

Nervenarzt 2021 · 92:660–669  
<https://doi.org/10.1007/s00115-021-01139-4>  
 Angenommen: 30. April 2021  
 Online publiziert: 7. Juni 2021  
 © Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2021



Frank Jacobi<sup>1</sup> · Raphaela Grafiadeli<sup>1</sup> · Hannah Volkmann<sup>1</sup> · Isabella Schneider<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Klinische Psychologie und Psychotherapie, Psychologische Hochschule Berlin (PHB), Berlin, Deutschland

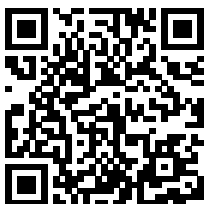
<sup>2</sup>Klinik für Allgemeine Psychiatrie, Universitätsklinikum Heidelberg, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Heidelberg, Deutschland

# Krankheitslast der Borderline-Persönlichkeitsstörung: Krankheitskosten, somatische Komorbidität und Mortalität

**Die Krankheitslast bezeichnet den Gesundheitsverlust, der in einer Bevölkerungsgruppe, einem Staat oder einer Weltregion durch bestimmte Gesundheitsprobleme entsteht. Sie wird häufig mit relativ abstrakten Indikatoren quantifiziert, wie z. B. anhand qualitäts- oder behinderungsadjustierter Lebensjahre (vgl. [63]). Im vorliegenden Beitrag werden für die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) hingegen drei Facetten von Krankheitslast mit unmittelbar praktischer Relevanz untersucht: Krankheitskosten (als Indikator von Behandlungsbedarf und Beeinträchtigung), erhöhte somatische Komorbidität (als zur BPS zusätzlich hinzukommender Gesundheitsverlust) sowie erhöhte Mortalität (Verlust an Lebenszeit).**

## Hintergrund

Schwere psychische Störungen („severe mental illness“, SMI) sind durch das Vorliegen einer psychischen Diagnose mit einer Dauer und/oder Behandlung über mindestens zwei Jahre und psychoso-



QR-Code scannen & Beitrag online lesen

zialen Beeinträchtigungen (verminderte Lebensqualität und Partizipationsstörungen) von gewisser quantifizierbarer Schwere sowie auch durch Übersterblichkeit („premature death“) definiert [9, 22, 59]. SMIs sind klinisch besonders bedeutsam, da sie oftmals mit komplexen Behandlungen und einer hohen Inanspruchnahme medizinischer, psychosozialer und finanzieller Hilfen verbunden sind.

Bisher wurde der Begriff der SMI meist auf psychotische Störungen, bipolare Störungen und schwere unipolare Depressionen angewandt, aber es kann aus klinischer wie auch aus epidemiologischer Perspektive argumentiert werden, hier auch weitere Diagnosen einzubeziehen [62]. Die BPS erscheint mit einer hohen Prävalenz im ambulanten und insbesondere im stationären Setting besonders versorgungsrelevant [12]. Die tiefgreifenden Muster von Instabilität im Selbstbild, in Affekten und zwischenmenschlichen Beziehungen sowie Impulsivität sind für die Betroffenen mit einem hohen Leidensdruck und eingeschränktem psychosozialen Funktionsniveau verbunden [37, 42]. Langzeitstudien zeigen, dass bei einem erheblichen Teil der Betroffenen in wiederkehrenden Episoden von Rezidiven und Remission akute Symptome wie emotionale Instabilität und Impulsivität im Laufe des Lebens zwar abklingen, eine eingeschränkte Lebensqualität und ein reduziertes psychosoziales Funktionsniveau aber bestehen bleiben [1, 55]. Somit

ist eine Rechtfertigung der Einordnung der BPS als SMI anhand von Symptom- und Beeinträchtigungsschwere sowie Persistenz bereits hinreichend belegt.

Um die Perspektive über psychologische und psychiatrische Aspekte hinaus zu erweitern, möchten wir in Ergänzung hierzu die BPS auch mit ihren gesundheitsökonomischen Auswirkungen sowie ihrer erhöhten somatischen Komorbidität und Mortalität als SMI einordnen. Hierzu berichten wir eine aktuelle Literaturübersicht und die für die BPS spezifischen Ergebnisse der umfangreichen Analyse von Abrechnungsdaten der deutschen gesetzlichen Krankenkassen, die von Schneider, Erhart et al. [45] vorgenommen wurden.

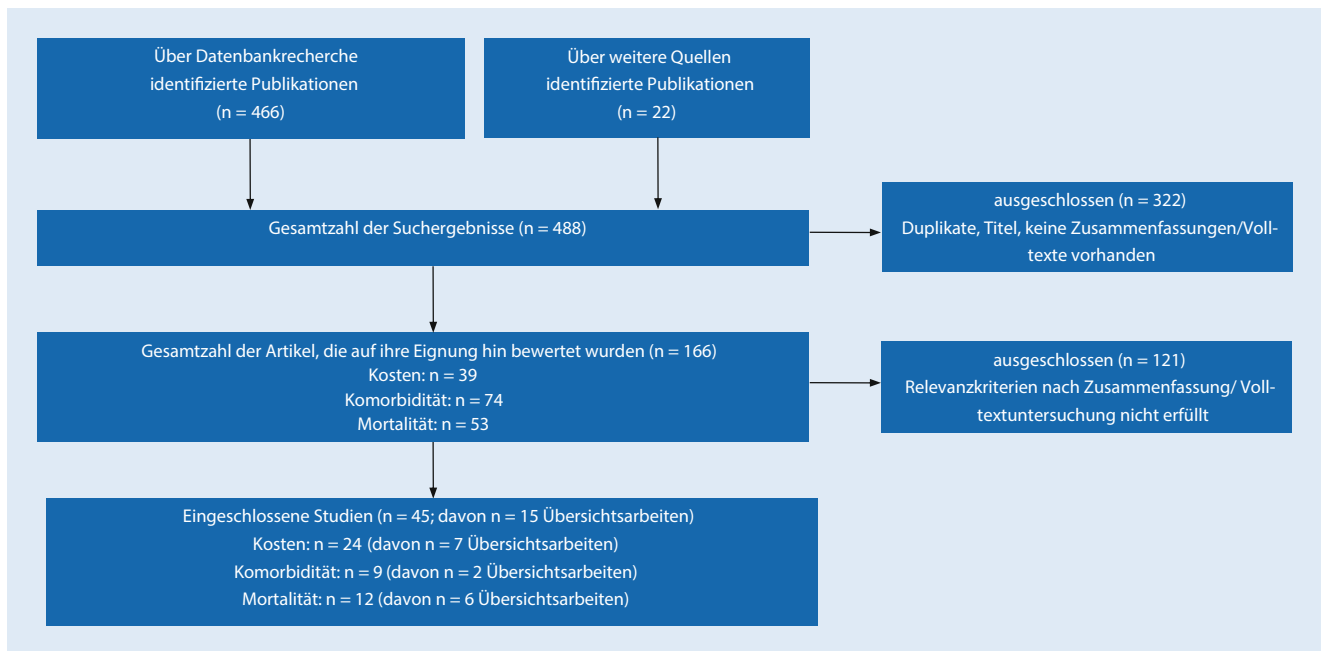
## Methoden

### Identifikation und Selektion der Literaturübersichten

In der Literaturrecherche wurden ausschließlich publizierte Artikel eingeschlossen, welche sich mit folgenden Inhaltsbereichen der Krankheitslast von BPS beschäftigen:

- a) direkte und/oder indirekte Kosten,
- b) somatische Komorbidität und
- c) Mortalität (einschließlich vollendeter Suizide).

Eingeschlossen wurden englisch- und deutschsprachige Übersichtsartikel, welche im Zeitraum zwischen 2010 und 2020 publiziert wurden, sowie weitere



**Abb. 1** ▲ Identifikation der Publikationen zur Krankheitslast (Krankheitskosten, somatische Komorbidität, Mortalität) der Borderline-Persönlichkeitsstörung

neuere Originalarbeiten, die besondere zusätzliche Aspekte differenzieren. Einzelne relevante ältere Arbeiten wurden ergänzt, wenn diese in den Übersichtsarbeiten seit 2010 nicht berücksichtigt worden waren.

Zur Identifikation der Publikationen wurde von Oktober bis Dezember 2020 eine systematische Literaturrecherche in der Datenbank Web of Science und ergänzend durch PubMed durchgeführt (Abb. 1). Die Recherche wurde mit dem Begriff „borderline personality“ in Kombination mit folgenden Suchwörtern für die Publikationsart „Review“ durchgeführt: a) für Kosten: „cost“, „economic“, „burden“; b) für somatische Komorbidität: „comorbid“, „illness“, „physical“, „somatic“, „health“; c) für Mortalität: „mortality“, „life expect“, „death“, „suicid“.

Die Titel und Zusammenfassungen der auf diese Weise identifizierten 466 Artikel (darunter 27 Übersichtsarbeiten) sowie 22 zusätzliche Quellen wurden durch zwei der Autorinnen gesichtet und auf ihre Relevanz geprüft. So wurden z. B. Artikel ausgeschlossen, die sich mit Suizidalität, aber nicht mit vollendetem Suizid beschäftigt hatten, sowie solche, die lediglich kleine oder sehr spezifische Stichproben untersucht hatten. Über den end-

gültigen Einschluss der hier präsentierten Studien ( $n = 45$ , darunter 15 Übersichtsarbeiten) wurde im Konsens aller Autorinnen und Autoren entschieden.

### Ermittlung erhöhter somatischer Komorbidität und Mortalität

Die hier präsentierten deutschen administrativen Ergebnisse für die komorbiden somatischen Diagnosen (einschließlich von im Versorgungsgeschehen codierten Risikofaktoren für somatische Erkrankungen wie z. B. Substanzkonsumstörungen oder Übergewicht) und für die Übersterblichkeit wurden der Studie von Schneider, Erhart et al. [45] nach Einholung der entsprechenden Genehmigung entnommen und fokussiert auf die BPS neu aufbereitet. Dort wurde eine Datenbank des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung der Bundesrepublik Deutschland (Zi) genutzt, die aus Abrechnungsdaten (§ 295 Sozialgesetzbuch V) aller gesetzlich krankenversicherten Erwachsenen in Deutschland mit Kontakt zu Allgemein- oder Fachärztinnen und Fachärzten oder psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten besteht, die für die Abrechnung mit den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) akkreditiert sind.

Administrative 12-Monats-Prävalenzen der BPS (codiert als F60.3x als Haupt- oder Nebendiagnose) sowie zusätzliche Diagnosen, welche somatisch relevante Risikofaktoren (z. B. Selbstbeschädigung oder Drogenkonsum) bzw. somatische Komorbiditäten darstellen, wurden mit Querschnittsdaten aus dem Jahr 2016 ermittelt (Alter  $\geq 18$ ;  $n = 59.561.310$ ). Assoziationen der Komorbidität (im Sinne einer erhöhten Chance, das Merkmal bei vorliegender BPS-Diagnose vs. ohne BPS-Diagnose aufzuweisen) wurden mittels logistischer Regression als Odds Ratios (OR) und zugehörigen 95 %-Konfidenzintervallen (KI) adjustiert nach Alter und Geschlecht berechnet. In der vorliegenden Arbeit werden nicht alle signifikanten Assoziationen, sondern besonders aussagekräftige ( $OR > 2$ ) berichtet.

Dem genannten Datensatz aus dem Jahre 2016 fehlen Informationen über die Mortalität. Unter Verwendung der neuesten hierzu verfügbaren Daten wurde die 2-Jahres-Mortalität für die Jahre 2013 bis 2014 im Längsschnitt anhand einer Teilstichprobe (2012:  $n = 15.590.107$ ) berechnet. Sterblichkeitsraten für 2013 bis 2014 wurden als Rohprozentsatz für Patientinnen und Patienten mit und ohne F60.3x-Diagnose im Jahre 2012 er-

Nervenarzt 2021 · 92:660–669 <https://doi.org/10.1007/s00115-021-01139-4>  
 © Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2021

F. Jacobi · R. Grafiadeli · H. Volkmann · I. Schneider

## Krankheitslast der Borderline-Persönlichkeitsstörung: Krankheitskosten, somatische Komorbidität und Mortalität

### Zusammenfassung

**Hintergrund.** Schwere psychische Störungen („severe mental illness“, SMI) sind charakterisiert durch hohe psychosoziale Beeinträchtigung, aber auch durch erhöhte somatische Morbidität und Übersterblichkeit. Zumeist werden psychotische und bipolare Störungen sowie schwere Depressionen den SMI zugerechnet, aber auch die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) weist schwere Krankheitsfolgen auf.

**Material und Methoden.** Neben der Recherche von internationalen Übersichtsarbeiten und Studien seit 2010 zur Krankheitslast der BPS im Sinne direkter und indirekter Krankheitskosten, somatischer Komorbidität sowie Mortalität berichten wir administrative Daten aus Deutschland (Abrechnungsdaten)

aus einer umfangreichen Auswertung ( $n > 59$  Mio. im Alter  $\geq 18$ ).

**Ergebnisse.** Internationale Studien weisen eine überdurchschnittlich hohe Krankheitslast der BPS aus. In Deutschland zeigt die BPS (administrative Jahresprävalenz: 0,34 %) u. a. erhöhte Raten für somatische Unfallfolgen, Hepatitiden, HIV, COPD, Asthma und Adipositas; der geschätzte Lebenszeitverlust beträgt 5,0 bis 9,3 Jahre (abhängig von Alter und Geschlecht).

**Diskussion.** Die Krankheitslast (Kosten, Komorbidität und Mortalität) ist bei der BPS deutlich erhöht. Die Übersterblichkeit ist dabei weniger auf Suizid als auf die schlechtere körperliche Gesundheit und assoziierte BPS-relevante Verhaltensweisen zurückzuführen.

Dies spricht für die Einordnung der BPS als SMI und unterstreicht, wie notwendig (neben der psychotherapeutischen und psychiatrischen) auch die somatische Prävention und Versorgung ist. Individuelle Verbesserungen in der tagtäglichen Versorgung, aber auch neue interdisziplinäre und multiprofessionelle Versorgungsformen könnten die gesundheitliche Chancengerechtigkeit für Menschen mit BPS fördern.

### Schlüsselwörter

Schwere psychische Störungen · Körperliche Gesundheit · Borderline-Persönlichkeitsstörung · Somatische Prävention · Suizid

## Disease burden of borderline personality disorder: cost of illness, somatic comorbidity and mortality

### Abstract

**Background.** Severe mental illnesses (SMI) are characterized by high psychosocial impairment as well as by increased somatic morbidity and mortality. The term SMI commonly includes psychotic, bipolar and severe unipolar depressive disorders but borderline personality disorder (BPD) also shows severe sequelae of the disease.

**Material and methods.** Published reviews and studies since 2010 examining disease burden of BPD, in terms of direct and indirect costs of illness, somatic comorbidity, and mortality were included. Furthermore, administrative data (clinically recorded billing data in Germany), comorbidity and mortality from

a comprehensive analysis ( $n > 59$  million, age  $\geq 18$  years) are reported.

**Results.** International studies reveal an increased disease burden, comorbidity, and mortality for BPD. In Germany BPD (administrative 1-year prevalence 0.34%) is associated with increased rates of somatic sequelae of trauma, hepatitis, HIV, COPD, asthma, and obesity. The estimated reduced life expectancy is 5.0–9.3 years of life lost (depending on age and sex).

**Discussion.** The burden of disease in BPD is clearly increased (cost of illness, somatic comorbidity and mortality). The increased mortality can mainly be explained by deaths as a consequence of poor physical health and

associated BPD-related health behavior and only to a lesser degree by suicide. These results highlight the importance of classifying BPD as an SMI and the necessity to provide not only psychotherapeutic and psychiatric but also adequate somatic prevention and treatment. Individual improvement of everyday care as well as establishing new interdisciplinary and multiprofessional services could enhance health equality for people with BPD.

### Keywords

Severe mental disorders · Physical health · Borderline personality disorder · Somatic prevention · Suicide

mittelt. Aufgrund der geringen Prävalenz der Sterblichkeitsraten ähneln die OR relativen Risiken (RR). Lebenszeitverluste wurden anhand statistischer Sterbetafeln für die allgemeine deutsche Bevölkerung im Jahr 2014 ermittelt; Unterschiede in der Lebenserwartung zwischen der Gesamtbevölkerung und BPS-Patientinnen und -Patienten wurden als Indikator für verlorene Lebensjahre herangezogen. (Für weitere Details siehe Originalstudie von Schneider, Erhart et al. [45].)

## Ergebnisse

### Befunde zu Krankheitskosten

Die Ergebnisse der Literaturrecherche zu direkten und indirekten Kosten weisen für die BPS ein ausgeprägtes Hilfesuchverhalten im Gesundheitssystem (direkte Kosten) bei gleichzeitig bedeutsam reduziertem Funktionsniveau (indirekte Kosten) aus. Summiert ergeben sich pro Fall und Jahr Kostenschätzungen im niedrigen bis mittleren fünfstelligen Bereich.

Kostensenkungen scheinen durch (psychotherapeutische) Interventionen möglich, obgleich die Evidenz hierzu bislang nicht hinreichend eindeutig ist (■ Tab. 1).

### Befunde zur somatischen Komorbidität

Personen mit BPS leiden häufiger als die Allgemeinbevölkerung bzw. Personen mit anderen psychischen Störungen an somatischen Komorbiditäten. Die Ergebnisse der Literaturrecherche zeigen

**Tab. 1** Krankheitslast der Borderline-Persönlichkeitsstörung: direkte und indirekte Krankheitskosten

Direkte und indirekte Krankheitskosten	Literatur <sup>a</sup>
<i>Direkte Krankheitskosten:</i>	
BPS führt zu umfangreicher Inanspruchnahme des Gesundheitssystems; gegenüber Kontrollpersonen stark erhöhte Kosten durch somatische und psychiatrische Gesundheitsversorgung sowie durch direkte nichtmedizinische Kosten; etwa die Hälfte der Kosten entsteht durch somatische Gesundheitsausgaben	[17, 35, 54]
Verteilung der Behandlungskosten: stationäre Gesundheitsversorgung (39%), ambulante psychiatrische/psychotherapeutische Versorgung (19%), tagesklinische Versorgung (14%), sonstige medizinische Versorgung und Medikamente (9%)	[31]
Höhere Behandlungskosten als bei schweren Depressionsfällen und anderen psychischen Störungen Höhere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Psychopharmaka bei der BPS als bei anderen Persönlichkeitsstörungen	[3, 6, 58]
<i>Indirekte Kostenfaktoren:</i>	
BPS assoziiert mit beruflicher Funktionsstörung und reduzierter Arbeitsleistung (Krankheitstage, reduzierte Effizienz bei der Arbeit)	[24, 25]
Erheblich beeinträchtigte Lebensqualität (niedriger als bei vielen somatische Erkrankungen sowie Depression) und gegenüber anderen Diagnosen erhöhte Symptomlast	[10, 11, 26, 27, 31]
<i>Übergreifende Aspekte:</i>	
Große Variabilität der Kostenverteilungen und der absoluten Kostenschätzungen in Abhängigkeit der einbezogenen Kostenfaktoren und Schätzmethode (indirekte Kosten: 20–80%, absolute Kosten € 11.126 bis € 40.441 pro Fall und Jahr)	[10, 31, 48, 54, 57]
Gesamtkosten vergleichbar mit denen psychotischer Störungen	[31]
Auch die Lebenspartnerinnen und Lebenspartner von BPS-Patientinnen und -Patienten weisen vor und nach der Erstdiagnose ihrer Partnerin/ihrer Partners erhöhte Gesundheitskosten und Produktivitätsverlust auf	[17]
Möglicherweise nehmen Kosten bei BPS im Laufe des Lebens ab	[55]
<i>Einsparungen durch Behandlungen:</i>	
Einsparungen durch (insbesondere psychotherapeutische) Behandlungen durchschnittlich \$ 3000 (bis zu \$ 28.000)	[35, 61, 64]
DBT kurzfristig kosteneffizient	[36, 39]
Die Behandlung von BPS-Patientinnen und -Patienten mit einem ambulanten DBT-Programm ist mit erheblichen Kosteneinsparungen für die Gesellschaft verbunden	[57]
Mentalisierungsbasierte Therapie verbessert klinischen Status und reduziert Kosten für Jugendliche und Erwachsene	[56]
Trotz vieler Belege für effektive Behandlungsansätze zeigen BPS-Patientinnen und -Patienten auch nach Behandlung noch Beeinträchtigungen und Symptomlast; Datenlage noch nicht eindeutig genug, um von grundsätzlichen Einsparungen durch Behandlung zu sprechen	[4, 45, 49]

BPS Borderline-Persönlichkeitsstörung, DBT dialektisch-behaviorale Therapie

<sup>a</sup>Literaturreviews und Metaanalysen 2010 bis 2020 sowie zusätzliche ausgewählte Referenzstudien

vor allem eine erhöhte Prävalenz kardiovaskulärer Erkrankungen, Stoffwechselerkrankungen, gastrointestinaler Erkrankungen, aber auch Schmerzstörungen (Tab. 2).

Einen Überblick über das Vorliegen somatischer Erkrankungen sowie Risikofaktoren für somatische Erkrankungen bei Personen mit im Vergleich zu ohne BPS-Diagnose in Deutschland liefert zudem Tab. 3 (administrative Daten aus [45]). Hierbei sind neben den dort genannten Erkrankungen vor

allem risikohohes Verhalten für somatische Komorbiditäten wie vorsätzliche Selbstbeschädigung (OR = 56,22; 95 %-KI [52,76; 59,90]), Störungen durch Alkohol (OR = 12,23; 95 %-KI [06,12; 12,40]), psychotrope Substanzen (OR = 5,28; 95 %-KI [5,22; 5,33]) und äußere Ursachen einschließlich Unfällen (OR = 4,29; 95 %-KI [4,12; 4,46]) für Personen mit BPS bedeutsam erhöht.

## Mortalität

Wie ebenfalls in Tab. 2 der Literaturübersicht aufgeführt, ist die Mortalität durch Suizide und durch somatische Komorbidität bei Personen mit BPS in aktuellen internationalen Studien bedeutsam erhöht, auch gegenüber vielen anderen psychischen Störungen.

Die Bedeutsamkeit der Mortalität speist sich auch aus der Prävalenz der BPS, die anhand der administrativen Abrechnungsdaten aus Schneider, Erhart et al. [45] für Deutschland 0,341 % beträgt (12-Monats-Prävalenz; entspricht über 200.000 Fällen im Jahr 2016). Die Prävalenz ist höher in der weiblichen Bevölkerung (0,448 % vs. 0,210 %) und nimmt mit dem Alter allgemein ab (Tab. 4). Die 2-Jahres-Sterblichkeitsrate von Personen mit BPS ist im Vergleich zu Fällen ohne BPS um das 2,3-Fache erhöht (95 %-KI [2,08; 2,54], Tab. 4); Personen mit BPS weisen unabhängig von der altersbedingten Mortalitätsrate der Allgemeinbevölkerung über die gesamte Lebensdauer ein erhöhtes Sterberisiko auf.

Der geschätzte Lebenszeitverlust für Personen mit BPS variiert in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht zwischen 5,0 und 9,2 Jahren, mit höheren Verlusten bei Jüngeren und bei Männern (Abb. 2).

## Diskussion

In unserer internationalen Literaturrecherche sowie auch in der störungsspezifischen Darstellung der Analysen von Schneider et al. [45] anhand deutscher Abrechnungsdaten wurde deutlich, dass Personen mit einer diagnostizierten Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) eine hohe Krankheitslast im Sinne hoher Krankheitskosten sowie deutlich erhöhte Prävalenzen somatischer Komorbiditäten und Risikofaktoren aufweisen. Auch die (2-Jahres-)Sterblichkeitsrate ist erhöht, mit einem deutlichen Lebenszeitverlust in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht. Die in der vorliegenden Arbeit zusammengestellten Befunde zur Krankheitslast der BPS erweitern die existierende Befundlage zur Schwere der psychischen Symptomatik um gesundheitsökonomische und so-

**Tab. 2** Krankheitslast der Borderline-Persönlichkeitsstörung: erhöhte somatische Komorbidität und Mortalität

Somatische Komorbidität und Mortalität	Literatur <sup>a</sup>
<i>Somatische Komorbidität:</i>	
BPS ist mit kardiovaskulären Erkrankungen (einschließlich arterielle Hypertonie), Schlaganfällen, Stoffwechselerkrankungen wie Diabetes und Adipositas, gastro-intestinalen Erkrankungen, Arthritis, chronischen Schmerzen, sexuell übertragbaren Erkrankungen und HIV-Infektionen sowie Schlafstörungen verbunden	[10, 11, 27, 41, 44]
Frauen mit BPS haben dabei ein erhöhtes Risiko, eine kardiovaskuläre Erkrankung zu entwickeln	[16]
Die meisten somatischen Erkrankungen sind häufiger bei BPS im Vergleich zu anderen psychischen Störungen	[46]
Etwa zwei Drittel der BPS-Fälle haben eine DSM-IV-Schmerzdiagnose, nahezu 90% leiden unter Schmerzen; besonders häufig sind dabei chronische Rückenschmerzen, Kopfschmerzen und andere chronische Schmerzzustände	[18, 34]
<i>Übersterblichkeit allgemein:</i>	
Bei stationär und ambulant behandelten Fällen erhöhte standardisierte Mortalitätsraten (für alle Cluster der Persönlichkeitsstörungen)	[2, 53, 60]
Über langen Beobachtungszeitraum hinweg ist bei der BPS die Lebenserwartung erheblich reduziert (aufgrund natürlicher wie unnatürlicher Todesursachen)	[50]
BPS-Fälle weisen im Vergleich zur Normalbevölkerung eine etwa vierfach höhere Sterblichkeitsrate auf	[28]
<i>Suizidraten:</i>	
Bis zu 10% der BPS-Betroffenen begehen Suizid	[40]
Bevölkerungsbezogene Analyse: 6,3% aller Suizide werden von BPS-Betroffenen begangen	[5]
BPS zählt zu den am meisten mit Suizid assoziierten Diagnosen; bei BPS ist Tod durch Suizid bis zu viermal wahrscheinlicher ist als bei anderen Persönlichkeitsstörungen	[1, 8, 15, 50]
Männer mit BPS sterben häufiger durch Suizide als Frauen mit BPS	[40, 47]
Bereits der erste Suizidversuch endet häufig tödlich (62% der Männer, 38% der Frauen)	[15]
Mehr als einer von 10 BPS-Fällen, die einen schwerwiegenden Suizidversuch unternommen hatten, starb am Ende einer 11-Jahres-Follow-up-Periode durch einen erneuten Suizidversuch	[13]
Auch „treatment as usual“, d. h. nicht nur spezialisierte Behandlung, kann Suizidraten und selbstverletzendes Verhalten reduzieren	[14]
<i>Erhöhte Mortalität aufgrund vermehrter körperlicher Erkrankungen bei BPS:</i>	
Hohe Mortalitäts- und Inzidenzraten kardiovaskulärer Todesfälle bei Persönlichkeitsstörungen (insbesondere BPS, insbesondere bei komorbider Substanzabhängigkeit)	[30]
Verringerte Lebenserwartung (bis zu 20 Jahre) und erhöhte Mortalität, die hauptsächlich auf körperliche Erkrankungen (insbesondere kardiovaskuläre Erkrankungen) zurückzuführen ist	[7, 44, 50]

BPS Borderline-Persönlichkeitsstörung, DSM Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, HIV humanes Immundefizienzvirus

<sup>a</sup>Literaturreviews und Metaanalysen 2010 bis 2020 sowie zusätzliche ausgewählte Referenzstudien

matische Aspekte und legen nahe, diese Diagnose bei den „schweren psychischen Störungen“ (SMI; vgl. [9]) mit zu verorten.

### Direkte und indirekte Krankheitskosten

Auch wenn unsere Literaturrecherche eine große Variabilität der Kostenschät-

zungen aufzeigt, wird deutlich, dass die BPS mit im Vergleich zu anderen Erkrankungen hohen materiellen und immateriellen Krankheitskosten verbunden ist. Ein großer Anteil der direkten Kosten scheint dabei durch somatische Gesundheitsleistungen zu entstehen, was mit der hohen Rate an somatischen Komorbiditäten assoziiert ist [17]. Indirekte Kosten insbesondere durch Partizipations-

störungen (vgl. [32]) sind in erheblichem Umfang an den Gesamtkosten beteiligt [24, 25, 42].

### » Eine adäquate Behandlung der BPS kann die Krankheitskosten senken

Die individuellen und gesellschaftlichen Kosten werden aber auch – nicht einfach monetär bezifferbar – in der erheblich beeinträchtigten Lebensqualität, dem persönlichen Leiden und der Symptomlast sowie der Benachteiligung durch Stigmatisierung deutlich [20, 25, 31, 33]. Eine adäquate Behandlung der BPS kann die Krankheitskosten senken [4, 35, 64]. Wichtig ist zu berücksichtigen, dass es sich um eine oft langjährig persistierende Diagnose handelt, die trotz vieler effektiver Behandlungsansätze und selbst nach Remission eine gewisse Symptomlast und Funktionseinschränkungen aufweisen kann. Dies legt nahe, das individuelle Funktionsniveau vor und während jeder Behandlung zu erheben, um auch den Aspekt der Krankheitskosten explizit bei den Behandlungsmaßnahmen einzubeziehen.

### Erhöhte somatische Risikofaktoren und Komorbiditäten

Die Analyse der Krankenkassendaten bildet ab, dass die BPS mit besonders hohem Risikoverhalten für somatische Komorbidität einhergeht. An erster Stelle stehen die Selbstbeschädigung, die als ein mögliches BPS-Diagnosekriterium zu erwarten ist, sowie die bekannte Komorbidität zu substanzbezogenen Störungen. Diese Verhaltensweisen dienen oft der Emotionsregulation und stehen in enger Wechselwirkung (z. B. impulsive Einnahme einer Überdosis an Medikamenten bei emotionaler Anspannung mit der Folge eines Leberschadens). So könnte das erhöhte Risiko für Hepatitiden bzw. Asthma und COPD („chronic obstructive pulmonary disease“) mit Alkohol- bzw. Nikotinabusus im Zusammenhang stehen. Impulsivität und erhöhte Aggression als weitere typische Symptome der BPS können wiederum zu Risikoverhalten wie unvorsichtigem Auto-

**Tab. 3** Somatische Komorbidität und Risikofaktoren für somatische Erkrankungen bei erwachsenen Patientinnen und Patienten mit vs. ohne Borderline-Persönlichkeitsstörung<sup>a</sup>

Somatische Morbidität/Risikofaktor (Basisrate, d. h. Prävalenz in der Gesamtpopulation)	ICD-10-Code	OR <sup>b</sup>	95 %-KI <sup>b</sup>
Vorsätzliche Selbstbeschädigung (0,011 %)	X60–X84	56,22	[52,76; 59,90]
Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (2,239 %)	F10	12,23	[12,06; 12,40]
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (außer Alkohol; 6,937 %)	F11–F19	5,28	[5,22; 5,33]
Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität (inkl. Unfälle; 0,297 %)	V01–Y98	4,29	[4,12; 4,46]
Hepatitis, HIV (0,675 %)	B15–B24	4,28	[4,15; 4,40]
Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (6,060 %)	J43–J44	2,60	[2,55; 2,64]
Asthma (7,549 %)	J45–J46	2,12	[2,09; 2,14]
Adipositas (12,442 %)	E66	2,08	[2,06; 2,10]

BPS Borderline-Persönlichkeitsstörung, HIV humanes Immundefizienzvirus, ICD-10 International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10

<sup>a</sup>Administrative Daten der kassenärztlichen Versorgung in Deutschland 2016 mod. nach Schneider, Erhart et al. [45]:  $n = 59.561.310$ , Durchschnittsalter = 51,25 Jahre, % Frauenanteil = 55,40

<sup>b</sup>Odds Ratios (OR) mit 95 %-Konfidenzintervallen (KI); adjustiert nach Alter und Geschlecht; Vergleichsgruppen: F60.3x Diagnose vorhanden vs. nicht vorhanden. Hier dargestellt sind ausschließlich assoziierte Erkrankungen und Risikofaktoren mit  $OR > 2,0$

fahren, ungeschütztem Geschlechtsverkehr oder körperlichen Auseinandersetzungen führen, mit entsprechenden somatischen Folgen wie Unfallverletzungen oder Infektionserkrankungen.

### » Stigmatisierung trägt zu einer unzureichenden Prävention und Versorgung bei

Hohes Risikoverhalten und ungünstiger Lebensstil (einschließlich Übergewicht) sind vermutlich mitursächlich für die erhöhte somatische Komorbidität. Nicht zu vernachlässigen sind aber auch iatrogene Faktoren, wie psychotrope (Poly)pharmazie, unzureichende Aufmerksamkeit auf somatische Komorbiditäten und mangelnde Vermittlung von Gesundheitskompetenz für Betroffene; diese sind möglicherweise behandlerseitig mit bedingt durch die eigene Überforderung, Frustration und fehlende Kenntnisse [7, 11]. Die Stigmatisierungen der BPS auf gesellschaftlicher, ärztlicher und individueller Ebene (Selbststigmatisierung) tragen zu einer inadäquaten Prävention und (somatischen) Versorgung bei [43].

Weiterhin spielen insbesondere bei schwerer BPS-Symptomausprägung (neuro-)biologische Faktoren, wie maladaptive neuronale und endokrinologische

Stressregulation, Dysregulation von Zytokinen, aber auch genetische Faktoren ätiologisch eine wichtige Rolle in der Entstehung somatischer Komorbiditäten [7, 27, 51]. Umso wichtiger sind umfassende, interdisziplinäre und multiprofessionelle Versorgungskonzepte, die auch für stark Betroffene zugänglich sind.

Entgegen den Ergebnissen der Literaturrecherche (siehe z. B. [10]) sind in der vorliegenden Analyse der deutschen Krankenkassendaten kardiovaskuläre und gastrointestinale Erkrankungen, Diabetes mellitus und Schmerzstörungen zwar erhöht, zählen aber nicht zu den häufigsten somatischen Komorbiditäten [45]. Erklärend dafür könnten Unterschiede in Studiendesigns und hier genannte Besonderheiten der Datenbasis sein (Codierung im Versorgungsalltag sowie der Einbezug aller erwachsenen gesetzlich Krankenversicherten und aller denkbaren codierbaren Diagnosen).

Zusammenfassend lässt sich hierzu festhalten, dass Menschen mit einer BPS in besonderem Maße ein erhöhtes Risiko für somatische Komorbiditäten haben und dies in einem komplexen Gefüge aus ungünstigem Lebensstil und Risikoverhalten, psychiatrischen Komorbiditäten, iatrogenen und strukturellen Faktoren sowie neurobiologischen Mechanismen zu stehen scheint. Eine differenzierte in-

dividuelle Prüfung dieser Faktoren sollte daher bei jeder Patientin und jedem Patienten erfolgen. Die Ergebnisse unterstreichen die Dringlichkeit einer verbesserten somatischen Prävention und Versorgung, der Veränderung der Gesundheitskompetenz und der Förderung adäquaten Inanspruchnahmeverhaltens von Betroffenen.

### Mortalität: Suizide und Übersterblichkeit

In engem Zusammenhang zur somatischen Komorbidität steht eine erhöhte Mortalität [6, 29]. Neben hohen Raten vollendeter Suizide bei der BPS, die vergleichbar mit Suizidraten bei der Schizophrenie sind, werden in der internationalen Literatur deutlich erhöhte Raten vorzeitiger Sterblichkeit aufgrund natürlicher Ursachen und eine Reduktion der Lebenserwartung von bis zu 20 Jahren berichtet [5, 13, 15, 19, 38, 40, 50]. Im Vergleich zu anderen SMIs liegt bei Schneider, Erhart et al. [45] die Mortalität der BPS mit einer um das 2,3-Fache erhöhten 2-Jahres-Sterblichkeit zwar unter der Sterblichkeitsrate psychotischer Störungen, aber deutlich über den affektiven Störungen, ähnlich wie bei den skandinavischen Daten von Nordentoft et al. [38]. Der geschätzte Verlust von bis zu 9 Lebensjahren, der sich aus der Analyse der deutschen Krankenkassendaten ergibt, liegt eher am unteren Ende der Befunde aus der internationalen Literatur. Hierfür könnten methodische Faktoren, wie der Einbezug auch weniger schwer Betroffener, die Betrachtung über alle Altersgruppen hinweg und hier beschriebene Besonderheiten der Datenbasis (einschließlich des für die Mortalitätsschätzungen genutzten relativ kurzen Beobachtungszeitraums) verantwortlich sein. Auch länderspezifische Faktoren in der Gesundheitsversorgung und eine mögliche protektive Wirkung durch den niederschweligen Zugang zu einem guten Gesundheitssystem in Deutschland könnten die Datenlage beeinflussen.

Schneider, Erhart et al. [45] schätzen, dass pro Jahr 24 % der SMI-Übersterblichkeit auf Suizide und 76 % auf natürliche Ursachen (d. h. somatische Komor-

**Tab. 4** Administrative Prävalenzen (2016) der Borderline-Persönlichkeitsstörung nach Alter und Geschlecht und erhöhte 2-Jahres-Sterblichkeitsraten bei Fällen mit vs. ohne Borderline-Persönlichkeitsstörung nach Alter und Geschlecht. (Mod. nach [45])

(A) Administrative 12-Monats-Prävalenzen		Prozent	
Gesamt		0,341 (n = 203.378)	
Frauen		0,448	
Männer		0,210	
18–39 Jahre		0,626	
40–59 Jahre		0,331	
60–79 Jahre		0,094	
> 80 Jahre		0,077	
Durchschnittsalter (SD) der BPS-Fälle		38,93 (15,05)	
(B) Erhöhte 2-Jahres-Sterblichkeitsraten		OR <sup>a</sup>	95 %-KI <sup>a</sup>
Gesamt		2,30	[2,08; 2,54]
18–24 Jahre		2,58	[1,28; 5,18]
25–34 Jahre		3,69	[2,52; 5,40]
35–44 Jahre		3,75	[2,78; 5,05]
45–54 Jahre		2,02	[1,57; 2,59]
55–59 Jahre		1,28	[0,83; 1,96]
60–64 Jahre		1,70	[1,12; 2,57]
65–69 Jahre		2,42	[1,63; 3,58]
70–74 Jahre		2,06	[1,46; 2,89]
75–79 Jahre		2,16	[1,59; 2,94]
80–84 Jahre		2,68	[2,05; 3,50]
85–89 Jahre		2,09	[1,57; 2,77]
90–94 Jahre		1,89	[1,28; 2,77]
90+ Jahre		0,97	[0,38; 2,48]

BPS Borderline-Persönlichkeitsstörung

(A) Daten der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland (2016; n = 59.561.310; Durchschnittsalter = 51,25 Jahre, % Frauenanteil = 55,40; Fälle mit Kodierung F60.3x); es werden keine Konfidenzintervalle gezeigt, da die Stichprobe nahezu die gesamte Population repräsentiert

(B) Daten der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland (Teilstichprobe aus 2012 mit Daten zur Sterblichkeit, n = 15.590.107; Todesfälle in der Teilstichprobe 2013–2014, n = 288.503)

<sup>a</sup>Odds Ratios (OR) mit 95 %-Konfidenzintervall (KI) adjustiert nach Altersgruppen und Geschlecht; Vergleichsgruppen: F60.3x-Diagnose vorhanden vs. nicht vorhanden

bidität) oder andere unnatürliche Ursachen (z. B. Unfälle) zurückzuführen sind; dies entspricht auch anderen internationalen Befunden [7, 44, 50]. Deutlich wird die höhere Sterblichkeitsrate bei Männern, bei denen es häufiger als bei Frauen zum vollendeten Suizid kommt; auch liegen häufiger substanzbezogene Komorbiditäten vor, und es wird seltener Hilfe und Behandlung in Anspruch genommen bzw. seltener überhaupt eine BPS diagnostiziert [10, 15, 23, 40, 47]. Auffällig ist auch der höhere Verlust an Lebensjahren bei Jüngeren (bei denen die Prävalenz bzw. Diagnosevergabe am höchsten ist). In den frühen adulten Jahren sind Symptome wie affektive Dysregulation, Impulsivität und Suizidalität dominant, die zu akuten Krisen und erhöhtem Risi-

koverhalten hinsichtlich somatischer Komorbiditäten führen können, und beim Todesfall in jungen Jahren ist der Verlust an Lebensjahren höher als im höheren Alter [55]. Auch sind stationäre Behandlungen häufiger, die im ersten Jahr nach Entlassung mit einem besonders hohen Mortalitätsrisiko assoziiert zu sein scheinen [38].

### » Die Sterblichkeitsrate ist bei Männern und Jüngeren deutlich erhöht

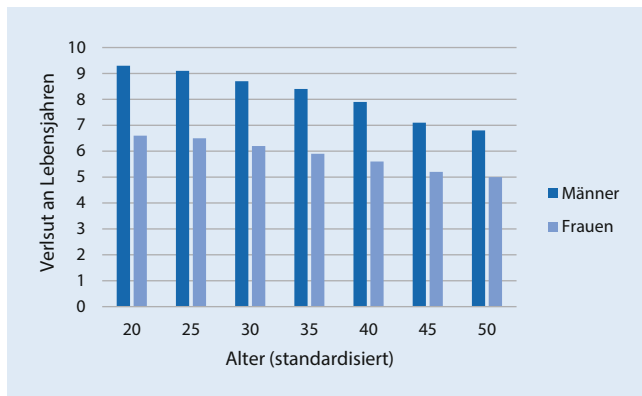
Die hier berichtete Übersterblichkeit bei der BPS verweist wieder auf die Dringlichkeit einer verbesserten Prävention und einer intensivierten somatischen

Versorgung, insbesondere für Männer und junge Betroffene. Denn Verfügbarkeit und Qualität der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung allein haben nur einen begrenzten Effekt auf die somatische Gesundheit, wie skandinavische Studien nahelegen [38].

### Stärken und Limitationen der Literaturrecherche und der administrativen Datenbasis

Die berichtete Literaturrecherche zu aktuellen (2010–2020) Übersichtsarbeiten zu Krankheitskosten, somatischer Komorbidität und Mortalität bei der BPS bildet aus unserer Sicht die Befundlage zufriedenstellend und ohne bedeutende Lücken ab. Es handelt sich zwar nicht um einen systematischen Review, der vollständig entlang der PRISMA-Kriterien (vgl. prisma-statement.org) durchgeführt wurde; allerdings wurde im vorliegenden Beitrag zur Krankheitslast der BPS auch lediglich eine Zusammenstellung von Kernaussagen mit Hinweis auf die wichtigsten Quellen benötigt, ohne weitere Quantifizierungen vornehmen zu müssen und entsprechend systematisch einzelne Variablen zu extrahieren (z. B. Kostenfaktoren, Risikogrößen, Mortalitätsraten etc.), Risiken für Verzerrungen differenziell zu berücksichtigen, Effekte zu schätzen etc.

Der Zugriff auf Abrechnungsdaten wie in der vorliegenden Publikation bietet die einzigartige Möglichkeit, das Versorgungsgeschehen in Deutschland mit fast 60 Mio. Datensätzen umfassend abzubilden. Spezifika der BPS wurden im vorliegenden Beitrag genauer betrachtet und eingeordnet, als es in der Originalarbeit [45] möglich war. Allerdings müssen auch Limitationen hinsichtlich der in dieser Datenbasis codierten Diagnosen berücksichtigt werden. Mit einer administrativen 12-Monats-Prävalenz von 0,341 % befinden sich die vorliegenden Daten eher am unteren Ende internationaler Befunde, entsprechen allerdings den auch andernorts berichteten Trends hinsichtlich Geschlechts- und Altersverteilung (vgl. [10, 12, 52, 55]). Krankenkassendaten bilden die Vergabe von Diagnosen im Gesundheitssystem ab und entsprechen nicht immer streng



**Abb. 2** ▲ Geschätzter Verlust an Lebensjahren (nach Alter und Geschlecht) bei Borderline-Persönlichkeitsstörung (Mod. nach [45]). (Daten der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland [Teilstichprobe aus 2012 mit Daten zur Sterblichkeit,  $n = 15.590.107$ ; Todesfälle in der Teilstichprobe 2013–2014,  $n = 288.503$ ]. Vergleichsgruppen: F60.3x Diagnose vorhanden vs. nichtvorhanden)

kriterienorientierter Diagnostik. Sie spiegeln damit auch mögliche diagnostische Verzerrungen, z. B. durch Fehldiagnosen und sich wandelnde Diagnosekulturen, Stigmatisierung, unzureichende Inanspruchnahme und Versorgung sowie auch regionale Unterschiede in Versorgungsangeboten (vgl. [21]). Allerdings sind solche potenziellen diagnostischen Verzerrungen, die möglicherweise zu Über- oder Unterschätzungen einzelner Prävalenzen führen, aus unserer Sicht kein Anlass für Zweifel hinsichtlich der berichteten Zusammenhänge zwischen der hier fokussierten Diagnose BPS und den assoziierten somatischen Diagnosen bzw. der Mortalität.

## Schlussfolgerungen

Die Befunde unserer Literaturübersicht sowie der Analysen administrativer Daten unterstreichen, wie notwendig (neben der psychotherapeutischen und psychiatrischen) auch angemessene und verstärkte somatische Prävention und Versorgung für Menschen mit BPS sind. Neue interdisziplinäre und multiprofessionelle Versorgungsformen, wie etwa die Erprobung spezieller behandlerseitiger als auch patientenseitiger Unterstützungen, könnten die gesundheitliche Chancengerechtigkeit für diese Gruppe fördern (vgl. [www.psy-komo.de](http://www.psy-komo.de)). Zukünftige Forschung sollte die komplexen Zusammenhänge zwischen der BPS und Risikoverhalten, Lebensstil, psychiatrischen und somatischen Komorbiditäten

sowie neurobiologischen Mechanismen nicht nur in epidemiologischen Beobachtungsstudien, sondern auch in Präventions- und Interventionsstudien weiter aufklären.

## Fazit für die Praxis

**Hilfreich für die – neben psychotherapeutischer und psychiatrischer Versorgung – notwendige Förderung somatischer Gesundheit und die Reduktion von Übersterblichkeit bei Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung sind:**

- **Förderung der Gesundheitskompetenz hinsichtlich somatischer Komorbiditäten sowie Anleitung und Motivation zu präventiven Maßnahmen (z. B. Vereinbarung regelmäßiger Termine nicht nur in Notfallsituationen, Lebensstiländerungen, Entwöhnungsbehandlungen, Skillstraining, Stärkung der Eigenverantwortung), insbesondere bei jungen und männlichen Patienten**
- **Reflexion der eigenen Haltung und des eigenen Verhaltens zum Abbau eigener Vorurteile, Überforderung und Frustration**
- **kritische Prüfung des Einsatzes von Psychopharmaka (Reduktion ungünstiger iatrogenen Effekte auf die somatische Gesundheit)**
- **strukturelle Veränderungen (z. B. Finanzierung und Aufbau zugänglicher und kooperativer somatisch-psychiatrisch-psychotherapeutischer Versorgungsnetze)**

## Korrespondenzadresse



**Prof. Dr. Frank Jacobi**  
Klinische Psychologie  
und Psychotherapie,  
Psychologische Hochschule  
Berlin (PHB)  
Am Köllnischen Park 2,  
10179 Berlin, Deutschland  
[f.jacobi@phb.de](mailto:f.jacobi@phb.de)

**Danksagung.** F.J. dankt den weiteren Autorinnen und Autoren von Schneider, Erhart et al. [45], woraus die administrativen deutschen Daten extrahiert wurden – Frank Schneider, Michael Erhart, Walter Hewer und Leonie Löffler – für die wertvollen Vorarbeiten, die mittlerweile in eine vom Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) geförderten Initiative gemündet sind, die die körperliche Gesundheit bei schweren psychischen Störungen verbessern und die Übersterblichkeit dieser besonders vulnerablen Personengruppe vermindern helfen soll (PSY-KOMO; [www.psy-komo.de](http://www.psy-komo.de)).

## Einhaltung ethischer Richtlinien

**Interessenkonflikt.** F. Jacobi, R. Grafiadeli, H. Volkmann und I. Schneider geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Die zuständige lokale Ethikkommission erhob keine ethischen oder berufsrechtlichen Einwände gegen das Forschungsvorhaben (vgl. Schneider, Erhart et al. [45]).

## Literatur

1. Álvarez-Tomás I, Ruiz J, Guilera G et al (2019) Long-term clinical and functional course of borderline personality disorder: A meta-analysis of prospective studies. *Eur Psychiatr* 56:75–83
2. Björkenstam C, Björkenstam E, Gerdin B et al (2015) Excess cause-specific mortality in out-patients with personality disorder. *BJPsych Open* 1:54–55
3. Bode K, Vogel R, Walker J et al (2017) Health care costs of borderline personality disorder and matched controls with major depressive disorder: a comparative study based on anonymized claims data. *Eur J Health Econ* 18:1125–1135
4. Brettschneider C, Riedel-Heller S, König H-H (2014) A systematic review of economic evaluations of treatments for borderline personality disorder. *PLoS One* 9:e107748
5. Broadbear JH, Dwyer J, Bugeja L et al (2020) Coroners' investigations of suicide in Australia: The hidden toll of borderline personality disorder. *J Psychiatr Res* 129:241–249
6. Cailhol L, Pelletier É, Rochette L et al (2017) Prevalence, mortality, and health care use among patients with cluster B personality disorders clinically diagnosed in Quebec: a provincial cohort study, 2001–2012. *Can J Psychiatry* 62:336–342
7. Castle DJ (2019) The complexities of the borderline patient: how much more complex when considering physical health? *Australas Psychiatry* 27:552–555
8. Chesney E, Goodwin GM, Fazel S (2014) Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World Psychiatry* 13:153–160



9. DGPPN (2018) S3-Leitlinie Psychosoziale Therapie bei schweren psychischen Erkrankungen, 2. Aufl. Springer, Berlin, Heidelberg, New York
10. Doering S (2019) Borderline personality disorder in patients with medical illness: a review of assessment, prevalence, and treatment options. *Psychosom Med* 81:584–594
11. El-Gabalawy R, Katz LY, Sareen J (2010) Comorbidity and associated severity of borderline personality disorder and physical health conditions in a nationally representative sample. *Psychosom Med* 72:641–647
12. Ellison WD, Rosenstein LK, Morgan TA et al (2018) Community and clinical epidemiology of borderline personality disorder. *Psychiatr Clin* 41:561–573
13. Fernandez-Quintana A, Alberdi-Sudupe J, Lantes-Louzao S et al (2019) What happens after an inpatient admission due to suicide attempt? Analysing the risk of re-attempts and death in a 10-year follow-up study. *Eur Psychiatr* 56:596–597
14. Finch EF, Iliakis EA, Masland SR et al (2019) A meta-analysis of treatment as usual for borderline personality disorder. *Personal Disord* 10:491–499
15. Goodman M, Roiff T, Oakes AH et al (2012) Suicidal risk and management in borderline personality disorder. *Curr Psychiatry Rep* 14:79–85
16. Greggersen W, Rudolf S, Brandt P-W et al (2011) Intima-media thickness in women with borderline personality disorder. *Psychosom Med* 73:627–632
17. Hastrup LH, Jennum P, Ibsen R et al (2019) Societal costs of borderline personality disorders: A matched-controlled nationwide study of patients and spouses. *Acta Psychiatr Scand* 140:458–467
18. Heath LM, Paris J, Laporte L et al (2018) High prevalence of physical pain among treatment-seeking individuals with borderline personality disorder. *J Personal Disord* 32:414–420
19. Hor K, Taylor M (2010) Suicide and schizophrenia: a systematic review of rates and risk factors. *J Psychopharmacol* 24:81–90
20. Ishak WW, Elbau I, Ismail A et al (2013) Quality of life in borderline personality disorder. *Harv Rev Psychiatry* 21:138–150
21. Jacobi F, Becker M, Bretschneider J et al (2016) Ambulante fachärztliche Versorgung psychischer Störungen. *Nervenarzt* 87:1211–1221
22. Janssen EM, McGinty EE, Azrin ST et al (2015) Review of the evidence: prevalence of medical conditions in the United States population with serious mental illness. *Gen Hosp Psychiatry* 37:199–222
23. Johnson DM, Shea MT, Yen S et al (2003) Gender differences in borderline personality disorder: Findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Compr Psychiatry* 44:284–292
24. Juurlink TT, Lamers F, Van Marle HJ et al (2020) The role of borderline personality disorder symptoms on absenteeism & work performance in the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *BMC Psychiatry* 20:1–10
25. Juurlink TT, Ten Have M, Lamers F et al (2018) Borderline personality symptoms and work performance: a population-based survey. *BMC Psychiatry* 18:202
26. Kavanagh BE, Ashton MM, Cowdery SP et al (2020) Systematic review and meta-analysis of the role of personality disorder in randomised controlled trials of pharmacological interventions for adults with mood disorders. *J Affect Disord* 279:711–721
27. Keuroghlian AS, Frankenburg FR, Zanarini MC (2013) The relationship of chronic medical illnesses, poor health-related lifestyle choices, and health care utilization to recovery status in borderline patients over a decade of prospective follow-up. *J Psychiatr Res* 47:1499–1506
28. Kjør J, Biskin R, Vestergaard C et al (2015) A nationwide study of mortality in patients with borderline personality disorder. *Eur Psychiatr* 30:1
29. Kjør J, Biskin R, Vestergaard C et al (2018) All-cause mortality of hospital-treated borderline personality disorder: a nationwide cohort study. *J Personal Disord* 34(6):1–13
30. Kuo C-J, Chen W-Y, Tsai S-Y et al (2019) Excessive mortality and causes of death among patients with personality disorder with comorbid psychiatric disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 54:121–130
31. Laurensen EM, Eeren HV, Kikkert MJ et al (2016) The burden of disease in patients eligible for mentalization-based treatment (MBT): quality of life and costs. *Health Qual Life Outcomes* 14:1–9
32. Linden M, Baron S, Muschalla B et al (2015) Fähigkeitsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen. Diagnostik, Therapie und sozialmedizinische Beurteilung in Anlehnung an das Mini-ICF-APP. Huber, Bern
33. Lohman MC, Whiteman KL, Yeomans FE et al (2017) Qualitative analysis of resources and barriers related to treatment of borderline personality disorder in the United States. *Psychiatr Serv* 68:167–172
34. McWilliams LA, Higgins KS (2013) Associations between pain conditions and borderline personality disorder symptoms: findings from the National Comorbidity Survey Replication. *Clin J Pain* 29:527–532
35. Meuldijk D, McCarthy A, Bourke ME et al (2017) The value of psychological treatment for borderline personality disorder: Systematic review and cost offset analysis of economic evaluations. *PLoS One* 12:e0171592
36. Murphy A, Bourke J, Flynn D et al (2020) A cost-effectiveness analysis of dialectical behaviour therapy for treating individuals with borderline personality disorder in the community. *Ir J Med Sci* 189:415–423
37. Ng FY, Bourke ME, Grenyer BF (2016) Recovery from borderline personality disorder: a systematic review of the perspectives of consumers, clinicians, family and carers. *PLoS One* 11:e0160515
38. Nordentoft M, Wahlbeck K, Hällgren J et al (2013) Excess mortality, causes of death and life expectancy in 270,770 patients with recent onset of mental disorders in Denmark, Finland and Sweden. *Plos One* 8:e55176
39. O'sullivan M, Murphy A, Bourke J (2017) The cost of dialectical behaviour therapy (DBT) for people diagnosed with borderline personality disorder (BPD): a review of the literature. *Value Health* 20(9):A714
40. Paris J (2019) Suicidality in borderline personality disorder. *Medicina* 55:223
41. Powers AD, Oltmanns TF (2013) Borderline personality pathology and chronic health problems in later adulthood: The mediating role of obesity. *Pers Disord Theory Res Treat* 4:152–159
42. Pucker HE, Temes CM, Zanarini MC (2019) Description and prediction of social isolation in borderline patients over 20 years of prospective follow-up. *Pers Disord Theory Res Treat* 10:383–388
43. Ring D, Lawn S (2019) Stigma perpetuation at the interface of mental health care: a review to compare patient and clinician perspectives of stigma and borderline personality disorder. *J Ment Health*. <https://doi.org/10.1080/09638237.2019.1581337>
44. Roininen SM, Cheetham M, Mueller BU et al (2019) Unmet challenges in treating hypertension in patients with borderline personality disorder: A systematic review. *Medicine* 98(37):e17101
45. Schneider F, Erhart M, Hewer W, Löffler LAK, Jacobi F (2019) Mortalität und somatische Komorbidität bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. *Dtsch Arztebl Int* 116:405–411
46. Shen C-C, Hu L-Y, Hu Y-H (2017) Comorbidity study of borderline personality disorder: applying association rule mining to the Taiwan national health insurance research database. *BMC Med Inform Decis Mak* 17:8
47. Sher L, Rutter SB, New AS et al (2019) Gender differences and similarities in aggression, suicidal behaviour, and psychiatric comorbidity in borderline personality disorder. *Acta Psychiatr Scand* 139:145–153
48. Soeteman DJ, Hakkaart-van Roijen L, Verheul R et al (2008) The economic burden of personality disorders in mental health care. *J Clin Psychiatry* 69:259
49. Storebø OJ, Stoffers-Winterling JM, Völlm BA et al (2020) Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev* 5(5):CD12955
50. Temes CM, Frankenburg FR, Fitzmaurice GM et al (2019) Deaths by suicide and other causes among patients with borderline personality disorder and personality-disordered comparison subjects over 24 years of prospective follow-up. *J Clin Psychiatry* 80(1):18m12436
51. Thomas N, Gurvich C, Kulkarni J (2019) Borderline personality disorder, trauma, and the hypothalamus-pituitary-adrenal axis. *Neuropsychiatr Dis Treat* 15:2601–2612
52. Tomko RL, Trull TJ, Wood PK et al (2014) Characteristics of borderline personality disorder in a community sample: comorbidity, treatment utilization, and general functioning. *J Pers Disord* 28:734–750
53. Tyrer P, Tyrer H, Yang M (2019) Premature mortality of people with personality disorder in the Nottingham Study of Neurotic Disorder. *Personal Ment Health* 15(1):32–39
54. Van Asselt A, Dirksen CD, Arntz A et al (2007) The cost of borderline personality disorder: societal cost of illness in BPD-patients. *Eur Psychiatry* 22:354–361
55. Videler AC, Hutsebaut J, Schulken JE et al (2019) A life span perspective on borderline personality disorder. *Curr Psychiatry Rep* 21(7):1–8
56. Volkert J, Hauschild S, Taubner S (2019) Mentalization-based treatment for personality disorders: Efficacy, effectiveness, and new developments. *Curr Psychiatry Rep* 21(4):1–12
57. Wagner T, Fydrich T, Stiglmayr C et al (2014) Societal cost-of-illness in patients with borderline personality disorder one year before, during and after dialectical behavior therapy in routine outpatient care. *Behav Res Ther* 61:12–22
58. Wagner T, Roepke S, Marschall P et al (2013) Krankheitskosten der Borderline Persönlichkeitsstörung aus gesellschaftlicher Perspektive. *Z Klin Psychol Psychother* 42:242–255
59. Walker ER, Mcgee RE, Druss BG (2015) Mortality in mental disorders and global disease burden implications: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 72:334–341
60. Walter F, Carr MJ, Mok PL et al (2017) Premature mortality among patients recently discharged from their first inpatient psychiatric treatment. *JAMA Psychiatry* 74:485–492

61. Wetzelaer P, Lokkerbol J, Arntz A et al (2017) Cost-effectiveness and budget impact of specialized psychotherapy for borderline personality disorder: A synthesis of the evidence. *J Ment Health Policy Econ* 20(4):177–190
62. Whitley R, Palmer V, Gunn J (2015) Recovery from severe mental illness. *Can Med Assoc J* 187:951–952
63. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J et al (2011) The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol* 21:655–679
64. Wunsch EM, Kliem S, Kröger C (2014) Population-based cost–offset estimation for the treatment of borderline personality disorder: Projected costs in a currently running, ideal health system. *Behav Res Ther* 60:1–7

**Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen (DGBS), Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) (Herausgeber)**  
**S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie bipolarer Störungen**

**Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013, (ISBN: 978-3-642-37773-0)**

Im Leitlinienprogramm der DGPPN wurde die aktualisierte S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie bipolarer Störungen in Buchform veröffentlicht – unter Federführung von Prof. Dr. Dr. Michael Bauer und Prof. Dr. Andrea Pfennig und Mitwirkung von zahlreichen Personen und den beiden Fachgesellschaften DGBS und DGPPN. Die Leitlinie soll als Basis für eine verbesserte Entscheidungsfindung zur optimalen und möglichst individualisierten Diagnostik, Behandlung und Versorgung dienen. Durch die ausführliche Offenlegung des Entstehungsprozesses und der Beurteilungskriterien werden die Schlussfolgerungen und Empfehlungen für den Leser nachvollziehbar und das dialogische Prinzip der Einbeziehung von Professionellen, Betroffenen und Angehörigen wurde konsequent umgesetzt. Die Evidenzlage wird ansprechend und übersichtlich durch Statements und Empfehlungen, sowie Übersichten und Algorithmen dargestellt. Neben den Kapiteln zu Epidemiologie, Diagnostik und Therapie werden auch die Themen Wissensvermittlung, Selbsthilfe, Versorgung und Gesundheitsökonomie ausführlich besprochen. Themen mit besonderer klinischer Bedeutung wie Suizidalität, Therapieresistenz und Schwangerschaft werden gesondert dargestellt. Auch die Früherkennung und Risikodiagnostik wird trotz (noch) geringer Evidenz diskutiert. Vor allem die Algorithmen zur phasenspezifischen Behandlung sind ausgesprochen hilfreich und bieten eine sehr gute Übersicht zu den jeweiligen Behandlungsoptionen. Bedauerlich ist jedoch das Fehlen der phasenspezifischen Behandlung zur gemischten Episode. Auch diagnostische Instrumente (Selbst- wie Fremdbeurteilung) für unterschiedliche Symptombereiche werden gut dargestellt. Die Leitlinie ist optimal als Hilfsmittel zur fundierten Diagnostik- und Therapieplanung für jeden ärztlichen Kollegen mit bipolaren Patienten. Aber auch für nichtärztliche Behandler, Angehörige und Betroffene bietet es eine seriöse Möglichkeit sich zu vielen Aspekten der Erkrankung gut und ausführlich zu informieren.

***PD Dr. med. habil. Karolina Leopold, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik mit FRITZ und soulspace, Vivantes Klinikum Am Urban***