Kurzfassung 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 – Kurzfassung

Datum 06.08.24 – Gültig bis 06.08.29

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* – Kurzfassung, 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 06.08.2024 bis zum 06.08.2029 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, Mitglieder 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:

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);

- Kurzfassung: Übersicht der graduierten Empfehlungen – das vorliegende Dokument;
- 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 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
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

Externes Peer-Review

Zur Legitimation der Leitlinie gegenüber anderen Professionen gab es eine öffentliche Konsultationsphase vom 27.05.2024 bis 09.06.2024, 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.

Sprachregelungen
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.

Zur Kurzfassung

Diese Kurzversion enthält eine gekürzte Version der LL-SBPF Langfassung. Herausgenommen wurden u.a. der Methodenteil und die Evidenztabellen. Des Weiteren konzentriert sich die Kurzfassung zum einen auf das Konzept der Persönlichkeitsfunktionen, welches wie in der Langfassung beschrieben wird, sowie auf die einzelnen Empfehlungen. Gekürzt oder ausgelassen wurden hingegen die Hintergrundtexte und ein Großteil der Beschreibung der Evidenz der evidenzbasierten Empfehlungen. Daher soll für die vollständige Angabe von Literaturverweisen die Langfassung konsultiert werden. Die Langfassung sowie der Leitlinienreport finden Sie hier:
https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/134-001

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 6 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

Zur Kurzfassung 10
Die wichtigsten Empfehlungen 10
1 Einleitung 19
2 Einordnung der LL-SBPF 19
2.1 Ziel der Leitlinie 20
2.2 Persönlichkeitsfunktionen (PF) als zentrale störungsübergreifende Dimension der Leitlinie 20
2.2.1 Was sind Persönlichkeitsfunktionen? 21
2.3 Besonderheiten einer Leitlinie für Menschen mit SBPF 23
2.3.1 Konzeptuelle Einordnung vor dem Hintergrund kategorialer Klassifikationssysteme 23
2.3.2 Bezug zu anderen Leitlinien 25
2.3.3 Inwiefern unterscheidet sich der Fokus auf SBPF von anderen Konzepten des Schweregrads? 25
2.3.4 Beispiel für Patient:innen mit schwerer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen 26
3 Methodisches Vorgehen 27
4 Schlüsselfragen und Empfehlungen 27
4.1 Übergeordnetes Verständnis 27
4.1.1 Biopsychosoziales Grundverständnis 27
4.1.2 Resilienz 28
4.1.3 Recovery 28
4.1.4 Beziehungsgestaltung und Partizipative Entscheidungsfindung 29
4.1.5 Selbstmanagement und Selbsthilfe 30
4.2 Empfehlungen auf Basis systematischer Literaturrecherche 31
4.2.1 Befunde aus Qualitativen Studien im Rahmen der systematischen Literaturrecherche 32
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)? 32
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? 34
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? 39

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? 40

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? 42

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? 43

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? 46

4.3 Schlüsselfragen und Empfehlungen ohne systematische Literaturrecherche 55

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?55

4.3.2 Schlüsselfrage 7: Ist Psychotherapie mit Behandlungsvertrag bei Patient:innen mit SBPF wirksamer als ohne Behandlungsvertrag? 62

4.3.3 Schlüsselfrage 8: Wann sollten Patient:innen mit SBPF (teil-)stationär aufgenommen werden? 64

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? 69

4.3.5 Schlüsselfrage 12: Bestehen bei SBPF Indikationen für eine psychopharmakologische Therapie und wenn ja welche? 71

5 Offene Forschungsfragen 72

6 Evidenztabellen 72

7 Literaturverzeichnis 73

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 21
Tabelle 5: Kurzbeschreibung der Stufen der LPFS 22
Tabelle 6: Indikationen für eine stationäre Behandlung 65
Tabelle 7: Maßnahmen bei Entlassung von Patient:innen mit SBPF aus (teil-)stationärer Behandlung 68
Tabelle 8: Themenrelevante deutsche Leitlinien: 70
Tabelle 9: mögliche Hinweise auf relevante Einschränkungen der Persönlichkeitsfunktionen im hausärztlichen Setting, die eine dezidiertere Abklärung in Betracht ziehen lassen: 71
Tabelle 10: Dachorganisationen und bundesweit operierende Hilfsdienste für Hilfe in akuten Krisen 71

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erläuterung
AMPD	Alternative Model of Personality Disorder (dt. Alternatives Model der Persönlichkeitsstörungen)
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)
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
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)
mt	medium term (dt. mittelfristig)
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
OPD	Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik
PF	Persönlichkeitsfunktionen
PICO	für Population/Patient:innen, Intervention, Comparison (Vergleich/Kontrollgruppe) und Outcome (Behandlungsziel)
PPP-RL	Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie
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
UN-BRK	Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen
WfbM	Werkstatt für behinderte Menschen

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 ein Fallbeispiel gegeben. Es folgen die Empfehlungen und Statements entsprechend der Schlüsselfragen. Zudem werden in den Hintergrundtexten Kontextinformationen gegeben.

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 4 und im Leitlinienreport Kapitel 3.1.3).

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 Persönlichkeitsstö-

rungen, 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	Stabile Beziehungen mit Einschränkungen bezüglich Tiefe und erlebter Zufriedenheit; Gehemmtheit	Größtenteils oberflächliche Beziehungen; Selbstwertregulation auf Kosten von	Deutlich beeinträchtigte Fähigkeit zu positiven und dauerhaften Beziehungen; Schwanken zwischen	Distanzierter, chaotischer, oder durchgängig negativer Umgang mit anderen;

und auf Gegenseitigkeit beruhenden Beziehungen; Bestreben nach Kooperation und gegenseitigem Nutzen sowie Fähigkeit, flexibel auf andere einzugehen	in Beziehungen, wenn starke Emotionen oder Konflikte auftreten; durch unrealistische Maßstäbe teilweise erschwerte Kooperation sowie leicht eingeschränkte Fähigkeit, flexibel auf andere einzugehen	Beziehungen sowie unrealistische Erwartung, von anderen perfekt verstanden zu werden; vorrangig aus Eigennutz angestrebte Kooperation	Angst, Zurückweisung und verzweifeltem Wunsch nach Nähe; wenig Gegenseitigkeit sowie Scheitern von Kooperation durch erlebte Kränkungen	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 zurückgreifen 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. Das Vorgehen des Leitlinien-Mappings siehe die Langfassung der Leitlinie, bei Wendt et al. (2024a) und unter https://doi.org/10.17605/OSF.IO/Q2FKJ.

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 Beispiel für Patient:innen mit 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.

Weitere Fallbeispiele finden sich in der Langfassung der Leitlinie.

3 Methodisches Vorgehen

Zum Vorgehen der Leitlinienerstellung, der Entwicklung von Empfehlungen nach GRADE, dem Vorgehen der systematischen Literaturrecherche, dem Konsensusprozess und der Methodenkritik siehe die Langfassung der Leitlinie (https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/134-001). Für den Umgang mit vor allem an kategorialen Diagnosen orientierten Studienergebnisse und dem Konzept der PF siehe auch Wendt et al. (2024b).

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. 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.

4.1 Übergeordnetes Verständnis

Die Empfehlungen und Statements der LL-SBPF beruhen auf einem grundlegenden Verständnis, welches in den folgenden Abschnitten vorgestellt wird.

4.1.1 Biopsychosoziales Grundverständnis

Als wesentlich wird das bio-psycho-soziale Modell angesehen, welches der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) zugrunde liegt. Damit wird sowohl ein medizinisches als auch ein soziales Modell vereint, welches insbesondere im Bereich von SBPF bedeutsam ist, da diese sich auf beide Bereiche stark auswirken kann und Wechselwirkungen bestehen. Um dem bio-psycho-sozialen Modell gerecht zu werden bedarf es eines Zusammenwirkens 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 Resilienz

Rönnau-Böse et al. (2022) untersuchen die Resilienz- und Schutzfaktorenforschung, die in den 1970er Jahren begann. Resilienz, ursprünglich aus der Entwicklungspsychopathologie und beeinflusst vom Salutogenese-Modell, bezeichnet die psychische Widerstandsfähigkeit und gesunde Entwicklung trotz widriger Umstände oder traumatischer Ereignisse. Es wird zwischen chronisch widrigen Umständen und einmaligen traumatischen Ereignissen unterschieden, wobei unterschiedliche Schutzfaktoren wirken.
Resilienzförderung erfolgt durch personale Schutzfaktoren (individuelle Lebenskompetenzen) und soziale Schutzfaktoren. Flexible Selbstregulation gilt als wichtiger personaler Schutzfaktor. Hoffnung, ein bedeutender psychologischer Schutzfaktor, ist laut Snyder und Lopez (2002) durch Zieldefinition, Wege zu deren Erreichung (pathways thinking) und die Zuversicht, diese Ziele zu erreichen (agency thinking) (Shorey et al. 2003) charakterisiert. Hoffnung führt zu größerem beruflichem Erfolg und sozialer Kompetenz (Snyder und Lopez 2002).
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 kann aber abgeleitet werden, 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%	

4.1.3 Recovery

Patricia Deegan und Dan Fischer begründeten die Recovery-Bewegung, die Genesung bei psychischen Erkrankungen als selbstgesteuerten Prozess definiert. Recovery bedeutet, Sinn und Ziel im Leben wiederzufinden, und beinhaltet Fortschritte sowie Rückschläge. Wichtige Elemente sind Verbundenheit, Hoffnung, Identität, Lebenssinn und Empowerment. Psychiatriefachleute sollen unterstützen, ohne die Möglichkeit von Fehlern zu nehmen. Klinisch bedeutet Recovery Symptomreduktion und Remission. Im deutschsprachigen Raum gibt es verschiedene Materialien zur Unterstützung von Recovery.

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)) Siehe auch Leamy et al. (2011); Deegan (1995)	
	Konsensstärke: 100%	

4.1.4 Beziehungsgestaltung und Partizipative Entscheidungsfindung

Die Qualität der therapeutischen Beziehung ist entscheidend in stationären, rehabilitativen und ambulanten Bereichen. Das Wirkkomponentenmodell von Grawe (2000) dient als Grundlage für psychosoziales Handeln in der ambulanten Begleitung bei Menschen mit SBPF. Es umfasst Ressourcenaktivierung, problemspezifische und Klärung fördernde Interventionen und die Veränderung motivationaler Schemata, die positive Auswirkungen auf die therapeutische Beziehung und den Heilungsprozess haben können.
Das Modell der partizipativen Entscheidungsfindung (Shared Decision Making) betont eine gleichberechtigte, aktive Interaktion zwischen Patient:in und Therapeut:in, basierend auf geteilter Information und Kommunikation. Vorteile sind Symptomreduktion, verbessertes Selbstwertgefühl und höhere Behandlungsmotivation, obwohl Umsetzungsbarrieren existieren.
Studien zeigen positive Effekte der partizipativen Entscheidungsfindung bei verschiedenen Störungsbildern, einschließlich Depression und Schizophrenie. In Krisen- oder Notfallsituationen kann die Umsetzung unter Umständen jedoch weniger sinnvoll sein. Weitere Forschungen unterstützen die Stärkung partizipativer Entscheidungen, was die therapeutische Beziehung und Kommunikation leicht verbessert.

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%	

4.1.5 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)	
	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.

4.1.5.1 Selbstregulierung und mediengestützte Edukation

Selbstmanagement bzw. Selbstregulierung wird als die Fähigkeit verstanden, die eigene Entwicklung selbstständig zu gestalten und mit krankheitsbedingten Einschränkungen umzugehen. Selbstmanagement-Programme können Menschen mit SBPF helfen, diese Einschränkungen zu bewältigen. Medienunterstützte Edukation, wie schriftliche Ratgeber und internetbasierte Selbsthilfe, kann in der Selbsthilfe nützlich sein.

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))	
	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.

4.1.5.2 Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen

Selbsthilfegruppen variieren in Organisation und Größe, können offen oder geschlossen sein und eigenständig oder Teil größerer Selbsthilfeorganisationen wie dem Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener (BPE). Der BPE bietet Beratung, z.B. über EUTB-Stellen, und vertritt Mitglieder politisch. Die Selbstvertretung kann positiv zur Krankheitsbewältigung, Empowerment und Recovery bei Menschen mit SBPF beitragen. Regionale Selbsthilfekontaktstellen informieren über Selbsthilfegruppen und unterstützen deren Neugründung.

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))	
	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.

4.1.5.3 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))	
	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

Die systematische Literaturrecherche identifizierte zwei qualitative Studien, die Einblicke geben, wie Patient:innen mit SBPF verschiedene Interventionen wie Psychotherapie und gemeindepsychiatrische Versorgung erleben.

Little et al. (2018) untersuchte, wie Patient:innen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung die Dialektisch-behaviorale Therapie (DBT) erleben. Wichtige Aspekte aus Patient:innensicht waren die therapeutische Beziehung, Selbstwirksamkeit und Perspektivwechsel hinsichtlich des eigenen Selbst und der Zukunft. Positiv empfunden wurden Therapeut:innen, die zugewandt, nicht bewertend und respektvoll waren. Gruppentherapie wurde als unterstützend, aber auch potenziell überfordernd beschrieben. Hinderlich wirkten nach Little et al. (2018) manchmal die als komplex beschriebene Sprache der DBT und negative Auswirkungen von Verhaltensänderungen auf Beziehungen.

Sheridan Rains et al. (2021) untersuchte Erfahrungen von Patient:innen mit Persönlichkeitsstörungen bei gemeindepsychiatrischen Diensten. Wichtige Aspekte waren dabei die Langzeitperspektive, individualisierte und ganzheitliche Behandlung, Zugang und Qualität der Angebote. Patient:innen wünschten sich kontinuierliche, verständliche und kompetente Betreuung. Eine zentrale Bedeutung wurde der therapeutischen Beziehung beigemessen; Therapeut:innen sollten vertrauensvoll, offen, ehrlich und empathisch sein. Die Diagnose Persönlichkeitsstörung wurde teils als stigmatisierend, teils hilfreich für spezialisierte Behandlungen empfunden.

Für die Implementierung im deutschen Gesundheitssystem sollten diese Erkenntnisse berücksichtigt werden. Wichtige Aspekte sind eine gute therapeutische Beziehung, Wertschätzung und Orientierung im Leben und im Gesundheitssystem.

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)?

Empirische Untersuchungen zeigen, dass psychische Störungen meist kontinuierlich verteilt sind, ohne klare Trennung zwischen Betroffenen und Nicht-Betroffenen (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). Kategoriale Diagnosen können zu willkürlichen Einteilungen, beeinträchtigten Reliabilität und Validität führen und den Informationswert, besonders für behandlungsrelevante Variablen, vermindern (Clark et al. 2017; Markon et al. 2011; Wendt et al. 2019). Auch die klinische Nützlichkeit ist ein entscheidender Faktor. Positive Einschätzungen hinsichtlich der klinischen Nützlichkeit von LPFS-Instrumenten liegen vor (Bach und Tracy 2022; Hopwood 2018; Milinkovic und Tiliopoulos 2020).

In deutscher Sprache liegen folgende Instrumente zur Erfassung der LPFS vor:

- Skala zur Erfassung des Funktionsniveaus der Persönlichkeit: Enthalten in der deutschen DSM-5-Ausgabe (Falkai et al. 2018).
- STiP-5.1: Deutsche Übersetzung verfügbar (Hutsebaut et al. 2017; Zettl et al. 2020).

- SCID-AMPD Modul 1: Deutsche Übersetzung verfügbar (Bender et al. 2018; Hörz-Sagstetter et al. 2024).
- LPFS-BF: Deutsche Kurzformen verfügbar (Spitzer et al. 2021; Zimmermann et al. 2020).

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?
Die Diagnostik bestimmter Personengruppen erfordert die Berücksichtigung von Merkmalen wie Alter, Geschlecht, sexuelle Orientierung und kultureller Hintergrund, da sie die Messungen beeinflussen können. Bisher wurden keine Verzerrungen durch kulturelle Unterschiede oder Geschlecht bei der LPFS-BF 2.0 festgestellt (Natoli et al. 2022; Le Corff et al. 2022).
Allerdings fehlen noch Daten zur Messinvarianz für Altersgruppen, kognitiven Fähigkeiten und den Einfluss des soziokulturellen Hintergrunds. Bei verwandten Tests wie dem PID-5 zeigen LGBTQ+ Personen abweichende Ergebnisse, möglicherweise aufgrund ihrer oft erschwerten Lebensumstände. Dies betont die Bedeutung der Kontextualisierung individueller Lebensumstände bei der Interpretation von Testergebnissen.

Welche Forschungslücken gibt es?
Siehe Langfassung.

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?

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.

Evidenz:
Die Studien zur Evidenz und die Bewertung der Outcomes werden in der Langversion der LL-SBPF dargestellt. In den Empfehlungen wird die Evidenz getrennt nach Outcomes dargestellt. So wird bspw. bei der Änderung der Symptomschwere nach Intervention bei Patient:innen mit

behandlungsresistenten Depressionen zwischen einem Vergleich von Psychotherapie mit Treatment as usual (TAU; Medikation) und Psychotherapie zusätzlich zu TAU (Medikation) unterschieden.

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: ⊕⊕⊕⊖ Änderung Symptomschwere nach Intervention: ⊕⊕⊕⊖ Symptomschwere nach 12 Monaten: ⊕⊕⊕⊖ Depressive Symptomest: ⊕⊕⊖⊖ Depressive Symptomest: ⊕⊖⊖⊖	van Bronswijk et al. (2019) van Bronswijk et al. (2019) Li et al. (2018) Ijaz et al. (2018) Ijaz et al. (2018)	

Depressive Symptome st: ⊕⊕⊖⊖	Ijaz et al. (2018)
Depressive Symptome st: ⊕⊕⊕⊖	Ijaz et al. (2018)
Depressive Symptome mt: ⊕⊕⊖⊖	Ijaz et al. (2018)
<u>Vergleich mit aktiver Kontrollbedingung</u> *Erkrankungen aus dem Schizophreniespektrum*	
Auditive Halluzinationen nach Intervention: ⊕⊕⊕⊖	Turner et al. (2020)
Wahnvorstellungen nach Intervention: ⊕⊖⊖⊖	Turner et al. (2020)
Wahnvorstellungen nach Intervention: ⊕⊕⊖⊖	Mehl et al. (2019)
Wahnvorstellungen nach 35 Wochen: ⊕⊕⊖⊖	Mehl et al. (2019)
Posttraumatische Belastungsstörung	
Symptomreduktion nach Intervention: ⊕⊖⊖⊖	Wei und Chen (2021)
Symptomreduktion nach Intervention: ⊕⊖⊖⊖	Sonis und Cook (2019)
Symptomschwere nach Intervention: ⊕⊕⊖⊖	Asmundson et al. (2019)
Symptomschwere nach Intervention: ⊕⊕⊖⊖	Merz et al. (2019)
Symptomschwere nach Intervention: ⊕⊕⊖⊖	Merz et al. (2019)
Symptomschwere bei Follow-Up: ⊕⊕⊖⊖	Asmundson et al. (2019)
Symptomschwere bei Follow-Up: ⊕⊖⊖⊖	Merz et al. (2019)
Symptomschwere bei Follow-Up: ⊕⊖⊖⊖	Merz et al. (2019)
Symptomschwere bei Follow-Up: ⊕⊕⊖⊖	Thompson et al. (2018)
Erfüllen der Diagnosekriterien nach Intervention: ⊕⊖⊖⊖	Wei und Chen (2021)
Posttraumatische Belastungsstörung und/oder Depression	
Symptomreduktion bei Follow-Up: ⊕⊕⊕⊖	Althobaiti et al. (2020)

Vergleich mit inaktiver Kontrollbedingung *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

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%	

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%

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 Metaanalysen bzw. Cochrane Review zur Schlüsselfrage 1 wurden vereinzelt Analysen zu Gruppentherapie bzw. Dosis vorgenommen, welche in der Langfassung beschrieben werden. Darüberhinausgehende Literatur zeigt folgende Ergebnisse:
<u>Vergleich von Gruppen- mit Einzelsetting:</u>
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>
Es scheint 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?

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:
Die Studien zur Evidenz und die Bewertung der Outcomes werden in der Langversion der LL-SBPF dargestellt.

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.

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?

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 wahrzu-

nehmen (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 laut Expert:innen 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:
Die Studien zur Evidenz und die Bewertung der Outcomes werden in der Langversion der LL-SBPF dargestellt.

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: ⊕⊖⊖⊖	Müller et al. (2016)	
Subjektive Lebensqualität: ⊕⊖⊖⊖	Müller et al. (2016)	
Veränderung der Symptomatik: ⊕⊖⊖⊖	Müller et al. (2016)	
Behandlungsadhärenz: ⊕⊖⊖⊖	Müller et al. (2016)	
Häufigkeit der stationären Behandlung: ⊕⊖⊖⊖	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%	

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?

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 Studien zur Evidenz und die Bewertung der Outcomes werden in der Langversion der LL-SBPF dargestellt.

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 ein Sondervotum vorgeschlagen.

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.

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?

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:
Die Studien zur Evidenz und die Bewertung der Outcomes werden in der Langversion der LL-SBPF dargestellt.

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%	

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: ⊕⊕⊕⊖	Dieterich et al. (2017)	

Psychosoziale Funktionsfähigkeit mt: ⊕⊕⊖⊖ Psychosoziale Funktionsfähigkeit lt: ⊕⊕⊕⊖	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

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 ein Sondervotum vorgeschlagen.

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?

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).

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. Insgesamt 17 Meta-Analysen wurden eingeschlossen.

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). Bis zu 8% des Therapieoutcomes ist auf die therapeutische Beziehung zurückzuführen (Barkham et al. 2017).

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]. Der Teilsatz „und prophylaktischen Therapie“ wurde zu „und Erhaltungstherapie“ geändert. Weiterführende Literatur: Barkham et al. (2017); Norcross und Lambert (2018)	
	Konsensstärke: 100%	

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 $d = 0.58$.

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; „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%	

Es ist für den Verlauf der Therapie förderlich, wenn **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 ein Sondervotum vorgeschlagen.

Ist die therapeutische Beziehung von positiver Wertschätzung geprägt, ist das Ergebnis der Psychotherapie geringfügig besser (Farber et al. 2018). Dieser Effekt war besonders stark 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 engen therapeutische Beziehung schreiben Patient:innen einen entscheidenden Anteil für die Genesung bei, indem sie Handlungsfähigkeit, Interaktion und Identitätsgefühl verbessert (Loughlin et al. 2020). Wenn die therapeutische Beziehung durch **Empathie** geprägt ist, dann ist das Ergebnis der Psychotherapie moderat besser, wie eine Meta-Analyse zeigte (Elliott et al. 2018). Empathie umfasst resonante Reaktionen, Verständnis und das Erleben von Verstandenwerden. Eine weitere wichtige Fähigkeit ist es, eine **Realbeziehung** etablieren und aufrechterhalten zu können. Das Bearbeiten von **Beziehungsbrüchen** trägt signifikant zum Therapieerfolg bei (Eubanks et al. 2018). Für Patient:innen mit SBPF ist dies besonders relevant, da es aufgrund der Beeinträchtigungen häufiger zu Beziehungsbrüchen kommen kann.

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%	

Selektive Selbstöffnung von Therapeut:innen kann die therapeutische Beziehung stärken, das psychische Funktionsniveau verbessern und Einsicht fördern, sollte jedoch mit Bedacht eingesetzt werden, da sie nicht immer hilfreich ist (Hill et al. 2018). Grenzverletzungen sind zu vermeiden, und manchmal ist therapeutische Abstinenz nötig. Erfolgreiches Gegenübertragungsmanagement, bei dem Therapeut:innen ihre emotionalen Reaktionen auf Patient:innen regulieren und nutzen, ist ein starker Prädiktor für den Therapieerfolg (Hayes et al. 2018). Unregulierte Gegenübertragung kann sich negativ auswirken, etwa durch Vermeidung bestimmter Themen oder Überinvolvierung.

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%	

Der soziokulturelle Kontext, bestehend aus Rollenerwartungen, ethnischen Normen, und religiöser Zugehörigkeit, prägt, wie Patient:innen Beziehungen eingehen. Eine erfolgreiche Therapie erfordert keine Übereinstimmung von Patient:innen und Therapeut:innen hinsichtlich kultureller Merkmale. Entscheidend sind die Patient:innenpräferenz und die Fähigkeit der Therapeut:innen, sich mit dem soziokulturellen Hintergrund der Patient:innen vertraut zu machen. Dies beinhaltet das Verständnis des spezifischen Krankheitsmodells und die Anpassung des

therapeutischen Angebots. Therapeut:innen sollten sich bewusst mit ihren möglichen Vorurteilen auseinandersetzen, die Sprache der Patient:innen nutzen, kulturelle Bräuche erfragen und regelmäßig ein Feedback-Prozess anregen.

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 können positive Effekte wie Vertrauen und berufliche Kompetenz fördern, aber auch belastend sein (Tryon et al. 2018). Zielkonsens zwischen Therapeut:in und Patient:in verbessert das Therapieergebnis und sollte partizipativ erarbeitet werden. Shared Decision Making stärkt die therapeutische Beziehung und die 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 aus Sicht von Fachkräften entscheidend für den Behandlungserfolg von Patient:innen (Troup et al. 2022). Herausforderungen für Therapeut:innen sind häufig negative Gefühle, Burnout und das Gefühl, zu nah dran zu sein. Regelmäßige **Supervision und Intervision** und spezifische Schulungen können negative Einstellungen zu Patient:innen reduzieren und die Beziehung verbessern. Die Etablierung einer tragfähigen therapeutischen Beziehung benötig **Zeit und Kompetenz**. Besonderheiten in der Arbeit mit Patient:innen mit SBPF benötigen eine besondere **Qualifikation**. Eine gründliche **Selbsterfahrung** kann hilfreich sein.

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

Die aufsuchende Arbeit bietet viele Möglichkeiten, die bisher im psychotherapeutischen Kontext wenig genutzt wird. 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).
Die Rolle der **Behandlungskoordinierung** bei Patient:innen mit SBPF 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: S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen [Empfehlung Versorgung 3, S. 390] „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 braucht es längere Zeiträume für Therapieerfolge. Eine deutsche Studie (Nolte et al. 2016) zeigte, dass sich Symptome sowohl mittel- als auch langfristig verbessern können. Eine Abstimmung zwischen Therapeut:innen und Patient:innen über Therapielänge und Sitzungsfrequenz ist wichtig. Aufsuchende Hilfen sollten im Einzelfall geprüft werden, da sie als übergriffig empfunden werden können, besonders bei komplex Traumatisierten.

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, Seite 38 und Seite 124] neue Literatur: Nolte et al. (2016)	
	Konsensstärke: 96%	

Bei langfristigen Behandlungsverläufen können sich besondere Anforderungen an die therapeutische Beziehung und an die Beziehungskompetenzen ergeben.

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

Die Qualität der therapeutischen Beziehung wird stark von gesellschaftlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen beeinflusst. Patient:innen mit SBPF erleben häufig Beziehungsabbrüche durch systembedingte Faktoren wie WG-Kündigungen oder Entlassungen. Diese Patient:innen fallen oft aus klinischen Studien heraus, was die Evidenzlage schwächt, doch ihre Versorgung bleibt komplex. Aufgrund ihrer Störung kommen sie selten zur Therapie, sie beanspruchen das System durch wiederholte stationäre Aufenthalte. Der Zugang zur psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung ist schwierig, besonders im ambulanten Bereich, was für diese Patient:innen problematisch ist und ihre Symptomatik verschärfen kann. Wichtig sind Strukturen, die eine kontinuierliche therapeutische Beziehung ermöglichen, wie feste **Bezugstherapeut:innen.**

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

Angehörige (Familienangehörige, Partner:innen, Kinder und enge Bezugspersonen) spielen eine wichtige Rolle bei der Behandlung von Personen mit SBPF. Sie können zur Entstehung und Aufrechterhaltung von SBPF beitragen, aber auch eine wichtige Ressource bei der Genesung sein. Wenn Angehörige negativ zur Therapie stehen, kann dies Loyalitätskonflikte auslösen. Die Einbeziehung der Angehörigen in die Behandlung, mit Wertschätzung ihres Verhaltens, kann nachhaltigere Verhaltensänderungen bewirken als die Arbeit mit Einzelpersonen allein.

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

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?

4.3.1.1 Systeminterventionen

4.3.1.1.1 Frühintervention und Früherkennung

Psychische Erkrankungen im Erwachsenenalter, die zu erheblichen sozialen Beeinträchtigungen führen, haben oft ihren Ursprung im Jugend- und jungen Erwachsenenalter (vgl. Giertz et al. 2021; Giertz et al. 2022; Kessler et al. 2005; Kim-Cohen et al. 2003). Sekundäre Krankheitsfolgen wie Schulabbrüche und Suchtprobleme tragen häufig zu einem schlechteren Verlauf und langfristiger Abhängigkeit von psychiatrischen Diensten bei (vgl. Giertz et al. 2021). Psychische Erkrankungen führen im Vergleich zu körperlichen Erkrankungen zu schlechteren schulischen und beruflichen Ergebnissen und erhöhen das Risiko für Arbeitslosigkeit im Erwachsenenalter (Hale et al. 2015). Frühe Interventionen können das Risiko von Chronifizierung und sekundären Folgen reduzieren (vgl. Correll et al. 2018; Karow et al. 2013; Lambert et al. 2019).

4.3.1.1.2 Gemeindepsychiatrische Behandlung/Versorgung

Die Versorgung von Menschen mit SBPF in Deutschland erfolgt im stationären und ambulanten Sektor und fällt unter verschiedene Sozialgesetzbücher (SGB). Zuständig sind Länder, Kommunen und zahlreiche Leistungserbringer, wobei die Versorgung in medizinische (SGB V) und rehabilitative sowie Teilhabeversorgung (SGB IX) unterteilt ist. Für ältere Menschen mit Pflegebedarf bietet die Pflegeversicherung kompensatorische Leistungen. Menschen mit SBPF benötigen häufig langwierige psychiatrische Hilfen und komplexe Angebote von Fachpersonen verschiedener therapeutischer Richtungen. Mit der ICD-11-Klassifikation wird der Fokus auf

Funktionsbeeinträchtigungen im Alltag gelegt, was eine Verknüpfung und Abstimmung verschiedener Hilfsangebote notwendig macht. Die Erstdiagnose und Behandlungsplanung erfolgt häufig durch Hausärzt:innen, unterstützt von Fachärzt:innen und Psychotherapeut:innen. Besondere Bedeutung haben ambulante Interventionen wie häusliche psychiatrische Krankenpflege, Ergotherapie und Soziotherapie. Die psychiatrische häusliche Krankenpflege zielt darauf ab, Patient:innen zu stabilisieren und ihre Selbstständigkeit im Alltag zu fördern. Der Zugang zur Versorgung ist für Menschen mit niedrigem Persönlichkeitsfunktionsniveau besonders schwierig, was die Symptomatik eher verstärkt. Es ist wichtig, die speziellen interaktionellen Probleme dieser Patient:innen zu berücksichtigen und entsprechende Strukturen und Konzepte zu entwickeln, um eine nachhaltige therapeutische Beziehung zu ermöglichen.

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 Siehe auch Jacobi et al. (2021); Herpertz et al. (2022); G-BA (2023, 8,9); 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

Schwere psychische Störungen gehen oft mit erheblichen negativen Folgen für die berufliche Situation Betroffener, wie Ausbildungsabbrüche, Arbeitsplatzverluste und Frühverrentungen, einher (Reker und Eikelmann 2004). Viele Betroffene bleiben ganz vom Arbeitsmarkt ausgeschlossen, obwohl die meisten den Wunsch haben, beruflich tätig zu sein. Studien zeigen eine überdurchschnittlich hohe Arbeitslosenrate bei Menschen mit psychischen Erkrankungen, besonders bei Schizophrenie. Der "Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslage von Menschen mit Beeinträchtigungen" (BMAS 2013) zeigt, dass 50% der erwerbsfähigen Menschen mit chronischen psychischen Störungen nicht arbeiten, 21% in Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) tätig sind, und 15% Hilfsangebote wie Tagesstätten nutzen. Unterstützung für den Übergang zum allgemeinen Arbeitsmarkt ist begrenzt. Menschen mit psychischen Störungen sind weniger integriert und verdienen weniger als somatisch Erkrankte (Richter et al. 2006). 2021 gingen fast 42% der vorzeitigen Frühverrentungen auf psychische Erkrankungen zurück (DRV 2022). Frühzeitige Rehabilitation ist wichtig, da viele krankheitsbedingte Fehltage die berufliche (Re-)Integration erschweren. Arbeitslosigkeit hat negative Folgen wie Verlust der Tagesstruktur, soziale Isolation und finanziellen Schwierigkeiten. Arbeit verbessert die psychische Gesundheit, Lebensqualität und Autonomie Betroffener, besonders auf dem ersten Arbeitsmarkt. Maßnahmen zur Förderung der beruflichen Teilhabe sind daher essenziell.

4.3.1.1.3.2 Ansätze beruflicher Rehabilitation

Die Begriffe „Arbeitsrehabilitation“ und „berufliche Rehabilitation“beziehen sich hier auf psychosoziale Interventionen zur Verbesserung der Arbeits- und Beschäftigungssituation von Menschen mit psychischen Störungen (Reker und Eikelmann 2004). Seit 2009 ist das Recht auf berufliche Teilhabe in Deutschland gesetzlich verankert. Es gibt zwei Hauptmethoden: Pre-Vocational-Training und Supported Employment (SE). Pre-Vocational-Training bereitet Betroffene mit berufsvorbereitenden Maßnahmen auf den Arbeitsmarkt vor. Supported Employment platziert Betroffene direkt auf den Arbeitsmarkt und unterstützt sie dort langfristig. In Deutschland dominieren Programme nach dem "First-Train-Then-Place"-Ansatz (Pre-Vocational-Training), aber es gibt einen Trend zur Integration von SE-Elementen.
Die S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen betont die frühzeitige und personenzentrierte berufliche Rehabilitation in Abstimmung mit verschiedenen Leistungsträgern. Maßnahmen sollten die Eignung und Neigung der Betroffenen berücksichtigen und nahe dem Wohnort verfügbar sein. Jedoch sind SE-Ansätze nicht für alle Betroffenen geeignet. Es besteht Bedarf an weiterführender Forschung zu diesen Rehabilitationsmaßnahmen in Deutschland.

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)	
	Konsensstärke: 100%	

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)	
	Konsensstärke: 100%	

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)	
	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	
	Konsensstärke: 96%	

4.3.1.2 Einzelinterventionen

4.3.1.2.1 Psychoedukation

Psychoedukation lässt sich sowohl in stationäre als auch ambulante Behandlungskontexte integrieren und ist ein Bestandteil der meisten psychotherapeutischen Verfahren. Psychoedukation umfasst die Aufklärung von Patient:innen und deren Zugehörigen über die Erkrankung, deren Ursachen, Verlauf und Behandlungsmöglichkeiten und wird auch von nicht-ärztlichen Fachkräften wie Pflegefachpersonen und Sozialarbeiter:innen durchgeführt. Es gibt einfache und ausführliche Formen der Psychoedukation. Eine einfache Psychoedukation ist zeitlich begrenzt und auf die Bedürfnisse der Patient:innen angepasst, kann im Einzel- oder Gruppenset-

ting stattfinden und umfasst bis zu zehn Einheiten. Eine ausführliche und interaktive Psychoedukation, wie bei bipolaren Störungen, beinhaltet Informationen zur Störung, Selbstbeobachtung, Förderung einer stabilen Alltagsstruktur, Reduktion von Belastungen und Erkennung von Frühsymptomen.
Psychoedukation ersetzt keine Psychotherapie, kann aber im Rahmen psychotherapeutischer Verfahren angewandt werden und für eine Psychotherapie sensibilisieren. Trotz fehlender spezifischer Studien von Psychoedukation bei Menschen mit SBPF wird angenommen, dass Psychoedukation zur Bewältigung von Alltagsproblemen beitragen und Stigmatisierung 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	
	Konsensstärke: 100%	

4.3.1.2.2 Trialog

„Trialog“ beschreibt die gleichberechtigte Zusammenarbeit von Patient:innen, Zugehörigen und professionell Tätigen in verschiedenen Behandlungskontexten (S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen (S. 27ff)). Merkmale und Effekte dieser Zusammenarbeit sind durch u.a. durch folgende Aspekte gekennzeichnet:

- 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 Krankheitsverlauf auswirken. Die S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen betont die Bedeutung von trialogischen Foren, Fortbildungen und Tagungen als Vermittlungsplattform und zur Anti-Stigma-Arbeit. Eine gut koordinierte und kontinuierliche Betreuung durch Bezugstherapeut:innen wird empfohlen, um Vertrauen und Respekt zu fördern und trialogisches Handeln zu unterstützen.
Die S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (S. 200) betont die Bedeutung der trialogischen Zusammenarbeit für die Informationsvermittlung und die Beziehungsarbeit im Hilfesystem. Sie fördere eine offene, vertrauensvolle Kooperation und hat Auswirkungen auf die Darstellung der Interessen von Patient:innen und Zugehörigen in der

Öffentlichkeit und Politik, die Qualitätsförderung und die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen.

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 den Fachbereichen Künstlerischer Therapien gehören u.a. Kunst-, Musik-, Tanz- und Theatertherapie. Diese Therapien nutzen künstlerische Medien in Diagnostik und Therapie und werden in verschiedenen Kontexten wie klinischen, rehabilitativen, ambulanten und pädagogischen Bereichen angewandt. Sie basieren auf psychotherapeutischen Modellen und weiteren wissenschaftlichen Konzepten. Künstlerische Therapien sind personenzentriert und fördern Selbstaktualisierung, Selbstwirksamkeit und Eigenverantwortung der Patient:innen. Sie stimmen in vielen Wirkfaktoren mit psychotherapeutischen Ansätzen überein, wie z.B. der Qualität der therapeutischen Beziehung und der Ressourcenaktivierung. Ein wesentliches Merkmal ist das Entstehen eines künstlerischen Produkts, das innerhalb der therapeutischen Beziehung reflektiert werden kann. Kontraindikationen sind akutpsychotische Phasen und mangelnde Bereitschaft zur aktiven Teilnahme.

Ergotherapie

Ergotherapie ist ein klient:innenzentrierter Gesundheitsberuf, der Gesundheit und Wohlbefinden durch Betätigung fördert. Sie unterstützt Menschen, deren Handlungsfähigkeit eingeschränkt ist, bei der Durchführung von Betätigungen in ihrer persönlichen Umwelt. Die Ziele der Ergotherapie sind die selbstbestimmte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und eine zufriedenstellende Lebensqualität. Dies wird durch ergotherapeutische Interventionen wie Üben konkreter Betätigungen, Umweltanpassung und Beratung, etc. erreicht. Ergotherapie ist ein anerkanntes, gesetzlich verankertes Heilmittel und eine wissenschaftlich fundierte Therapieform. Sie nutzt verschiedene Methoden zur Kompetenzförderung und Aktivitätsaufbau.

[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.

Bewegungs- und Sporttherapien
Die Effekte von Sport und Bewegung auf SBPF lassen sich durch physiologische und psychologische Erklärungsansätze differenzieren. Durch die Freisetzung von Endorphinen und anderen Botenstoffen können Stimmung und Wohlbefinden verbessert werden. Sport und Bewegung können auch das Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen steigern und helfen, negative Gedankenmuster zu durchbrechen. Sport kann die soziale Integration und Interaktion fördern. Es ist jedoch wichtig zu beachten, dass Sport- und Bewegungstherapie nicht als Haupttherapie angesehen werden sollten, sondern als Teil eines umfassenderen Behandlungsplans, der auch psychotherapeutische Interventionen umfasst. Die genaue Anwendung sollte unter Anleitung qualifizierter Fachkräfte erfolgen.

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 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
Die S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (S. 311ff) betont die Bedeutung gesundheitsfördernder Interventionen, besonders in Bezug auf Ernährung und Bewegung. Menschen mit SBPF haben oft Komorbiditäten. So haben z.B. insbesondere Frauen mit einer Borderline-Störung einer Studie von Greggersen et al. (2011) zufolge ein erhöhtes Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen gegenüber Frauen, die nicht an einer Borderline-Störung leiden. Nicht nur pharmakologische Interventionen werden dafür empfohlen, sondern beispielsweise auch Modifikationen des Lebensstils (z.B. S3-Leitlinie Hausärztliche Risikoberatung zur kardiovaskulären Prävention (S. 37)).

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.	
	Konsensstärke: 96%	

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

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. So sehen es die manualisierten Verfahren zur Behandlung von Persönlichkeitsstörungen 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 Systemischen 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 Interessenskonflikte zu erwarten sind, was z.B. bei BPS, Essstörun-

gen und Sucht häufig der Fall ist. Den Autor:innen sind keine Studien bekannt, die einen Zusammenhang zwischen Behandlungsvertrag/Kontrakt in der Systemischen Therapie und deren Wirksamkeit untersucht.

Der Umgang von Behandlungsverträgen in manualisierten Verfahren zur Behandlung von Persönlichkeitsstörungen, spezielle Verträge (z.B. zu Antisuizidverträgen) und offene Forschungsfragen sind in der Langversion der Leitlinie beschrieben.

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

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

Deutschland hat etwa 40.000 stationär-psychotherapeutische Behandlungsplätze, die jährlich ca. 450.000 Patient:innen versorgen, ein Drittel davon in Rehabilitationseinrichtungen. Der Hauptunterschied zwischen Krankenhaus- und Rehabilitationsbehandlungen liegt im Therapieziel: kurative Therapie vs. Abwendung von Erwerbsunfähigkeit. Versicherte haben nach dem SGB V Anspruch auf notwendige Krankenbehandlung, einschließlich psychotherapeutischer Behandlung. Vollstationäre Behandlungen sind erforderlich, wenn teilstationäre oder ambulante Behandlungen nicht ausreichen. 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. Unterschiedliche Indikationen und Kontraindikationen bestehen zwischen und innerhalb der Fachgebiete. Beispielsweise ist eine komorbide Suchterkrankung eine Indikation für eine stationäre Suchtbehandlung, aber eine Kontraindikation für eine stationäre psychosomatische Behandlung. Die Therapieziele müssen mit den stationären Möglichkeiten der Klinik übereinstimmen.

4.3.3.1.2 Allgemeine Indikationskriterien für eine (teil-)stationäre Behandlung

Unabhängig von der Diagnose nach ICD-10/ICD-11 oder HiTOP-Spektren gibt es allgemeine Indikationen für eine (teil-)stationäre Behandlung, die auch für Menschen mit SBPF gelten. Diese umfassen Notfallindikationen wie akute Eigen- oder Fremdgefährdung, sowie Situationen, in denen eine ambulante Therapie nicht ausreicht, um multidisziplinäre und engmaschige Betreuung sicherzustellen oder um eine Dekompensation zu verhindern. Auch schwerwiegende psychosoziale Faktoren wie familiäre Konflikte, häusliche Gewalt oder drohender Verlust von Arbeitsplatz oder Wohnung können eine stationäre Behandlung erforderlich machen. Die Indikationsstellung zu einer stationären Behandlung bei Patienten mit SBPF resultiert aus der Bewertung und Verknüpfung der Wechselwirkung von Krankheitsbild, Persönlichkeitsfunktionen, psychosozialen Umständen, Behandlungszielen und Versorgungsrealität. Eine Einweisung in somatische Kliniken sollte erfolgen, wenn die Behandlung der somatischen Komorbidität im

Vordergrund steht. Die Empfehlung beruht auf Sicherheitsaspekten und guter klinischer Praxis und orientiert sich an anderen genannten Leitlinien.

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 6 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 6: 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 für Patient:innen mit SBPF ist Psychotherapie. Eine Meta-Analyse schlussfolgert, dass stationäre Psychotherapie effektiv ist (Doering et al. 2023; Liebherz und Rabung 2013). Die größten Effekte wurden bei psychischer Symptombelastung und Allgemeinbefinden festgestellt, die geringsten im sozialkommunikativen Bereich. Diese Befunde sind unabhängig von der psychotherapeutischen Grundorientierung. Gruppenpsychotherapeutische Ansätze können den Behandlungserfolg erhöhen (Kösters et al. 2006). Das Konzept der SBPF könnte zukünftig helfen, Populationen zu charakterisieren, die durch das klassische medizinische Versorgungssystem nicht erreicht werden.

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 orientiert sich am biopsychosozialen Modell und ICF, nicht primär an kategorialen Diagnosen. Ziel ist die Verbesserung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, insbesondere in Familie und Beruf, nicht die Heilung der Erkrankung. Die Indikation für eine psychosomatische oder psychiatrische Rehabilitation besteht bei gefährdeter oder beeinträchtigter Teilhabe und drohendem Verlust der selbstständigen Lebensführung.
Gemäß SGB IX ist eine Indikation für eine stationäre oder ganztägig ambulante Reha gegeben, wenn Therapieziele die Festigung von Behandlungserfolgen, Behandlung von Krankheitsfolgen, Verbesserung des Umgangs mit chronischen Erkrankungen oder Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit umfassen. Voraussetzungen sind nachgewiesener Reha-Bedarf (erheblich gefährdete oder geminderte Erwerbsfähigkeit), Reha-Fähigkeit durch adäquate Akutbehandlung und positive Reha-Prognose. Nach längerer Arbeitsunfähigkeit ist der Wiedereinstieg in den Beruf oft schwierig, besonders bei verlorener Tagesstruktur und Bedrohung des selbstständigen Lebens durch Krankheitssymptome. Eine medizinische Rehabilitation kann hier die soziale Teilhabe verbessern. Auch Patient:innen, die eine Arbeitsunfähigkeit strikt ablehnen, können von einer Reha profitieren, um Dekompensation bis hin zu Suizidalität zu vermeiden.

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 psychosomatischen oder psychiatrischen Rehabilitationseinrichtungen erhalten Patient:innen psychotherapeutische Angebote, psychosoziale Interventionen wie Ergotherapie oder künstlerische Therapien sowie Sport- und Bewegungstherapien, ergänzt durch klinische Sozialarbeit und psychoedukative Maßnahmen.

Die Behandlungsziele von Akut- und Rehabilitationsbehandlungen unterscheiden sich grundlegend, obwohl beide auf multimodalen, multiprofessionellen Ansätzen im interdisziplinären Team basieren:

- Akutbehandlungen (ambulant oder stationär) fokussieren auf kurative Therapie, also Heilung und Linderung, basierend auf Krankheitsursache und -entstehung.
- Medizinische Rehabilitationsbehandlungen zielen auf Verhütung, Verringerung, Besserung oder Vermeidung von Beeinträchtigungen durch Funktionsstörungen. Ziel ist der Rehabilitationserfolg im Sinne der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, insbesondere in Familie, Arbeit und Beruf.

Zukünftig könnten auch ambulante und aufsuchende Rehabilitationsangebote eine gute Alternative darstellen, wofür jedoch noch Forschungsbedarf besteht.

4.3.3.1.5 Problematische Aspekte bei (teil-)stationären Behandlungen

Teil- und vollstationäre Behandlungen sind nur ein Baustein in der komplexen Versorgung von Patient:innen mit SBPF, die viele Akteure im Gesundheitssystem erfordert. Dies ermöglicht die Erfüllung vielfältiger Versorgungsbedürfnisse, stellt jedoch auch die Herausforderung einer effizienten Zusammenarbeit über Behandlungssettings und Versorgungssektoren hinweg dar. Eine gute Koordination ist sowohl Gesundheitssystemweit als auch im Einzelfall wichtig. Integrierte Behandlungspläne und strukturierte Versorgungsformen wie Fallmanagement können helfen, eine unkoordinierte und fragmentierte Versorgung zu vermeiden. Die Rolle von (teil-)stationären Behandlungen sollte gemeinsam mit den Betroffenen im Rahmen einer partizipativen Entscheidungsfindung erarbeitet werden, um problematische Schnittstellen bei Aufnahme und Entlassung zu bewältigen und die Kontinuität der Versorgung sicherzustellen.

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 7 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), S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen, S3-Leitlinie Borderline-Persönlichkeitsstörung	
	Konsensstärke: 100%	

Tabelle 7: Maßnahmen bei Entlassung von Patient:innen mit SBPF aus (teil-)stationärer Behandlung

Die Tabelle finden Sie in der Langfassung der Leitlinie

Eine angemessene Struktur- und Behandlungsqualität ist für die (teil-)stationäre Behandlung von Patient:innen mit SBPF zentral. Studien zeigen jedoch, dass es in der Routineversorgung

an der erforderlichen Strukturqualität, insbesondere bei der Personalausstattung und -ausbildung, mangelt (Bohus et al. 2016; Klein et al. 2016; Mehl et al. 2016; Berger et al. 2015; Schnell et al. 2016; Wiegand et al. 2020). Dies kann zu Zustandsverschlechterungen und Chronifizierungen führen.
Wenn eine (teil-)stationäre Behandlung als kurative Maßnahme in Betracht gezogen wird, sollte sie in Einrichtungen mit spezifischen Behandlungsprogrammen erfolgen, die eine klare Struktur, einen Behandlungsfokus und eine Entlassungsorientierung bieten, um Hospitalisierungsgefahren und Tendenzen zur Verantwortungsabgabe entgegenzuwirken.
Es besteht großer Forschungsbedarf zur Wirkung, Nebenwirkungen und Langzeitwirkung von (teil-)stationären Behandlungen sowie zu Konzepten zur Ambulantisierung dieser Behandlungen. Wichtig ist zu erforschen, wie die Vorteile intensiver, multimodaler therapeutischer Angebote erhalten und Nachteile wie hohe Kosten und Abbruch therapeutischer Beziehungen vermieden werden können. Innovative Konzepte wie stationsäquivalente Behandlungen sind notwendig, um Sektorgrenzen zu überwinden und Ressourcen effizienter zu nutzen.

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?

Die Mehrheit der Menschen mit psychischen Störungen, einschließlich solcher mit SBPF, 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). Umgekehrt haben viele Patient:innen in hausärztlicher Behandlung psychische Störungen (Linden et al. 1996; Wittchen und Jacobi 2001; Jacobi et al. 2014). Viele schwer psychisch erkrankte Menschen werden langfristig oder dauerhaft überwiegend hausärztlich behandelt (Linden et al. 1996; Linden et al. 2016; Heuft et al. 2014; Herzog et al. 2012). Die hausärztliche Versorgung zeichnet sich durch langfristige, kontinuierliche Begleitung aus, die alle Aspekte von Gesundheit und Krankheit umfasst. Daher ist der Stellenwert dieser Versorgung für das Outcome von Patient:innen mit SBPF von Bedeutung.

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 mit SBPF einhergehen, betonen den Stellenwert hausärztlicher Beteiligung an Früherkennung und Koordination und den Stellenwert der interdisziplinären und interprofessionellen sowie settingübergreifenden Kooperation und Abstimmung (siehe Tabelle 8;

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 8: Themenrelevante deutsche Leitlinien:

Die Tabelle finden Sie in der Langfassung der Leitlinie

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 die 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 9 zu finden sind.

Tabelle 9: 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 diagnostische Einordnung in der Hausarztpraxis sind die Kriterien der gekürzten „Level of Personality Functioning Scale“ (Hummelen et al. 2021) hilfreich. Eine genauere Einordnung erfolgt meist mit Spezialist:innen. Frühe Hinweise auf Einschränkungen der Persönlichkeitsfunktionen sind für die Behandlungsplanung wichtig. Langfristige therapeutische Beziehungen sind auch im hausärztlichen Setting bedeutsam. Weitere Forschung ist nötig, da die Umsetzung in Hausarztpraxen anders sein kann als in psychotherapeutischen Praxen (Reddemann et al. 2022). Das Praxis-Team muss Strukturdefizite der Patient:innen erkennen und Verantwortung für den Rahmen, Gesprächsverlauf und Konfliktmanagement übernehmen. Techniken wie Spiegeln, Mentalisieren und vorsichtiges Konfrontieren helfen, heilsame Beziehungserfahrungen zu ermöglichen. Langsame Entwicklungen in der Beziehung werden reflektiert und wertgeschätzt. Kenntnisse der lokalen Versorgungssituation und eigenen Vernetzung erfordern persönliches Engagement. Hausärzt:innen können in Krisen für bis zu sechs Wochen ambulante psychiatrische Krankenpflege verordnen. Soziotherapie erfordert die Zusatzbezeichnung Psychotherapie von Hausärzt:innen.

Tabelle 10: Dachorganisationen und bundesweit operierende Hilfsdienste für Hilfe in akuten Krisen

Die Tabelle finden Sie in der Langfassung der Leitlinie

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

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.

5 Offene Forschungsfragen

Siehe Langfassung der Leitlinie

6 Evidenztabellen

Siehe Langfassung der Leitlinie

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

Berger, M.; Wolff, J.; Normann, C.; Godemann, F.; Schramm, E.; Klimke, A. et al. (2015): Leitliniengerechte psychiatrisch-psychotherapeutische Krankenhausbehandlung : Normative Personalermittlung am Beispiel Depression. In: *Nervenarzt* 86 (5), S. 542–548. DOI: 10.1007/s00115-015-4310-0.

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.

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.; 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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.; 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. (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 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); 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.

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.

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.; 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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.; 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.

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.

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.

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.

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.

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.

Klein, J. P.; Zurowski, B.; Wolff, J.; Godemann, F.; Herpertz, S. C.; Berger, M. et al. (2016): Leitliniengerechte stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung der Zwangsstörung : Normative Personalbedarfsermittlung. In: *Nervenarzt* 87 (7), S. 731–738. DOI: 10.1007/s00115-016-0112-2.

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.

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.

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.

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.

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.

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.; 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.; Falkai, P.; Berger, M.; Löhr, M.; Rujescu, D.; Wolff, J.; Kircher, T. (2016): Leitlinienkonforme psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung für Patienten mit Schizophrenie : Eine normative Berechnung des benötigten Personalbedarfs. In: *Nervenarzt* 87 (3), S. 286–294. DOI: 10.1007/s00115-015-0056-y.

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.

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.

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.

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.

NICE (2009): Borderline personality disorder: recognition and management, zuletzt geprüft am 21.02.2024. www.nice.org.uk/guidance/cg78.

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.

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.

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).

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.

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.

Safran, J. D.; Muran, J. C. (2000): Negotiating the therapeutic alliance. A relational treatment guide. paperback edition. New York: Guilford Press.

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.

Schnell, K.; Hochlehnert, A.; Berger, M.; Wolff, J.; Radtke, M.; Schramm, E. et al. (2016): Leitlinienentsprechende stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung der chronischen Depression : Normative Personalbedarfsermittlung. In: *Nervenarzt* 87 (3), S. 278–285. DOI: 10.1007/s00115-016-0084-2.

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.

Schweitzer, J.; Schlippe, A. von (2015): Das störungsspezifische Wissen. 6., unveränd. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.; 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.

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.

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.; 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.; 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.