigung der PF wird (weiterführend) auf die S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen, als diagnoseübergreifender Leitlinie für den psychiatrischen Bereich verwiesen. Für die derzeit (2024) ebenfalls laufende Aktualisierung erfolgte eine neue Recherche zu ergotherapeutischen Interventionen. Zudem enthält sie auch Evidenzkapitel zu arbeitsbezogenen Maßnahmen und Trainings von Alltags- und sozialen Fertigkeiten, die ebenfalls zum ergotherapeutischen Maßnahmenspektrum gehören. Auch die S3-Leitlinie Schizophrenie wird derzeit überarbeitet und in eine Living Guideline transformiert. Inwieweit sich auch das bisherige Ergotherapie-Kapitel verändert, dass sich bezüglich seiner Ergotherapie-Empfehlung ebenfalls an der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen orientiert hat, bleibt abzuwarten.

Bewegungs- und Sporttherapien

Erklärungsansätze für Effekte von Sport und Bewegungen auf schwere Beeinträchtigung der PF lassen sich grob in physiologische und psychologische Erklärungsansätze differenzieren. Die im Einzelnen vermuteten Wirkmechanismen sind sehr vielfältig und können auf die Persönlichkeit jedes Einzelnen angewandt werden. Bei den physiologischen Erklärungsansätzen gibt es, wie in der bisherigen S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen wiedergegeben, zunächst die Endorphinspiegel sowie die erhöhte Ausschüttung von Botenstoffen wie Noradrenalin, Serotonin und Dopamin (S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (S. 284)). Da depressive Zustände mit einem Mangel an diesen Substanzen in Verbindung gebracht werden, sollte gerade bei depressiven Patient:innen durch Ausdauertraining eine Stimmungsaufhellung erreichbar sein. So können Persönlichkeitsmerkmale wie die Aufmerksamkeit und die Erinnerungsleistung (Buschert et al. 2019) gesteigert oder Schlafstörungen und ein wie bei der PTBS bekanntes Vermeidungsverhalten (Whitworth et al. 2019) vermindert werden. Da bezüglich der Effektivität von Bewegungs- und Sporttherapien auf Patient:innen mit SBPF keine Studien gefunden wurden, wird auf Ergebnisse zu Persönlichkeitsstörungen zurückgegriffen. So kann ein Kraft- oder Ausdauertraining auf Personen mit bestimmten Persönlichkeitsstörungen Einfluss nehmen und dadurch für eine Teilhabe am Leben förderlich sein (Szuhany und Otto 2020).

Obwohl das Forschungsgebiet der Bewegungs- und Sporttherapie relativ jung ist, kann die Sport- und Bewegungstherapie eine positive Rolle bei der Behandlung einer SBPF spielen, insbesondere als ergänzende Maßnahme zu anderen Therapieformen. Bei Menschen mit SBPF

und Störungen aus dem internalisierenden HiTOP-Spektrum können Sport und Bewegung Stress und Angst reduzieren. Regelmäßige Bewegung kann die Freisetzung von Endorphinen fördern, was die Stimmung und das Wohlbefinden von Menschen verbessern kann, die z.B. an PTBS oder Depression leiden (Buschert et al. 2019; Kerling et al. 2015; Mota-Pereira et al. 2011; Olson et al. 2017; Szuhany und Otto 2020; Gordon et al. 2021; Goldstein et al. 2018; Whitworth et al. 2019). Bewegung und Sport können das Denkvermögen bei Menschen mit einer schweren Beeinträchtigung der PF und Störungen im internalisierenden HiTOP-Spektrum verbessern und ihr Selbstwertgefühl und ihr Selbstvertrauen verbessern, da sie häufig mit negativem Selbstbild und Selbstzweifeln zu kämpfen haben (Mota-Pereira et al. 2011; Szuhany und Otto 2020; Whitworth et al. 2019). Sport hilft Menschen, ihre Gefühle besser zu kontrollieren. Dies kann bei der Behandlung von Impulsivität und emotionaler Instabilität hilfreich sein, die mit bestimmten Störungen im enthemmt-externalisierendes HiTOP-Spektrum einhergehen (Buschert et al. 2019; Kerling et al. 2015; Mota-Pereira et al. 2011; Olson et al. 2017; Szuhany und Otto 2020; Goldstein et al. 2018; Whitworth et al. 2019). Außerdem fördert Sport, insbesondere in Gruppen, die soziale Integration und die Entwicklung sozialer Fähigkeiten. Beziehungen zu anderen Menschen aufzubauen und soziale Isolation zu überwinden was gerade bei Patient:innen mit Störungen im enthemmt-externalisierendes HiTOP-Spektrum sehr vom Vorteil sein kann (Mota-Pereira et al. 2011). Bewegung kann hierbei besonders für Menschen mit schizotypischer Persönlichkeitsstörung wichtig sein, da sie dazu beitragen kann, soziale Interaktion zu fördern und soziale Isolation zu verringern (Firth et al. 2017; Dauwan et al. 2016; Curcic et al. 2017). Kognitive Funktionen wie Konzentration und Aufmerksamkeit können durch Bewegung verbessert werden. Dies kann im anatagonistisch-externalisierenden HiTOP-Spektrum helfen, Verhaltens- und Denkmuster zu ändern. (Buschert et al. 2019; Kerling et al. 2015). Sport- und Bewegungstherapie sollte jedoch nicht als einzige Methode zur Behandlung einer schweren Beeinträchtigung der PF angesehen werden. Sie funktioniert am besten, wenn sie Teil eines ganzheitlichen Therapieansatzes ist, der auch psychotherapeutische Interventionen umfasst (Schüler et al. 2020).

Es ist wichtig zu betonen, dass Sport- und Bewegungstherapie nicht als Haupttherapie für Persönlichkeitsstörungen oder SBPF verwendet wird. Es ist ratsam, sie als Teil eines umfassenderen Behandlungsplans zu betrachten, der auch Medikamente, Psychotherapie und andere Interventionen umfassen kann. Die genaue Anwendung hängt von den Bedürfnissen und Vorlieben der Patient:innen ab und sollte von einer qualifizierten Fachkraft geleitet werden.

9.8	Konsensbasierte Empfehlung	Neu
EK	Patient:innen mit SBPF sollten Künstlerische Therapien im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans sowohl im stationären als auch ambulanten Setting angeboten werden. Ergotherapie sollte Menschen mit SBPF im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes sowohl im stationären als auch ambulanten Setting und orientiert an den individuellen Bedürfnissen und Präferenzen angeboten werden. Sport- und Bewegungstherapie sollte bei Menschen mit SBPF im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes und orientiert an den individuellen Bedürfnissen und Präferenzen der Patient:innen sowohl im ambulanten als auch im stationären Setting angeboten werden.	
Leitlinienadaptation	Literatur: S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen – Empfehlung 29, S. 270: *Künstlerische Therapien: Musiktherapie, Kunsttherapie bzw. Dramatherapie, sollten im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes und gemessen an den individuellen Bedürfnissen und Präferenzen der Betroffenen zur Verbesserung der psychopathologischen Symptomatik angeboten werden*; Empfehlung 30, S. 281: *Ergotherapeutische Interventionen sollten bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes und orientiert an den individuellen Bedürfnissen und Präferenzen des Patienten angeboten werden* Siehe auch: Lindström et al. 2012; Ercan Doğu et al. 2021; Mashimo et al. 2020; Wasmuth et al. 2021; Ikiugu et al. 2017	
	Konsensstärke: 100%	

4.3.1.2.4 Gesundheitsfördernde Interventionen

Wie u.a. aus der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (S. 311ff) hervorgeht, sind im Kontext schwerer psychischer Erkrankungen gesundheitsfördernde Interventionen, insbesondere in Bezug auf Ernährung und körperliche Aktivität, aufgrund der Studienlage klar indiziert. Auch bei Menschen mit SBPF ist davon auszugehen, dass sie aufgrund von maladaptiven Funktionen des Selbst, u.a. der Identität und Selbststeuerung (American Psychiatric Association 2013) über körperliche und psychische Komorbiditäten verfügen.

So wird bspw. im Zusammenhang mit Persönlichkeitsstörungen eine erhöhte Komorbiditätsrate in Bezug auf psychische Erkrankungen berichtet (Beckwith et al. 2014). Darüber hinaus gehen aus Studien eine Häufung von komorbiden somatischen Erkrankungen (Doering 2019; Keuroghlian et al. 2013; Roininen et al. 2019) und eine deutlich erhöhte Mortalitätsrate (Kjær et al. 2020; Temes et al. 2019) bei Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen hervor. Dies wird auch im Rahmen eines Übersichtsartikels von Jacobi et al. (2021) bestätigt, in dem z.B. kardiovaskuläre Erkrankungen, Schlaganfälle, Stoffwechselerkrankungen und Arthritis in Literaturreviews und Meta-Analysen identifiziert wurden. Insbesondere Frauen mit einer Borderline-Störung verfügen einer Studie von Greggersen et al. (2011) zufolge über ein erhöhtes Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen gegenüber Frauen, die nicht an einer Borderline-Störung leiden. Eine Studie von Shen et al. (2017) zeigt, dass somatische Erkrankungen bei Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung häufiger vorkommen als bei Menschen mit

anderen psychischen Erkrankungen. Das Vorliegen somatischer und psychischer Komorbiditäten wird in der S3-Leitlinie Borderline-Persönlichkeitsstörung zwar aufgegriffen und deren Behandlung empfohlen (Empfehlung 31, S. 78), auf gesundheitsfördernde Interventionen wird dort aber nicht näher eingegangen.
Laut zwei Statements in der S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen (S. 349f) kommen auch im Zusammenhang mit bipolaren Störungen komorbide psychische und somatische Erkrankungen häufig vor, die berücksichtigt werden müssen. Zudem werden strukturierte nicht-pharmakologische Interventionen zur Modifikation von Lifestyle und Gesundheitsverhalten mit edukativen, beratenden und/oder psychotherapeutischen Elementen zur Verbesserung des kardiovaskulären Risikoprofils mit dem Empfehlungsgrad 0 empfohlen (S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen, Empfehlung 22).
Zusammenfassend wird durch die Ausführungen die These gestützt, dass Menschen mit SBPF häufig über komorbide somatische und psychische Erkrankungen verfügen. Kardiovaskuläre Erkrankungen scheinen in dem Zusammenhang von zentraler Bedeutung zu sein. Für Menschen mit erhöhtem kardiovaskulären Risiko wird in der S3-Leitlinie Hausärztliche Risikoberatung zur kardiovaskulären Prävention (S. 37) eine verhaltensorientierte Lebensstilberatung, insbesondere gesundheitsbezogene Verhaltensweisen in Bezug auf Bewegung, Ernährung und Rauchstopp, empfohlen.

9.9	Konsensbasierte Empfehlung	Neu
EK	Menschen mit SBPF sollten zu ihren somatischen Gesundheits- und Krankheitsrisiken beraten werden und es sollten darauf abgestimmte gesundheitsfördernde Interventionen angeboten werden.	
	Vgl. Literatur: S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen, (Empfehlung 33, S. 334): *Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sollen multimodale gesundheitsfördernde Interventionen mit den Schwerpunkten gesunde Ernährung und körperliche Aktivität angeboten werden.*	
	Konsensstärke: 96%	

4.3.2 Schlüsselfrage 7: Ist Psychotherapie mit Behandlungsvertrag bei Patient:innen mit SBPF wirksamer als ohne Behandlungsvertrag?

Für diese Schlüsselfrage ergaben sich:
1 konsensbasierte Empfehlung

Bei dieser Fragestellung wurden klinische Empfehlungen und den Autoren bedeutsame, bekannte Literatur einbezogen.

4.3.2.1 Verwendung von Behandlungsverträgen

Während Vorsätze bzw. Absprachen in der Regel verbale Vereinbarungen zwischen Therapeut:in und Patient:in sind, handelt es sich bei Behandlungsverträgen um meist schriftlich fixierte Vereinbarungen. Allgemeine Behandlungsverträge werden in der Therapie bei der Organisation von Rahmenbedingungen (Erscheinen in Therapie, generelle Verhaltensregeln, etc.) genutzt. Im Sinne der Patient:innenrechte sind bei Aufnahme einer ambulanten Psychotherapie im Sinne der Richtlinienpsychotherapie zahlreiche Aufklärungen (z.B. erwünschte und mögliche unerwünschte Wirkungen der Behandlung) der Patient:in mitzuteilen. „Alle gegebenen

Hinweise sollte die Therapeutin oder der Therapeut in der Patientenakte dokumentieren. Die Aufklärung sollte mit Auflistung der besprochenen Themen schriftlich von der Patientin oder vom Patienten bestätigt werden, wenn der Behandlungsvertrag nicht ohnehin schon schriftlich festgehalten wurde“ (Faber und Haarstrick 2021, S. 111). Spezifischere Verträge betreffen therapeutische Inhalte und Themen, z.B. Suizidgefährdung (Lebens- oder Antisuizidverträge), therapieschädigendes Verhalten, Selbstverletzungen, Verhaltensexzesse (Suchtverhalten, Essverhalten etc.) sowie den Aufbau von funktionalem Verhalten wie z.B. der Planung von Aktivitäten oder dem Überwinden von Prokrastination (Fehm und Helbig-Lang 2020; Siegl und Wendler 2019).
Ein Vertrag ist unilateral, wenn sich die Patient:in zu gewissen Handlungen unabhängig von der Beteiligung anderer Personen verpflichtet. Bilaterale Kontrakte betreffen wechselseitige Vereinbarungen mit anderen Personen (z.B. Partnerschaft, Therapiebeziehung).

10.1	Konsensbasierte Empfehlung	Neu
EK	Patient:innen mit SBPF soll im Rahmen von Psychotherapien ein spezifischer Behandlungsvertrag angeboten werden.	
	Konsensstärke: 100%	

Begründung der Empfehlung/Spezifizierung

Behandlungs-, Therapie- und Verhaltensverträge in mündlicher und/oder in schriftlicher Form können ohne Kontraindikationen eingesetzt werden, wenn sie umsichtig verwendet werden (präzise definiert, gut eingebettet, engmaschig begleitet, angepasst an die Patient:in und die Problematik sowie die Ziele) und eine gute Balance zwischen der Berücksichtigung der Autonomie der Patient:in und der therapeutischen Begleitung durch die Therapeut:in gewährleisten. Das Versorgungssystem bzw. Vertrauenspersonen der Patient:innen sollten nach Möglichkeit nach dem Prinzip der partizipativen Entscheidungsfindung mit einbezogen werden. Zudem sollten die Verträge im Idealfall auch in leichter Sprache verfügbar sein. Auch wenn spezifische Studien zur Wirksamkeit der Verträge fehlen, gibt es dennoch klare Indizien, dass Verträge effektiv und wirksam sind und bei der Etablierung stabiler Veränderungen hilfreich sind. Die bisherigen Erfahrungen legen nahe, dass sowohl Verhaltens-, Therapie- als auch Behandlungsverträge zu einer personenzentrierten und patient:innenorientierten Behandlung und Versorgung beitragen können. Im Vorfeld der Vertragsbesprechung muss die Vertragsfähigkeit der Patient:in eingeschätzt werden und/oder geeignete Rahmenbedingungen für die aktive Beteiligung der Patient:in an der Vertragsbesprechung hergestellt werden (z. B. genügend Zeit, Beteiligung einer Vertrauensperson, Dolmetscher:in).
In der Verhaltenstherapie werden sowohl allgemeine Behandlungsverträge, als auch spezifische Verhaltensverträge häufig genutzt und deren Einsatz in der Literatur explizit beschrieben (Siegl und Wendler 2019). Epstein und Wing (1979) sowie Kirschenbaum und Flanery (1983) berichten in Überblicksartikeln über den erfolgreichen Einsatz von Contract Management bei zahlreichen komorbiden Problemstellungen wie Sucht, Essstörungen oder Depressionen. Für Essstörungen fanden Solanto et al. (1994) eine Effektivität von Verhaltensverträgen für Verhaltensänderungen. Bei der Therapie von Substanzabhängigkeit wurde durch Contract Management eine Erhöhung der Compliance sowie eine Reduktion der Rückfallraten erreicht (Calsyn et al. 1994). Eine Cochrane Review mit 30 Studien ergab bei der Hälfte der Studien mit Bedingungen mit Verhaltensverträgen bei mindestens einem Outcome-Maß signifikant bessere Ergebnisse (Bosch-Capblanch et al. 2007). Verhaltensverträge wurden aber nur selten als eigenständige

Interventionen evaluiert, da sie in der Regel Bestandteil komplexerer Programme sind und es fehlen weiterhin qualitativ gute Studien die Verträge explizit untersuchen.
In der psychodynamischen Psychotherapie ist es im Grundsatz nicht vorgesehen, dass neben verbalen Vereinbarungen zwischen Therapeut:in und Patient:in schriftliche spezifische Behandlungsverträge geschlossen werden müssen. Zu diesem Umstand trägt sicherlich bei, dass insbesondere die analytische Therapie einen öffnenden Freiraum im sehr klaren Setting die „Bewusstmachung einer unbewussten neurotischen Psychodynamik und Integration ‚abgespaltener' Persönlichkeitsanteile zur Beseitigung oder Veränderung intrapsychischer und interpersoneller Konfliktfelder" (Faber und Haarstrick 2021, S. 45) zum Ziel hat. Im Rahmen modifizierter analytischer Therapieverfahren und insbesondere im Rahmen der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie ist durch die konkrete Zielsetzung/Fokussetzung eine explizit konsensuell getroffene Formulierung der Therapieziele und –inhalte – auch häufig im Sinne von Behandlungsverträgen – gängige Praxis. Hierbei beziehen sich Behandlungsverträge einerseits auf allgemeine und spezifische Inhalte (z.B. Fokus bei der Arbeit an der Veränderung der Symptome und Beschwerden, der intrapsychischen Einstellungen, Haltungen und Gefühlen, interpersonellen Verhaltens- und Erlebensweisen, siehe z.B. Boll-Klatt et al. 2021, S. 543). Besonders hervorzuheben ist, dass die Mehrzahl der manualisierten und evidenzbasierten psychodynamischen Weiterentwicklungen explizit spezifische Behandlungsverträge vorsehen (siehe 4.3.2.2). So sehen es die manualisierten Verfahren zur Behandlung von Persönlichkeitsstörungen (vgl. 4.3.2.2) und die für die meisten störungsspezifischen Manuale grundlegende Supportiv-Expressive Therapie (Luborsky und Crits-Christoph 1990; Albani et al. 2008) vor, bei welcher im Zuge der Definition des Zentralen Beziehungskonflikt-Themas Problemverständnis und Zielvorstellungen definiert und schriftlich festgelegt werden.
In der Systematischen Therapie spielt die „Auftragsklärung", an deren Ende im Idealfall ein „Kontrakt" steht, immer eine zentrale Rolle. Schriftlich festgehalten werden solche Kontrakte i.d.R. nur, wenn unterschiedliche Ziele und Aufträge im Raum sind (vgl. Schweitzer und Schlippe 2015, S. 180) und Interessenkonflikte zu erwarten sind, was z.B. bei BPS, Essstörungen und Sucht häufig der Fall ist. Den Autor:innen sind keine Studien bekannt, die einen Zusammenhang zwischen Behandlungsvertrag/Kontrakt in der Systemtischen Therapie und deren Wirksamkeit untersucht.

4.3.2.2 Behandlungsverträge in manualisierten Verfahren zur Behandlung von Persönlichkeitsstörungen

In den manualisierten Verfahren zur Behandlung von Persönlichkeitsstörungen, der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT) nach Linehan (1993), der Mentalisierungsbasierten Psychotherapie (MBT) nach Bateman und Fonagy (2007), der Übertragungsfokussierten Psychotherapie (TFP) nach Clarkin et al. (2008) sowie der Schemafokussierten Therapie nach Young et al. (2008) spielen Therapieverträge routinemäßig eine Rolle. Aktuell besteht hierzu klinischer Konsens, jedoch keine empirische Evidenz: Zur Wirksamkeit der Behandlungsverträge bei den vier genannten manualisierten Verfahren für den Behandlungsverlauf und -erfolg konnte bei einer umfassenden Literaturrecherche aktuell (April 2023) keine Studie gefunden werden. Allerdings konnten einige Studien gefunden werden, die auf Behandlungsverträge als Bestandteil der Therapie sowie des Studiendesigns eingehen.

Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) nach Linehan (1993). Im DBT-Manual zur Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung (Linehan 1993) wird auf die Relevanz der Ver-

einbarung von Behandlungsverträgen eingegangen. In aktuellen Studien werden Vertragsvereinbarungen bei der ambulanten Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) (Bernheim et al. 2019; Heerebrand et al. 2021; Salamin et al. 2021), der stationären Behandlung der BPS (Kröger et al. 2014), der Kombination von Einzel- und Gruppenbasierter DBT bei der BPS (Andión et al. 2012), der App-basierten Behandlung der BPS (Helweg-Jørgensen et al. 2020), bei der Adaptation der DBT für Essstörungen (Klein et al. 2013; Federici und Wisniewski 2013), bei der Behandlung von Adoleszenten mit Emotionsregulationsstörungen, Traumasymptomen sowie Selbstverletzungen und Suizidalität (Geddes et al. 2013; Berk et al. 2020) sowie bei kognitiv beeinträchtigten Personen mit Selbstverletzungen (Rosendahl-Santillo et al. 2023) benannt.

Mentalisierungsbasierten Psychotherapie (MBT) nach Bateman und Fonagy (2007). Auch im Manual der MBT nach Bateman und Fonagy (2007) werden Vertragsvereinbarungen erläutert, und in einer aktuellen Studie zur stationären Anwendung der MBT bei Adoleszenten (Tromp et al. 2021) wird auf Vertragsvereinbarungen eingegangen.

Übertragungsfokussierte Psychotherapie (TFP) nach Clarkin, Yeomans und Kernberg (2001). Im Manual und in Publikationen (z.B. Yeomans et al. 2017) wird die Vertragsvereinbarung sowie der standardmäßige Einsatz von Behandlungsverträgen erläutert, aber in Studien nicht explizit hinsichtlich der Wirksamkeit der Behandlung untersucht.

Strukturbezogene Therapie (Rudolf et al., 2010). Im Manual wird die „strukturelle Diagnostik und Festlegung des Therapiefokus“ (Rudolf und Henningsen 2010, S. 252) auch in Rückbezug auf die in vielen weiteren störungsspezifisch gebräuchlichen psychodynamischen Manualen angewendete Supportiv-Expressive Therapie (Luborsky und Crits-Christoph 1990) beschrieben, jedoch wurde die Wirkung dieses expliziten Fokus im Sinne eines Behandlungsvertrages bisher nicht untersucht.

Schemafokussierte Therapie nach Young (2008). Im Manual (Young et al. 2008) wird die Vertragsvereinbarung erläutert, aber in Studien nicht explizit hinsichtlich der Wirksamkeit der Behandlung untersucht.

4.3.2.3 Spezielle Verträge (Antisuizidverträge, Behandlungsverträge, ambulante vs. stationäre Behandlungen)

Neben den psychotherapiebezogenen Verträgen bei Menschen mit Persönlichkeitsstörungen oder anderen schweren psychischen Erkrankungen kommen in der Behandlung auch spezielle Verträge zur Vermeidung von Suizidalität oder zur Förderung einer personenzentrierten Behandlung in Krisensituationen zum Einsatz deren Wirksamkeit im Folgenden näher thematisiert wird.

Behandlungsverträge und Krisenpässe

Um die Selbstbestimmung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen im Zuge der UN-Behindertenrechtskonvention insbesondere in Krisensituationen zu fördern, wird seit einigen Jahren der Einsatz von sogenannten Behandlungsvereinbarungen oder Krisenpässen in der Behandlung thematisiert (Scholten et al. 2019). Ähnlich wie im somatischen Behandlungskontext handelt es sich hierbei um Instrumente zur gesundheitlichen Vorausplanung der psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsmodalitäten, die entweder unilateral oder

bilateral zwischen Patient:innen und Behandlungsteam schriftlich vereinbart werden (Radenbach und Simon 2016). Die Anwendung und Verbreitung von Behandlungsvereinbarungen in Deutschland lässt sich bisher als sehr gering einschätzen (Borbé et al. 2012; Weide et al. 2023). Vor allem zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen werden hierzulande Behandlungsvereinbarungen und Krisenpässe diskutiert. In einer bundesweiten Befragung im Jahr 2009 gaben jedoch nur 8% der Kliniken an routinemäßig Behandlungsvereinbarungen anzuwenden.
Die bisher größte randomisiert kontrollierte Studie zur Evidenz von Behandlungsvereinbarungen aus Großbritannien konnte positive Effekte auf die therapeutische Beziehung durch Behandlungsvereinbarungen, nicht jedoch auf die Vermeidung von Zwangsmaßnahmen oder -behandlungen nachweisen (Farrelly et al. 2015; Thornicroft et al. 2013). In einem aktuellen Cochrane-Review wurden allgemein keine Behandlungseffekte durch Behandlungsvereinbarungen festgestellt (Campbell und Kisely 2009). Dagegen wiesen Henderson et al. (2004) in einer randomisierten Studie einen signifikanten Effekt auf die Reduktion von Zwangseinweisungen und stationären Behandlungstagen durch Behandlungsvereinbarungen nach. In einer ersten multizentrischen randomisierten Studie aus Deutschland wurden ebenfalls nur positive Effekte im Bereich der Beziehung zum Behandlungsteam sowie in der aktiven Mitgestaltung der Behandlung gefunden (Rixe et al. 2023). Den positiven Einfluss von Behandlungsvereinbarungen auf die Selbstbestimmung und auf die Beziehung zwischen Betroffenen und Behandlungsteam bestätigten auch Lequin et al. (2021) in einer explorativen qualitativen Studie mit Patient:innen und Professionellen. Studien, die sich mit dem Einsatz von Behandlungsvereinbarungen speziell bei Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung beschäftigen, liegen bisher nicht vor. Insgesamt weisen die Ergebnisse darauf hin, dass Behandlungsvereinbarungen oder Krisenpässe die Beziehung und das Vertrauen gegenüber den Behandlungsangeboten positiv beeinflussen und dadurch zu einer personenzentrierten Versorgung beitragen können. Direkte Effekte auf das Behandlungsoutcome wie Verringerung der Behandlungszeit, Verbesserung der Recovery, Reduktion von Klinikeinweisungen oder Vermeidung von Zwangsmaßnahmen durch Behandlungsvereinbarungen oder Krisenpässe lassen sich derzeit jedoch nicht bestätigen.

Non-Suizid-Verträge/Antisuizidverträge

Mit einer Lebenszeitprävalenz von 2% kann das Suizidrisiko bei Menschen mit Persönlichkeitsstörungen im Vergleich zu anderen Patient:innengruppen als eher gering eingeschätzt werden (Duberstein und Witte 2009). Dennoch weisen Betroffene mit stark ausgeprägten impulsiven Symptomen und Störungen der Emotionsregulation mit etwa 4% ein erhöhtes Suizidrisiko in der Gruppe der Persönlichkeitsstörungen auf (Duberstein und Witte 2009). In diesem Zusammenhang werden auch der Einsatz von Non-Suizid-Verträgen oder Antisuizidverträgen bei suizidalen Krisen während der Behandlung thematisiert.
Die Verwendung von Verträgen zur Vermeidung von akuten suizidalen Krisen wird allgemein in der Fachwelt kontrovers diskutiert (Dorrmann 2005). In narrativen Übersichtsarbeiten konnte bis heute keine Wirksamkeit beim standardisierten Einsatz von Non-Suizid-Verträgen in suizidalen Krisen gefunden werden (Lewis 2007; McMyler und Pryjmachuk 2008; Gerstl 2019). Studien zum Einsatz von Non-Suizid-Verträgen speziell in der Behandlung von Menschen mit Persönlichkeitsstörungen liegen bisher nicht vor. Lediglich die Nützlichkeit zur Aufrechterhaltung und Förderung der Interaktion mit suizidalen Patient:innen oder zur Einschätzung des Su-

izidrisikos wird betont (Gerstl 2019). In diesem Kontext wird jedoch der Einsatz von vorformulierten Verträgen nicht empfohlen, sondern die individuelle Ausgestaltung der Verträge im direkten Kontakt mit Patient:innen bevorzugt (Teismann und Dorrmann 2014).

4.3.2.4 Offene Forschungsfragen

Es liegen bisher keine Studien zur Wirksamkeit eines Behandlungsvertrags bei der Therapie von Persönlichkeitsstörungen oder anderen schweren psychischen Störungen vor. Daher basiert die Empfehlung auf klinischem Konsens. Weitere Studien sind notwendig, insbesondere zu Behandlungsverträgen im direkten Zusammenhang mit SBPF. Komponentenstudien zum Therapieoutcome mit vs. ohne Behandlungsvertrag wären zur Beantwortung dieser Fragen sinnvoll.

4.3.3 Schlüsselfrage 8: Wann sollten Patient:innen mit SBPF (teil-)stationär aufgenommen werden?

Für diese Schlüsselfrage ergaben sich:
4 konsensbasierte Empfehlungen

Dieses Kapitel behandelt die Indikationen für eine (teil-)stationäre Aufnahme von Patient:innen mit SBPF.
Für diese Fragestellung wurde Bezug auf angrenzende nationale und internationale Leitlinien, Empfehlungen, Meta-Analysen und Übersichtsarbeiten sowie den Autor:innen bekannte Literatur genommen. Die folgenden Statements und Empfehlungen basieren auf einer gründlichen Durchsicht der genannten Literatur.

4.3.3.1 (Teil-)Stationäre Aufnahme

4.3.3.1.1 Allgemeines zur (teil-)stationären Aufnahme

Die hohe Anzahl (teil-)stationärer Behandlungsplätze in der Psychiatrie & Psychotherapie sowie der Psychosomatischen Medizin & Psychotherapie ist ein historisch gewachsenes und viel diskutiertes Qualitätsmerkmal des deutschen Gesundheitssystems, dessen Versorgungsmöglichkeiten aufgrund gestufter, differenzierter und vielfältiger Behandlungsstrukturen im internationalen Vergleich einmalig ist. In Deutschland stehen schätzungsweise 40.000 stationärpsychotherapeutische Behandlungsplätze in psychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Akut-, Rehabilitations- und Suchtkliniken zur Verfügung. Stationär können ca. 450.000 Patient:innen jährlich psychotherapeutisch behandelt werden, wovon Rehabilitationseinrichtungen ca. ein Drittel übernehmen. Während es deutliche Überschneidungen hinsichtlich der soziodemographischen und klinischen Merkmale der jeweiligen Patient:innen und der Methoden dieser Versorgungsbereiche gibt, besteht der Hauptunterschied im primären Therapieziel, das im Falle der Krankenhausbehandlung in der kurativen Therapie einer krankheitswertigen Störung und im Falle der Rehabilitation in der Abwendung einer drohenden Erwerbsunfähigkeit besteht.
Die folgenden Aussagen und Empfehlungen beziehen sich zunächst sehr global auf teil- und vollstationären Krankenhausbehandlungen. Wenn innovative Versorgungsformen (z.B. stationsäquivalente Behandlung [StäB], weitere multiprofessionelle aufsuchende Angebote, Institutsambulanzen, die multimodal psychotherapeutisch arbeiten) als Alternative zur Verfügung

stehen, können diese als mindestens gleichwertige Behandlung angeboten werden. Das Unterkapitel 4.3.3.1.4 behandelt die (teil-)stationäre Rehabilitation und im abschließenden Unterkapitel 4.3.3.1.5 werden kritische Aspekte dieses Themenfeldes diskutiert.
Nach dem 5. Sozialgesetzbuch (SGB V) haben Versicherte grundsätzlich „Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, eine Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Krankenbehandlung umfasst ärztliche einschließlich psychotherapeutische Behandlung“ (§ 27, SGB V). Die vollstationäre Krankenhausbehandlung ist dabei an die Notwendigkeit geknüpft, dass „das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann“ (§ 39, SGB V).
Diese gesetzlichen Bestimmungen gelten natürlich auch für Patient:innen mit SBPF. Derzeit lassen sich keine evidenzbasierten Statements oder Empfehlungen aus der Literatur für spezifische Indikationen einer (teil-)stationären Behandlung für die Therapie der heterogenen Kernsymptomatik einer SBPF ableiten.
Je nach individueller Symptomatik sowie klinischer und Versorgungsituation kann eine (teil-)stationäre Behandlung sinnvoll sein, wobei die Ziele dieser Maßnahme sorgfältig abzuwägen sind und nicht durch ambulante Interventionen erreicht werden können.
Die Krankenhausbehandlungen in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken und Abteilungen unterscheiden sich innerhalb der Fachgebiete und zwischen den Fachgebieten sehr erheblich und bedingen aufgrund ihrer Struktur, der angestrebten Therapieziele und der Therapie sehr unterschiedliche Indikationen und Kontraindikationen. So stellt z.B. die komorbide Suchterkrankung, wenn die Abstinenz ambulant nicht sichergestellt werden kann, eine Indikation für eine stationäre Suchtbehandlung dar, aber eine Kontraindikation für eine stationäre psychosomatische Behandlung. Bei der Indikationsstellung zur Krankenhausbehandlung ist somit sehr sorgfältig zu prüfen, ob die angestrebten Therapieziele mit den jeweiligen stationären Behandlungsmöglichkeiten der Klinik in Übereinstimmung stehen.

4.3.3.1.2 Allgemeine Indikationskriterien für eine (teil-)stationäre Behandlung

Unabhängig von der klassifikatorischen Diagnose nach ICD-10/ICD-11 oder einer Differenzierung nach HiTOP-Spektren existieren grundsätzliche Indikationen für eine (teil-)stationäre Behandlung, die auch für Menschen mit SBPF gelten.
Neben eindeutigen Notfallindikationen, z.B. einer akuten Eigen- oder Fremdgefährdung, gibt es weitere Indikationen, bei denen eine stationäre Behandlung hilfreich sein kann, aber nicht zwingend notwendig ist. Dies ist immer dann der Fall, wenn eine ambulante Therapie nicht die in der individuellen Situation erforderliche multidisziplinäre und engmaschige Behandlung gewährleisten kann, um definierte Behandlungsziele im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans zu erreichen oder um eine (weitere) Dekompensation hin zur Notfallsituation zu verhindern. Auch angesichts schwerwiegender psychosozialer Faktoren kann eine stationäre Behandlung geprüft werden, etwa wenn die äußeren Lebensumstände (z. B. schwere familiäre Konflikte, häusliche Gewalt, drohender Verlust von Arbeitsplatz oder Wohnung) eine weitere psychische Destabilisierung zur Folge haben und den Erfolg einer ambulanten Behandlung behindern, z.B. bei Gefahr einer krankheitsbedingten Isolation oder in der Entwicklung und Chronifizierung der Störung wesentlich beteiligter äußerer Lebensumstände. Die Indikationsstellung zu einer stationären Behandlung auch bei Patienten mit SBPF resultiert aus der Bewertung und Verknüpfung der Wechselwirkung von Krankheitsbild, Persönlichkeitsfunktionen, psychosozialen Umständen, Behandlungszielen und Versorgungsrealität.

Eine primäre Einweisung in somatische Kliniken soll erfolgen, wenn eine leitliniengerechte Indikation zur Behandlung der somatischen Komorbidität im Vordergrund steht und der vorrangigen Behandlung bedarf (siehe auch Tabelle 13).
Die konsensbasierte Empfehlung beruht auf Sicherheitsaspekten und guter klinischer Praxis; sie orientiert sich an anderen Leitlinien, die explizit genannt sind.

11.1	Konsensbasierte Empfehlung	Neu
EK	Bei Vorliegen einer SBPF kann eine stationäre oder teilstationäre Behandlung aus diagnostischen und/oder therapeutischen Gründen sinnvoll sein. Dabei sollte unter Wahrung der partizipativen Entscheidungsfindung dem Grundsatz gefolgt werden: ambulant vor teilstationär vor vollstationär. Bei der Indikationsstellung zur Krankenhausbehandlung sollte gemeinsam sorgfältig geprüft werden, ob die angestrebten Therapieziele mit den jeweiligen Behandlungsmöglichkeiten der Institution in Übereinstimmung stehen. Eine stationäre Einweisung soll entsprechend den in Tabelle 13 aufgeführten Indikationen geprüft oder im Notfall veranlasst werden.	
	Literatur: S3-Leitlinie Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression; S3-Leitlinie Schizophrenie; S3-Leitlinie Zwangsstörungen; S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen; S3-Leitlinie Borderline-Persönlichkeitsstörung; S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen; S3-Leitlinie Diagnostik und Behandlung der Essstörungen; S3-Leitlinie Funktionelle Körperbeschwerden; S2k-Leitlinie Notfallpsychiatrie; S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörungen	
	Konsensstärke: 100%	

Tabelle 13: Indikationen für eine stationäre Behandlung

Notfallindikation[1]
▪ akute Selbst- oder Fremdgefährdung
▪ Stupor, Katatonie und andere notfallpsychiatrisch relevante Syndrome und Störungen
Einweisungen prüfen
▪ wenn nach einem Suizidversuch medizinische Versorgung notwendig ist
▪ wenn eine hinreichend zuverlässige Einschätzung des Weiterbestehens der Suizidalität nicht möglich ist
▪ wenn die Etablierung einer tragfähigen therapeutischen Beziehung nicht gelingt und die Person trotz initialer Behandlung suizidal bleibt
▪ bei Therapieresistenz trotz leitliniengerechter ambulanter Therapie
▪ bei ausgeprägter Psychopathologie, die ambulant nicht ausreichend behandelbar ist
▪ bei vorrübergehend krankheitsbedingt nicht gewährleisteter Ernährung und/oder Pflege
▪ bei der starken Gefahr einer (weiteren) Chronifizierung trotz leitliniengerechter ambulanter Therapie
▪ bei so schweren Krankheitsbildern, dass die ambulanten Therapiemöglichkeiten nicht ausreichen

- bei drohender krankheitsbedingter Isolation, Verwahrlosung und anderen schwerwiegenden psychosozialen Faktoren
- bei den Therapieerfolg hochgradig behindernden äußeren Lebensumständen (z. B. häusliche Gewalt oder Abstinenzsicherung bei schweren Suchterkrankungen und daraus resultierender erforderlicher Milieuänderung) oder
- bei Lebensumständen der Patient:in, die pathogenetisch für die Entwicklung und Aufrechterhaltung der Störung wesentlich sind
- wenn die Therapieziele im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans nur mit den Mitteln des Krankenhauses erreichbar sind.
- bei komorbiden Suchterkrankungen, wenn die Abstinenz ambulant nicht sichergestellt werden kann oder bei unklaren somatischen Komorbiditäten
- bei diagnostischem Klärungsbedarf insbesondere bei psychosomatischen und somatopsychischen Krankheitsbildern
- zum Aufbau einer adäquaten Therapiemotivation und zur Entwicklung eines psychosozialen Krankheitsverständnisses
- bei einer komorbiden somatischen Erkrankung

[1] Fehlen bei Vorliegen einer Notfallindikation sowohl Bereitschaft zur stationären Aufnahme als auch Absprachefähigkeit, kann bzw. muss eine stationäre Einweisung gegen den Willen der Patient:innen erfolgen

4.3.3.1.3 Spezifische Indikationskriterien für eine (teil-)stationäre Behandlung

Das zentrale Behandlungselement von Patient:innen mit SBPF ist Psychotherapie. Stationäre Psychotherapie ist effektiv, wie eine Meta-Analyse, die 154 Stichproben mit insgesamt über 28.000 Patient:innen berücksichtigt, schlussfolgert (Doering et al. 2023; Liebherz und Rabung 2013). Über verschiedene Ergebnismaße wie psychische und körperliche Symptomatik oder sozialkommunikative Aspekte sowie das Allgemeinbefinden hinweg wurde eine Prä-Post-Gesamteffektstärke (Hedges‘ g) von 0.71 als Veränderung zwischen stationärer Aufnahme und Entlassung ermittelt. Katamnestisch (im Durchschnitt nach 12 Monaten) war sogar eine leichte Steigerung der Behandlungseffekte zu beobachten (Prä-Katamnese-Effektstärke d = 0.80), so dass von mittel- bis langfristig stabilen Ergebnissen auszugehen ist. Die größten Effekte fanden sich für die psychische Symptombelastung und das Allgemeinbefinden, die geringsten für den sozialkommunikativen Bereich. Alle genannten Befunde waren dabei unabhängig von der psychotherapeutischen Grundorientierung und davon, ob diagnosen-übergreifend oder störungsspezifisch behandelt wurde. Hervorzuheben sind zudem meta-analytische Hinweise, dass gruppenpsychotherapeutische Ansätze innerhalb der stationären Psychotherapie den Behandlungserfolg erhöhen (Kösters et al. 2006). Dementsprechend kann man davon ausgehen, dass eine (teil-)stationäre Behandlung von Patient:innen mit SBPF die vorrangig auf Psychotherapie fokussiert, wirksam ist. Mögliche unerwünschte Wirkungen stationärer und teilstationärer Behandlungen werden im Absatz „4.3.3.1.5 Problematische Aspekte bei (teil-)stationären Behandlungen“ diskutiert.

Jenseits der allgemeinen und unspezifischen Feststellungen zur (teil-)stationären Psychotherapie lassen sich derzeit keine evidenzbasierten Statements oder Empfehlungen aus der Literatur für spezifische Indikationen einer (teil-)stationären Behandlung ableiten, die sich allein aus der heterogenen Kernsymptomatik einer SBPF ableiten ließen. Zu bedenken ist, dass das Konzept der SBPF möglicherweise in Zukunft hilfreich sein könnte, um gerade auch Populationen zu charakterisieren, welche durch das klassische medizinische Versorgungssystem nicht erreicht werden. Ansonsten verweisen wir hier – orientiert an den entsprechenden HiTOP-Spektren –

bei Vorliegen einer entsprechenden komorbiden Störung auf die Empfehlungen der bestehenden S3-Leitlinien zu funktionellen Körperbeschwerden (somatoformes Spektrum: S3-Leitlinie Funktionelle Körperbeschwerden) Borderline-Persönlichkeitsstörung (internalisierendes und externalisierendes Spektrum: S3-Leitlinie Borderline-Persönlichkeitsstörung) sowie Schizophrenien (Denkstörungen: S3-Leitlinie Schizophrenie) und psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen). Bei Patient:innen mit SBPF, die dem rein internalisierenden Spektrum zugeordnet werden können, sind keine spezifischen Indikationskriterien für eine (teil-)stationäre Behandlung zu formulieren, die über die allgemeinen Empfehlungen (siehe Abschnitt 4.3.3.1.2) hinausgehen.

11.2	Konsensbasierte Empfehlung	Neu
EK	Für die stationäre Aufnahme von Patient:innen mit SBPF und Erkrankungen aus dem somatoformen Spektrum, Mischbildern aus internalisierendem und externalisierendem Spektrum sowie dem Spektrum der Denkstörungen nach HiTOP sollten darüber hinaus grundsätzlich die gleichen Kriterien berücksichtigt werden wie in den entsprechenden Leitlinien beschrieben: ▪ Somatoformes Spektrum: S3-Leitlinie Funktionelle Körperbeschwerden, Version 2.0 vom 18.07.2018 [Empfehlung 21 (S. 182f)] ▪ Mischbilder aus internalisierendem und externalisierendem Spektrum: S3-Leitlinie Borderline-Persönlichkeitsstörung, Version 2.0 vom 14.11.2022 [Empfehlung 32.2, 32.3 & 33 (S. 82)] ▪ Denkstörungen: S3-Leitlinie Schizophrenie, Version 2.0 vom 15.03.2019 [Empfehlung 156 (S. 233); 157 (S. 234); 155 (S. 233); 152 (S. 230); 153 (S. 230); 150 (S. 227); 151 (S. 227)] sowie S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen, Version 2.0 vom 02.10.2018 [S. 365ff]	
	Konsensstärke: 87%	

4.3.3.1.4 (Teil-)Stationäre Rehabilitation

Eine medizinische Rehabilitation erfolgt nicht in erster Linie diagnoseorientiert (ICD), sondern orientiert sich an psychosozialen Aspekten und den Konsequenzen der Erkrankung (bio-psycho-soziales Modell, ICF). Somit ist das Ziel rehabilitativer Maßnahmen nicht die Besserung oder Heilung der Erkrankung, sondern die Verbesserung von Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, insbesondere in Familie, Arbeit und Beruf. Entsprechend besteht die Indikation für eine psychosomatische bzw. psychiatrische Rehabilitation dann, wenn die Teilhabe am sozialen und beruflichen Leben gefährdet oder beeinträchtigt ist und ein Verlust der selbstständigen Lebensführung droht.

Gemäß SGB IX ist eine Indikation für eine stationäre oder ganztägig ambulante Rehabilitationsbehandlung v. a. dann gegeben, wenn die Therapieziele in der Festigung von Behandlungserfolgen, der Behandlung von Krankheitsfolgen, der Verbesserung des Umgangs mit der (chronischen bzw. chronifizierten) Erkrankung oder der Verbesserung oder Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit bestehen. Die wichtigsten Voraussetzungen für die Bewilligung einer stationären bzw. ganztägig ambulanten Reha-Maßnahme sind der nachgewiesene Reha-Bedarf (er-

heblich gefährdete oder bereits geminderte Erwerbsfähigkeit), eine vorhandene Reha-Fähigkeit, erreicht durch eine adäquate Akutbehandlung (ambulant, tagesklinisch oder stationär), sowie eine positive Reha-Prognose. Insbesondere nach einer längeren Arbeitsunfähigkeit ist die Hürde für den Wiedereinstieg in den Beruf hoch, auch weil eine geordnete Tagesstruktur verloren gegangen ist. Zudem entwickeln viele Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen Symptome, die ihr selbstständiges Leben bedrohen. Eine medizinische Rehabilitation kann dazu beitragen, bei diesen Patient:innen die soziale Teilhabe zu verbessern. Andere Patient:innen lehnen infolge eines mangelnden Selbstschutzes oder einer pathologischen Leistungsmotivation eine Arbeitsunfähigkeit strikt ab. Hier besteht die Gefahr einer Dekompensation bis hin zu Suizidalität. Auch bei diesen Patient:innen kann eine medizinische Rehabilitation hilfreich sein.

11.3	Konsensbasierte Empfehlung	Neu
EK	Patient:innen mit SBPF sollte eine (teil-)stationäre Rehabilitation bei vorhandener Rehabilitationsfähigkeit (Motivation/Motivierbarkeit, Belastbarkeit) und positiver Rehabilitationsprognose empfohlen werden, wenn einzelne oder mehrere der folgenden Kriterien erfüllt sind: ▪ (drohende) erhebliche Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit ▪ (drohender) Verlust der Fähigkeit zur selbstbestimmten und selbstständigen Lebensführung, ▪ (drohende) Teilhabebeeinträchtigungen oder Erhöhung der Teilhabebeeinträchtigung Ausschlusskriterien sind: ▪ akute Selbst- oder Fremdgefährdung ▪ unzureichende Belastbarkeit für die Rehabilitationsbehandlung, z.B. wegen ausgeprägter Selbststeuerungsunfähigkeit ▪ primär substanzbezogener Abhängigkeitserkrankungen (ggf. mit Indikation für eine qualifizierte Entzugsbehandlung) ▪ ausgeprägter kognitiver Einschränkungen (z. B. Demenz) ▪ schwerer akuter somatischer Erkrankungen ausgeprägter Psychopathologie, z. B. wahnhafte Symptomatik	
	Vgl. Literatur: S3-Leitlinie Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression (Empfehlung 13-1, S.193)	
	Konsensstärke: 94.4%	

In stationären Einrichtungen der psychosomatischen oder psychiatrischen Rehabilitation erhalten die Patient:innen psychotherapeutische Angebote, psychosoziale Interventionen wie Ergotherapie oder Künstlerische Therapien sowie Sport- und Bewegungstherapien; hinzu kommen klinische Sozialarbeit und psychoedukative Maßnahmen.
Behandlungsziele und -aufträge einer Akut- und Rehabilitationsbehandlung unterscheiden sich grundsätzlich, wenngleich beide auf dem Ansatz einer multimodalen, multiprofessionellen partizipativ gestalteten Behandlung im interdisziplinären Team basieren und es auch inhaltlich Überschneidungen gibt:

Im Zentrum der Akutbehandlung (ambulant oder stationär) steht die kurativ ausgerichtete Therapie, d. h. sie ist auf Heilung und Linderung ausgerichtet und kausal – aus der Perspektive von Krankheitsursache (Ätiologie) und Krankheitsentstehung (Pathogenese) – orientiert.
Eine medizinische Rehabilitationsbehandlung beinhaltet hingegen Maßnahmen, deren Ziele in der Verhütung bzw. Verringerung, Besserung oder Vermeidung von Verschlimmerung von Beeinträchtigungen durch Funktionsstörungen liegen. Behandlungsziel der Rehabilitation ist der Rehabilitationserfolg im Sinne der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, insbesondere in Familie, Arbeit und Beruf, d. h. Funktionsstörungen zu vermindern, Beeinträchtigungen von Aktivitäten auszugleichen und die Leistungsfähigkeit in Beruf und Alltag wiederherzustellen. Weiterhin können auch berufliche Rehabilitationen in der Behandlung von Menschen mit SBPF eine wichtige Rolle spielen.
Zukünftig könnten auch ambulante und aufsuchende Rehabilitationsangebote eine gute Alternative darstellen, zu denen jedoch noch Forschungsbedarf besteht, dazu verweisen wir auch auf die Kapitel 4.3.1.1.3.2 und 4.2.7.

4.3.3.1.5 Problematische Aspekte bei (teil-)stationären Behandlungen

Teil- und vollstationäre Behandlungen stellen nur einen von vielen Bausteinen in der komplexen Versorgung von Patient:innen mit SBPF dar, an der viele Akteure unterschiedlicher Professionen im Gesundheitssystem beteiligt sein können. Dies ist einerseits die Voraussetzung dafür, dass den vielfältigen Versorgungsbedürfnissen entsprochen werden kann, bedingt jedoch andererseits die Herausforderung einer engen und effizienten Zusammenarbeit dieser Akteure über die Behandlungssettings und Versorgungssektoren hinweg. Eine gute Koordination ist sowohl auf der Ebene des (Gesundheits-)Systems wie auch auf der Ebene des Einzelfalls von großer Bedeutung. Auf der Einzelfallebene kann ein integrierter Behandlungsplan ebenso hilfreich sein wie strukturierte Versorgungsformen (z.B. Fallmanagement oder Collaborative Care-Modelle), die dabei helfen, dass die Versorgung von Patient:innen mit SBPF nicht unkoordiniert und fragmentiert erfolgt. Die Rolle und Bedeutung von (teil-)stationären Behandlungen sollte dabei nicht nur angemessen berücksichtigt, sondern idealiter mit den Betroffenen gemeinsam im Sinne einer partizipativen Entscheidungsfindung erarbeitet werden. Dies kann dabei helfen, die problematischen Schnittstellen der Aufnahme in und der Entlassung aus einer (teil-)stationären gut zu bewältigen, d.h. die Kontinuität einer adäquaten Versorgung nicht zu behindern.

11.4	Konsensbasierte Empfehlung	Neu
EK	Um eine kontinuierliche Versorgung der Patient:innen mit SBPF zu gewährleisten, sollten rechtzeitig vor der Entlassung aus der (teil-) stationären Behandlung im Rahmen des inter-professionellen Entlassmanagements die in Tabelle 14 aufgeführten Maßnahmen erwogen und ggf. eingeleitet werden. Alle an der Versorgung von Patient:innen mit SBPF beteiligten Akteure und Professionen sollten sich über die jeweiligen regionalen Versorgungsmöglichkeiten kundig machen.	
Leitlinienadaptation	Literatur: S3-Leitlinie Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression (Empfehlung 14-5, S.208; 14-1 S.201): *Um eine kontinuierliche Versorgung der Patient*innen mit depressiven Störungen zu gewährleisten, sollen nach akutstationärer Behandlung im Rahmen des inter-professionellen Entlassmanagements die in Tabelle 47 aufgeführten Maßnahmen rechtzeitig vor der Entlassung durchgeführt werden; Alle an der Versorgung von Patient*innen mit depressiven Störungen beteiligten Professionen sollen sich über die jeweilige regionale Versorgungslandschaft kundig machen.* Siehe auch S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen, S3-Leitlinie Borderline-Persönlichkeitsstörung	
	Konsensstärke: 100%	

Tabelle 14: Maßnahmen bei Entlassung von Patient:innen mit SBPF aus (teil-)stationärer Behandlung

Bei allen Patient:innen
▪ frühzeitiger Einbezug der Zugehörigen und ggf. weiterer Akteure, das Einverständnis der Patient:innen vorausgesetzt
▪ Aushändigung eines vollständigen Berichtes inkl. detailliertem Behandlungsvorschlags zur Dosierung (Auftitration, Ausschleichen) der ggf. verschriebenen Medikamente, möglichst per bundeseinheitlichem Medikationsplan
▪ Kommunikation mit weiterbehandelnden Hausärzt:innen und/oder Psychotherapeut:innen bzw. Psychiater:innen/Psychosomatiker:innen und Vereinbarung fester Termine innerhalb einer Woche zur weiteren ambulanten Behandlung.
▪ Vereinbarung und Aushändigung eines konkreten Aktions- und Notfallplans für die Patient:innen; Beratung bezüglich in der Region bestehender weiterer Behandlungs- und Versorgungsangebote
Unter Umständen
▪ Verordnung und/oder Mitgabe von Arzneimitteln für einen Übergangszeitraum
▪ Verordnung von Heilmitteln (z. B. Ergotherapie) oder Soziotherapie für einen Übergangszeitraum
▪ Verordnung von (psychiatrischer) häuslicher Krankenpflege für einen Übergangszeitraum
▪ Feststellung einer Arbeitsunfähigkeit für einen Übergangszeitraum

- Prüfung der Einbindung der Patient:innen in ein strukturiertes Programm oder in komplexe Versorgungsformen, ggf. Initiierung der Einschreibung
- Planung aufsuchender Versorgungsformen, wenn die Patient:innen nicht in der Lage sind, eine ambulante Behandlung wahrzunehmen
- Einleitung von Maßnahmen zur Rehabilitation und Teilhabe (z. B. Wiedereingliederungsmaßnahmen)
- Bahnung und ggf. Vermittlung in eine ambulante Psychotherapie oder psychiatrische oder psychosomatische Behandlung

Um die (teil-)stationäre Behandlung von Patient:innen mit SBPF bei den genannten allgemeinen und spezifischen Indikationen zum Nutzen der Patient:innen zu gestalten, ist eine angemessene Struktur- und Behandlungsqualität in der jeweiligen Institution eine zentrale Voraussetzung. Die Befunde von Studien zur Umsetzung einer leitliniengerechten stationären psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung von diversen Störungsbildern, darunter die Borderline-Persönlichkeitsstörung (Bohus et al. 2016), die Zwangsstörung (Klein et al. 2016), die Schizophrenie (Mehl et al. 2016) und die (chronische) Depression (Berger et al. 2015; Schnell et al. 2016; Wiegand et al. 2020), legen leider nahe, dass die erforderliche Strukturqualität (v.a. Personalausstattung und –ausbildung) aktuell nicht flächendeckend in der Routineversorgung gegeben ist. Insgesamt wird davon ausgegangen, dass eine bedeutende (personelle bzw. finanzielle) Unterdeckung für eine „State-of-the-art"-Behandlung gerade im (teil-)stationären Bereich besteht (Berger et al. 2015). Auch diese Umstände sind bei den Überlegungen zu (teil-)stationären Behandlungen von Patient:innen mit SBPF zwingend zu berücksichtigen, da durch nicht leitlinienkonforme Behandlungen die Gefahr von Zustandsverschlechterungen, Chronifizierungen und anderen Nebenwirkungen steigt.

Wenn eine (teil-)stationäre Behandlung nicht allein oder primär der Krisenintervention dient, sondern als kurative Maßnahme erwogen wird, sollte diese in Einrichtungen mit störungsspezifischen respektive –orientierten bzw. therapiezielorientierten Behandlungsprogrammen erfolgen. Zu deren Charakteristika zählen eine klare (zeitliche) Struktur, die Entwicklung eines Behandlungsfokus und einer Therapieplanung sowie eine Entlassungsorientierung; diese Aspekte wirken der Gefahr von Hospitalisierungen bzw. Tendenzen zur Verantwortungsabgabe und Regression entgegen.
Bzgl. stationärer und teilstationärer Behandlung von Menschen mit SBPF besteht ein großer **Forschungsbedarf**: Die Nebenwirkungen von stationären Behandlungen wie zum Beispiel die genannten Gefahren von Hospitalisierung bzw. Tendenzen zur Verantwortungsabgabe und Regression sind aktuell noch nicht ausreichend erforscht. Ebenso besteht Forschungsbedarf bezüglich der Langzeitwirkung und bzgl. Konzepten, durch welche Maßnahmen eine Wirkung am besten über die Dauer des Aufenthaltes hinaus erhalten werden kann. Ein drittes wichtiges Forschungsfeld sollten Konzepte zu Ersatz und Ambulantisierung stationärer und teilstationärer Behandlungen darstellen: Wie lassen sich die Vorteile von (teil-)stationären Behandlungsformen wie z.B. intensive, multimodale therapeutische Angebote und kontinuierliche Ansprechpartner:innen bei Krisen und herausfordernden therapeutischen Situationen (z.B. permanent ansprechbares Pflegepersonal, Dienstärzt:innen) realisieren und die Nachteile wie hohe Kosten für Räumlichkeiten, Verpflegung, Angebote ggf. weit entfernt vom Lebensumfeld, Abbruch der therapeutischen Beziehung mit Ende der (teil-)stationären Therapie etc. umgehen? Neue Konzepte der Regelversorgung wie die stationsäquivalente Behandlung sind nicht auf eine intensive psychotherapeutische Behandlung ausgerichtet, so dass es hier innovativer Konzepte in

der Versorgung von Menschen mit SBPF bedarf, welche die starren Sektorgrenzen (teil-)stationär/ambulant überwinden helfen und zugleich die knappen finanziellen Ressourcen besser als im bisherigen (teil-)stationären Angeboten für den Wirkfaktor Therapie statt Krankenhausversorgung einsetzen.

Wichtige Forschungsfragen in diesem Feld sind:
Welche spezifische Berechtigung haben (teil-)stationäre Angebote in der Versorgung und für welche Patient:innen mit SBPF sind welche längerfristig angelegten störungs-orientierten (teil-)stationäre Angebote indiziert?
Welche Nebenwirkungen von (teil-)stationären Behandlungen treten wie häufig in der Routineversorgung von Menschen mit SBPF auf?
Wie ist die Langzeitwirkung von (teil-)stationären Behandlungen bei Menschen mit SBPF und durch welche Maßnahmen lässt sie sich erhöhen?
Durch welche Konzepte ließen sich (teil-)stationäre Behandlungen ergänzen und ggf. ersetzen, um ambulant bisher nicht mögliche intensive multimodale Psychotherapiephasen mit kontinuierlichen Ansprechpartner:innen bei Krisen anzubieten und zugleich Ressourcen von den Fixkosten stationärer Institutionen hin zum Wirkfaktor Therapie bewegen zu können?
Welche spezifischen Behandlungseffekte haben die multimodalen Behandlungsansätze im (teil-)stationären Bereich und welche Wirkfaktoren lassen sich ermitteln?

4.3.4 Schlüsselfrage 10: Haben Patient:innen mit SBPF, die langfristige/kontinuierliche hausärztliche Versorgung erhalten, ein besseres Outcome als die, die keine Gespräche erhalten?

Für diese Schlüsselfrage ergaben sich:
2 konsensbasierte Empfehlungen

Die Mehrzahl der Menschen mit psychischen Störungen, auch solchen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, wird hausärztlich behandelt (Linden et al. 1996; Linden 2001; Wittchen 2000; Linden 2004; Linden et al. 2000; Wittchen und Jacobi 2001; Dittmann et al. 1997; Wittchen et al. 1999). Andersherum weist eine hohe Zahl der Patient:innen in hausärztlicher Behandlung psychische Störungen auf (Linden et al. 1996; Wittchen und Jacobi 2001; Jacobi et al. 2014). Eine nennenswerte Zahl schwer psychisch erkrankter Menschen wird – aus unterschiedlichen Gründen – für lange Zeit oder dauerhaft sogar überwiegend oder ausschließlich hausärztlich behandelt (Linden et al. 1996; Linden et al. 2016; Heuft et al. 2014; Herzog et al. 2012). Eine Besonderheit der hausärztlichen Versorgung ist die langfristige bzw. kontinuierliche Begleitung, die alle Aspekte von Gesundsein und Kranksein, inklusive der Lebens- und Krankheitsbewältigung, mit einbezieht. Insofern stellt sich die Frage des Stellenwertes dieser Versorgung für das Outcome der Patient:innen mit SBPF.
Die Bearbeitung dieser Fragestellung erfolgte auf Basis langjähriger klinischer Expertise sowie einer Literaturrecherche in der Datenbank PubMed, zu den Suchstichworten primary care, personality disorders, chronic illness/disorders.

12.1	Konsensbasierte Empfehlung	Neu
EK	Patient:innen mit SBPF soll eine kontinuierliche hausärztliche Langzeitbegleitung empfohlen werden. Die Behandlung von Patient:innen mit SBPF soll kooperativ unter Einbeziehung der hausärztlichen Langzeitbegleitung erfolgen. Die bewusste, verlässliche, aktive und strukturierende Gestaltung der Patient-Arzt-Beziehung und Patient-Behandlungsteam-Beziehung ist ein entscheidender Wirkfaktor in der Langzeitbegleitung von Patient:innen mit SBPF. Dies sollte in hausärztlicher Forschung, Fort- und Weiterbildung adressiert werden.	
	Konsensstärke: 100%	

Alle deutschen Versorgungsleitlinien, die sich mit der Versorgung schwerer psychischer Störungen befassen, die einhergehen mit SBPF, betonen den Stellenwert hausärztlicher Beteiligung an Früherkennung und Koordination und den Stellenwert der interdisziplinären und interprofessionellen sowie settingübergreifenden Kooperation und Abstimmung (siehe Tabelle 15; Linden et al. 2016; Muschalla und Linden 2019). Dies umso dringender, je schwerer die vorliegenden Störungen sind. Betrachtet man die Mortalität schwer psychisch erkrankter Menschen in Deutschland, so wird deren deutliche Lebenszeitverkürzung in Übereinstimmung mit internationalen Daten, vor allem durch ihre erhöhten somatischen Krankheits- und Mortalitätsrisiken bedingt, was den Stellenwert interdisziplinärer Kooperation unterstreicht (Schneider et al. 2019; Basu et al. 2019).
In diesem Zusammenhang ist kritisch zu bewerten, dass neu etablierte Versorgungsmodelle wie die ambulante Komplexversorgung gemäß KSVPsych-RL (G-BA 2021) Hausärzt:innen gar nicht mit einbeziehen.

Tabelle 15: Themenrelevante deutsche Leitlinien:

Leitlinien:
▪ S3-Leitlinie Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression
▪ S2k-Leitlinie Diagnostik und Behandlung des Depersonalisations-Derealisationserleben
▪ S3-Leitlinie Funktionelle Körperbeschwerden
▪ S3-Leitlinie Angststörungen
▪ S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen
▪ S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen
▪ S3-Leitlinie Schizophrenie
▪ S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen
▪ S3-Leitlinie Zwangsstörungen
▪ S3-Leitlinie Borderline-Persönlichkeitsstörung
▪ S3-Leitlinie Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen Kapitel "Insomnie bei Erwachsenen"
▪ S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörungen
▪ S3-Leitlinie Autismus-Spektrum-Störungen, Diagnostik
▪ S3-Leitlinie Autismus-Spektrum-Störungen, Therapie
▪ S3-Leitlinie Diagnostik und Behandlung der Essstörungen

- S3-Leitlinie Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
- S3-Leitlinie Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen

12.2	Konsensbasierte Empfehlung	Neu
EK	Die kontinuierliche Beobachtung der Patient:innen und deren Interaktion mit dem gesamten hausärztlichen Praxisteam stellt eine Grundlage für das Erkennen von SBPF dar. Im Gespräch können dann Beschwerden, Probleme, interpersonelle Konflikte sowie dysfunktionale Beziehungsgestaltung weiter exploriert und ggf. im Verlauf eine differentielle Diagnostik initiiert werden. Für ein gelingendes Management insbesondere akuter Krisen (suizidale Krisen, psychotische Krisen, Beziehungskrisen, Krisen im Rahmen akuter Traumatisierung u.a.) ist die Kenntnis der lokalen Unterstützungsangebote und eine aktive Vernetzung und (z.B. fallbezogener) Austausch lokaler und regionaler Leistungserbringender hilfreich und entlastend.	
	Konsensstärke: 100%	

Kennzeichen der hausärztlichen Versorgung sind ein niederschwelliger Zugang, eine große Diversität nahezu unbegrenzter und nicht selektierter Beratungsanlässe und idealerweise eine lange Kontinuität im Rahmen langjähriger Begleitung. Auch Diagnostik erstreckt sich als teils lange dauernder longitudinaler Prozess und ist geprägt durch eine Mischung aus strukturiert erhobener und erlebter Anamnese, die auch Settings wie Hausbesuche mit einbezieht. In der psychosomatischen Grundversorgung besteht die Möglichkeit, in regelmäßigeren, geplanten Kontakten von etwa 15 Minuten Dauer longitudinal und fokussiert zusammenzuarbeiten (Reddemann et al. 2022; Reddemann 2023).
Aufwändige strukturierte Interviews sind im hausärztlichen Versorgungssetting regelhaft nicht praktikabel umsetzbar. Zusätzlich ist die klinische Validität von im Forschungskontext wertvollen strukturierten Interviews nicht notwendigerweise gegeben (Linden und Muschalla 2012). Hinweisend auf das Vorliegen einer durch SBPF mitbedingte Beeinträchtigung werden also zunächst andere Kriterien sein, wie sie in Tabelle 16 zu finden sind.

Tabelle 16: mögliche Hinweise auf relevante Einschränkungen der Persönlichkeitsfunktionen im hausärztlichen Setting, die eine dezidiertere Abklärung in Betracht ziehen lassen:

- Zahl der Diagnosen? Auch bzgl. komorbiden somatischen Erkrankungen? Chronischer Schmerz?
- Häufige Besuche in der Hausarztpraxis? Ständige Lifetime-Ereignisse?
- Anamnestisch viele „kritische Lebensereignisse“?
- Wiederholte Beziehungsprobleme und -abbrüche, auch bei Ärzten? Z.B. Anzahl bisheriger Behandler und abgebrochener Behandlungen? Zu welchen Behandlern kehren Patient:innen dann doch wieder zurück?
- Wiederholte Probleme mit dem Einhalten von Terminen, dem Befolgen von medizinischen Empfehlungen, verbunden mit ärgerlichen oder rückzügigen Interaktionen mit dem Praxisteam?
- Beobachtung starker eigener emotionaler Reaktionen auf das Interaktionsverhalten von Patient:innen ?

Für die weitere diagnostische Einordnung in der Hausarztpraxis können auch die in der gekürzten Form der „Level of Personality Functioning Scale“ (Hummelen et al. 2021) gelisteten Kriterien hilfreich sein. Die genauere Einordnung wird dann im Regelfall in Zusammenarbeit mit Spezialist:innen erfolgen. Für die hausärztliche Begleitung ist der frühe Hinweis auf das Vorliegen einer Einschränkung der Persönlichkeitsfunktionen aber für die prognostische Einschätzung und die langfristige Behandlungs- und Begleitungsplanung von großer Bedeutung.
Zur Bedeutung der langfristigen therapeutischen Beziehung und entsprechender Evidenz aus dem Kontext insbesondere psychotherapeutischer Versorgung verweisen wir auf Kapitel 4.2.8.1. Für das hausärztliche Setting ist es wahrscheinlich, dass viele der Befunde und daraus abgeleiteten Vorgehensweisen grundsätzlich übertragbar sind. Es herrscht diesbezüglich aber eindeutig großer Forschungsbedarf, insbesondere, da settingbedingt (siehe oben) die konkrete interventionelle Umsetzung und Ausgestaltung der Wirkfaktoren guter therapeutischer Beziehung möglicherweise in einer Hausarztpraxis anders aussehen wird als in einer psychotherapeutischen Praxis (Reddemann et al. 2022). Unter „strukturierend“ versteht die Autorengruppe, dass sich die ärztlichen und anderen Mitglieder des versorgenden Teams einer Praxis der Strukturdefizite der Patient:innen mit SBPF bewusst sind und (nachbeelternd) einerseits wo erforderlich Verantwortung für den zeitlichen und sonstigen Rahmen, die Steuerung von Gesprächsverlauf und Gesprächsende, aber auch den Umgang mit Konflikten übernehmen, um im Verlauf bewusst die Entwicklungsherausforderungen zu thematisieren durch Techniken wie Spiegeln, Einordnen, Mentalisieren, vorsichtiges Konfrontieren und gemeinsames Reflektieren in der wachsenden sicheren Beziehung, um so bewusst auch im zeitlich begrenzten Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung heilsame neue Beziehungserfahrungen zu ermöglichen. Die erfahrungsgemäß oft langsamen Entwicklungen in der Beziehung werden gemeinsam reflektiert und der entsprechende Kompetenzzuwachs der Patient:innen explizit wertgeschätzt. Dies ist grundsätzlich bereits Gegenstand der Weiterbildung in der psychosomatischen Grundversorgung, verdient aber sicher – gerade mit Blick auf die beträchtliche Zahl komplex multikomorbider Patient:innen – eine regelmäßige Auffrischung und Mitberücksichtigung auch in vordergründig somatisch ausgerichteten Fortbildungskontentexten.
Die Kenntnisse der lokalen und regionalen Versorgungssituation kann nur vor Ort aktiv erlangt und die Vernetzung nur durch persönliches Engagement vorangetrieben werden. Orientierung können teilweise Dachorganisationen oder bundesweit agierende Akteure bieten (siehe Tabelle 17). Wichtig in diesem Zusammenhang ist die Möglichkeit auch für Hausärzt:innen, in akuten Krisen für einen begrenzten Zeitraum von immerhin 6 Wochen ambulante psychiatrische Krankenpflege verordnen zu dürfen (siehe Kapitel 4.3.1.1.2). Soziotherapie kann nur von Hausärzt:innen mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie verordnet werden.

Tabelle 17: Dachorganisationen und bundesweit operierende Hilfsdienste für Hilfe in akuten Krisen

Unterstützende Institutionen	Link, Adresse
Beratung in Krisensituationen, bei Suizidalität, Krisendienste	www.suizidprophylaxe.de www.telefonseelsorge.de www.nummergegenkummer.de www.mano-beratung.de www.u25-deutschland.de
Beratung für Opfer von Straftaten	www.odabs.org www.opferhilfen.de

	www.weisser-ring.de www.verband-brg.de (Opfer rassistisch motivierter Gewalt)
Beratung nach Trauerfällen, Trauerbegleitung	(regional abhängig)
Beratung für traumatisierte Geflüchtete, bzw. Opfer von Folter	www.baff-zentren.org
Beratungsstellen gegen häusliche und sexuelle Gewalt	*Zielgruppe Kinder und Jugendliche:* www.kinderschutz-zentren.org www.nummergegenkummer.de *Zielgruppe Frauen und Mädchen:* www.hilfetelefon.de www.frauenhaus-koordinierung.de www.frauen-gegen-gewalt.de www.hilfeportal-missbrauch.de *Zielgruppe Männer:* www.maennerberatung.de www.maennerberatungsnetz.de
Spezielle Opferthemen	www.divo.de (Zielgruppe Verkehrsopfer) www.angriff-auf-die-seele.de (Zielgruppe Angehörige der Bundeswehr)
Sozialpsychiatrischer Dienst	www.sozialpsychiatrische-dienste.de
Sucht- und Drogenberatungsstellen	www.dhs.de
Täterberatung	www.taeterarbeit.de www.kein-taeter-werden.de

4.3.5 Schlüsselfrage 12: Bestehen bei SBPF Indikationen für eine psychopharmakologische Therapie und wenn ja welche?

Für diese Schlüsselfrage ergaben sich keine Empfehlungen oder Statements.

Für diese Fragestellung wurde keine Literaturrecherche durchgeführt, sondern Bezug zu angrenzenden nationalen und internationalen Leitlinien genommen. Die folgenden Statements und Empfehlungen basieren auf einer gründlichen Durchsicht, ob aus den Literaturrecherchen und den Empfehlungen dieser Leitlinien Schlüsse zur medikamentösen Behandlung von Menschen mit SBPF abgeleitet werden können. Weiterhin wurde diskutiert, ob die Empfehlungen in ein dimensionales Modell, basierend auf den 2 Achsen SBPF und HiTOP, überführt werden könnten.

Es wurden folgende Leitlinien untersucht:

- S3-Leitlinie Borderline-Persönlichkeitsstörung
- S3-Leitlinie Schizophrenie
- S3-Leitlinie Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression
- S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen
- S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörungen
- S3-Leitlinie Funktionelle Körperbeschwerden
- S3-Leitlinie Diagnostik und Behandlung der Essstörungen

- S3-Leitlinie Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung

Aus diesen Leitlinien lassen sich grundsätzlich keine Medikationsempfehlungen in Abhängigkeit von einer möglicherweise (und ggf. zusätzlich zur primären Störung nach ICD-10, auf welche sich die Quell-Leitlinie bezieht) vorliegenden Störung der Persönlichkeitsfunktionen ableiten.
Versuche einer Translation der an kategorialen Diagnosekonzepten orientierten Leitlinien-Empfehlungen in ein dimensionales Modell basierend auf den zwei Achsen SBPF und HiTOP bergen zum aktuellen Zeitpunkt die Gefahr nicht durch Evidenz gedeckter Indikationsausweitungen.

Bereiche von besonderem Forschungs-Interesse bzgl. SBPF und Medikation bestehen da, wo aufgrund der klinischen Symptomatik eine Wirksamkeit von Psychopharmaka vermutet werden könnte, jedoch aufgrund der aktuellen Evidenzlage kein Statement möglich ist:

- Psychosenahes/paranoides Erleben bei schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen beziehungsweise bei Vorliegen eines Borderline-Musters. Hierzu wurde in der S3-Leitlinie Borderline-Persönlichkeitsstörung keine Evidenz gefunden.
- Psychosenahes/paranoides Erleben bei schwerer Posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS). Hierzu wurde in der S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörungen keine Evidenz gefunden.
- Konzeptuell und Differentialdiagnostisch ist die Abgrenzung zwischen schwerer Impulsivität bei SBPF (wo es nach aktuellem Stand keine Indikation für eine Medikation gibt) versus Impulsivität bei ADHS (wo entsprechend der aktuellen S3-Leitlinie Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes-, Jugend und Erwachsenenalter eine Indikation zu einer medikamentösen Therapie besteht) im klinischen Alltag herausfordernd und es besteht weiterer Forschungsbedarf.

5 Offene Forschungsfragen

In der LL-SBPF sind zahlreiche Forschungsfragen aufgeworfen worden, die die einzelnen Schlüsselfragen direkt betreffen. An dieser Stelle wird auf den zugrunde liegenden Mangel an Studien zu PF eingegangen.

Wie im Kapitel 4.2.2 zur dimensionalen Diagnostik ausgeführt, gelten die Erhebungsinstrumente für PF als gut validiert. Jedoch wurden diese bisher in nicht ausreichendem Maße in RCTs eingesetzt. Mit Umsetzung des ICD-11 werden PF für die Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen zwangsläufig erfasst werden. Beeinträchtigungen in PF können jedoch über Persönlichkeitsstörungen hinaus eine interne Ursache für psychische Erkrankungen (im Sinne einer Vulnerabilität) darstellen (vgl. Kapitel 2.3.1). Somit bieten PF einen Behandlungsansatz für Patient:innen mit komplexem Behandlungsbedarf. Daher sollten in künftigen Wirksamkeitsstudien, nicht nur bei Persönlichkeitsstörungen, PF mittels der beschriebenen Diagnostikinstrumente erfasst werden. Dies könnte künftig Indikationsstellungen von Ausmaß der Persönlichkeitsfunktionsbeeinträchtigungen abhängig machen. So ist vorstellbar, dass Patient:innen mit extremer Beeinträchtigung der PF von anderen Interventionen profitieren als Patient:innen mit mittelgradiger Beeinträchtigung der PF. Mithilfe von Wirksamkeitsstudien ließen sich die meisten aufgeworfenen Fragestellungen der LL-SBPF beantworten. Verknüpft werden sollten diese Wirksamkeitsstudien mit qualitativen Untersuchungen, die Präferenzen von Patient:innen mit SBPF erfassen, sowie deren Erleben von Interventionen, die auf PF abzielen.

Neben Wirksamkeitsstudien sollten auch die PF selbst weiter untersucht werden. So ist offen, ob PF eine kausale Bedeutung für die Entstehung psychischer Störungen zukommt; hierzu sind längsschnittliche Untersuchungen hilfreich. Weiterhin sind epidemiologische Fragestellungen offen. Beispielsweise ist noch wenig erforscht, wie sich PF über die Lebensspanne entwickeln und inwiefern Früherkennungen von SBPF möglich sind.

6 Evidenztabellen

6.1 Evidenztabellen Schlüsselfrage 1

Schlüsselfrage 1: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die **ambulante Psychotherapie** erhalten, ein besseres „Outcome“ als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?						
Psychosoziale Funktionsfähigkeit						
Vergleich mit Treatment as usual						
Outcome	**Risiko Kontroll-gruppe**	**Risiko Interventi-onsgruppe**	**Relativer Effekt**	**Studieninforma-tion**	**Studienbasis**	**Qualität pro Outcome**
Psychosoziale Funktionsfähigkeit nach Intervention[1]	nicht einzeln angegeben	nicht einzeln angegeben	**Hedge`s *g* 0.26 (95% Konfidenzintervall 0.08 – 0.43)** Unmittelbar nach der Intervention zeigte sich ein geringer[2] Effekt von Psychotherapie (Kognitive Verhaltenstherapie) im Vergleich mit Treatment as usual auf die psychosoziale Funktionsfähigkeit.	Laws et al. (2018)	• *n* = 1155 • Meta-Analyse aus *k* = 19 Randomisierten kontrollierten Studien • (frühe) Psychose (4 Studien), Schizophrenie (15 Studien) • HiTOP-Spektrum der Denkstörungen • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 91% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.[3,4]	⊕⊕⊖⊖ [5,6]

[1]Messung anhand verschiedener Erhebungsinstrumente .
[2]Cohen (2013). Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.). Formulierung in laienverständlicher Sprache basierend auf: https://rpsychologist.com/cohend/
[3]Basierend auf Ergebnis der Expertenumfrage zur Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen bei verschiedenen F-Diagnosen (Wendt et al. (2024b): Clinical Utility of the Level of Personality Functioning Scale: A Survey with German Mental Health Professionals.).
[4]Einschätzung der Persönlichkeitsfunktionen basierend auf der Annahme, dass bei allen Patient:innen eine entsprechende Diagnose vorliegt. Einschlusskriterium der Meta-Analyse war jedoch lediglich, dass in den jeweiligen Einzelstudien bei der Mehrheit der Patient:innen eine entsprechende Diagnose vorlag.
[5]Hohe Qualitätsstufe, da es sich um eine Meta-Analyse aus Randomisierten Kontrollierten Studien handelt. Herabstufung wegen Biasrisiko (6 von 11 AMSTAR Kriterien vollständig erfüllt, z. B. keine Bewertung der eingeschlossenen Studien).
[6]Herabstufung wegen Fehlender Präzision des 95% Konfidenzintervalls.

Schlüsselfrage 1: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die **ambulante Psychotherapie** erhalten, ein besseres „Outcome“ als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?						
Psychosoziale Funktionsfähigkeit						
Vergleich mit aktiver Kontrollgruppe						
Outcome	**Risiko Kontroll-gruppe**	**Risiko Interventi-onsgruppe**	**Relativer Effekt**	**Studieninforma-tion**	**Studienbasis**	**Qualität pro Outcome**
Psychosoziale Funktionsfähigkeit nach Intervention[1]	nicht einzeln angegeben	nicht einzeln angegeben	**Hedge`s *g* 0.22 (95% Konfidenzintervall -0.07 – 0.52)** Unmittelbar nach der Intervention zeigte sich die Tendenz zu einem geringen[2] Effekt von Psychotherapie (Kognitive Verhaltenstherapie) im Vergleich mit einer aktiver Kontrollgruppe (Befriending, soziale Aktivitätstherapie, Kognitive Remediation) auf die psychosoziale Funktionsfähigkeit.	Laws et al. (2018)	• *n* = 549 • Meta-Analyse aus *k* = 7 Randomisierten kontrollierten Studien • frühe Psychose (1 Studie), Schizophrenie (6 Studien) • HiTOP-Spektrum der Denkstörungen • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 91% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.[3,4]	⊕⊖⊖⊖[5,6,7]

[1]Messung anhand verschiedener Erhebungsinstrumente.
[2]Cohen (2013). Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.). Formulierung in laienverständlicher Sprache basierend auf: https://rpsychologist.com/cohend/
[3]Basierend auf Ergebnis der Expertenumfrage zur Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen bei verschiedenen F-Diagnosen (Wendt et al. (2024b): Clinical Utility of the Level of Personality Functioning Scale: A Survey with German Mental Health Professionals.).
[4]Einschätzung der Persönlichkeitsfunktionen basierend auf der Annahme, dass bei allen Patient:innen eine entsprechende Diagnose vorliegt. Einschlusskriterium der Meta-Analyse war jedoch lediglich, dass in den jeweiligen Einzelstudien bei der Mehrheit der Patient:innen eine entsprechende Diagnose vorlag.
[5]Hohe Qualitätsstufe, da es sich um eine Meta-Analyse aus Randomisierten Kontrollierten Studien handelt. Herabstufung wegen Biasrisiko (6 von 11 AMSTAR Kriterien vollständig erfüllt, z. B. keine Bewertung der eingeschlossenen Studien).
[6]Herabstufung, da ein hoher mit Studiendifferenzen zu erklärender Anteil an Varianz zwischen den Punktschätzern der Einzelstudien (I^2 >50%) vorlag.
[7]Herabstufung wegen Fehlender Präzision des 95% Konfidenzintervalls.

Schlüsselfrage 1: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die **ambulante Psychotherapie** erhalten, ein besseres „Outcome“ als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?						
Störungsspezifische Symptome						
Vergleich mit Treatment as usual						
Outcome	**Risiko Kontrollgruppe**	**Risiko Interventionsgruppe**	**Relativer Effekt**	**Studieninformation**	**Studienbasis**	**Qualität pro Outcome**
Erkrankungen aus dem Schizophreniespektrum						
Auditive Halluzinationen nach Intervention[1]	nicht einzeln angegeben	nicht einzeln angegeben	**Hedge`s *g* 0.35 (95% Konfidenzintervall 0.18 – 0.52)** Unmittelbar nach der Intervention zeigte sich ein geringer[2] Effekt von Psychotherapie für Psychose (Kognitive Verhaltenstherapie) im Vergleich mit Treatment as usual auf auditive Halluzinationen. *Wurden nur die 14 Studien mit geringem Biasrisiko einbezogen, ergab sich keine wesentliche Änderung des Effektschätzers (Hedge`s g 0.41, 95% Konfidenzintervall 0.19 – 0.63).*	Turner et al. (2020)	• *n* = 1833 • Meta-Analyse aus *k* = 22 Randomisierten kontrollierten Studien • Psychose/Psychotische Symptome/Psychotisches Spektrum nicht näher bezeichnet (13 Studien), Schizophrenie/-spektrum nicht näher bezeichnet (7 Studien), Halluzinationen (1 Studie), Wahnvorstellungen (1 Studie) • HiTOP-Spektrum der Denkstörungen • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 88% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.[3]	⊕⊕⊖⊖ [6,7]
Wahnvorstellungen nach Intervention[1]	nicht einzeln angegeben	nicht einzeln angegeben	**Hedge`s *g* 0.36 (95% Konfidenzintervall 0.20 – 0.52)** Unmittelbar nach der Intervention zeigte sich ein geringer[2] Effekt von Psychotherapie für Psychose (Kognitive Verhaltenstherapie) im Vergleich mit Treatment as usual auf Wahnvorstellungen.	Turner et al. (2020)	• Meta-Analyse aus *k* = 22 Randomisierten kontrollierten Studien, keine Informationen zur Gesamtfallzahl vorliegend • Psychotische Erkrankung • HiTOP-Spektrum der Denkstörungen	⊕⊖⊖⊖ [6,7,9]

			Wurden nur die 16 Studien mit geringem Biasrisiko einbezogen, ergab sich keine wesentliche Änderung des Effektschätzers (Hedge`s g .,32, 95% Konfidenzintervall 0.15 – 0.49).		• Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 85% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.[3]	
Wahnvorstellungen nach Intervention[1]	nicht einzeln angegeben	nicht einzeln angegeben	**Mean population effect size 0.27 (95% Konfidenzintervall 0.08 – 0.47)** Unmittelbar nach der Intervention zeigte sich ein geringer[2] Effekt von Psychotherapie (Kognitive Verhaltenstherapie) im Vergleich mit Treatment as usual auf Wahnvorstellungen. *Eine Trimm-and-Fill-Analyse zur Berücksichtigung von Publikationsbias ergab eine Reduktion des Effektschätzers auf Mean Population Effect Size 0.14.*	Mehl et al. (2015) bzw. Mehl et al. (2019) (Corrigendum)	• *n* = 1227 • Meta-Analyse aus *k* = 13 Randomisierten kontrollierten Studien • Schizophrenie (13 Studien), Schizoaffektive Störung (13 Studien), wahnhafte Störung (12 Studien), Psychose/psychotische Störung (5 Studien), schizophrenieforme Störung (1 Studie) • HiTOP-Spektrum der Denkstörungen • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 89% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.[3,4]	⊕⊖⊖⊖[5,8,9]
Wahnvorstellungen nach 47 Wochen[1]	nicht einzeln angegeben	nicht einzeln angegeben	**Mean population effect size 0.16 (95% Konfidenzintervall -0.03 – 0.35)** Nach 47 Wochen zeigte sich die Tendenz zu einem geringen[2] Effekt von Psychotherapie (Kognitive Verhaltenstherapie) im Vergleich mit Treatment as usual auf Wahnvorstellungen.	Mehl et al. (2015) bzw. Mehl et al. (2019) (Corrigendum)	• *n* = 1524 • Meta-Analyse aus *k* = 12 Randomisierten kontrollierten Studien • Schizophrenie (12 Studien), Schizoaffektive Störung (11 Studien), Wahnhafte Störung (10 Studien), Psychose (4 Studien), Schizophrenieforme Störung (1 Studie)	⊕⊕⊖⊖[5,8]

					• HiTOP-Spektrum der Denkstörungen • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 94% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.[3,4]	
Borderline-Persönlichkeitsstörung						
Borderline-Persönlichkeitsstörungssymptome nach Intervention[1]	nicht einzeln angegeben	nicht einzeln angegeben	**Hedge`s *g* 0.72 (95% Konfidenzintervall 0.41 – 1.04)** Unmittelbar nach der Intervention zeigte sich ein moderater[2] Effekt von Gruppentherapie im Vergleich mit Treatment as usual auf die Borderline-Symptomatik. *Eine Trimm-and-Fill-Analyse zur Berücksichtigung von Publikationsbias ergab eine Reduktion des Effektschätzers auf Hedge`s g 0.44 und somit einem geringen[2] Effekt.*	McLaughlin et al. (2019)	• *n* = 962 • Meta-Analyse aus *k* = 13 Randomisierten kontrollierten Studien • Borderline-Persönlichkeitsstörung • Antagonistisch externalisierendes HiTOP-Spektrum • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 90% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.[3,4]	⊕⊖⊖⊖[6,7,9]
Para-/Suizidalität nach Intervention[1]	nicht einzeln angegeben	nicht einzeln angegeben	**Hedge`s *g* 0.46 (95% Konfidenzintervall 0.22 – 0.71)** Unmittelbar nach der Intervention zeigte sich ein moderater[2] Effekt von Gruppentherapie im Vergleich mit Treatment as usual auf Para-/Suizidalität. Zudem wurde 6 Monate nach Behandlungsende ein moderater[2] Effekt von Gruppentherapie im Vergleich mit Treatment as usal ange-	McLaughlin et al. (2019)	• *n* = 1258 • Meta-Analyse aus *k* = 19 Randomisierten kontrollierten Studien • Borderline-Persönlichkeitsstörung • Antagonistisch externalisierendes HiTOP-Spektrum • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 90% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.[3,4]	⊕⊖⊖⊖[6,7,9]

			geben (Hedge`s *g* 0.52, 95% Konfidenzintervall 0.01 – 1.02, basierend auf 6 Randomisierten kontrollierten Studien angegeben, ohne Angaben zur Anzahl der Studienteilnehmer:innen).			
Behandlungsresistente Depression						
Änderung Symptomschwere nach Intervention[1]	nicht einzeln angegeben	nicht einzeln angegeben	**Hedge`s *g* -0.13 (95% Konfidenzintervall -0.30 – 0.05)** Unmittelbar nach der Intervention zeigte sich ein trivialer, nicht statistisch signifikanter Effekt von Psychotherapie (Kognitive Verhaltenstherapie bzw. Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy) im Vergleich mit Treatment as usual (hier: Medikation) auf die Änderung der Symptomschwere der Depression. *Eine Sensitivitätsanalyse, bei der nur Studien mit geringem Biasrisiko eingingen, zeigte keine Änderung des Effektschätzers.*	van Bronswijk et al. (2019)	• *n* = 636 • Meta-Analyse aus *k* = 3 Randomisierten kontrollierten Studien • Behandlungsresistente Depression • Internalisierendes HiTOP-Spektrum • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 51% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.[3,4]	⊕⊕⊕⊖[8]
Änderung Symptomschwere nach Intervention[1]	nicht einzeln angegeben	nicht einzeln angegeben	**Hedge`s *g* 0.42 (95% Konfidenzintervall 0.29 – 0.54)** Unmittelbar nach der Intervention zeigte sich ein geringer[2] Effekt von Psychotherapie (Kognitiver Verhaltenstherapie, Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy, Interpersonelle Psychotherapie, Psychodynamische Psychotherapie, körperorientierte Psychotherapie, Dialektische Verhaltenstherapie,	van Bronswijk et al. (2019)	• *n* = 2883 • Meta-Analyse aus *k* = 20 Randomisierten kontrollierten Studien • Behandlungsresistente Depression • Internalisierendes HiTOP-Spektrum • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 51%	⊕⊕⊕⊖[7]

			kurze Supportive Psychotherapie) zusätzlich zu Treatment as usual im Vergleich mit Treatment as usual (hier: Medikation) allein auf die Symptomschwere der Depression. Dies bedeutet, dass es bei Personen, die Treatment as usual und zusätzlich Psychotherapie erhielten, eine mittelgradig größere Veränderung des Scores für Depressionsschwere im Vergleich zwischen vor und nach der Intervention gab als bei Personen ohne zusätzliche Psychotherapie. *Eine Sensitivitätsanalyse, bei der nur Studien mit geringem Biasrisiko eingingen, zeigte keine Änderung des Effektschätzers.*		der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.[3,4]	
Symptomschwere nach 12 Monaten[1]	nicht einzeln angegeben	nicht einzeln angegeben	**Standardised Mean Difference -0.29 (95% Konfidenzintervall -0.43 – -0.16)** Nach 12 Monaten zeigte sich ein geringer[2] Effekt von Psychotherapie (Kognitive Verhaltenstherapie) im Vergleich mit Treatment as usual auf die Symptomschwere der Depression.	Li et al. (2018)	• *n* = 863 • Meta-Analyse aus *k* = 2 Randomisierten kontrollierten Studien • Behandlungsresistente Depression • Internalisierendes HiTOP-Spektrum • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 51% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.[3]	⊕⊕⊕⊖[6]

Depressive Symptome short term Messung nach weniger als 6 Monaten	nicht einzeln angegeben	nicht einzeln angegeben	**Mean Difference -4.07 (95% Konfidenzintervall -7.07 – -1.07)** Nach bis zu 6 Monaten hatten Personen, die zusätzlich zu usual care Psychotherapie (Kognitive Verhaltenstherapie, Dialektische Verhaltenstherapie, Interpersonelle Psychotherapie) erhielten, einen durchschnittlich um 4 Punkte reduzierten Score im Beck Depression Inventory[10] im Vergleich mit Personen, die nur usual care erhielten. *Eine Sensitivitätsanalyse, bei der nur Studien mit geringem Biasrisiko eingingen, zeigte keine Änderung des Effektschätzers (Mean Difference -4.66, 95% Konfidenzintervall -7.94 – -1.37).*	Ijaz et al. (2018)	• *n* = 575 • Meta-Analyse aus *k* = 5 Randomisierten kontrollierten Studien • Behandlungsresistente Depression • Internalisierendes HiTOP-Spektrum • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 51% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.[3]	⊕⊕⊖⊖[6,8]
Depressive Symptome short term Messung nach weniger als 6 Monaten	nicht einzeln angegeben	nicht einzeln angegeben	**Mean Difference -4.66 (95% Konfidenzintervall -8.72 – -0.59)** Nach bis zu 6 Monaten hatten Personen, die zusätzlich zu usual care Psychotherapie (Kognitive Verhaltenstherapie, intensive Kurzzeit dynamische Psychotherapie) erhielten, einen durchschnittlich um 5 Punkte reduzierten Score im Patient Health Questionnaire 9[11] im Vergleich mit Personen, die nur usual care erhielten.	Ijaz et al. (2018)	• *n* = 482 • Meta-Analyse aus *k* = 2 Randomisierten kontrollierten Studien • Behandlungsresistente Depression • Internalisierendes HiTOP-Spektrum • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 51% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.[3]	⊕⊖⊖⊖[6,7,8]

Depressive Symptome short term[1] Messung nach weniger als 6 Monaten	nicht einzeln angegeben	nicht einzeln angegeben	**Standardised Mean Difference -0.4 (95% Konfidenzintervall -0.65 – -0.14)** Nach bis zu 6 Monaten zeigte sich ein geringer[2] Effekt von Psychotherapie (Kognitive Verhaltenstherapie, Dialektische Verhaltenstherapie, Interpersonelle Psychotherapie, intensive Kurzzeit dynamische Psychotherapie) zusätzlich zu usual care im Vergleich mit usual care allein auf depressive Symptome.	Ijaz et al. (2018)	• n = 635 • Meta-Analyse aus *k* = 6 Randomisierten kontrollierten Studien • Behandlungsresistente Depression • Internalisierendes HiTOP-Spektrum • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 51% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.[3]	⊕⊕⊖⊖[6,8]
Depressive Symptome short term Messung nach weniger als 6 Monaten	nicht einzeln angegeben	nicht einzeln angegeben	**Mean Difference -3.28 (95% Konfidenzintervall -5.71 – -0.85)** Nach bis zu 6 Monaten hatten Personen, die zusätzlich zu usual care Psychotherapie (Kognitive Verhaltenstherapie, intensive Kurzzeit dynamische Psychotherapie, Dialektische Verhaltenstherapie, interpersonelle Psychotherapie) erhielten, einen durchschnittlich um 3 Punkte reduzierten Score im Hamilton Depression Rating Scale[12] im Vergleich mit Personen, die nur usual care erhielten.	Ijaz et al. (2018)	• *n* = 193 • Meta-Analyse aus *k* = 4 Randomisierten kontrollierten Studien • Behandlungsresistente Depression • Internalisierendes HiTOP-Spektrum • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 51% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.[3]	⊕⊕⊕⊖[6]
Depressive Symptome medium term Messung nach 7-12 Monaten	nicht einzeln angegeben	nicht einzeln angegeben	**Mean Difference -3.40 (95% Konfidenzintervall -7.21 – 0.4)** Nach 7-12 Monaten hatten Personen, die zusätzlich zu usual care Psychotherapie (Kognitive Verhaltenstherapie) erhielten, einen durchschnittlich um 3 Punkte reduzierten	Ijaz et al. (2018)	• *n* = 475 • Meta-Analyse aus *k* = 2 Randomisierten kontrollierten Studien • Behandlungsresistente Depression • Internalisierendes HiTOP-Spektrum	⊕⊕⊖⊖[6,8]

			Score im Beck Depression Inventory[10] im Vergleich mit Personen, die nur usual care erhielten.		• Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 51% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.[3]	

[1]Messung anhand verschiedener Erhebungsinstrumente.
[2]Cohen (2013). Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.). Formulierung in laienverständlicher Sprache basierend auf: https://rpsychologist.com/cohend/
[3]Basierend auf Ergebnis der Expertenumfrage zur Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen bei verschiedenen F-Diagnosen (Wendt et al. (2024b): Clinical Utility of the Level of Personality Functioning Scale: A Survey with German Mental Health Professionals.).
[4]Einschätzung der Persönlichkeitsfunktionen basierend auf der Annahme, dass bei allen Patient:innen eine entsprechende Diagnose vorliegt. Einschlusskriterium der Meta-Analyse war jedoch lediglich, dass in den jeweiligen Einzelstudien bei der Mehrheit der Patient:innen eine entsprechende Diagnose vorlag.
[5]Hohe Qualitätsstufe, da es sich um eine Meta-Analyse aus Randomisierten Kontrollierten Studien handelt. Herabstufung wegen Biasrisiko (7 oder weniger von 11 AMSTAR Kriterien vollständig erfüllt).
[6]Hohe Qualitätsstufe, da es sich um eine Meta-Analyse aus Randomisierten Kontrollierten Studien handelt. Herabstufung wegen Biasrisiko (mindestens eine Randomisierte Kontrollierte Studie der Meta-Analyse zu diesem Outcome wurde mit dem Cochrane Risk of Bias Tool (The Cochrane Collaboration 2011) als „hohes Biasrisiko“ bewertet).
[7]Herabstufung, da ein hoher mit Studiendifferenzen zu erklärender Anteil an Varianz zwischen den Punktschätzern der Einzelstudien (I^2 >50%) vorlag.
[8]Herabstufung wegen Fehlender Präzision des 95% Konfidenzintervalls.
[9]Herabstufung, da mit Publikationsbias zu rechnen ist.
[10]Beck et al. (1961): An inventory for measuring depression. Archives of General Psychiatry 1961;4:561-71, Beck et al. (1996): Beck Depression Inventory - second edition: manual. San Antonio: The Psychological Corporation, 1996.
[11]Kroenke und Spitzer (2002): The PHQ-9: A new depression diagnostic and severity measure Psychiatric Annals, 32 (2002), pp. 509-521.
[12]Hamilton (1960): A rating scale for depression. Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry 1960;23:56-62.

Schlüsselfrage 1: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die **ambulante Psychotherapie** erhalten, ein besseres „Outcome“ als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?						
Störungsspezifische Symptome						
Vergleich mit aktiver Kontrollbedingung						
Outcome	**Risiko Kontroll-gruppe**	**Risiko Interven-tionsgruppe**	**Relativer Effekt**	**Studieninfor-mation**	**Studienbasis**	**Qualität pro Outcome**
Erkrankungen aus dem Schizophreniespektrum						
Auditive Halluzi-nationen nach Inter-vention[1]	nicht ein-zeln ange-geben	nicht ein-zeln ange-geben	**Hedge`s *g* 0.34 (95% Konfidenz-intervall 0.15 – 0.53)** Unmittelbar nach der Intervention zeigte sich ein geringer[2] Effekt von Psychotherapie für Psychose (Kogni-tive Verhaltenstherapie) im Vergleich mit einer aktiven Kontrollbedin-gung (supportive counseling, prolongierte Exposition) auf auditive Halluzinatio-nen. *Wurden nur die 5 Studien mit ge-ringem Biasrisiko einbezogen, ergab sich keine wesentliche Ände-rung des Effektschätzers (Hedge`s g 0.42, 95% Konfidenzintervall 0.20 – 0.64).*	Turner et al. (2020)	• *n* = 678 • Meta-Analyse aus *k* = 8 Rando-misierten kontrollierten Studien • Psychose/Psychotische Symp-tome (3 Studien), Schizophrenie/ -spektrum nicht näher bezeichnet (5 Studien) • HiTOP-Spektrum der Denkstö-rungen • Es ist anzunehmen, dass die Per-sönlichkeitsfunktionen bei 88% der Patient:innen schwer beein-trächtigt sind.[3]	⊕⊕⊕⊖[6]
Wahnvor-stellungen nach Inter-vention[1]	nicht ein-zeln ange-geben	nicht ein-zeln ange-geben	**Hedge`s *g* 0.23 (95% Konfidenz-intervall -0.19 – 0.55)** Unmittelbar nach der Intervention zeigte sich ein tendenziell geringer[2] Effekt von Psychotherapie für Psy-chose (Kognitive Verhaltenstherapie) im	Turner et al. (2020)	• *n* = 526 • Meta-Analyse aus *k* = 7 Rando-misierten kontrollierten Studien • Psychose/Psychotische Symp-tome (2 Studien), Schizophre-nie/Schizophrenie Spektrum nicht näher bezeichnet (5 Stu-dien)	⊕⊖⊖⊖[6,7,8,9]

			Vergleich mit einer aktiven Kontrollbedingung (supportive counseling, prolongierte Exposition). *Wurden nur die 3 Studien mit geringem Biasrisiko einbezogen, ergab sich keine wesentliche Änderung des Effektschätzers (Hedge`s g 0.30, 95% Konfidenzintervall -0.25 – 0.85).*		• HiTOP-Spektrum der Denkstörungen • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 89% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.[3]	
Wahnvorstellungen nach Intervention[1]	nicht einzeln angegeben	nicht einzeln angegeben	**Mean population effect size 0.16 (95% Konfidenzintervall -0.13 – 0.44)** Unmittelbar nach der Intervention zeigte sich die Tendenz eines geringen[2] Effekts von Psychotherapie (Kognitive Verhaltenstherapie) im Vergleich mit einer aktiven Kontrollbedingung (andere psychologische Interventionen) auf Wahnvorstellungen.	Mehl et al. (2015) bzw. Mehl et al. (2019) (Corrigendum)	• *n* = 894 • Meta-Analyse aus *k* = 8 Randomisierten kontrollierten Studien • Schizophrenie (7 Studien), Schizoaffektive Störung (5 Studien), Psychose (2 Studien), Schizophrenieforme Störung (1 Studie) • HiTOP-Spektrum der Denkstörungen • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 90% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.[3,4]	⊕⊕⊖⊖[5,8]
Wahnvorstellungen nach 35 Wochen[1]	nicht einzeln angegeben	nicht einzeln angegeben	**Mean population effect size -0.04 (95% Konfidenzintervall -0.26 – 0.17)** Nach 35 Wochen zeigte sich ein trivialer, nicht statistisch signifikanter Effekt von Psychotherapie (Kognitive Verhaltenstherapie) im Vergleich mit aktiver Kontrollbedingung (andere psychologische Interventionen) auf Wahnvorstellungen.	Mehl et al. (2015) bzw. Mehl et al. (2019) (Corrigendum)	• *n* = 815 • Meta-Analyse aus *k* = 5 Randomisierten kontrollierten Studien • Schizophrenie (5 Studien), Schizoaffektive Störung (4 Studien), Wahnhafte Störung (3 Studien), Psychose (2 Studien), Schizophrenieforme Störung (1 Studie) • HiTOP-Spektrum der Denkstörungen	⊕⊕⊖⊖[5,8]

					• Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 90% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.[3,4]	
Posttraumatische Belastungsstörung						
Symptomreduktion nach Intervention[1]	nicht einzeln angegeben	nicht einzeln angegeben	**Hedge`s *g* -0.34 (95% Konfidenzintervall -0.65 – -0.02)** Unmittelbar nach der Intervention zeigte sich ein geringer[2] Effekt von Psychotherapie (Narrative Expositionstherapie) im Vergleich mit aktiver Kontrollbedingung (alternative psychologische Behandlung). *Eine Trimm-and-Fill-Analyse zur Berücksichtigung von Publikationsbias ergab eine Reduktion des Effektschätzers auf Tendenz zu einem marginalen Effekt (Hedge`s g -0.16, 95% Konfidenzintervall -0.49 – 0.16).*	Wei und Chen (2021)	• *n* = 571 • Meta-Analyse aus *k* = 11 randomisierten, quasi-randomisierten oder cluster-randomisierten kontrollierten Studien • Posttraumatische Belastungsstörung • Internalisierendes HiTOP-Spektrum • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 52% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.[3,4]	⊕⊖⊖⊖[6,7,8,9]
Symptomreduktion nach Intervention[1]	nicht einzeln angegeben	nicht einzeln angegeben	**Standardised Mean Difference -0.16 (95% Konfidenzintervall -0.62 – 0.30)** Unmittelbar nach der Intervention zeigte sich die Tendenz zu einem geringen[2] Effekt von Psychotherapie (Eye Movement Desentization and Reprocessing, prolongierte Expositionstherapie) im Vergleich mit selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern.	Sonis und Cook (2019)	• *n* = 351 • Meta-Analyse aus *k* = 4 Randomisierten kontrollierten Studien • Posttraumatische Belastungsstörung • Internalisierendes HiTOP-Spektrum • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 52% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.[3]	⊕⊖⊖⊖[6,7,8]

			Wurden nur die 2 Studien mit geringem Biasrisiko einbezogen, ergab sich keine wesentliche Änderung des Effektschätzers (Standardised Mean Difference 0.08, 95% Konfidenzintervall -0.48 – 0.64).			
Symptomschwere nach Intervention[1]	nicht einzeln angegeben	nicht einzeln angegeben	**Hedge`s *g* 0.26 (95% Konfidenzintervall 0.04 – 0.48)** Unmittelbar nach der Intervention zeigte sich ein geringer[2] Effekt von Psychotherapie (Cognitive Processing Therapy) im Vergleich mit aktiver Kontrollbedingung (Dialogische Expositionstherapie, Erinnerungstraining, Prolongierte Expositionstherapie, Schreib-Expositions-therapie). *Eine Trimm-and-Fill-Analyse zur Berücksichtigung von Publikationsbias ergab keine wesentliche Änderung des Effektschätzers (Hedge`s g 0.27, 95% Konfidenzintervall 0.08 – 0.46).*	Asmundson et al. (2019)	• *n* = 407 • Meta-Analyse aus *k* = 4 Randomisierten kontrollierten Studien • Posttraumatische Belastungsstörung • Internalisierendes HiTOP-Spektrum • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 52% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.[3]	⊕⊕⊖⊖[5,8]
Symptomschwere nach Intervention[1]	nicht einzeln angegeben	nicht einzeln angegeben	**Standardised Mean Difference -0.05 (95% Konfidenzintervall -0.31 – 0.21)** Unmittelbar nach der Intervention zeigte sich ein trivialer, nicht statistisch signifikanter Effekt von Psychotherapie (Kognitive Verhaltenstherapie, Eye Movement Desentization and Reprocessing, prolongierte Expositionstherapie) im Vergleich mit pharmakologischer Behandlung.	Merz et al. (2019)	• *n* = 329 • Meta-Analyse aus *k* = 4 Randomisierten kontrollierten Studien • Posttraumatische Belastungsstörung • Internalisierendes HiTOP-Spektrum • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 52%	⊕⊕⊖⊖[6,8]

			Zur besseren Vergleichbarkeit werden hier die Ergebnisse der paarweisen Meta-Analyse berichtet.		der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.[3]	
Symptomschwere nach Intervention[1]	nicht einzeln angegeben	nicht einzeln angegeben	**Standardised Mean Difference -0.07 (95% Konfidenzintervall -0.26 – 0.13)** Unmittelbar nach der Intervention zeigte sich ein trivialer, nicht statistisch signifikanter Effekt von Psychotherapie (Kognitive Verhaltenstherapie, prolongierte Expositionstherapie, Expositionstherapie) in Kombination mit pharmakologischer Behandlung im Vergleich mit pharmakologischer Behandlung allein. Zur besseren Vergleichbarkeit werden hier die Ergebnisse der paarweisen Meta-Analyse berichtet.	Merz et al. (2019)	• *n* = 411 • Meta-Analyse aus *k* = 5 Randomisierten kontrollierten Studien • Posttraumatische Belastungsstörung • Internalisierendes HiTOP-Spektrum • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 52% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.[3]	⊕⊕⊖⊖[6,8]
Symptomschwere bei Follow-Up[1]	nicht einzeln angegeben	nicht einzeln angegeben	**Hedge`s *g* 0.17 (95% Konfidenzintervall -0.02 – 0.37)** Es zeigte sich die Tendenz eines geringen[2] Effekts bei Follow-Up von Psychotherapie (Kognitive Verhaltenstherapie) im Vergleich mit aktiver Kontrollbedingung (Behandlung mit Theorie- oder Empirie-basierten Komponenten). Die Follow-Up Zeitpunkte lagen zwischen 3 und 9 Monate nach Baseline. *Eine Trimm-and-Fill-Analyse zur Berücksichtigung von Publikationsbias ergab keine wesentliche Änderung des Effektschätzers (Hedge`s g*	Asmundson et al. (2019)	• *n* = 407 • Meta-Analyse aus *k* = 4 Randomisierten kontrollierten Studien • Posttraumatische Belastungsstörung • Internalisierendes HiTOP-Spektrum • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 52% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind. [3]	⊕⊕⊖⊖[5,8]

			0.18, 95% Konfidenzintervall -0.01 – 0.37).			
Symptomschwere bei Follow-Up[1]	nicht einzeln angegeben	nicht einzeln angegeben	**Standardised Mean Difference -0.63 (95% Konfidenzintervall -1.18 – -0.09)** Es zeigte sich ein moderater[2] Effekt von Psychotherapie (Kognitive Verhaltenstherapie, Eye Movement Desentization and reprocessing, prolongierte Expositionstherapie) im Vergleich mit pharmakologischer Behandlung am spätmöglichsten Follow-Up Zeitpunkt (6 bis 12 Monate). Zur besseren Vergleichbarkeit werden hier die Ergebnisse der paarweisen Meta-Analyse berichtet.	Merz et al. (2019)	• *n* = 203 • Meta-Analyse aus *k* = 3 Randomisierten kontrollierten Studien • Posttraumatische Belastungsstörung • Internalisierendes HiTOP-Spektrum • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 52% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.[3]	⊕⊖⊖⊖[6,7,8]
Symptomschwere bei Follow-Up[1]	nicht einzeln angegeben	nicht einzeln angegeben	**Standardised Mean Difference -1.02 (95% Konfidenzintervall -2.77 – 0.72)** Es zeigte sich die Tendenz eines deutlichen[2] Effekts von Psychotherapie (prolongierte Expositionstherapie, Expositionstherapie) in Kombination mit pharmakologischer Behandlung im Vergleich mit pharmakologischer Behandlung allein am spätmöglichsten Follow-Up Zeitpunkt (12 Monate). Zur besseren Vergleichbarkeit werden hier die Ergebnisse der paarweisen Meta-Analyse berichtet.	Merz et al. (2019)	• *n* = 89 • Meta-Analyse aus *k* = 2 Randomisierten kontrollierten Studien • Posttraumatische Belastungsstörung • Internalisierendes HiTOP-Spektrum • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 52% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.[3]	⊕⊖⊖⊖[6,7,8]
Symptomschwere bei Follow-Up[1]	nicht einzeln angegeben	nicht einzeln angegeben	**Standardised Mean Difference -0.03 (95% Konfidenzintervall -0.21 – 0.14)**	Thompson et al. (2018)	• *n* = 524	⊕⊕⊖⊖[6,8]

			Es zeigte sich ein trivialer, nicht statistisch signifikanter Effekt von traumafokussierter Psychotherapie im Vergleich mit alternativer psychologischer Intervention bis zu 4 Monate nach Behandlungsende. Ohne Angabe der Anzahl eingeschlossener Studienteilnehmer:innen wurde für den Zeitraum 5 bis 8 Monate nach Behandlungsende Standardised Mean Difference 0.11 (95% Konfidenzintervall -0.13 – 0.35) sowie für den Zeitraum 9-12 Monate nach Behandlungsende Standardised Mean Difference -0,86 (95% Konfidenzintervall -1.50 – -0.22) angegeben. Dies entspricht ebenfalls einem trivialen, nicht statistisch signifikanten Effekt 5 bis 8 Monate später, jedoch einem deutlichen[2] Effekt von Psychotherapie 9-12 Monate nach Behandlungsende.		• Meta-Analyse aus *k* = 7 Randomisierten kontrollierten Studien • Posttraumatische Belastungsstörung • Internalisierendes HiTOP-Spektrum • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 52% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.[3,4]	
Erfüllen der Diagnosekriterien nach Intervention[1]	nicht einzeln angegeben	nicht einzeln angegeben	**Relatives Risiko 1.74 (95% Konfidenzintervall 1.03 – 2.92)** Die Wahrscheinlichkeit, die Diagnosekriterien nicht mehr zu erfüllen, war bei Personen, die Psychotherapie (Narrative Expositionstherapie) erhielten, 74% höher als bei Personen mit aktiver Kontrollbedingung (alternative psychologische Behandlung). Vermutlich handelt es sich um den	Wei und Chen (2021)	• *n* = 502 • Meta-Analyse aus *k* = 9 randomisierten, quasi-randomisierten oder cluster-randomisierten kontrollierten Studien • Posttraumatische Belastungsstörung • Internalisierendes HiTOP-Spektrum	⊕⊖⊖⊖[6,7,8,9]

			Zeitpunkt direkt nach der Intervention.		• Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 52% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.[3,4]	
Posttraumatische Belastungsstörung und/oder Depression						
Symptomreduktion bei Follow-Up[1]	nicht einzeln angegeben	nicht einzeln angegeben	**Standardised Mean Difference -0.25 (95% Konfidenzintervall -0.61 – 0.10)** Es zeigte sich die Tendenz zu einem geringen[2] Effekt von Psychotherapie (interpersonelle Psychotherapie) im Vergleich mit aktiver Kontrollbedingung (alternative psychologische Behandlung oder Medikation) (keine Angabe zu Messzeitpunkt).	Althobaiti et al. (2020)	• *n* = 274 • Meta-Analyse aus *k* = 4 Randomisierten kontrollierten Studien • Posttraumatische Belastungsstörung (4 Studien), davon in 3 Studien zusätzlich Depression • internalisierendes HiTOP-Spektrum • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 53% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.[3]	⊕⊕⊕⊖[8]

[1]Messung anhand verschiedener Erhebungsinstrumente.

[2] Cohen (2013). Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.). Formulierung in laienverständlicher Sprache basierend auf: https://rpsychologist.com/cohend/

[3]Basierend auf Ergebnis der Expertenumfrage zur Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen bei verschiedenen F-Diagnosen (Wendt et al. (2024b): Clinical Utility of the Level of Personality Functioning Scale: A Survey with German Mental Health Professionals.).

[4] Einschätzung der Persönlichkeitsfunktionen basierend auf der Annahme, dass bei allen Patient:innen eine entsprechende Diagnose vorliegt. Einschlusskriterium der Meta-Analyse war jedoch lediglich, dass in den jeweiligen Einzelstudien bei der Mehrheit der Patient:innen eine entsprechende Diagnose vorlag.

[5]Hohe Qualitätsstufe, da es sich um eine Meta-Analyse aus Randomisierten Kontrollierten Studien handelt. Herabstufung wegen Biasrisiko (7 oder weniger von 11 AMSTAR Kriterien vollständig erfüllt).

[6]Hohe Qualitätsstufe, da es sich um eine Meta-Analyse aus Randomisierten Kontrollierten Studien handelt. Herabstufung wegen Biasrisiko (mindestens eine Randomisierte Kontrollierte Studie der Meta-Analyse zu diesem Outcome wurde mit dem Cochrane Risk of Bias Tool (The Cochrane Collaboration 2011) als „hohes Biasrisiko“ bewertet).

[7]Herabstufung, da ein hoher mit Studiendifferenzen zu erklärender Anteil an Varianz zwischen den Punktschätzern der Einzelstudien (I^2 >50%) vorlag.

[8]Herabstufung wegen Fehlender Präzision des 95% Konfidenzintervalls.

[9]Herabstufung, da mit Publikationsbias zu rechnen ist.

Schlüsselfrage 1: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die **ambulante Psychotherapie** erhalten, ein besseres „Outcome“ als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?						
Störungsspezifische Symptome						
Vergleich mit inaktiver Kontrollbedingung						
Outcome	**Risiko Kontroll-gruppe**	**Risiko Interventi-onsgruppe**	**Relativer Effekt**	**Studieninformation**	**Studienbasis**	**Qualität pro Outcome**
Posttraumatische Belastungsstörung						
Symptomreduktion nach Intervention[1]	nicht einzeln angegeben	nicht einzeln angegeben	**Hedge`s *g* -1.03 (95% Konfidenz-intervall -1.62 – -0.44)** Unmittelbar nach der Intervention zeigte sich ein deutlicher[2] Effekt von Psychotherapie (Narrative Expositionstherapie) im Vergleich mit inaktiver Kontrollbedingung (Warteliste oder Symptom-Monitoring).	Wei und Chen (2021)	• *n* = 278 • Meta-Analyse aus *k* = 7 randomisierten, quasi-randomisierten oder cluster-randomisierten kontrollierten Studien • Posttraumatische Belastungsstörung • Internalisierendes HiTOP-Spektrum • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 52% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.[3,4]	⊕⊖⊖⊖[6,7,9]
Symptomschwere nach Intervention[1]	nicht einzeln angegeben	nicht einzeln angegeben	**Hedge`s *g* 1.24 (95% Konfidenz-intervall 0.80 – 1.67)** Unmittelbar nach der Intervention zeigte sich ein deutlicher[2] Effekt von Psychotherapie (Cognitive Processing Therapy) im Vergleich mit inaktiver Kontrollbedingung (Warteliste oder psychologisches Placebo). *Eine Trimm-and-Fill-Analyse zur Berücksichtigung von Publikationsbias ergab keine wesentliche Änderung des Effektschätzers*	Asmundson et al. (2019)	• *n* = 841 • Meta-Analyse aus *k* = 8 Randomisierten kontrollierten Studien • Posttraumatische Belastungsstörung • Internalisierendes HiTOP-Spektrum • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 52% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.	⊕⊕⊖⊖[5,7]

			(Hedge`s g 1.38, 95% Konfidenzintervall 0.89 – 1.88).			
Symptomschwere bei Follow-Up[1]	nicht einzeln angegeben	nicht einzeln angegeben	**Hedge`s *g* 0.90 (95% Konfidenzintervall 0.57 – 1.23)** Es zeigte sich ein deutlicher[2] Effekt bei Follow-Up von Psychotherapie (Cognitive Processing Therapy) im Vergleich mit inaktiver Kontrollbedingung (Warteliste oder psychologisches Placebo). Die Follow-Up Zeitpunkte lagen zwischen 1 und 12 Monate nach Baseline.	Asmundson et al. (2019)	• *n* = 689 • Meta-Analyse aus *k* = 6 Randomisierten kontrollierten Studien • Posttraumatische Belastungsstörung • Internalisierendes HiTOP-Spektrum • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 52% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.	⊕⊕⊖⊖[5,7]
Erfüllen der Diagnosekriterien nach Intervention[1]	nicht einzeln angegeben	nicht einzeln angegeben	**Relatives Risiko 4.69 (95% Konfidenzintervall 1.43 – 15.42)** Die Wahrscheinlichkeit, die Diagnosekriterien nicht mehr zu erfüllen, war bei Personen, die Psychotherapie (Narrative Expositionstherapie) erhielten, mehr als 4 Mal höher als bei Personen mit inaktiver Kontrollbedingung (Warteliste oder Symptom-Monitoring). Vermutlich handelt es sich um den Zeitpunkt direkt nach der Intervention.	Wei und Chen (2021)	• *n* = 148 • Meta-Analyse aus *k* = 3 randomisierten, quasi-randomisierten oder cluster-randomisierten kontrollierten Studien • Posttraumatische Belastungsstörung • Internalisierendes HiTOP-Spektrum • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 52% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.[3,4]	⊕⊕⊖⊖[6,9]

[1]Messung anhand verschiedener Erhebungsinstrumente.

[2] Cohen (2013). Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.). Formulierung in laienverständlicher Sprache basierend auf: https://rpsychologist.com/cohend/

[3]Basierend auf Ergebnis der Expertenumfrage zur Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen bei verschiedenen F-Diagnosen (Wendt et al. (2024b): Clinical Utility of the Level of Personality Functioning Scale: A Survey with German Mental Health Professionals.).

[4]Einschätzung der Persönlichkeitsfunktionen basierend auf der Annahme, dass bei allen Patient:innen eine entsprechende Diagnose vorliegt. Einschlusskriterium der Meta-Analyse war jedoch lediglich, dass in den jeweiligen Einzelstudien bei der Mehrheit der Patient:innen eine entsprechende Diagnose vorlag.

[5]Hohe Qualitätsstufe, da es sich um eine Meta-Analyse aus Randomisierten Kontrollierten Studien handelt. Herabstufung wegen Biasrisiko (7 oder weniger von 11 AMSTAR Kriterien vollständig erfüllt).
[6]Hohe Qualitätsstufe, da es sich um eine Meta-Analyse aus Randomisierten Kontrollierten Studien handelt. Herabstufung wegen Biasrisiko (mindestens eine Randomisierte Kontrollierte Studie der Meta-Analyse zu diesem Outcome wurde mit dem Cochrane Risk of Bias Tool (The Cochrane Collaboration 2011) als „hohes Biasrisiko“ bewertet).
[7]Herabstufung, da ein hoher mit Studiendifferenzen zu erklärender Anteil an Varianz zwischen den Punktschätzern der Einzelstudien (I^2 >50%) vorlag.
[8]Herabstufung wegen Fehlender Präzision des 95% Konfidenzintervalls.
[9]Herabstufung, da mit Publikationsbias zu rechnen ist.

Schlüsselfrage 1: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die **ambulante Psychotherapie** erhalten, ein besseres „Outcome“ als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?						
Inanspruchnahme des Gesundheitssystems						
Vergleich mit Treatment as usual						
Outcome	**Risiko Kontroll-gruppe**	**Risiko Interventi-onsgruppe**	**Relativer Effekt**	**Studieninformation**	**Studienbasis**	**Qualität pro Outcome**
Hospitalisierungen nach Intervention	nicht einzeln angegeben	nicht einzeln angegeben	**Hedge`s *g* 0.19 (95% Konfidenzintervall -0.01 – 0.39)** Unmittelbar nach der Intervention zeigte sich die Tendenz eines geringen[1] Effekts auf die Hospitalisierungen zwischen Personen mit Gruppentherapie und Personen mit Treatment as usual.	McLaughlin et al. (2019)	• *n* = 687 • Meta-Analyse aus *k* = 8 Randomisierten kontrollierten Studien • Borderline-Persönlichkeitsstörung • Antagonistisch externalisierendes HiTOP-Spektrum • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 90% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.[2,3]	⊕⊕⊖⊖[4,5]
Aufsuchen der Notaufnahme nach Intervention	nicht einzeln angegeben	nicht einzeln angegeben	**Hedge`s *g* 0.01 (95% Konfidenzintervall -0.19 – 0.23)** Unmittelbar nach der Intervention zeigte sich ein trivialer, nicht statistisch signifikanter Effekt auf die Frequenz des Aufsuchens der Notaufnahme zwischen Personen mit Gruppentherapie und Personen mit Treatment as usual.	McLaughlin et al. (2019)	• *n* = 431 • Meta-Analyse aus *k* = 5 Randomisierten kontrollierten Studien • Borderline-Persönlichkeitsstörung • Antagonistisch externalisierendes HiTOP-Spektrum • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 90% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.[2,3]	⊕⊕⊖⊖[4,5]

[1] Cohen (2013). Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.). Formulierung in laienverständlicher Sprache basierend auf: https://rpsychologist.com/cohend/

[2]Basierend auf Ergebnis der Expertenumfrage zur Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen bei verschiedenen F-Diagnosen (Wendt et al. (2024b): Clinical Utility of the Level of Personality Functioning Scale: A Survey with German Mental Health Professionals.).

[3]Einschätzung der Persönlichkeitsfunktionen basierend auf der Annahme, dass bei allen Patient:innen eine entsprechende Diagnose vorliegt. Einschlusskriterium der Meta-Analyse war jedoch lediglich, dass in den jeweiligen Einzelstudien bei der Mehrheit der Patient:innen eine entsprechende Diagnose vorlag.
[4]Hohe Qualitätsstufe, da es sich um eine Meta-Analyse aus Randomisierten Kontrollierten Studien handelt. Herabstufung wegen Biasrisiko (mindestens eine Randomisierte Kontrollierte Studie der Meta-Analyse zu diesem Outcome wurde mit dem Cochrane Risk of Bias Tool (The Cochrane Collaboration 2011) als „hohes Biasrisiko“ bewertet).
[5]Herabstufung wegen Fehlender Präzision des 95% Konfidenzintervalls.

6.2 Evidenztabellen Schlüsselfrage 2

<table>
<tr><td colspan="7">Schlüsselfrage 2: Haben Patient*innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die online Interventionen ohne kontinuierliche persönliche medizinisch-therapeutische Begleitung erhalten, ein schlechteres „Outcome“ als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?</td></tr>
<tr><td colspan="7">Psychosoziale Funktionsfähigkeit</td></tr>
<tr><td colspan="7">Vergleich mit Warteliste</td></tr>
<tr><td>Outcome</td><td>Risiko Kontrollgruppe</td><td>Risiko Interventionsgruppe</td><td>Relativer Effekt</td><td>Studieninformation</td><td>Studienbasis</td><td>Qualität pro Outcome</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Psychosoziale Funktionsfähigkeit anhand Sheehan Disability Scale (SDS)[1]</td><td>Mittelwert des SDS Scores Post-treatment 10.5 (Standardabweichung 8.3) bei der Warteliste-Kontrollbedingung sowie 5.2 (Standard-ab-weichung 4.9) bei begleiteter internetbasierter Kognitiver Verhaltenstherapie.</td><td>Mittelwert des SDS Scores Post-treatment 6.2 (Standardabweichung 6.4).</td><td rowspan="2">Cohen`s <i>d</i> 0.58 (95% Konfidenzintervall 0.08 – 1.07)
Es zeigte sich ein mittlerer[2] post-treatment-Effekt von unbegleiteter internetbasierter Kognitiver Verhaltenstherapie im Vergleich zu Warteliste-Kontrollbedingung.
Bei begleiteter internetbasierter Kognitiver Verhaltenstherapie zeigte sich ein deutlicherer Effekt mit Cohen`s d 0.77 (95% Konfidenzintervall 0.25 – 1.27) gegenüber der Warteliste Kontrollbedingung.</td><td rowspan="2">Hedman et al. (2016)</td><td rowspan="2">n = 127 (alle, die post-treatment teilgenommen haben)
1 Randomisierte kontrollierte Studie
überwiegend Somatisierungsstörung
Somatoformes HiTOP-Spektrum
Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 48% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.[3]</td><td rowspan="2">⊕⊖⊖⊖[4]</td></tr>
<tr><td colspan="2">Differenz
Der Mittelwert des Scores in der Interventionsgruppe ist 4.3 Punkte geringer als in der Warteliste-Kontrollgruppe. Der Mittelwert des Scores in der Interventionsgruppe ist 1 Punkt höher als in der Kon-</td></tr>
</table>

	trollgruppe mit begleiteter internet-basierter Kognitiver Verhaltenstherapie.				

[1]Sheehan (1983): The Anxiety Disease. Scribner, 1983.
[2]Cohen (2013). Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.). Formulierung in laienverständlicher Sprache basierend auf: https://rpsychologist.com/cohend/
[3]Basierend auf Ergebnis der Expertenumfrage zur Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen bei verschiedenen F-Diagnosen (Wendt et al. (2024b): Clinical Utility of the Level of Personality Functioning Scale: A Survey with German Mental Health Professionals.).
[4]Hohe Qualitätsstufe, da es sich um eine Randomisierte Kontrollierte Studie handelt. Herabstufung zu „moderat“ wegen möglichem Biasrisiko (Studienteilnehmer:innen nicht verblindet), Herabstufung zu „niedrig“ wegen Indirektheit hinsichtlich der Vergleichsgruppen (Kein direkter Vergleich zwischen unbegleiteter und begleiteter Intervention, sondern nur jeweils Vergleich gegen Warteliste) und Herabstufung zu „sehr niedrig“ aufgrund fehlender Präzision des 95% Konfidenzintervalls.

Schlüsselfrage 2: Haben Patient*innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die **online Interventionen ohne kontinuierliche persönliche medizinisch-therapeutische Begleitung** erhalten, ein schlechteres „Outcome“ als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?						
Störungsspezifische Symptome						
Vergleich gegen Warteliste						
Outcome	**Risiko Kontrollgruppe**	**Risiko Interventionsgruppe**	**Relativer Effekt**	**Studieninformation**	**Studienbasis**	**Qualität pro Outcome**
Gesundheitsangst anhand 64 item Health Anxiety Inventory (HAI)[1]	**Mittelwert** des HAI Scores Post-treatment **100.1** (Standardabweichung 26.1) bei der Warte-liste-Kontroll-bedingung sowie **69.7** (Standard-abweichung 24.8) bei begleiteter internetbasierter Kognitiver Verhaltenstherapie.	**Mittelwert** des HAI Scores Post-treatment **68.3** (Standardabweichung 35.6).	**Cohen`s *d* 1.02 (95% Konfidenzintervall 0.49 – 1.53)** Es zeigte sich ein deutlicher[2] post-treatment-Effekt von unbegleiteter internetbasierter Kognitiver Verhaltenstherapie im Vergleich zu Warteliste-Kontrollbedingung. Bei begleiteter internetbasierter Kognitiver Verhaltenstherapie zeigte sich ein etwas stärkerer[1] Effekt mit Cohen`s *d* 1.27 (95% Konfidenzintervall 0.72 – 1.79) gegenüber der Warteliste Kontrollbedingung.	Hedman et al. (2016)	• *n* = 127 (alle, die post-treatment teilgenommen haben) • 1 Randomisierte kontrollierte Studie • überwiegend Somatisierungsstörung • Somatoformes HiTOP-Spektrum • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 48% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.[3]	⊕⊕⊖⊖[4]
	Differenz Der Mittelwert des Scores in der Interventionsgruppe ist 31.8 Punkte geringer als in der Warteliste-Kontrollgruppe. Der Mittelwert des Scores in der Interventionsgruppe ist 1.4 Punkte geringer als in der Kontrollgruppe mit begleiteter internetbasierter Kognitiver Verhaltenstherapie.					

[1]Salkovskis et al. (2002): The health anxiety inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. Psychol Med 2002; 32: 843–53.
[2]Cohen (2013). Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.). Formulierung in laienverständlicher Sprache basierend auf: https://rpsychologist.com/cohend/
[3]Basierend auf Ergebnis der Expertenumfrage zur Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen bei verschiedenen F-Diagnosen (Wendt et al. (2024b): Clinical Utility of the Level of Personality Functioning Scale: A Survey with German Mental Health Professionals.).
[4]Hohe Qualitätsstufe, da es sich um eine Randomisierte Kontrollierte Studie handelt. Herabstufung zu „moderat“ wegen möglichem Biasrisiko (Studienteilnehmer:innen nicht verblindet), Herabstufung zu „niedrig“ wegen Indirektheit hinsichtlich der Vergleichsgruppen (Kein direkter Vergleich zwischen unbegleiteter und begleiteter Intervention, sondern nur jeweils Vergleich gegen Warteliste).

Schlüsselfrage 2: Haben Patient*innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die **online Interventionen ohne kontinuierliche persönliche medizinisch-therapeutische Begleitung** erhalten, ein schlechteres „Outcome“ als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?						
Störungsspezifische Symptome						
Vergleich gegen Transkranielle Magnetstimulation						
Outcome	**Risiko Kontrollgruppe**	**Risiko Interventionsgruppe**	**Relativer Effekt**	**Studieninformation**	**Studienbasis**	**Qualität pro Outcome**
Symptomschwere der Depression anhand Hamilton Depression Scale (HAMD)[1]	**Mittelwert** des HAMD Scores bei Entlassung **8.89** (Standardabweichung 5.83).	**Mittelwert** des HAMD Scores bei Entlassung **9.97** (Standardabweichung 7.03).	**Analysis of Covariance *F* = 0.15(1) *p* = 0.7** Es zeigte sich kein Hinweis auf einen Unterschied zwischen Personen mit internetbasierter Kognitiver Verhaltenstherapie zusätzlich zu transkranieller Magnetstimulation im Vergleich zu nur transkranieller Magnetstimulation.	Adu et al. (2023)	• *n* = 70 (alle, für die HAMD Baseline Score vorlag) • 1 Randomisierte kontrollierte Studie • Behandlungsresistente Depression • Internalisierendes HiTOP-Spektrum • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 73% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.[2]	⨁⨁⨀⨀[3]
	Differenz Der Mittelwert des Scores in der Interventionsgruppe ist 1.08 Punkte höher als in der Kontrollgruppe.					

[1]Hamilton (1960): A rating scale for depression. J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry 1960, 23, 56.

[2]Basierend auf Ergebnis der Expertenumfrage zur Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen bei verschiedenen F-Diagnosen (Wendt et al. (2024b): Clinical Utility of the Level of Personality Functioning Scale: A Survey with German Mental Health Professionals.).

[3]Hohe Qualitätsstufe, da es sich um eine Randomisierte Kontrollierte Studie handelt. Herabstufung zu „moderat“ wegen möglichem Biasrisiko (Studienteilnehmer:innen nicht verblindet) und Herabstufung zu „niedrig“ wegen Indirektheit hinsichtlich der Intervention (Onlineintervention wurde zusätzlich zu transkranieller Magnetstimulation verabreicht).

Schlüsselfrage 2: Haben Patient*innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die **online Interventionen ohne kontinuierliche persönliche medizinisch-therapeutische Begleitung** erhalten, ein schlechteres „Outcome“ als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?						
Störungsspezifische Symptome						
Vergleich gegen Dialektische Verhaltenstherapie						
Outcome	**Risiko Kontrollgruppe**	**Risiko Interventionsgruppe**	**Relativer Effekt**	**Studieninformation**	**Studienbasis**	**Qualität pro Outcome**
Häufigkeit Suizidalen Verhaltens anhand des Self-injurious thoughts and behaviors interview (SITBI)[1]	Dargestellt ist die durchschnittliche Reduktion der Häufigkeit suizidalen Verhaltens zwischen vor und nach Erhalt von Dialektischer Verhaltenstherapie. Die Häufigkeit von bspw. Suizidgedanken hat sich während des letzten Monats zwischen vor und nach Erhalt der Therapie durchschnittlich um 1 reduziert.	Dargestellt ist die durchschnittliche Reduktion der Häufigkeit suizidalen Verhaltens zwischen vor und nach Erhalt von Dialektischer Verhaltenstherapie und App. Die Häufigkeit von bspw. Suizidgedanken hat sich während des letzten Monats zwischen vor und nach Erhalt der Therapie und App durchschnittlich um 1.88 reduziert.	Es wurde berichtet, wie hoch die Wahrscheinlichkeit ist, dass die durchschnittliche Häufigkeit suizidalen Verhaltens im letzten Monat niedriger ist (p(diff>0) bei Personen, die zusätzlich zu Dialektischer Verhaltenstherapie eine App verwendeten im Vergleich zu Personen, die nur Dialektische Verhaltenstherapie erhielten. Die Bayesianischen Kredibilitätsintervalle beschreiben die Differenz zwischen den Mittelwerten der Reduktion (siehe Spalten links) zwischen Interventions- und Kontrollgruppe. Bei Suizidgedanken sowie suizidaler Geste zeigte sich die Tendenz einer hohen Wahrscheinlichkeit für eine Reduktion Suizidalen Ver-	Rodante et al. (2022)	• n = 18 • 1 Cluster Randomisierte Studie • Suizidales oder selbstverletzendes Verhalten • Internalisierendes HiTOP-Spektrum • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 90% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.[2]	⊕⊖⊖⊖[3]

	<u>Suizidgedanken</u> **Mittelwert = 1.00 (Standard-abweichung 2.39)**	<u>Suizidgedanken</u> **Mittelwert = 1.88 (Standard-abweichung 3.44)**	haltens bei Personen, die zusätzlich eine App verwendeten. Alle Kredibilitätsintervalle enthielten jedoch die 0, somit kann nicht ausgeschlossen werden, dass es keinen Unterschied in der Reduktion suizidalen Verhaltens zwischen den Gruppen gab. <u>Suizidgedanken</u> ***p*(diff>0) = 0.64 (85% Bayesian Credibility Interval -1.83 – 2.90)**			
	Differenz Personen in der Interventionsgruppe hatten nach der Intervention durchschnittlich 1.88 Suizidgedanken pro Monat weniger als vor der Intervention und damit eine um 0.88 höhere Reduktion von Suizidgedanken als Personen in der Kontrollgruppe.					
	<u>Suizid Plan</u> **Mittelwert = 0.71 (Standardabweichung 1.38)**	<u>Suizid Plan</u> **Mittelwert = 0.38 (Standardabweichung 0.52)**	<u>Suizid Plan</u> ***p*(diff>0) = 0.32 (85% Bayesian Credibility Interval -1.34 – 0.73)**			
	Differenz					

<table>
<tr>
<td></td>
<td colspan="2">Personen in der Interventionsgruppe hatten nach der Intervention durchschnittlich 0.38 Suizidpläne pro Monat weniger als vor der Intervention und damit eine um 0.33 geringere Reduktion von Suizidplänen als Personen in der Kontrollgruppe.</td>
<td rowspan="6">Suizidale Geste
p(diff>0) = 0.81 (85% Bayesian Credibility Interval -0.71 – 3.82)

Suizidversuch
keine Wahrscheinlichkeit angegeben</td>
<td rowspan="6"></td>
<td rowspan="6"></td>
</tr>
<tr>
<td>Suizidale Geste
Mittelwert = -0.67 (Standardabweichung 0.58)</td>
<td>Suizidale Geste
Mittelwert = 0.50 (Standardabweichung 1.00)</td>
</tr>
<tr>
<td colspan="2">Differenz
Personen in der Interventionsgruppe hatten nach der Intervention durchschnittlich 0.5 Suizidale Gesten pro Monat weniger als vor der Intervention und damit eine um 1.17 höhere Reduktion von Suizidalen Gesten als Personen in der Kontrollgruppe.</td>
</tr>
<tr>
<td>Suizidversuch
Median = 0.29 (Interquartilsabstand 0.95)</td>
<td>Suizidversuch
Median = 0.00 (Interquartilsabstand 0.00)</td>
</tr>
<tr>
<td colspan="2">Differenz
Personen in der Interventionsgruppe hatten nach der Intervention im Median 0 Suizidversuche pro</td>
</tr>
</table>

	Monat und damit eine um 0.29 höhere Reduktion von Suizidversuchen als Personen in der Kontrollgruppe.		Gedanken an nichtsuizidale Selbstverletzung ***p*(diff>0) = 0.20 (85% Bayesian Credibility Interval -9.07 – 2.79)**		
	Gedanken an nichtsuizidale Selbstverletzung **Mittelwert = 4.43 (Standardabweichung 8.94)**	Gedanken an nichtsuizidale Selbstverletzung **Mittelwert = 0.13 (Standardabweichung 2.42)**			
	Differenz Personen in der Interventionsgruppe hatten nach der Intervention durchschnittlich 0.13 Gedanken an nichtsuizidale Selbstverletzung pro Monat weniger als vor der Intervention und damit eine um 4.3 geringere Reduktion von Gedanken an nichtsuizidale Selbstverletzung als Personen in der Kontrollgruppe.		Nichtsuizidale Selbstverletzung ***p*(diff>0)=0.18 (85% Bayesian Credibility Interval -3.08 – 0.72)**		
	Nichtsuizidale Selbstverletzung **Mittelwert = 1.00 (Standardabweichung 2.20)**	Nichtsuizidale Selbstverletzung **Mittelwert = -0.25 (Standardabweichung 1.91)**			
	Differenz Personen in der Interventionsgruppe hatten nach der Intervention durchschnittlich 0.25 Gedanken an				

	nichtsuizidale Selbstverletzung pro Monat mehr als vor der Intervention und damit eine um 1.25 geringere Reduktion von Gedanken an nichtsuizidale Selbstverletzung als Personen in der Kontrollgruppe.				

[1]García-Nieto et al. (2013): Translation and validation of the "Self-injurious thoughts and behaviors interview" in a Spanish population with suicidal behaviour. Revista de Psiquiatria y Salud Mental, 6(3), 101–108. Nock et al. (2007): Self-injurious thoughts and behaviors interview: Development, reliability, and validity in an adolescent sample. Psychological Assessment, 19(3), 309–317.

[2]Basierend auf Ergebnis der Expertenumfrage zur Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen bei verschiedenen F-Diagnosen (Wendt et al. (2024b): Clinical Utility of the Level of Personality Functioning Scale: A Survey with German Mental Health Professionals.).

[3]Hohe Qualitätsstufe, da es sich um eine Randomisierte Kontrollierte Studie handelt. Herabstufung zu „moderat" wegen möglichem Biasrisiko (Studienteilnehmer:innen nicht verblindet) und Herabstufung zu „niedrig" wegen Inkonsistenz (Wahrscheinlichkeiten für reduziertes suizidales Verhalten reichen von 0.18 bis 0.81). Weitere Herabstufung zu „sehr niedrig" aufgrund fehlender Präzision aufgrund der geringen Stichprobengröße von $n = 18$.

Schlüsselfrage 2: Haben Patient*innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die **online Interventionen ohne kontinuierliche persönliche medizinisch-therapeutische Begleitung** erhalten, ein schlechteres „Outcome“ als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?						
Gesundheitsbezogene Lebensqualität						
Vergleich mit Transkranieller Magnetstimulation						
Outcome	**Risiko Kontrollgruppe**	**Risiko Interventionsgruppe**	**Relativer Effekt**	**Studieninformation**	**Studienbasis**	**Qualität pro Outcome**
Gesundheitsbezogene Lebensqualität anhand Qualität of Life Visual Analogue Scale (EQ-VAS)[1]	**Mittelwert** des EQ-VAS Scores bei Entlassung **64.42** (Standardabweichung 18.13).	**Mittelwert** des EQ-VAS Scores bei Entlassung **60.90** (Standardabweichung 21.45).	**Analysis of Covariance** ***F* = 0.46(1) *p* = 0.5** Es zeigte sich kein Hinweis auf einen Unterschied zwischen Personen mit internet-basierter Kognitiver Verhaltenstherapie zusätzlich zu transkranieller Magnetstimulation im Vergleich zu nur transkranieller Magnetstimulation.	Adu et al. (2023)	• *n* = 70 (alle, für die EQ-VAS Baseline Score vorlag) • 1 Randomisierte kontrollierte Studie • Behandlungsresistente Depression • Internalisierendes HiTOP-Spektrum • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 73% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.[2]	⊕⊕⊖⊖[3]
	Differenz Der Mittelwert des Scores in der Interventionsgruppe ist 3.52 Punkte geringer als in der Kontrollgruppe.					

[1]van Reenen und Janssen (2019): EQ-5D-5L User Guide: Basic Information on How to Use the EQ-5D-5L Instrument; EuroQol Research Foundation: Rotterdam, The Netherlands, 2015.

[2]Basierend auf Ergebnis der Expertenumfrage zur Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen bei verschiedenen F-Diagnosen (Wendt et al. (2024b): Clinical Utility of the Level of Personality Functioning Scale: A Survey with German Mental Health Professionals.).

[3]Hohe Qualitätsstufe, da es sich um eine Randomisierte Kontrollierte Studie handelt. Herabstufung zu „moderat“ wegen möglichem Biasrisiko (Studienteilnehmer:innen nicht verblindet) und Herabstufung zu „niedrig“ wegen Indirektheit hinsichtlich der Intervention (Onlineintervention wurde zusätzlich zu transkranieller Magnetstimulation verabreicht).

6.3 Evidenztabellen Schlüsselfrage 3

Schlüsselfrage 3: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die **ambulant und stationär abgestimmte Versorgung** erhalten, ein besseres „Outcome“ als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?						
Psychosoziales Funktionsniveau						
Vergleich mit Standardversorgung						
Outcome	**Risiko Kontrollgruppe**	**Risiko Interventionsgruppe**	**Relativer Effekt**	**Studieninformation**	**Studienbasis**	**Qualität pro Outcome**
Psychosoziales Funktionsniveau anhand Global Assessment of Functioning Scale (GAF)[1]	nicht angegeben	Verbesserung des Funktionsniveaus zwischen Baseline und nach 12 Monaten (**Baseline 41.1; nach 12 Monaten 52.6; $p < 0.05$**).	nicht angegeben	Müller et al. (2016)	• $n = 26$ • 1 Quasi-experimentelle Längsschnittstudie • Schizophrenie oder schwere psychotische Störung • HiTOP-Spektrum der Denkstörungen • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 84% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.[2]	⊕⊖⊖⊖[3]

[1]Hilsenroth et al. (2000): Reliability and validity of DSM-IV axis V. American Journal of Psychiatry 2000; 157: 1858–1863.

[2]Basierend auf Ergebnis der Expertenumfrage zur Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen bei verschiedenen F-Diagnosen (Wendt et al. (2024b): Clinical Utility of the Level of Personality Functioning Scale: A Survey with German Mental Health Professionals.).

[3]Niedrige Qualitätsstufe, da es sich nicht um eine Randomisierte Kontrollierte Studie handelt. Es wurde eine Herabstufung zu „sehr niedrig“ vorgenommen, da für dieses Outcome keine Kontrollgruppe vorhanden ist.

Schlüsselfrage 3: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die **ambulant und stationär abgestimmte Versorgung** erhalten, ein besseres „Outcome“ als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?						
Subjektive Lebensqualität						
Vergleich mit Standardversorgung						
Outcome	**Risiko Kontrollgruppe**	**Risiko Interventionsgruppe**	**Relativer Effekt**	**Studieninformation**	**Studienbasis**	**Qualität pro Outcome**
Subjektive Lebensqualität anhand Modularem System zur Lebensqualität (MSLQ-R)[1]	nicht angegeben	**Keine Änderung** der Subjektiven Lebensqualität in 7 Subskalen zwischen Baseline und nach 12 Monaten (jeweils p-Wert nicht statistisch signifikant): <u>Körperliche Gesundheit</u> **Baseline 4.6; nach 12 Monaten 3.9** <u>Vitalität</u> **Baseline 4.0; nach 12 Monaten 3.5** <u>Psychosoziale Lebensqualität</u>	nicht angegeben	Müller et al. (2016)	• *n* = 26 • 1 Quasi-experimentelle Längsschnittstudie • Schizophrenie oder schwere psychotische Störung • HiTOP-Spektrum der Denkstörungen • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 84% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.[2]	⊕⊖⊖⊖[3]

		Baseline 4.4; nach 12 Monaten 4.4 <u>Materielle Versorgung</u> **Baseline 4.5; nach 12 Monaten 4.7** <u>Freizeit Lebensqualität</u> **Baseline 4.4; nach 12 Monaten 4.2** <u>Affektive Lebensqualität</u> **Baseline 4.6; nach 12 Monaten 4.8** <u>Leben gesamt</u> **Baseline 4.3; nach 12 Monaten 4.8**				

[1]Pukrop et al. (1999): Das Konstrukt Lebensqualität. Metaanalytische Validierung und die Entwicklung eines modularen Erhebungssystems. Der Nervenarzt 1999; 70: 41–53.
[2]Basierend auf Ergebnis der Expertenumfrage zur Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen bei verschiedenen F-Diagnosen (Wendt et al. (2024b): Clinical Utility of the Level of Personality Functioning Scale: A Survey with German Mental Health Professionals.).
[3]Niedrige Qualitätsstufe, da es sich nicht um eine Randomisierte Kontrollierte Studie handelt. Es wurde eine Herabstufung zu „sehr niedrig“ vorgenommen, da für dieses Outcome keine Kontrollgruppe vorhanden ist.

Schlüsselfrage 3: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die **ambulant und stationär abgestimmte Versorgung** erhalten, ein besseres „Outcome“ als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?						
Veränderung der Symptomatik						
Vergleich mit Standardversorgung						
Outcome	**Risiko Kontrollgruppe**	**Risiko Interventionsgruppe**	**Relativer Effekt**	**Studieninformation**	**Studienbasis**	**Qualität pro Outcome**
Veränderung der Symptomatik anhand Clinical Global Impression Scale (CGI-Schizophrenia)[1]	nicht angegeben	**Verbesserung** der Symptomatik in 3 Subskalen zwischen Baseline und nach 12 Monaten: <u>Schweregrad der Krankheit</u> **Baseline 5.5; nach 12 Monaten 4.7; *p* < 0.01** <u>Schweregrad positiver Symptome</u> **Baseline 3.8; nach 12 Monaten 2.7; *p* < 0,001** <u>Schweregrad kognitiver Symptome</u>	nicht angegeben	Müller et al. (2016)	• *n* = 26 • 1 Quasi-experimentelle Längsschnittstudie • Schizophrenie oder schwere psychotische Störung • HiTOP-Spektrum der Denkstörungen • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 84% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.[2]	⊕⊖⊖⊖[3]

		Baseline 4.4; nach 12 Monaten 3.5; *p* < 0.05 **Verschlechterung** der Symptomatik in 2 Subskalen zwischen Baseline und nach 12 Monaten: <u>Schweregrad der Schizophrenie</u> **Baseline 4.3; nach 12 Monaten 5.1; *p* < 0.05** <u>Schweregrad negativer Symptome</u> **Baseline 3,6; nach 12 Monaten 4.8; *p* < 0.05** **Keine Änderung** der Symptomatik in 1 Subskala zwischen Baseline und nach 12 Monaten:				

		<u>Schweregrad depressiver Symptome</u> **Baseline 3.3; nach 12 Monaten 4.0; p-Wert nicht signifikant**				

[1]Haro et al. (2003): The Clinical Global Impression–Schizophrenia scale: a simple instrument to measure the diversity of symptoms present in schizophrenia. Acta Psychiatrica Scandinavica 2003; 107: 16–23.

[2]Basierend auf Ergebnis der Expertenumfrage zur Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen bei verschiedenen F-Diagnosen (Wendt et al. (2024b): Clinical Utility of the Level of Personality Functioning Scale: A Survey with German Mental Health Professionals.).

[3]Niedrige Qualitätsstufe, da es sich nicht um eine Randomisierte Kontrollierte Studie handelt. Es wurde eine Herabstufung zu „sehr niedrig“ vorgenommen, da für dieses Outcome keine Kontrollgruppe vorhanden ist.

Schlüsselfrage 3: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die **ambulant und stationär abgestimmte Versorgung** erhalten, ein besseres „Outcome“ als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?						
Behandlungsadhärenz						
Vergleich mit Standardversorgung						
Outcome	**Risiko Kontrollgruppe**	**Risiko Interventionsgruppe**	**Relativer Effekt**	**Studieninformation**	**Studienbasis**	**Qualität pro Outcome**
Behandlungsadhärenz anhand Service Engagement Scale (SES)[1]	nicht angegeben	Verbesserung im „Einlassen des Patienten auf die Behandlung“ zwischen Baseline und nach 12 Monaten (**Baseline 8.7; nach 12 Monaten 5.8; $p < 0.05$**).	nicht angegeben	Müller et al. (2016)	• $n = 26$ • 1 Quasi-experimentelle Längsschnittstudie • Schizophrenie oder schwere psychotische Störung • HiTOP-Spektrum der Denkstörungen • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 84% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.[2]	⊕⊖⊖⊖[3]

[1]Tait et al. (2002): A new scale (SES) to measure engagement with community mental health services. Journal of Mental Health 2002; 11: 191–198.

[2]Basierend auf Ergebnis der Expertenumfrage zur Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen bei verschiedenen F-Diagnosen (Wendt et al. (2024b): Clinical Utility of the Level of Personality Functioning Scale: A Survey with German Mental Health Professionals.).

[3]Niedrige Qualitätsstufe, da es sich nicht um eine Randomisierte Kontrollierte Studie handelt. Es wurde eine Herabstufung zu „sehr niedrig“ vorgenommen, da für dieses Outcome keine Kontrollgruppe vorhanden ist.

Schlüsselfrage 3: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die **ambulant und stationär abgestimmte Versorgung** erhalten, ein besseres „Outcome“ als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?						
Häufigkeit der stationären Behandlung						
Vergleich mit Standardversorgung						
Outcome	**Risiko Kontrollgruppe**	**Risiko Interventionsgruppe**	**Relativer Effekt**	**Studieninformation**	**Studienbasis**	**Qualität pro Outcome**
Häufigkeit der stationären Behandlung	**53.8%** der Teilnehmer:innen in Kontrollgruppe wurden innerhalb von 424 Tagen stationär aufgenommen (**kumulative Rate stationäre Aufnahme,** entspricht 7 von 13 Personen)	**15.3%** der Teilnehmer:innen in Interventionsgruppe wurden innerhalb von 424 Tagen stationär aufgenommen (**kumulative Rate stationäre Aufnahme,** entspricht 2 von 13 Personen)	**Odds Ratio 0.16 (95% Konfidenzintervall 0.02 – 1.0)** Teilnehmer:innen mit integrierter Versorgung haben ein 84% geringeres Risiko einer stationären Aufnahme innerhalb von 424 Tagen als jene mit Standard-versorgung.	Müller et al. (2016)	• *n* = 26 • 1 Quasi-experimentelle Längsschnittstudie • Schizophrenie oder schwere psychotische Störung • HiTOP-Spektrum der Denkstörungen • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 84% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.[2]	⊕⊖⊖⊖[1]
	Differenz In Interventionsgruppe um 38.5 Prozentpunkte höhere Reduktion (entspricht hier 5 von 13 bzw. 39 pro 100 Personen).					

[1]Niedrige Qualitätsstufe, da es sich nicht um eine Randomisierte Kontrollierte Studie handelt. Es wurde eine Herabstufung aufgrund fehlender Präzision des breiten Konfidenzintervalls vorgenommen.

[2]Basierend auf Ergebnis der Expertenumfrage zur Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen bei verschiedenen F-Diagnosen (Wendt et al. (2024b): Clinical Utility of the Level of Personality Functioning Scale: A Survey with German Mental Health Professionals.).

6.4 Evidenztabellen Schlüsselfrage 4

<table>
<tr><td colspan="7">Schlüsselfrage 4: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die in „besonderen Wohnformen“ unter einem Dach wohnen, ein besseres „Outcome“ als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?</td></tr>
<tr><td colspan="7">Soziales Funktionsniveau</td></tr>
<tr><td colspan="7">Vergleich mit Unterstützung in eigener Wohnung</td></tr>
<tr><td>Outcome</td><td>Risiko Kontrollgruppe</td><td>Risiko Interventionsgruppe</td><td>Relativer Effekt</td><td>Studieninformation</td><td>Studienbasis</td><td>Qualität pro Outcome</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Soziales Funktionsniveau anhand Social Functioning Scale (SFS)[1]</td><td>Vergleich (vermutlich durchschnittlicher) SFS Score zwischen Baseline und t3 (zwei Jahre später): Baseline: 104.9 t3: 106</td><td>Vergleich (vermutlich durchschnittlicher) SFS Score zwischen Baseline und t3 (zwei Jahre später): Baseline: 104.8 t3: 107.5</td><td rowspan="2">Kein signifikanter Unterschied zwischen Personen mit permanenter Wohnunter-stützung gegen-über Personen in eigener Wohnung hinsichtlich des Gesamt SFS Scores (F = 0.23, p = 0.63, d = 0.09)[2].</td><td>Dehn et al. (2022)</td><td>• n = 124 (Intention to treat mit Propensity Score matching)
• 1 prospektive quasi-experimentelle Kohortenstudie
• „schwere psychische Erkrankung“
• Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 69% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.[3]</td><td>⊕⊖⊖⊖[4]</td></tr>
<tr><td colspan="2">Differenz
Bei Baseline ist der Mittelwert des Scores in der Interventionsgruppe 0.1 Punkte geringer als in der Kontroll-gruppe, bei t3 1.5 Punkte höher.</td></tr>
<tr><td>Soziales Funktionsniveau anhand Social Functioning Scale (SFS)[1]</td><td>Statistisch signifikante Verbesserung des SFS Scores zwischen Baseline und 2 Jahre später (keine konkreten Zahlen berichtet).</td><td>Statistisch signifikante Verbesserung des SFS Scores zwischen Baseline und 2 Jahre später (keine konkreten Zahlen berichtet).</td><td>Kein signifikanter Unterschied zwischen Personen im stationären Setting/besonderer Wohnform gegenüber Personen in eigener Wohnung (ambulant) hinsichtlich des Gesamt SFS Scores (kein Testergebnis berichtet).</td><td>Dehn et al. (2021)</td><td>• n = 102 (Per protocol mit Propensity Score matching)
• 1 prospektive quasi-experimentelle Kohortenstudie
• „schwere psychische Erkrankung“</td><td>⊕⊖⊖⊖[4]</td></tr>
</table>

					• Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 72% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.[3]	

[1]Birchwood et al. (1990): The social functioning scale: the development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programmes with schizophrenic patients. Br J Psychiatry 157:853–859. Iffland et al. (2015): Validation of the German version of the social functioning scale (SFS) for schizophrenia. PLoS One.
[2]Berichtet werden die Kennzahlen der statistischen Analyse, bei denen die Daten aus t2 eingesetzt wurden, falls an t3 fehlende Werte vorlagen (Last Observing Carried Forward Methode).
[3]Basierend auf Ergebnis der Expertenumfrage zur Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen bei verschiedenen F-Diagnosen (Wendt et al. (2024b): Clinical Utility of the Level of Personality Functioning Scale: A Survey with German Mental Health Professionals.).
[4]Niedrige Qualitätsstufe, da es sich nicht um eine Randomisierte Kontrollierte Studie handelt. Es wurde eine Herabstufung zu „sehr niedrig“ vorgenommen, da im Abschlussbericht über das Projekt, das den beiden Publikationen zugrunde liegt, deutlich wurde, dass die Kontrollgruppe auch Wohnformen enthält, die unserer Interventionsdefinition entsprechen. Es liegt hier also eine fehlende Trennschärfe zwischen Interventions- und Kontrollgruppe vor.

Schlüsselfrage 4: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die in **„besonderen Wohnformen“ unter einem Dach** wohnen, ein besseres „Outcome“ als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?						
Einweisungen ins psychiatrische Krankenhaus						
Vergleich mit Unterstützung in eigener Wohnung						
Outcome	**Risiko Kontrollgruppe**	**Risiko Interventionsgruppe**	**Relativer Effekt**	**Studieninformation**	**Studienbasis**	**Qualität pro Outcome**
Einweisungen ins psychiatrische Krankenhaus	Vergleich Prävalenz (hier definiert als Anteil der Personen in Kontrollgruppe, die in den letzten 12 Monaten eingewiesen wurden) zwischen Baseline und t3 (zwei Jahre später): **Baseline: 9.7% t3: 27.4%** **Differenz** In der Kontrollgruppe reduzierte sich die Prävalenz um 32,3%, in Interventionsgruppe um 48.4%. In der Interventionsgruppe zeigte sich also eine um 16.1 Prozentpunkte (sprich 16 pro 100 Personen) höhere Reduktion.	Vergleich Prävalenz (hier definiert als Anteil der Personen in Interventionsgruppe, die in den letzten 12 Monaten eingewiesen wurden) zwischen Baseline und t3 (zwei Jahre später): **Baseline: 9.4% t3: 21%**	Kein signifikanter Unterschied zwischen Personen mit permanenter Wohnunter-stützung im gegen-über Personen in eigener Wohnung hinsichtlich Krankenhaus-einweisungen in den letzten 12 Monaten an t3 (zwei Jahre nach Baseline) **($\chi^2(1) = 0.70$, $p = 0.53$, $V = 0.08$)**.	Dehn et al. (2022)	• *n* = 124 (Intention to treat mit Propensity Score matching) • 1 prospektive Kohortenstudie • „schwere psychische Erkrankung“ • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 69% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.[1]	⊕⊖⊖⊖[2]
Einweisungen ins psychiatrische	Statistisch signifikante Reduktion stationärer	Statistisch signifikante Reduktion stationärer	Kein signifikanter Unterschied zwischen Personen im stationären Setting/besonderer Wohnform gegen-	Dehn et al. (2021)	• *n* = 102 (Per protocol mit Propensity Score matching)	⊕⊖⊖⊖[2]

Kranken-haus	Aufenthalte zwischen Baseline und 2 Jahre später (keine konkreten Zahlen berichtet).	Aufenthalte zwischen Baseline und 2 Jahre später (keine konkreten Zahlen berichtet).	über Personen in eigener Wohnung (ambulant) hinsichtlich des Gesamt SFS Scores (kein Testergebnis berichtet).		• 1 prospektive quasi-experimentelle Kohortenstudie • „schwere psychische Erkrankung“ • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 72% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.[1]	

[1]Basierend auf Ergebnis der Expertenumfrage zur Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen bei verschiedenen F-Diagnosen (Wendt et al. (2024b): Clinical Utility of the Level of Personality Functioning Scale: A Survey with German Mental Health Professionals.).

[2]Niedrige Qualitätsstufe, da es sich nicht um eine Randomisierte Kontrollierte Studie handelt. Es wurde eine Herabstufung zu „sehr niedrig“ vorgenommen, da im Abschlussbericht über das Projekt, das den beiden Publikationen zugrunde liegt, deutlich wurde, dass die Kontrollgruppe auch Wohnformen enthält, die unserer Interventionsdefinition entsprechen. Es liegt hier also eine fehlende Trennschärfe zwischen Interventions- und Kontrollgruppe vor.

Schlüsselfrage 4: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die in **„besonderen Wohnformen“ unter einem Dach** wohnen, ein besseres „Outcome“ als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?						
Psychopathologische Symptomschwere						
Vergleich mit Unterstützung in eigener Wohnung						
Outcome	**Risiko Kontrollgruppe**	**Risiko Interventionsgruppe**	**Relativer Effekt**	**Studieninformation**	**Studienbasis**	**Qualität pro Outcome**
Psychopathologische Symptomschwere anhand 9-item Symptom Checklist (SCL-K-9)[1]	Vergleich (vermutlich durchschnitt-licher) SCL-K-9 Score zwischen Baseline und t3 (zwei Jahre später): **Baseline: 13.1 t3: 12.7** **Differenz** Bei Baseline ist der Mittelwert des Scores in der Interventionsgruppe 1.6 Punkte geringer als in der Kontroll-gruppe, bei t3 3 Punkte geringer.	Vergleich (vermutlich durchschnitt-licher) SCL-K-9 Score zwischen Baseline und t3 (zwei Jahre später): **Baseline: 11.5 t3: 9.7**	Kein signifikanter Unterschied zwischen Personen mit permanenter Wohnunter-stützung im gegen-über Personen in eigener Wohnung hinsichtlich des SCL-K-9 Scores **(*F* = 3.00, *p* = 0.09, *d* = 0.31)**[2].	Dehn et al. (2022)	• *n* = 124 (Intention to treat mit Propensity Score matching) • 1 prospektive Kohortenstudie • „schwere psychische Erkrankung“ • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 69% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.[3]	⊕⊖⊖⊖[4]
Psychopathologische Symptomschwere anhand 9-item Symptom Checklist (SCL-K-9)[1]	Statistisch signifikante Verbesserung des SCL-K-9 Scores zwischen Baseline und 2 Jahre später (keine konkreten Zahlen berichtet).	Statistisch signifikante Verbesserung des SCL-K-9 Scores zwischen Baseline und 2 Jahre später (keine konkreten Zahlen berichtet).	Kein signifikanter Unterschied zwischen Personen im stationären Setting/besonderer Wohnform gegenüber Personen in eigener Wohnung (ambulant) hinsichtlich des Gesamt SFS Scores (kein Testergebnis berichtet).	Dehn et al. (2021)	• *n* = 102 (Per protocol mit Propensity Score matching) • 1 prospektive quasi-experimentelle Kohortenstudie • „schwere psychische Erkrankung“ • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunkti-	⊕⊖⊖⊖[4]

					onen bei 72% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.[3]	

[1]Klaghofer und Brähler (2001): Construction and test statistical evaluation of a short version of the SCL-90–R. Z Für Klin Psychol Psychiatr Psychother 49:115–124; Prinz et al. (2008): The symptom-check-list-90-R (SCL-90-R) and its short versions: psychometric analyses of inpatients with mental disorders. Phys Med Rehabil Kurortmed 18:337–343.
[2]Berichtet werden die Kennzahlen der statistischen Analyse, bei denen die Daten aus t2 eingesetzt wurden, falls an t3 fehlende Werte vorlagen (Last Observing Carried Forward Methode).
[3]Basierend auf Ergebnis der Expertenumfrage zur Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen bei verschiedenen F-Diagnosen (Wendt et al. (2024b): Clinical Utility of the Level of Personality Functioning Scale: A Survey with German Mental Health Professionals.).
[4]Niedrige Qualitätsstufe, da es sich nicht um eine Randomisierte Kontrollierte Studie handelt. Es wurde eine Herabstufung zu „sehr niedrig“ vorgenommen, da im Abschlussbericht über das Projekt, das den beiden Publikationen zugrunde liegt, deutlich wurde, dass die Kontrollgruppe auch Wohnformen enthält, die unserer Interventionsdefinition entsprechen. Es liegt hier also eine fehlende Trennschärfe zwischen Interventions- und Kontrollgruppe vor.

Schlüsselfrage 4: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die in **„besonderen Wohnformen“ unter einem Dach** wohnen, ein besseres „Outcome“ als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?						
Lebensqualität						
Vergleich mit Unterstützung in eigener Wohnung						
Outcome	**Risiko Kontrollgruppe**	**Risiko Interventionsgruppe**	**Relativer Effekt**	**Studieninformation**	**Studienbasis**	**Qualität pro Outcome**
Lebensqualität (Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA)[1]	Vergleich (vermutlich durchschnitt-licher) MANSA Score zwischen Baseline und t3 (zwei Jahre später): **Baseline: 38.5 t3: 42.5** **Differenz** Bei Baseline ist der Mittelwert des Scores in der Interventionsgruppe 0.5 Punkte geringer als in der Kontroll-gruppe, bei t3 0.6 Punkte geringer.	Vergleich (vermutlich durchschnitt-licher) MANSA Score zwischen Baseline und t3 (zwei Jahre später): **Baseline: 38 t3: 41.9**	Kein signifikanter Unterschied zwischen Personen mit permanenter Wohnunter-stützung gegen-über Personen in eigener Wohnung hinsichtlich des MANSA Scores **(*F* = 0.07, *p* = 0.79, *d* = 0.06)**[2].	Dehn et al. (2022)	• *n* = 124 (Intention to treat mit Propensity Score matching) • 1 prospektive Kohortenstudie • „schwere psychische Erkrankung“ • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 69% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.[3]	⊕⊖⊖⊖[4]
Lebensqualität (Manchester Short Assessment of Qualität of Life (MANSA)[1]	Statistisch signifikante Verbesserung des MANSA Scores zwischen Baseline und 2 Jahre später (keine konkreten Zahlen berichtet).	Statistisch signifikante Verbesserung des MANSA Scores zwischen Baseline und 2 Jahre später (keine konkreten Zahlen berichtet).	Kein signifikanter Unterschied zwischen Personen im stationären Setting/besonderer Wohnform gegenüber Personen in eigener Wohnung (ambulant) hinsichtlich des Gesamt SFS Scores (kein Testergebnis berichtet).	Dehn et al. (2021)	• *n* = 102 (Per protocol mit Propensity Score matching) • 1 prospektive quasi-experimentelle Kohortenstudie • „schwere psychische Erkrankung“ • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunkti-	⊕⊖⊖⊖[4]

					onen bei 72% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.[3]	

[1]Priebe et al. (1999): Application and results of the manchester short assessment of quality of life (MANSA). Int J Soc Psychiatry 45:7–12.

[2]Berichtet werden die Kennzahlen der statistischen Analyse, bei denen die Daten aus t2 eingesetzt wurden, falls an t3 fehlende Werte vorlagen (Last Observing Carried Forward Methode).

[3]Basierend auf Ergebnis der Expertenumfrage zur Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen bei verschiedenen F-Diagnosen (Wendt et al. (2024b): Clinical Utility of the Level of Personality Functioning Scale: A Survey with German Mental Health Professionals.).

[4]Niedrige Qualitätsstufe, da es sich nicht um eine Randomisierte Kontrollierte Studie handelt. Es wurde eine Herabstufung zu „sehr niedrig“ vorgenommen, da im Abschlussbericht über das Projekt, das den beiden Publikationen zugrunde liegt, deutlich wurde, dass die Kontrollgruppe auch Wohnformen enthält, die unserer Interventionsdefinition entsprechen. Es liegt hier also eine fehlende Trennschärfe zwischen Interventions- und Kontrollgruppe vor.

6.5 Evidenztabellen Schlüsselfrage 5

Schlüsselfrage 5: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die **ambulant koordinierte Versorgung** erhalten, ein besseres „Outcome“ als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?						
Funktionsfähigkeit						
Vergleich mit Standardversorgung						
Outcome	**Risiko Kontrollgruppe**	**Risiko Interventionsgruppe**	**Relativer Effekt**	**Studieninformation**	**Studienbasis**	**Qualität pro Outcome**
Funktionsfähigkeit short term anhand des Durchschnittlichen Global Assessment of Functioning Scale (GAF)[1] Scores, Messung nach weniger als 6 Monaten	nicht angegeben	nicht angegeben	**Mean Difference 2.07 (95% Konfidenzintervall 0.28 – 3.86)** Der GAF Score von Personen mit Intensive Case Management ist kurzfristig im Mittel 2 Punkte höher als der GAF Score der Personen mit Standard-versorgung.	Dieterich et al. (2017)	• *n* = 797 • Meta-Analyse aus *k* = 4 Randomisierten kontrollierten Studien[1] • Schwere psychische Erkrankung (1 Studie), Psychotische Erkrankung (1 Studie), primäre psychiatrische Diagnose (2 Studien) • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 67% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.[3]	⊕⊕⊕⊖[4]
Funktionsfähigkeit medium term anhand des durchschnittlichen Global Assessment of Functioning Scale	nicht angegeben	nicht angegeben	**Mean Difference 0.09 (95% Konfidenzintervall -3.11 – 3.28)** Der GAF Score von Personen mit Intensive Case Management unterscheidet sich mittelfristig nicht gegenüber	Dieterich et al. (2017)	• *n* = 722 • Meta-Analyse aus *k* =3 Randomisierten kontrollierten Studien[1] • Psychotische Erkrankung (1 Studie), primäre psychiatrische Diagnose (2 Studien)	⊕⊕⊖⊖[5]

(GAF)[1] Scores, Messung nach 7-12 Monaten			dem GAF Score der Personen mit Standard-versorgung.		• Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 66% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.[3]	
Funktionsfähigkeit long term anhand des durchschnittlichen Global Assessment of Functioning Scale (GAF)[1] Scores, Messung nach mehr als 12 Monaten	nicht angegeben	nicht angegeben	**Mean Difference 3.41 (95% Konfidenzintervall 1.66 – 5.16)** Der GAF Score von Personen mit Intensive Case Management ist langfristig im Mittel 3 Punkte höher als der GAF Score der Personen mit Standard-versorgung.	Dieterich et al. (2017)	• n = 818 • Meta-Analyse aus k = 5 Randomisierten kontrollierten Studien[1] • Schwere psychische Erkrankung (2 Studien), Psychotische Erkrankung (1 Studie), primäre psychiatrische Diagnose (2 Studien) • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 67% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.[3]	⊕⊕⊕⊖[4]

[1]American Psychiatric Association (1987): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3rd Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1987.
[2]Davon entsprechen 2 zwei verschiedenen Studienzentren innerhalb einer Studie (wird in Cochrane Review als 2 Studien bezeichnet).
[3]Basierend auf Ergebnis der Expertenumfrage zur Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen bei verschiedenen F-Diagnosen (Wendt et al. (2024b): Clinical Utility of the Level of Personality Functioning Scale: A Survey with German Mental Health Professionals.).
[4]Hohe Qualitätsstufe, da es sich um eine Meta-Analyse aus Randomisierten Kontrollierten Studien handelt. Herabstufung zu „moderat“, da Cochrane Risk of Bias Tool (The Cochrane Collaboration 2011) im Review hohes Biasrisiko hinsichtlich Verblindung von Studienteilnehmer:innen sowie Selektivem Berichten ergab.
[5]Weitere Herabstufung zu „niedrig“ aufgrund der hohen Heterogenität der Studien (I^2 = 55%).

Schlüsselfrage 5: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die **ambulant koordinierte Versorgung** erhalten, ein besseres „Outcome“ als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?						
Psychische Lebensqualität						
Vergleich gegen Standardversorgung						
Outcome	**Risiko Kontrollgruppe**	**Risiko Interventionsgruppe**	**Relativer Effekt**	**Studieninformation**	**Studienbasis**	**Qualität pro Outcome**
Psychische Lebensqualität anhand 12-item Short Form (SF-12) - Mental Health oder 36-item Short Form (SF-36) - Mental Health[1]	nicht angegeben	nicht angegeben	**Hedge`s *g* 0.26 (95% Konfidenzintervall 0.02 – 0.51)** Die mentale Lebensqualität unterscheidet sich in geringem[2] Ausmaß zwischen Personen mit Care Management und Personen mit Standard Outpatient care.	Lim et al. (2022)	• *n* = 304 • Meta-Analyse aus *k* = 3 Randomisierten kontrollierten Studien • Bipolare Störung und Schizophrenie • internalisierendes und Spektrum der Denkstörungen • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 75% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.[3]	⊕⊕⊖⊖[4]

[1]Kilbourne et al. (2008): Service delivery in older patients with bipolar disorder: a review and development of a medical care model. Bipolar Disorders. 2008; 10:672–683.; Montazeri et al. (2005): The Short Form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. Qual Life Res. 2005; 14:875-82.

[2]Cohen (2013). Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.). Formulierung in laienverständlicher Sprache basierend auf: https://rpsychologist.com/cohend/

[3]Basierend auf Ergebnis der Expertenumfrage zur Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen bei verschiedenen F-Diagnosen (Wendt et al. (2024b): Clinical Utility of the Level of Personality Functioning Scale: A Survey with German Mental Health Professionals.). Einschätzung der Persönlichkeitsfunktionen basierend auf der Annahme, dass bei allen Patient:innen eine entsprechende Diagnose vorliegt. Einschlusskriterium der Meta-Analyse war jedoch lediglich, dass in den jeweiligen Einzelstudien bei der Mehrheit der Patient:innen eine entsprechende Diagnose vorlag.

[4]Hohe Qualitätsstufe, da es sich um eine Meta-Analyse aus Randomisierten Kontrollierten Studien handelt. Herabstufung zu „moderat“ aufgrund methodischer Schwächen laut AMSTAR Checkliste (Coenen et al. 2013) (z. B. fehlende Angabe des Suchzeitraums). Weitere Herabstufung zu „niedrig“ aufgrund von fehlender Präzision des 95% Konfidenzintervalls.

Schlüsselfrage 5: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die **ambulant koordinierte Versorgung** erhalten, ein besseres „Outcome“ als die, die eine unspezifizierte Kontrollbedingung erhalten?						
Erwerbsstatus						
Vergleich mit Standardversorgung						
Outcome	**Risiko Kontrollgruppe**	**Risiko Interventionsgruppe**	**Relativer Effekt**	**Studieninformation**	**Studienbasis**	**Qualität pro Outcome**
Erwerbsstatus medium term (Erwerbslosigkeit am Ende der Studie, Messung nach 7-12 Monaten)	461 Fälle bei 572 Teilnehmenden mit Standard-versorgung (entspricht 806 Fällen auf 1000 Personen und somit **Risiko** von **0.81**)	398 Fälle bei 564 Teilnehmenden mit Intensive Case management (entspricht 706 Fällen auf 1000 Personen und somit **Risiko** von **0.71**)	**Risk Ratio 0.89 (95% Konfidenzintervall 0.79 – 1)** Personen mit Intensive Case Management haben tendenziell ein 11% geringeres Risiko mittelfristig erwerbslos zu sein als Personen mit Standard-versorgung.	Dieterich et al. (2017)	• *n* = 1 136 • Meta-Analyse aus *k* = 4 Randomisierten kontrollierten Studien[1] • Schwere psychische Erkrankung (3 Studien), Schizophrenie oder schizophrenieähnliche Psychose (1 Studie) • Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 83% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.[2]	⨁⨁⨀⨀[3]
	Differenz Die Differenz entspricht 100 Fälle weniger pro 1000 Personen in der Interventionsgruppe.					
Erwerbsstatus long term (Erwerbslosigkeit am Ende der Studie, Messung nach mehr als 12 Monaten)	436 Fälle bei 569 Teilnehmenden mit Standard-versorgung (entspricht 766 Fällen auf 1000 Personen und somit **Risiko** von **0.77**)	315 Fälle bei 560 Teilnehmenden mit Intensive Case management (entspricht 563 Fällen auf 1000 Personen und somit **Risiko** von **0.56**)	**Risk Ratio 0.70 (95% Konfidenzintervall 0.49 – 1)** Personen mit Intensive Case Management haben tendenziell ein 30% geringeres Risiko langfristig erwerbslos zu sein als Personen mit Standard-versorgung.	Dieterich et al. (2017)	• *n* = 1 129 • Meta-Analyse aus *k* = 4 Randomisierten kontrollierten Studien[1] • Schwere psychische Erkrankung (2 Studien), Schizophrenie oder Bipolare Störung (1 Studie), Schizophrenie oder schizophrenieähnliche Psychose (1 Studie)	⨁⨁⨀⨀[3]
	Differenz					

	Die Differenz entspricht 203 Fälle weniger pro 1000 Personen in der Interventionsgruppe.			• Es ist anzunehmen, dass die Persönlichkeitsfunktionen bei 83% der Patient:innen schwer beeinträchtigt sind.[2]	

[1]Davon entsprechen 2 zwei verschiedenen Studienzentren innerhalb einer Studie (wird in Cochrane Review als 2 Studien bezeichnet).

[2]Basierend auf Ergebnis der Expertenumfrage zur Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen bei verschiedenen F-Diagnosen (Wendt et al. (2024b): Clinical Utility of the Level of Personality Functioning Scale: A Survey with German Mental Health Professionals.).

[3]Hohe Qualitätsstufe, da es sich um eine Meta-Analyse aus Randomisierten Kontrollierten Studien handelt. Herabstufung zu „moderat“, da Cochrane Risk of Bias Tool (The Cochrane Collaboration 2011) im Review hohes Biasrisiko hinsichtlich Verblindung von Studienteilnehmer:innen sowie Selektivem Berichten ergab. Weitere Herabstufung zu „niedrig“ aufgrund von Inkonsistenz, da signifikante Heterogenität zwischen den Studien bzw. ein hoher mit Studiendifferenzen zu erklärender Anteil an Varianz zwischen den Punktschätzern der Einzelstudien (I^2 75% bzw. 94%) vorlag.

6.6 Evidenztabellen Schlüsselfrage 9

Relevanz von therapeutischer Beziehung für Patient:innen

Schlüsselfrage 9: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die einen **festen Bezugs-Mental Health Care Professional haben, ein besseres Outcome als die, die keinen haben?**							
Erfahrungen von Patient:innen und Angehörigen mit frühen Interventionsangeboten							
Zusammenfassendes Ergebnis der Meta-Analyse	**Methodologische Limitationen**	**Kohärenz**	**Adäquatheit der Daten**	**Relevanz**	**Referenz**	**Studienbasis**	**GRADE-CERQual Qualität**
Patient:innen und Angehörige schreiben einer engen Beziehung zu Mitarbeiter:innen der Frühinterventions-Dienste die wichtigste Rolle in ihrer Genesung zu. Eine enge therapeutische Beziehung fördert das Gefühl von Handlungsfähigkeit, die Interaktion mit Anderen und verbessert das Identitätsgefühl. Die Beziehung wird dann als besonders hilfreich empfunden, wenn sie die Mitarbeitenden ruhig, warm und nahbar sind, „einfache“ Sprache verwenden und eine	keine oder sehr geringe Bedenken	keine oder sehr geringe Bedenken	keine oder sehr geringe Bedenken	keine oder sehr geringe Bedenken	Loughlin et al. (2020)	• *k* = 14 Studien • *n* = 340 Patient:innen und Angehörige • P: Patient:innen mit Schizophrenie und/oder Bipolare Störungen	⨁⨁⨁⨁
	Begründung: Die Autor:innen haben eine systematische Qualitätsbewertung durchgeführt, der Range geht von 18-28 (von 30), Bewertung durch 2 Autor:innen unabhängig voneinander. Der Body of Data wurde durch Thematische Analyse, basierend auf kritischem Realismus, erarbeitet. Es wurden Kernthemen und Subthemen herausgearbeitet.	Begründung: Die Themen pro Studie sind übersichtlich dargestellt. Die Einzelbefunde stimmen mit dem Gesamtbefund gut überein.	Begründung: Anzahl von Studien und Patient:innen sind hoch, die Richness ist mittelmäßig, aber es ist gut erklärt, wie hilfreiche Beziehungen gestaltet sein sollten (dieser Aspekt ist reichhaltig und dieser ist für unsere LL relevant).	Begründung: Die Studien stammen vor allem aus Australien und UK, sind sie auf Deutschland übertragbar? --> vermutlich ja, was die Beziehung angeht; die frühen Interventionen selbst könnten hier anders aussehen. Aufgrund der hohen Relevanz für Patienten in Deutschland (siehe Rohenkohl et al. 2023) als insgesamt direkt relevant eingestuft. 4 Datenbanken wurden systematisch durchsucht.			

nicht-bewertende Haltung einnehmen.							

Schlüsselfrage 9: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die einen **festen Bezugs-Mental Health Care Professional haben, ein besseres Outcome als die, die keinen haben?**							
Erfahrungen von Patient:innen mit Psychotherapie bei Selbstverletzungen							
Zusammenfassendes Ergebnis der Meta-Analyse	**Methodologische Limitationen**	**Kohärenz**	**Adäquatheit der Daten**	**Relevanz**	**Referenz**	**Studienbasis**	**GRADE-CERQual Qualität**
Der Aufbau einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung, die auf Geduld beruht und nicht bewertend ist, war für den wahrgenommenen Erfolg der Therapie entscheidend, die für jede Person einzigartig war und oft über die Reduzierung des selbstverletzenden Verhaltens hinausging. Der Prozess der Entwicklung von Vertrauen ist komplex und nicht-linear; es benötigt Zeit und Geduld, damit Patient:innen sich sicher fühlen können, wobei die Grenzen der Beziehung auch immer wieder ausgetestet werden, um ein Gefühl von Sicherheit etablieren zu können.	keine oder sehr geringe Bedenken	keine oder sehr geringe Bedenken	geringe Bedenken	keine oder sehr geringe Bedenken	Haw et al. (2023)	• *k* = 10 Studien • *n* = 104 Patient:innen • P: Patient:innen in Einzelpsychotherapie aufgrund von Selbstverletzungen	⊕⊕⊕⊕
	Begründung: Qualitätsbeurteilung der Einzelstudien anhand von CASP, die Reflexivität ist hoch. Body of Data wird basierend auf gründlichem meta-ethnographischem Vorgehen erarbeitet. Das Review wurde in PROSPERO präregistriert.	Begründung: Die Themen pro Artikel sind im Anhang (Tab. 1) dargestellt. 9 von 10 Studien fanden die Beziehung wichtig als "vehicle for change". Hohe Kohärenz auch bezüglich des Themas Vertrauen als Grundlage von Veränderung. Einzelbefunde stimmen mit dem Gesamtbefund gut überein	Begründung: Die Quantität ist hoch, die Richness mittelgradig. Im Anhang finden sich noch einige Beispiele für Zitate - insgesamt eine gute Mischung aus Fülle und Prägnanz.	Begründung: 1 Studie aus Deutschland dabei, sonst aus UK, aber auch USA, Schweden und Iran. Die Patientenpopulation passt zu unserer Fragestellung. 4 DB durchsucht, systematisches Vorgehen Einschätzung: direkte Relevanz: es sind Pat. mit SBPF betroffen				

Ohne eine vertrauensvolle Beziehung wird der therapeutische Raum als unsicher erlebt und Patient:innen halten dann entweder Informationen zurück oder werden demotiviert bezüglich der Therapie. Dies kann zu verzögertem Bericht von selbstverletzenden Tendenzen führen und damit die Gefahren erhöhen.							

Schlüsselfrage 9: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die einen **festen Bezugs-Mental Health Care Professional haben, ein besseres Outcome als die, die keinen haben?**							
Erfahrungen von Kliniker:innen im Umgang mit Patient:innen mit SBPF							
Zusammenfassendes Ergebnis der Meta-Analyse	**Methodologische Limitationen**	**Kohärenz**	**Adäquatheit der Daten**	**Relevanz**	**Referenz**	**Studienbasis**	**GRADE-CERQual Qualität**
Starke, vertrauensvolle Beziehungen zwischen Kliniker:innen und Patient:innen sind der Schlüssel zum Behandlungserfolg. Die Erfahrungen der Kliniker:innen mit solchen Beziehungen sind jedoch unterschiedlich. Einerseits gibt es positive Aspekte (die Patient:innen werden als "verlässlich", "ehrlich" und „kreativ“ erlebt und die eigene Rolle als hilfreich), andererseits gibt es häufig negative Gefühle und Burnout-Erfahrungen (die Pat. werden als „anspruchsvoll", "herausfordernd", "riskant", "abhängig", "selbstzerstörerisch", "manipulativ", "nicht konform", "unbehandelbar" und "grenzüberschreitend" erlebt).	geringe Bedenken	moderate Bedenken	geringe Bedenken	geringe Bedenken	Troup et al. (2022)	• *k* = 27 Stichproben • *n* = 550 Therapeut:innen • P: Therapeut:innen von Menschen mit SBPF	⊕⊕⊕⊖[6]
	Begründung: Gründliche Qualitätsbeurteilung der Einzelstudien anhand von CASP, dabei zeigte sich eine teilweise geringe Qualität oder fehlende Informationen zur Einschätzung der Qualität in Einzelstudien. Der Body of Data wurde mittels thematischer Analyse mit der Software Nvivo erarbeitet. Durch dieses Vorgehen wurden Verzerrungen reduziert, aber möglicherweise auf Kosten der Tiefe der Analyse.	Begründung: Die Themen sind nicht systematisch pro Studie dargestellt; es sind einzelne Studien pro Thema referenziert, aber nicht alle.	Begründung: Die Quantität ist hoch, die Richness sehr gut.	Begründung: Es wurden 6 Datenbanken durchsucht, systematisches Vorgehen bei Ein- und Ausschluss der Artikel. Studienteilnehmende sind Kliniker:innen und Verwaltungsmitarbeitende, die mit "Patient:innen mit komplexen emotionalen Bedürfnissen" arbeiten (de facto sind es meist Pat. mit BPD); es ist keine Studie aus Deutschland dabei, sondern v.a. aus UK, Australien, Schweden, aber auch Südafrika und den USA. Allerdings wäre es überraschend, wenn die Befunde nicht auf Dtl. zutreffen würden, außer bei den Ergebnissen zu Supervision und Unterschiede zwischen Versorgungssektoren, da diese			

Die Schwierigkeiten der Pat. wurden als dauerhaft und dringlich angesehen. Kliniker:innen können sich von "einem bodenlosen Pool von Bedürfnissen" überwältigt fühlen, zumal häufig auch komorbide Diagnosen und umfassendere soziale Probleme in Bezug auf Wohnung, Beschäftigung, Finanzen und soziale Netzwerke vorliegen. Kliniker:innen erleben sich häufig von den Pat. idealisiert und haben das Gefühl, dass nichts, was sie tun, gut genug ist. Während der Aufbau einer authentischen Beziehung zu den Pat. als unerlässlich angesehen wurde, gaben die Kliniker:innen auch an, dass sie befürchteten, ausgesaugt und emotional überfordert zu werden, sich verletzlich zu fühlen und gefährlich nahe daran zu sein, ihr Selbstwertgefühl zu verlieren. Supervision und bessere Ausbildung können diese				abhängig vom Versorgungssystem sind, daher indirekte Relevanz.			

negativen Einstellungen aus Sicht der Kliniker:innen reduzieren und das Verstehen der Pat. verbessern.							

[6]Herabstufung wegen geringer Bedenken bezüglich methodologischer Limitationen, der Adäquatheit der Daten und der Relevanz. Moderate Bedenken bezüglich der Kohärenz, die aber nicht so stark ins Gewicht fallen, daher insgesamt moderate Qualität.

Therapeutische Beziehung als Zielgröße

Schlüsselfrage 9: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die einen **festen Bezugs-Mental Health Care Professional haben, ein besseres Outcome als die, die keinen haben?**						
Effekt von Shared Decision Making auf Therapeutische Beziehung						
Vergleich mit Treatment as usual						
Outcome	**Risiko Kontrollgruppe**	**Risiko Interventionsgruppe**	**Relativer Effekt**	**Studieninformation**	**Studienbasis**	**Qualität**
Therapeutische Beziehung[1]	nicht einzeln angegeben	nicht einzeln angegeben	**Hedge's *g* = 0.21 (95% CI 0.07-0.35)** Dies entspricht der Effektgröße nach Ausschluss einer Studie, die hohe Heterogenität verursacht hatte; nach diesem Ausschluss lag das I^2 bei 20% (entsprechend einer geringen Heterogenität). Interventionen zur Stärkung der partizipativen Entscheidung („Shared Decision Making"), im persönlichen Kontakt (Einzel- oder Gruppensetting) verbessern die therapeutische Beziehung, vor allem hinsichtlich der Allianz und der Qualität der Kommunikation, geringfügig[2] im Vergleich zu Treatment as usual.	Stovell et al. (2016)	• *k* = 11 RCTs, Meta-Analyse • *n* = 1168 Patient:innen • P: Patient:innen mit mit Störung aus dem Schizophrenie-Spektrum	⊕⊕⊕⊖ [5,6]

[1]Messung anhand verschiedener Konstrukte (Allianz, Qualität der Kommunikation, Zufriedenheit mit der Gesundheitsfachkraft) und Erhebungsinstrumente.

[2] Cohen (2013). Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.). Formulierung in laienverständlicher Sprache basierend auf: https://rpsychologist.com/cohend/

[5]Hohe Qualitätsstufe, da es sich um eine Meta-Analyse aus randomisierten kontrollierten Studien handelt. Geringes Biasrisiko (10 von 11 AMSTAR Kriterien vollständig erfüllt).

[6]Herabstufung wegen geringer Präzision des 95% Konfidenzintervalls.

Schlüsselfrage 9: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die einen **festen Bezugs-Mental Health Care Professional haben, ein besseres Outcome als die, die keinen haben?**							
Interpersonelle Dynamiken und therapeutische Beziehung							
Zusammenfassendes Ergebnis der Meta-Analyse	**Methodologische Limitationen**	**Kohärenz**	**Adäquatheit der Daten**	**Relevanz**	**Referenz**	**Studienbasis**	**GRADE-CERQual Qualität**
Pat. erleben andere Personen häufig als unzuverlässig, d. h. als nicht verfügbar, kontrollierend und überprotektiv. Um sich an diese unzuverlässigen Personen anzupassen, versuchen sie, ihnen zu gefallen und sie zu kontrollieren, z. B. indem sie ihren Gefühlsausdruck unterdrücken. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass es für Fachkräfte im Gesundheitswesen von Vorteil wäre, eine stärker interpersonelle Perspektive auf Schwierigkeiten bei der Emotionsregulation einzunehmen.	keine oder geringe Bedenken	keine oder geringe Bedenken	geringe Bedenken	moderate Bedenken	Krivzov et al. (2021)	• k = 22 Fallstudien • n = 23 Patient:innen • P: Patient:innen mit funktionellem somatischen Syndrom	⊕⊕⊕⊖[6]
	Begründung: Das Ursprungsmaterial wurde umfassend beurteilt, sehr aufwändige Datenextraktion und Ausschluss theorielastiger Sätze. Hohe Reflexivität (z. B. wurde die Gruppe der Forschenden explizit erweitert, um verschiedene Perspektiven zu berücksichtigen). Body of Data: Die Studien wurden mittels thematischer Analyse vor dem Hintergrund des Kritischen Realismus sorgfältig zusammengefasst.	Begründung: Die Themen pro Studie sind im Supplement auflistet. Gesamtbefund und Einzelbefunden stimmen sehr gut überein. Dabei zeigt sich eine hohe Kohärenz (z. B. dass das Gegenüber als nicht-verlässlich erlebt wird, kam in 22 von 23 der Fälle vor).	Begründung: Die Reichhaltigkeit der Ergebnisse ist hoch, die Quantität jedoch moderat (23 Fälle).	Begründung: Es ist unbekannt, aus welchem Land die Patient:innen stammen bzw. wo die Therapie stattfand. Das P ist nur teilweise passend (z. B. gibt es auch Fälle mit chronischer Fatigue), daher nur partielle Relevanz. Die Fälle wurden aus dem Single Case Archive (SCA) gewonnen, der größten Datenbank für Einzelfallbeschreibungen, die sich aus dem systematischen Screening großer begutachteter Zeitschriften speist. Auswahlkriterium war vor allem die diagnostische Passung.			

[6]Herabstufung wegen geringer Bedenken bezüglich der Adäquatheit der Daten und moderater Bedenken bzgl. der Relevanz.

Schlüsselfrage 9: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die einen **festen Bezugs-Mental Health Care Professional haben, ein besseres Outcome als die, die keinen haben?**							
Selbstöffnung und Unmittelbarkeit							
Zusammenfassendes Ergebnis der Meta-Analyse	**Methodologische Limitationen**	**Kohärenz**	**Adäquatheit der Daten**	**Relevanz**	**Referenz**	**Studienbasis**	**GRADE-CERQual Qualität**
Nachdem Therapeut:innen etwas sagen, das etwas Persönliches (jenseits der Therapie) über sie vermittelt („Selbstöffnung“), kommt es am häufigsten zu einer Stärkung der therapeutischen Beziehung, gefolgt von einer Besserung des psychischen Befindens der Patient:innen und der Einsicht. Bei einem Viertel der Fälle ist die Selbstöffnung jedoch nicht hilfreich für die Patient:in, in 5% der Fälle ist sie negativ	moderate Bedenken	keine oder geringe Bedenken	moderate Bedenken	ernsthafte Bedenken	Hill et al. (2018)	• *k* = 21 Studien • *n* = 184 Patient:innen • P: Patient:innen in Psychotherapie	⊕⊖⊖⊖
	Begründung: Die Qualität der Einzelstudien wurde nur beispielhaft beurteilt. Positiv zu bewerten ist, dass Transkripte analysiert wurden. Der Body of data wurde mittels Auszählung zusammengefasst, was zwar systematisch und gut nachvollziehbar ist, aber den Vorteil von qualitativer Arbeit nivelliert.	Begründung: Die Datenextraktion pro Studie ist sehr genau aufgelistet. Die Kohärenz der Befunde bezüglich der therapeutischen Beziehung ist sehr hoch.	Begründung: Das N pro Befund ist übersichtlich dargestellt. Die Quantität ist hoch, die Tiefe der Analyse und damit die Reichhaltigkeit sind jedoch eher gering.	Begründung: Es wird nur für eine der Einzelstudien eindeutig klar, ob die Patientenpopulation für unsere LL passt, daher nur partielle Relevanz (mit Tendenz in Richtung „unklare Relevanz“). Es wurde 1 Datenbank systematisch durchsucht und Autor:innen angeschrieben. Auch unpublizierte Studien wurden berücksichtigt.			

für die Thera-peut:in.							

[6] Der Hauptgrund für die als insgesamt sehr niedrig eingeschätzte Qualität ist die für die vorliegende Leitlinie unklare bzw. nur partielle Relevanz der Ergebnisse.

Merkmale der therapeutischen Beziehung als Wirkfaktoren bezogen auf das Ergebnis der Psychotherapie

Schlüsselfrage 9: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die einen **festen Bezugs-Mental Health Care Professional haben, ein besseres Outcome als die, die keinen haben?**						
Wirkfaktor Zielkonsens						
Outcome	**Risiko Kontrollgruppe**	**Risiko Interventionsgruppe**	**Relativer Effekt**	**Studieninformation**	**Studienbasis**	**Qualität**
Ergebnis der Psychotherapie[1]	nicht zutreffend	nicht zutreffend	**Korrelation *r* = 0.24** (95% CI 0.19 – 0.28) **Effektstärke *d* = 0.49** (95% CI 0.39; 0.58) Stimmen Therapeut:innen und Patient:innen hinsichtlich der Ziele von Psychotherapie und die Art, wie diese erreicht werden sollen, überein, dann ist das Ergebnis der Psychotherapie geringfügig besser. Bei einem Cohen's *d* von 0.49 werden 69% der "Behandlungs"-Gruppe über dem Mittelwert der "Kontroll"-Gruppe liegen, 81% der beiden Gruppen werden sich überschneiden, und es besteht eine 63%ige Chance, dass eine zufällig aus der "Behandlungs"-Gruppe ausgewählte Person	Tryon et al. (2018)	• *k* = 54 Studien • *n* = 7.278 Patient:innen • P: Patient:innen in Psychotherapie	⊕⊖⊖⊖ [5,6]

			ein besseres Therapieergebnis erzielt als eine zufällig aus der "Kontroll"-Gruppe ausgewählte Person. [2]			
Wirkfaktor Kooperation						
Outcome	**Risiko Kontrollgruppe**	**Risiko Interventionsgruppe**	**Relativer Effekt**	**Studieninformation**	**Studienbasis**	**Qualität**
Ergebnis der Psychotherapie[1]	nicht zutreffend	nicht zutreffend	**Korrelation *r* = 0.29 (95% CI 0.24 - 0.34)** **Effekstärke *d* = 0,61 (95% CI 0.49; 0.72)** Gehen Therapeut:innen und Patient:innen eine respektvolle, wechselseitig kooperative Beziehung ein, dann ist das Ergebnis der Psychotherapie moderat besser. Bei einem Cohen's *d* von 0.61 werden 73% der "Behandlungs"-Gruppe über dem Mittelwert der "Kontroll"-Gruppe liegen, 76% der beiden Gruppen werden sich überschneiden, und es besteht eine 67%ige Chance, dass eine zufällig aus der "Behandlungs"-Gruppe ausgewählte Person	Tryon et al. (2018)	• *k* = 53 Studien • *n* = 5.286 Patient:innen • P: Patient:innen in Psychotherapie	⊕⊖⊖⊖ [5,6]

			ein besseres Therapieergebnis erzielt als eine zufällig aus der "Kontroll"-Gruppe ausgewählte Person. [2]			

[1]Alle Outcomes wurden aggregiert. Wenn mehrere Outcomes in einer Originalarbeit untersucht wurden, haben die Autor:innen gemittelte Koeffizienten pro Studie berechnet.
[2]Cohen (2013). Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.). Formulierung in laienverständlicher Sprache basierend auf: https://rpsychologist.com/cohend/
[5]Niedrige Qualitätsstufe, da es sich um eine Meta-Analyse aus Beobachtungsstudien handelt.
[6]Herabstufung wegen hohem Biasrisiko (6 von 11 AMSTAR Kriterien vollständig erfüllt), zudem Inkonsistenz (bei beträchtlicher Heterogenität der Ergebnisse).

Schlüsselfrage 9: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die einen **festen Bezugs-Mental Health Care Professional haben, ein besseres Outcome als die, die keinen haben?**						
Wirkfaktor Erwartungen an das Behandlungsergebnis						
Outcome	**Risiko Kontrollgruppe**	**Risiko Interventionsgruppe**	**Relativer Effekt**	**Studieninformation**	**Studienbasis**	**Qualität**
Ergebnis der Psychotherapie[1]	nicht zutreffend	nicht zutreffend	**Korrelation *r* = 0.18 (95% CI 0.14 - 0.22)** **Effektstärke *d* = 0.36 (95% CI n.a.)** Wenn Patient:innen vermuten, dass sie gut auf die Behandlung ansprechen werden, in der sie sich befinden oder die sie im Begriff sind zu beginnen, dann ist das Ergebnis der Psychotherapie geringfügig besser. Es wird vermutet, dass dieser Effekt durch „Re-Moralisierung“ entsteht. Bei einem Cohen's *d* von 0.36 werden 64% der "Behandlungs"-Gruppe über dem Mittelwert der "Kontroll"-Gruppe liegen, 86% der beiden Gruppen werden sich überschneiden, und es besteht eine 60%ige Chance, dass eine zufällig aus der "Behandlungs"-Gruppe ausgewählte Person ein besseres Therapieergebnis erzielt als eine zufällig aus der "Kontroll"-Gruppe ausgewählte Person. [2]	Constantino et al. (2018)	• *k* = 72 Studien, 81 Stichproben • *n* = 12.722 Patient:innen • P: Patient:innen, mindestens 3 Sitzungen in Psychotherapie	⊕⊖⊖⊖ [5,6]

[1]Alle Outcomes wurden aggregiert. Wenn mehrere Outcomes in einer Originalarbeit untersucht wurden, haben die Autor:innen gemittelte Koeffizienten pro Studie berechnet.
[2]Cohen (2013). Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.). Formulierung in laienverständlicher Sprache basierend auf: https://rpsychologist.com/cohend/
[5]Niedrige Qualitätsstufe, da es sich um eine Meta-Analyse aus Beobachtungsstudien handelt.
[6]Herabstufung wegen hohem Biasrisiko (4 von 11 AMSTAR Kriterien vollständig erfüllt), zudem Inkonsistenz (bei beträchtlicher Heterogenität der Ergebnisse, I^2=76%), die jedoch mittels Moderatorenanalyse adressiert wurde.

Schlüsselfrage 9: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die einen **festen Bezugs-Mental Health Care Professional haben, ein besseres Outcome als die, die keinen haben?**						
Wirkfaktor Empathie						
Outcome	**Risiko Kontrollgruppe**	**Risiko Interventionsgruppe**	**Relativer Effekt**	**Studieninformation**	**Studienbasis**	**Qualität**
Ergebnis der Psychotherapie[1]	nicht zutreffend	nicht zutreffend	**Korrelation *r* = 0.28 (95% CI 0.23 – 0.33)** **Effektstärke *d* = 0.58 (95% CI n.a.)** ***Effekt bei schwer Erkrankten:* (*k* = 15); *r* = 0.32 (95% CI n.a.)** Wenn die therapeutische Beziehung durch Empathie geprägt ist (definiert durch: 1. empathische Resonanz der Therapeut:in auf die Pat., 2. zum Ausdruck gebrachtes Verstehen der Sicht der Patient:in und ihrer Werte und 3. das durch die Patient:in erlebte Verstandenwerden in der Therapie), dann ist das Ergebnis der Psychotherapie moderat besser.	Elliott et al. (2018)	• *k* = 82 Stichproben • *n* = 6.138 Patient:innen • P: Patient:innen in Psychotherapie (die Ergebnisse wurden in einer Moderatorenanalyse nach der Diagnosegruppe stratifiziert)	⊕⊖⊖⊖ [5,6]

			Bei schwer Erkrankten ist dieser Effekt stärker ausgeprägt als bei Patient:innen mit geringerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen. Bei einem Cohen's *d* von 0.58 werden 72% der "Behandlungs"-Gruppe über dem Mittelwert der "Kontroll"-Gruppe liegen, 77% der beiden Gruppen werden sich überschneiden, und es besteht eine 66%ige Chance, dass eine zufällig aus der "Behandlungs"-Gruppe ausgewählte Person ein besseres Therapieergebnis erzielt als eine zufällig aus der "Kontroll"-Gruppe ausgewählte Person. [2]			

[1]Alle Outcomes wurden aggregiert. Wenn mehrere Outcomes in einer Originalarbeit untersucht wurden, haben die Autor:innen gemittelte Koeffizienten pro Studie berechnet.
[2]Cohen (2013). Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.). Formulierung in laienverständlicher Sprache basierend auf: https://rpsychologist.com/cohend/
[5]Niedrige Qualitätsstufe, da es sich um eine Meta-Analyse aus Beobachtungsstudien handelt.
[6]Herabstufung wegen hohem Biasrisiko (6 von 11 AMSTAR Kriterien vollständig erfüllt), zudem Inkonsistenz (bei beträchtlicher Heterogenität der Ergebnisse, I^2=72%), die allerdings durch eine Moderatorenanalyse adressiert wurde.

Schlüsselfrage 9: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die einen **festen Bezugs-Mental Health Care Professional haben, ein besseres Outcome als die, die keinen haben?**						
Wirkfaktor Positive Wertschätzung						
Outcome	**Risiko Kontrollgruppe**	**Risiko Interventionsgruppe**	**Relativer Effekt**	**Studieninformation**	**Studienbasis**	**Qualität**
Ergebnis der Psychotherapie[1]	nicht zutreffend	nicht zutreffend	**Hedges *g* = 0.36 (95% CI 0.28 - 0.44)** bei Berücksichtigung der geclusterten Datenstruktur Der Effekt war bei schwer Erkrankten (*k* = 12) geringer als bei Patient:innen mit Angststörungen/Depression, allerdings wurden keine separaten Effektschätzer dafür angegeben. Wenn die therapeutische Beziehung durch Akzeptanz und positive Wertschätzung geprägt ist, dann ist das Ergebnis der Psychotherapie geringfügig besser. Möglicherweise „funktioniert“ dieses Verhalten bei schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen weniger gut. Bei einem Hedges *g* von 0.36 werden 64% der "Behandlungs"-Gruppe über dem Mittelwert der "Kontroll"-Gruppe liegen, 86%	Farber et al. (2018)	• *k* = 64 Studien • *n* = 3.528 Patient:innen • P: Patient:innen in Psychotherapie	⊕⊖⊖⊖ [5,6]

			der beiden Gruppen werden sich überschneiden, und es besteht eine 60%ige Chance, dass eine zufällig aus der "Behandlungs"-Gruppe ausgewählte Person ein besseres Therapieergeb-nis erzielt als eine zufällig aus der "Kontroll"-Gruppe ausgewählte Person. [2]			

[1]Alle Outcomes wurden aggregiert. Wenn mehrere Outcomes in einer Originalarbeit untersucht wurden, haben die Autor:innen gemittelte Koeffizienten pro Studie berechnet.
[2]Cohen (2013). Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.). Formulierung in laienverständlicher Sprache basierend auf: https://rpsychologist.com/cohend/
[5]Niedrige Qualitätsstufe, da es sich um eine Meta-Analyse aus Beobachtungsstudien handelt.
[6]Herabstufung wegen hohem Biasrisiko (4 von 11 AMSTAR Kriterien vollständig erfüllt), zudem Inkonsistenz (bei beträchtlicher Heterogenität der Ergebnisse, I^2=67%, wobei diese durch Moderatorenanalyse adressiert wurde) und Verdacht auf Publikationsbias (basierend auf Funnelplot und Fail-Safe-N).

Schlüsselfrage 9: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die einen **festen Bezugs-Mental Health Care Professional haben, ein besseres Outcome als die, die keinen haben?**						
Wirkfaktor Realbeziehung						
Outcome	**Risiko Kontrollgruppe**	**Risiko Interventionsgruppe**	**Relativer Effekt**	**Studieninformation**	**Studienbasis**	**Qualität**
Ergebnis der Psychotherapie[1]	nicht zutreffend	nicht zutreffend	**Korrelation *r* = 0.38 (95% CI 0.30 – 0.44)** **Effektstärke *d* = 0.80 (95% CI n.a.)** Je realistischer sich die Beteiligten einer therapeutischen Beziehung gegenseitig erleben und wahrnehmen und je aufrichtiger sie miteinander umgehen, desto stärker ist die so genannte Realbeziehung. Das Ergebnis der Psychotherapie hängt damit deutlich zusammen. Bei einem Cohen's *d* von 0.80 werden 79% der "Behandlungs"-Gruppe über dem Mittelwert der "Kontroll"-Gruppe liegen, 69% der beiden Gruppen werden sich überschneiden, und es besteht eine 71%ige Chance, dass eine zufällig aus der "Behandlungs"-	Gelso et al. (2018)	• *k* = 16 Studien • *n* = 1.502 Patient:innen • P: Patient:innen in Psychotherapie	⊕⊖⊖⊖ [5,6]

			Gruppe ausgewählte Person ein besseres Therapieergeb-nis erzielt als eine zufällig aus der "Kontroll"-Gruppe ausgewählte Person. [2]			

[1]Alle Outcomes wurden aggregiert. Wenn mehrere Outcomes in einer Originalarbeit untersucht wurden, haben die Autor:innen gemittelte Koeffizienten pro Studie berechnet. In einer Moderatorenanalyse wurde der Effekt der Art des Outcomes analysiert und kein signifikanter Unterschied festgestellt (separate Effektschätzer pro Outcome wurden jedoch nicht berichtet).
[2]Cohen (2013). Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.). Formulierung in laienverständlicher Sprache basierend auf: https://rpsychologist.com/cohend/
[5]Niedrige Qualitätsstufe, da es sich um eine Meta-Analyse aus Beobachtungsstudien handelt.
[6]Herabstufung wegen hohem Biasrisiko (6 von 11 AMSTAR Kriterien vollständig erfüllt), zudem Indirektheit.

Schlüsselfrage 9: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die einen **festen Bezugs-Mental Health Care Professional haben, ein besseres Outcome als die, die keinen haben?**						
Wirkfaktor Gegenübertragungsmanagement						
Outcome	**Risiko Kontrollgruppe**	**Risiko Interventionsgruppe**	**Relativer Effekt**	**Studieninformation**	**Studienbasis**	**Qualität**
Ergebnis der Psychotherapie[1]	nicht zutreffend	nicht zutreffend	**Korrelation *r* = 0.51**[3] **(95% CI 0.30 – 0.72)** **Effektstärke *d* = 1.20 (95% CI n.a.)** Wenn Therapeut:innen wahrnehmen, wie sie auf die Patient:innen emotional, kognitiv und körperlich reagieren („Gegenübertragung“) und diese Reaktionen angemessen verstehen, regulieren und therapeutisch nutzen („Gegenübertragungsmanagement“), dann ist das Ergebnis der Psychotherapie deutlich besser. Unreflektierte und nicht regulierte Gegenübertragung äußert sich zum Beispiel darin, dass Therapeut:innen bestimmte Themen im Gespräch mit Patient:innen vermeiden, das sie überinvolviert sind oder eigene	Hayes et al. (2018)	• *k* = 9 Studien • *n* = 392 Patient:innen • P: Patient:innen in Psychotherapie	⊕⊖⊖⊖ [5,6]

			Bedürfnisse befriedigen, indem sie die Patient:innen exzessiv versorgen. Bei einem Cohen's *d* von 1.20 werden 89% der "Behandlungs"-Gruppe über dem Mittelwert der "Kontroll"-Gruppe liegen, 55% der beiden Gruppen werden sich überschneiden, und es besteht eine 80%ige Chance, dass eine zufällig aus der "Behandlungs"-Gruppe ausgewählte Person ein besseres Therapieergebnis erzielt als eine zufällig aus der "Kontroll"-Gruppe ausgewählte Person. [2]			

[1]Alle Outcomes wurden aggregiert. Wenn mehrere Outcomes in einer Originalarbeit untersucht wurden, haben die Autor:innen gemittelte Koeffizienten pro Studie berechnet.
[2]Cohen (2013). Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.). Formulierung in laienverständlicher Sprache basierend auf: https://rpsychologist.com/cohend/
[3]Effektschätzer nach Fill&Trim-Prozedur.
[5]Niedrige Qualitätsstufe, da es sich um eine Meta-Analyse aus Beobachtungsstudien handelt.
[6]Herabstufung wegen Indirektheit. Zwar handelte es sich hier in den Studien um die Therapeut:innen und nicht direkt um die Patient:innen, aber die Gegenübertragung der Therapeut:innen kann bei Patient:innen mit SBPF anders ausfallen (oder schwerer regulierbar sein) als bei anderen Patient:innen, deshalb wird die Evidenz als indirekt beurteilt.

Schlüsselfrage 9: Haben Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen, die einen **festen Bezugs-Mental Health Care Professional haben, ein besseres Outcome als die, die keinen haben?**						
Wirkfaktor Allianz[0]						
Outcome	**Risiko Kontrollgruppe**	**Risiko Interventionsgruppe**	**Relativer Effekt**	**Studieninformation**	**Studienbasis**	**Qualität**
Ergebnis der Psychotherapie[1]	nicht zutreffend	nicht zutreffend	**Korrelation *r* = 0.28 (95% CI 0.26 – 0.30)** **Effektstärke *d* = 0.58 (95% CI n.a.)** ***Effekt bei BPS (k = 9):*** ***r* = 0.32 (95% CI n.a.)** ***Effekt bei PTSD (k = 7):*** ***r* = 0.31 (95% CI n.a.)** ***Effekt bei Schizophrenie (k = 12):*** ***r* = 0.30 (95% CI n.a.)**	Flückiger et al. (2018)	• *k* = 295 Stichproben (von *k* = 100 RCTs und *k* = 195 Beobachtungsstudien) • *n* ≈ 30.000 Patient:innen • P: Patient:innen in Psychotherapie, separate Ergebnisse für Patient:innen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS)/ Posttraumatischer Belastungsstörung (PTSD)/ Schizophrenie	⊕⊕⊕⊖ [5]
Veränderung der psychiatrischen Symptome allgemein[3]	nicht zutreffend	nicht zutreffend	***bei Einschätzung der Allianz durch Patient:innen:*** **Korrelation *r* = 0.29 (95% CI 0.13 - 0.45)** ***bei Einschätzung der Allianz durch Therapeut:innen:*** **Korrelation *r* = 0.24 (95% CI 0.09 – 0.39)**	Bourke et al. (2021)	• *k* = 5 Studien • *n* = 376 Patient:innen • P: Patient:innen mit Psychosen in Psychotherapie	⊕⊕⊕⊖ [6a]

Veränderung der psychotischen Symptome [4]	nicht zutreffend	nicht zutreffend	***bei Einschätzung der Allianz durch Patient:innen:*** **Korrelation *r* = 0.17 (95% CI 0.04 – 0.30)** ***bei Einschätzung der Allianz durch Therapeut:innen:*** **Korrelation *r* = 0.30 (95% CI 0.14 – 0.46)**	(Bourke et al. (2021)	• *k* = 5 Studien • *n* = 376 Patient:innen • P: Patient:innen mit Psychosen in Psychotherapie	⊕⊖⊖⊖ [6b]
Veränderung der psychotischen Symptome [4]	nicht zutreffend	nicht zutreffend	***bei Einschätzung der Allianz durch Patient:innen:*** **<u>keine</u> Evidenz für einen Zusammenhang (keine Effektschätzer angegeben, *p* > 0.12)** ***bei Einschätzung der Allianz durch Therapeut:innen:*** **Korrelation mit Positivsymptomatik *r* = -0.14 (95% CI -0.24 - -0.03)** **Korrelation mit Negativsymptomatik *r* = -0.22 (95% CI -0.32 - -0.12)**	Browne et al. (2021)	*für Einschätzung der Allianz durch Patient:innen:* • *k* = 6 Studien • *n* = 939 Patient:innen *für Einschätzung der Allianz durch Therapeut:innen:* • *k* = 5 Studien • *n* = 728 Patient:innen • P: Patient:innen mit Störung aus dem Schizophrenie-Spektrum	⊕⊕⊖⊖ [7]

PTSD-Symptome	nicht zutreffend	nicht zutreffend	***Einschätzung der Allianz durch Patient:innen:*** **Korrelation *r* = -0.34 (CI -0.43 bis -0.23)**	Howard et al. (2022)	• *k* = 12 Studien • *n* = 691 Patient:innen • P: Patient:innen mit PTSD	⊕⊕⊖⊖ [8]

Wirkfaktor Reparatur von Allianzrupturen						
Outcome	**Risiko Kontrollgruppe**	**Risiko Interventionsgruppe**	**Relativer Effekt**	**Studieninformation**	**Studienbasis**	**Qualität**
Ergebnis der Psychotherapie[1]	nicht zutreffend	nicht zutreffend	**Korrelation *r* = 0.29 (95% CI 0.10 - 0.47)** **Effekstärke *d* = 0.62 (95% CI n.a.)**	Eubanks et al. (2018)	• *k* = 11 Stichproben • *n* = 1.314 Patient:innen • Patient:innen in Psychotherapie (Patient:innen mit Persönlichkeitsstörungen wurden separat untersucht und kein Moderatoreneffekt festgestellt)	⊕⊖⊖⊖ [9]
			Wenn die therapeutische Allianz stark ist und Allianzstörungen gut bearbeitet werden, dann ist das Ergebnis der Psychotherapie geringfügig bis moderat besser. Auch die Symptomatik verbessert sich oft, allerdings hat man Unterschiede festgestellt je nachdem, wer die Allianz einschätzt – die Therapeut:in oder die Patient:in (eine Verbesserung von psychotischen Symptomen hängt weniger stark damit zusammen, wie die Patient:innen die Allianz einschätzen als damit, wie die Therapeut:innen dies tun).			

[0]Die Allianz wurde in 2/3 der Studien gemessen mit einem der folgenden Instrumente: der California Psychotherapy Alliance Scale (CALPAS), dem Helping Alliance Questionnaire (HAQ), der Vanderbilt Psychotherapy Process Scale (VPSS) und dem Working Alliance Inventory (WAI).
[1]Alle Outcomes wurden aggregiert. Wenn mehrere Outcomes in einer Originalarbeit untersucht wurden, haben die Autor:innen gemittelte Koeffizienten pro Studie berechnet.
[2] Cohen (2013). Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.). Formulierung in laienverständlicher Sprache basierend auf: https://rpsychologist.com/cohend/
[3]Gemessen mit der Brief Psychiatric Rating Scale (BRPS-24), der Target Complaints Scale oder Einschätzung durch die Therapeut:in.
[4]Gemessen mit Subskalen des PANSS und PSYRATS (Halluzinationen und Verkennung).
[5]Hohe Qualitätsstufe, da es sich um eine Meta-Analyse aus randomisierten klinischen Studien und Beobachtungsstudien handelt. Die Meta-Regression zeigte, dass das Studiendesign den Effekt nicht verändert. Herabstufung wegen hohem Biasrisiko (5 von 11 AMSTAR Kriterien vollständig erfüllt).
[6a]Niedrige Qualitätsstufe, da es sich um eine Meta-Analyse aus Beobachtungsstudien handelt. Geringes Biasrisiko (10 von 11 AMSTAR Kriterien vollständig erfüllt). Bezüglich des Kriteriums Präzision wurde die Einschätzung der Patient:innen als Entscheidungsgrundlage genommen, hier war die Präzision hoch. Sehr hohe Konsistenz (I^2=0%). Heraufstufung, da plausibles Confounding den Effekt verstärken würde (Da gezeigt wurde, dass der Effekt bei schwer Kranken stärker ist und in der Studie vermutlich die ganz schwer Erkrankten unterrepräsentiert sind, würde der Effekt bei Berücksichtigung dieses Selektionseffektes noch stärker werden).
[6b]Niedrige Qualitätsstufe, da es sich um eine Meta-Analyse aus Beobachtungsstudien handelt. Geringes Biasrisiko (10 von 11 AMSTAR Kriterien vollständig erfüllt). Herabstufung wegen geringer Präzision (bezüglich des Kriteriums Präzision wurde die Einschätzung der Allianz durch die Patient:innen als Entscheidungsgrundlage genommen).
[7]Niedrige Qualitätsstufe, da es sich um eine Meta-Analyse aus Beobachtungsstudien handelt. Geringes Biasrisiko (10 von 11 AMSTAR Kriterien vollständig erfüllt).
[8]Niedrige Qualitätsstufe, da es sich um eine Meta-Analyse aus Beobachtungsstudien handelt. Geringes Biasrisiko (10 von 11 AMSTAR Kriterien vollständig erfüllt). Weder Herab-, noch Heraufstufung.
[9]Niedrige Qualitätsstufe, da es sich um eine Meta-Analyse aus Beobachtungsstudien handelt. Herabstufung wegen hohem Biasrisiko (6 von 11 AMSTAR Kriterien vollständig erfüllt). Außerdem inkonsistente Ergebnisse (I^2=84%), die durch eine Moderatorenanalyse adressiert wurden.

6.7 Evidenztabellen Schlüsselfrage 11

Schlüsselfrage 11: „Hat dimensionale Diagnostik einen Vorteil gegenüber nicht-dimensionaler Diagnostik für Patient:innen und/oder Versorger (z. B. bessere Arzt-Patienten-Kommunikation, größere Zufriedenheit mit Behandlung, geringere Stigmatisierungserfahrung)?“				
Empfehlung 2.1				
„Die Diagnostik von Beeinträchtigungen der Persönlichkeitsfunktionen sollte dimensional erfolgen und sich nicht auf kategoriale Persönlichkeitsstörungsdiagnosen beschränken.“ **[Evidenz in Bezug auf das dimensionale Konstrukt/Konzept]** (Empfehlungsgrad: B – sollte) Haslam et al. (2020) Markon et al. (2011) Weekers et al. (2023) Wendt et al. (2024b) Zimmermann et al. (2023) [darin besonders hervorgehobene Einzelstudien: Buer Christensen et al. (2020); Morey et al. (2013); Morey et al. (2014)]				
Zielgröße (Outcomes)	Hauptergebnis	Studieninformationen	Studientyp	Evidenzgrad (nach GRADE)
Validität	Positive Beurteilung	Haslam et al. (2020)	Meta-Analyse	⊕⊕⊕⊕
	Positive Beurteilung	Markon et al. (2011)	Meta-Analyse	
Reliabilität	Positive Beurteilung	Markon et al. (2011)	Meta-Analyse	⊕⊕⊕⊕
Klinische Nützlichkeit	Positive Beurteilung	Zimmermann et al. (2023)	Narratives Review	⊕⊕⊖⊖ wg. Biasrisiko herabgestuft (z.B. monomethodale Designs, Evidenz basierend auf subjektiver Wahrnehmung von Professionellen [Consumer Surveys])
	Positive Beurteilung	Weekers et al. (2023)	Einzelstudie	
	Positive Beurteilung	Wendt et al. (2024b)	Einzelstudie	

Empfehlung 2.2:

„Der Schweregrad der Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen sollte anhand der LPFS mit entsprechenden klinischen Interviews erfasst werden.

1. Zu diesem Zweck sollten eigens dafür entwickelte strukturierte Interviews verwendet werden, beispielsweise das Strukturierte Klinische Interview für das alternative DSM–5-Modell für Persönlichkeitsstörungen Modul I (SCID-5-AMPD-I) oder das Semistrukturierte Interview zur Erfassung der DSM-5 Persönlichkeitsfunktionen (STiP-5.1).

2. Alternativ können hierzu Interviews verwendet werden, die auf sehr ähnliche psychodynamische Konstrukte des Strukturniveaus oder der Persönlichkeitsorganisation abzielen, beispielsweise das OPD-Interview oder das Strukturierte Interview zur Persönlichkeitsorganisation (STIPO).“

[Evidenz in Bezug auf klinische Interviews] (Empfehlungsgrad: B – sollte)
Birkhölzer et al. (2021)
Hörz-Sagstetter et al. (2021)
Morey et al. (2022)
Sharp und Wall (2021)
Young und Beazley (2023)
Zimmermann et al. (2023)

Zielgröße (Outcomes)	Hauptergebnis	Studieninformationen	Studientyp	Evidenzgrad (nach GRADE)
Reliabilität	ICC = .75, 95% KI [.63; .84] (für strukturierte Interviews, die auf der LPFS basieren)	Young und Beazley (2023)	Meta-Analyse	⨁⨁⨁⨀ wg. Indirektheit herabgestuft (Evidenzlage für Instrumente zur Erfassung psychodynamischer Konstrukte ist begrenzt)
	ICC = .83, 95% KI [.75; .92] (für strukturierte Interviews, die auf der LPFS basieren)	Zimmermann et al. (2023)	Meta-Analyse (als Teil eines narrativen Reviews)	
Validität	Positive Beurteilung	Birkhölzer et al. (2021)	Narratives Review	⨁⨁⨁⨀
	Positive Beurteilung	Hörz-Sagstetter et al. (2021)	Narratives Review	
	Positive Beurteilung	Morey et al. (2022)	Narratives Review	
	Positive Beurteilung	Sharp und Wall (2021)	Narratives Review	
	Positive Beurteilung	Zimmermann et al. (2023)	Narratives Review	
Klinische Nützlichkeit	Positive Beurteilung	Morey et al. (2022)	Narratives Review	

	Positive Beurteilung	Zimmermann et al. (2023)	Narratives Review	⊕⊕⊖⊖ wg. Biasrisiko herabgestuft (monomethodale Designs, Evidenz basierend auf subjektiver Wahrnehmung von Professionellen [Consumer Surveys])

Empfehlung 2.3				
„Zu Screening-Zwecken können eigens dafür entwickelte Selbstberichtsfragebögen eingesetzt werden, beispielsweise die deutsche Version des Level of Personality Functioning Scale—Self-Report (LPFS-SR) oder der Level of Personality Functioning Scale—Brief Form (LPFS- BF 2.0). Auch etablierte Instrumente zu eng verwandten Konstrukten wie der OPD-Strukturfragebogen können verwendet werden.“ **[Evidenz in Bezug auf Selbstberichte]** (Empfehlungsgrad: 0 – kann) Birkhölzer et al. (2021) Hörz-Sagstetter et al. (2021) Morey et al. (2022) Sharp und Wall (2021) Zimmermann et al. (2023)				
Zielgröße (Outcomes)	Hauptergebnis	Studieninformationen	Studientyp	Evidenzgrad (nach GRADE)
Reliabilität	Positive Beurteilung	Birkhölzer et al. (2021)	Narratives Review	⊕⊕⊕⊖
	Positive Beurteilung	Morey et al. (2022)	Narratives Review	
	Positive Beurteilung	Sharp und Wall (2021)	Narratives Review	
	Positive Beurteilung	Zimmermann et al. (2023)	Narratives Review	
Validität	Positive Beurteilung	Birkhölzer et al. (2021)	Narratives Review	⊕⊕⊕⊖
	Positive Beurteilung	Hörz-Sagstetter et al. (2021)	Narratives Review	
	Positive Beurteilung	Morey et al. (2022)	Narratives Review	
	Positive Beurteilung	Sharp und Wall (2021)	Narratives Review	
	Positive Beurteilung	Zimmermann et al. (2023)	Narratives Review	
Klinische Nützlichkeit	Positive Beurteilung	Morey et al. (2022)	Narratives Review	⊕⊕⊖⊖ wg. Biasrisiko herabgestuft (monomethodale Designs, Evidenz basierend auf subjektiver Wahrnehmung von Professionellen [Consumer Surveys])
	Positive Beurteilung	Zimmermann et al. (2023)	Narratives Review	

7 Literaturverzeichnis

Ådnanes, M.; Kalseth, J.; Ose, S. O.; Ruud, T.; Rugkåsa, J.; Puntis, S. (2019): Quality of life and service satisfaction in outpatients with severe or non-severe mental illness diagnoses. In: *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation* 28 (3), S. 713–724. DOI: 10.1007/s11136-018-2039-5.

Adu, M. K.; Shalaby, R.; Eboreime, E.; Sapara, A.; Lawal, M. A.; Chew, C. et al. (2023): Apparent Lack of Benefit of Combining Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation with Internet-Delivered Cognitive Behavior Therapy for the Treatment of Resistant Depression: Patient-Centered Randomized Controlled Pilot Trial. In: *Brain sciences* 13 (2). DOI: 10.3390/brainsci13020293.

Aggett, P.; Swainson, M.; Tapsell, D. (2015): 'Seeking permission': an interviewing stance for finding connection with hard to reach families. In: *Journal of Family Therapy* 37 (2), S. 190–209. DOI: 10.1111/j.1467-6427.2011.00558.x.

Ahmed, A. O.; Green, B. A.; Goodrum, N. M.; Doane, N. J.; Birgenheir, D.; Buckley, P. F. (2013): Does a latent class underlie schizotypal personality disorder? Implications for schizophrenia. In: *Journal of abnormal psychology* 122 (2), S. 475–491. DOI: 10.1037/a0032713.

Albani, C.; Blaser, G.; Kächele, H.; Pokorny, D. (2008): Beziehungsmuster und Beziehungskonflikte. Theorie, Klinik und Forschung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Alguera-Lara, V.; Dowsey, M. M.; Ride, J.; Kinder, S.; Castle, D. (2017): Shared decision making in mental health: the importance for current clinical practice. In: *Australasian psychiatry: bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists* 25 (6), S. 578–582. DOI: 10.1177/1039856217734711.

Althobaiti, S.; Kazantzis, N.; Ofori-Asenso, R.; Romero, L.; Fisher, J.; Mills, K. E.; Liew, D. (2020): Efficacy of interpersonal psychotherapy for post-traumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. In: *Journal of affective disorders* 264, S. 286–294. DOI: 10.1016/j.jad.2019.12.021.

American Psychiatric Association (1987): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd ed., revised (DSM-III-R). Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (2013): Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-5. 5. ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Antes, G.; Dreier, G.; Hasselblatt, H.; Blümle, A.; Schumacher, M. (2009): Register für klinische Studien. Einführung in das Thema und Hintergründe. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 52 (4), S. 459–462. DOI: 10.1007/s00103-009-0832-6.

Aoki, Y. (2020): Shared decision making for adults with severe mental illness: A concept analysis. In: *Japan journal of nursing science: JJNS* 17 (4), e12365. DOI: 10.1111/jjns.12365.

Aoki, Y.; Yaju, Y.; Utsumi, T.; Sanyaolu, L.; Storm, M.; Takaesu, Y. et al. (2022): Shared decision-making interventions for people with mental health conditions. In: *The*

Cochrane database of systematic reviews 11 (11), CD007297. DOI: 10.1002/14651858.CD007297.pub3.

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)-Ständige Kommission Leitlinien (2020): AWMF-Regelwerk Leitlinien. Version 2.1. Online verfügbar unter http://www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk.html, zuletzt geprüft am 27.05.2024.

Arbeitskreis OPD (2023): OPD-3 - Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung. 1. Auflage 2023. Bern: Hogrefe AG.

Arntz, A.; Jacob, G. A.; Lee, C. W.; Brand-de Wilde, O. M.; Fassbinder, E.; Harper, R. P. et al. (2022): Effectiveness of Predominantly Group Schema Therapy and Combined Individual and Group Schema Therapy for Borderline Personality Disorder: A Randomized Clinical Trial. In: *JAMA psychiatry* 79 (4), S. 287–299. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2022.0010.

Asadi, S.; Cunningham, T. J.; Morgan, T. A.; Zimmerman, M.; Rodriguez-Seijas, C. (2023): Examining Measurement Invariance in the Personality Inventory for DSM-5 Brief Form Across Sexual and Gender Minority Status. In: *Assessment*, 10731911231176449. DOI: 10.1177/10731911231176449.

Aslinger, E. N.; Manuck, S. B.; Pilkonis, P. A.; Simms, L. J.; Wright, A. G. C. (2018): Narcissist or narcissistic? Evaluation of the latent structure of narcissistic personality disorder. In: *Journal of abnormal psychology* 127 (5), S. 496–502. DOI: 10.1037/abn0000363.

Asmundson, G. J. G.; Thorisdottir, A. S.; Roden-Foreman, J. W.; Baird, S. O.; Witcraft, S. M.; Stein, A. T. et al. (2019): A meta-analytic review of cognitive processing therapy for adults with posttraumatic stress disorder. In: *Cognitive behaviour therapy* 48 (1), S. 1–14. DOI: 10.1080/16506073.2018.1522371.

Atkins, D.; Best, D.; Briss, P. A.; Eccles, M.; Falck-Ytter, Y.; Flottorp, S. et al. (2004): Grading quality of evidence and strength of recommendations. In: *BMJ (Clinical research ed.)* 328 (7454), S. 1490. DOI: 10.1136/bmj.328.7454.1490.

Bach, B.; Hutsebaut, J. (2018): Level of Personality Functioning Scale-Brief Form 2.0: Utility in Capturing Personality Problems in Psychiatric Outpatients and Incarcerated Addicts. In: *Journal of personality assessment* 100 (6), S. 660–670. DOI: 10.1080/00223891.2018.1428984.

Bach, B.; Markon, K.; Simonsen, E.; Krueger, R. F. (2015): Clinical utility of the DSM-5 alternative model of personality disorders: six cases from practice. In: *Journal of psychiatric practice* 21 (1), S. 3–25. DOI: 10.1097/01.pra.0000460618.02805.ef.

Bach, B.; Sellbom, M.; Kongerslev, M.; Simonsen, E.; Krueger, R. F.; Mulder, R. (2017): Deriving ICD-11 personality disorder domains from DSM-5 traits: initial attempt to harmonize two diagnostic systems. In: *Acta psychiatrica Scandinavica* 136 (1), S. 108–117. DOI: 10.1111/acps.12748.

Bach, B.; Tracy, M. (2022): Clinical utility of the alternative model of personality disorders: A 10th year anniversary review. In: *Personality disorders* 13 (4), S. 369–379. DOI: 10.1037/per0000527.

Barker, P. J.; Buchanan-Barker, P. (2013): Das Gezeitenmodell. Der Kompass für eine recovery-orientierte, psychiatrische Pflege. Programmbereich Pflege. 1. Aufl. Bern: Huber.

Barkham, M.; Lutz, W.; Lambert, M. J.; Saxon, D. (2017): Therapist effects, effective therapists, and the law of variability. In: Castonguay, L. G. und Hill, C. E. (Hg.): How and why are some therapists better than others? Understanding therapist effects. First edition. Washington, DC: American Psychological Association, S. 13–36.

Basu, S.; Berkowitz, S. A.; Phillips, R. L.; Bitton, A.; Landon, B. E.; Phillips, R. S. (2019): Association of Primary Care Physician Supply With Population Mortality in the United States, 2005-2015. In: *JAMA internal medicine* 179 (4), S. 506–514. DOI: 10.1001/jamainternmed.2018.7624.

Bateman, A.; Fonagy, P. (2007): Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Ein mentalisierungsgestütztes Behandlungskonzept. Dt. Erstveröff. Gießen: Psychosozial-Verlag (Bibliothek der Psychoanalyse).

Bäuml, J.; Berger, H.; Mösch, E.; Pitschel-Walz, G. (2007): Psychose-Seminar. In: Becker, T., Bäuml, J., Pitschel-Walz, G. und Weig, W. (Hg.): Rehabilitation bei schizophrenen Erkrankungen. Konzepte - Interventionen - Perspektiven. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag (Rehabilitation), S. 271–291.

Bäuml, J.; Pitschel-Walz, G. (2008): Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. Stuttgart: Schattauer.

Bechdolf, A.; Skutta, M.; Horn, A. (2011): Psychiatrische Akutbehandlung ohne Krankenhausbett-Klinische Wirksamkeit von "Home Treatment" am Beispiel der "Integrativen Psychiatrischen Behandlung (IPB)" am Alexianer-Krankenhaus Krefeld. In: *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie* 79 (1), S. 26–31. DOI: 10.1055/s-0029-1245595.

Beck, A. T.; Steer, R. A.; Brown, G. (1996): Beck Depression Inventory. second edition: manual. San Antonio: The Psychological Corporation.

Beck, A. T.; Ward, C. H.; Mendelson, M.; Mock, J.; Erbaugh, J. (1961): An inventory for measuring depression. In: *Archives of General Psychiatry* 4, S. 561–571. DOI: 10.1001/archpsyc.1961.01710120031004.

Becker, L. G.; Asadi, S.; Zimmerman, M.; Morgan, T. A.; Rodriguez-Seijas, C. (2023): Is there a bias in the diagnosis of borderline personality disorder among racially minoritized patients? In: *Personality disorders* 14 (3), S. 339–346. DOI: 10.1037/per0000579.

Bender, D. S.; Morey, L. C.; Skodol, A. E. (2011): Toward a model for assessing level of personality functioning in DSM-5, part I: a review of theory and methods. In: *Journal of personality assessment* 93 (4), S. 332–346. DOI: 10.1080/00223891.2011.583808.

Bender, D. S.; Skodol, A. E. (2007): Borderline personality as a self-other representational disturbance. In: *Journal of personality disorders* 21 (5), S. 500–517. DOI: 10.1521/pedi.2007.21.5.500.

Bender, D. S.; Skodol, A. E.; First, M. B.; Oldham, J. M. (2018): Modul I: Structured Clinical Interview for the Level of Personality Functioning Scale. In: First, M. B., Skodol, A. E., Bender, D. S. und Oldham, J. M. (Hg.): Structured Clinical Interview for the DSM-

5 Alternative Model for Personality Disorders (SCID- AMPD): American Psychiatric Association Publishing.

Benecke, C.; Remmers, C.; Henkel, M.; Zimmermann, J. (2018): Oops, I did it again: The role of motivational conflicts and impaired psychological capacities in explaining the persistence of maladaptive behaviour. In: *Eur J Pers* 32 (5), S. 525–624. DOI: 10.1002/per.2174.

Bengel, J.; Lyssenko, L. (2012): Resilienz und psychologische Schutzfaktoren im Erwachsenenalter. Stand der Forschung zu psychologischen Schutzfaktoren von Gesundheit im Erwachsenenalter. Köln: BZgA Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, 43).

Benish, S. G.; Quintana, S.; Wampold, B. E. (2011): Culturally adapted psychotherapy and the legitimacy of myth: a direct-comparison meta-analysis. In: *Journal of counseling psychology* 58 (3), S. 279–289. DOI: 10.1037/a0023626.

Bhati, K. S. (2014): Effect of client-therapist gender match on the therapeutic relationship: an exploratory analysis. In: *Psychological reports* 115 (2), S. 565–583. DOI: 10.2466/21.02.PR0.115c23z1.

Birchwood, M.; Smith, J.; Cochrane, R.; Wetton, S.; Copestake, S. (1990): The Social Functioning Scale. The development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programmes with schizophrenic patients. In: *The British journal of psychiatry: the journal of mental science* 157, S. 853–859. DOI: 10.1192/bjp.157.6.853.

Birkhölzer, M.; Schmeck, K.; Goth, K. (2021): Assessment of Criterion A. In: *Current opinion in psychology* 37, S. 98–103. DOI: 10.1016/j.copsyc.2020.09.009.

Bliton, C. F.; Roche, M. J.; Pincus, A. L.; Dueber, D. (2022): Examining the Structure and Validity of Self-Report Measures of DSM-5 Alternative Model for Personality Disorders Criterion A. In: *Journal of personality disorders* 36 (2), S. 157–182. DOI: 10.1521/pedi_2021_35_531.

Blümle, A.; Gechter, D.; Nothacker, M. J.; Schaefer, C.; Motschall, E.; Boeker, M. et al. (2020): Manual systematische Recherche für Evidenzsynthesen und Leitlinien. 2.1 Auflage. Cochrane Deutschland Stiftung, Institut für Evidenz in der Medizin, Institut für Medizinische Biometrie und Statistik, Freiburg, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften - Institut für Medizinisches Wissensmanagement, Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin 12.12.2020. DOI: 10.6094/UNIFR/174468.

BMAS (2013): Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslage von Menschen mit Beeinträchtigungen. Teilhabe - Beeinträchtigung - Behinderung. Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Online verfügbar unter https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/a125-13-teilhabebericht.html, zuletzt geprüft am 20.01.2024.

Bohus, M. (2021): Update Borderline-Störungen – aktueller Stand und Herausforderungen. In: *Nervenarzt* 92 (7), S. 641–642. DOI: 10.1007/s00115-021-01156-3.

Bohus, M.; Schmahl, C.; Herpertz, S. C.; Lieb, K.; Berger, M.; Roepke, S. et al. (2016): Leitliniengerechte stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung der

Borderline-Persönlichkeitsstörung: Normative Personalbedarfsermittlung. In: *Der Nervenarzt* 87 (7), S. 739–745. DOI: 10.1007/s00115-016-0132-y.

Böker, U.; Hentschel, G. (2023): Ambulante psychotherapeutische Versorgung. Hohe Krankheitslast – bedarfsgerechte Versorgung. In: *Deutsches Ärzteblatt - PP* (3), S. 103–106.

Boll-Klatt, A.; Storck, T.; Strauß, B.; Taubner, S. (2021): Die Familie der psychodynamischen Verfahren. In: Rief, W., Schramm, E., Strauß, B., Auszra, L., Bachem, R., Backenstraß, M. et al. (Hg.): Psychotherapie. Ein kompetenzorientiertes Lehrbuch. 1. Auflage. München: Elsevier, S. 515–546.

Bonanno, G. A.; Burton, C. L. (2013): Regulatory Flexibility: An Individual Differences Perspective on Coping and Emotion Regulation. In: *Perspectives on psychological science: a journal of the Association for Psychological Science* 8 (6), S. 591–612. DOI: 10.1177/1745691613504116.

Bone, C.; Delgadillo, J.; Barkham, M. (2021): A systematic review and meta-analysis of the good-enough level (GEL) literature. In: *Journal of counseling psychology* 68 (2), S. 219–231. DOI: 10.1037/cou0000521.

Born, R. (2002): Der kompetente Patient. Die subjektive Wahrnehmung und Verarbeitung künstlerischer Therapien durch Patienten an einer Klinik. Eine Patientenbefragung zur Kunsttherapie. Frankfurt am Main: Peter Lang.

Bosch-Capblanch, X.; Abba, K.; Prictor, M.; Garner, P. (2007): Contracts between patients and healthcare practitioners for improving patients' adherence to treatment, prevention and health promotion activities. In: *The Cochrane database of systematic reviews* 2007 (2), CD004808. DOI: 10.1002/14651858.CD004808.pub3.

Bourke, E.; Barker, C.; Fornells-Ambrojo, M. (2021): Systematic review and meta-analysis of therapeutic alliance, engagement, and outcome in psychological therapies for psychosis. In: *Psychology and psychotherapy* 94 (3), S. 822–853. DOI: 10.1111/papt.12330.

Bräutigam, B.; Giertz, K.; Lerch, L. (2020): Psychotherapeutische, psychiatrische und psychosoziale Versorgung von Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. In: *Psychotherapie Forum* 24 (3-4), S. 84–86. DOI: 10.1007/s00729-020-00163-0.

Bridler, R.; Orosz, A.; Cattapan, K.; Stassen, H. H. (2013): In need of psychiatric help--leave a message after the beep. In: *Psychopathology* 46 (3), S. 201–205. DOI: 10.1159/000341729.

British Psychological Society (2009): Schizophrenia: Core Interventions in the Treatment and Management of Schizophrenia in Primary and Secondary Care (Update). Leicester (UK).

Browne, J.; Wright, A. C.; Berry, K.; Mueser, K. T.; Cather, C.; Penn, D. L.; Kurtz, M. M. (2021): The alliance-outcome relationship in individual psychosocial treatment for schizophrenia and early psychosis: A meta-analysis. In: *Schizophrenia research* 231, S. 154–163. DOI: 10.1016/j.schres.2021.04.002.

Bruijniks, S. J. E.; Lemmens, L. H. J. M.; Hollon, S. D.; Peeters, F. P. M. L.; Cuijpers, P.; Arntz, A. et al. (2020): The effects of once- versus twice-weekly sessions on psychotherapy outcomes in depressed patients. In: *The British journal of psychiatry: the journal of mental science* 216 (4), S. 222–230. DOI: 10.1192/bjp.2019.265.

Buer Christensen, T.; Eikenaes, I.; Hummelen, B.; Pedersen, G.; Nysæter, T.-E.; Bender, D. S. et al. (2020): Level of personality functioning as a predictor of psychosocial functioning-Concurrent validity of criterion A. In: *Personality disorders* 11 (2), S. 79–90. DOI: 10.1037/per0000352.

Buer Christensen, T.; Paap, M. C. S.; Arnesen, M.; Koritzinsky, K.; Nysaeter, T.-E.; Eikenaes, I. et al. (2018): Interrater Reliability of the Structured Clinical Interview for the DSM-5 Alternative Model of Personality Disorders Module I: Level of Personality Functioning Scale. In: *Journal of personality assessment* 100 (6), S. 630–641. DOI: 10.1080/00223891.2018.1483377.

Bundesärztekammer (BÄK); Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (1997): Beurteilungskriterien für Leitlinien in der medizinischen Versorgung. Beschlüsse der Vorstände der Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung. In: *Deutsches Ärzteblatt* (94(33)).

Bundesärztekammer (BÄK); Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV); Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF): Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression - Langfassung Version 3.2 2022, zuletzt geprüft am 15.01.2024. DOI: 10.6101/AZQ/000493. www.leitlinien.de/depression.

Bundespsychotherapeutenkammer (2018): Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie. Wartezeiten 2018.

Burr Christian, F.; Huber, F.; Zwicknagl, A.; Feldmann, C.; Winter, A. (2021): Trialog statt Monolog – aktuelle Literatur, die Situation in der Schweiz und Erfahrungen ausdrei Perspektiven. In: *Swiss Arch Neurol Psychiatr Psychother* (172).

Buschert, V.; Prochazka, D.; Bartl, H.; Diemer, J.; Malchow, B.; Zwanzger, P.; Brunnauer, A. (2019): Effects of physical activity on cognitive performance: a controlled clinical study in depressive patients. In: *European archives of psychiatry and clinical neuroscience* 269 (5), S. 555–563. DOI: 10.1007/s00406-018-0916-0.

Calsyn, D. A.; Wells, E. A.; Saxon, A. J.; Jackson, T. R.; Wrede, A. F.; Stanton, V.; Fleming, C. (1994): Contingency management of urinalysis results and intensity of counseling services have an interactive impact on methadone maintenance treatment outcome. In: *Journal of addictive diseases* 13 (3), S. 47–63. DOI: 10.1300/j069v13n03_05.

Chilvers, R.; Macdonald, G. M.; Hayes, A. A. (2002): Supported housing for people with severe mental disorders. In: *The Cochrane database of systematic reviews* 2002. DOI: 10.1002/14651858.CD000453.

Chilvers, R.; Macdonald, G. M.; Hayes, A. A. (2006): Supported housing for people with severe mental disorders. In: *The Cochrane database of systematic reviews* 2006. DOI: 10.1002/14651858.CD000453.pub2.

Cicchetti, D. V. (1994): Guidelines, criteria, and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in psychology. In: *Psychological assessment* 6 (4), S. 284–290. DOI: 10.1037/1040-3590.6.4.284.

Clark, L. A.; Cuthbert, B.; Lewis-Fernández, R.; Narrow, W. E.; Reed, G. M. (2017): Three Approaches to Understanding and Classifying Mental Disorder: ICD-11, DSM-5, and the National Institute of Mental Health's Research Domain Criteria (RDoC). In: *Psychological science in the public interest: a journal of the American Psychological Society* 18 (2), S. 72–145. DOI: 10.1177/1529100617727266.

Clarkin, J. F.; Caligor, E.; Stern, B.; Kernberg, O. F. (2004): Structured interview of personality organization (STIPO): Weill Medical College of Cornell University.

Clarkin, J. F.; Yeomans, F. E.; Kernberg, O. F.; Buchheim, P.; Doering, S.; Hörz-Sagstetter, S. et al. (2008): Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit. Manual zur psychodynamischen Therapie. 2., aktualisierte und neubearbeitete Auflage. Stuttgart, New York: Schattauer.

Coenen, M.; Schuetz, G. M.; Dewey, M. (2013): Bewertung der methodischen Qualität von systematischen Übersichtsarbeiten und Metaanalysen: AMSTAR (A Measurement Tool for the Assessment of Multiple Systematic Reviews). In: *RoFo: Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen und der Nuklearmedizin* 184 (10), S. 937–940. DOI: 10.1055/s-0033-1350140.

Cohen, J. (2013): Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. 2nd ed. Hoboken: Taylor and Francis. Online verfügbar unter https://ebookcentral.proquest.com/lib/kxp/detail.action?docID=1192162.

Constantino, M. J.; Vîslă, A.; Coyne, A. E.; Boswell, J. F. (2018): A meta-analysis of the association between patients' early treatment outcome expectation and their post-treatment outcomes. In: *Psychotherapy (Chicago, Ill.)* 55 (4), S. 473–485. DOI: 10.1037/pst0000169.

Conway, C.; Hammen, C.; Brennan, P. (2012): A comparison of latent class, latent trait, and factor mixture models of DSM-IV borderline personality disorder criteria in a community setting: implications for DSM-5. In: *Journal of personality disorders* 26 (5), S. 793–803. DOI: 10.1521/pedi.2012.26.5.793.

Correll, C. U.; Galling, B.; Pawar, A.; Krivko, A.; Bonetto, C.; Ruggeri, M. et al. (2018): Comparison of Early Intervention Services vs Treatment as Usual for Early-Phase Psychosis: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-regression. In: *JAMA psychiatry* 75 (6), S. 555–565. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2018.0623.

Cruitt, P. J.; Boudreaux, M. J.; King, H. R.; Oltmanns, J. R.; Oltmanns, T. F. (2019): Examining criterion a: DSM-5 level of personality functioning as assessed through life story interviews. In: *Personality disorders* 10 (3), S. 224–234. DOI: 10.1037/per0000321.

Deegan (1995): Gesundung als Reise des Herzens. Gesundung von psychiatrischen Leiden: Anregungen für die Aus- und Weiterbildung von Psychiatriefachleuten, 1995.

Dehn, L. B.; Beblo, T.; Richter, D.; Wienberg, G.; Kremer, G.; Steinhart, I.; Driessen, M. (2022): Effectiveness of supported housing versus residential care in severe mental

illness: a multicenter, quasi-experimental study. In: *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 57 (5), S. 927–937. DOI: 10.1007/s00127-021-02214-6.

Dehn, L. B.; Beblo, T.; Wienberg, G.; Driessen, M.; Steinhart, I. (2021): Wie wirksam ist Wohnunterstützung? Ein Vergleich von Unterstützungsangeboten in der eigenen Wohnung und solchen in besonderer Wohnform. In: *Kerbe* (4), S. 24–26.

Deister, A. (2011): Vom Fall zum Menschen--Erfahrungen aus einem Regionalen Psychiatrie-Budget. In: *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 73 (2), S. 85–88. DOI: 10.1055/s-0030-1270493.

Dereboy, F.; Dereboy, Ç.; Eskin, M. (2018): Validation of the DSM-5 Alternative Model Personality Disorder Diagnoses in Turkey, Part 1: LEAD Validity and Reliability of the Personality Functioning Ratings. In: *Journal of personality assessment* 100 (6), S. 603–611. DOI: 10.1080/00223891.2018.1423989.

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V. (DEGAM) (2016): S3-Leitlinie Hausärztliche Risikoberatung zur kardiovaskulären Prävention. Langfassung 1.1, 2016, zuletzt geprüft am 22.01.2024. https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/053-024.

Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen (DGBS) e.V.; Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) e.V. (2019): S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen. Langversion 2019, zuletzt geprüft am 26.02.2023. https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-019.

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP); Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) e.V. (2016): S3-Leitlinie Autismus-Spektrum-Störungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter, Teil 1: Diagnostik, Langversion 2016, zuletzt geprüft am 27.02.2023. https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/028-018.

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP); Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) e.V. (2020): S3-Leitlinie Autismus-Spektrum-Störungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter, Teil 2: Theraoie, Langversion 2020, zuletzt geprüft am 27.02.2023. https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/028-018.html.

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP); Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) e.V.; Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ) (2017): S3-Leitlinie Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter, Langversion 2017, zuletzt geprüft am 27.02.2023. https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/028-045.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) e.V. (2018): S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen - Langversion 2018. Berlin, Heidelberg. DOI: 10.1007/978-3-662-58284-8.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) e.V. (2018): S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen, Langversion 2018, Version 2.0, zuletzt geprüft am 27.02.2023. https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-022.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) e.V. (2019): S3-Leitlinie Schizophrenie. Langfassung 2019, Version 1.0, zuletzt geprüft am 26.06.2023. https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/038-009.html.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) e.V. (2022): S3-Leilinie Borderline-Persönlichkeitsstörung. Langversion 2022, Version 2.0, zuletzt geprüft am 15.01.2024. https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-015.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) e.V. (2022): S3-Leitlinie Zwangsstörungen. Langversion 2022, Version 2.0, zuletzt geprüft am 26.02.2023. https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-017.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) e.V.; Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-SUCHT) (2020): S3-Leitlinie Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen, Langfassung 2020, zuletzt geprüft am 27.02.2023. https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/076-001.html.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) e.V.; Deutsche Gesellschaft Interdisziplinäre Nofall- und Akutmedizin (DGINA); Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) (2019): S2k-Leitlinie Notfallpsychiatrie - Langversion 2019, zuletzt geprüft am 15.01.2024. https://register.awmf.org/assets/guidelines/038-023l_S2k_Notfallpsychiatrie_2019-05_1.pdf.

Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM) (2021): S3-Leitlinie Behandlung von Angststörungen - Langversion 2021, zuletzt geprüft am 26.02.2023. https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/051-028.

Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM); Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin e.V. (DKPM) (2018): S3-Leitlinie Funktionelle Körperbeschwerden - Langfassung 2018, zuletzt geprüft am 26.02.2023. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-001k_S3_Funktionelle_Koerperbeschwerden_2019-08.pdf.

Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM); Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik

und Psychotherapie (DGKJP) (2020): S3-Leitlinie Diagnostik und Behandlung der Essstörungen, Langversion 2020, Version 2.2, zuletzt geprüft am 27.02.2023. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-026l_S3_Essstoerung-Diagnostik-Therapie_2020-03.pdf.

Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM); Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM) (2014): S3-Leitlinie Diagnostik und Behandlung des Depersonalisations-Derealisationssyndroms, Langversion 2014, zuletzt geprüft am 26.02.2023. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-030l_S2k_Depersonalisations_Derealisationssyndrom-abgelaufen_2014-09.pdf.

Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (2017): S3-Leitlinie Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen Kapitel "Insomnie bei Erwachsenen", Langversion 2017, Version 2.0, zuletzt geprüft am 26.02.2023. https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/063-003.

Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie e.V. (DeGPT) (2019): S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung, Langversion 2019. Berlin, Heidelberg, zuletzt geprüft am 26.02.2023. DOI: 10.1007/978-3-662-59783-5. https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/155-001.

Di Pierro, R.; Gargiulo, I.; Poggi, A.; Madeddu, F.; Preti, E. (2020): The Level of Personality Functioning Scale Applied to Clinical Material From the Structured Interview of Personality Organization (STIPO): Utility in Detecting Personality Pathology. In: *Journal of personality disorders*, S. 1–15. DOI: 10.1521/pedi_2020_34_472.

Dierks, M.-L.; Bitzer, E.-M.; Lerch, M.; Martin, S.; Röseler, S.; Schienkiewitz, A. et al. (2001): Patientensouveränität. Der autonome Patient im Mittelpunkt. Stuttgart: Akademie für Technikfolgenabschätzung in Baden-Württemberg (Arbeitsbericht / Akademie für Technikfolgenabschätzung in Baden-Württemberg, 195).

Dieterich, M.; Irving, C. B.; Bergman, H.; Khokhar, M. A.; Park, B.; Marshall, M. (2017): Intensive case management for severe mental illness. In: *The Cochrane database of systematic reviews* 1 (1), CD007906. DOI: 10.1002/14651858.CD007906.pub3.

Doering, S. (2019): Borderline Personality Disorder in Patients With Medical Illness: A Review of Assessment, Prevalence, and Treatment Options. In: *Psychosomatic medicine* 81 (7), S. 584–594. DOI: 10.1097/PSY.0000000000000724.

Doering, S.; Burgmer, M.; Heuft, G.; Menke, D.; Bäumer, B.; Lübking, M. et al. (2013): Reliability and validity of the German version of the Structured Interview of Personality Organization (STIPO). In: *BMC psychiatry* 13, S. 210. DOI: 10.1186/1471-244X-13-210.

Doering, S.; Herpertz, S.; Pape, M.; Hofmann, T.; Rose, M.; Imbierowicz, K. et al. (2023): The multicenter effectiveness study of inpatient and day hospital treatment in departments of psychosomatic medicine and psychotherapy in Germany. In: *Front. Psychiatry* 14, S. 1155582. DOI: 10.3389/fpsyt.2023.1155582.

Doose, S. (2012): Supported employment in Germany. In: *Journal of Vocational Rehabilitation* 37 (3), S. 195–202. DOI: 10.3233/JVR-2012-0614.

Dorrmann, W. (2005): Pro und Contra von Verträgen bei Patienten in akuten suizidalen Krisen. In: *Verhaltenstherapie* 15 (1), S. 39–46. DOI: 10.1159/000082736.

Doubková, N.; Heissler, R.; Preiss, M.; Sanders, E. (2022): Differences in personality functioning impairment in mood, anxiety, and personality disorders: a cluster analysis. In: *BMC psychiatry* 22 (1), S. 315. DOI: 10.1186/s12888-022-03958-4.

Dowgwillo, E. A.; Roche, M. J.; Pincus, A. L. (2018): Examining the Interpersonal Nature of Criterion A of the DSM-5 Section III Alternative Model for Personality Disorders Using Bootstrapped Confidence Intervals for the Interpersonal Circumplex. In: *Journal of personality assessment* 100 (6), S. 581–592. DOI: 10.1080/00223891.2018.1464016.

Drake, R. E.; Bond, G. R.; Becker, D. R. (2012): Individual Placement and Support. DOI: 10.1093/acprof:oso/9780199734016.001.0001.

DRV (2022): Rentenversicherung in Zahlen 2022. Deutsche Rentenversicherung. Online verfügbar unter https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Zahlen-und-Fakten/Statistiken-und-Berichte/statistiken-und-berichte_node.html, zuletzt geprüft am 20.01.2024.

Duberstein, P.; Witte, T. K. (2009): Suicide risk in personality disorders: An argument for a public health perspective. In: Kleespies, P. M. (Hg.): Behavioral emergencies. An evidence-based resource for evaluating and managing risk of suicide, violence, and victimization. 1. ed. Washington, DC: American Psychological Assoc, S. 257–286.

DVE (2007): Definition 08/2007. Hg. v. Deutscher Verband Ergotherapie. Online verfügbar unter https://dve.info/ergotherapie/definition, zuletzt geprüft am 22.01.2024.

Egozi, S.; Talia, A.; Wiseman, H.; Tishby, O. (2023): The experience of closeness and distance in the therapeutic relationship of patients with different attachment classifications: an exploration of prototypical cases. In: *Front. Psychiatry* 14, S. 1029783. DOI: 10.3389/fpsyt.2023.1029783.

Ehrenthal, J. C.; Benecke, C. (2019): Tailored Treatment Planning for Individuals With Personality Disorders. In: Kramer, U. (Hg.): Case Formulation for Personality Disorders. Tailoring Psychotherapy to the Individual Client. San Diego: Elsevier Science & Technology, S. 291–314.

Eichenberg, C.; Dorniak, J.; Fischer, G. (2009): Sexuelle Ubergriffe in therapeutischen Beziehungen: Risikofaktoren, Folgen und rechtliche Schritte. In: *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 59 (9-10), S. 337–344. DOI: 10.1055/s-2008-1067531.

Elliott, R.; Bohart, A. C.; Watson, J. C.; Murphy, D. (2018): Therapist empathy and client outcome: An updated meta-analysis. In: *Psychotherapy (Chicago, Ill.)* 55 (4), S. 399–410. DOI: 10.1037/pst0000175.

Ellison, W. D.; Huprich, S.; Behn, A.; Goodman, M.; Kerr, S.; Levy, K. N. et al. (2023): Attitudes, Clinical Practices, and Perceived Advocacy Needs of Professionals With Interests in Personality Disorders. In: *Journal of personality disorders* 37 (1), S. 1–15. DOI: 10.1521/pedi.2023.37.1.1.

Ellison, W. D.; Rosenstein, L. K.; Morgan, T. A.; Zimmerman, M. (2018): Community and Clinical Epidemiology of Borderline Personality Disorder. In: *The Psychiatric clinics of North America* 41 (4), S. 561–573. DOI: 10.1016/j.psc.2018.07.008.

Empfehlung Rec (2001)13 des Europarates (2001): Entwicklung einer Methodik für die Ausarbeitung von Leitlinien für optimale medizinische Praxis. Deutschsprachige Ausgabe.

Epstein, L.-H.; Wing, R. R. (1979): Behavioral contracting: Health behaviors. In: *Clinical Behavior Therapy Review* (1), S. 2–21.

Ercan Doğu, S.; Kayıhan, H.; Kokurcan, A.; Örsel, S. (2021): The effectiveness of a combination of Occupational Therapy and Social Skills Training in people with schizophrenia: A rater-blinded randomized controlled trial. In: *British Journal of Occupational Therapy* 84 (11), S. 684–693. DOI: 10.1177/03080226211022953.

Eubanks, C. F.; Muran, J. C.; Safran, J. D. (2018): Alliance rupture repair: A meta-analysis. In: *Psychotherapy (Chicago, Ill.)* 55 (4), S. 508–519. DOI: 10.1037/pst0000185.

Faber, F. R.; Haarstrick, R. (Hg.) (2021): Faber/Haarstrick Kommentar Psychotherapie-Richtlinien. Unter Mitarbeit von Michael Dieckmann, Manuel Becker, Martin Neher, Alessandro Cavicchioli, Hans Lieb und Annette Streeck-Fischer. Elsevier GmbH; Urban-&-Fischer-Verlag. 12. Auflage. München: Elsevier.

Falkai, P.; Wittchen, H.-U.; Döpfner, M.; Gaebel, W.; Maier, W.; Rief, W. et al. (Hg.) (2018): Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5®. American Psychiatric Association; Hogrefe Verlag. 2. korrigierte Auflage. Göttingen: Hogrefe.

Farber, B. A.; Suzuki, J. Y.; Lynch, D. A. (2018): Positive regard and psychotherapy outcome: A meta-analytic review. In: *Psychotherapy (Chicago, Ill.)* 55 (4), S. 411–423. DOI: 10.1037/pst0000171.

Few, L. R.; Miller, J. D.; Rothbaum, A. O.; Meller, S.; Maples, J.; Terry, D. P. et al. (2013): Examination of the Section III DSM-5 diagnostic system for personality disorders in an outpatient clinical sample. In: *Journal of abnormal psychology* 122 (4), S. 1057–1069. DOI: 10.1037/a0034878.

First, M. B.; Pincus, H. A.; Levine, J. B.; Williams, J. B. W.; Ustun, B.; Peele, R. (2004): Clinical utility as a criterion for revising psychiatric diagnoses. In: *AJP* 161 (6), S. 946–954. DOI: 10.1176/appi.ajp.161.6.946.

Fischer, F.; Hoffmann, K.; Mönter, N.; Walle, M.; Beneke, R.; Negenborn, S. et al. (2014): Kostenevaluation eines Modells der Integrierten Versorgung für schwer psychisch Kranke. In: *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 76 (2), S. 86–95. DOI: 10.1055/s-0033-1343438.

Flückiger, C.; Del Re, A. C.; Wampold, B. E.; Horvath, A. O. (2018): The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. In: *Psychotherapy (Chicago, Ill.)* 55 (4), S. 316–340. DOI: 10.1037/pst0000172.

Frans, N.; Hummelen, B.; Albers, C. J.; Paap, M. C. S. (2023): Visualizing Uncertainty to Promote Clinicians' Understanding of Measurement Error. In: *Assessment* 30 (8), S. 2449–2460. DOI: 10.1177/10731911221147042.

Fuchs, T. (2009): Reiz und Responsivität. In: Hampe, R., Martius, P., Ritschl, D., Spreti, F. von und Stalder, P. B. (Hg.): KunstReiz. Neurobiologische Aspekte künstlerischer Therapien. Berlin: Frank & Timme (Kunst, Gestaltung und Therapie, Band 2).

Garcia, D. J.; Skadberg, R. M.; Schmidt, M.; Bierma, S.; Shorter, R. L.; Waugh, M. H. (2018): It's not that Difficult: An Interrater Reliability Study of the DSM-5 Section III Alternative Model for Personality Disorders. In: *Journal of personality assessment* 100 (6), S. 612–620. DOI: 10.1080/00223891.2018.1428982.

García, L. F.; Gutiérrez, F.; García, O.; Aluja, A. (2024): The Alternative Model of Personality Disorders: Assessment, Convergent and Discriminant Validity, and a Look to the Future. In: *Annual review of clinical psychology*. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-081122-010709.

García-Nieto, R.; Blasco-Fontecilla, H.; Paz Yepes, M.; Baca-García, E. (2013): Translation and validation of the "Self-injurious thoughts and behaviors interview" in a Spanish population with suicidal behaviour. In: *Revista de psiquiatria y salud mental* 6 (3), S. 101–108. DOI: 10.1016/j.rpsm.2012.07.001.

G-BA (2018): Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie: Psychiatrische häusliche Krankenpflege vom 19. Juli 2018. Gemeinsamer Bundesausschuss. Online verfügbar unter BAnz AT 05.02.2024 B4.

G-BA (2021): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung, insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL). In: *BAnz AT 17.12.2021 B3*. Online verfügbar unter https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2668/KSVPsych-RL_2021-09-02_iK-2021-12-18.pdf, zuletzt geprüft am 19.10.2023.

G-BA (2023): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie) in der Fassung vom 17. September 2009, veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 21a (Beilage) vom 9. Februar 2010, in Kraft getreten am 10. Februar 2010, zuletzt geändert am 19. Januar 2023, veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 10.03.2023 B4), in Kraft getreten am 11. März 2023. Gemeinsamer Bundesausschuss.

G-BA (2024): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal gemäß § 136a Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) (Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie/PPP-RL), in der Fassung vom 19. September 2019 veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 31.12.2019 B6) in Kraft getreten am 1. Januar 2020, zuletzt geändert am 19. Oktober 2023 veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 05.02.2024 B4) in Kraft getreten mit Wirkung vom 1. Januar 2024. Gemeinsamer Bundesausschuss.

Gelso, C. J.; Kivlighan, D. M.; Markin, R. D. (2018): The real relationship and its role in psychotherapy outcome: A meta-analysis. In: *Psychotherapy (Chicago, Ill.)* 55 (4), S. 434–444. DOI: 10.1037/pst0000183.

Gerstl, L. (2019): Der Non-Suizid-Vertrag auf dem Prüfstand. In: *Psychotherapie Forum* 23 (3-4), S. 87–94. DOI: 10.1007/s00729-019-00127-z.

Glöckler, M.; Schürholz, J.; Treichler, M. (1991): Anthroposophische Medizin. In: Zentrum zur Dokumentation für Naturheilverfahren (Hg.): Dokumentation der besonderen Therapierichtungen und natürlichen Heilweisen in Europa. Essen: VGM-Verlag (Dokumentation der besonderen Therapierichtungen und natürlichen Heilweisen in Europa), S. 215–336.

Goldner, E. M.; Jones, W.; Fang, M. L. (2011): Access to and waiting time for psychiatrist services in a Canadian urban area: a study in real time. In: *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie* 56 (8), S. 474–480. DOI: 10.1177/070674371105600805.

Goldstein, L. A.; Mehling, W. E.; Metzler, T. J.; Cohen, B. E.; Barnes, D. E.; Choucroun, G. J. et al. (2018): Veterans Group Exercise: A randomized pilot trial of an Integrative Exercise program for veterans with posttraumatic stress. In: *Journal of affective disorders* 227, S. 345–352. DOI: 10.1016/j.jad.2017.11.002.

Goodill, S. (2005): An introduction to medical dance movement therapy. Health care in motion. 1. publ. London, Philadelphia: Jessica Kingsley.

Gordon, B. R.; McDowell, C. P.; Lyons, M.; Herring, M. P. (2021): Resistance exercise training among young adults with analogue generalized anxiety disorder. In: *Journal of affective disorders* 281, S. 153–159. DOI: 10.1016/j.jad.2020.12.020.

Grawe, K. (2000): Psychologische Therapie. 2., korrigierte Aufl. Göttingen, Bern: Hogrefe Verl. für Psychologie.

Greggersen, W.; Rudolf, S.; Brandt, P.-W.; Schulz, E.; Fassbinder, E.; Willenborg, B. et al. (2011): Intima-media thickness in women with borderline personality disorder. In: *Psychosomatic medicine* 73 (7), S. 627–632. DOI: 10.1097/PSY.0b013e3182231fe2.

Gühne, U.; Riedel-Heller, S. G. (2015): Die Arbeitssituation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Deutschland. Online verfügbar unter https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/6f086cca1fce87b992b2514621343930b0c398c5/Expertise_Arbeitssituation_2015-09-14_fin.pdf, zuletzt geprüft am 20.01.2024.

Gühne, U.; Riedel-Heller, S. G.; Kupka, P. (2017): Psychisch Kranke im SGB II: Zwischen Arbeitswunsch und Beratungswirklichkeit. ASU. (52:600-4).

Gühne, U.; Schulz, M.; Nienaber, A.; Rogge, S.; Riedel-Heller, S. G. (2022): Herausforderungen in der Versorgung schwer psychisch kranker Menschen. In: *Pflege-Report*, S. 139–154. DOI: 10.1007/978-3-662-65204-6_9.

Guyatt, G.; Oxman, A. D.; Akl, E. A.; Kunz, R.; Vist, G.; Brozek, J. et al. (2011): GRADE guidelines: 1. Introduction-GRADE evidence profiles and summary of findings tables. In: *Journal of clinical epidemiology* 64 (4), S. 383–394. DOI: 10.1016/j.jclinepi.2010.04.026.

Guyatt, G. H.; Oxman, A. D.; Vist, G. E.; Kunz, R.; Falck-Ytter, Y.; Alonso-Coello, P.; Schünemann, H. J. (2008): GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. In: *BMJ (Clinical research ed.)* 336 (7650), S. 924–926. DOI: 10.1136/bmj.39489.470347.AD.

Haehner, P.; Sleep, C. E.; Miller, J. D.; Lynam, D. R.; Hopwood, C. J. (2023): The Longitudinal (Co)Development of Personality Traits and the Level of Personality Functioning After Negative Life Events. In: *Clinical psychological science: a journal of the Association for Psychological Science*, Artikel 21677026231197607. DOI: 10.1177/21677026231197607.

Haeyen, S. (2022): Effects of Arts and Psychomotor Therapies in Personality Disorders. Developing a Treatment Guideline Based on a Systematic Review Using GRADE. In: *Front. Psychiatry* 13, S. 878866. DOI: 10.3389/fpsyt.2022.878866.

Haeyen, S.; Chakhssi, F.; van Hooren, S. (2020): Benefits of Art Therapy in People Diagnosed With Personality Disorders: A Quantitative Survey. In: *Frontiers in psychology* 11 (6), S. 686. DOI: 10.3389/fpsyg.2020.00686.

Haeyen, S.; Dimaggio, G. (2024): Arts and psychomotor therapies in the treatment of personality disorders. In: *Journal of clinical psychology*, Artikel jclp.23693. DOI: 10.1002/jclp.23693.

Haeyen, S.; van Hooren, S.; van der Veld, W.; Hutschemaekers, G. (2018a): Efficacy of Art Therapy in Individuals With Personality Disorders Cluster B/C: A Randomized Controlled Trial. In: *Journal of personality disorders* 32 (4), S. 527–542. DOI: 10.1521/pedi_2017_31_312.

Haeyen, S.; van Hooren, S.; van der Veld, W. M.; Hutschemaekers, G. (2018b): Promoting mental health versus reducing mental illness in art therapy with patients with personality disorders: A quantitative study. In: *The Arts in Psychotherapy* 58, S. 11–16. DOI: 10.1016/j.aip.2017.12.009.

Hamann, J.; Cohen, R.; Leucht, S.; Busch, R.; Kissling, W. (2005): Do patients with schizophrenia wish to be involved in decisions about their medical treatment? In: *AJP* 162 (12), S. 2382–2384. DOI: 10.1176/appi.ajp.162.12.2382.

Hamann, J.; Langer, B.; Winkler, V.; Busch, R.; Cohen, R.; Leucht, S.; Kissling, W. (2006): Shared decision making for in-patients with schizophrenia. In: *Acta psychiatrica Scandinavica* 114 (4), S. 265–273. DOI: 10.1111/j.1600-0447.2006.00798.x.

Hamilton, M. (1960): A rating scale for depression. In: *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry* 23 (1), S. 56–62. DOI: 10.1136/jnnp.23.1.56.

Haro, J. M.; Kamath, S. A.; Ochoa, S.; Novick, D.; Rele, K.; Fargas, A. et al. (2003): The Clinical Global Impression-Schizophrenia scale: a simple instrument to measure the diversity of symptoms present in schizophrenia. In: *Acta psychiatrica Scandinavica. Supplementum* (416), S. 16–23. DOI: 10.1034/j.1600-0447.107.s416.5.x.

Haslam, N.; McGrath, M. J.; Viechtbauer, W.; Kuppens, P. (2020): Dimensions over categories: a meta-analysis of taxometric research. In: *Psychol. Med.* 50 (9), S. 1418–1432. DOI: 10.1017/S003329172000183X.

Haw, R.; Hartley, S.; Trelfa, S.; Taylor, P. J. (2023): A systematic review and meta-ethnography to explore people's experiences of psychotherapy for self-harm. In: *The British journal of clinical psychology* 62 (2), S. 392–410. DOI: 10.1111/bjc.12414.

Hayes, J. A.; Gelso, C. J.; Goldberg, S.; Kivlighan, D. M. (2018): Countertransference management and effective psychotherapy: Meta-analytic findings. In: *Psychotherapy (Chicago, Ill.)* 55 (4), S. 496–507. DOI: 10.1037/pst0000189.

Hedman, E.; Axelsson, E.; Andersson, E.; Lekander, M.; Ljótsson, B. (2016): Exposure-based cognitive-behavioural therapy via the internet and as bibliotherapy for somatic symptom disorder and illness anxiety disorder: randomised controlled trial. In: *The British journal of psychiatry: the journal of mental science* 209 (5), S. 407–413. DOI: 10.1192/bjp.bp.116.181396.

Heissler, R.; Doubková, N.; Hutsebaut, J.; Preiss, M. (2021): Semi-structured interview for personality functioning DSM-5 (STiP-5.1): Psychometric evaluation of the Czech version. In: *Personality and mental health* 15 (3), S. 198–207. DOI: 10.1002/pmh.1508.

Heltne, A.; Bode, C.; Hummelen, B.; Falkum, E.; Selvik, S. G.; Paap, M. C. S. (2021): Norwegian Clinicians' Experiences of Learnability and Usability of SCID-II, SCID-5-PD and SCID-5-AMPD-I Interviews: A Sequential Multi-Group Qualitative Approach. In: *Journal of personality assessment* 104 (5), S. 599–612. DOI: 10.1080/00223891.2021.1975726.

Heltne, A.; Frans, N.; Hummelen, B.; Falkum, E.; Germans Selvik, S.; Paap, M. C. S. (2023): A systematic review of measurement uncertainty visualizations in the context of standardized assessments. In: *Scandinavian journal of psychology* 64 (5), S. 595–608. DOI: 10.1111/sjop.12918.

Hemmati, A.; Morey, L. C.; McCredie, M. N.; Rezaei, F.; Nazari, A.; Rahmani, F. (2020): Validation of the Persian Translation of the Level of Personality Functioning Scale—Self-Report (LPFS-SR): Comparison of College Students and Patients with Personality Disorders. In: *J Psychopathol Behav Assess* 42 (3), S. 546–559. DOI: 10.1007/s10862-019-09775-6.

Henkel, M.; Zimmermann, J.; Künecke, J.; Remmers, C.; Benecke, C. (2018): Same same but different: Das Potential der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik für ein differenziertes Verständnis von Persönlichkeitsstörungen. In: *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* 66 (2), S. 107–117. DOI: 10.1024/1661-4747/a000346.

Herpertz, S. C. (in Vorbereitung): What is the difference between personality traits and personality disorder symptoms/functioning? In: Hopwood, C. J. und Sharp, C. (Hg.): Dimensional Diagnosis: Practical and Conceptual Issues in the Integration of Personality and Psychopathology. New York, NY: Guilford Press.

Herpertz, S. C.; Huprich, S. K.; Bohus, M.; Chanen, A.; Goodman, M.; Mehlum, L. et al. (2017): The Challenge of Transforming the Diagnostic System of Personality Disorders. In: *Journal of personality disorders* 31 (5), S. 577–589. DOI: 10.1521/pedi_2017_31_338.

Herpertz, S. C.; Schneider, I.; Renneberg, B.; Schneider, A. (2022): Patients With Personality Disorders in Everyday Clinical Practice–Implications of the ICD-11. In:

Deutsches Arzteblatt international 119 (Forthcoming), S. 1–7. DOI: 10.3238/arztebl.m2022.0001.

Hill, C. E.; Knox, S.; Pinto-Coelho, K. G. (2018): Therapist self-disclosure and immediacy: A qualitative meta-analysis. In: *Psychotherapy (Chicago, Ill.)* 55 (4), S. 445–460. DOI: 10.1037/pst0000182.

Hilsenroth, M. J.; Ackerman, S. J.; Blagys, M. D.; Baumann, B. D.; Baity, M. R.; Smith, S. R. et al. (2000): Reliability and validity of DSM-IV axis V. In: *AJP* 157 (11), S. 1858–1863. DOI: 10.1176/appi.ajp.157.11.1858.

Hoffmann, H.; Jäckel, D. (2015): Frührehabilitation--ein Stiefkind der Psychiatrie. In: *Psychiatrische Praxis* 42 (5), S. 235–236. DOI: 10.1055/s-0034-1387694.

Hopwood, C. J. (2018): A framework for treating DSM-5 alternative model for personality disorder features. In: *Personality and mental health* 12 (2), S. 107–125. DOI: 10.1002/pmh.1414.

Hopwood, C. J.; Bagby, R. M.; Gralnick, T.; Ro, E.; Ruggero, C.; Mullins-Sweatt, S. et al. (2020): Integrating psychotherapy with the hierarchical taxonomy of psychopathology (HiTOP). In: *Journal of Psychotherapy Integration* 30 (4), S. 477–497. DOI: 10.1037/int0000156.

Hopwood, C. J.; Bornstein, R. F. (2014): Multimethod clinical assessment. New York, NY: Guilford Press.

Hörz-Sagstetter, S.; Mokros, A.; Zimmermann, J. (2024): Strukturiertes Klinisches Interview für das DSM-5 - Alternatives Modell für Persönlichkeitsstörungen (SCID-5-AMPD): Hogrefe.

Hörz-Sagstetter, S.; Ohse, L.; Kampe, L. (2021): Three Dimensional Approaches to Personality Disorders: a Review on Personality Functioning, Personality Structure, and Personality Organization. In: *Current psychiatry reports* 23 (7), S. 45. DOI: 10.1007/s11920-021-01250-y.

Howard, R.; Berry, K.; Haddock, G. (2022): Therapeutic alliance in psychological therapy for posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. In: *Clinical psychology & psychotherapy* 29 (2), S. 373–399. DOI: 10.1002/cpp.2642.

Huber, D.; Klug, G. (2017): Research evidence and the provision of long-term and open-ended psychotherapy and counselling in Germany. In: *European Journal of Psychotherapy & Counselling* 19 (2), S. 158–174. DOI: 10.1080/13642537.2017.1313880.

Hummelen, B.; Braeken, J.; Buer Christensen, T.; Nysaeter, T. E.; Germans Selvik, S.; Walther, K. et al. (2021): A Psychometric Analysis of the Structured Clinical Interview for the DSM-5 Alternative Model for Personality Disorders Module I (SCID-5-AMPD-I): Level of Personality Functioning Scale. In: *Assessment* 28 (5), S. 1320–1333. DOI: 10.1177/1073191120967972.

Hutsebaut, J. (2023): Isn't criterion A rather than B the language of psychotherapy?: Comment on Sauer-Zavala et al. (2022). In: *Personality disorders* 14 (4), S. 385–387. DOI: 10.1037/per0000543.

Hutsebaut, J.; Feenstra, D. J.; Kamphuis, J. H. (2016): Development and Preliminary Psychometric Evaluation of a Brief Self-Report Questionnaire for the Assessment of

the DSM-5 level of Personality Functioning Scale: The LPFS Brief Form (LPFS-BF). In: *Personality disorders* 7 (2), S. 192–197. DOI: 10.1037/per0000159.

Hutsebaut, J.; Kamphuis, J. H.; Feenstra, D. J.; Weekers, L. C.; Saeger, H. de (2017): Assessing DSM-5-oriented level of personality functioning: Development and psychometric evaluation of the Semi-Structured Interview for Personality Functioning DSM-5 (STiP-5.1). In: *Personality disorders* 8 (1), S. 94–101. DOI: 10.1037/per0000197.

Iffland, J. R.; Lockhofen, D.; Gruppe, H.; Gallhofer, B.; Sammer, G.; Hanewald, B. (2015): Validation of the German Version of the Social Functioning Scale (SFS) for schizophrenia. In: *PloS one* 10 (4), e0121807. DOI: 10.1371/journal.pone.0121807.

Ijaz, S.; Davies, P.; Williams, C. J.; Kessler, D.; Lewis, G.; Wiles, N. (2018): Psychological therapies for treatment-resistant depression in adults. In: *The Cochrane database of systematic reviews* 5 (5), CD010558. DOI: 10.1002/14651858.CD010558.pub2.

Ikiugu, M. N.; Nissen, R. M.; Bellar, C.; Maassen, A.; van Peursem, K. (2017): Clinical Effectiveness of Occupational Therapy in Mental Health: A Meta-Analysis. In: *The American journal of occupational therapy: official publication of the American Occupational Therapy Association* 71 (5), 7105100020p1-7105100020p10. DOI: 10.5014/ajot.2017.024588.

Jacob, G. A.; Arntz, A. (2011): Schematherapie. In: *Psychotherapeut* 56 (3), S. 247–258. DOI: 10.1007/s00278-011-0821-8.

Jacobi, F.; Grafiadeli, R.; Volkmann, H.; Schneider, I. (2021): Krankheitslast der Borderline-Persönlichkeitsstörung: Krankheitskosten, somatische Komorbidität und Mortalität. In: *Nervenarzt* 92 (7), S. 660–669. DOI: 10.1007/s00115-021-01139-4.

Jacobi, F.; Höfler, M.; Strehle, J.; Mack, S.; Gerschler, A.; Scholl, L. et al. (2014): Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). In: *Nervenarzt* 85 (1), S. 77–87. DOI: 10.1007/s00115-013-3961-y.

Jørgensen, M. S.; Storebø, O. J.; Stoffers-Winterling, J. M.; Faltinsen, E.; Todorovac, A.; Simonsen, E. (2021): Psychological therapies for adolescents with borderline personality disorder (BPD) or BPD features-A systematic review of randomized clinical trials with meta-analysis and Trial Sequential Analysis. In: *PloS one* 16 (1), e0245331. DOI: 10.1371/journal.pone.0245331.

Kahraman, B. (2008): Die kultursensible Therapiebeziehung. Störungen und Lösungsansätze am Beispiel türkischer Klienten. Gießen: Psychosozial-Verlag.

Kampe, L.; Zimmermann, J.; Bender, D.; Caligor, E.; Borowski, A.-L.; Ehrenthal, J. C. et al. (2018): Comparison of the Structured DSM-5 Clinical Interview for the Level of Personality Functioning Scale With the Structured Interview of Personality Organization. In: *Journal of personality assessment* 100 (6), S. 642–649. DOI: 10.1080/00223891.2018.1489257.

Kamphuis, J. H.; Noordhof, A.; Hopwood, C. J. (2021): When and how assessment matters: An update on the Treatment Utility of Clinical Assessment (TUCA). In: *Psychological assessment* 33 (2), S. 122–132. DOI: 10.1037/pas0000966.

Karkou, V.; Sanderson, P. (2006): Arts therapies. A research-based map of the field. Edinburgh: Elsevier Churchill Livingstone.

Karlsson, R. (2005): Ethnic matching between therapist and patient in psychotherapy: an overview of findings, together with methodological and conceptual issues. In: *Cultural diversity & ethnic minority psychology* 11 (2), S. 113–129. DOI: 10.1037/1099-9809.11.2.113.

Karow, A.; Reimer, J.; König, H. H.; Heider, D.; Bock, T.; Huber, C. et al. (2012): Cost-effectiveness of 12-month therapeutic assertive community treatment as part of integrated care versus standard care in patients with schizophrenia treated with quetiapine immediate release (ACCESS trial). In: *The Journal of clinical psychiatry* 73 (3), e402-8. DOI: 10.4088/JCP.11m06875.

KBV (2023): Psychiatrische Häusliche Krankenpflege. Online verfügbar unter https://www.kbv.de/html/40607.php, zuletzt geprüft am 19.01.2024.

KBV (2024): Psychiatrische und psychotherapeutische Komplexbehandlung. Online verfügbar unter https://www.kbv.de/html/themen_58817.php, zuletzt aktualisiert am 16.01.2024, zuletzt geprüft am 31.01.2024.

Keeley, J. W.; Reed, G. M.; Roberts, M. C.; Evans, S. C.; Medina-Mora, M. E.; Robles, R. et al. (2016): Developing a science of clinical utility in diagnostic classification systems field study strategies for ICD-11 mental and behavioral disorders. In: *The American psychologist* 71 (1), S. 3–16. DOI: 10.1037/a0039972.

Kerber, A.; Ehrenthal, J.; Zimmermann, J.; Remmers, C.; Nolte, T.; Wendt, L. et al. (2024): Examining the role of personality functioning in a hierarchical taxonomy of psychopathology using two years of ambulatory assessed data. In: *Preprint*. DOI: 10.21203/rs.3.rs-3854842/v1.

Kerling, A.; Tegtbur, U.; Gützlaff, E.; Kück, M.; Borchert, L.; Ates, Z. et al. (2015): Effects of adjunctive exercise on physiological and psychological parameters in depression: a randomized pilot trial. In: *Journal of affective disorders* 177, S. 1–6. DOI: 10.1016/j.jad.2015.01.006.

Keuroghlian, A. S.; Frankenburg, F. R.; Zanarini, M. C. (2013): The relationship of chronic medical illnesses, poor health-related lifestyle choices, and health care utilization to recovery status in borderline patients over a decade of prospective follow-up. In: *Journal of Psychiatric Research* 47 (10), S. 1499–1506. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2013.06.012.

Kienast, T.; Stoffers, J.; Bermpohl, F.; Lieb, K. (2014): Borderline personality disorder and comorbid addiction: epidemiology and treatment. In: *Deutsches Arzteblatt international* 111 (16), S. 280–286. DOI: 10.3238/arztebl.2014.0280.

Kilbourne, A. M.; Post, E. P.; Nossek, A.; Sonel, E.; Drill, L. J.; Cooley, S.; Bauer, M. S. (2008): Service delivery in older patients with bipolar disorder: a review and development of a medical care model. In: *Bipolar disorders* 10 (6), S. 672–683. DOI: 10.1111/j.1399-5618.2008.00602.x.

Kilian, R.; Becker, T. (2007): Macro-economic indicators and labour force participation of people with schizophrenia. In: *Journal of Mental Health* 16 (2), S. 211–222. DOI: 10.1080/09638230701279899.

Kirschenbaum, D. S.; Flanery, R. C. (1983): Behavioral contracting: outcomes and elements. In: *Progress in behavior modification* 15, S. 217–275. DOI: 10.1016/B978-0-12-535615-2.50010-3.

Kjær, J. N. R.; Biskin, R.; Vestergaard, C.; Munk-J Rgensen, P. (2020): All-Cause Mortality of Hospital-Treated Borderline Personality Disorder: A Nationwide Cohort Study. In: *Journal of personality disorders* 34 (6), S. 723–735. DOI: 10.1521/pedi_2018_32_403.

Klaghofer, R.; Brähler, E. (2001): Konstruktion und Teststatistische Prüfung einer Kurzform der SCL-90–R. In: *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie* 49 (2), S. 115–124.

Klemperer, D. (2003): Arzt-Patient-Beziehung: Entscheidung über Therapie muss gemeinsam getroffen werden. In: *Deutsches Ärzteblatt* 100 (12), S. 753–755.

Klingemann, J.; Welbel, M.; Priebe, S.; Giacco, D.; Matanov, A.; Lorant, V. et al. (2020): Personal continuity versus specialisation of care approaches in mental healthcare: experiences of patients and clinicians-results of the qualitative study in five European countries. In: *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 55 (2), S. 205–216. DOI: 10.1007/s00127-019-01757-z.

Kool, M.; Van, H. L.; Bartak, A.; Maat, S. C. M. de; Arntz, A.; van den Eshof, J. W. et al. (2018): Optimizing psychotherapy dosage for comorbid depression and personality disorders (PsyDos): a pragmatic randomized factorial trial using schema therapy and short-term psychodynamic psychotherapy. In: *BMC psychiatry* 18 (1), S. 252. DOI: 10.1186/s12888-018-1829-1.

Kösters, M.; Burlingame, G. M.; Nachtigall, C.; Strauss, B. (2006): A meta-analytic review of the effectiveness of inpatient group psychotherapy. In: *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice* 10 (2), S. 146–163. DOI: 10.1037/1089-2699.10.2.146.

Kotov, R.; Krueger, R. F.; Watson, D.; Achenbach, T. M.; Althoff, R. R.; Bagby, R. M. et al. (2017): The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. In: *Journal of abnormal psychology* 126 (4), S. 454–477. DOI: 10.1037/abn0000258.

Kotov, R.; Krueger, R. F.; Watson, D.; Cicero, D. C.; Conway, C. C.; DeYoung, C. G. et al. (2021): The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A Quantitative Nosology Based on Consensus of Evidence. In: *Annual review of clinical psychology* 17, S. 83–108. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-081219-093304.

Krivzov, J.; Baert, F.; Meganck, R.; Cornelis, S. (2021): Interpersonal dynamics and therapeutic relationship in patients with functional somatic syndromes: A metasynthesis of case studies. In: *Journal of counseling psychology* 68 (5), S. 593–607. DOI: 10.1037/cou0000529.

Kroenke, K.; Spitzer, R. L. (2002): The PHQ-9: A New Depression Diagnostic and Severity Measure. In: *Psychiatric Annals* 32 (9), S. 509–515. DOI: 10.3928/0048-5713-20020901-06.

Krueger, R. F.; Hobbs, K. A. (2020): An Overview of the DSM-5 Alternative Model of Personality Disorders. In: *Psychopathology* 53 (3-4), S. 126–132. DOI: 10.1159/000508538.

Lambert, M.; Bock, T.; Schöttle, D.; Golks, D.; Meister, K.; Rietschel, L. et al. (2010): Assertive community treatment as part of integrated care versus standard care: a 12-month trial in patients with first- and multiple-episode schizophrenia spectrum disorders treated with quetiapine immediate release (ACCESS trial). In: *The Journal of clinical psychiatry* 71 (10), S. 1313–1323. DOI: 10.4088/JCP.09m05113yel.

Laws, K. R.; Darlington, N.; Kondel, T. K.; McKenna, P. J.; Jauhar, S. (2018): Cognitive Behavioural Therapy for schizophrenia - outcomes for functioning, distress and quality of life: a meta-analysis. In: *BMC psychology* 6 (1), S. 32. DOI: 10.1186/s40359-018-0243-2.

Le Corff, Y.; Aluja, A.; Rossi, G.; Lapalme, M.; Forget, K.; García, L. F.; Rolland, J.-P. (2022): Construct Validity of the Dutch, English, French, and Spanish LPFS-BF 2.0: Measurement Invariance Across Language and Gender and Criterion Validity. In: *Journal of personality disorders* 36 (6), S. 662–679. DOI: 10.1521/pedi.2022.36.6.662.

Leamy, M.; Bird, V.; Le Boutillier, C.; Williams, J.; Slade, M. (2011): Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. In: *The British journal of psychiatry: the journal of mental science* 199 (6), S. 445–452. DOI: 10.1192/bjp.bp.110.083733.

Leichsenring, F.; Rabung, S. (2011): Long-term psychodynamic psychotherapy in complex mental disorders: update of a meta-analysis. In: *The British journal of psychiatry: the journal of mental science* 199 (1), S. 15–22. DOI: 10.1192/bjp.bp.110.082776.

Lewis, C. C.; Boyd, M.; Puspitasari, A.; Navarro, E.; Howard, J.; Kassab, H. et al. (2019): Implementing Measurement-Based Care in Behavioral Health: A Review. In: *JAMA psychiatry* 76 (3), S. 324–335. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2018.3329.

Li, J.-M.; Zhang, Y.; Su, W.-J.; Liu, L.-L.; Gong, H.; Peng, W.; Jiang, C.-L. (2018): Cognitive behavioral therapy for treatment-resistant depression: A systematic review and meta-analysis. In: *Psychiatry research* 268, S. 243–250. DOI: 10.1016/j.psychres.2018.07.020.

Liebherz, S.; Rabung, S. (2013): Wirksamkeit psychotherapeutischer Krankenhausbehandlung im deutschsprachigen Raum: Eine Meta-Analyse. In: *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 63 (9-10), S. 355–364. DOI: 10.1055/s-0033-1337909.

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

Linden, M.; Muschalla, B. (2012): Standardized diagnostic interviews, criteria, and algorithms for mental disorders: garbage in, garbage out. In: *European archives of psychiatry and clinical neuroscience* 262 (6), S. 535–544. DOI: 10.1007/s00406-012-0293-z.

Lindström, M.; Hariz, G.-M.; Bernspång, B. (2012): Dealing with Real-Life Challenges: Outcome of a Home-Based Occupational Therapy Intervention for People with Severe Psychiatric Disability. In: *OTJR: Occupation, Participation and Health* 32 (2), S. 5–14. DOI: 10.3928/15394492-20110819-01.

Linehan, M. (1993): Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York, NY: Guilford Press.

Little, H.; Tickle, A.; das Nair, R. (2018): Process and impact of dialectical behaviour therapy: A systematic review of perceptions of clients with a diagnosis of borderline personality disorder. In: *Psychology and psychotherapy* 91 (3), S. 278–301. DOI: 10.1111/papt.12156.

Loh, A.; Simon, D.; Kriston, L.; Härter, M. (2007a): Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen. Effekte der Partizipativen Entscheidungsfindung aus systematischen Reviews. In: *Deutsches Ärzteblatt* 104 (21), S. 1483–1488.

Loh, A.; Simon, D.; Wills, C. E.; Kriston, L.; Niebling, W.; Härter, M. (2007b): The effects of a shared decision-making intervention in primary care of depression: a cluster-randomized controlled trial. In: *Patient education and counseling* 67 (3), S. 324–332. DOI: 10.1016/j.pec.2007.03.023.

Loughlin, M.; Bucci, S.; Brooks, J.; Berry, K. (2020): Service users' and carers' experiences of engaging with early intervention services: A meta-synthesis review. In: *Early intervention in psychiatry* 14 (1), S. 26–36. DOI: 10.1111/eip.12803.

Luborsky, L.; Crits-Christoph, P. (1990): Understanding transference: The Core Conflictual Relationship Theme method (2nd ed.). DOI: 10.1037/10250-000.

Markon, K. E.; Chmielewski, M.; Miller, C. J. (2011): The reliability and validity of discrete and continuous measures of psychopathology: a quantitative review. In: *Psychological bulletin* 137 (5), S. 856–879. DOI: 10.1037/a0023678.

Marshall, M.; Lockwood, A. (2000): Assertive community treatment for people with severe mental disorders. In: *The Cochrane database of systematic reviews* (2), CD001089. DOI: 10.1002/14651858.CD001089.

Marwaha, S.; Johnson, S. (2004): Schizophrenia and employment - a review. In: *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 39 (5), S. 337–349. DOI: 10.1007/s00127-004-0762-4.

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

McCabe, G. A.; Oltmanns, J. R.; Widiger, T. A. (2021): Criterion A Scales: Convergent, Discriminant, and Structural Relationships. In: *Assessment* 28 (3), S. 813–828. DOI: 10.1177/1073191120947160.

McCabe, G. A.; Widiger, T. A. (2020): A comprehensive comparison of the ICD-11 and DSM-5 section III personality disorder models. In: *Psychological assessment* 32 (1), S. 72–84. DOI: 10.1037/pas0000772.

McLaughlin, S. P. B.; Barkowski, S.; Burlingame, G. M.; Strauss, B.; Rosendahl, J. (2019): Group psychotherapy for borderline personality disorder: A meta-analysis of randomized-controlled trials. In: *Psychotherapy (Chicago, Ill.)* 56 (2), S. 260–273. DOI: 10.1037/pst0000211.

Mehl, S.; Werner, D.; Lincoln, T. M. (2015): Does Cognitive Behavior Therapy for psychosis (CBTp) show a sustainable effect on delusions? A meta-analysis. In: *Frontiers in psychology* 6, S. 1450. DOI: 10.3389/fpsyg.2015.01450.

Mehl, S.; Werner, D.; Lincoln, T. M. (2019): Corrigendum: Does Cognitive Behavior Therapy for psychosis (CBTp) show a sustainable effect on delusions? A meta-analysis. In: *Frontiers in psychology* 10, S. 1868. DOI: 10.3389/fpsyg.2019.01868.

Meisner, M. W.; Bach, B.; Lenzenweger, M. F.; Møller, L.; Haahr, U. H.; Petersen, L. S. et al. (2022): Reconceptualization of borderline conditions through the lens of the alternative model of personality disorders. In: *Personality disorders* 13 (3), S. 266–276. DOI: 10.1037/per0000502.

Merz, J.; Schwarzer, G.; Gerger, H. (2019): Comparative Efficacy and Acceptability of Pharmacological, Psychotherapeutic, and Combination Treatments in Adults With Posttraumatic Stress Disorder: A Network Meta-analysis. In: *JAMA psychiatry* 76 (9), S. 904–913. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2019.0951.

Milinkovic, M. S.; Tiliopoulos, N. (2020): A systematic review of the clinical utility of the DSM-5 section III alternative model of personality disorder. In: *Personality disorders* 11 (6), S. 377–397. DOI: 10.1037/per0000408.

Møller, L.; Meisner, M. W.; Søgaard, U.; Elklit, A.; Simonsen, E. (2021): Assessment of personality functioning in ICD-11 posttraumatic stress disorder and complex posttraumatic stress disorder. In: *Personality disorders* 12 (5), S. 466–474. DOI: 10.1037/per0000491.

Montazeri, A.; Goshtasebi, A.; Vahdaninia, M.; Gandek, B. (2005): The Short Form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. In: *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation* 14 (3), S. 875–882. DOI: 10.1007/s11136-004-1014-5.

Morey, L. C. (2017): Development and initial evaluation of a self-report form of the DSM-5 Level of Personality Functioning Scale. In: *Psychological assessment* 29 (10), S. 1302–1308. DOI: 10.1037/pas0000450.

Morey, L. C. (2019): Interdiagnostician Reliability of the DSM-5 Section II and Section III Alternative Model Criteria for Borderline Personality Disorder. In: *Journal of personality disorders* 33 (6), 721-S18. DOI: 10.1521/pedi_2019_33_362.

Morey, L. C.; Bender, D. S.; Skodol, A. E. (2013): Validating the proposed diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th edition, severity indicator for personality disorder. In: *The Journal of nervous and mental disease* 201 (9), S. 729–735. DOI: 10.1097/NMD.0b013e3182a20ea8.

Morey, L. C.; Hopwood, C. J. (2020): Brief Report: Expert Preferences for Categorical, Dimensional, and Mixed/Hybrid Approaches to Personality Disorder Diagnosis. In: *Journal of personality disorders* 34 (Supplement C), S. 124–131. DOI: 10.1521/pedi_2019_33_398.

Morey, L. C.; McCredie, M. N.; Bender, D. S.; Skodol, A. E. (2022): Criterion A: Level of personality functioning in the alternative DSM-5 model for personality disorders. In: *Personality disorders* 13 (4), S. 305–315. DOI: 10.1037/per0000551.

Morey, L. C.; Skodol, A. E.; Oldham, J. M. (2014): Clinician judgments of clinical utility: A comparison of DSM-IV-TR personality disorders and the alternative model for DSM-5 personality disorders. In: *Journal of abnormal psychology* 123 (2), S. 398–405. DOI: 10.1037/a0036481.

Mota-Pereira, J.; Silverio, J.; Carvalho, S.; Ribeiro, J. C.; Fonte, D.; Ramos, J. (2011): Moderate exercise improves depression parameters in treatment-resistant patients with major depressive disorder. In: *Journal of Psychiatric Research* 45 (8), S. 1005–1011. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2011.02.005.

Müller, H.; Goldstein, L.; Haag, I.; Kim, E.-H.; Klaus, J.; Konkol, C. et al. (2013): Ein Jahr Integrierte Versorgung zur Behandlung von Patienten mit psychotischen Störungen an der Uniklinik Köln. Berlin: DGPPN.

Müller, H.; Haag, I.; Jessen, F.; Kim, E. H.; Klaus, J.; Konkol, C.; Bechdolf, A. (2016): Kognitive Verhaltenstherapie und Assertive Community Treatment reduzieren die Anzahl stationärer Tage und verlängern die Zeit bis zu einer stationären Aufnahme bei schweren psychotischen Störungen. In: *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie* 84 (2), S. 76–82. DOI: 10.1055/s-0042-102055.

Mullins-Sweatt, S. N.; Widiger, T. A. (2009): Clinical utility and DSM-V. In: *Psychological assessment* 21 (3), S. 302–312. DOI: 10.1037/a0016607.

Munder, T.; Geisshüsler, A.; Krieger, T.; Zimmermann, J.; Wolf, M.; Berger, T.; Watzke, B. (2022): Intensity of Treatment as Usual and Its Impact on the Effects of Face-to-Face and Internet-Based Psychotherapy for Depression: A Preregistered Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. In: *Psychotherapy and psychosomatics* 91 (3), S. 200–209. DOI: 10.1159/000521951.

Natoli, A. P.; Bach, B.; Behn, A.; Cottin, M.; Gritti, E. S.; Hutsebaut, J. et al. (2022): Multinational evaluation of the measurement invariance of the Level of Personality Functioning Scale-brief form 2.0: Comparison of student and community samples across seven countries. In: *Psychological assessment* 34 (12), S. 1112–1125. DOI: 10.1037/pas0001176.

Nelson, S. M.; Huprich, S. K.; Meehan, K. B.; Siefert, C.; Haggerty, G.; Sexton, J. et al. (2018): Convergent and Discriminant Validity and Utility of the DSM-5 Levels of Personality Functioning Questionnaire (DLOPFQ): Associations with Medical Health Care Provider Ratings and Measures of Physical Health. In: *Journal of personality assessment* 100 (6), S. 671–679. DOI: 10.1080/00223891.2018.1492415.

NICE (2009): Borderline personality disorder: recognition and management, zuletzt geprüft am 21.02.2024. www.nice.org.uk/guidance/cg78.

NICE (2014): Psychosis and schizophrenia in adults. Prevention and management. London: NICE.

Nock, M. K.; Holmberg, E. B.; Photos, V. I.; Michel, B. D. (2007): Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview: development, reliability, and validity in an adolescent sample. In: *Psychological assessment* 19 (3), S. 309–317. DOI: 10.1037/1040-3590.19.3.309.

Nolte, S.; Erdur, L.; Fischer, H. F.; Rose, M.; Palmowski, B. (2016): Course of self-reported symptoms of 342 outpatients receiving medium- versus long-term psychodynamic psychotherapy. In: *BioPsychoSocial medicine* 10, S. 23. DOI: 10.1186/s13030-016-0074-4.

Norcross, J. C.; Lambert, M. J. (2018): Psychotherapy relationships that work III. In: *Psychotherapy (Chicago, Ill.)* 55 (4), S. 303–315. DOI: 10.1037/pst0000193.

OCEBM Levels of Evidence Working Group (2011): The Oxford 2011 Levels of Evidence. Oxford Centre for Evidence-Based Medicine. Online verfügbar unter http://www.cebm.net/index.aspx?o=5653, zuletzt geprüft am 07.03.2023.

Oerter, U.; Scheytt-Hälzner, N.; Kächele, H. (2001): Musiktherapie in der Psychiatrie. In: *Nervenheilkunde* (8), S. 428–433.

Ohse, L.; Zimmermann, J.; Kerber, A.; Kampe, L.; Mohr, J.; Kendlbacher, J. et al. (2023): Reliability, structure, and validity of module I (personality functioning) of the Structured Clinical Interview for the alternative DSM-5 model for personality disorders (SCID-5-AMPD-I). In: *Personality disorders* 14 (3), S. 287–299. DOI: 10.1037/per0000576.

Oitsalu, M.-L.; Kreegipuu, M.; Hutsebaut, J. (2022): Psychometric evaluation of the Estonian version of the Semi-structured Interview for Personality Functioning DSM-5 (STiP-5.1). In: *Borderline personality disorder and emotion dysregulation* 9 (1), S. 28. DOI: 10.1186/s40479-022-00197-7.

Olson, R. L.; Brush, C. J.; Ehmann, P. J.; Alderman, B. L. (2017): A randomized trial of aerobic exercise on cognitive control in major depression. In: *Clinical neurophysiology: official journal of the International Federation of Clinical Neurophysiology* 128 (6), S. 903–913. DOI: 10.1016/j.clinph.2017.01.023.

Oltmanns, J. R.; Widiger, T. A. (2019): Evaluating the assessment of the ICD-11 personality disorder diagnostic system. In: *Psychological assessment* 31 (5), S. 674–684. DOI: 10.1037/pas0000693.

Orygen (2016): Austrailian Clinical Guidelines for Early Psychosis. 2. Aufl. Melbourne: Orygen, The National Centre of Excellence in Youth Mental Health.

Osborne-Crowley, K. (2020): Social Cognition in the Real World: Reconnecting the Study of Social Cognition With Social Reality. In: *Review of General Psychology* 24 (2), S. 144–158. DOI: 10.1177/1089268020906483.

Oschimansky, F.; Popp, S.; Riedel-Heller, S. G.; Schwarzbach, M.; Gühne, U.; Kupka,, Peter (2017): Psychisch Kranke im SGB II: Situation und Betreuung. IAB-Forschungsbericht, 14/2017. Nürnburg. Online verfügbar unter http://hdl.handle.net/10419/182170, zuletzt geprüft am 20.01.2024.

Parabiaghi, A.; Bonetto, C.; Ruggeri, M.; Lasalvia, A.; Leese, M. (2006): Severe and persistent mental illness: a useful definition for prioritizing community-based mental health service interventions. In: *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 41 (6), S. 457–463. DOI: 10.1007/s00127-006-0048-0.

Perkins, R.; Rinaldi, M. (2012): Das Leben wieder in den Griff bekommen. Ein Handbuch zur Planung deiner eigenen Recovery. 4. Aufl. Bern: Universitäre Psychiatrische Dienste Abt. Forschung Entwicklung Pflege und Pädagogik.

Peter, L.-J.; Schindler, S.; Sander, C.; Schmidt, S.; Muehlan, H.; McLaren, T. et al. (2021): Continuum beliefs and mental illness stigma: a systematic review and meta-analysis of correlation and intervention studies. In: *Psychol. Med.* 51 (5), S. 716–726. DOI: 10.1017/S0033291721000854.

Pincus, A. L.; Dowgwillo, E. A.; Greenberg, L. S. (2016): Three cases of narcissistic personality disorder through the lens of the DSM-5 alternative model for personality disorders. In: *Practice Innovations* 1 (3), S. 164–177. DOI: 10.1037/pri0000025.

Polatajko, H. J.; Townsend, E. A.; Craik, J. (2007): Canadian model of occupational performance and engagement (COMP-E). Enabling occupation II. Advancing an occupational therapy vision for health, well-being & justice through occupation. Ottawa: Canadian Association of Occupational Therapists.

Preti, E.; Di Pierro, R.; Costantini, G.; Benzi, I. M. A.; Panfilis, C. de; Madeddu, F. (2018): Using the Structured Interview of Personality Organization for DSM-5 Level of Personality Functioning Rating Performed by Inexperienced Raters. In: *Journal of personality assessment* 100 (6), S. 621–629. DOI: 10.1080/00223891.2018.1448985.

Priebe, S.; Huxley, P.; Knight, S.; Evans, S. (1999): Application and results of the Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA). In: *The International journal of social psychiatry* 45 (1), S. 7–12. DOI: 10.1177/002076409904500102.

Prinz, U.; Nutzinger, D.; Schulz, H.; Petermann, F.; Braukhaus, C.; Andreas, S. (2008): Die Symptom-Checkliste-90-R und ihre Kurzversionen: Psychometrische Analysen bei Patienten mit psychischen Erkrankungen. In: *Phys Rehab Kur Med* 18 (06), S. 337–343. DOI: 10.1055/s-0028-1093323.

Pukrop, R.; Möller, H. J.; Sass, H.; Sauer, H.; Klosterkötter, J.; Czernik, A. et al. (1999): Das Konstrukt Lebensqualität. Metaanalytische Validierung und die Entwicklung eines modularen Erhebungssystems. In: *Der Nervenarzt* 70 (1), S. 41–53. DOI: 10.1007/s001150050399.

Rabung, S.; Leichsenring, F.; Jaeger, U.; Streeck, U. (2005): Behandlungsergebnisse psychoanalytisch-interaktioneller und analytisch orientierter stationärer Gruppentherapie. In: *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* (41), S. 130–152.

Reddemann, O. (2023): Komplexe Folgen von Psychotrauma und psychosomatische Grundversorgung. In: *Ärztliche Psychotherapie* 18 (3), S. 180–185. DOI: 10.21706/aep-18-3-180.

Reddemann, O.; Herrmann, M.; Veit, I. (2022): Psychosomatische Grundversorgung. In: Chenot, J.-F., Scherer, M. und Angelow, A. (Hg.): Allgemeinmedizin. 1. Auflage. München: Elsevier, S. 883–891.

Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung (29.09.2023): Psychiatrie, Psychosomatik und Kinderund Jugendpsychiatrie („Psych-Fächer“): Reform und Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung.

Bschor, Tom, 11055 Berlin, Mail: Krankenhauskommission@bmg.bund.de. Online verfügbar unter www.bundesgesundheitsministerium.de/regierungskommission-krankenhausversorgung.

Reker, T.; Eikelmann, B. (2004): Berufliche Eingliederung als Ziel psychiatrischer Therapie. In: *Psychiatrische Praxis* 31, S251-5. DOI: 10.1055/s-2004-828478.

Remmers, C.; Zimmermann, J. (2022): Angstproblematiken: Dimensionale Betrachtung und Einbettung in die Persönlichkeit. In: *PiD - Psychotherapie im Dialog* 23 (03), S. 40–44. DOI: 10.1055/a-1686-1628.

Richter, D.; Eikelmann, B.; Reker, T. (2006): Arbeit, Einkommen, Partnerschaft: Die soziale Exklusion psychisch kranker Menschen. In: *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 68 (11), S. 704–707. DOI: 10.1055/s-2006-927288.

Richter, D.; Hoffmann, H. (2017): Independent housing and support for people with severe mental illness: systematic review. In: *Acta psychiatrica Scandinavica* 136 (3), S. 269–279. DOI: 10.1111/acps.12765.

Richter, D.; Jäger, M. (2021): Wohnen und psychiatrische Versorgung. Ein Beitrag über den Forschungsstand. In: *Kerbe* (4).

Roche, M. J.; Jacobson, N. C.; Phillips, J. J. (2018): Expanding the Validity of the Level of Personality Functioning Scale Observer Report and Self-Report Versions Across Psychodynamic and Interpersonal Paradigms. In: *Journal of personality assessment* 100 (6), S. 571–580. DOI: 10.1080/00223891.2018.1475394.

Roche, M. J.; Jacobson, N. C.; Pincus, A. L. (2016): Using repeated daily assessments to uncover oscillating patterns and temporally-dynamic triggers in structures of psychopathology: Applications to the DSM-5 alternative model of personality disorders. In: *Journal of abnormal psychology* 125 (8), S. 1090–1102. DOI: 10.1037/abn0000177.

Roche, M. J.; Jaweed, S. (2023): Comparing Measures of Criterion A to Better Understand Incremental Validity in the Alternative Model of Personality Disorders. In: *Assessment* 30 (3), S. 689–705. DOI: 10.1177/10731911211059763.

Rodante, D. E.; Kaplan, M. I.; Olivera Fedi, R.; Gagliesi, P.; Pascali, A.; José Quintero, P. S. et al. (2022): CALMA, a Mobile Health Application, as an Accessory to Therapy for Reduction of Suicidal and Non-Suicidal Self-Injured Behaviors: A Pilot Cluster Randomized Controlled Trial. In: *Archives of suicide research: official journal of the International Academy for Suicide Research* 26 (2), S. 801–818. DOI: 10.1080/13811118.2020.1834476.

Rodriguez-Seijas, C.; Eaton, N. R.; Stohl, M.; Mauro, P. M.; Hasin, D. S. (2017): Mental disorder comorbidity and treatment utilization. In: *Comprehensive psychiatry* 79, S. 89–97. DOI: 10.1016/j.comppsych.2017.02.003.

Rohenkohl, A. C.; Sowada, P.; Lambert, M.; Gallinat, J.; Karow, A.; Lüdecke, D. et al. (2023): Service users' perceptions of relevant and helpful components of an integrated care concept (ACCESS) for psychosis. In: *Frontiers in psychology* 14, S. 1285575. DOI: 10.3389/fpsyg.2023.1285575.

Roininen, S. M.; Cheetham, M.; Mueller, B. U.; Battegay, E. (2019): Unmet challenges in treating hypertension in patients with borderline personality disorder: A systematic review. In: *Medicine* 98 (37), e17101. DOI: 10.1097/MD.0000000000017101.

Rönnau-Böse, M.; Fröhlich-Gildhoff, K.; Bengel, J.; Lyssenko, L. (2022): Resilienz und Schutzfaktoren. In: Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden.

Ruggeri, M.; Leese, M.; Thornicroft, G.; Bisoffi, G.; Tansella, M. (2000): Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. In: *The British journal of psychiatry: the journal of mental science* 177, S. 149–155. DOI: 10.1192/bjp.177.2.149.

Ruggero, C. J.; Kotov, R.; Hopwood, C. J.; First, M.; Clark, L. A.; Skodol, A. E. et al. (2019): Integrating the Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP) into clinical practice. In: *Journal of consulting and clinical psychology* 87 (12), S. 1069–1084. DOI: 10.1037/ccp0000452.

Safran, J. D.; Muran, J. C. (2000): Negotiating the therapeutic alliance. A relational treatment guide. paperback edition. New York: Guilford Press.

Salkovskis, P. M.; Rimes, K. A.; Warwick, H. M. C.; Clark, D. M. (2002): The Health Anxiety Inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. In: *Psychol. Med.* 32 (5), S. 843–853. DOI: 10.1017/s0033291702005822.

Santis, R.; Hidalgo, C. G.; Jaramillo, A.; Hayden, V.; Armijo, I.; Lasagna, A. (2013): A family outreach intervention for engaging young out-of-treatment drug users: pre- versus post-treatment comparison. In: *Journal of substance abuse treatment* 44 (1), S. 61–70. DOI: 10.1016/j.jsat.2012.03.003.

Schaefer, M.; Selo, M.; Stehlin, N.; Wagenblast, B.; Bock, T. (2021): Development and Structures of Trialogue for Bipolar Disorders in Germany and Guidelines of the German Society for Bipolar Disorders. In: *Medicina (Kaunas, Lithuania)* 57 (11). DOI: 10.3390/medicina57111213.

Scheibler, F.; Janssen, C.; Pfaff, H. (2003): Shared decision making: ein Uberblicksartikel über die internationale Forschungsliteratur. In: *Sozial- und Präventivmedizin* 48 (1), S. 11–23. DOI: 10.1007/s000380300002.

Scheibler, F.; Pfaff, H. (Hg.) (2003): Shared Decision-Making. Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess. Weinheim, München: Juventa (Juventa Materialien).

Schmeck, K.; Schlüter-Müller, S.; Foelsch, P. A.; Doering, S. (2013): The role of identity in the DSM-5 classification of personality disorders. In: *Child and adolescent psychiatry and mental health* 7 (1), S. 27. DOI: 10.1186/1753-2000-7-27.

Schneider, F.; Erhart, M.; Hewer, W.; Loeffler, L. A.; Jacobi, F. (2019): Mortality and Medical Comorbidity in the Severely Mentally Ill. In: *Deutsches Ärzteblatt international* 116 (23-24), S. 405–411. DOI: 10.3238/arztebl.2019.0405.

Scholten, M.; Gieselmann, A.; Gather, J.; Vollmann, J. (2019): Psychiatric Advance Directives Under the Convention on the Rights of Persons With Disabilities: Why Advance Instructions Should Be Able to Override Current Preferences. In: *Front. Psychiatry* 10, S. 631. DOI: 10.3389/fpsyt.2019.00631.

Schöttle, D.; Schimmelmann, B. G.; Ruppelt, F.; Bussopulos, A.; Frieling, M.; Nika, E. et al. (2018): Effectiveness of integrated care including therapeutic assertive community treatment in severe schizophrenia-spectrum and bipolar I disorders: Four-year follow-up of the ACCESS II study. In: *PloS one* 13 (2). DOI: 10.1371/journal.pone.0192929.

Schultz, K.; Delva, D.; Kerr, J. (2012): Emotional effects of continuity of care on family physicians and the therapeutic relationship. In: *Canadian family physician Medecin de famille canadien* 58 (2), S. 178–185.

Schünemann, H. J.; Best, D.; Vist, G.; Oxman, A. D. (2003): Letters, numbers, symbols and words: how to communicate grades of evidence and recommendations. In: *CMAJ: Canadian Medical Association Journal* 169 (7), S. 677–680.

Schünemann, H. J.; Jaeschke, R.; Cook, D. J.; Bria, W. F.; El-Solh, A. A.; Ernst, A. et al. (2006): An official ATS statement: grading the quality of evidence and strength of recommendations in ATS guidelines and recommendations. In: *American journal of respiratory and critical care medicine* 174 (5), S. 605–614. DOI: 10.1164/rccm.200602-197ST.

Schweitzer, J.; Schlippe, A. von (2015): Das störungsspezifische Wissen. 6., unveränd. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) (2019): A guideline developer's handbook. SIGN publication no.50. Revised edition published November 2019. Edinburgh: SIGN. Online verfügbar unter http://www.sign.ac.uk.

Sell, C.; Gröning, F.; Benecke, C. (2021): »Zur weiteren Forschung vorgesehen«. In: *PTT - Persönlichkeitsstörungen: Theorie und Therapie* 25 (2), S. 141–154. DOI: 10.21706/ptt-25-2-141.

Sharp, C.; Wall, K. (2021): DSM-5 Level of Personality Functioning: Refocusing Personality Disorder on What It Means to Be Human. In: *Annual review of clinical psychology* 17, S. 313–337. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-081219-105402.

Sheehan, D. V. (1983): The anxiety disease. 5. Aufl. New York: Scribner.

Shefler, G.; Abargil, M.; Yonatan-Leus, R.; Finkenberg, R.; Amir, I. (2023): Empirical examination of long-term and intensive psychodynamic psychotherapy for severely disturbed patients. In: *Psychotherapy research: journal of the Society for Psychotherapy Research*, S. 1–16. DOI: 10.1080/10503307.2023.2263810.

Shen, C.-C.; Hu, L.-Y.; Hu, Y.-H. (2017): Comorbidity study of borderline personality disorder: applying association rule mining to the Taiwan national health insurance research database. In: *BMC medical informatics and decision making* 17 (1), S. 8. DOI: 10.1186/s12911-016-0405-1.

Sheridan Rains, L.; Echave, A.; Rees, J.; Scott, H. R.; Lever Taylor, B.; Broeckelmann, E. et al. (2021): Service user experiences of community services for complex emotional

needs: A qualitative thematic synthesis. In: *PloS one* 16 (4), e0248316. DOI: 10.1371/journal.pone.0248316.

Shorey, H. S.; Snyder, C. R.; Yang, X.; Lewin, M. R. (2003): The Role of Hope as a Mediator in Recollected Parenting, Adult Attachment, and Mental Health. In: *Journal of Social and Clinical Psychology* 22 (6), S. 685–715. DOI: 10.1521/jscp.22.6.685.22938.

Siegl, J.; Wendler, S. (2019): Verhaltenstherapeutische Interventionen. In: Leibing, E., Hiller, W. und Sulz, S. K. D. (Hg.): Lehrbuch der Psychotherapie für die Ausbildung zur/zum Psychologischen Psychotherapeutin/en und für die ärztliche Weiterbildung. 2. Auflage. Gießen: CIP-Medien im Psychosozial-Verlag, S. 125–163.

Singer, S.; Blanck, J.; Scholz, I.; Büttner, M.; Maier, L. (2022a): Hängen die Stundenkontingente für ambulante Psychotherapie zur Behandlung von Depressionen mit deren Schweregrad zusammen? In: *Nervenarzt* 93 (11), S. 1143–1149. DOI: 10.1007/s00115-022-01374-3.

Singer, S.; Maier, L.; Paserat, A.; Lang, K.; Wirp, B.; Kobes, J. et al. (2022b): Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz vor und nach der Psychotherapiestrukturreform. In: *Psychotherapeut* 67 (2), S. 176–184. DOI: 10.1007/s00278-021-00551-0.

Skodol, A. E. (2018): Impact of personality pathology on psychosocial functioning. In: *Current opinion in psychology* 21, S. 33–38. DOI: 10.1016/j.copsyc.2017.09.006.

Skodol, A. E.; Bender, D. S.; Oldham, J. M.; Clark, L. A.; Morey, L. C.; Verheul, R. et al. (2011): Proposed changes in personality and personality disorder assessment and diagnosis for DSM-5 Part II: Clinical application. In: *Personality disorders* 2 (1), S. 23–40. DOI: 10.1037/a0021892.

Skodol, A. E.; Morey, L. C.; Bender, D. S.; Oldham, J. M. (2015): The Alternative DSM-5 Model for Personality Disorders: A Clinical Application. In: *AJP* 172 (7), S. 606–613. DOI: 10.1176/appi.ajp.2015.14101220.

Slade, M. (2009): 100 Wege um Recovery zu unterstützen. Ein Leitfaden für psychiatrische Fachpersonen. Online verfügbar unter http://www.pflege-in-der-psychiatrie.eu/files/recovery/100Wege_0813%20(2).pdf, zuletzt geprüft am 18.01.2024.

Sleep, C.; Lynam, D. R.; Miller, J. D. (2021): Personality impairment in the DSM-5 and ICD-11: Current standing and limitations. In: *Current opinion in psychiatry* 34 (1), S. 39–43. DOI: 10.1097/YCO.0000000000000657.

Sleep, C. E.; Lynam, D. R.; Widiger, T. A.; Crowe, M. L.; Miller, J. D. (2019): An evaluation of DSM-5 Section III personality disorder Criterion A (impairment) in accounting for psychopathology. In: *Psychological assessment* 31 (10), S. 1181–1191. DOI: 10.1037/pas0000620.

Sleep, C. E.; Weiss, B.; Lynam, D. R.; Miller, J. D. (2020): The DSM-5 section III personality disorder criterion a in relation to both pathological and general personality traits. In: *Personality disorders* 11 (3), S. 202–212. DOI: 10.1037/per0000383.

Smeijsters, H. (1999): Grundlagen der Musiktherapie. Theorie und Praxis der Behandlung psychischer Störungen und Behinderungen. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe Verl. für Psychologie.

Smith, G. T.; Atkinson, E. A.; Davis, H. A.; Riley, E. N.; Oltmanns, J. R. (2020): The General Factor of Psychopathology. In: *Annual review of clinical psychology* 16, S. 75–98. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-071119-115848.

Snyder, C. R.; Lopez, S. J. (2002): Handbook of Positive Psychology: Oxford University Press.

Solanto, M. V.; Jacobson, M. S.; Heller, L.; Golden, N. H.; Hertz, S. (1994): Rate of weight gain of inpatients with anorexia nervosa under two behavioral contracts. In: *Pediatrics* 93 (6 Pt 1), S. 989–991.

Somma, A.; Borroni, S.; Gialdi, G.; Carlotta, D.; Emanuela Giarolli, L.; Barranca, M. et al. (2020): The Inter-Rater Reliability and Validity of the Italian Translation of the Structured Clinical Interview for DSM-5 Alternative Model for Personality Disorders Module I and Module II: A Preliminary Report on Consecutively Admitted Psychotherapy Outpatients. In: *Journal of personality disorders* 34, S. 95–123. DOI: 10.1521/pedi_2020_34_511.

Sonis, J.; Cook, J. M. (2019): Medication versus trauma-focused psychotherapy for adults with posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. In: *Psychiatry research* 282, S. 112637. DOI: 10.1016/j.psychres.2019.112637.

Speck, A.; Steinhart, I.; Freyberger, H. (2013): Wieder einmal alles gesagt … zur „Black Box“ der Geschlossenen Heime? In: *Psychiat Prax* 40 (01), S. 49–50. DOI: 10.1055/s-0032-1321452.

Spitzer, C.; Müller, S.; Kerber, A.; Hutsebaut, J.; Brähler, E.; Zimmermann, J. (2021): Die deutsche Version der Level of Personality Functioning Scale-Brief Form 2.0 (LPFS-BF): Faktorenstruktur, konvergente Validität und Normwerte in der Allgemeinbevölkerung. In: *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 71 (7), S. 284–293. DOI: 10.1055/a-1343-2396.

Steinert, T.; Jaeger, S.; Herpertz, S. C. (2020): Wirksamkeit verschiedener Formen des unterstützten Wohnens für Menschen mit seelischer Behinderung im Rahmen der Eingliederungshilfe in Baden-Württemberg (WieWohnen-BW). Abschlussbericht.

Stengler, K.; Bechdolf, A.; Becker, T.; Döring, A.; Höhl, W.; Jäckel, D. et al. (2021): Umsetzung der Prinzipien des Supported Employment in Deutschland: Positionspapier einer Task-Force der DGPPN. In: *Nervenarzt* 92 (9), S. 955–962. DOI: 10.1007/s00115-020-01038-0.

Stiglmayr, C.; Gunia, H. (2017): Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) zur Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Ein Manual für die ambulante Therapie. 1. Auflage. Göttingen: Hogrefe.

Stovell, D.; Morrison, A. P.; Panayiotou, M.; Hutton, P. (2016): Shared treatment decision-making and empowerment-related outcomes in psychosis: systematic review and meta-analysis. In: *The British journal of psychiatry: the journal of mental science* 209 (1), S. 23–28. DOI: 10.1192/bjp.bp.114.158931.

Strauß, B.; Wittmann, W. W. (2000): Wie hilft Psychotherapie? In: Senf, W. und Broda, M. (Hg.): Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch: Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, Systemische Therapie. Stuttgart, Berlin: Thieme, S. 734–745.

Streeck, U.; Werthmann, H.-V. (1992): Lehranalyse und psychoanalytische Ausbildung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Stuhler, H.; Kontny, L.; Schleu, A.; Strauß, B. (2019): Von schleichenden Grenzverletzungen zu sexuellem Missbrauch in Psychotherapien. In: *Psychotherapeut* 64 (6), S. 470–475. DOI: 10.1007/s00278-019-00386-w.

Szuhany, K. L.; Otto, M. W. (2020): Efficacy evaluation of exercise as an augmentation strategy to brief behavioral activation treatment for depression: a randomized pilot trial. In: *Cognitive behaviour therapy* 49 (3), S. 228–241. DOI: 10.1080/16506073.2019.1641145.

Tabol, C.; Drebing, C.; Rosenheck, R. (2010): Studies of "supported" and "supportive" housing: a comprehensive review of model descriptions and measurement. In: *Evaluation and program planning* 33 (4), S. 446–456. DOI: 10.1016/j.evalprogplan.2009.12.002.

Tait, L.; Birchwood, M.; Trower, P. (2002): A new scale (SES) to measure engagement with community mental health services. In: *Journal of Mental Health* 11 (2), S. 191–198. DOI: 10.1080/09638230020023570-2.

Taubner, S.; Fonagy, P.; Bateman, A. (2019): Mentalisierungsbasierte Therapie. 1. Auflage. Göttingen: Hogrefe (Fortschritte der Psychotherapie, Band 75).

Teismann, T.; Dorrmann, W. (2014): Suizidalität. In: *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 43 (4), S. 286–287. DOI: 10.1026/1616-3443/a000284.

Temes, C. M.; Frankenburg, F. R.; Fitzmaurice, G. M.; Zanarini, M. C. (2019): Deaths by Suicide and Other Causes Among Patients With Borderline Personality Disorder and Personality-Disordered Comparison Subjects Over 24 Years of Prospective Follow-Up. In: *The Journal of clinical psychiatry* 80 (1). DOI: 10.4088/JCP.18m12436.

The Cochrane Collaboration (2011): The Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias in randomised trials. In: *BMJ (Clinical research ed.)* 343, d5928. DOI: 10.1136/bmj.d5928.

Thompson, C. T.; Vidgen, A.; Roberts, N. P. (2018): Psychological interventions for post-traumatic stress disorder in refugees and asylum seekers: A systematic review and meta-analysis. In: *Clinical psychology review* 63, S. 66–79. DOI: 10.1016/j.cpr.2018.06.006.

Thylstrup, B.; Simonsen, S.; Nemery, C.; Simonsen, E.; Noll, J. F.; Myatt, M. W.; Hesse, M. (2016): Assessment of personality-related levels of functioning: a pilot study of clinical assessment of the DSM-5 level of personality functioning based on a semi-structured interview. In: *BMC psychiatry* 16 (1), S. 298. DOI: 10.1186/s12888-016-1011-6.

Treichler, E. B. H.; Spaulding, W. D. (2017): Beyond shared decision-making: Collaboration in the age of recovery from serious mental illness. In: *The American journal of orthopsychiatry* 87 (5), S. 567–574. DOI: 10.1037/ort0000256.

Troup, J.; Lever Taylor, B.; Sheridan Rains, L.; Broeckelmann, E.; Russell, J.; Jeynes, T. et al. (2022): Clinician perspectives on what constitutes good practice in community

services for people with complex emotional needs: A qualitative thematic meta-synthesis. In: *PloS one* 17 (5). DOI: 10.1371/journal.pone.0267787.

Tryon, G. S.; Birch, S. E.; Verkuilen, J. (2018): Meta-analyses of the relation of goal consensus and collaboration to psychotherapy outcome. In: *Psychotherapy (Chicago, Ill.)* 55 (4), S. 372–383. DOI: 10.1037/pst0000170.

Turner, D. T.; Burger, S.; Smit, F.; Valmaggia, L. R.; van der Gaag, M. (2020): What Constitutes Sufficient Evidence for Case Formulation-Driven CBT for Psychosis? Cumulative Meta-analysis of the Effect on Hallucinations and Delusions. In: *Schizophrenia bulletin* 46 (5), S. 1072–1085. DOI: 10.1093/schbul/sbaa045.

Tyrer, P.; Mulder, R.; Kim, Y.-R.; Crawford, M. J. (2019): The Development of the ICD-11 Classification of Personality Disorders: An Amalgam of Science, Pragmatism, and Politics. In: *Annual review of clinical psychology* 15, S. 481–502. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-050718-095736.

van Bronswijk, S.; Moopen, N.; Beijers, L.; Ruhe, H. G.; Peeters, F. (2019): Effectiveness of psychotherapy for treatment-resistant depression: a meta-analysis and meta-regression. In: *Psychol. Med.* 49 (3), S. 366–379. DOI: 10.1017/S003329171800199X.

van den Broek, E.; Keulen-de Vos, M.; Bernstein, D. P. (2011): Arts therapies and Schema Focused therapy: A pilot study. In: *The Arts in Psychotherapy* 38 (5), S. 325–332. DOI: 10.1016/j.aip.2011.09.005.

van Reenen, M.; Janssen, B. (2019): EQ-5D-5L User Guide: Basic Information on How to Use the EQ-5D-5L Instrument. Rotterdam, The Netheralands: EuroQol Research Foundation. Online verfügbar unter https://euroqol.org/publications/user-guides.

Vandenberghe, L.; Coppede, A. M.; Bittencourt, M. V. (2018): Building and Handling Therapeutic Closeness in the Therapist-Client Relationship in Behavioral and Cognitive Psychotherapy. In: *J Contemp Psychother* 48 (4), S. 215–223. DOI: 10.1007/s10879-018-9388-9.

Vasquez, M. J. T. (2007): Cultural difference and the therapeutic alliance: an evidence-based analysis. In: *The American psychologist* 62 (8), S. 875–885. DOI: 10.1037/0003-066x.62.8.878.

Wasmuth, S.; Wilburn, V. G.; Hamm, J. A.; Chase, A. (2021): Comparing narrative-informed occupational therapy in adult outpatient mental health to treatment as usual: A quasi-experimental feasibility study with preliminary treatment outcomes. In: *Occupational therapy in mental health* 37 (1), S. 56–71. DOI: 10.1080/0164212x.2020.1845276.

Waszczuk, M. A.; Zimmerman, M.; Ruggero, C.; Li, K.; MacNamara, A.; Weinberg, A. et al. (2017): What do clinicians treat: Diagnoses or symptoms? The incremental validity of a symptom-based, dimensional characterization of emotional disorders in predicting medication prescription patterns. In: *Comprehensive psychiatry* 79, S. 80–88. DOI: 10.1016/j.comppsych.2017.04.004.

Weekers, L. C.; Hutsebaut, J.; Bach, B.; Kamphuis, J. H. (2020): Scripting the DSM-5 Alternative Model for Personality Disorders assessment procedure: A clinically feasible multi-informant multi-method approach. In: *Personality and mental health* 14 (3), S. 304–318. DOI: 10.1002/pmh.1481.

Weekers, L. C.; Hutsebaut, J.; Kamphuis, J. H. (2019): The Level of Personality Functioning Scale-Brief Form 2.0: Update of a brief instrument for assessing level of personality functioning. In: *Personality and mental health* 13 (1), S. 3–14. DOI: 10.1002/pmh.1434.

Weekers, L. C.; Hutsebaut, J.; Kamphuis, J. H. (2021a): Client and Clinical Utility of the Assessment of Personality Disorders. In: *The Journal of nervous and mental disease* 209 (11), S. 846–850. DOI: 10.1097/NMD.0000000000001398.

Weekers, L. C.; Hutsebaut, J.; Rovers, J. M. C.; Kamphuis, J. H. (2023): Head-to-head comparison of the alternative model for personality disorders and Section II personality disorder model in terms of predicting patient outcomes 1 year later. In: *Personality disorders*. DOI: 10.1037/per0000637.

Weekers, L. C.; Verhoeff, S. C. E.; Kamphuis, J. H.; Hutsebaut, J. (2021b): Assessing Criterion A in adolescents using the Semistructured Interview for Personality Functioning DSM-5. In: *Personality disorders* 12 (4), S. 312–319. DOI: 10.1037/per0000454.

Wei, Y.; Chen, S. (2021): Narrative exposure therapy for posttraumatic stress disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials. In: *Psychological trauma: theory, research, practice and policy* 13 (8), S. 877–884. DOI: 10.1037/tra0000922.

Wendt, L. P.; Engesser, D.; Dotzauer, L.; van Haaren, Y.; Benecke, C.; Singer, S.; Zimmermann, J. (2024a): Leitlinien-Mapping der LL-SBPF – Diagnostik, Therapie und Rehabilitation von Patientinnen und Patienten mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen. Online verfügbar unter https://doi.org/10.17605/OSF.IO/Q2FKJ.

Wendt, L. P.; Klein, E., M.; Dotzauer, L.; Engesser, D.; Singer, S.; Benecke, C. et al. (2024b): Clinical Utility of the Level of Personality Functioning Scale: A Survey with German Mental Health Professionals. DOI: 10.31234/osf.io/u9ycr.

Wendt, L. P.; Wright, A. G. C.; Pilkonis, P. A.; Nolte, T.; Fonagy, P.; Montague, P. R. et al. (2019): The latent structure of interpersonal problems: Validity of dimensional, categorical, and hybrid models. In: *Journal of abnormal psychology* 128 (8), S. 823–839. DOI: 10.1037/abn0000460.

Werner, J. (1996): Experiences with Long-term Psychoanalytic Group Therapy for Psychotic Outpatients. In: *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* (2), S. 137–274.

Westcott, C.; Waghorn, G.; McLean, D.; Statham, D.; Mowry, B. (2015): Interest in Employment Among People with Schizophrenia. In: *American Journal of Psychiatric Rehabilitation* 18 (2), S. 187–207. DOI: 10.1080/15487768.2014.954162.

WFOT (2012): Definition of Occupational Therapy. Hg. v. World Federation of Occupational Therapists. Online verfügbar unter https://wfot.org/resources/definitions-of-occupational-therapy-from-member-organisations, zuletzt geprüft am 22.01.2024.

Whitley, R.; Drake, R. E. (2010): Recovery: a dimensional approach. In: *Psychiatric services (Washington, D.C.)* 61 (12), S. 1248–1250. DOI: 10.1176/ps.2010.61.12.1248.

Whitworth, J. W.; Nosrat, S.; SantaBarbara, N. J.; Ciccolo, J. T. (2019): Feasibility of Resistance Exercise for Posttraumatic Stress and Anxiety Symptoms: A Randomized

Controlled Pilot Study. In: *Journal of traumatic stress* 32 (6), S. 977–984. DOI: 10.1002/jts.22464.

WHO (2001/2005): ICF: International statistical classification of functioning, disability, and health / Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit.

WHO (2022): International Classification of Diseases Eleventh Revision. (ICD-11). Geneva. Online verfügbar unter https://icd.who.int/browse11/l-m/en, zuletzt geprüft am 08.08.2023.

WHO-DAS 2.0 (2010): Measuring health and disability. Manual for WHO disability assessment schedule; WHODAS 2.0. Geneva.

Widiger, T. A.; Bach, B.; Chmielewski, M.; Clark, L. A.; DeYoung, C.; Hopwood, C. J. et al. (2019): Criterion A of the AMPD in HiTOP. In: *Journal of personality assessment* 101 (4), S. 345–355. DOI: 10.1080/00223891.2018.1465431.

Wiegand, H. F.; Godemann, F. (2017): Increased Treatment Complexity for Major Depressive Disorder for Inpatients With Comorbid Personality Disorder. In: *Psychiatric services (Washington, D.C.)* 68 (5), S. 524–527. DOI: 10.1176/appi.ps.201600192.

Wiegand, H. F.; Saam, J.; Marschall, U.; Chmitorz, A.; Kriston, L.; Berger, M. et al. (2020): Challenges in the Transition from In-Patient to Out-Patient Treatment in Depression. In: *Deutsches Arzteblatt international* 117 (27-28), S. 472–479. DOI: 10.3238/arztebl.2020.0472.

Wienberg, G.; Steinhart, I.; Beblo, T.; Dehn, L. B.; Driessen, M.; Grochtmann, J. et al. (2021): „Wirksamkeit der Eingliederungshilfe Wohnen für Menschen mit seelischen Behinderungen in Nordrhein-Westfalen“ – Projekt WiEWohnen NRW.

Wietersheim, J. von; Seitz, B.; Rottler, E.; Köppelmann, N.; Gündel, H. (2021): Aufwand, Erfolg und Scheitern bei der Suche nach einem ambulanten Psychotherapieplatz – Ergebnisse einer prospektiven Studie. In: *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 83 (1), S. 40–46. DOI: 10.1055/a-1005-6958.

Woll, C. F. J.; Schönbrodt, F. D. (2020): A Series of Meta-Analytic Tests of the Efficacy of Long-Term Psychoanalytic Psychotherapy. In: *European Psychologist* 25 (1), S. 51–72. DOI: 10.1027/1016-9040/a000385.

Yerxa, E. J. (1990): An introduction to occupational science, a foundation for occupational therapy in the 21st century. In: *Occupational therapy in health care* 6 (4), S. 1–17. DOI: 10.1080/J003v06n04_04.

Young, J. E.; Klosko, J. S.; Weishaar, M. E. (2008): Schematherapie. Ein praxisorientiertes Handbuch. Paderborn: Junfermann.

Young, S. E.; Beazley, P. (2023): Interrater reliability of criterion A of the alternative model for personality disorder (Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, Fifth Edition-Section III): A meta-analysis. In: *Personality disorders* 14 (6), S. 613–624. DOI: 10.1037/per0000631.

Zettl, M.; Taubner, S.; Hutsebaut, J.; Volkert, J. (2019): Psychometrische Evaluation der deutschen Version des Semistrukturierten Interviews zur Erfassung der DSM-5

Persönlichkeitsfunktionen (STiP-5.1). In: *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 69 (12), S. 499–504. DOI: 10.1055/a-1010-6887.

Zettl, M.; Volkert, J.; Vögele, C.; Herpertz, S. C.; Kubera, K. M.; Taubner, S. (2020): Mentalization and criterion a of the alternative model for personality disorders: Results from a clinical and nonclinical sample. In: *Personality disorders* 11 (3), S. 191–201. DOI: 10.1037/per0000356.

Zimmermann, J. (2022): Beyond defending or abolishing Criterion A: Comment on Morey et al. (2022). In: *Personality disorders* 13 (4), S. 321–324. DOI: 10.1037/per0000561.

Zimmermann, J.; Benecke, C.; Bender, D. S.; Skodol, A. E.; Schauenburg, H.; Cierpka, M.; Leising, D. (2014): Assessing DSM-5 level of personality functioning from videotaped clinical interviews: a pilot study with untrained and clinically inexperienced students. In: *Journal of personality assessment* 96 (4), S. 397–409. DOI: 10.1080/00223891.2013.852563.

Zimmermann, J.; Böhnke, J. R.; Eschstruth, R.; Mathews, A.; Wenzel, K.; Leising, D. (2015): The latent structure of personality functioning: Investigating criterion a from the alternative model for personality disorders in DSM-5. In: *Journal of abnormal psychology* 124 (3), S. 532–548. DOI: 10.1037/abn0000059.

Zimmermann, J.; Ehrenthal, J. C.; Cierpka, M.; Schauenburg, H.; Doering, S.; Benecke, C. (2012): Assessing the level of structural integration using operationalized psychodynamic diagnosis (OPD): implications for DSM-5. In: *Journal of personality assessment* 94 (5), S. 522–532. DOI: 10.1080/00223891.2012.700664.

Zimmermann, J.; Hopwood, C. J.; Krueger, R. F. (2023): The DSM-5 level of personality functioning scale. In: Krueger, R. F. und Blaney, Paul, H. (Hg.): Oxford Textbook of Psychopathology 4th ed.

Zimmermann, J.; Kerber, A.; Rek, K.; Hopwood, C. J.; Krueger, R. F. (2019): A Brief but Comprehensive Review of Research on the Alternative DSM-5 Model for Personality Disorders. In: *Current psychiatry reports* 21 (9), S. 92. DOI: 10.1007/s11920-019-1079-z.

Zimmermann, J.; Müller, S.; Bach, B.; Hutsebaut, J.; Hummelen, B.; Fischer, F. (2020): A Common Metric for Self-Reported Severity of Personality Disorder. In: *Psychopathology* 53 (3-4), S. 168–178. DOI: 10.1159/000507377.

Zimmermann, J.; Witthöft, M.; Cicero, D. C.; Forbes, M. K.; Hopwood, C. J.; Kotov, R. et al. (2024): Hierarchische Taxonomie der Psychopathologie (HiTOP): Ein neues Modell zur Beschreibung psychischer Probleme. DOI: 10.31234/osf.io/kp8yx.

Zuaboni, G.; Abderhalden, C.; Schulz, M.; Winter, A. (2012): Recovery praktisch! Schulungsunterlagen. Universitäre Psychiatrische Dienste (UPD): Bern.