Die Borderline-Persönlichkeitsstörung in den psychosozialen, psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgungssystemen von Deutschland

Hans J. Grabe · Karsten Giertz

Online publiziert: 15. Oktober 2020
 © Der/die Autor(en) 2020

Zusammenfassung In der psychosozialen, psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung zählen Betroffene mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung zu einer häufig anzutreffenden Gruppe von Patient_innen. Obwohl mehrere Langzeitstudien hohe Remissionsraten bei den störungsspezifischen Symptomen nahe legen, weisen viele der Betroffenen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung Beeinträchtigungen in den Bereichen psychosoziales Funktionsniveau, somatische Gesundheit, berufliche und soziale Integration auf, welche sich zumeist als sekundäre Krankheitsfolgen darstellen und negativ auf die Lebenszufriedenheit und gesellschaftliche Teilhabe auswirken. Ein wesentlicher Faktor bei dieser Entwicklung ist die prekäre Versorgungssituation der Betroffenen im ambulanten und komplementären Bereich. Der Großteil der Behandlung findet im Rahmen von kurzfristigen stationären Kriseninterventionen statt. Dies macht deutlich, dass es bisher nur unzureichend gelungen ist, diese Gruppe angemessen in den außerklinischen Bereichen zu versorgen. Im Rahmen des Beitrages wird ein allgemeiner Überblick zur Epidemiologie und zur Versorgungsforschung der Borderline-Persönlichkeitsstörung gegeben. Ausgehend von den aktuellen Erkenntnissen, machen die Autoren auf strukturelle Probleme und Schnittstellenproblematiken im ambulanten, komplementären und

stationären Bereich aufmerksam und beschreiben Lösungsmöglichkeiten für eine angemessene Versorgung.

Schlüsselwörter Borderline-Persönlichkeitsstörung · Persönlichkeitsstörungen · Psychiatrische Versorgungsforschung · Psychosoziale Versorgung

The borderline personality disorder in the psychosocial, psychotherapeutic and psychiatric treatment of Germany

Summary People with borderline personality disorder belong to the group of heavy users of psychosocial, psychotherapeutic and psychiatric care. Although several follow-up-studies found high remission rates for the disorder-specific symptoms many of those affected with a borderline personality disorder show impairments in the areas of psychosocial functioning, somatic health, work and social integration, which mostly present as secondary consequences of the disease and negatively affect life satisfaction and social participation. An essential factor in this development is the precarious care situation of those people in the outpatient and complementary area. The majority of the treatment takes place in the context of short-term inpatient crisis interventions. This makes it clear that it has been so far insufficient to provide this group with adequate care in the outpatients and complementary areas. The article provides a general overview of epidemiology and health services research for borderline personality disorder. Based on the current findings in health services research, the authors draw attention to structural problems and interface problems in the outpatient, complementary and inpatient areas and describe possible solutions for adequate care.

H. J. Grabe (✉)
 Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie,
 Universitätsmedizin Greifswald,
 Ellernholzstraße 1–2, 17489 Greifswald, Deutschland
hans.grabe@med.uni-greifswald.de

K. Giertz
 Landesverband Sozialpsychiatrie
 Mecklenburg-Vorpommern e. V.,
 Carl-Hopp-Straße 19a, 18069 Rostock, Deutschland
karstengiertz@o2online.de

Keywords Borderline personality disorder · Personality disorders · Mental health research · Community-based treatment

Einleitung

Lange Zeit gehörte die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) in der Fachwelt zu einem umstrittenen Störungsbild. Häufig stand diese Diagnose für eine heterogene Gruppe von Patient_innen, welche nicht eindeutig in die damalige Klassifikation eingeordnet werden konnte, aber mittelgradige bis schwerwiegende Formen psychischer Störungen aufwies (vgl. Stone 1979).

Frühe Beschreibungen der BPS lassen sich in Berichten über hysterische Patient_innen bis ins 16. Jahrhundert zurückverfolgen (vgl. Veith 1965, S. 140 ff.). 1883 wurde der Begriff *Borderline* erstmalig von dem US-amerikanischen Psychiater Hughes (orig. engl. *Borderland* [dt. Grenzland]) zur Bezeichnung für allgemeine Zustände verwendet, die sich auf der Grenze zwischen psychischer Gesundheit und Krankheit bewegen (Dulz 2011). Eine erste noch bis heute bedeutende konzeptionelle Arbeit zur BPS legte 1938 der US-amerikanische Psychoanalytiker und Psychiater Stern (1938) vor. Während die BPS zwischen den 1920 und 1950er Jahren überwiegend als eine subpsychotische und zwischen den 1970er und 1980er Jahren auch als eine subaffektive Störung diskutiert wurde, kam es zwischen den 1950er und 1980er Jahren zu einer genaueren Erarbeitung von störungsspezifischen Merkmalen und zur Konzeptualisierung als psychische Entität (Übersicht bei Herpertz und Saß 2011). Schließlich wurde die BPS 1980 als eigenständige Persönlichkeitsstörungskategorie in die dritte Auflage des Diagnostischen Statistischen Manuals (DSM) psychischer Störungen aufgenommen (APA 1980).

Auch wenn aktuell noch viele kontrovers diskutierte Themen bestehen – z.B. über einen engen ätiologischen Zusammenhang zwischen der BPS und den Traumafolgestörungen (Sack et al. 2011) oder über den Stellenwert psychotischer Symptome in der Borderline-Symptomatologie (Schroeder et al. 2013) – gehört die BPS in der Fachwelt weitestgehend zu einem anerkannten Störungsbild. Zahlreiche, in den letzten Jahrzehnten veröffentlichte Forschungsarbeiten, haben zum Verständnis dieses Störungsbildes beigetragen. Darüber hinaus verbesserten sich die Behandlungsmöglichkeiten durch die Einführung evidenzbasierter Therapiemethoden wie z.B. der Übertragungsfokussierten Psychotherapie (TFP) (Yeomans et al. 2017), der Mentalisierungsbasierten Psychotherapie (MBT) (Bateman und Fonagy 2008), der Dialektisch-Behavioralen Psychotherapie (DBT) (Linehan 2008) oder der Schemafokussierten Psychotherapie (SFT) (Arntz und van Genderen 2010).

Trotz der positiven Entwicklungen gehören Borderline-Patient_innen immer noch zu einer Gruppe, welche nicht ausreichend von den psychiatrischen, psy-

chotherapeutischen und psychosozialen Versorgungssystemen profitiert. Im Rahmen des Beitrages fassen die Autoren den aktuellen Forschungsstand zur Epidemiologie, zum Langzeitverlauf und zur Versorgungsforschung zusammen und verweisen auf strukturelle Probleme und Schnittstellenproblematiken in der psychosozialen, psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung. Hierbei orientieren sie sich an den Strukturen des deutschen Gesundheitssystems. Im Anschluss beschreiben sie Lösungsmöglichkeiten für eine angemessene Versorgung von Betroffenen mit einer BPS.

Epidemiologie und Langzeitverlauf der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Epidemiologie

Bevölkerungsbasierte Studien ermittelten bei der BPS eine Häufigkeit zwischen 0,7 und 4,5 % (Übersicht bei Fiedler 2018). Einer aktuellen Übersichtsarbeit zufolge beläuft sich die durchschnittliche Prävalenz auf 1,6 % (ebd.). Ausgehend von dieser Prävalenzrate können in Deutschland mit einer Bevölkerung von ungefähr 68 Mio. Menschen zwischen dem 18 und 60 Lebensjahr etwa 1 Mio. Menschen an einer BPS erkrankt sein (Statistisches Bundesamt 2017). Zu den wesentlichen soziodemographischen Merkmalen gehören jüngeres Durchschnittsalter (Mittelwert 25), alleinlebende Wohnform und geringerer Bildungsstand (Cramer et al. 2008). Die geschlechtsspezifische Verteilung ist in der Bevölkerung relativ ausgewogen.

Darüber hinaus zeigen mehrere Forschungsarbeiten, dass die Betroffenen neben der BPS oft noch zusätzliche Störungen wie Substanz- und Alkoholmissbrauchsstörungen, Depression, Angststörungen, Essstörungen, Traumafolgestörungen oder Persönlichkeitsstörungen aufweisen (Frias und Palma 2014; Samuels et al. 2002). Zudem berichten die Betroffenen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung überdurchschnittlich häufiger über somatische Symptome und Beschwerden (z.B. Kopfschmerzen, Migräne, Rückenschmerzen) (Heath et al. 2018). All diese Angaben legen nahe, dass die BPS neben der eigentlichen Symptomatik häufig mit komplexen gesundheitlichen Problemen einhergeht.

Langzeitverlauf

Bezüglich des Langzeitverlaufes lieferte die *Collaborative Longitudinal Disorders Study* erstmalig umfassende Erkenntnisse bei verschiedenen Persönlichkeitsstörungen (Grilo et al. 2000). An der Untersuchung beteiligten sich insgesamt 668 Patient_innen, die sich zum Stichtag in stationärer Behandlung befanden. Die Stichprobe setzte sich aus den Diagnosen schizotypische Persönlichkeitsstörung (13 %), ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung (26 %), zwanghafte Persönlichkeitsstörung (23 %) und die BPS (26 %) zu-

sammen. Als Kontrollgruppe wurden Patient_innen mit einer Major Depression (14 %) aufgenommen. Bei der BPS zeigten die Ergebnisse über den gesamten 10-jährigen Untersuchungszeitraum eine kumulative Remissionsrate (Abnahme vorhandener diagnostischer Kriterien) von über 90 % (Gunderson et al. 2011). Auch beim allgemeinen Funktionsniveau wiesen die Betroffenen Verbesserungen über den Zeitraum auf. Allerdings war der durchschnittliche Anstieg der Werte in der BPS-Gruppe mit 53 zu 57 im Vergleich zu den anderen Gruppen (Persönlichkeitsstörungen 62–64, Major Depression 61–69) eher gering.

Im Gegensatz zur *Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study* untersuchte die *McLean Study of Adult Development* ausschließlich den Langzeitverlauf der BPS. Im Zentrum der Untersuchung standen 290 stationär aufgenommene Borderline-Patient_innen und 72 Patient_innen mit anderen psychiatrischen Diagnosen (Zanarini et al. 2005). Mittlerweile gehen die aus der Studie gewonnenen Daten mit einer Rücklaufquote von 87 % auf einen Zeitraum von über 16 Jahren zurück (Zanarini et al. 2012). Während die Borderline-Patient_innen nach zwei Jahren eine kumulative Remissionsrate (vollständige Abnahme der Kriterien) von 35 % aufwiesen, waren es in der Kontrollgruppe 88 %. Allerdings stiegen die Remissionsraten in der Borderline-Gruppe über den Untersuchungszeitraum signifikant. Nach 4 Jahren lag die kumulative Remissionsrate bei 55 %, nach 8 Jahren bei 88 %, nach 12 Jahren bei 95 % und nach 16 Jahren bei 99 % (ebd.). Ebenso verbesserte sich das psychosoziale Funktionsniveau über den gesamten Untersuchungszeitraum (2 Jahre 14 %, 8 Jahre 43 %, 12 Jahre 50 %, 16 Jahre 60 %). Allerdings waren diese Raten deutlich niedriger als in der Kontrollgruppe (2 Jahre 51 %, 8 Jahre 67 %, 12 Jahre 85 %, 16 Jahre 85 %). In den beiden Gruppen lag das psychosoziale Funktionsniveau über den gesamten Untersuchungszeitraum jedoch signifikant unter den Werten der Remissionsraten.

Auch neuere Langzeitstudien legen eine hohe Remission bei der BPS nahe. Eine Arbeitsgruppe aus Spanien ermittelte in einem 10-jährigen Zeitraum mit insgesamt 64 Patient_innen (Rücklauf 64 %) eine Remissionsrate von 55 % (Alvarez-Tomás et al. 2017). In Deutschland fand eine Arbeitsgruppe in einem Untersuchungszeitraum von 12 bis 18 Jahren bei 60 Borderline-Patient_innen (Rücklauf 87 %) eine Remission von 81 % (Zeitler et al. 2018).

Alle Arbeiten weisen darauf hin, dass es sich bei der BPS zumindest auf der Symptomebene nicht um eine chronische psychische Störung handelt. Der Beginn der Störung liegt in der Regel in der Adoleszenz. Hier zeigen sich erste Symptome wie Impulsivität, Identitätsprobleme und affektive Instabilität, welche auch bei gesunden Jugendlichen im Rahmen der Adoleszenzkrise auftreten können und im frühen Erwachsenenalter durch Symptome der affektiven Dysregulation, Impulsivität, Suizidalität und maladaptive zwi-

schenmenschliche Verhaltensweisen zu einem ausgeprägten Störungsbild manifestieren (vgl. Arens et al. 2013). Im mittleren und späteren Erwachsenenalter kommt es zu einer auffallenden Remission vor allem bei den akuten Symptomen, die häufig mit stationären Einweisungen in Verbindung stehen (z. B. Impulsivität, selbstverletzendes Verhalten, Suizidalität, psychotische Dekompensation, Substanzmissbrauch) (Gunderson et al. 2011; Zanarini et al. 2003). Dagegen gehören Symptome wie affektive Instabilität, intensiver Ärger, Gefühle der Leere, Depression und Angst vor dem Alleinsein zu den Symptomen mit einer langsameren Remissionszeit (vgl. Alvarez-Tomás et al. 2017; Gunderson et al. 2011; Zanarini et al. 2003). Zu den positiven Prädiktoren zählen ein jüngeres Alter bei Erstbehandlungsbeginn, ein guter Bildungsstand sowie eine geringe Inanspruchnahme stationärer Hilfen in der Vergangenheit (vgl. Gunderson et al. 2011; Paris 2002b).

Die Rolle von Psychotherapie wird in diesem Kontext kontrovers diskutiert, weil der direkte Einfluss von psychotherapeutischen Interventionen auf das Remissionsniveau in den Studien schwer nachzuweisen ist, viele der Patient_innen im Verlauf unterschiedliche Therapieerfahrungen aufweisen und in den Studien mit Stichproben ohne eine psychotherapeutische Versorgung die Remissionsraten ebenfalls hoch ausfallen (vgl. Paris und Zweig-Frank 2001). Daher lässt sich vermuten, dass eine natürliche Remission bei der BPS besteht, die durch Psychotherapie beschleunigt und zusätzlich gefördert wird (Paris 2020).

Trotz der hohen Remissionsraten weisen Betroffene mit einer BPS in den Verlaufsstudien niedrige Werte in den Bereichen des psychosozialen Funktionsniveaus auf. Weniger als die Hälfte der Patient_innen in der *McLean Study of Adult Development* zeigte nach 10 Jahren Verbesserungen (Zanarini et al. 2012). Es ist zu vermuten, dass sekundäre Krankheitsfolgen (z. B. somatische Gesundheit, Erwerbsunfähigkeit, soziale Desintegration) – welche sich negativ auf die Lebenszufriedenheit und gesellschaftliche Teilhabe auswirken – dabei eine bedeutende Rolle spielen.

Suizidalität und Suizidversuche

Hinsichtlich der Suizidalität legen die Verlaufsstudien eine Prävalenz von 3 bis 13 % nahe (Alvarez-Tomás et al. 2017; Soloff und Chiappetta 2019; Zanarini et al. 2012). Das Durchschnittsalter der Suizident_innen liegt zwischen 30 und 37 Jahren (Paris 2002a; Soloff und Chiappetta 2019). Die Häufigkeit von Suizidversuchen ist bei der BPS mit 70 bis 80 % signifikant höher (Soloff und Chiappetta 2019; Teismann et al. 2016). Im Durchschnitt berichten die Betroffenen von drei Suizidversuchen in ihrem Leben. Gegenüber anderen psychischen Störungen ist die Anzahl von Suizidversuchen bei der BPS deutlich überrepräsentiert (Yen et al. 2003). Folgende Faktoren für ein erhöhtes Suizidrisiko konnten in Verlaufsstudien identifiziert

werden: Männliches Geschlecht, lange Krankheitsgeschichte mit unwirksamen Behandlungserfahrungen, Hoffnungslosigkeit, Lebensalter zwischen 30 und 37 Jahren, Substanzmissbrauch, Impulsivität, komorbide Depression, häufige stationäre Aufnahmen in der Vergangenheit, frühere Suizidversuche, fehlende Anbindung an ambulante therapeutische Behandlungsformen, alleinlebende Wohnform, geringe soziale Integration, geringeres Einkommen und geringeres psychosoziales Funktionsniveau (vgl. Pérez et al. 2014; Soloff und Chiappetta 2017, 2019). Hier wird deutlich, dass vor allem Betroffene mit einem langanhaltenden Krankheitsverlauf, unwirksamen Behandlungserfahrungen, komorbiden Störungen sowie schweren psychosozialen Problemlagen wie soziale Desintegration oder Erwerbsunfähigkeit einem hohen Suizidrisiko ausgesetzt sind.

Die Versorgungssituation der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Prävalenz in klinischen Stichproben

Allgemein zählt die BPS in der psychosozialen, psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung zu der am häufigsten anzutreffenden Persönlichkeitsstörung (Grilo et al. 1998; Loranger et al. 1994; Ranger et al. 2004; Zimmerman et al. 2005). Einem Review von Ellison et al. (2018) zufolge kann der Anteil von Betroffenen mit einer BPS in den außerstationär-psychiatrischen Versorgungsangeboten auf 12 % und in den stationär-psychiatrischen Angeboten auf 22 % geschätzt werden. Mit einem Geschlechterverhältnis von 70 zu 30 % ist der Anteil von weiblichen Personen in diesem Bereich deutlich höher (Übersicht bei Paris 2002a). Es wird davon ausgegangen, dass sich die BPS bei den männlichen Patient_innen häufiger durch externalisierende Symptome (z. B. Impulsivität, Aggressivität, dissoziales Verhalten) auszeichnet und mit hohen Merkmalsausprägungen einer antisozialen Persönlichkeitsstörung oder Substanzmissbrauchsstörung einhergeht, was dazu führt, dass die männlichen Betroffenen eher im forensischen Setting oder im Strafvollzug anzutreffen sind (Barnow et al. 2007; Paris 2020). Aber auch allgemeine genderspezifische Unterschiede im Hilfesuchverhalten können das ungleich verteilte Geschlechterverhältnis der BPS in klinischen Stichproben erklären.

Inanspruchnahme von Hilfeleistungen

Im Vergleich zu anderen Störungen weisen Betroffene mit einer BPS eine überdurchschnittlich hohe Inanspruchnahme von psychotherapeutischen, medizinischen oder psychiatrischen Behandlungen auf. Hier konnte z. B. die *Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study* zeigen, dass Borderline-Patient_innen in den letzten 12 Monaten hohe Nutzerwerte in Bereichen wie: ambulante Psychotherapie (85 %), medi-

kamentöse Therapie (69 %), Konsultationen von Notaufnahmen (31 %) und stationäre Aufnahmen (31 %) aufwiesen (Bender et al. 2006). In der *McLean Study of Adult Development* wurden ebenfalls höhere Werte in der Vergangenheit im Vergleich zu einer Kontrollgruppe (KG) ermittelt. Zu den getesteten Variablen gehörten individuelle Psychotherapie (BPS 96 % vs. KG 86 %), Gruppentherapie (BPS 36 % vs. KG 18 %), Familientherapie (BPS 38 % vs. KG 29 %), Selbsthilfegruppen (BPS 51 % vs. KG 32 %), Tagesklinik (BPS 42 % vs. KG 19 %), stationäre Behandlung (BPS 37 % vs. KG 10 %), stationär-psychiatrische Behandlung (BPS 79 % vs. KG 50 %), medikamentöse Therapie (BPS 84 % vs. KG 61 %) und andere nicht weiter spezifizierte Formen der Hospitalisierung (BPS 60 % vs. KG 21 %) (Zanarini et al. 2001).

Auch im Langzeitverlauf nimmt die Häufigkeit der Inanspruchnahme trotz Symptomreduktion nur langsam ab (Bender et al. 2006; Hörz et al. 2010). Besonders Betroffene mit einer hohen Ausprägung in den Bereichen Suizidalität, komorbide Angststörungen, psychotische Symptome und mit sexuellen Missbrauchs- oder Gewalterfahrungen in der Kindheit weisen eine gesteigerte Inanspruchnahme auf (vgl. Coid et al. 2009; Comtois et al. 2003; Hull et al. 1996; Zanarini et al. 2001). Diese Prädiktoren beziehen sich jedoch überwiegend auf die Beanspruchung von stationär-psychiatrischen Hilfen.

Behandlungs- und Krankheitskosten

In den letzten Jahren konnten mehrere europäische Studien Daten zu den durch die BPS verursachten direkten (unmittelbar durch die Behandlung und deren Folgen entstandenen Ressourcenverbräuche) und indirekten (alle Produktionsverluste durch Arbeits-, Erwerbsunfähigkeit oder vorzeitigen Tod, die der Erkrankung zugeordnet werden können) Krankheitskosten ermitteln (Übersicht in Wagner et al. 2013). In den Niederlanden berechneten Van Asselt et al. (2007) jährliche Kosten von 21.120 € pro Patient_in. Davon beliefen sich 50 % auf indirekte Kosten. Etwa 12 % entstanden durch stationäre und teilstationäre sowie weitere 10 % durch ambulante Behandlungen. In Großbritannien berechneten Bateman und Fonagy (2003) direkte Kosten in Höhe von 38.771 € pro Patient_in. Dagegen fand die Arbeitsgruppe um Palmer et al. (2006) für Großbritannien bei den direkten Kosten etwa 16.779 €. Eine Arbeitsgruppe aus Dänemark ermittelte 40.411 € pro Patient_in (Hastrup et al. 2019). Davon beliefen sich 60 % der Gesamtkosten auf indirekte Kosten. Für Deutschland berechneten Wagner et al. (2013) in der Berliner Borderline-Versorgungsstudie pro Patient_in jährliche Kosten von 28.026 €, wobei die direkten Kosten (ca. 17.976 €) gegenüber den indirekten Kosten (ca. 8988 €) überwiegen. Allein 50 % der Kosten fielen auf stationäre sowie teilstationäre Behandlungen und 25 % auf die Folgen der Erwerbsunfähigkeit. Anhand dieser Zahlen

schätzen Stiglmayr und Gunia (2017) die Behandlungskosten der BPS in Deutschland auf 5 Mrd. € pro Jahr (7,5 Mrd. inklusive indirekte Kosten). Diese Kosten werden nur noch von Patient_innen mit einer Schizophrenie oder Multiplen Sklerose übertroffen und nehmen einen beträchtlichen Anteil der Gesamtkosten für die stationäre Versorgung von psychisch erkrankten Menschen ein (Wagner et al. 2013). Zu den wichtigsten Ursachen zählen häufige stationäre Aufenthalte infolge von Krisen und Einweisungen, Erwerbsunfähigkeit der Betroffenen und mangelnde außerklinische Versorgungsangebote.

Konsequenzen für die Versorgung in Deutschland

Die vorliegenden Studien machen deutlich, dass Betroffene mit einer BPS zu einer Gruppe von Patient_innen mit komplexen und multiplen Problemlagen gehören sowie einen Bedarf an unterschiedlichen therapeutischen, psychosozialen und medizinischen Hilfen aufweisen. Ein Großteil der Betroffenen ist neben der Borderline-Problematik stark im Bereich der Gesundheit, Bildung, beruflichen Situation und sozialen Beziehungen beeinträchtigt, wodurch sich die Lebensqualität erheblich verschlechtert. Besonders in Deutschland, dessen Versorgungssystem durch eine starke Fragmentierung gekennzeichnet ist, profitieren psychisch erkrankte Menschen mit komplexen Hilfebedarfen oft nur unzureichend (vgl. Giertz und Große 2020).

Eine sektorenübergreifende Vernetzung und flexible Ausrichtung der einzelnen Unterstützungsangebote ist daher für eine adäquate Versorgung von Betroffenen mit einer BPS nötig, um in Krisensituation nicht auf das komplexe Leistungsspektrum von kostenintensiven stationären Angeboten zurückgreifen zu müssen. Interventionen zur Vernetzung der einzelnen Unterstützungsmaßnahmen, welche vor allem auf die Förderung bestehender sozialer Ressourcen zielen (Giertz und Aderhold in diesem Heft) sowie aufsuchende therapeutische Behandlungsformen, die in Krisensituationen komplexe Behandlungsmaßnahmen und dadurch eine effektivere Umsetzung von individuellen Bewältigungsstrategien ermöglichen (Schindler et al. in diesem Heft), können einen Beitrag dazu leisten, die Versorgungssituation der Betroffenen zu verbessern.

Für Deutschland kann konstatiert werden, dass die Versorgungssituation der Betroffenen im ambulanten und komplementären Bereich besonders prekär ist. Der Großteil der Behandlung findet im Rahmen von kurzfristigen stationären Kriseninterventionen statt (vgl. Wagner et al. 2013). Eine kontinuierliche ambulante Psychotherapie wird nur von einem geringen Teil in Anspruch genommen, was möglicherweise damit zusammenhängt, dass viele ambulante Psychotherapeut_innen die Behandlung der BPS aufgrund von Suizidalität, fremd- oder selbstaggressivem Verhalten als schwierig einschätzen. So berichten etwa 21 % der

Psychotherapeut_innen in einer Umfrage in München grundsätzlich keine Borderline-Patient_innen zu behandeln und weitere 51 % gaben an nicht ausreichend Kapazitäten zur Verfügung zu haben (Jobst et al. 2010). Für die Betroffenen ergibt sich daraus eine therapeutische Unterversorgung. Zudem weisen 86 % der befragten Therapeut_innen keine störungsunspezifische Ausbildung auf, was das Risiko für Behandlungsabbrüche erhöht. Diese therapeutische Unterversorgung wird auch von einer internationalen Studie zur Implementierung spezifischer Behandlungsmethoden und Versorgungsansätze für die BPS gestützt. Für Deutschland berechnete die Arbeitsgruppe ausgehend von epidemiologischen Daten, Daten der Weltgesundheitsorganisation und internationaler Fachverbände sowie von Daten aus Ausbildungs- und Akkreditierungszentren ein Verhältnis zwischen störungsspezifisch ausgebildeten Therapeut_innen (z. B. Psycholog_innen, Psychiater_innen, Sozialarbeiter_innen) und der jährlichen Anzahl von zu behandelnden Patient_innen mit einer BPS von 1 zu 1102 (Iliakis et al. 2019). Neben dem Ausbau von ambulanten störungsspezifischen Kapazitäten kann die Etablierung von therapeutischen Netzwerken dazu beitragen, dass sich die Belastung für die einzelnen ambulanten Therapeut_innen reduziert, eine kontinuierliche Behandlung ermöglicht und das Risiko für Behandlungsabbrüche verringert wird (vgl. Margreiter in diesem Heft; Stiglmayr in diesem Heft).

Viele Betroffene mit einer BPS nehmen häufig psychosoziale Versorgungsangebote wie betreutes Wohnen, ambulante Betreuungsangebote, Krisendienste oder Beratungsstellen in Anspruch. Bis heute liegen in diesem Versorgungssektor keine störungsspezifischen Versorgungskonzepte vor (vgl. Dammann 2007). Auch dies kann zu einer Zunahme von psychosozialen Funktionseinschränkungen, Chronifizierung und stationären Kriseninterventionen führen. Einer qualitativen Untersuchung in diesem Bereich zufolge scheinen störungsspezifische Handlungsansätze und eine differenzierte Sichtweise auf die individuelle Symptomatik der Betroffenen notwendig für die Gestaltung einer tragfähigen professionellen Beziehungsarbeit zu sein, auf deren Basis sich Gestaltungskompetenzen entwickeln können (Gahleitner et al. 2020). Darüber hinaus kann die Implementierung bspw. von verhaltens- und kognitivtherapeutischen oder anderen therapeutischen Interventionen in diesem Bereich die Betroffenen bei der Vermittlung und alltagsnahen Umsetzung von Bewältigungsstrategien unterstützen, um somit Recoveryprozesse zu fördern und die häufige Inanspruchnahme von stationären Kriseninterventionen zu reduzieren (Rahn in diesem Heft).

Ein weiterer Bereich betrifft präventive Unterstützungsmaßnahmen, um den Langzeitfolgen der BPS entgegenzuwirken. Das Ersterkrankungsalter der BPS liegt häufig in der Adoleszenz und manifestiert sich im frühen Erwachsenenalter (vgl. Gunderson et al. 2011;

Zanarini et al. 2003). Früherkennung und frühzeitige therapeutische Maßnahmen im Jugendbereich können präventiv zur Reduzierung von Langzeitfolgen wie Ausbildungsabbrüche, Chronifizierungstendenzen, Stigmatisierung und soziale Desintegration beitragen (Paris 2020). Ein Großteil der Betroffenen ist auch erwerbsunfähig, wodurch einerseits hohe indirekte Krankheitskosten entstehen und andererseits auch die gesellschaftliche Teilhabe beeinträchtigt wird. Auch hier bilden alternative Versorgungsmodelle wie das Supportet Employment eine Möglichkeit, um durch unterstützende Beschäftigung die Betroffene auf den allgemeinen Arbeitsmarkt zu integrieren (vgl. Richter et al. 2019).

Insgesamt legen die Erkenntnisse zur Versorgungssituation von Betroffenen mit einer BPS in Deutschland nahe, dass neben dem Ausbau von therapeutischen Kapazitäten und von störungsspezifischen psychosozialen Angeboten im ambulanten und komplementären Bereich eine stärkere und flexiblere Vernetzung zwischen dem stationären und außerklinischen Bereich notwendig ist, um auf den komplexen Hilfebedarf der Betroffenen zu reagieren sowie Chronifizierungsprozessen, sekundären Krankheitsfolgen und Beeinträchtigungen der sozialen und beruflichen Teilhabe entgegenzuwirken. Erste Ansätze finden sich in Deutschland durch die Etablierung therapeutischer Netzwerke in verschiedenen Großstädten (siehe Stiglmayr in diesem Heft), der Implementierung der Integrierten Versorgung für Betroffene mit einer BPS in Hamburg (siehe Schindler et al. in diesem Heft), der Umsetzung des Offenen Dialoges in der gemeindespsychiatrischen Versorgung (siehe Giertz und Aderhold in diesem Heft) oder der Einführung des Fertigkeitentrainings STEPPS in verschiedenen psychiatrischen Kliniken und Trägern der Eingliederungshilfe (siehe Rahn in diesem Heft).

Funding Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

Interessenkonflikt K. Giertz und H.J. Grabe geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Open Access Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

- Alvarez-Tomás, I., Soler, J., Bados, A., Martín-Blanco, A., Elices, M., Carmona, C., Bauzá, J., & Pascual, J. C. (2017). Long-term course of borderline personality disorder: a prospective 10 year follow-up study. *Journal of Personality Disorders*, 31(5), 590–605.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual* (3. Aufl.). Washington, DC: APA Press.
- Arens, E. A., Stopsack, M., Spitzer, C., Appel, K., Dudeck, M., Völzke, H., Grabe, H. J., & Barnow, S. (2013). Borderline personality disorder in four different age groups: a cross-sectional study of community residents in Germany. *Journal of Personality Disorders*, 27(2), 196–207.
- Arntz, A., & van Genderen, H. (2010). *Schematherapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörung*. Weinheim, Basel: Beltz.
- Barnow, S., Herpertz, S. C., Spitzer, C., Stopsack, M., Preuss, U. W., Grabe, H. J., Kessler, C., & Freyberger, H. J. (2007). Temperament and character in patients with borderline personality disorder taking gender and comorbidity into account. *Psychopathology*, 40, 369–378.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2003). Health service utilization costs for borderline personality disorder patients treated with psychoanalytically oriented partial hospitalization versus general psychiatric care. *American Journal of Psychiatry*, 160, 169–171.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2008). *Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung: Ein mentalisierungsgestütztes Behandlungskonzept*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Bender, D. S., Skodol, A. E., Pagano, M. E., Dyck, I. R., Grilo, C. M., Shea, M. T., Sanislow, C. A., Zanarini, M. C., Yen, S., McGlashan, T. H., & Gunderson, J. G. (2006). Prospective assessment of treatment use by patients with personality disorders. *Psychiatric Services*, 57(2), 254–257.
- Coid, J., Yang, M., Bebbington, P., Moran, P., Brugha, T., Jenkins, R., Farrell, M., Singleton, N., & Ullrich, S. (2009). Borderline personality disorder: health service use and social functioning among a national household population. *Psychological Medicine*, 39, 1721–1731.
- Comtois, K. A., Russo, J., Snowden, M., Srebnik, D., Ries, R., & Roy-Byrne, P. (2003). Factors associated with high use of public mental health services by persons with borderline personality disorder. *Psychiatric Services*, 54(8), 1149–1154.
- Cramer, V., Torgersen, S., & Kringlen, E. (2008). Personality disorders, prevalence, sozio-demographic correlations, quality of life, dysfunction, and the question of continuity. *Persönlichkeitsstörungen*, 7, 189–198.
- Dammann, G. (2007). Für eine „Neue Sozialpsychiatrie“: Aktuelle Brennpunkte und Entwicklungslinien der psychiatrischen Versorgung im Spannungsfeld von integrativen und gesundheitsökonomischen Perspektiven. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, 75(10), 593–605.
- Dulz, B. (2011). Faksimilie des Originalartikels von C.H. Hughes. In B. Dulz, S. C. Herpertz, O. F. Kernberg & U. Sachsse (Hrsg.), *Handbuch der Borderline-Störungen* (2. Aufl. S. 3–6). Stuttgart: Schattauer.
- Ellison, W. D., Rosenstein, L., Morgan, T. A., & Zimmermann, M. (2018). Community and clinical epidemiology of borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 41(4), 561–573.

- Fiedler, P. (2018). Epidemiologie und Verlauf von Persönlichkeitsstörungen. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 66(2), 85–94.
- Frias, A., & Palma, C. (2014). Comorbidity between post-traumatic stress disorder and borderline personality disorder: a review. *Psychopathology*, 48, 1–10.
- Gahleitner, S. B., Giertz, K., & Taube, V. (2020). Bindung, Beziehung und Einbettung in der globalisierten Gesellschaft ermöglichen: Mikroprozesse professioneller Vertrauens- und Beziehungsarbeit mit vulnerablen Adoleszenten. In C. Steckelberg & B. Thiessen (Hrsg.), *Wandel der Arbeitsgesellschaft: Soziale Arbeit in Zeiten von Globalisierung, Digitalisierung und Prekarisierung* (S. 95–109). Opladen, Berlin, Toronto: Verlag Barbara Budrich.
- Giertz, K., & Große, L. (2020). Hard-to-reach-Klient*innen in der psychiatrischen Versorgung: Ein Überblick zum aktuellen Forschungsstand. *Klinische Sozialarbeit*, 16(1), 7–10.
- Grilo, C. M., McGlashan, T. H., Quinlan, D. M., Walker, M. L., Greenfeld, D., & Edell, W. S. (1998). Frequency of personality disorders in two age cohorts of psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 155(1), 140–142.
- Grilo, C. M., McGlashan, T. H., & Skodol, A. E. (2000). Stability and course of personality disorders: the need to consider comorbidities and continuities between axis I psychiatric disorders and axis II personality Disorders. *Psychiatric Quarterly*, 71(4), 291–307.
- Gunderson, J. G., Stout, R. L., McGlashan, T. H., Shea, M. T., Morrey, L. C., Grilo, C. M., Zanarini, M. C., Yen, S., Markowitz, J. C., Sanislow, C., Ansell, E., Pinto, A., & Skodol, A. E. (2011). Ten-year course of borderline personality disorder: psychopathology and function from the collaborative longitudinal personality disorders study. *Archives of General Psychiatry*, 68(8), 827–837.
- Hastrup, L. H., Ibsen, J. P., Kjellberg, J., & Simonsen, E. (2019). Societal costs of borderline personality disorders: a matched-controlled nationwide study of patients and spouses. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 140, 458–467.
- Heath, L. M., Paris, J., Laporte, L., & Gill, K. J. (2018). High prevalence of physical pain among treatment-seeking individuals with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 32(3), 414–420.
- Herpertz, S. C., & Saß, H. (2011). Die Borderline-Persönlichkeitsstörung in der historischen und aktuellen psychiatrischen Klassifikation. In B. Dulz, S. C. Herpertz, O. F. Kernberg & U. Sachsse (Hrsg.), *Handbuch der Borderline-Störungen* (2. Aufl. S. 35–43). Stuttgart: Schattauer.
- Hörz, S., Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., & Fitzmaurice, G. (2010). Ten-year use of mental health services by patients with borderline personality disorder and with other axis II disorders. *Psychiatric Services*, 61(6), 612–616.
- Hull, J. W., Yeomans, F., Clarkin, J., Li, C., & Goodman, G. (1996). Factors associated with multiple hospitalizations of patients with borderline personality disorder. *Psychiatric Services*, 47(6), 638–641.
- Iliakis, E. A., Sonley, A. K. I., Ilagan, G. S., & Choi-Kain, K. W. (2019). Treatment of borderline personality disorder: is supply adequate to meet public health needs? *Psychiatric Services*, 79(9), 772–779.
- Jobst, A., Hörz, S., Birkhofer, A., Martius, P., & Rentrop, M. (2010). Einstellung von Psychotherapeuten gegenüber der Behandlung von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie, 60, 126–131.
- Linehan, M. M. (2008). *Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: CIP-Medien.
- Loranger, A. W., Sartorius, N., Andreoli, A., Berger, P., Buchheim, P., Channabasavanna, S. M., Coid, B., Dahl, A., Diekstra, R. F. W., Ferguson, B., Jacobsberg, L. B., Mombour, W., Pull, C., Ono, Y., & Regier, D. A. (1994). The international personality disorder examination. The World Health Organization/ alcohol, drug abuse, and mental health administration international pilot study of personality disorders. *Archives of General Psychiatry*, 51, 215–224.
- Palmer, S., Davidson, K., Tyrer, P., Gumley, A., Tata, P., Norrie, J., Murray, H., & Seivewright, H. (2006). The cost-Effectiveness of cognitive behavior therapy for borderline personality disorder: results from the BOSCO trial. *Journal of Personality Disorders*, 20(5), 466–481.
- Paris, J. (2002a). Chronic suicidality among patients with borderline personality disorder. *Psychiatric Services*, 53(6), 738–742.
- Paris, J. (2002b). Implications of long-term outcome research for the management of patients with borderline personality disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, 10(6), 315–323.
- Paris, J. (2020). *Treatment of borderline personality disorder: a guide to evidence-based practice* (2. Aufl.). New York, London: The Guilford Press.
- Paris, J., & Zweig-Frank, H. (2001). A 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 42(6), 482–487.
- Pérez, S., Marco, J. H., & García-Alandete, J. (2014). Comparison of clinical and demographic characteristics among borderline personality disorder patients with and without suicidal attempts and non-suicidal self-injury behaviors. *Psychiatric Research*, 220, 935–940.
- Ranger, M., Methun, C., Rutter, D., Rao, B., & Tyrer, P. (2004). Prevalence of personality disorder in the case-load of an inner-city assertive outreach team. *Psychiatric Bulletin*, 28, 441–443.
- Richter, D., Hunziker, M., & Hoffmann, H. (2019). Supported Employment im Routinebetrieb: Evaluation des Berner Job Coach Placement-Programms 2005–2016. *Psychiatrische Praxis*, 46(6), 338–341.
- Sack, M., Sachsse, U., & Dulz, B. (2011). Ist die Borderline-Persönlichkeitsstörung eine Traumafolgestörung? In B. Dulz, S. C. Herpertz, O. F. Kernberg & U. Sachsse (Hrsg.), *Handbuch der Borderline-Störungen* (2. Aufl. S. 197–202). Stuttgart: Schattauer.
- Samuels, J., Eaton, W. W., Bienvenu III, O. J., Brown, C. H., Costa, P. T., & Nestadt, G. (2002). Prevalence and correlates of personality disorders in a community sample. *The British Journal of Psychiatry*, 180, 536–542.
- Schroeder, K., Fisher, H. L., & Schäfer, I. (2013). Psychotic symptoms in patients with borderline personality disorder: prevalence and clinical management. *Current Opinion in Psychiatry*, 4(1), 113–119.
- Soloff, P. H., & Chiappetta, L. (2017). Suicidal behavior and psychosocial outcome in borderline personality disorder at 8-year follow-up. *Journal of Personality Disorders*, 31(6), 774–789.
- Soloff, P. H., & Chiappetta, L. (2019). 10-year outcome of suicidal behavior in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 33(1), 82–100.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2017). Statistisches Jahrbuch: Deutschland und Internationales. https://www.destatis.de/Migration/DE/Publikationen/StatistischesJahrbuch/StatistischesJahrbuch2017.pdf?__blob=publicationFile. Zugriffen: 24. Mai 2020.

- Stern, A. (1938). Psychoanalytic investigation of and therapy in the borderline group of neuroses. *Psychoanalytic Quarterly*, 7, 467–489.
- Stiglmayr, C., & Gunia, H. (2017). *Dialektisch-Behaviorale Therapie zur Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung: Ein Manual für die ambulante Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Stone, M. H. (1979). Contemporary shift of the borderline concept from a subschizophrenic disorder to a subaffective disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 2(3), 577–594.
- Teismann, T., Koban, C., Illes, F., & Oermann, A. (2016). *Psychotherapie suizidaler Patienten. Therapeutischer Umgang mit Suizidgedanken, Suizidversuchen und Suiziden*. Göttingen: Hogrefe.
- Van Asselt, A. D. I., Dirksen, C. D., & Severens, J. L. (2007). The cost of borderline personality disorder: societal cost of illness in BPD-patients. *European Psychiatry*, 22(6), 354–361.
- Veith, I. (1965). *Hysteria. The history of a disease*. Chicago, London: University of Chicago Press.
- Wagner, T., Roepke, S., Marschall, P., Stiglmayr, C., Renneberg, B., Gieb, D., Dambacher, C., Matthies, S., Salbach-Andrae, H., Fleßa, S., & Fydrich, T. (2013). Krankheitskosten der Borderline Persönlichkeitsstörung aus gesellschaftlicher Perspektive. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 42(4), 242–255.
- Yen, S., Shea, M. T., Pagano, M., Sanislow, C. A., Grilo, C. M., McGlashan, T. H., Skodol, A. E., Bender, D. S., Zanarini, M. C., Gunderson, J. G., & Morey, L. C. (2003). Axis I and axis II disorders as predictors of prospective suicide attempts: findings from collaborative longitudinal personality disorders study. *Journal of Abnormal Psychology*, 113(3), 375–381.
- Yeomans, F. E., Clarkin, J. F., & Kernberg, O. F. (2017). *Übertragungsfokussierte Psychotherapie für Borderline-Patienten*. Stuttgart: Schattauer.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Gagan, S. K., & Bleichmar, J. (2001). Treatment histories of borderline inpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 42(2), 144–150.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. C., Hennen, J., & Silk, K. R. (2003). The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 160, 274–283.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. C., Hennen, J., Reich, D. B., & Silk, K. R. (2005). The mclean study of adult development (MSAD): overview and implications of the first six years of prospective follow-up. *The Journal of Personality Disorders*, 19(5), 505–523.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. C., Reich, D. B., & Fitzmaurice, G. (2012). Attainment and stability of sustained symptomatic remission and recovery among patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects: a 16-year prospective follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 169(5), 476–483.
- Zeitler, M.-L., Bohus, M., Kleindienst, N., Knies, R., Ostermann, M., Schmahl, C., & Lyssenko, L. (2018). How to assess recovery in borderline personality disorder: psychosocial functioning and satisfaction with life in a sample of former DBT study patients. *Journal of Personality Disorders*. https://doi.org/10.1521/pedi_2018_32_394.
- Zimmerman, J., Rothschild, L., & Chelminski, I. (2005). The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 162(10), 1911–1918.

Hinweis des Verlags Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.