

# TECHNISCHE UNIVERSITÄT MÜNCHEN

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

(Direktor: Univ.-Prof. Dr. J. Förstl)

## **Die pharmakologische Therapie der Borderline Persönlichkeitsstörung in der Praxis – eine Befragung von niedergelassenen Psychiatern in München und Oberbayern**

Moritz Knappich

Vollständiger Abdruck der von der Fakultät für Medizin der Technischen Universität München zur Erlangung des akademischen Grades eines

### **Doktors der Medizin**

genehmigten Dissertation.

Vorsitzender: Univ.-Prof. Dr. E. J. Rummeny

Prüfer der Dissertation:

1. Univ.-Prof. Dr. J. Förstl
2. apl. Prof. Dr. J. G. H. Bäuml

Die Dissertation wurde am 27.05.2013 bei der Technischen Universität München eingereicht und durch die Fakultät für Medizin am 02.04.2014 angenommen.

# Die pharmakologische Therapie der Borderline Persönlichkeitsstörung in der Praxis – eine Befragung von niedergelassenen Psychiatern in München und Oberbayern

## Inhalt

1	Einleitung.....	4
1.1	Studienlage zur Borderline Persönlichkeitsstörung im Allgemeinen .....	4
1.2	Studienlage zur Pharmakotherapie der Borderline Persönlichkeitsstörung.....	7
2	Fragestellung .....	10
3	Methoden.....	12
3.1	Stichprobenbeschreibung .....	12
3.2	Untersuchungsgang.....	12
3.3	Statistische Auswertung.....	14
4	Ergebnisse.....	16
4.1	Die Fragebögen.....	16
4.2	Soziodemographische Angaben der Psychiater .....	17
4.3	Der Borderline-Patient in der psychiatrischen Praxis.....	22
4.4	Pharmakologische Behandlung von Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörung.....	26
4.4.1	Antidepressiva .....	27
4.4.2	Antipsychotika .....	29
4.4.3	Stimmungsstabilisierende Medikamente.....	31
4.4.4	Benzodiazepine .....	32
4.4.5	Andere Medikamente.....	33
4.5	Die letzten 4 Borderline-Patienten in der psychiatrischen Praxis .....	34
4.5.1	Anzahl der gleichzeitig verordneten Präparate.....	34
4.5.2	Aussicht auf psychische Stabilisierung .....	34
4.6	Erleichternde Umstände für die Behandlung von Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörung.....	35
4.7	Multivariate Datenbeschreibung und statistische Tests.....	37
4.7.1	Medikamentenverordnung: Vergleich zwischen älteren und jüngeren Psychiatern....	37
4.7.2	Medikamentenverordnung: Vergleich zwischen Übernehmern und Nicht-Übernehmern .....	45
4.7.3	Medikamentenverordnung: Vergleich zwischen Borderline-erfahrenen und Borderline-unerfahrenen Psychiatern.....	49
4.7.4	Supervision: Vergleich von älteren Psychiatern und jüngeren Psychiatern.....	53

4.7.5	Psychotherapieausbildung: Vergleich zwischen Behandlungsübernehmern und Nicht-Übernehmern .....	54
5	Diskussion.....	55
5.1	Das Psychiater-Kollektiv .....	55
5.2	Der Borderline Patient in der psychiatrischen Praxis.....	56
5.3	Pharmakotherapie der Borderline Persönlichkeitsstörung.....	56
5.4	Verlauf der Behandlung.....	61
5.5	Grenzen der Arbeit .....	62
5.6	Ausblick.....	62
6	Zusammenfassung.....	64
7	Literaturverzeichnis.....	66
8	Abbildungsverzeichnis .....	71
9	Tabellenverzeichnis .....	72
10	Anhang.....	74
10.1	Anhang 1: Diagnostische Kriterien der Borderline Persönlichkeitsstörung .....	74
10.2	Anhang 2: Anschreiben .....	74
10.3	Anhang 3: Fragebogen.....	74
11	Danksagung .....	82
12	Lebenslauf .....	83

# 1 Einleitung

---

## 1.1 Studienlage zur Borderline Persönlichkeitsstörung im Allgemeinen

Die Borderline Persönlichkeitsstörung ist eine häufige psychische Erkrankung. Sie betrifft etwa zwischen 2 und 6 Prozent der Gesamtbevölkerung (Grant *et al.*, 2008; Torgersen *et al.*, 2001). Eine Studie von Widiger und Mitarbeitern stellte fest, dass bis zu 10 Prozent der ambulanten psychiatrischen Patienten sowie 20 Prozent der stationären psychiatrischen Patienten an dieser Störung leiden (Widiger & Weissman, 1991). Im Gegensatz zu früheren Untersuchungen kann laut Grant *et al.* allerdings kein geschlechtsspezifischer Unterschied in Bezug auf die Erkrankungshäufigkeit bei Männern und Frauen konstatiert werden (Grant *et al.*, 2008).

Die **Ätiologie** der Borderline Persönlichkeitsstörung ist multifaktoriell. Man geht von einem Vulnerabilitäts-Stress-Modell aus. Dieses Modell beschreibt den Zusammenhang zwischen einer genetisch angeborenen Veranlagung und bestimmten Stressoren, die dann später zum Ausbruch der Erkrankung führen (Gunderson & Lyons-Ruth, 2008). Eine genetische Ursache wird dadurch belegt, dass bei Zwillingen eine stärkere Tendenz zu beobachten ist, eine Borderline Persönlichkeitsstörung zu entwickeln (Torgersen *et al.*, 2000). Zudem fällt auf, dass Patienten verhältnismäßig oft von negativen Erfahrungen in der Kindheit berichten, beispielsweise von schweren traumatisierenden Erlebnissen, von psychischen Erkrankungen von Familienmitgliedern oder von ungünstigen Verhaltensweisen der Eltern (Bandelow *et al.*, 2005). Insbesondere schwerer sexueller Missbrauch (Silk *et al.*, 1995) gepaart mit emotionaler Vernachlässigung durch die Bezugspersonen (Zweig-Frank & Paris, 1991) in der Kindheit und Jugend sind bei vielen der Borderline-Patienten bekannt (Driessen *et al.*, 2002).

Es werden zusätzlich **neurobiologische Erklärungsmodelle** herangezogen, um eine organisch bedingte Ätiologie der Borderline Persönlichkeitsstörung zu unterstützen. Studien konnten zeigen, dass Symptome und Verhaltensweisen mit Veränderungen der Neurotransmitter-Konzentrationen, wie Glutamat, Dopamin und Serotonin, assoziiert sind. Zudem wurden Unterschiede in Volumen und Aktivität bestimmter Hirnregionen festgestellt. Zu nennen sind hier der präfrontale Kortex, der Gyrus cinguli, die Amygdala und der Hippocampus. Diese Bereiche des Gehirns sind u.a. zuständig für die Emotionen und die Kontrolle der Impulsivität (Dell'Osso *et al.*, 2010). Ein verminderter basaler Metabolismus in präfrontalen Regionen und im anterioren cingulären Cortex wurde durch PET-Bildgebung gezeigt (De La Fuente *et al.*, 1997). Auch eine Verminderung des Volumens der Amygdala und des Hippocampus wird beobachtet. Diese Auffälligkeiten sind auch bei Patienten mit posttraumatischer Belastungsstörung zu sehen (Schmahl *et al.*, 2009).

Obwohl die **Diagnose** von Persönlichkeitsstörungen nur bei Erwachsenen gestellt wird, manifestiert sich diese Störung im Jugendalter u.a. in Form von

Schwierigkeiten, Wut zu kontrollieren sowie autoaggressivem Verhalten und Dissoziationen (Al-Alem & Omar, 2008). Die Borderline Persönlichkeitsstörung ist laut der International Classification of Diseases (ICD 10) ein Subtyp der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung. Um die Diagnosefindung einer Borderline Persönlichkeitsstörung zu verbessern, definieren seit dem Jahr 1980 bestimmte Kriterien im diagnostischen und statistischen Handbuch psychischer Störungen (DSM III) der American Psychiatric Association das Vorliegen dieser Störung. In der aktuellen vierten Auflage (DSM IV) müssen 5 von insgesamt 9 Diagnosekriterien zutreffen, um eine Diagnose für diese Erkrankung stellen zu dürfen (APA, 1994) (Anhang 1). Bei 151 möglichen Kombinationen (5 aus 9 Kriterien) ergibt sich jedoch ein sehr uneinheitliches Krankheitsbild (Skodol *et al.*, 2002). Dies zeigt, welche Schwierigkeiten es in der Praxis bedeutet eine adäquate Therapie für diese Patientengruppe zu ermöglichen. Man kann die Kriterien in vier psychopathologische Sektoren zusammenfassen, weil auf diese Weise Patienten, die in allen vier Bereichen Symptome aufweisen, besser von anderen Persönlichkeitsstörungen unterschieden werden können (Zanarini *et al.*, 1990). Die erste Kategorie sind die affektiven Kriterien, die durch unangemessene heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren, durch chronische Gefühle von Leere und durch affektive Instabilität infolge von ausgeprägten Stimmungsschwankungen gekennzeichnet sein können. Der zweite Bereich sind die Wahrnehmungskriterien, die durch vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome, aber auch durch eine ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung charakterisiert sein können. Im dritten Sektor sind diejenigen Aspekte zusammengefasst, die die Verhaltensformen der Patienten darstellen. Das können zum einen wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder -drohungen oder selbstverletzendes Verhalten sein. Zum anderen kann Impulsivität in mindestens zwei potenziell selbstschädigenden Bereichen auftreten, wobei hier keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen berücksichtigt werden. Der vierte und letzte Punkt beinhaltet die interpersonellen Konflikte, welche verstärkt bei Borderline Patienten auftreten. Diese sind charakterisiert durch starkes Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassen werden zu vermeiden, wobei auch hier keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen berücksichtigt werden. Auch ein Muster instabiler, aber intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen den Extremen der Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist, ist bei diesen interpersonellen Konflikten häufig zu finden (Lieb *et al.*, 2004).

Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung erfüllen oft auch DSM-Kriterien für andere psychische Erkrankungen. Es bestehen **Komorbiditäten** mit Achse-I-Störungen, vor allem mit affektiven Störungen, Angststörungen, Panikstörungen, sozialer Phobie, Essstörungen und der posttraumatischen Belastungsstörung (Zanarini *et al.*, 1998; Zanarini *et al.*, 2004b). Es konnte ein signifikanter Zusammenhang von hohem Alkohol- bzw. Drogenmissbrauch und Borderline Persönlichkeitsstörung nachgewiesen werden (Skodol *et al.*, 1999). Daraus ergeben sich nicht nur große Schwierigkeiten in der Festlegung der Therapieprioritäten

sondern auch in der pharmakologischen Einstellung dieser Patienten, da mit einem Missbrauch der verordneten Medikamente gerechnet werden muss.

Die Borderline Persönlichkeitsstörung hat eine bessere **Prognose** als bisher angenommen und ist in dieser Hinsicht vielen anderen psychischen Störungen, wie beispielsweise der bipolar affektiven Störung, überlegen (Lieb *et al.*, 2004). In zwei großen Studien konnte belegt werden, dass im Langzeitverlauf die Psychopathologie dieser Erkrankung insgesamt deutlich abnimmt (Grilo *et al.*, 2004; Zanarini *et al.*, 2003). Eine Remission kann laut Grilo und Mitarbeitern jedoch erst dann festgestellt werden, wenn nicht mehr als zwei Kriterien der DSM-IV über zwölf Monate nachgewiesen werden können (Grilo *et al.*, 2004). Wegen der großen Heterogenität der Erkrankung ist jedoch eine Vorhersage ihres Verlaufs im Einzelfall sehr schwierig. Als ungünstige Faktoren für den Verlauf der Borderline Persönlichkeitsstörung stellten sich u.a. traumatische Erlebnisse in der Kindheit, wie sexueller Missbrauch oder elterliche Gewalt (Paris, 1993), sowie eine psychiatrische Behandlung in der Kindheit (Links *et al.*, 1993) heraus.

Aufgrund ihrer oft sehr schweren Symptome, die sie im Alltag sehr beeinträchtigen, kommen Patienten mit Persönlichkeitsstörungen häufiger in **Kontakt mit dem Gesundheitssystem** als psychiatrische Patienten ohne Persönlichkeitsstörung (Bender *et al.*, 2001). Dann gelten Borderline Patienten bei Psychiatern und Psychotherapeuten als schwierige Patienten, da sie ein hohes Maß an Zuwendung und Geduld seitens des Therapeuten benötigen. MacIntyre und Schwartz konnten nachweisen, dass Borderline-Patienten signifikant häufiger ein dominantes und feindseliges Verhalten gegenüber den behandelnden Therapeuten und Ärzten an den Tag legen als depressive Patienten (McIntyre & Schwartz, 1998). Daher ist es für einen langfristigen Therapieerfolg von Vorteil, wenn Psychiater und Psychotherapeuten Supervisions- und Weiterbildungssitzungen regelmäßig wahrnehmen. Auf diese Weise erlangen sie mehr Sicherheit im Umgang mit dieser schwierigen Patientengruppe.

Laut der American Psychiatric Association stellt die **Psychotherapie** für Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörung die primäre Behandlungsart dar. Eine zusätzliche Therapie mit Psychopharmaka kann sich dabei als hilfreich erweisen (Oldham *et al.*, 2004). Um einen möglichst langfristigen Therapieerfolg zu erzielen, ist in der psychotherapeutischen Behandlung die Anwendung störungsspezifischer Therapieverfahren zu empfehlen. Zu nennen sind in diesem Zusammenhang die Dialektisch Behaviorale Therapie (DBT) nach Linehan (Linehan, 1987), die mentalisierungs-basierte Therapie (MBT) nach Bateman und Fonagy (Bateman & Fonagy, 2001), die übertragungsfokussierte Therapie (TFP) nach Kernberg (Kernberg *et al.*, 2008) und die Schematherapie nach Young (Kellogg & Young, 2006).

## 1.2 Studienlage zur Pharmakotherapie der Borderline Persönlichkeitsstörung

Bei der Behandlung der Borderline Persönlichkeitsstörung werden häufig **Psychopharmaka** eingesetzt, weil man aus der Erfahrung mit anderen psychischen Störungen weiß, dass sie bei bestimmten Symptomen wirksam sein können. Nichtsdestotrotz gibt es derzeit kein zugelassenes Präparat für die Therapie dieser Patienten (Stoffers *et al.*, 2010). Das liegt in erster Linie daran, dass immer noch Unklarheit über die tatsächliche Wirksamkeit einer medikamentösen Therapie bei Persönlichkeitsstörungen herrscht. Bei der Borderline Persönlichkeitsstörung jedoch ist die Evidenz für den Einsatz solcher Substanzen vielversprechend, obwohl es bei dieser Störung sehr schwierig ist, den mentalen Zustand von der Persönlichkeitsstruktur abzugrenzen (Newton-Howes & Tyrer, 2003). Polypharmazie ist allerdings in der Behandlung der Borderline Persönlichkeitsstörung keine Seltenheit. Eine Studie von Zanarini und Mitarbeitern zeigte, dass 6 Jahre nach Therapiebeginn 40% der Patienten 3 oder mehr, 20% 4 oder mehr und 10% 5 oder mehr Medikamente gleichzeitig einnehmen (Zanarini *et al.*, 2004a).

Eine pharmakologische Behandlung wird meistens dann in Erwägung gezogen, wenn eine instabile Gemütslage, Impulsivität, dissoziative Phasen oder Wahrnehmungsstörungen als Symptome vorherrschen (American Psychiatric Association Practice, 2001). Verschiedene Substanzklassen kommen hierbei zum Einsatz, wie z.B. Antidepressiva, Antipsychotika und Phasenprophylaktika (Abraham & Calabrese, 2008). Trotz aller positiven Eigenschaften sollten Psychopharmaka nur als Teil einer multimodalen Therapie angesehen werden, ergänzend zu den anderen Formen einer Behandlung der Borderline Persönlichkeitsstörung, speziell der Psychotherapie (Feurino & Silk, 2011).

Die effektive Wirksamkeit der **Antidepressiva** konnte in mehreren Metaanalysen und Reviews nur in geringem Maße nachgewiesen werden (Feurino & Silk, 2011; Lieb *et al.*, 2010; Mercer *et al.*, 2009). Eine signifikante Verbesserung konnte nur bei affektiver Instabilität, insbesondere bei vorherrschender Angst- und Wutsymptomatik nicht jedoch bei depressiver Verstimmung und Stimmungslabilität, erzielt werden (Ingenhoven *et al.*, 2010). Es existieren derzeit nur wenige Placebo-kontrollierte randomisierte Studien über die Wirksamkeit der verschiedenen Antidepressiva-Klassen in Bezug auf die Therapie der Borderline-Patienten. Für das trizyklische Antidepressivum Amitriptylin konnten Soloff und Mitarbeiter allenfalls eine geringe Effektivität in der Behandlung depressiver Symptome bei Borderline Patienten nachweisen (Soloff *et al.*, 1989). Seit den 90er Jahren werden vermehrt selektive Serotonin Wiederaufnahme Hemmer (SSRI), hauptsächlich aufgrund ihres geringeren Nebenwirkungspotentials, verordnet. Doch auch mehrere Studien mit Fluoxetin und Fluvoxamin zeigten keine oder nur geringe Effekte bei Patienten mit dieser Störung (Abraham & Calabrese, 2008). Eine Therapie mit SSRI ist daher bei einer Diagnose von Borderline Persönlichkeitsstörung nicht mehr als Therapie der ersten Wahl zu betrachten und sollte nur noch in Ausnahmefällen, etwa bei einer zeitgleich auftretenden depressiven Episode, durchgeführt werden (Lieb *et al.*, 2010). Unspezifische und nichtselektive Monoaminoxidase-Inhibitoren (MAO-A und -B-

Hemmer) erfordern von den Patienten ein hohes Maß an Compliance und strenge Einhaltung einer Tyramin-armen Diät. Sie führen jedoch, wie in verschiedenen Studien gezeigt, zu einer Verbesserung der depressiver Symptomatik sowie einer Verminderung der Angst-Symptome. Aufgrund dessen sollten Monoaminoxidase-Inhibitoren nicht gänzlich aus dem Behandlungsprogramm für Borderline Patienten ausgeschlossen werden (Abraham & Calabrese, 2008). Bezüglich deren Anwendung bei der Borderline Persönlichkeitsstörung liegen zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine Placebo-kontrollierten Studien für selektive Serotonin und Noradrenalin Wiederaufnahme Hemmer (SSNRI), wie Duloxetin und Venlafaxin, vor.

Dadurch dass die Antidepressiva, insbesondere SSRI, in der Behandlung von Borderline Patienten an Bedeutung verlieren, richten Forschungsgruppen ihr Augenmerk vermehrt auf **Antipsychotika** und Stimmungsstabilisierer (Feurino & Silk, 2011). Ingenhoven und Mitarbeiter beschreiben signifikante Behandlungsfortschritte unter antipsychotischer Therapie insbesondere bei Aggressions- und Wahrnehmungsstörungen (Ingenhoven *et al.*, 2010). Ein positives Wirkpotential konnte in Placebo-kontrollierte Studien für die klassischen Antipsychotika bezüglich der Symptome Aggression (Haloperidol) (Soloff *et al.*, 1993) und suizidalem Verhalten (Flupentixol) (Montgomery, 1987) nachgewiesen werden. Jedoch existieren kaum neuere Placebo-kontrollierte Studien zu klassischen Antipsychotika, die diese Ergebnisse untermauern könnten. Einzig Shafti und Mitarbeiter konnten in ihrer Studie mit Haloperidol bzw. Olanzapin gegenüber Placebo einen signifikanten Wirknachweis erbringen, wobei der Effekt sich nicht auf eine der beiden getesteten Substanzen eingrenzen ließ (Shafti & Shahveisi, 2010). In den letzten Jahren wurden vermehrt die atypischen Antipsychotika in ihrer Wirkung bei Borderline Patienten beforscht – mit z.T. widersprüchlichen Resultaten. Zuletzt wurde Olanzapin in mehreren Studien in seiner Wirksamkeit gegenüber Placebo getestet. Sowohl Schulz und Mitarbeiter als auch Linehan und Mitarbeiter fanden keine signifikant positiven Effekte, die sich eindeutig auf den Einsatz dieses Medikamentes zurückzuführen ließen (Linehan *et al.*, 2008; Schulz *et al.*, 2008). Auch die neueste dieser Studien konnte nur moderate Fortschritte bei den Patienten unter Olanzapin-Therapie feststellen, wobei die Autoren darauf hinweisen, dass eine Verwendung dieses Medikaments immer unter Abwägung gegebenenfalls auftretender Nebenwirkungen, insbesondere der Gewichtszunahme, stattzufinden hat (Zanarini *et al.*, 2011). In einer Studie wurde Olanzapin und Haloperidol untereinander und gegenüber Placebo in ihrer Wirksamkeit bei Borderline-Patienten getestet. Bei beiden Medikamenten konnte ein signifikanter Effekt gegenüber Placebo festgestellt werden, jedoch kein signifikanter Unterschied zwischen beiden Substanzen (Shafti & Shahveisi, 2010). Aripiprazol hingegen ist ein relativ gut verträgliches Medikament und konnte in einer Placebo-kontrollierten Studie seine Wirksamkeit bei typischen Borderline-Symptomen nachweisen. Zwang, Probleme im interpersonellen Beziehungsverhalten, Depression, Angstsymptome, Aggression/Feindseligkeit, phobische Ängste, Paranoia, psychotische Symptome sowie globaler psychischer Stress konnten unter dieser Therapie signifikant reduziert werden (Nickel *et al.*, 2006). Dagegen konnte eine Therapie mit Ziprasidon in einer



Studie keine überlegene Wirksamkeit gegenüber Placebo-Gabe bei Borderline-Patienten zeigen (Pascual *et al.*, 2008).

Neben den Antipsychotika sind auch die **Stimmungsstabilisierer** in den letzten Jahren immer mehr in den Fokus der psychiatrischen Forschung in Bezug auf ihre Wirksamkeit bei der Borderline Persönlichkeitsstörung gerückt. Es konnte gezeigt werden, dass stimmungsstabilisierende Medikamente eine sehr starke Wirksamkeit gegenüber impulsiven Verhaltensstörungen und Aggressivität, eine starke Wirksamkeit bei Angst und eine moderate Wirksamkeit bei depressiver Verstimmung besitzen (Ingenhoven *et al.*, 2010). Bezüglich der einzelnen Präparate wurden folgende Ergebnisse erzielt. Topiramamat wies eine überlegene Wirkung gegenüber Placebo-Gabe bei interpersonellen Beziehungsstörungen, Impulsivität und Aggressivität nach (Lieb *et al.*, 2010). Eine Placebo-kontrollierte Studie mit Lamotrigin ergab erfreuliche Resultate in der Verminderung von Impulsivität und Aggressionssymptomatik (Tritt *et al.*, 2005). Bei Valproat konnte in zwei Placebo-kontrollierten Studien eine Verbesserung insbesondere der interpersonellen Beziehungsproblematik sowie der depressiven Symptome nachgewiesen werden (Frankenburg & Zanarini, 2002; Hollander *et al.*, 2001; Lieb *et al.*, 2010), während Carbamazepin laut einer älteren Placebo-kontrollierten Studie in der Behandlung von Borderline-Patienten keinen therapeutischen Nutzen zu haben scheint (de la Fuente & Lotstra, 1994). Zusammenfassend lässt sich sagen, dass der Konsens der Metaanalysen und Reviews eine therapeutische Anwendung dieser Medikamentengruppe favorisiert, speziell von Topiramamat, Lamotrigin und gegebenenfalls Valproat (Feurino & Silk, 2011).

Eine alternative Art der Medikation stellen die **Omega-3-Fettsäuren** dar. Sie besitzen eine wichtige physiologische Funktion für das zentrale Nervensystem und werden deswegen zunehmend für die Behandlung diverser psychischer Störungen interessant (Peet & Stokes, 2005). Eine Placebo-kontrollierte Studie mit dem Einsatz von Eicosapentaensäure (EPA), einer Omega-3-Fettsäure, zeigte gute Resultate bei weiblichen Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörung, insbesondere in Bezug auf das Aggressionsverhalten und die depressive Symptomatik (Zanarini & Frankenburg, 2003). Der **Opioidrezeptor-Antagonist** Naltrexon konnte in einer Placebo-kontrollierten Studie, die randomisiert jedoch nicht kontrolliert und verblindet war, eine Reduktion der dissoziativen Symptomatik bei Borderline-Patienten hervorrufen (Schmahl *et al.*, 2012). Auch das **Antihypertensivum Clonidin** scheint positive Effekte in der Behandlung dieser Patienten zu haben. In einer Placebo-kontrollierten Studie konnte gezeigt werden, dass ein Einsatz dieses Pharmakons eine Verbesserung von Erregungszuständen insbesondere bei Borderline-Patienten mit posttraumatischem Belastungssyndrom zur Folge hat (Ziegenhorn *et al.*, 2009). Bezüglich der Anwendung von **Benzodiazepinen** bei Borderline Persönlichkeitsstörung gibt es bisher keinerlei Evidenz. In Krisensituationen kann allerdings eine Gabe dieser Substanzen für kurze Zeit hilfreich sein. Man sollte jedoch deren hohes Abhängigkeitspotential niemals außer Acht zu lassen (NICE, 2010).

## 2 Fragestellung

---

Der pharmakologischen Behandlung von Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörung sind Grenzen gesetzt. Auffallend ist, dass der Einsatz von Psychopharmaka keine Besserung bei bestimmten Kernsymptomen dieser Erkrankung zeigt. Chronische Gefühle von Leere, Identitätsstörung und Gefühl des Verlassen-werdens bleiben bisher unter medikamentöser Therapie unbeeinflusst (Stoffers *et al.*, 2010). Bei der medikamentösen Behandlung der Borderline Patienten sollten verschiedene Maßgaben befolgt werden. Sie sollte immer auf die spezifischen Symptome jedes individuellen Patienten abgestimmt sein. Da es dafür keine genügende Evidenz dafür gibt, sollte eine Therapie mit mehreren verschiedenen Präparaten möglichst vermieden werden und stattdessen eine Monotherapie angestrebt werden. Auch sollten stets die Gefahren von Nebenwirkungen einer Überdosierung und eines eventuellen Substanzmittelmissbrauchs berücksichtigt werden. In jedem Fall sollte die Entscheidung über eine medikamentöse Therapie immer einvernehmlich zwischen behandelndem Arzt und Patient, im Sinne eines „shared decision making“, getroffen werden (Lieb *et al.*, 2010). Auch das britische National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) sieht die medikamentöse Behandlung von Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörung kritisch. Es nennt in seiner Leitlinie für die Therapie der Borderline Persönlichkeitsstörung 6 Maßgaben bezüglich der Pharmakotherapie:

- 1) Medikamentöse Therapieformen sollten nicht spezifisch für die Borderline Persönlichkeitsstörung, die individuellen Symptome oder für das individuelle störungsassoziierten Verhalten verwendet werden
- 2) Antipsychotika sollten nicht für eine Mittel- und Langzeittherapie der Borderline Persönlichkeitsstörung eingesetzt werden
- 3) Die medikamentöse Behandlung kann bei komorbiden Störungen in Betracht gezogen werden
- 4) Eine Kurzzeittherapie mit Psychopharmaka kann bei Borderline-Patienten in einer Krisensituation durchgeführt werden, jedoch nicht länger als eine Woche
- 5) Der Patient sollte im Falle einer medikamentösen Behandlung ausführlich über Risiken und Wirkungen des Präparates aufgeklärt werden
- 6) Falls ein Borderline-Patient keine komorbiden psychischen oder physischen Erkrankungen aufweist, sollte die medikamentöse Therapie reduziert oder abgesetzt werden (NICE, 2010)

Bedingt durch die sehr dürftige Anzahl an aussagekräftigen Studien zur Pharmakotherapie der Borderline Persönlichkeitsstörung gibt es für Psychiater nur sehr wenige Vorgaben für die Verordnung von Medikamenten im praktischen Alltag. Allein die Tatsache, dass bislang kein Psychopharmakon für den Einsatz bei diesen Patienten zugelassen ist, kann eine adäquate Therapie im Einzelfall schwierig gestalten. In diesem Zusammenhang ist es Sinn und Zweck unserer Studie den aktuellen Status des Ordnungsverhaltens von niedergelassenen Psychiatern in München und Oberbayern mit Hilfe eines Fragebogens abzubilden.

Kernthema hierbei ist die Erfassung der Substanzklassen, welche in der Praxis am meisten verschrieben werden und herauszufinden, inwieweit die Verordnung dieser Medikamente mit den Erkenntnissen der aktuellen klinischen Forschung übereinstimmt. Ebenso den Stellenwert der Pharmakotherapie im Gegensatz zur Psychotherapie im Therapieschema dieser Erkrankung.

Zusätzlich möchten wir mithilfe unserer Befragung überprüfen, ob sich ältere von jüngeren Ärzten in ihrem Ordnungsverhalten unterscheiden. Unsere Hypothese besagt, dass ältere Psychiater eher ältere, bewährte Medikamente verschreiben, wohingegen jüngere Psychiater eher auf moderne Substanzen zurückgreifen.

Außerdem soll beurteilt werden, ob Psychiater, die Borderline-Patienten in ihre Behandlung übernehmen, ein anderes Ordnungsverhalten an den Tag legen als Psychiater, die diese Patienten nicht behandeln. In diesem Zusammenhang ist ein Vergleich von Psychiatern, die viele Borderline-Patienten in Behandlung haben und somit erfahrener sind, mit Psychiatern, die bei der Therapie dieser Art von Patienten weniger Erfahrung besitzen, von Interesse. Behandlungsübernehmer sowie Borderline-erfahrene Psychiater haben nach unserer Einschätzung eine größere Routine im Umgang mit dieser Patientengruppe und haben daher mehr praktische Erfahrung bei der Medikation. Im Gegensatz dazu fehlt diese Routine den Behandlungsverweigerern bzw. den Borderline-unerfahrenen Ärzten. Eine Überprüfung dieser Hypothese ist ebenfalls Thema dieser Studie.

Nicht zuletzt ist es unser Ziel mithilfe dieser Befragung den allgemeinen Versorgungszustand von Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörung bei niedergelassenen Psychiatern abschätzen zu können. Es handelt sich bei Borderline Patienten um ein schwierig zu behandelndes Patientenkontingent dessen Therapie viel Geduld und Routine seitens des behandelnden Arztes erfordert. Daher ist es von Interesse, die Behandlungsbereitschaft der Psychiater sowie deren Bereitwilligkeit für die Vermittlung von Psychotherapieplätzen abzufragen. Auch die Einschätzung der psychischen Stabilisierung der Borderline Patienten durch die Psychiater sowie die erleichternde Umstände, die zu dieser Stabilisierung führen, kann einen Beitrag dazu leisten die Versorgungssituation dieser Patienten zu verbessern.

### 3 Methoden

---

#### 3.1 Stichprobenbeschreibung

Laut dem Verzeichnis der bayerischen kassenärztlichen Vereinigung gab es zum Zeitpunkt des Studienbeginns in Oberbayern insgesamt 235 niedergelassene Fachärzte für Psychiatrie, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Fachärzte für Nervenheilkunde. Im Einzelnen setzte sich das Gesamtkollektiv wie in Tabelle 1 zusammen.

Einige Ärzte waren sowohl als Psychiater und Nervenärzte aufgeführt. Daher ergab sich beim Addieren der einzelnen Zahlen die Summe 243, obwohl es sich nur um 235 verschiedene Personen handelte.

Tab. 1: Gesamtkollektiv

	München		Oberbayern	
Psychiatrie/Psychotherapie	19,1%	45	14,9%	35
Psychiatrie	17,4%	41	14,5%	34
Nervenheilkunde	21,7%	51	15,7%	37

#### 3.2 Untersuchungsgang

Diesen 235 ausgewählten Ärzten wurde ein Erhebungsfragebogen (Anhang 3) zugeschickt, den sie ausgefüllt zurücksenden sollten. Dem Fragebogen lag neben einem frankierten Rückumschlag ein Anschreiben (Anhang 2) bei, das die Beweggründe der Befragung erläutern sollte und darauf hinweist, dass die Anonymität des jeweiligen Psychiaters gewahrt bleibt.

Um eine aussagekräftige Rücklaufquote zu erreichen, wurden die Briefe mit den Fragebögen in zwei getrennten Durchläufen verschickt. Der erste Durchlauf war im Februar 2010, der zweite im Mai 2010.

Den eigentlichen Fragen wurde zunächst eine Schilderung der wichtigsten Symptome, die bei Borderline-Patienten vorkommen können, vorangestellt. Der Fragebogen selbst war in zwei Abschnitte gegliedert, Abschnitt A und B.

Teil A fasste zunächst die Versorgungslage von Borderline-Patienten im Allgemeinen ins Auge. Es wurde danach gefragt, wie häufig Patienten mit einem derartigen Beschwerdebild in einer psychiatrischen Praxis gesehen werden, wobei 5 aufsteigende Antwortoptionen zur Auswahl standen: „Ich sehe keine Patienten mit ähnlichen Beschwerden“, „etwa 1-2 Patienten mit derartigen Problemen pro Quartal“, „etwa bis 5 Patienten pro Quartal“, „bis 10 Patienten pro Quartal“ und „mehr als 10 Patienten pro Quartal“. Das Ziel der nächsten Frage war herauszufinden, ob die

Psychiater die psychiatrisch/medikamentöse Behandlung dieser Patienten übernehmen würden. Auch hier hatten die Psychiater die Möglichkeit, unter 5 vorgegebenen Antworten zu wählen: „grundsätzlich nicht“, „eher nicht, nur wenn besondere Gründe vorliegen“, „ja, aber ich versuche zunächst auf einen Kollegen oder eine Klinikambulanz zu verweisen oder nur, wenn bestimmte Voraussetzungen stimmen, z.B. die psychotherapeutische Mitbehandlung gesichert ist“, „ja, aber nur bis zu einer bestimmten Anzahl von Patienten pro Quartal“ und „ja“. Zusätzlich konnten die Psychiater die maximale Anzahl an Patienten angeben, die sie im Quartal behandeln würden. Auch sollte ermittelt werden, ob die Psychiater für diese Patienten Psychotherapieplätze vermitteln. Hierbei gab es ebenso 5 aufsteigende Antwortoptionen: „grundsätzlich nicht“, „eher nicht, nur wenn besondere Gründe vorliegen“, „ja, aber ich versuche zunächst auf einen Kollegen oder eine Klinikambulanz zu verweisen“, „ja, aber nur bis zu einer bestimmten Anzahl an Patienten pro Quartal“ und „ja“. Auch hier war es möglich, dass die Psychiater eine maximale Anzahl an Patienten angeben, für die sie Psychotherapieplätze im Quartal vermitteln. Darüber hinaus sollten die befragten Mediziner angeben, wie sie den Stellenwert der Pharmakotherapie im Gegensatz zur Psychotherapie in der Behandlung von Borderline-Patienten einschätzen. Dazu sollten sie ein Kreuz auf einer visuellen Analogskala machen, an deren Enden jeweils „Medikamente haben eine führende Rolle“ und „Psychotherapie hat eine führende Rolle“ standen.

Im Folgenden befasste sich der Fragebogen mit der Pharmakotherapie der Borderline Persönlichkeitsstörung in der psychiatrischen Praxis. Als erstes wurde erfragt, welche Pharmaka in der Behandlung von Borderline-Patienten von den befragten Psychiatern verwendet werden: Antidepressiva, Antipsychotika, stimmungsstabilisierende Medikamente, Benzodiazepine und andere Medikamente standen hier zur Auswahl, wobei auch die Untergruppen der verschiedenen Substanzklasse abgefragt wurden sowie Beispiele für bestimmte Präparate genannt werden durften, die besonders gerne verschrieben werden. Zu den Antidepressiva gab es 5 Antwortoptionen: „Ich sehe keine Indikation zur Gabe von Antidepressiva“, „Ich bevorzuge trizyklische Antidepressiva“, „selektive Serotonin Wiederaufnahme Hemmer“, „Serotonin und Noradrenalin Wiederaufnahme Hemmer“ und „andere“. Ebenso waren bei den Antipsychotika folgende 5 vorgegebenen Antworten aufgelistet: „Ich sehe keine Indikation zur Gabe von Antipsychotika“, „Ich bevorzuge klassische hochpotente Antipsychotika“, „klassische niederpotente Antipsychotika“, „atypische Antipsychotika“ und „andere“. Bei der Klasse der stimmungsstabilisierenden Medikamenten waren 6 Antwortmöglichkeiten vorgegeben: „Ich sehe keine Indikation zur Gabe von stimmungsstabilisierenden Medikamenten“, „Ich bevorzuge Valproinsäurepräparate“, „Lamotrigin“, „Carbamazepin“, „Lithium“ und „andere“. In Bezug auf die Benzodiazepine hatten die Psychiater auch 6 Antwortoptionen: „Ich sehe keine Indikation zur Gabe von Benzodiazepinen“, „Ich bevorzuge Benzodiazepine mit kurzer Halbwertszeit (z.B. Lormetazepam)“, „Benzodiazepine mit angstreduzierenden Eigenschaften (z.B. Lorazepam)“, „Benzodiazepine mit langer Halbwertszeit (z.B. Diazepam)“, „Benzodiazepin-Analoga (Z-Substanzen)“ und „andere“. Den Abschluss bildete die

Frage nach der Verschreibung anderer Medikamente. Hier standen 6 Möglichkeiten für die Beantwortung zur Auswahl: „Pflanzliche Präparate“, „ $\beta$ -Blocker“, „Pregabalin“, „Psychostimulantien“, „Opiatantagonisten“ und „andere“.

Als nächstes erfolgte eine Erfragung der Menge der gleichzeitig verschriebenen Medikamente bei den letzten 4 Borderline-Patienten, die die Psychiater zuletzt in Behandlung hatten. Dabei waren 4 Optionen vorgegeben: „Keine Medikation“, „1-2 Präparate“, „3-5 Präparate“ und „mehr als 5 Präparate“. Die darauf folgende Frage bezog sich auf Beurteilung der Psychiater, inwieweit ihrer Meinung nach eine Aussicht auf psychische Stabilisierung dieser letzten 4 Patienten gegeben sei. Es standen 5 Antwortmöglichkeiten zur Auswahl: „Ich bin sehr pessimistisch bezüglich einer Besserung“, „ich bin überwiegend pessimistisch“, „ich denke 2 der 4 Patienten werden sich stabilisieren“, „ich bin insgesamt eher optimistisch“ und „ich bin sehr optimistisch“. Zum Ende des Abschnitts A wurden die Umstände abgefragt, die die Behandlung dieser Patientengruppe erleichtern können. 5 Optionen für die Beantwortung der Frage waren vorgegeben: „die Zusammenarbeit mit Psychotherapeuten“, „die Zusammenarbeit mit einer Klinik“, „die Zusammenarbeit mit anderen niedergelassenen Kollegen (Intervision, Netzwerk)“, „keine der genannten“ und „andere“.

Abschnitt B erhob einige allgemeine Angaben der befragten Psychiater, die sich insbesondere auf ihren beruflichen Hintergrund beziehen. Dabei wurden die Psychiater nochmals darauf hingewiesen, dass diese Daten anonymisiert ausgewertet werden und sich die Untersucher zur strengen Einhaltung der Vertraulichkeit verpflichten. Abgefragt wurden zunächst Alter, Geschlecht, wissenschaftliche Titel und Psychotherapieausbildung. In Bezug auf die Psychotherapieausbildung waren 5 Antwortoptionen vorgegeben: „keine“, „analytisch/psychodynamisch“, „kognitive Verhaltenstherapie“, „humanistisch“ und „andere“. Die folgenden Fragen waren im Gegensatz zu den vorhergehenden durch die Psychiater frei zu beantworten. Es wurden die Hauptarbeitsweise, die gegebenenfalls angebotenen alternativen Behandlungsmethoden, die durchschnittlichen jährlichen Supervisions- bzw. Weiterbildungsstunden sowie die schwerpunktmäßig behandelten Störungsbilder abgefragt. Im Anschluss daran war es den Psychiatern möglich, abschließende Kommentare zu unserer Befragung zu hinterlassen.

### **3.3 Statistische Auswertung**

Die Analyse der Fragebögen erfolgte mithilfe des Programms SPSS (Statistical Package for Social Sciences) in der Version 18.0, wobei die gewonnenen Daten nach Häufigkeiten im Sinne einer deskriptiven Statistik ausgewertet wurden. Die primäre Intention dabei war, möglichst aussagekräftige Erkenntnisse zum gegenwärtigen Stand der Versorgungslage von Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörung zu gewinnen, mit besonderem Augenmerk auf die

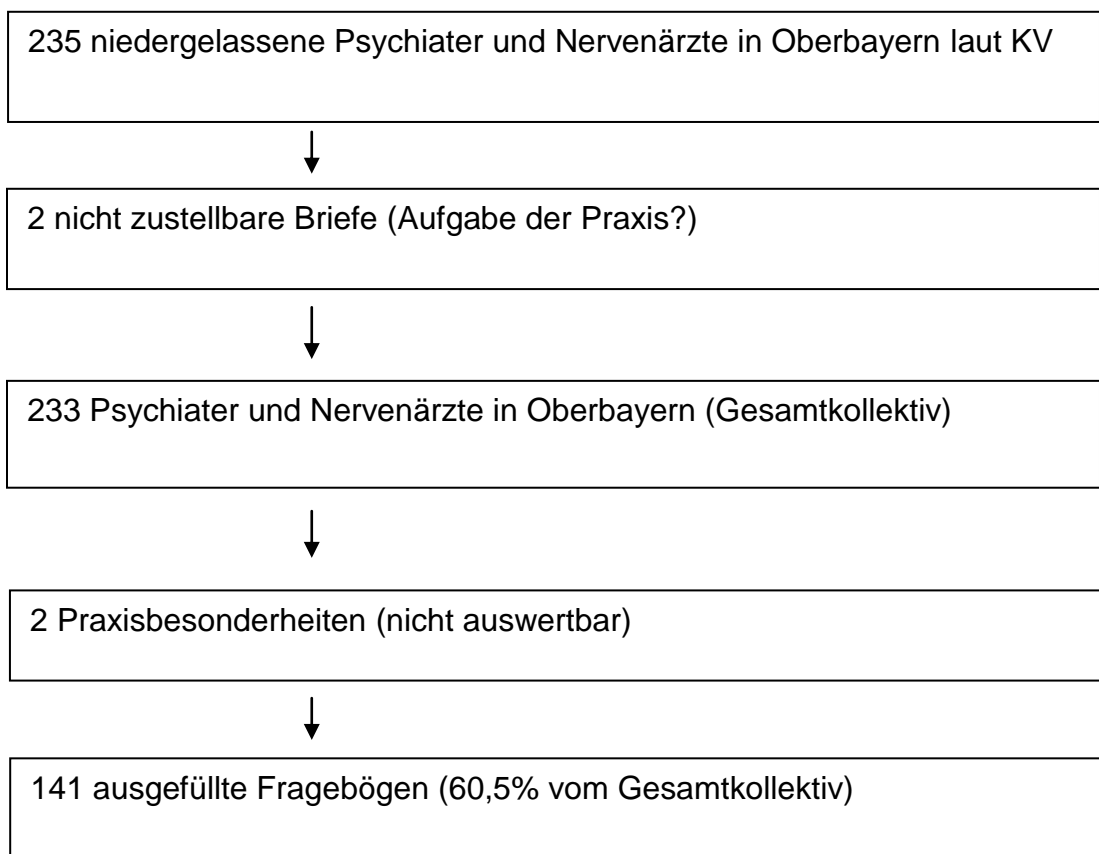
Pharmakotherapie. Zu diesem Zweck wurde zunächst jeder Fragenkomplex einzeln ausgewertet, um herauszufinden, welche Antwortoptionen am häufigsten von den Psychiatern angekreuzt wurden. Darüber hinaus wurden bestimmte Fragen dahingehend untersucht, ob signifikante Unterschiede beim Vergleich mit dem Alter der Psychiater, deren Übernahmeverhalten oder deren Behandlungserfahrung bestehen. Für diese Vergleiche wurden der  $X^2$ -Test sowie der Fisher's Exact Test herangezogen. Lag dabei ein P-Wert unter 0,05 wurde das Ergebnis als signifikant erachtet.

## 4 Ergebnisse

---

### 4.1 Die Fragebögen

Von den laut kassenärztlicher Vereinigung insgesamt 235 niedergelassenen Psychiatern und Nervenärzten schickten uns jeweils 141 einen ausgefüllten Fragebogen zurück. Zwei Briefe konnten nicht zugestellt werden, sodass wir davon ausgehen mussten, dass diese Praxen aufgegeben wurden. Da wir nun von einem Gesamtkollektiv von 233 Psychiatern ausgingen, ergab das einer Rücklaufquote von 60,5%. Zwei der 141 Rückantworten konnten nicht ausgewertet werden, weil Praxisbesonderheiten vorlagen. Somit waren es 139 Fragebögen, die im Folgenden ausgewertet wurden.





## 4.2 Soziodemographische Angaben der Psychiater

### Alter:

133 von 139 Psychiatern machten Angaben bezüglich ihres Alters. Das durchschnittliche Alter beträgt 51,77 Jahre, wobei der jüngste Psychiater 32 Jahre alt ist und der älteste 68. Der Median liegt bei 51 Jahren.

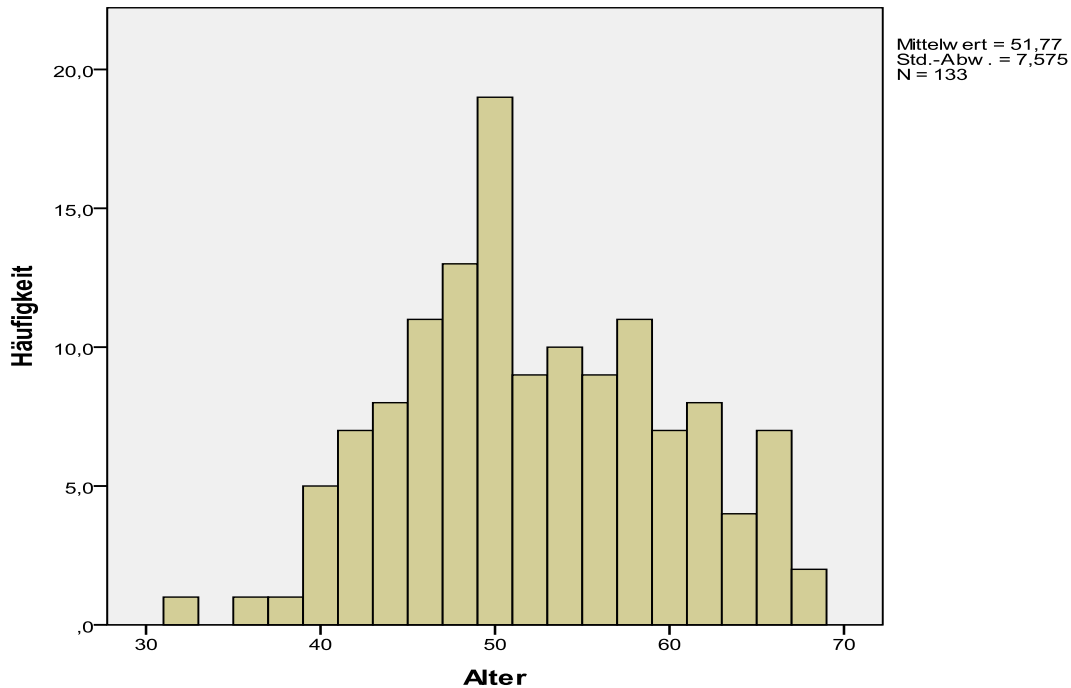


Abb. 1: Alter der Psychiater

### Geschlecht:

Der überwiegende Anteil ist mit 57,6% (N=80) männlich, 41,0% (N=57) der Psychiater ist weiblich, 1,4% (N=2) machten keine Angabe bezüglich ihres Geschlechts.

### Studium:

20,4% (N=28) der Psychiater schlossen ein Medizinstudium ohne Promotion ab. Der Großteil, 79,6% (N=109) der Psychiater, ist promoviert. Keiner der befragten Psychiater ist habilitiert. Ein zusätzliches Studium durchliefen lediglich 4 von 135 Psychiatern, was einem Anteil von 2,9% entspricht.

Tab. 2: Studium der Psychiater

	Anzahl	Alle Psychiater
Medizinstudium	28	20,4%
Medizinstudium und Promotion	109	79,6%
Medizinstudium und Habilitation	0	0%
zusätzliches Studium	4	2,9%

Psychotherapieausbildung:

12,9% (N=18) der Psychiater absolvierte keine psychotherapeutische Ausbildung, 71,9% (N=100) genoss eine Ausbildung mit analytisch bzw. psychodynamischem Schwerpunkt, 33,1% (N=46) wurde verhaltenstherapeutisch ausgebildet, eine humanistische Ausbildung durchliefen 4,3% (N=6) der Psychiater. Bei der Frage nach anderen Therapieformen, die von den Psychiatern absolviert wurden, wurde der Wert 7,9% (N=11) erzielt. Es wurden hier am meisten störungsspezifische Therapien genannt. Beispielsweise Traumatherapie, die Transference Focused Psychotherapy (TFP) nach Kernberg und die Dialektisch Behaviorale Therapie (DBT) nach Linhehan.

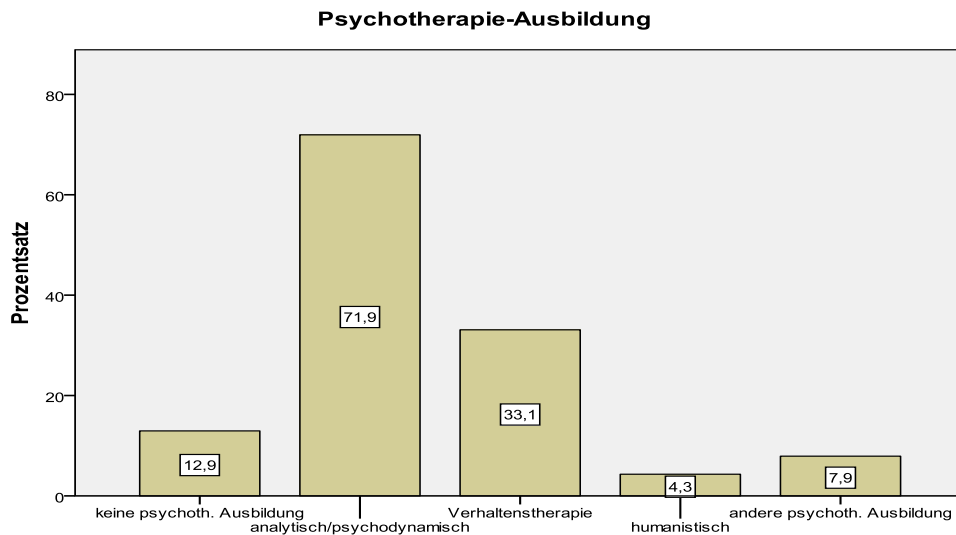


Abb. 2: Psychotherapieausbildung der Psychiater

### Hauptarbeitsweise und alternative Behandlungsmethoden:

Bei der Frage nach ihrer Hauptarbeitsweise, gaben 29,1% (N=324) der befragten Psychiater an, vordringlich nervenärztlich bzw. psychiatrisch tätig zu sein, 40,9% (N=454) legen den Schwerpunkt eher auf die psychotherapeutische Behandlung der Patienten, 20% (N=22) arbeiten psychiatrisch und psychotherapeutisch zu gleichen Teilen, 10% (N=11) behandeln ihre Patienten auf eine andere Weise. 26,6% (N=34) der befragten Psychiater gaben an, neben der schulmedizinisch/psychiatrischen Behandlung, auch andere alternative Behandlungsformen anzubieten. Beispiele, die hierfür angegeben wurden, sind Traditionell Chinesische Medizin (TCM), autogenes Training, Hypnotherapie, Meditation und Homöopathie.

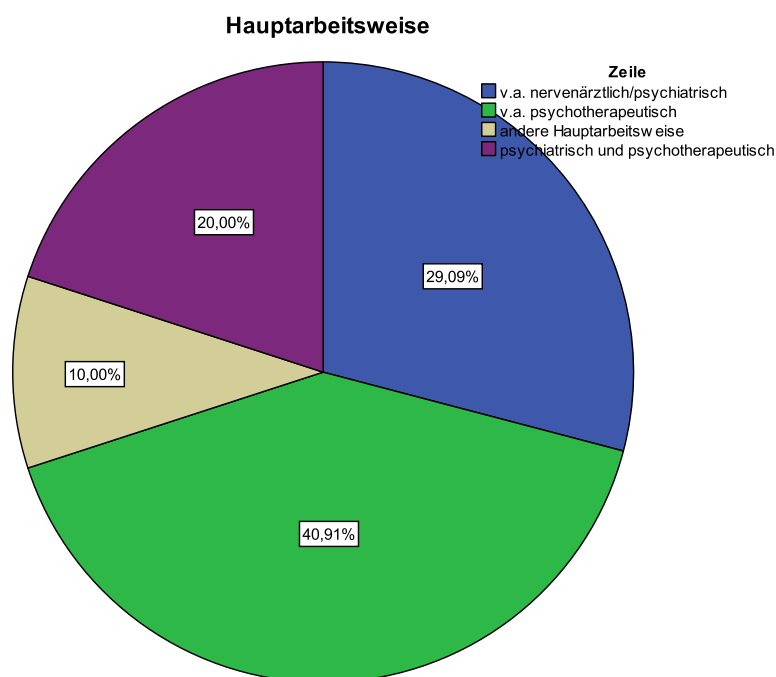


Abb. 3: Hauptarbeitsweise der Psychiater

### Weiterbildung:

Die durchschnittliche Zeit, die die Psychiater bei Weiterbildungsveranstaltungen bzw. Workshops im Jahr verbringen, beträgt 56,12 Stunden. Dabei liegt die Spannweite zwischen 10 und 220 Stunden. Der Median beträgt 50 Stunden im Jahr.

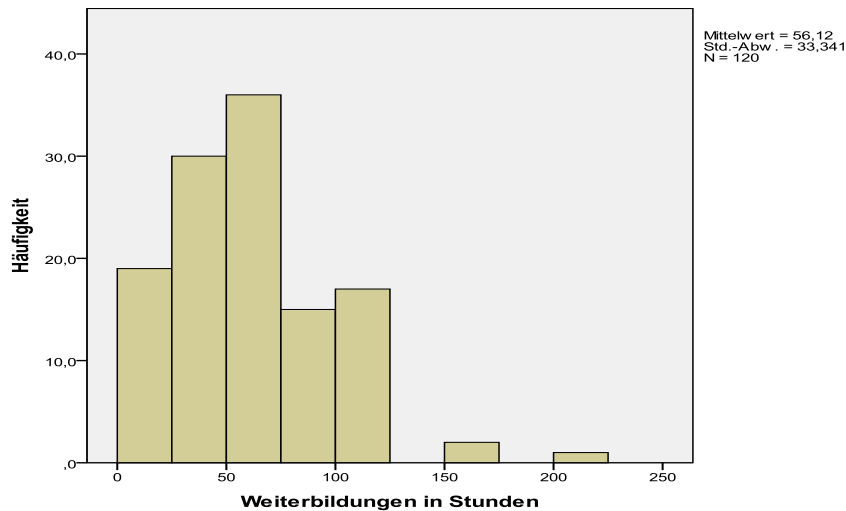


Abb. 4: Weiterbildungsstunden der Psychiater

### Supervision:

Im Schnitt nehmen die Psychiater lediglich 15,11 Stunden im Jahr Supervisionen in Anspruch. Dabei liegt die Spannweite zwischen 0 und 100 Stunden. Der Median beträgt 10 Stunden im Jahr. 44 Psychiater nehmen an keinen Supervisionssitzungen im Jahr teil (31,7%5).

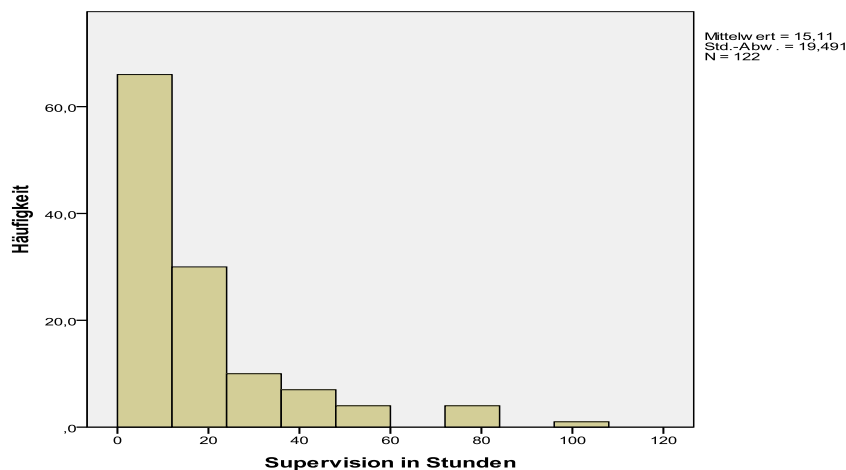


Abb. 5: Supervisionsstunden der Psychiater

### Schwerpunktmäßig behandelte Störungsbilder:

Bei der Frage nach den Störungsbildern, die vorrangig behandelt werden, stehen bei den meisten Psychiatern die affektiven Störungen mit 59,7% (N=83) im Vordergrund. Darauf folgen neurotische Störungen mit 37,4% (N=52) und Psychosen mit 18% (N=25). Auf Persönlichkeitsstörungen spezialisierte Psychiater sind mit 8,6% (N=12) verhältnismäßig unterrepräsentiert. Keinen Schwerpunkt zu haben, gaben 15,8% (N=22) an, während 25,2% (N=35) andere Schwerpunkte haben.

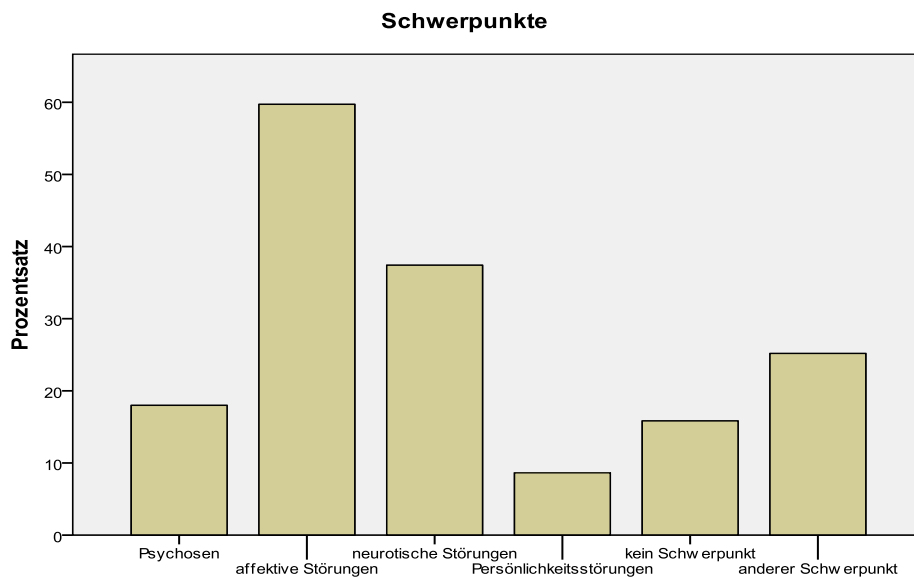


Abb. 6: Schwerpunkte der Psychiater

### 4.3 Der Borderline-Patient in der psychiatrischen Praxis

#### Häufigkeit von Borderline Patienten in der niedergelassenen Praxis:

Auf die Frage, wie oft die befragten Psychiater Patienten mit einem derartigen Beschwerdebild zu sehen bekommen, antworteten nur 2,9% (N=4), keine Patienten mit ähnlichen Beschwerden zu sehen. 20,3% (N=28) der Psychiater sehen etwa 1-2 Patienten mit derartigen Problemen pro Quartal, 21% (N=29) sehen etwa bis 5 Patienten, 26,1% (N=36) sehen bis zu 10 Patienten. Der Großteil mit 29,7% (N=41) sieht über 10 Patienten mit solchen Beschwerden pro Quartal. Die Frage beantworteten 138 Psychiater.

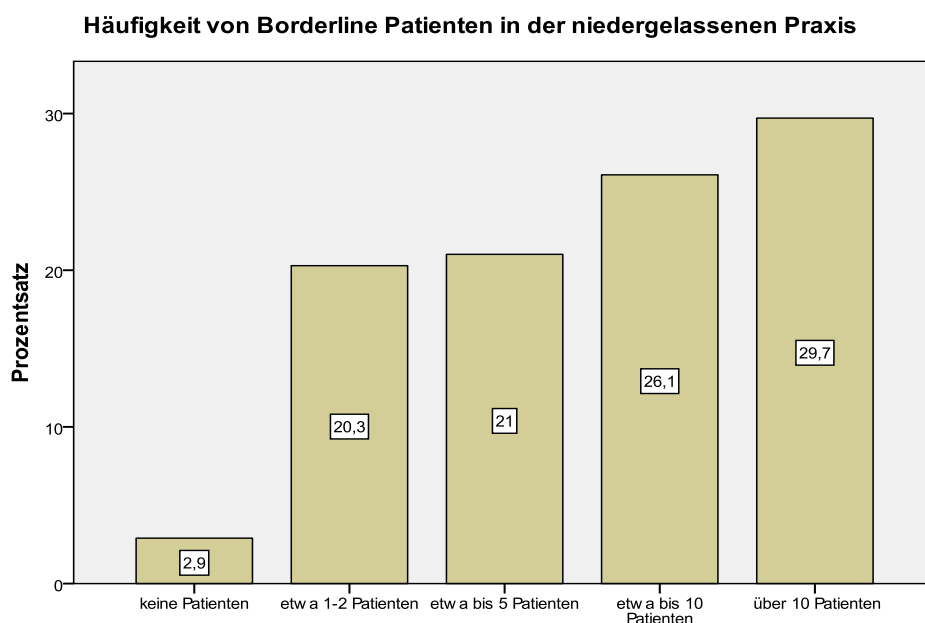


Abb. 7: Häufigkeit von Borderline Patienten in der niedergelassenen Praxis

#### Übernahme der psychiatrisch/medikamentösen Behandlung:

Auf die Frage, ob sie die psychiatrisch/medikamentöse Behandlung eines vergleichbaren Patienten übernehmen würden, gaben 3,6% (N=5) der befragten Psychiater, dass sie das grundsätzlich nicht machen würden. 9,5% (N=13) übernehmen sie eher nicht oder nur, wenn besondere Gründe vorlagen. Die Antwortoption: „Ja, aber ich versuche zunächst auf einen Kollegen oder eine Klinikambulanz zu verweisen oder nur, wenn bestimmte Voraussetzungen stimmen, z.B. die psychotherapeutische Mitbehandlung gesichert ist“ wurde von 17,5% (N=24) angekreuzt. 10,2% (N=14) übernehmen die psychiatrisch/medikamentöse Behandlung der Patienten, aber nur von einer begrenzten Zahl von Patienten pro Quartal. Hier liegt der mediane Wert bei 5 Patienten pro Quartal. Ohne

Einschränkung übernehmen 59,1% (N=81) der Ärzte die psychiatrische Behandlung der Patienten. Die Frage beantworteten 137 Psychiater.

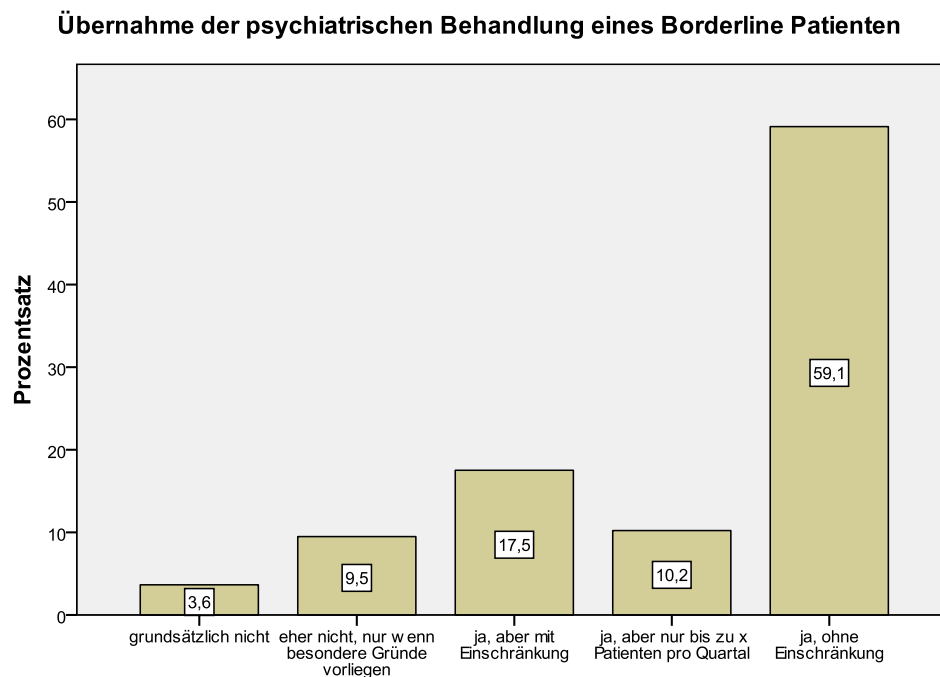


Abb. 8: Übernahme der psychiatrischen Behandlung eines Borderline Patienten

### Stellenwert der Medikation gegenüber der Psychotherapie in der Behandlung der Borderline Persönlichkeitsstörung:

Um den Stellenwert der Medikamente gegenüber der Psychotherapie in der Behandlung von Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörung herausarbeiten zu können, hatten die befragten Psychiater die Möglichkeit auf einer visuellen Analogskala anzukreuzen, welche Behandlungsform bei Ihnen eine führende Rolle spielt, Medikamente oder Psychotherapie. Die Frage wurde von 137 Psychiatern bearbeitet. Beim Einteilen des Graphen in eine 10-Punkte-Skala ergab sich für Medikamente der mediane Wert 4,8 und für Psychotherapie der mediane Wert 6,2.

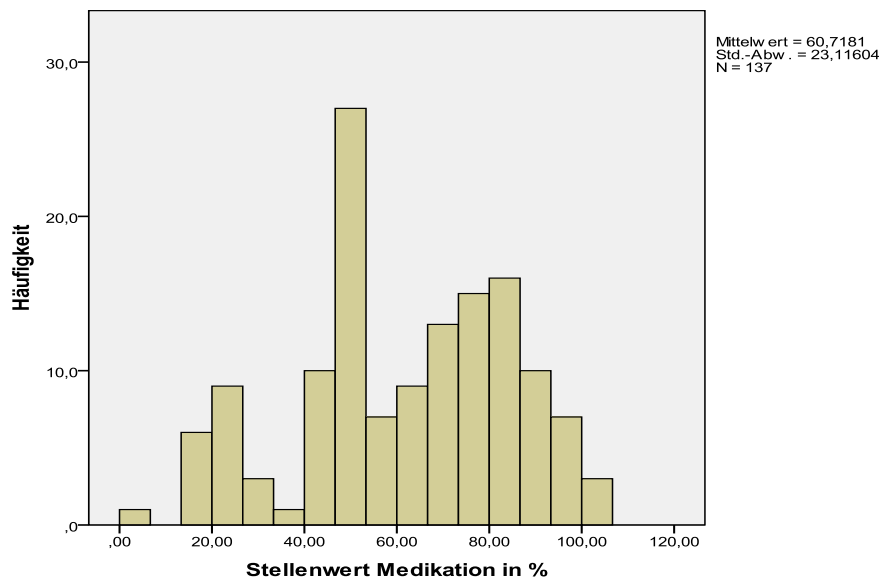


Abb. 9: Stellenwert der Medikation

Vermittlung von Psychotherapieplätzen für Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörung:

Auf die Frage, ob sie den Patienten Psychotherapieplätze vermitteln würden, gaben 5,2% (N=7) der Psychiater an, dies grundsätzlich nicht zu übernehmen, 9% (N=12) vermitteln Therapieplätze eher nicht oder nur, wenn besondere Gründe vorliegen, 20,9% (N=28) übernehmen die Vermittlung, versuchen aber zunächst auf einen Kollegen oder eine Klinikambulanz zu verweisen. Bei 3,7% (N=5) ist dies nur für eine bestimmte maximale Anzahl von Patienten pro Quartal möglich. Hier liegt der mediane Wert bei 4 Patienten pro Quartal. 61,2% (N=82) der befragten Psychiater vermittelten ohne Einschränkung Therapieplätze für diese Patienten. Die Frage wurde von 134 Psychiatern bearbeitet.



### Vermittlung von Psychotherapieplätzen für Borderline Patienten

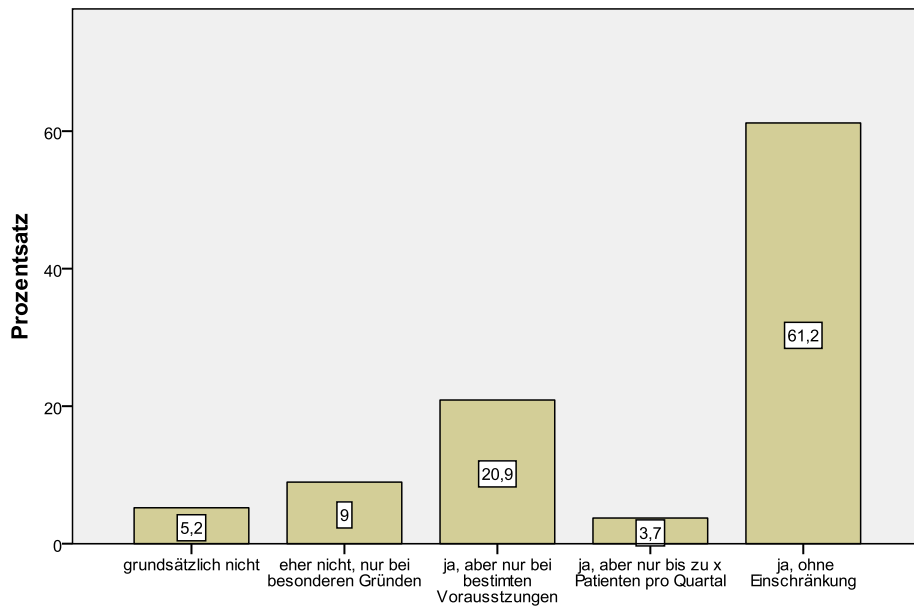


Abb. 10: Vermittlung von Psychotherapieplätzen für Borderline Patienten

#### 4.4 Pharmakologische Behandlung von Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörung

Für die Therapie der Borderline Persönlichkeitsstörung kommt eine Reihe von Medikamentenklassen zum Einsatz. Die Psychiater wurden danach befragt, welche Präparate sie bei diesen Patienten in der Regel verschreiben. Antidepressiva werden demnach von 92,8% (N=129) der Psychiater verordnet, Antipsychotika von 83,5% (N=116), stimmungsstabilisierende Medikamente von 67,6% (N=94), Benzodiazepine von 54% (N=75) und andere Medikamente ( $\beta$ -Blocker, Pregabalin, pflanzliche Präparate u.a.) von 36,7% (N=51).

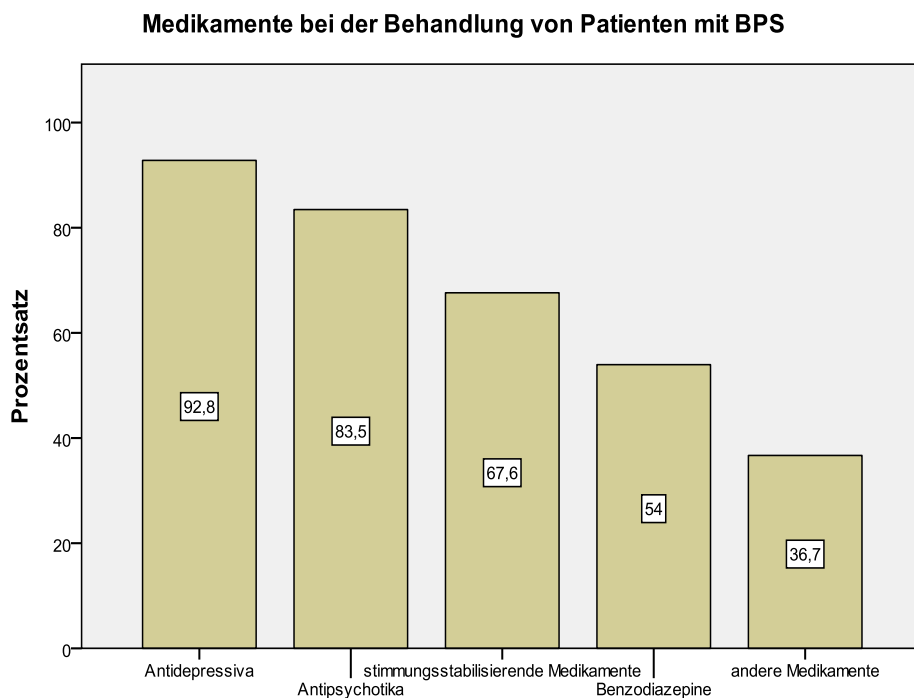


Abb. 11: Medikamente bei der Behandlung von Borderline Patienten

#### 4.4.1 Antidepressiva

Der Fragenkomplex Antidepressiva wurde von 131 Psychiatern bearbeitet. Die folgenden Daten beziehen sich auf dieses Kollektiv. Antidepressiva werden von 98,5% (N=129) der befragten Psychiater zur Behandlung der Borderline Persönlichkeitsstörung eingesetzt. Keine Indikation zur Gabe von Antidepressiva sehen nur 1,5% (N=2) der Psychiater. Die am meisten verschriebene Medikamentengruppe innerhalb der Antidepressiva sind die selektiven Serotonin Wiederaufnahme Hemmer (SSRI) mit 86,8% (N=112). Selektive Serotonin und Noradrenalin Wiederaufnahme Hemmer (SSNRI) werden zu 42,6% (N=55) verschrieben, trizyklische Antidepressiva (TZA) zu 16,3% (N=21) und andere Präparate zu 5,4% (N=7).

Tab. 3: Verordnung von Antidepressiva (allg.)

	Anzahl	Psychiater (N=131)
Indikation für Antidepressiva	129	98,5%
keine Indikation für Antidepressiva	2	1,5%

Tab. 4: Verordnung von Antidepressiva (Untergruppen)

	Anzahl	Antidepressiva-verschreibende Psychiater (N=129)
TZA	21	16,3%
SSRI	112	86,8%
SSNRI	55	42,6%
andere, besonders	7	5,4%

#### SSRI:

Da die selektiven Serotonin Wiederaufnahme Hemmer (SSRI) die bei weitem am häufigsten verschriebene Substanzgruppe sind, werden hier die einzelnen Präparate

beleuchtet, die von den Psychiatern als Beispiele genannt wurden. 58,9% (N=66) der SSRI-verschreibenden Psychiater verordneten Citalopram bzw. sein Eutomer Escitalopram, 21,4% (N=24) Fluoxetin, 14,3% (N=16) andere Präparate.

Tab. 5: Verordnung von SSRI

	Anzahl	SSRI - verschreibende Psychiater (N=112)
Citalopram / Escitalopram	66	58,9%
Fluoxetin	24	21,4%
andere	16	14,3%

#### SSNRI:

Selektive Serotonin und Noradrenalin Wiederaufnahme Hemmer (SSNRI) sind die am zweithäufigsten verordneten Antidepressiva. Das Präparat Venlafaxin wurde von 67,3% (N=37) der SSNRI-verschreibenden Psychiater verschrieben, andere SSNRI nur von 3,6% (N=2).

Tab. 6: Verordnung von SSNRI

	Anzahl	SSNRI-verschreibende Psychiater (N=55)
Venlafaxin	37	67,3%
andere	2	3,6%

#### Trizyklische Antidepressiva:

Bei den trizyklischen Antidepressiva gab es bei der Befragung der Psychiater im Vergleich zu den SSRI und SSNRI keine besonderen Auffälligkeiten. Hier wurde kein Präparat besonders häufig verschrieben.

#### 4.4.2 Antipsychotika

Der Fragenkomplex Antipsychotika wurde von 128 Psychiatern bearbeitet. Die folgenden Daten beziehen sich auf dieses Kollektiv. Diese Medikamentenklasse wird von 90,6% (N=116) der Psychiater zur Behandlung von Borderline Patienten eingesetzt. Keine Indikation zur Gabe von Antipsychotika sehen 9,4% (N=12). Betrachtet man den Teil der Psychiater, der Antipsychotika verordnet, zeigt sich, dass hier die atypischen Antipsychotika führend sind. Sie werden von 92,2% (N=107) der Mediziner verschrieben, klassisch niederpotente Antipsychotika von 25,9% (N=30), klassisch hochpotente Antipsychotika von 3,4% (N=4). Die Antwortmöglichkeit „andere, besonderes“ wurde von keinem Psychiater auf dem Fragebogen angekreuzt und wird deswegen im Folgenden nicht aufgeführt.

Da atypische Antipsychotika diejenige Medikamentenklasse innerhalb der Antipsychotika ist, die bei weitem am meisten verwendet wird, ist im Folgenden eine Analyse der Verordnung der einzelnen Präparate aufgeführt. Bei den klassischen niederpotenten und hochpotenten Antipsychotika sind diesbezüglich keine Auffälligkeiten zu erkennen.

Tab. 7: Verordnung von Antipsychotika (allg.)

	Anzahl	Psychiater (N=128)
Indikation für Antipsychotika	116	90,6%
Keine Indikation für Antipsychotika	12	9,4%

Tab. 8: Verordnung von Antipsychotika (Untergruppen)

	Anzahl	Antipsychotika- verschreibende Psychiater (N=116)
klassisch hochpotente Antipsychotika	4	3,4%
klassisch niederpotente Antipsychotika	30	25,9%
Atypische Antipsychotika	107	92,2%

### Atypische Antipsychotika:

Das häufigste Präparat innerhalb der atypischen Antipsychotika, das zur Behandlung von Borderline Patienten verwendet wird, ist Quetiapin mit einem prozentualen Anteil von 70,1% (N=75). Olanzapin wird von 18,7% (N=20) der Psychiater verschrieben, andere Präparate von 25,2% (N=27). Beispiele für die anderen Präparate, die genannt wurden, sind: Risperidon, Amisulprid und Aripiprazol.

Tab. 9: Verordnung von atypischen Antipsychotika

	Anzahl	Atypika-verschreibende Psychiater (N=116)
Olanzapin	20	18,7%
Quetiapin	75	70,1%
andere (z.B. Risperidon)	27	25,2%

#### 4.4.3 Stimmungsstabilisierende Medikamente

Der Fragenkomplex stimmungsstabilisierende Medikamente wurde von 126 Psychiatern bearbeitet. Die folgenden Daten beziehen sich auf dieses Kollektiv. 74,6% (N=94) der Psychiater hält die Gabe von stimmungsstabilisierenden Medikamenten bei einer Diagnose von Borderline Persönlichkeitsstörung für indiziert. Dagegen sehen 25,4% (N=32) die Verordnung von stimmungsstabilisierenden Präparaten für nicht gerechtfertigt. Unter den einzelnen Wirkstoffen ist Valproat das am häufigsten verordnete (59,6%; N=56). Es folgen Lamotrigin (40,4%; N=38), Lithium (22,3%; N=21), Carbamazepin (20,2%; N=19) und andere Präparate (2,1%; N=2).

Tab. 10: Verordnung von Stimmungsstabilisierern (allg.)

	Anzahl	Psychiater (N=126)
Indikation für Stimmungsstabilisierer	94	74,6%
Keine Indikation für Stimmungsstabilisierer	32	25,4%

Tab. 11: Verordnung von Stimmungsstabilisierern (Untergruppen)

	Anzahl	Psychiater, die Stimmungsstabilisierer verschreiben (N=94)
Valproat	56	59,6%
Lamotrigin	38	40,4%
Carbamazepin	19	20,2%
Lithium	21	22,3%
Andere	2	2,1%

#### 4.4.4 Benzodiazepine

Der Fragenkomplex Benzodiazepine wurde von 105 Psychiatern bearbeitet. Die folgenden Daten beziehen sich auf dieses Kollektiv. Eine medikamentöse Unterstützung durch die Gabe von Benzodiazepin-Präparaten bei der Behandlung von Borderline-Patienten halten 71,4% (N=75) der Psychiater für angemessen. 28,6% (N=30) sehen hingegen keine Indikation für die Verschreibung dieser Medikamentengruppe. Innerhalb der Benzodiazepine werden am häufigsten diejenigen mit angstreduzierenden Eigenschaften (z.B. Lorazepam) verschrieben (80,0%; N=60). Es folgen Benzodiazepine mit kurzer Halbwertszeit (z.B. Lormetazepam) (16,0%; N=12), Benzodiazepin-Analoga (Z-Substanzen) (16,0%; N=12), Benzodiazepine mit langer Halbwertszeit (z.B. Diazepam) (8,0%; N=6) und andere Benzodiazepine (2,7%; N=2).

Tab. 12: Verordnung von Benzodiazepinen (allg.)

	Anzahl	Psychiater (N=105)
Indikation für Benzodiazepine	75	71,4%
keine Indikation für Benzodiazepine	30	28,6%

Tab. 13: Verordnung von Benzodiazepinen (Untergruppen)

	Anzahl	Psychiater, die Benzodiazepine verschreiben (N=75)
Benzodiazepine mit kurzer HWZ	12	16,0%
Benzodiazepine mit angstreduzierenden Eigenschaften	60	80,0%
Benzodiazepine mit langer HWZ	6	8,0%
Benzodiazepin-Analoga	12	16,0%
andere Benzodiazepine	2	2,7%



#### 4.4.5 Andere Medikamente

Für die medikamentöse Therapie von Borderline Patienten kommen – abgesehen von den Psychopharmaka – noch weitere Medikamentenklassen in Betracht. Eine Indikation für die Gabe anderer Stoffe sehen 36,7% (N=51) der Psychiater. Keine Angabe dazu, ob sie andere Medikamente verschreiben, machten 63,3% (N=88) der Psychiater. Pregabalin ist hier das am häufigsten verschriebene Präparat mit einem prozentualen Anteil von 58,8% (N=30). Psychostimulantien werden von 23,5% (N=12) der Psychiater verordnet, pflanzliche Präparate (z.B. Johanneskraut, Baldrian) von 21,6% (N=11).  $\beta$ -Blocker (11,8%; N=6), Opiatantagonisten (5,9%; N=3) und andere Präparate (2,0%; N=1) spielen hingegen für die Behandlung der Borderline Persönlichkeitsstörung nur eine untergeordnete Rolle.

Tab. 14: Verordnung von anderen Medikamenten (allg.)

	Anzahl	Psychiater (N=139)
Indikation	51	36,7%
Keine Angabe	88	63,3%

Tab. 15: Verordnung von anderen Medikamenten (Untergruppen)

	Anzahl	Psychiater, die andere Medikamente verschreiben (N=51)
Pflanzliche Präparate	11	21,6%
$\beta$ -Blocker	6	11,8%
Pregabalin	30	58,8%
Psychostimulantien	12	23,5%
Opiatantagonisten	3	5,9%
Andere	1	2,0%

## 4.5 Die letzten 4 Borderline-Patienten in der psychiatrischen Praxis

### 4.5.1 Anzahl der gleichzeitig verordneten Präparate

Auf die Frage, ob – und falls ja – wie viele Medikamente bei der Behandlung ihrer letzten 4 Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörung gleichzeitig eingesetzt wurden kam folgendes Ergebnis zustande. 5,9% (N=8) der Psychiater führen keine medikamentöse Behandlung durch. Der Großteil (80,7%; N=109) verschreibt 1-2 Präparate gleichzeitig. 13,3% (N=18) sehen die Notwendigkeit gegeben, 3-5 Präparate gleichzeitig zu verordnen. Mit mehr als 5 Medikamenten gleichzeitig wird von keinem der befragten Ärzte therapiert.

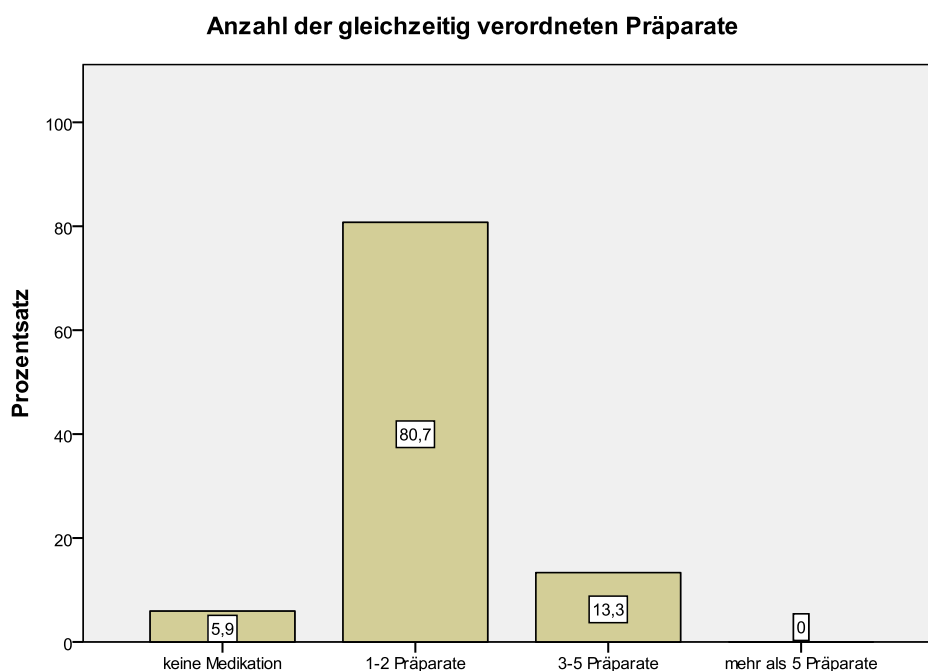


Abb. 12: Anzahl der gleichzeitig verordneten Präparate

### 4.5.2 Aussicht auf psychische Stabilisierung

Die Psychiater wurden nach danach befragt, wie sie die Aussichten auf eine psychische Stabilisierung ihrer letzten 4 Patienten einschätzen. 2,2% (N=3) sind sehr pessimistisch bezüglich einer Besserung, 17,0% (N=23) sind überwiegend pessimistisch. Der größte Teil der Ärzte (54,8%; N=74) hält zumindest eine Stabilisierung von 2 der letzten 4 Patienten für möglich. Insgesamt eher optimistisch sind 25,2% (N=34) und sehr optimistisch sind 0,7% (N=1).

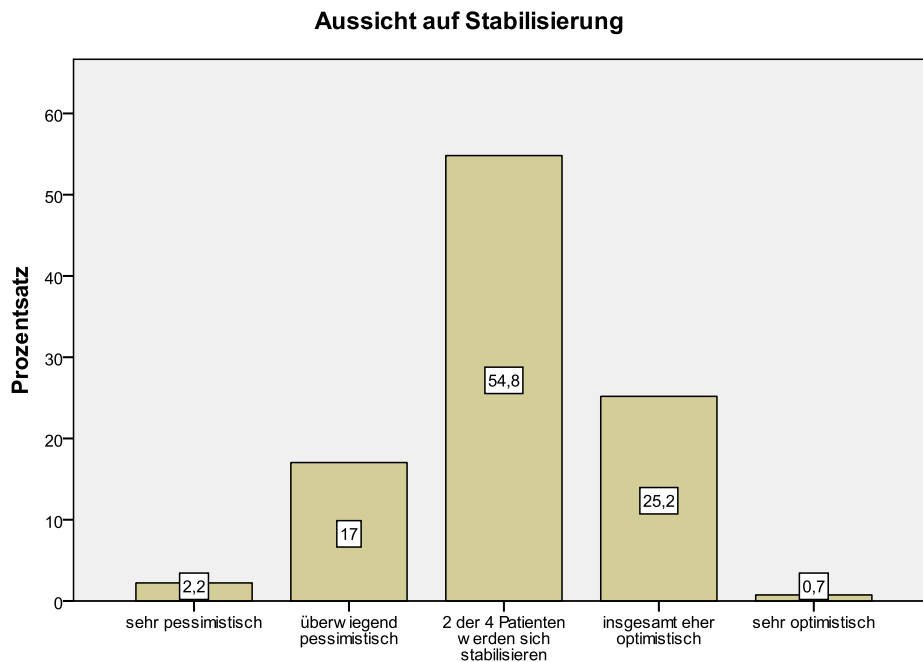


Abb. 13: Aussicht auf Stabilisierung

#### 4.6 Erleichternde Umstände für die Behandlung von Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörung

Bestimmte Umstände machen die Behandlung von Borderline Patienten leichter und tragen zu einem größeren Erfolg der Therapiemaßnahmen bei. 70,5% (N=98) der Psychiater sehen hierbei die Zusammenarbeit mit Psychotherapeuten als wichtig an. 64,7% (N=90) wertschätzen die Zusammenarbeit mit einer Klinik. Die Zusammenarbeit mit anderen niedergelassenen Kollegen wird von 30,2% (N=42) als hilfreich angesehen, während keiner der genannten Umstände für 2,9% (N=4) der Psychiater als besonders wichtig für den Therapieerfolg dieser Patienten erachtet wird. 10,1% (N=14) nannte andere zusätzliche positive Elemente: Betreutes Wohnen, Psychosoziale Dienste, Ergotherapie, Selbsthilfegruppen und Fortbildungen.

Tab. 16: erleichternde Umstände für die Behandlung von Borderline Patienten

	Anzahl	Psychiater (N=139)
Zusammenarbeit mit Psychotherapeuten	98	70,5%
Zusammenarbeit mit einer Klinik	90	64,7%
Zusammenarbeit mit anderen niedergelassenen Kollegen	42	30,2%
keine der genannten	4	2,9%
Andere	14	10,1%

## 4.7 Multivariate Datenbeschreibung und statistische Tests

### 4.7.1 Medikamentenverordnung: Vergleich zwischen älteren und jüngeren Psychiatern

Um Auffälligkeiten in der Verordnung der Psychopharmaka bei der Behandlung der Borderline Persönlichkeitsstörung herauszufinden, die sich auf das Alter der Psychiater zurückführen lassen könnten, wurden zwei in etwa gleich große Altersgruppen gebildet. Da der Median bei 51 Jahren liegt, wurde hier die Grenze gezogen.

50 Jahre und jünger: 66 Psychiater

51 Jahre und älter: 67 Psychiater

Die folgenden Analysen sollen klären, ob bestimmte Medikamente von der einen Altersgruppe häufiger verordnet werden als von der anderen.

#### Antidepressiva:

Die Verordnung der verschiedenen Typen der Antidepressiva wird auf das Alter der Psychiater hin untersucht. Eine Indikation für die Gabe von Antidepressiva sehen 96,9% (N=63) der jüngeren und 100% (N=62) der älteren Psychiater, keine Indikation für Antidepressiva dagegen nur 3,1% (N=2) der jüngeren und 0% (N=0) der älteren Psychiater. Der P-Wert liegt im Fisher-Exakt-Test bei 0,496 und zeigt somit keinen signifikanten Unterschied.

Im Folgenden wird nun das Verteilungsmuster der einzelnen Präparate aufgezeigt. Der Prozentsatz wird auf dasjenige Psychiater-Kollektiv bezogen, das eine Indikation für die Gabe dieser Wirkstoffe sieht.

Beim Betrachten der einzelnen Wirkstoffe stellt sich heraus, dass die selektiven Serotonin Wiederaufnahme Hemmer (SSRI) von 96,8% (N=61) derjenigen Psychiater, welche 50 Jahre und jünger sind, verschrieben werden. Im Gegensatz dazu werden diese Präparate nur von 77,4% (N=48) derjenigen Psychiater, welche 51 Jahre und älter sind, für die Therapie der Borderline Persönlichkeitsstörung verwendet. Im Chi-Quadrat-Test ergibt sich zwischen den beiden Altersgruppen ein signifikanter P-Wert ( $p=0,001$ ) und somit ein signifikanter Zusammenhang.

Trizyklische Antidepressiva werden von 12,7% (N=8) der jüngeren und 77,4% (N=48) der älteren Psychiater verschrieben, selektive Serotonin- und Noradrenalin Wiederaufnahme Hemmer (SSNRI) werden von 44,4% (N=28) der jüngeren und 38,7% (N=24) der älteren Psychiater verschrieben und andere Präparate werden von 1,6% (N=1) der jüngeren und 9,7% (N=6) der älteren Psychiater verschrieben. Bei der Verordnung dieser Präparate ist in Bezug auf das Alter der Psychiater kein

signifikanter Unterschied auszumachen. Die P-Werte liegen bei den trizyklischen Antidepressiva bei 0,310 (Chi-Quadrat-Test), bei den SSNRI bei 0,515 (Chi-Quadrat-Test) und bei den anderen Präparaten bei 0,115 (Fisher-Exakt-Test).

Tab. 17: Verordnung von Antidepressiva (allg.) in Abh. vom Alter der Psychiater

	50 Jahre und jünger		51 Jahre und älter	
	Anzahl	Psychiater (N=65)	Anzahl	Psychiater (N=62)
keine Indikation	2	3,1%	0	0%
Indikation	63	96,9%	62	100,0%

Tab. 18: Verordnung von Antidepressiva (Untergruppen) in Abh. vom Alter der Psychiater

	50 Jahre und jünger		51 Jahre und älter	
	Anzahl	Psychiater, die Antidepressiva verschreiben (N=63)	Anzahl	Psychiater, die Antidepressiva verschreiben (N=62)
TZA	8	12,7%	12	19,4%
SSRI *	61	96,8%	48	77,4%
SSNRI	28	44,4%	24	38,7%
andere	1	1,6%	6	9,7%

\* p-Wert < 0,05

#### Antipsychotika:

Bei der Untersuchung, ob ein Unterschied in der Verordnung der einzelnen Gruppen der antipsychotisch wirkenden Pharmaka vorhanden ist, ergeben sich keine signifikanten P-Werte. Eine Indikation für die Gabe von antipsychotisch wirksamen

Substanzen sehen 90,5% (N=57) der jüngeren und 91,7% (N=55) der älteren Psychiater. Keine Indikation dafür sehen 9,5% (N=6) der jüngeren und 8,3% (N=5) der älteren Psychiater. Der entsprechende P-Wert im Fisher-Exakt-Test liegt bei 1,000. Es liegt somit kein signifikanter Zusammenhang vor.

Auch hier wird nun das Verteilungsmuster der einzelnen Präparate aufgezeigt. Der Prozentsatz wird auf dasjenige Psychiater-Kollektiv bezogen, das eine Indikation für die Gabe dieser Wirkstoffe sieht.

Klassisch hochpotente Antipsychotika werden von 3,5% (N=2) der jüngeren und von 1,8% (N=1) der älteren Psychiater verschrieben, klassisch niederpotente Antipsychotika werden von 26,3% (N=15) der jüngeren und von 23,6% (N=13) der älteren Psychiater verschrieben und atypische Antipsychotika werden von 91,2% (N=52) der jüngeren und von 94,5% (N=52) der älteren Psychiater verschrieben. In Bezug auf das Alter der Psychiater ergeben sich keine signifikanten Unterschiede beim Verschreiben der einzelnen Antipsychotika-Typen. Der P-Wert liegt bei den klassisch hochpotenten Antipsychotika bei 1,000 (Fisher-Exakt-Test), bei den klassisch niederpotenten Antipsychotika bei 0,829 (Fisher-Exakt-Test) und bei den atypischen Antipsychotika bei 0,717 (Fisher-Exakt-Test).

Tab. 19: Verordnungsverhalten von Antipsychotika (allg.) in Abh. vom Alter der Psychiater

	Altersgruppen			
	50 Jahre und jünger		51 Jahre und älter	
	Anzahl	Prozentsatz (N=63)	Anzahl	Prozentsatz (N=60)
keine Indikation	6	9,5%	5	8,3%
Indikation	57	90,5%	55	91,7%

Tab. 20: Verordnungsverhalten von Antipsychotika (Untergruppen) in Abh. vom Alter der Psychiater

	50 Jahre und jünger		51 Jahre und älter	
	Anzahl	Psychiater, die Antipsychotika verschreiben (N=57)	Anzahl	Psychiater, die Antipsychotika verschreiben (N=55)
Klass. hochpotente	2	3,5%	1	1,8%
Klass. niederpotente	15	26,3%	13	23,6%
Atypische	52	91,2%	52	94,5%

### Stimmungsstabilisierer

Auch in der Verordnung der stimmungsstabilisierenden Medikamente ergaben sich beim Vergleich der älteren mit den jüngeren Psychiatern keine signifikanten Unterschiede. Eine Indikation dafür sehen 80,0% (N=48) der jüngeren und 68,9% (N=42) der älteren Psychiater, keine Indikation 20,0% (N=12) der jüngeren und 31,1% (N=19) der älteren Psychiater. Der P-Wert im Chi-Quadrat-Test ergibt den Wert 0,160. Es liegt somit kein signifikanter Zusammenhang vor.

Im Folgenden wird nun das Verteilungsmuster der einzelnen Präparate aufgezeigt. Der Prozentsatz wird sich auf dasjenige Psychiater-Kollektiv bezogen, das eine Indikation für die Gabe dieser Wirkstoffe sieht.

Valproat wird von 62,5% (N=30) der jüngeren und von 54,8% (N=23) der älteren Psychiater verschrieben, Lamotrigin wird von 47,9% (N=23) der jüngeren und von 31,0% (N=13) der älteren Psychiater verschrieben, Carbamazepin wird von 16,7% (N=8) der jüngeren und von 21,4% (N=9) der älteren Psychiater verschrieben und die anderen Präparate werden von 2,1% (N=1) der jüngeren und von 2,4% (N=1) der älteren Psychiater verschrieben. Bei keinem der Präparate kann ein signifikanter Zusammenhang im Vergleich der beiden Altersgruppen gezeigt werden. Der P-Wert von Valproat liegt bei 0,457 (Chi-Quadrat-Test), der von Lamotrigin bei 0,101 (Chi-Quadrat-Test), der von Carbamazepin bei 0,565 (Chi-Quadrat-Test) und der bei den anderen Medikamenten bei 1,000 (Fisher-Exakt-Test).

Einzig beim Präparat Lithium ist eine gewisse Tendenz im Chi-Quadrat-Test erkennbar, dass ältere Psychiater diesen Wirkstoff bevorzugt verschreiben (31%; N=13) im Gegensatz zu ihren jüngeren Kollegen (14,6%; N=7). Der entsprechende P-Wert liegt hier mit 0,062 nur knapp oberhalb der 0,05-Grenze.



Tab. 21: Verordnungsverhalten von Stimmungsstabilisierern (allg.) in Abh. vom Alter der Psychiater

	Altersgruppen			
	50 Jahre und jünger		51 Jahre und älter	
	Anzahl	Prozentsatz (N=60)	Anzahl	Prozentsatz (N=61)
keine Indikation	12	20,0%	19	31,1%
Indikation	48	80,0%	42	68,9%

Tab. 22: Verordnungsverhalten von Stimmungsstabilisierern (Untergruppen) in Abh. vom Alter der Psychiater

	50 Jahre und jünger		51 Jahre und älter	
	Anzahl	Psychiater, die Stimmungsstabilisierer verschreiben (N=48)	Anzahl	Psychiater, die Stimmungsstabilisierer verschreiben (N=42)
Valproat	30	62,5%	23	54,8%
Lamotrigin	23	47,9%	13	31,0%
Carbamazepin	8	16,7%	9	21,4%
Lithium	7	14,6%	13	31,0%
Andere	1	2,1%	1	2,4%

Benzodiazepine:

Benzodiazepin-Präparate zur Therapie der Borderline Persönlichkeitsstörung werden von 74,0% (N=37) der jüngeren und von 69,2% der älteren Psychiater eingesetzt. 26,0% (N=13) der jüngeren und 30,8% (N=36) der älteren Psychiater sehen dafür keine Indikation. Im Chi-Quadrat-Test ergibt sich kein signifikanter Zusammenhang ( $p=0,593$ ).

Im Folgenden wird nun das Verteilungsmuster der einzelnen Präparate aufgezeigt. Der Prozentsatz wird sich auf dasjenige Psychiater-Kollektiv bezogen, das eine Indikation für die Gabe dieser Wirkstoffe sieht.

Benzodiazepine mit kurzer Halbwertszeit werden von 13,5% (N=5) der jüngeren und von 16,7% (N=6) der älteren Psychiater verschrieben, Benzodiazepine mit angstreduzierenden Eigenschaften werden von 81,1% (N=30) der jüngeren und von 80,6% (N=29) der älteren Psychiater verschrieben, Benzodiazepine mit langer Halbwertszeit werden von 13,5% (N=5) der jüngeren und von 2,8% (N=1) der älteren Psychiater verschrieben und andere Benzodiazepine werden von 0% (N=0) der jüngeren und 5,6% (N=2) der älteren Psychiater verschrieben. Ein signifikanter Zusammenhang kann bei diesen Benzodiazepin-Typen im Vergleich von älteren und jüngeren Psychiatern nicht nachgewiesen werden. Der P-Wert von Benzodiazepinen mit kurzer Halbwertszeit liegt bei 0,754 (Fisher-Exakt-Test), der von Benzodiazepinen mit angstreduzierenden Eigenschaften bei 1,000 (Fisher-Exakt-Test), der von Benzodiazepinen mit langer Halbwertszeit bei 0,199 (Fisher-Exakt-Test) und der von anderen Benzodiazepinen bei 0,240 (Fisher-Exakt-Test).

Ein signifikanter Zusammenhang kann im Gegensatz dazu bei der Klasse der Benzodiazepinanaloge gezeigt werden. Sie werden von 27,0% (N=10) der jüngeren und von 5,6% (N=2) der älteren Psychiater verschrieben. Der P-Wert liegt hier bei 0,024.

Tab. 23: Verordnungsverhalten von Benzodiazepinen (allg.) in Abh. vom Alter der Psychiater

	50 Jahre und jünger		51 Jahre und älter	
	Anzahl	Prozentsatz (N=50)	Anzahl	Prozentsatz (N=52)
keine Indikation	13	26,0%	16	30,8%
Indikation	37	74,0%	36	69,2%

Tab. 24: Verordnungsverhalten von Benzodiazepinen (Untergruppen) in Abh. vom Alter der Psychiater

	50 Jahre und jünger		51 Jahre und älter	
	Anzahl	Psychiater, die Benzos verschreiben (N=37)	Anzahl	Psychiater, die Benzos verschreiben (N=36)
Kurze HWZ	5	13,5%	6	16,7%
Angstreduz. Eigenschaften	30	81,1%	29	80,6%
Lange HWZ	5	13,5%	1	2,8%
Benzodiazepin-Analoga *	10	27,0%	2	5,6%
Andere Benzos	0	,0%	2	5,6%

\* p-Wert < 0,05

#### Andere Medikamente:

Andere Medikamente, wie z.B. pflanzliche Präparate,  $\beta$ -Blocker u.a., werden von beiden Altersgruppen zur Therapie der Borderline Persönlichkeitsstörung verwendet. 36,4% (N=24) der jüngeren Psychiater und 38,8% (N=26) der älteren Psychiater sehen hierfür eine Indikation, während 63,6% (N=42) der jüngeren und 61,2% (N=41) hierzu keine Angabe machen.

Im Folgenden wird nun das Verteilungsmuster der einzelnen Präparate aufgezeigt. Der Prozentsatz wird sich auf dasjenige Kollektiv bezogen, das eine Indikation für die Gabe dieser Wirkstoffe sieht.

Pflanzliche Präparate, wie z.B. Johanniskraut, werden von 16,7% (N=4) der jüngeren und von 26,9% (N=7) der älteren Psychiater verschrieben,  $\beta$ -Blocker werden von 4,2% (N=1) der jüngeren und von 19,2% (N=5) der älteren Psychiater verschrieben, Pregabalin wird von 70,8% (N=17) der jüngeren und von 50,0% (N=13) der älteren Psychiater verschrieben, Psychostimulantien werden von 29,2% (N=7) der jüngeren und von 15,4% (N=4) der älteren Psychiater verschrieben, Opiatantagonisten werden von 8,3% (N=2) der jüngeren und von 3,8% (N=1) der älteren Psychiater verschrieben und andere Präparate werden von 4,2% (N=1) der jüngeren und von 0% (N=0) der älteren Psychiater verschrieben. Die P-Werte liegen im Fisher-Exakt-Test bei 0,501 (pflanzliche Präparate), bei 0,192 ( $\beta$ -Blocker), bei

0,159 (Pregabalin), bei 0,314 (Psychostimulantien), bei 0,602 (Opiatantagonisten) und bei 0,480 (andere Präparate). Es liegen somit keine signifikante Zusammenhänge vor.

Tab. 25: Verordnungsverhalten von anderen Medikamenten (allg.) in Abh. vom Alter der Psychiater

	50 Jahre und jünger		51 Jahre und älter	
	Anzahl	Prozentsatz (N=66)	Anzahl	Prozentsatz (N=67)
Keine Angabe	42	63,6%	41	61,2%
Indikation	24	36,4%	26	38,8%

Tab.26: Verordnungsverhalten von anderen Medikamenten (Untergruppen) in Abh. vom Alter der Psychiater

	50 Jahre und jünger		51 Jahre und älter	
	Anzahl	Psychiater, die andere Medis verschreiben (N=24)	Anzahl	Psychiater, die andere Medis verschreiben (N=26)
Pflanzliche Präparate	4	16,7%	7	26,9%
β-Blocker	1	4,2%	5	19,2%
Pregabalin	17	70,8%	13	50,0%
Psychostimulantien	7	29,2%	4	15,4%
Opiatantagonisten	2	8,3%	1	3,8%
andere	1	4,2%	0	,0%

#### 4.7.2 Medikamentenverordnung: Vergleich zwischen Übernehmern und Nicht-Übernehmern

Im Folgenden wird untersucht, ob zwischen denjenigen Psychiatern, die grundsätzlich nicht oder eher nicht Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörung behandeln, und solchen, welche dieser Patientenklasse positiv gegenüber stehen, ein Unterschied in Bezug auf Verordnung der verschiedenen Medikamentengruppen besteht. Die Antwortmöglichkeit „ja, aber ich versuche zunächst auf einen Kollegen oder eine Klinikambulanz zu verweisen oder nur, wenn bestimmte Voraussetzungen stimmen, z.B. die psychotherapeutische Mitbehandlung gesichert ist“ wird bei dieser Fragestellung bewusst nicht berücksichtigt. Dies soll der besseren Unterscheidung zwischen Behandlungs-Übernehmern und Behandlungs-Verweigerern dienen.

Behandlungs-Übernehmer: 95 Psychiater (69,3%)

Behandlungs-Verweigerer: 18 Psychiater (13,1%)

##### Antidepressiva:

Keine Indikation für Antidepressiva sehen 15,4% (n=2) der Verweigerer und 0% (n=0) der Übernehmer. Dagegen stehen 84,6% (n=11) der Verweigerer und 100% (n=94) der Übernehmer einer Verschreibung von Antidepressiva positiv gegenüber. Es besteht hierbei ein signifikanter Zusammenhang (Fisher-Exakt-Test:  $p=0,014$ ).

Tab. 27: Verordnungsverhalten von Antidepressiva (allg.) in Abh. von der Übernahme des Patienten

	Übernahme des Patienten			
	Nein		Ja	
	Anzahl	Prozentsatz (N=13)	Anzahl	Prozentsatz (N=94)
Keine Indikation für Antidepressiva *	2	15,4%	0	0%
Indikation für Antidepressiva *	11	84,6%	94	100%

\* p-Wert < 0,05

### Antipsychotika:

Eine Therapie mit antipsychotisch wirksamen Substanzen wird von 69,2% (N=9) der nicht-übernehmenden Psychiater durchgeführt und von 92,3% (N=84) der übernehmenden Psychiater. Demgegenüber stehen 30,8% (N=4) der Verweigerer und nur 7,7% (N=7) der Übernehmer, die einer solchen Therapie skeptisch gegenüber stehen. Der Fisher-Exakt-Test deutet hier auf einen signifikanten Zusammenhang hin ( $p=0,03$ ).

Tab. 28: Verordnungsverhalten von Antipsychotika (allg.) in Abh. von der Übernahme des Patienten

	Übernahme des Patienten			
	nein		Ja	
	Anzahl	Prozentsatz (N=13)	Anzahl	Prozentsatz (N=91)
Keine Indikation für Antipsychotika *	4	30,8%	7	7,7%
Indikation für Antipsychotika *	9	69,2%	84	92,3%

\*  $p$ -Wert < 0,05

### Stimmungsstabilisierer:

45,5% (N=5) der Verweigerer und 81,1% (N=73) der Übernehmer setzen stimmungsstabilisierende Mittel ein, während 54,5% (N=6) der Verweigerer und 18,9% (N=17) der Übernehmer dies nicht für nötig erachtet. Dies ist laut Fisher-Exakt-Test ein signifikanter Unterschied ( $p=0,016$ ).

Tab. 29: Verordnungsverhalten von Stimmungsstabilisierern (allg.) in Abh. von der Übernahme des Patienten

	Übernahme des Patienten			
	nein		Ja	
	Anzahl	Prozentsatz (N=11)	Anzahl	Prozentsatz (N=90)
Keine Indikation für Antidepressiva *	6	54,5%	17	18,9%
Indikation für Stimmungsstabilisierer *	5	45,5%	73	81,1%

\* p-Wert < 0,05

Benzodiazepine:

Eine Indikation zur Gabe von Benzodiazepinen sehen 37,5% (N=3) der Verweigerer und 77,6% (N=59) der Übernehmer. Keine Indikation dazu sehen 62,5% (N=5) der Verweigerer und 22,4% (N=17) der Übernehmer. Der Unterschied ist im Fisher-Exakt-Test signifikant (p=0,026).

Tab. 30: Verordnungsverhalten von Benzodiazepinen (allg.) in Abh. von der Übernahme des Patienten

	Übernahme des Patienten			
	nein		ja	
	Anzahl	Prozentsatz (N=8)	Anzahl	Prozentsatz (N=76)
Keine Indikation für Benzodiazepine *	5	62,5%	17	22,4%
Indikation für Benzodiazepine *	3	37,5%	59	77,6%

\* p-Wert < 0,05

### Andere Medikamente:

Andere Medikamente (pflanzliche Präparate,  $\beta$ -Blocker, Pregabalin u.a.) werden von 16,7% (N=3) der Verweigerer und von 41,1% (N=39) der Übernehmer zur Therapie der Borderline Persönlichkeitsstörung eingesetzt. Keine Angabe hierzu haben 83,3% (N=15) der Verweigerer und 58,9% (N=56) der Übernehmer gemacht. Es ergibt sich hier im Chi-Quadrat-Test ein signifikanter Zusammenhang ( $p=0,05$ ).

Tab. 31: Verordnungsverhalten von anderen Medikamenten (allg.) in Abh. von der Übernahme des Patienten

	Übernahme des Patienten			
	nein		Ja	
	Anzahl	Prozentsatz (N=18)	Anzahl	Prozentsatz (N=95)
Keine Angabe für andere Medikamente *	15	83,3%	56	58,9%
Indikation für andere Medikamente *	3	16,7%	39	41,1%

\* p-Wert < 0,05



### 4.7.3 Medikamentenverordnung: Vergleich zwischen Borderline-erfahrenen und Borderline-unerfahrenen Psychiatern

Ein weiterer Aspekt, der untersucht wird, ist der Vergleich von Psychiatern, die viele Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörung behandeln, mit denjenigen, die wenige oder keine dieser Patienten behandeln, in Bezug auf ihre Medikamentenverordnung. Die Grenze wird hier bei 5 Patienten gezogen.

Keine bis einschließlich 5 Patienten: 61 Psychiater (Borderline-unerfahrene Psychiater) (44,2%)

Über 5 Patienten: 77 Psychiater (Borderline-erfahrene Psychiater) (55,8%)

#### Antidepressiva:

Eine Indikation für die Gabe von Antidepressiva sehen 96,4% (N=53) der weniger erfahrenen und 100% (N=75) der erfahrenen Psychiater. Keine Indikation für diese Medikamente sehen 3,6% (N=2) der weniger erfahrenen und 0% (N=0) der erfahrenen Psychiater. Der Fisher-Exakt-Test zeigt hier keinen signifikanten Zusammenhang ( $p=0,177$ ).

Tab. 32: Verordnungsverhalten von Antidepressiva (allg.) in Abh. von der Erfahrung der Psychiater mit Borderline Patienten

	Beschwerdebild			
	keine bis 5 Patienten		über 5 Patienten	
	Anzahl	Prozentsatz (N=55)	Anzahl	Prozentsatz (N=75)
keine Indikation für Antidepressiva *	2	3,6%	0	0%
Indikation für Antidepressiva *	53	96,4%	75	100%

\* p-Wert < 0,05

### Antipsychotika:

Eine Indikation für die Gabe von Antipsychotika sehen 90,6% (N=48) der wenig erfahrenen und 90,5% (N=67) der erfahrenen Psychiater. Keine Indikation für diese Medikamente sehen 9,4% (N=5) der wenig erfahrenen und 9,5% (N=7) der erfahrenen Psychiater. Der Chi-Quadrat-Test zeigt hier keinen signifikanten Zusammenhang ( $p=0,996$ ).

Tab.33: Verordnungsverhalten von Antipsychotika (allg.) in Abh. von der Erfahrung der Psychiater mit Borderline Patienten

	Beschwerdebild			
	keine bis 5 Patienten		über 5 Patienten	
	Anzahl	Prozentsatz (N=53)	Anzahl	Prozentsatz (N=74)
keine Indikation für Antipsychotika *	5	9,4%	7	9,5%
Indikation für Antipsychotika *	48	90,6%	67	90,5%

\* P-Wert < 0,05

### Stimmungsstabilisierer:

Eine Indikation für die Gabe von Stimmungsstabilisierern sehen 58,8% (N=30) der weniger erfahrenen und 85,1% (N=63) der erfahrenen Psychiater. Keine Indikation für diese Medikamente sehen 41,2% (N=2) der weniger erfahrenen und 14,9% (N=11) der erfahrenen Psychiater. Der Chi-Quadrat-Test zeigt hier einen signifikanten Zusammenhang ( $p=0,01$ ).

Tab. 34: Verordnungsverhalten von Stimmungsstabilisierern (allg.) in Abh. von der Erfahrung der Psychiater mit Borderline Patienten

	Beschwerdebild			
	keine bis 5 Patienten		über 5 Patienten	
	Anzahl	Prozentsatz (N=51)	Anzahl	Prozentsatz (N=74)
keine Indikation für Stimmungsstabilisierer *	21	41,2%	11	14,9%
Indikation für Stimmungsstabilisierer *	30	58,8%	63	85,1%

\* p-Wert < 0,05

#### Benzodiazepine:

Eine Indikation für die Gabe von Benzodiazepinen sehen 63,4% (N=26) der weniger erfahrenen und 76,2% (N=48) der erfahrenen Psychiater. Keine Indikation für diese Medikamente sehen 36,6% (N=15) der weniger erfahrenen und 23,8% (N=15) der erfahrenen Psychiater. Der Chi-Quadrat-Test zeigt hier keinen signifikanten Zusammenhang ( $p=0,160$ ).

Tab. 35: Verordnungsverhalten von Benzodiazepinen (allg.) in Abh. von der Erfahrung der Psychiater mit Borderline Patienten

	Beschwerdebild			
	keine bis 5 Patienten		über 5 Patienten	
	Anzahl	Prozentsatz (N=41)	Anzahl	Prozentsatz (N=63)
keine Indikation für Benzodiazepine *	15	36,6%	15	23,8%
Indikation für Benzodiazepine *	26	63,4%	48	76,2%

\* p-Wert < 0,05

#### Andere Medikamente:

Eine Indikation für die Gabe von anderen Medikamenten, wie z.B. pflanzlichen Präparaten,  $\beta$ -Blockern u.a., sehen 27,9% (N=17) der weniger erfahrenen und 42,9% (N=33) der erfahrenen Psychiater. Keine Angabe über ihr Verordnungsverhalten bezüglich dieser Medikamente machten 72,1% (N=44) der weniger erfahrenen und 57,1% (N=44) der erfahrenen Psychiater. Der Chi-Quadrat-Test ( $p=0,069$ ) und der Fisher-Exakt-Test ( $p=0,077$ ) zeigen hier knapp keinen signifikanten Zusammenhang, aber eine gewisse Tendenz.

Tab. 36: Verordnungsverhalten von anderen Medikamenten (allg.) in Abh. von der Erfahrung der Psychiater mit Borderline Patienten

	Beschwerdebild			
	keine bis 5 Patienten		über 5 Patienten	
	Anzahl	Prozentsatz (N=61)	Anzahl	Prozentsatz (N=77)
Keine Angabe *	44	72,1%	44	57,1%
Indikation für andere Medikamente *	17	27,9%	33	42,9%

\* p-Wert < 0,05

#### 4.7.4 Supervision: Vergleich von älteren Psychiatern und jüngeren Psychiatern

Beim Vergleich zwischen älteren und jüngeren Psychiatern in Bezug auf die Wahrnehmung von Supervisionsstunden ergibt sich kein signifikanter Unterschied (Chi-Quadrat-Test;  $p=0,406$ ). 67,9% (N=38) der jüngeren und 60,6% (N=40) der älteren Psychiater nehmen regelmäßig an Supervisionssitzungen teil, während 32,1% (N=18) der jüngeren und 39,4% (N=26) der älteren Psychiater diese wahrnehmen.

Tab. 37: Wahrnehmung von Supervision in Abh. vom Alter der Psychiater

	Altersgruppen			
	50 Jahre und jünger		51 Jahre und älter	
	Anzahl	Prozentsatz (N=56)	Anzahl	Prozentsatz (N=66)
Keine Supervision	18	32,1%	26	39,4%
Supervision	38	67,9%	40	60,6%

#### 4.7.5 Psychotherapieausbildung: Vergleich zwischen Behandlungsübernehmern und Nicht-Übernehmern

Das Übernahmeverhalten wird auf eine Abhängigkeit vom Vorhandensein einer abgeschlossenen Psychotherapieausbildung der Psychiater hin untersucht. 83,3% (N=15) der Nicht-Übernehmer und 90,4% (N=85) der Übernehmer genossen eine psychotherapeutische Ausbildung, während 16,7% (N=3) der Nicht-Übernehmer und 9,6% (N=9) der Übernehmer keine durchliefen. Hier besteht kein signifikanter Zusammenhang (Fisher-Exakt-Test;  $p=0,405$ ).

Tab. 38: Psychotherapieausbildung in Abh. vom Übernahmeverhalten der Psychiater

	Übernahme des Patienten			
	Nein		Ja	
	Anzahl	Prozentsatz (N=18)	Anzahl	Prozentsatz (N=94)
Keine Psychotherapieausbildung	3	16,7%	9	9,6%
Psychotherapieausbildung	15	83,3%	85	90,4%

## 5 Diskussion

---

Diese Studie hatte das Ziel den Versorgungszustand von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung abzubilden, wobei das Hauptaugenmerk auf der Pharmakotherapie lag. Sie erbrachte zwei Hauptergebnisse.

Erstens spielen Medikamente bei den befragten Psychiatern eine große Rolle in der Behandlung von Borderline Patienten, obwohl die Psychotherapie weiterhin als wichtiger für den Behandlungserfolg eingeschätzt wird. Zweitens fällt auf, dass trotz fehlender Leitlinien Antidepressiva, Antipsychotika und Stimmungsstabilisierer von den meisten Psychiatern zu fast deckungsgleichen Anteilen verordnet werden.

### 5.1 Das Psychiater-Kollektiv

Wenn man sich das Kollektiv der befragten Psychiater vor Augen führt, fällt in erster Linie das verhältnismäßig hohe mediane Alter auf, das 51 Jahre beträgt. Ebenso der hohe Anteil der männlichen Psychiater von fast 58%. Fast 80% (N=80) sind promovierte Ärzte, von denen kaum einer – vom Medizinstudium abgesehen – ein weiteres Studium absolviert hatte (2,9%; N=4). Die meisten der befragten Mediziner gaben an, eine Psychotherapieausbildung abgeschlossen zu haben, 71,9% (N=100) mit analytischem oder psychodynamischem Schwerpunkt und 33,1% (N=46) mit verhaltenstherapeutischem Ansatz. Speziellere Therapieformen, die speziell auf Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörung zugeschnitten sind, wie beispielsweise die Dialektisch Behaviorale Therapie nach Linehan, werden nur von 7,9% (N=11) der befragten Psychiater angeboten. Nichtsdestotrotz sind 40,9% (N=45) in ihrer Praxis überwiegend psychotherapeutisch tätig, während lediglich 29,1% (N=32) in erster Linie psychiatrisch bzw. nervenärztlich arbeiten. Alternative Behandlungsformen, wie traditionelle chinesische Medizin oder Homöopathie, werden von immerhin 26,6% (N=36) der befragten Mediziner zusätzlich zur schulmedizinischer Behandlung angeboten. Schwerpunktmäßig behandelte Krankheitsbilder sind vor allem affektive (59,7%; N=83) und neurotische (37,4%; N=53) Störungen, wohingegen Persönlichkeitsstörungen, wie die Borderline Persönlichkeitsstörung, mit einem prozentualen Anteil von 8,6% (N=12) einen eher geringen Stellenwert als Behandlungsschwerpunkt zu haben scheinen.

In Bezug auf die Wahrnehmung von Supervisions- und Weiterbildungsveranstaltungen ergab sich in unserer Befragung ein überraschendes Ergebnis. Während der mediane Wert der jährlichen Weiterbildungen von 50 Stunden exakt der von der Ärztekammer geforderten Untergrenze entspricht, erscheint der mediane Wert der jährlichen Supervisionen von 10 Stunden in diesem Zusammenhang sehr gering. 31,7% (N=44) der Psychiater nehmen sogar an keinen Supervisionssitzungen im Jahr teil. Ein Vergleich der älteren mit den jüngeren Psychiatern bei der Wahrnehmung von Supervision ergab keinen signifikanten Unterschied. Etwa die gleiche Anzahl an Psychiatern beider Altersgruppen nimmt an Supervisionssitzungen teil. Über die Wahrnehmung von

Weiterbildungsveranstaltungen und Supervisionssitzungen wird erreicht, dass Ärzte mehr Sicherheit und therapeutisches Wissen erlangen. Auf diese Weise wird der therapeutische Umgang mit schwierigen Patienten, wie Borderline-Patienten, erleichtert. Ärzte, die Borderline Patienten betreuen, sollten motiviert sein, Supervisionssitzungen und Weiterbildungsveranstaltungen zu besuchen, um neue und verbesserte Therapieprinzipien für dieses Patientenkontinuum zu entwickeln. Im Vergleich zu einer Studie von Jobst und Mitarbeitern zeigt sich, dass – im Unterschied zu den von uns befragten niedergelassenen Psychiatern – der Großteil der niedergelassenen Psychotherapeuten in derselben Region an Supervisionen im Durchschnitt deutlich häufiger teilnimmt (Jobst *et al.*, 2010).

## **5.2 Der Borderline Patient in der psychiatrischen Praxis**

Bei der Frage nach der Häufigkeit von Borderline-Patienten in einer niedergelassenen psychiatrischen Praxis zeigt sich in Bezug auf die Antwortmöglichkeiten ein relativ homogenes Verteilungsmuster. Einzig die Antwortoption „keine Patienten“ wurde von nur 2,9% (N=4) angekreuzt. Die Bereitschaft, Patienten mit dieser Erkrankung zu übernehmen, ist hingegen bei den befragten Medizinern sehr ausgeprägt. 59,1% (N=81) übernehmen sogar deren Behandlung ohne Einschränkung. Ein signifikanter Zusammenhang zwischen Psychiatern mit und Psychiatern ohne Psychotherapieausbildung in Bezug auf ihr Übernahmeverhalten konnte hierbei nicht nachgewiesen werden. Die hohe Übernahmbereitschaft durch die befragten Psychiater ist insofern verwunderlich als Borderline-Patienten allgemein als schwierige Patienten gelten, deren Behandlung viel Hingabe und Stresstoleranz seitens des Behandelnden erfordert. Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung präsentieren häufiger kompliziertere Symptome verbunden mit subjektivem Leiden und Behinderung in ihrem Leben als Patienten ohne Persönlichkeitsstörung. Dies führt zusammengenommen zu einem verstärkten Kontakt mit dem Gesundheitssystem (Bender *et al.*, 2001). Ebenso wird die Vermittlung von Psychotherapieplätzen für Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörung von den meisten der befragten Psychiater (61,2%; N=82) ohne Einschränkung durchgeführt. Nur 5,2% (N=7) vermitteln grundsätzlich keine Psychotherapieplätze. So gesehen kann die sehr positive Beantwortung dieser Fragen unter Umständen damit verbunden sein, dass es sozial erwünscht ist, dass Psychiater möglichst viele Patienten mit dieser Erkrankung in ihre Behandlung übernehmen oder ihnen einen Psychotherapieplatz verschaffen.

## **5.3 Pharmakotherapie der Borderline Persönlichkeitsstörung**

Die Medikation nimmt in der Behandlung der Borderline Persönlichkeitsstörung bei den befragten Psychiatern einen geringeren Stellenwert ein als die Psychotherapie, wobei die Pharmakotherapie weiterhin eine gewichtige Rolle spielt. Die 10-Punkte-Skala ergab den durchschnittlichen Wert 4,8 für Medikamente und 6,2 für



Psychotherapie. Dieses Ergebnis lässt vermuten, dass die meisten Psychiater der Meinung sind, dass der Pharmakotherapie bei Borderline Persönlichkeitsstörung nur eine supportive Rolle im Behandlungsschema dieser Krankheit zukommt. Dies deckt sich im Wesentlichen mit den Aussagen von Kernberg und Michels, wonach die Medikation bei Borderline Persönlichkeitsstörung als ein hilfreiches ergänzendes Behandlungswerkzeug im Kontext der Psychotherapie angesehen werden kann (Kernberg & Michels, 2009). Die Psychotherapie ist zwar langwieriger, hat jedoch im Gegensatz zur Pharmakotherapie eine nachgewiesene Wirkung auf die Kernsymptome der Borderline Persönlichkeitsstörung.

Die Medikamentenklasse der **Antidepressiva** wird von den meisten Psychiatern zur Therapie der Borderline Persönlichkeitsstörung verwendet (98,5%; N=129) wobei hier die selektiven Serotonin Wiederaufnahme Hemmer führend sind (86,8%; N=112). Innerhalb der SSRI stechen zwei Substanzen heraus, Citalopram bzw. Escitalopram (58,9%; N=66) sowie Fluoxetin (21,4%; N=24). Eine wichtige Rolle spielen auch die SSNRIs (42,6%; N=55) mit dem Präparat Venlafaxin (67,3%; N=37). Die nebenwirkungsreicheren trizyklischen Antidepressiva scheinen für die befragten Mediziner in der Behandlung dieser Patientengruppe eine untergeordnete Bedeutung zu haben (16,3%; N=21).

Eine Behandlung von Borderline-Patienten erscheint allerdings unter dem Eindruck der Ergebnisse der letzten Placebo-kontrollierten Studien mit Antidepressiva nicht mehr zeitgemäß. Ingenhoven und Mitarbeiter weisen darauf hin, dass Antidepressiva nur eine limitierte erfolversprechende Wirkung auf die Angst- und Aggressionssymptomatik, jedoch auf keine der anderen Kernsymptome der Borderline Persönlichkeitsstörung besitzen. Ebenso konnte den neueren SSRI gegenüber den älteren trizyklischen Antidepressiva oder MAO-Hemmern keine verbesserte Wirkung nachgewiesen werden (Ingenhoven *et al.*, 2010). Hier ist zu bemerken, dass zu den SSRI mehr Studien durchgeführt wurden als zu den Trizyklika oder den MAO-Hemmern. Allerdings wurden seit 1998 keine Studien mehr mit SSRI oder anderen Antidepressiva bei Borderline-Patienten durchgeführt. Eine Erklärung dafür könnte sein, dass alle SSRI, mit Ausnahme von Escitalopram, mittlerweile als Generika auf dem Markt erhältlich sind. Somit besteht für die Pharma-Industrie kein wirtschaftliches Interesse, eine weitere Erforschung dieser Substanzen in Bezug auf ihre Wirksamkeit bei Borderline Persönlichkeitsstörung voranzutreiben (Feurino & Silk, 2011). Interessant wäre es zu erforschen, ob eine Wirkung von SSNRI, wie Duloxetin, bei Borderline Persönlichkeitsstörung zu erwarten wäre. Es liegen jedoch bisher leider keine Placebo-kontrollierten Studien mit dieser Substanz in ihrer Wirkung auf Borderline Persönlichkeitsstörung vor.

Nach den Antidepressiva ist für die niedergelassenen Psychiater die Verschreibung von **antipsychotisch** wirkenden Medikamenten in der Behandlung der Borderline Persönlichkeitsstörung bedeutsam (90,6%; N=116). Die atypischen Antipsychotika sind hier die bei weitem meistverschriebenen Präparate (92,2%; N=107), gefolgt von den niederpotent klassischen Antipsychotika (25,9%; N=30). Dagegen spielen die

klassisch hochpotenten Antipsychotika eine untergeordnete Rolle (3,4%; N=4). Innerhalb der atypischen Antipsychotika wurden zwei Substanzen bevorzugt verschrieben, Quetiapin (70,1%; N=75) und Olanzapin (18,7%; N=20). Nach den Erkenntnissen der neuesten Studien lässt sich die Aussage treffen, dass Antipsychotika eine Wirkung auf einen Teil der Symptome der Borderline Persönlichkeitsstörung besitzen, wenn auch nicht so effektiv wie ursprünglich erhofft. Ingenhoven und Mitarbeiter beschreiben hierzu therapeutische Fortschritte bei der Aggressions- und Wahrnehmungssymptomatik dieser Patienten (Ingenhoven *et al.*, 2010). Olanzapin, das am häufigsten wissenschaftlich untersuchte Pharmakon dieser Substanzklasse, zeigte in den letzten Studien jedoch sehr widersprüchliche Resultate (Linehan *et al.*, 2008; Schulz *et al.*, 2008; Shafti & Shahveisi, 2010; Zanarini *et al.*, 2011). In einer Placebo-kontrollierten Studie konnte Aripiprazol eine signifikante Verbesserung von verschiedenen Symptomen der Borderline Persönlichkeitsstörung nachweisen (Nickel *et al.*, 2006). Zu dem von den befragten Psychiatern am meisten verwendeten Antipsychotikum Quetiapin liegen keine Placebo-kontrollierten Studien vor.

Auch die **stimmungsstabilisierende** Medikation ist für viele der befragten Psychiater ein wichtiger Baustein in der Behandlung der Borderline Persönlichkeitsstörung. 74,6% (N=94) sehen dafür eine Indikation, wobei insbesondere Valproat (59,6%; N=56) und Lamotrigin (40,4%; N=38) verschrieben werden. Carbamazepin (20,2%; N=19) und Lithium (22,3%; N=21) werden etwas weniger oft verordnet. Den Erkenntnissen der letzten Reviews und Metaanalysen zufolge können Stimmungsstabilisierer bei einer Vielzahl von Symptomen der Borderline Persönlichkeitsstörung signifikante Fortschritte zeigen. Impulsives Fehlverhalten, Aggressivität, Angstsymptome und depressive Verstimmung konnten bei Borderline-Patienten reduziert werden (Ingenhoven *et al.*, 2010). Während die Patienten bei Gabe von Valproat vorwiegend bei interpersoneller Beziehungsproblemen und depressiven Symptomen einen verbesserten Krankheitsverlauf aufweisen (Frankenburg & Zanarini, 2002; Hollander *et al.*, 2001), kann Lamotrigin positive Effekte bei Aggression und Impulsivität nachweisen (Tritt *et al.*, 2005). Dahingegen kann Carbamazepin bisher keine Fortschritte bei Reduktion der Borderline-Symptomatik zeigen (de la Fuente & Lotstra, 1994). Auch wenn die bisherigen Ergebnisse zu Stimmungsstabilisierern vielversprechend sind, liegen noch zu wenige Daten aus Placebo-kontrollierten Studien vor, um eine generelle Empfehlung für diese Medikamentengruppe für die Therapie der Borderline Persönlichkeitsstörung auszusprechen.

**Benzodiazepine** werden ebenfalls häufig in der Therapie der Borderline Persönlichkeitsstörung eingesetzt. Sogar 71,4% (N=75) der befragten Psychiater gaben an, diese Art von Psychopharmaka zu verordnen. Den größten Anteil darunter stellen diejenigen Benzodiazepine mit angstreduzierenden Eigenschaften (80,0%; N=60). Diese Substanzgruppe wird in aller Regel in Krisensituationen zur Beruhigung und Anxiolyse verschrieben. Da die Gefahr des Missbrauchs von Medikamenten bei

Borderline-Patienten jedoch sehr hoch ist, empfehlen die NICE-Guidelines eine Anwendung dieser Pharmaka in Krisenzeiten nur für maximal eine Woche (NICE, 2010). Gegenwärtig liegen keine Studien über den Einsatz von Benzodiazepinen bei Borderline-Patienten vor. Von Interesse wären insbesondere Langzeitstudien. Die Tatsache, dass dennoch über 70% der befragten Psychiater eine Indikation für diese Medikamente sehen, ist jedoch vor dem Hintergrund der mageren Datenlage und den bekannten Risiken sehr bedenklich. Interessant wäre hier ergänzend auch die Frage nach der Dauer der Anwendung zu stellen.

Abgesehen von den bisher genannten Pharmaka kommen noch weitere Medikamentenklassen in der Therapie der Borderline Persönlichkeitsstörung zum Einsatz. Bei der vorliegenden Befragung wurde hier vor allem Pregabalin angekreuzt (58,8%; N=30). Zu diesem Medikament wurden bislang noch keine Studien veröffentlicht, die eine Wirkung auf die Behandlung von Borderline-Symptomen beweisen würden. Zudem scheint es bei dieser GABA-erg wirkenden Substanz Fälle von Missbrauch und Abhängigkeit zu geben (Grosshans *et al.*, 2010). Die verhältnismäßig häufige Verschreibung dieses Medikaments durch die befragten Psychiater wirft somit Fragen auf. Eine genauere Befragung der Psychiater bezüglich der Gründe der Verordnung wäre in diesem Zusammenhang sinnvoll.

Eine Behandlung von Borderline-Patienten mit mehreren Psychopharmaka gleichzeitig ist keine Seltenheit. In unserer Befragung erhielten wir folgende Ergebnisse. Ein bis zwei Medikamente wurden von den meisten der befragten Psychiater gleichzeitig für die Behandlung ihrer letzten 4 Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörung verwendet (80,7%; N=109). Dahingegen verschrieben nur wenige (13,3%; N=18) 3-5 Medikamente gleichzeitig, und keiner der Ärzte mehr als 5 Medikamente gleichzeitig. Diese Daten besagen, dass fast jeder Borderline Patient zumindest ein Arzneimittel verschrieben bekommt, in den meisten Fällen jedoch nicht mehr als zwei gleichzeitig. Die Verschreibung von mehreren Medikamenten gleichzeitig bei der Behandlung von Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörung wird auch durch eine Studie von Zanarini und Mitarbeitern belegt, wonach 6 Jahre nach Therapiebeginn 40% der Borderline-Patienten 3 oder mehr, 20% 4 oder mehr und 10% 5 oder mehr Medikamente gleichzeitig einnehmen (Zanarini *et al.*, 2004a). Dies steht im krassen Gegensatz zu den Empfehlungen des NICE, die besagt, dass keine Evidenz für Therapie mit mehreren Medikamenten gleichzeitig existiert. Daher sollte eine derartige Therapie nach Möglichkeit vermieden werden (NICE, 2010).

Ältere und jüngere Ärzte legen häufig ein unterschiedliches Verhalten an den Tag, wenn es um die Verschreibung von Medikamenten geht. Unsere Befragung hat u.a. das Ziel die Hypothese zu überprüfen, ob ältere Psychiater eher ältere, bewährte Psychopharmaka verschreiben und jüngere Psychiater eher neuere, gegebenenfalls weniger erprobte Substanzen verordnen. Dabei zeigte sich, dass jüngere (bis 50 Jahre) und ältere Psychiater (51 Jahre und älter) sich nicht signifikant in ihrem Verschreibungsverhalten von **Antidepressiva** allgemein unterscheiden. Wenn man

die Einzelsubstanzen betrachtet, fällt jedoch auf, dass vor allem jüngere Psychiater (96,8%; N=61) signifikant häufiger SSRI in der Behandlung der Borderline Persönlichkeitsstörung verordnen als ihre älteren Kollegen (77,4%; N=48). Von den abgefragten Substanzen zählen die SSRI, im Gegensatz zu den trizyklischen Antidepressiva und den MAO-Hemmern, zu den moderneren Antidepressiva. Allgemein ergeben sich bei der Betrachtung der noch moderneren SSNRI bezüglich des Ordnungsverhaltens von jüngeren gegenüber älteren Psychiatern keine Auffälligkeiten, die zu der Schlussfolgerung führen könnten, dass jüngere Psychiater vermehrt auf modernere Medikamente zurückgreifen würden. Dies wird auch dadurch belegt, dass hier ebenso keine signifikanten Unterschiede in der Verordnung der älteren MAO-Hemmer und Trizyklika zu sehen sind. Beide Substanzklassen werden in etwa gleich häufig von älteren und jüngeren Psychiatern verschrieben. Auch bei den **Antipsychotika** war beim Vergleich der jüngeren mit den älteren Psychiatern kein signifikanter Unterschied im Ordnungsverhalten, weder allgemein noch bei Betrachtung der Einzelsubstanzen, auszumachen.

Bezüglich des Verschreibungsverhaltens von **Stimmungsstabilisierern** kann im Vergleich der älteren mit den jüngeren Psychiatern ebenso kein signifikanter Unterschied festgestellt werden. Bei den Einzelsubstanzen ist jedoch eine Tendenz – wenn auch kein signifikanter Unterschied – in der Verordnung von Lithium auffällig. Dieses Medikament wird von älteren Psychiatern (31%, N=13) tendenziell häufiger verschrieben als von jüngeren (14,6%; N=7). Dies scheint wohl damit zu tun zu haben, dass Lithium zu den ältesten Psychopharmaka zählt und eine lang bewährte Wirksamkeit bei vielen psychopathologischen Symptomen besitzt. Dies wiederum würde die Hypothese unterstützen, dass ältere Psychiater auf ältere bewährte Substanzen zurückgreifen.

Einen Unterschied im Ordnungsverhalten von Psychiatern lässt sich auch im Vergleich von Behandlungsübernehmern gegenüber Behandlungsverweigerern feststellen. Ebenso im Vergleich von Borderline-erfahrenen mit Borderline-unerfahrenen Psychiatern. Eine Indikation für die Gabe von **Antidepressiva** sehen insbesondere Psychiater, die einer Behandlung von Borderline-Patienten positiv gegenüber stehen (100%; N=94), gegenüber Psychiatern, die diese Art von Patienten nicht behandeln (84,6%; N=11). Im statistischen Test ist dieser Unterschied signifikant. Man kann daher daraus schließen, dass Behandlungsverweigerer weniger Antidepressiva verschreiben, da sie weniger praktische Erfahrung mit Borderline-Patienten besitzen. Dagegen lässt sich anhand der Verschreibungshäufigkeit dieser Pharmaka folgern, dass der überwiegende Anteil der Behandlungsübernehmer positive Erfahrungen in der Verschreibung dieser Medikamentenklasse macht. Diese These lässt sich allerdings nicht anhand des Vergleichs der erfahrenen (mehr als 5 Patienten im Quartal) mit den weniger erfahrenen Psychiatern (keine bis einschließlich 5 Patienten im Quartal) bestätigen. Hier konnte kein signifikanter Unterschied in der Verordnung von Antidepressiva festgestellt werden.

Auffallend ist, dass Psychiater, die Borderline-Patienten in ihre Behandlung übernehmen, signifikant häufiger **Antipsychotika** verschreiben (92,3%; N=84) im Gegensatz zu denjenigen Psychiatern, die diese Patienten nicht übernehmen (69,2%; N=9). Ähnlich wie bei den Antidepressiva kann man aus diesem Ergebnis folgern, dass Behandlungsübernehmer positive Erfahrung mit der Verschreibung von Antipsychotika in der Behandlung von Borderline-Patienten machen und somit diese Substanzen häufiger verordnen. Dem gegenüber steht jedoch die Tatsache, dass Psychiater, die in der Therapie von Borderline-Patienten erfahren sind (über 5 Borderline-Patienten im Quartal), Antipsychotika nicht signifikant häufiger verschreiben als ihre weniger erfahrenen Kollegen (unter 5 Borderline-Patienten im Quartal).

Eine Indikation für die Behandlung von Borderline-Patienten mit **Stimmungsstabilisierern** sehen signifikant häufiger (81,1%; N=73) die Behandlungsübernehmer im Unterschied zu den Behandlungsverweigerern (45,5%; N=5). Auch die Borderline-erfahreneren Psychiater verschreiben signifikant häufiger Stimmungsstabilisierer (85,1%; N=63) als ihre weniger erfahrenen Kollegen (58,8%; N=30). Diese beiden Resultate zeigen deutlich, dass Psychiater, die der Behandlung von Borderline-Patienten positiv gegenüber stehen und darin Routine haben, mit den erfolgversprechenden Erkenntnissen der aktuellen klinischen Studien zu dieser Substanzklasse vertraut sind.

#### **5.4 Verlauf der Behandlung**

Die psychische Stabilisierung von Borderline-Patienten ist das primäre Ziel der Psychotherapie und der Pharmakotherapie. Anhand ihrer letzten vier Patienten sollten die befragten Psychiater abschätzen, wie oft eine Verbesserung des Krankheitsverlaufs erreicht wird. Die meisten (54,8%; N=74) geben an, dass eine psychische Stabilisierung für 2 der letzten 4 Patienten erreicht werden konnte. Eine optimistischere Einschätzung für einen positiven Verlauf haben 25,2% (N=34) der Psychiater, während 17% (N=23) diesbezüglich eher pessimistisch sind. Diese Ergebnisse lassen sich schwer interpretieren, da eine Einschätzung der Prognose bei Borderline Patienten wegen der großen Heterogenität der Erkrankung oft nur im Einzelfall möglich ist. Jedoch ist anzunehmen, dass eine gleich lautende Frage zur Behandlung von Depression oder Angststörungen positivere Auswirkungen zur Folge hätte.

Pharmakotherapie und Psychotherapie sind ohne Zweifel die wichtigsten Bausteine einer erfolgsversprechenden Behandlung von Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörung. Bestimmte äußere Umstände können allerdings eine Therapie zusätzlich erleichtern. Die enge Zusammenarbeit mit Psychotherapeuten (70,5%; N=98) und die Kooperation mit Kliniken (64,7%; N=90) sind in diesem Zusammenhang für den Großteil der befragten Psychiater wichtige positive Faktoren. Auch die Zusammenarbeit mit anderen niedergelassenen Kollegen wird als hilfreich

eingestuft (30,2; N=42). Um die Versorgungslage von Borderline Patienten zu nachhaltig verbessern, sollte die Vernetzung zwischen den Behandlungseinrichtungen vorangetrieben werden. Dass hier immer noch Lücken vorherrschen, scheint die Tatsache zu erklären, dass immerhin noch 13,1% (N=18) der niedergelassenen Psychiater eine Übernahme dieser Patienten in ihre Behandlung ablehnen.

## **5.5 Grenzen der Arbeit**

Diese Studie hat einige Grenzen aufzuweisen. Einerseits wurden die Informationen mithilfe eines nicht-standardisierten Untersuchungswerkzeuges erhoben. Andererseits wurden ausschließlich Ärzte aus einer verhältnismäßig kleinen Region in die Untersuchung einbezogen. Letzteres wirft die Frage auf, inwieweit die Ergebnisse auf ein größeres Gebiet bzw. ein ganzes Land übertragbar sind. Der Regierungsbezirk Oberbayern beinhaltet jedoch sowohl eine Großstadt, München, als auch den umliegenden, vorwiegend ländlichen Raum.

Der Fragebogen selbst weist auch Schwachstellen auf, die gegebenenfalls zu Schwierigkeiten bei der Beantwortung der Fragen nach sich zogen. Bei einer zukünftigen Befragung sollten diese nach Möglichkeit vermieden werden. So fehlt bei der Frage, ob andere Medikamente verschrieben werden, die Antwortmöglichkeit „ich sehe keine Indikation für die Gabe von anderen Medikamenten“. Bei den vorherigen Fragen ist diese Antwortmöglichkeit vorhanden. Aufgrund dessen ist hier keine Aussage darüber möglich, ob die Psychiater tatsächlich keine Indikation für die Gabe anderer Medikamente sehen oder ob sie unter den aufgelisteten Medikamenten keine passenden gefunden haben und daher nichts angekreuzt haben.

## **5.6 Ausblick**

Bei der Interpretation des Fragebogens zeigt sich die allgemeine Unsicherheit der Psychiater hinsichtlich der adäquaten Medikation von Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörung. Angesichts der teils sehr schweren Krankheitsverläufe sehen viele Ärzte, die Notwendigkeit gegeben, eine psychische Stabilisierung mittels Psychopharmaka herbeizuführen. Im Rahmen unserer Befragung konnte insbesondere nachgewiesen werden, dass das Ordnungsverhalten der niedergelassenen Psychiater häufig nicht mit den Erkenntnissen und Empfehlungen von wissenschaftlichen Studien übereinstimmt. Das kann damit zusammenhängen, dass bisher nur wenige und teilweise sehr widersprüchliche Studien zur Pharmakotherapie dieser Patientengruppe existieren. Es werden oftmals Medikamente verschrieben, die scheinbar aufgrund der Erfahrung des Psychiaters ausgewählt werden. Dabei bleiben Erkenntnisse aus wissenschaftlichen Medikamentenstudien in der Regel außen vor. Eine weitergehende Befragung sollte

durchgeführt werden, die das Ziel hat, die genauen Beweggründe für die Auswahl der verschiedenen Substanzen herauszufinden.

Ein großes Problem bei der Gegenüberstellung der Ergebnisse des Fragebogens mit wissenschaftlichen Veröffentlichungen zu diesem Thema ist, neben der geringen Anzahl der Studien, deren geringe Vergleichbarkeit untereinander. Saunders und Silk sowie Zanarini und Mitarbeiter schlagen ein wissenschaftliches Konsortium vor, das eine verbindliche Leitlinie für die Durchführung von Studien zur Pharmakotherapie der Borderline Persönlichkeitsstörung erarbeiten soll. Das Ziel dabei soll sein, eine bessere Vergleichbarkeit von zukünftigen Studien mit diesem Thema zu gewährleisten (Saunders & Silk, 2009; Zanarini *et al.*, 2010). Ungeklärt bleibt aber auch, inwieweit niedergelassene Psychiater den Eindruck haben, Ergebnisse wissenschaftlicher Studien ließen sich auf das Patienten-Klientel generalisieren. Psychotherapiestudien zur Borderline Persönlichkeitsstörung lassen hier zumindest Zweifel aufkommen.

Es wäre interessant zu erfahren, wie die Psychiater die tatsächliche Wirksamkeit der Psychopharmakologie bei Borderline-Patienten ihrer Erfahrung nach einschätzen. In unserer Studie stellte sich heraus, dass die meisten Psychiater in der Behandlung dieser Störung die Psychotherapie weiterhin vor der Pharmakotherapie sehen. Insofern wäre eine Befragung in Zukunft sinnvoll, die dieses Thema vertieft aufgreift.

## 6 Zusammenfassung

---

Die ambulante Versorgungslage von Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörung ist das Thema dieser Studie. Dabei liegt der Schwerpunkt auf der pharmakologischen Therapie dieser Störung. Zu diesem Zweck wurden die 235 niedergelassenen Psychiater in München und Oberbayern mithilfe eines Fragebogens zu diesem Thema befragt. Die Rücklaufquote betrug 60,5%.

Borderline Patienten gelten im Allgemeinen als ein schwierig zu behandelndes Patientenkontingent. Dennoch ergab unsere Befragung, dass knapp 60% der Psychiater diese Patienten ohne Einschränkung in ihre Behandlung übernehmen. Auch die Vermittlung von Psychotherapieplätzen wird ohne Einschränkung von über 60% der Psychiater durchgeführt.

Die erzielten Ergebnisse bestätigen, dass die Pharmakotherapie ein von niedergelassenen Psychiatern häufig angewandtes Mittel ist, um den Krankheitsverlauf von Borderline Patienten positiv zu beeinflussen. Sie wird nach Auffassung der Psychiater eher als eine ergänzende Maßnahme zur Psychotherapie angesehen. Jedoch bestehen aufgrund mangelhafter Evidenz bislang keine ausreichenden Leitlinien, die einen Einsatz von Medikamenten bei dieser Erkrankung im ärztlichen Alltag regeln.

Nichtsdestotrotz zeigt sich in unserer Befragung ein hoher, fast deckungsgleicher Anteil in der Verordnung von Antidepressiva, Antipsychotika und Stimmungsstabilisierern. Citalopram/Escitalopram, Quetiapin und Valproat sind die am häufigsten verordneten Einzelsubstanzen. Sogar Benzodiazepine werden relativ häufig – trotz der Gefahr des Missbrauchs durch die Patienten – für die Behandlung dieser Störung eingesetzt. Auch Polypharmazie ist sehr häufig. Über 80% der Psychiater verschreiben bei ihren letzten 4 Borderline Patienten ein bis zwei Medikamente gleichzeitig.

Älteren und jüngeren Psychiatern konnte bei zwei Substanzen ein unterschiedliches Verordnungsverhalten nachgewiesen werden. Ältere Psychiater verschreiben tendenziell eher den alten und bewährten Stimmungsstabilisierer Lithium, wobei knapp kein signifikanter P-Wert ermittelt werden konnte. Dem gegenüber greifen jüngere Psychiater eher auf die neueren Antidepressiva SSRI zurück. Hier ist der Unterschied signifikant.

In der Verordnung von Stimmungsstabilisierern stellte sich im Vergleich von Behandlungsübernehmern gegenüber Behandlungsverweigerern ein interessantes Ergebnis ein. Ebenso im Vergleich von Borderline-erfahrenen mit Borderline-unerfahrenen Psychiatern. Sowohl Behandlungsübernehmer als auch Borderline-erfahrene Psychiater verschreiben signifikant häufiger Stimmungsstabilisierer als Behandlungsverweigerer und Borderline-unerfahrene Psychiater. Dies lässt den Schluss zu, dass Borderline-erfahrene Psychiater mit den aktuellen positiven Studien



zum Einsatz von Stimmungsstabilisierern bei Borderline Persönlichkeitsstörung vertraut sind.

Insgesamt zeigt sich unter den befragten Psychiatern eine große Unsicherheit bei der medikamentösen Behandlung von Borderline Patienten. Als Beleg hierzu dient die Tatsache, dass Antidepressiva bei den meisten Psychiatern immer noch als Mittel der ersten Wahl angesehen werden, obwohl sie nach dem aktuellen Forschungsstand in ihrer Wirksamkeit bei Borderline Persönlichkeitsstörung den Antipsychotika und Stimmungsstabilisierern unterlegen sind (Abraham & Calabrese 2008, Feurino & Silk 2011). Der Mangel an aussagekräftigen Studien zu diesem Thema sowie das daraus resultierende Fehlen einer Reglementierung der pharmakologischen Therapie scheinen die wichtigsten Gründe für die Unsicherheit der behandelnden Ärzte zu sein. Im Unterschied zu den Vereinigten Staaten und Großbritannien fehlt in Deutschland bislang eine nationale Leitlinie zur medikamentösen Behandlung der Borderline Persönlichkeitsstörung. Um die Versorgungslage der Borderline Patienten in diesem Bereich zu verbessern, sollten weitere pharmakologische Studien durchgeführt werden. Außerdem ist eine Unterstützung von Ärzten und Therapeuten durch Supervision und kontinuierliche medizinische Weiterbildung unerlässlich, um einerseits Patienten nach dem neuesten Stand der Forschung behandeln zu können und darüber hinaus ihre eigenen Ressourcen zu schonen. Die Ergebnisse des Fragebogens lassen insbesondere bezüglich der Wahrnehmung von Supervisionssitzungen ein Defizit vermuten. Niedergelassene Psychiater nutzen diese Form der Hilfe im Durchschnitt deutlich weniger, als der Großteil niedergelassener Psychotherapeuten der gleichen Region (Jobst *et al.*, 2010).

- Abraham, P. F., & Calabrese, J. R. (2008). Evidenced-based pharmacologic treatment of borderline personality disorder: a shift from SSRIs to anticonvulsants and atypical antipsychotics? *J Affect Disord*, *111*(1), 21-30.
- Al-Alem, L., & Omar, H. A. (2008). Borderline personality disorder: an overview of history, diagnosis and treatment in adolescents. *Int J Adolesc Med Health*, *20*(4), 395-404.
- American Psychiatric Association Practice, G. (2001). Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. American Psychiatric Association. *Am J Psychiatry*, *158*(10 Suppl), 1-52.
- APA. (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.). Washington, DC. *American Psychiatric Association*.
- Bandelow, B., Krause, J., Wedekind, D., Broocks, A., Hajak, G., & Ruther, E. (2005). Early traumatic life events, parental attitudes, family history, and birth risk factors in patients with borderline personality disorder and healthy controls. *Psychiatry Res*, *134*(2), 169-179.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. *Am J Psychiatry*, *158*(1), 36-42.
- Bender, D. S., Dolan, R. T., Skodol, A. E., Sanislow, C. A., Dyck, I. R., McGlashan, T. H., Shea, M. T., Zanarini, M. C., Oldham, J. M., & Gunderson, J. G. (2001). Treatment utilization by patients with personality disorders. *Am J Psychiatry*, *158*(2), 295-302.
- De La Fuente, J. M., Goldman, S., Stanus, E., Vizueté, C., Morlan, I., Bobes, J., & Mendlewicz, J. (1997). Brain glucose metabolism in borderline personality disorder. *J Psychiatr Res*, *31*(5), 531-541.
- de la Fuente, J. M., & Lotstra, F. (1994). A trial of carbamazepine in borderline personality disorder. *Eur Neuropsychopharmacol*, *4*(4), 479-486.
- Dell'Osso, B., Berlin, H. A., Serati, M., & Altamura, A. C. (2010). Neuropsychobiological aspects, comorbidity patterns and dimensional models in borderline personality disorder. *Neuropsychobiology*, *61*(4), 169-179.
- Driessen, M., Beblo, T., Reddemann, L., Rau, H., Lange, W., Silva, A., Barea, R. C., Wulff, H., & Ratzka, S. (2002). [Is the borderline personality disorder a complex post-traumatic stress disorder? - The state of research]. *Nervenarzt*, *73*(9), 820-829.
- Feurino, L., 3rd, & Silk, K. R. (2011). State of the art in the pharmacologic treatment of borderline personality disorder. *Curr Psychiatry Rep*, *13*(1), 69-75.
- Frankenburg, F. R., & Zanarini, M. C. (2002). Divalproex sodium treatment of women with borderline personality disorder and bipolar II disorder: a double-blind placebo-controlled pilot study. *J Clin Psychiatry*, *63*(5), 442-446.
- Grant, B. F., Chou, S. P., Goldstein, R. B., Huang, B., Stinson, F. S., Saha, T. D., Smith, S. M., Dawson, D. A., Pulay, A. J., Pickering, R. P., & Ruan, W. J. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV

- borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry*, 69(4), 533-545.
- Grilo, C. M., Sanislow, C. A., Gunderson, J. G., Pagano, M. E., Yen, S., Zanarini, M. C., Shea, M. T., Skodol, A. E., Stout, R. L., Morey, L. C., & McGlashan, T. H. (2004). Two-year stability and change of schizotypal, borderline, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders. *J Consult Clin Psychol*, 72(5), 767-775.
- Grosshans, M., Mutschler, J., Hermann, D., Klein, O., Dressing, H., Kiefer, F., & Mann, K. (2010). Pregabalin abuse, dependence, and withdrawal: a case report. *Am J Psychiatry*, 167(7), 869.
- Gunderson, J. G., & Lyons-Ruth, K. (2008). BPD's interpersonal hypersensitivity phenotype: a gene-environment-developmental model. *J Pers Disord*, 22(1), 22-41.
- Hollander, E., Allen, A., Lopez, R. P., Bienstock, C. A., Grossman, R., Siever, L. J., Merkatz, L., & Stein, D. J. (2001). A preliminary double-blind, placebo-controlled trial of divalproex sodium in borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry*, 62(3), 199-203.
- Ingenhoven, T., Lafay, P., Rinne, T., Passchier, J., & Duivenvoorden, H. (2010). Effectiveness of pharmacotherapy for severe personality disorders: meta-analyses of randomized controlled trials. *J Clin Psychiatry*, 71(1), 14-25.
- Jobst, A., Horz, S., Birkhofer, A., Martius, P., & Rentrop, M. (2010). [Psychotherapists' attitudes towards the treatment of patients with borderline personality disorder]. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 60(3-4), 126-131.
- Kellogg, S. H., & Young, J. E. (2006). Schema therapy for borderline personality disorder. *J Clin Psychol*, 62(4), 445-458.
- Kernberg, O. F., & Michels, R. (2009). Borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, 166(5), 505-508.
- Kernberg, O. F., Yeomans, F. E., Clarkin, J. F., & Levy, K. N. (2008). Transference focused psychotherapy: overview and update. *Int J Psychoanal*, 89(3), 601-620.
- Lieb, K., Vollm, B., Rucker, G., Timmer, A., & Stoffers, J. M. (2010). Pharmacotherapy for borderline personality disorder: Cochrane systematic review of randomised trials. *Br J Psychiatry*, 196(1), 4-12.
- Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *Lancet*, 364(9432), 453-461.
- Linehan, M. M. (1987). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. Theory and method. *Bull Menninger Clin*, 51(3), 261-276.
- Linehan, M. M., McDavid, J. D., Brown, M. Z., Sayrs, J. H., & Gallop, R. J. (2008). Olanzapine plus dialectical behavior therapy for women with high irritability who meet criteria for borderline personality disorder: a double-blind, placebo-controlled pilot study. *J Clin Psychiatry*, 69(6), 999-1005.
- Links, P. S., Mitton, M. J., & Steiner, M. (1993). Stability of borderline personality disorder. *Can J Psychiatry*, 38(4), 255-259.
- McIntyre, S. M., & Schwartz, R. C. (1998). Therapists' differential countertransference reactions toward clients with major depression or borderline personality disorder. *J Clin Psychol*, 54(7), 923-931.
- Mercer, D., Douglass, A. B., & Links, P. S. (2009). Meta-analyses of mood stabilizers, antidepressants and antipsychotics in the treatment of

- borderline personality disorder: effectiveness for depression and anger symptoms. *J Pers Disord*, 23(2), 156-174.
- Montgomery, S. A. (1987). The psychopharmacology of borderline personality disorders. *Acta Psychiatr Belg*, 87(3), 260-266.
- Newton-Howes, G., & Tyrer, P. (2003). Pharmacotherapy for personality disorders. *Expert Opin Pharmacother*, 4(10), 1643-1649.
- NICE. (2010). National Institute of Health and Clinical Excellence Borderline Personality Disorder, Treatment and Management. *London: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists*
- Nickel, M. K., Muehlbacher, M., Nickel, C., Kettler, C., Pedrosa Gil, F., Bachler, E., Buschmann, W., Rother, N., Fartacek, R., Egger, C., Anvar, J., Rother, W. K., Loew, T. H., & Kaplan, P. (2006). Aripiprazole in the treatment of patients with borderline personality disorder: a double-blind, placebo-controlled study. *Am J Psychiatry*, 163(5), 833-838.
- Oldham, J. M., Bender, D. S., Skodol, A. E., Dyck, I. R., Sanislow, C. A., Yen, S., Grilo, C. M., Shea, M. T., Zanarini, M. C., Gunderson, E. J., & McGlashan, T. H. (2004). Testing an APA practice guideline: symptom-targeted medication utilization for patients with borderline personality disorder. *J Psychiatr Pract*, 10(3), 156-161.
- Paris, J. (1993). The treatment of borderline personality disorder in light of the research on its long term outcome. *Can J Psychiatry*, 38 Suppl 1, S28-34.
- Pascual, J. C., Soler, J., Puigdemont, D., Perez-Egea, R., Tiana, T., Alvarez, E., & Perez, V. (2008). Ziprasidone in the treatment of borderline personality disorder: a double-blind, placebo-controlled, randomized study. *J Clin Psychiatry*, 69(4), 603-608.
- Peet, M., & Stokes, C. (2005). Omega-3 fatty acids in the treatment of psychiatric disorders. *Drugs*, 65(8), 1051-1059.
- Saunders, E. F., & Silk, K. R. (2009). Personality trait dimensions and the pharmacological treatment of borderline personality disorder. *J Clin Psychopharmacol*, 29(5), 461-467.
- Schmahl, C., Berne, K., Krause, A., Kleindienst, N., Valerius, G., Vermetten, E., & Bohus, M. (2009). Hippocampus and amygdala volumes in patients with borderline personality disorder with or without posttraumatic stress disorder. *J Psychiatry Neurosci*, 34(4), 289-295.
- Schmahl, C., Kleindienst, N., Limberger, M., Ludascher, P., Mauchnik, J., Deibler, P., Brünen, S., Hiemke, C., Lieb, K., Herpertz, S., Reicherzer, M., Berger, M., & Bohus, M. (2012). Evaluation of naltrexone for dissociative symptoms in borderline personality disorder. *Int Clin Psychopharmacol*, 27(1), 61-68.
- Schulz, S. C., Zanarini, M. C., Bateman, A., Bohus, M., Detke, H. C., Trzaskoma, Q., Tanaka, Y., Lin, D., Deberdt, W., & Corya, S. (2008). Olanzapine for the treatment of borderline personality disorder: variable dose 12-week randomised double-blind placebo-controlled study. *Br J Psychiatry*, 193(6), 485-492.
- Shafti, S. S., & Shahveisi, B. (2010). Olanzapine versus haloperidol in the management of borderline personality disorder: a randomized double-blind trial. *J Clin Psychopharmacol*, 30(1), 44-47.
- Silk, K. R., Lee, S., Hill, E. M., & Lohr, N. E. (1995). Borderline personality disorder symptoms and severity of sexual abuse. *Am J Psychiatry*, 152(7), 1059-1064.

- Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Pfohl, B., Widiger, T. A., Livesley, W. J., & Siever, L. J. (2002). The borderline diagnosis I: psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biol Psychiatry*, *51*(12), 936-950.
- Skodol, A. E., Oldham, J. M., & Gallaher, P. E. (1999). Axis II comorbidity of substance use disorders among patients referred for treatment of personality disorders. *Am J Psychiatry*, *156*(5), 733-738.
- Soloff, P. H., Cornelius, J., George, A., Nathan, S., Perel, J. M., & Ulrich, R. F. (1993). Efficacy of phenelzine and haloperidol in borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry*, *50*(5), 377-385.
- Soloff, P. H., George, A., Nathan, S., Schulz, P. M., Cornelius, J. R., Herring, J., & Perel, J. M. (1989). Amitriptyline versus haloperidol in borderlines: final outcomes and predictors of response. *J Clin Psychopharmacol*, *9*(4), 238-246.
- Stoffers, J., Vollm, B. A., Rucker, G., Timmer, A., Huband, N., & Lieb, K. (2010). Pharmacological interventions for borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev*(6), CD005653.
- Torgersen, S., Kringlen, E., & Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Arch Gen Psychiatry*, *58*(6), 590-596.
- Torgersen, S., Lygren, S., Oien, P. A., Skre, I., Onstad, S., Edvardsen, J., Tambs, K., & Kringlen, E. (2000). A twin study of personality disorders. *Compr Psychiatry*, *41*(6), 416-425.
- Tritt, K., Nickel, C., Lahmann, C., Leiberich, P. K., Rother, W. K., Loew, T. H., & Nickel, M. K. (2005). Lamotrigine treatment of aggression in female borderline-patients: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *J Psychopharmacol*, *19*(3), 287-291.
- Widiger, T. A., & Weissman, M. M. (1991). Epidemiology of borderline personality disorder. *Hosp Community Psychiatry*, *42*(10), 1015-1021.
- Zanarini, M. C., & Frankenburg, F. R. (2003). omega-3 Fatty acid treatment of women with borderline personality disorder: a double-blind, placebo-controlled pilot study. *Am J Psychiatry*, *160*(1), 167-169.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Dubo, E. D., Sickel, A. E., Trikha, A., Levin, A., & Reynolds, V. (1998). Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, *155*(12), 1733-1739.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., & Silk, K. R. (2003). The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, *160*(2), 274-283.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., & Silk, K. R. (2004a). Mental health service utilization by borderline personality disorder patients and Axis II comparison subjects followed prospectively for 6 years. *J Clin Psychiatry*, *65*(1), 28-36.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Vujanovic, A. A., Hennen, J., Reich, D. B., & Silk, K. R. (2004b). Axis II comorbidity of borderline personality disorder: description of 6-year course and prediction to time-to-remission. *Acta Psychiatr Scand*, *110*(6), 416-420.
- Zanarini, M. C., Gunderson, J. G., Frankenburg, F. R., & Chauncey, D. L. (1990). Discriminating borderline personality disorder from other axis II disorders. *Am J Psychiatry*, *147*(2), 161-167.
- Zanarini, M. C., Schulz, S. C., Detke, H. C., Tanaka, Y., Zhao, F., Lin, D., Deberdt, W., Kryzhanovskaya, L., & Corya, S. (2011). A dose comparison of olanzapine for the treatment of borderline personality disorder: a 12-

- week randomized, double-blind, placebo-controlled study. *J Clin Psychiatry*, 72(10), 1353-1362.
- Zanarini, M. C., Stanley, B., Black, D. W., Markowitz, J. C., Goodman, M., Pilkonis, P., Lynch, T. R., Levy, K., Fonagy, P., Bohus, M., Farrell, J., & Sanislow, C. (2010). Methodological considerations treatment trials for persons personality disorder. *Ann Clin Psychiatry*, 22(2), 75-83.
- Ziegenhorn, A. A., Roepke, S., Schommer, N. C., Merkl, A., Danker-Hopfe, H., Perschel, F. H., Heuser, I., Anghelescu, I. G., & Lammers, C. H. (2009). Clonidine improves hyperarousal in borderline personality disorder with or without comorbid posttraumatic stress disorder: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *J Clin Psychopharmacol*, 29(2), 170-173.
- Zweig-Frank, H., & Paris, J. (1991). Parents' emotional neglect and overprotection according to the recollections of patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, 148(5), 648-651.

## **8 Abbildungsverzeichnis**

---

Abb. 1: Alter der Psychiater

Abb. 2: Psychotherapieausbildung der Psychiater

Abb. 3: Hauptarbeitsweise der Psychiater

Abb. 4: Weiterbildungsstunden der Psychiater

Abb. 5: Supervisionsstunden der Psychiater

Abb. 6: Schwerpunkte der Psychiater

Abb. 7: Häufigkeit von Borderline Patienten in der niedergelassenen Praxis

Abb. 8: Übernahme der psychiatrischen Behandlung eines Borderline Patienten

Abb. 9: Stellenwert der Medikation

Abb. 10: Vermittlung von Psychotherapieplätzen für Borderline Patienten

Abb. 11: Medikamente bei der Behandlung von Borderline Patienten

Abb. 12: Anzahl der gleichzeitig verordneten Präparate

Abb. 13: Aussicht auf Stabilisierung

## 9 Tabellenverzeichnis

---

Tab. 1: Gesamtkollektiv

Tab. 2: Studium der Psychiater

Tab. 3: Verordnung von Antidepressiva (allg.)

Tab. 4: Verordnung von Antidepressiva (Untergruppen)

Tab. 5: Verordnung von SSRI

Tab. 6: Verordnung von SSNRI

Tab. 7: Verordnung von Antipsychotika (allg.)

Tab. 8: Verordnung von Antipsychotika (Untergruppen)

Tab. 9: Verordnung von atypischen Antipsychotika

Tab. 10: Verordnung von Stimmungsstabilisierern (allg.)

Tab. 11: Verordnung von Stimmungsstabilisierern (Untergruppen)

Tab. 12: Verordnung von Benzodiazepinen (allg.)

Tab. 13: Verordnung von Benzodiazepinen (Untergruppen)

Tab. 14: Verordnung von anderen Medikamenten (allg.)

Tab. 15: Verordnung von anderen Medikamenten (Untergruppen)

Tab. 16: erleichternde Umstände für die Behandlung von Borderline Patienten

Tab. 17: Verordnung von Antidepressiva (allg.) in Abh. vom Alter der Psychiater

Tab. 18: Verordnung von Antidepressiva (Untergruppen) in Abh. vom Alter der Psychiater

Tab. 19: Ordnungsverhalten von Antipsychotika (allg.) in Abh. vom Alter der Psychiater

Tab. 20: Ordnungsverhalten von Antipsychotika (Untergruppen) in Abh. vom Alter der Psychiater

Tab. 21: Ordnungsverhalten von Stimmungsstabilisierern (allg.) in Abh. vom Alter der Psychiater



Tab. 22: Verordnungsverhalten von Stimmungsstabilisierern (Untergruppen) in Abh. vom Alter der Psychiater

Tab. 23: Verordnungsverhalten von Benzodiazepinen (allg.) in Abh. vom Alter der Psychiater

Tab. 24: Verordnungsverhalten von Benzodiazepinen (Untergruppen) in Abh. vom Alter der Psychiater

Tab. 25: Verordnungsverhalten von anderen Medikamenten (allg.) in Abh. vom Alter der Psychiater

Tab. 26: Verordnungsverhalten von anderen Medikamenten (Untergruppen) in Abh. vom Alter der Psychiater

Tab. 27: Verordnungsverhalten von Antidepressiva (allg.) in Abh. von der Übernahme des Patienten

Tab. 28: Verordnungsverhalten von Antipsychotika (allg.) in Abh. von der Übernahme des Patienten

Tab. 29: Verordnungsverhalten von Stimmungsstabilisierern (allg.) in Abh. von der Übernahme des Patienten

Tab. 30: Verordnungsverhalten von Benzodiazepinen (allg.) in Abh. von der Übernahme des Patienten

Tab. 31: Verordnungsverhalten von anderen Medikamenten (allg.) in Abh. von der Übernahme des Patienten

Tab. 32: Verordnungsverhalten von Antidepressiva (allg.) in Abh. von der Erfahrung der Psychiater mit Borderline Patienten

Tab. 33: Verordnungsverhalten von Antipsychotika (allg.) in Abh. von der Erfahrung der Psychiater mit Borderline Patienten

Tab. 34: Verordnungsverhalten von Stimmungsstabilisierern (allg.) in Abh. von der Erfahrung der Psychiater mit Borderline Patienten

Tab. 35: Verordnungsverhalten von Benzodiazepinen (allg.) in Abh. von der Erfahrung der Psychiater mit Borderline Patienten

Tab. 36: Verordnungsverhalten von anderen Medikamenten (allg.) in Abh. von der Erfahrung der Psychiater mit Borderline Patienten

Tab. 37: Wahrnehmung von Supervision in Abh. vom Alter der Psychiater

Tab. 38: Psychotherapieausbildung in Abh. vom Übernahmeverhalten der Psychiater

## **10 Anhang**

---

### **10.1 Anhang 1: Diagnostische Kriterien der Borderline Persönlichkeitsstörung**

### **10.2 Anhang 2: Anschreiben**

### **10.3 Anhang 3: Fragebogen**

## Anhang 1

### **Diagnostische Kriterien der Borderline Persönlichkeitsstörung nach dem diagnostischen und statistischen Manual IV (DSM IV), 1994**

Ein tiefgreifendes Muster von Instabilität in den zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten sowie deutliche Impulsivität.

Mindestens fünf der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein, wenn von einer solchen Störung gesprochen wird:

1. Starkes Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden. Hier werden keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen berücksichtigt, die in Kriterium 5 enthalten sind.
2. Ein Muster instabiler, aber intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen den Extremen der Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist.
3. Identitätsstörung: ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung.
4. Impulsivität in mindestens zwei potenziell selbstschädigenden Bereichen (z. B. Geldausgeben, Sexualität, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, zu viel oder zu wenig essen). Hier werden keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen berücksichtigt, die in Kriterium 5 enthalten sind.
5. Wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder -drohungen oder Selbstverletzungsverhalten.
6. Affektive Instabilität infolge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung (z. B. hochgradige episodische Dysphorie, Reizbarkeit oder Angst, wobei diese Verstimmungen gewöhnlich einige Stunden und nur selten mehr als einige Tage andauern).
7. Chronische Gefühle von Leere.
8. Unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren (z. B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen).
9. Vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome.

## Anhang 2: Anschreiben



**Klinik und Poliklinik für  
Psychiatrie und Psychotherapie des  
Klinikums rechts der Isar der  
Technischen Universität München**  
Direktor: Univ.-Prof. Dr. H. Förstl



Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Klinikum rechts der Isar, Ismaninger Straße 22, 81675 München

Briefanschrift 81675 München  
Telefon +49 (89) 4140 - 1  
Durchwahl +49 (89) 4140 - 4265  
Telefax +49 (89) 4140 - 4888  
E-Mail  
Unser Zeichen: ren/lu  
Diktat vom: 30. November 2009

### **Psychiatrische Versorgung bei Borderline Persönlichkeitsstörung**

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

wir bitten Sie, uns in der Bearbeitung einer Frage aus der Versorgungsforschung zu unterstützen. Im Anhang finden Sie einen Fragebogen zur psychiatrischen Behandlung von Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörung.

Die Beantwortung unserer Fragen dauert 5-10 Minuten. Alle Angaben werden anonymisiert ausgewertet. Ihren Fragebogen können Sie mit dem beiliegenden frankierten Rückantwortumschlag an unsere Klinik zurücksenden.

Unsere Befragung richtet sich an alle niedergelassenen Psychiater und Klinikambulanzen im Bereich der Stadt München und Oberbayern. Diese Befragung ergänzt zwei Projekte zu Aspekten der psychotherapeutischen Versorgung.

Sollten sich Ihrerseits Fragen zu unserem Forschungsvorhaben ergeben, so erreichen Sie Herrn OA Dr. Rentrop unter der Telefonnummer 4140-4265.

Für Ihre Mühe danken wir sehr herzlich und verbleiben mit freundlichen kollegialen Grüßen

Prof. Dr. H. Förstl  
Direktor der Klinik

Dr. M. Rentrop  
Oberarzt

M. Knappich  
Cand. Med.

## Anhang 3: Fragebogen

Im Folgenden geht es um die **Behandlung von Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörung**.

Diese Patienten zeigen im Alltag häufig:

- eine stark **schwankende Stimmungslage** mit dem Gefühl innerer **Anspannung**
  - gelegentlich auch länger **anhaltende depressive Symptome** oder depressive Episoden
  - in Anspannungssituationen **Selbstverletzungen**, meist in Form oberflächlicher Schnitte
  - Beschäftigung mit Suizid, **Suizidversuche**, parasuizidale Handlungen
  - eine **belastete Kindheit und Adoleszenz**, eventuell mit komorbider posttraumatischer Belastungsstörung (PTSD)
  
  - **Schwierigkeiten Beziehungen aufrecht zu erhalten**
  - einen **dichotomen kognitiven Stil** mit Idealisierung und Entwertung
  - **kurze paranoide oder psychotische Einbrüche**
  - eine erhöhte Gefährdung, an einer **Substanzabhängigkeit** zu erkranken
  - eine erhöhte Komorbidität bezüglich eines **Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndroms (ADHS)**
  
  - eine **extensive Nutzung des Gesundheitssystems**, oft mit multiplen stationären und ambulanten Behandlungsversuchen.
- 

### Abschnitt A:

1. Wie häufig sehen Sie Patienten mit einem derartigen Beschwerdebild?
  - ich sehe **keine** Patienten mit ähnlichen Beschwerden
  - etwa **1-2** Patienten mit derartigen Problemen **pro Quartal**
  - etwa **bis 5** Patienten pro Quartal
  - bis 10** Patienten pro Quartal
  - > 10** Patienten pro Quartal
  
2. Übernehmen Sie die psychiatrisch / medikamentöse Behandlung eines vergleichbaren Patienten?
  - grundsätzlich nicht
  - eher nicht, nur wenn besondere Gründe vorliegen
  - ja, aber ich versuche zunächst auf einen Kollegen oder eine Klinikambulanz zu verweisen **oder** nur, wenn bestimmte Voraussetzungen stimmen, z.B. die psychotherapeutische Mitbehandlung gesichert ist.
  - ja, aber nur bis zu \_\_\_\_\_ Patienten pro Quartal
  - ja

3. Welchen Stellenwert geben Sie der Medikation gegenüber der Psychotherapie in der Behandlung der oben genannten Probleme?  
(Machen Sie ein Kreuz auf der visuellen Analogskala)

Medikamente ●-----● Psychotherapie  
haben eine führende Rolle hat eine führende Rolle

4. Vermitteln Sie Psychotherapieplätze für diese Patienten?
- grundsätzlich nicht
  - eher nicht, nur wenn besondere Gründe vorliegen
  - ja, aber ich versuche zunächst auf einen Kollegen oder eine Klinikambulanz zu verweisen.
  - ja, aber nur bis zu \_\_\_\_\_ Patienten pro Quartal
  - ja

Welche Präparate aus den folgenden Gruppen von Psychopharmaka verwenden Sie in der Behandlung von Patienten mit oben genannten Schwierigkeiten?

5. Antidepressiva
- Ich sehe **keine Indikation** zur Gabe von Antidepressiva
  - Ich bevorzuge **trizyklische** Antidepressiva, besonders \_\_\_\_\_
  - Selektive Serotonin Wiederaufnahme Hemmer**, besonders \_\_\_\_\_
  - Serotonin und Noradrenalin Wiederaufnahme Hemmer**, besonders \_\_\_\_\_
  - andere, besonders \_\_\_\_\_
6. Antipsychotika
- Ich sehe **keine Indikation** zur Gabe von Antipsychotika
  - Ich bevorzuge **klassische hochpotente** Antipsychotika, besonders \_\_\_\_\_
  - klassische niederpotente** Antipsychotika, besonders \_\_\_\_\_
  - atypische** Antipsychotika, besonders \_\_\_\_\_
  - andere, besonders \_\_\_\_\_
7. Stimmungsstabilisierende Medikamente (Valproat, Lamotrigin, Carbamazepin, Lithium)
- Ich sehe **keine Indikation** zur Gabe von stimmungsstabilisierenden Medikamenten
  - Ich bevorzuge **Valproatpräparate**
  - Lamotrigin**
  - Carbamazepin**
  - Lithium**
  - andere, besonders \_\_\_\_\_

8. Benzodiazepine
- Ich sehe **keine Indikation** zur Gabe von Benzodiazepinen
  - Ich bevorzuge **Benzodiazepine mit kurzer Halbwertszeit** (z.B. Lormetazepam)
  - Benzodiazepine mit angstreduzierenden Eigenschaften** (z.B. Lorazepam)
  - Benzodiazepine mit langer Halbwertszeit** (z.B. Diazepam)
  - Benzodiazepin-Analoga** (Z-Substanzen) ein
  - andere, besonders \_\_\_\_\_
9. Welche anderen Medikamente spielen bei Ihnen in der Behandlung dieser Patienten eine Rolle?
- Pflanzliche Präparate, z.B. \_\_\_\_\_
  - $\beta$ -Blocker
  - Pregabalin**
  - Psychostimulantien**
  - Opiatantagonisten**
  - andere, besonders \_\_\_\_\_
10. Denken Sie an Ihre letzten 4 Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörung zurück:  
Wie viele unterschiedliche Medikamente haben Sie in der Behandlung **gleichzeitig** eingesetzt:
- keine Medikation**
  - 1-2 Präparate
  - 3-5 Präparate
  - mehr als 5 Präparate
11. Wie beurteilen Sie die Aussichten ihrer letzten 4 Borderline Patienten sich psychisch zu stabilisieren?
- Ich bin **sehr pessimistisch** bezüglich einer Besserung
  - Ich bin **überwiegend pessimistisch**
  - Ich denke **2 der 4 Patientinnen** werden sich stabilisieren
  - Ich bin insgesamt **eher optimistisch**
  - Ich bin **sehr optimistisch**
12. Welche Umstände machen Ihnen die Behandlung dieser Patientengruppe leichter?
- die Zusammenarbeit mit Psychotherapeuten
  - die Zusammenarbeit mit einer Klinik
  - die Zusammenarbeit mit anderen niedergelassenen Kollegen (Intervision, Netzwerk)
  - keine der genannten
  - andere: \_\_\_\_\_

## Abschnitt B: Allgemeine Angaben

Folgende Fragen beziehen sich auf Ihren beruflichen Hintergrund. Alle Ihre Angaben sind freiwillig und werden anonymisiert ausgewertet. Die Untersucher verpflichten sich zur strengen Einhaltung der Vertraulichkeit.

Alter: \_\_\_\_\_ Jahre

Geschlecht:

- weiblich
- männlich

Studium:

- Medizinstudium
- Anderes Studium: \_\_\_\_\_
  
- Promotion
- Habilitation

Psychotherapieausbildung:

Welche Therapieausbildung haben Sie absolviert?

- keine**
- Analytisch / Psychodynamisch
- kognitive Verhaltenstherapie
- Humanistisch
- Andere: \_\_\_\_\_

Was ist Ihrer Einschätzung nach heute Ihre Hauptarbeitsweise?

\_\_\_\_\_

Bieten Sie neben der schulmedizinisch / psychiatrischen Behandlung andere

Behandlungsmethoden an?

- Ja
- Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_



Wie viele Stunden besuchen sie in einem durchschnittlichen Jahr Weiterbildungen bzw. Workshops?  
ca. \_\_\_\_\_ Stunden pro Jahr

Wie viele Stunden nehmen Sie durchschnittlich an Supervisionen teil?  
ca. \_\_\_\_\_ Stunden pro Jahr

Welche Störungsbilder behandeln Sie schwerpunktmäßig?

\_\_\_\_\_

Ergänzende Bemerkungen zu unserer Befragung:

---

---

---

---

## 11 Danksagung

---

Diese Dissertation entstand zwischen Oktober 2009 und Mai 2013 an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Technischen Universität München. Ich bin sehr stolz, mit dieser Arbeit vielleicht einen kleinen Teil zur besseren Behandlung von Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörung beitragen zu dürfen.

In diesem Sinne ist es mir eine besondere Ehre, mich bei allen Personen zu bedanken, die einen Beitrag zum Gelingen dieser Arbeit geleistet haben.

Bedanken möchte ich zu aller erst bei meinem Doktorvater Herrn Prof. Dr. med. Hans Förstl, den Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Technischen Universität München, für die Möglichkeit der Durchführung der Promotion an seinem Lehrstuhl.

Mein besonderer Dank gilt Herrn Dr. med. Michael Rentrop, Oberarzt und Leiter der Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Technischen Universität München, für die Bereitstellung des hochinteressanten Themas. Von der Planung der Studie bis hin zum Fertigstellen der Arbeit gewährte er mir jederzeit seine außerordentlich wertvolle Unterstützung. Bei aufkommenden Fragen konnte ich immer auf seine fachlich kompetente Hilfe zählen. Für das in mich gesetzte Vertrauen während dieser Zeit bin ich ihm zutiefst dankbar.

Die statistische Auswertung der Ergebnisse wäre ohne die kompetenten Ratschläge von Frau Diplom-Statistikerin Petra Wolf vom Institut für medizinische Statistik und Epidemiologie nicht möglich gewesen. Systematisch und stets geduldig brachte sie mir den Umgang mit dem Statistikprogramm bei. Dafür möchte ich mich bei ihr herzlich bedanken.

Abschließend geht mein Dank an meine liebe Familie. Hervorzuheben ist hierbei meine Mutter, die mich während der Zeit meines Medizinstudiums und der Anfertigung der Doktorarbeit nicht nur finanziell unterstützte, sondern auch stets motivierte, an meinem Weg festzuhalten und nie aufzugeben. Ohne ihre Unterstützung wäre ich nie soweit gekommen. „¡Muchas gracias por todo!“ Auch mein Bruder darf hier nicht unerwähnt bleiben, der mir die ganze Zeit über eine große Stütze war. Einen besonderen Dank möchte ich auch an meinen Vater richten, der dies leider nicht mehr miterleben kann, und dem ich aus diesem Grund diese Arbeit widmen möchte.

## 12 Lebenslauf

---

### Persönliche Daten

Name: Moritz Knappich  
Geburtsdatum: 9. November 1983  
Geburtsort: Starnberg

### Schule

09/1994 – 07/2001 Gymnasium Kempfenhausen  
09/2001 – 06/2002 Deutsche Schule Quito/Ecuador  
06/2002 Ecuadorianisches Abitur  
09/2002 – 06/2004 städt. Willi-Graf-Gymnasium München  
06/2004 Allgemeine Hochschulreife

### Ersatzdienst

10/2004 – 04/2005 Zivildienst beim Fahrdienst des Bayerischen Roten Kreuzes in Starnberg

### Studium

04/2006 – 04/2008 Humanmedizin (Vorklinik) an der LMU München und der TU München  
04/2008 1. Abschnitt der ärztlichen Prüfung  
04/2008 – 06/2012 Humanmedizin (Klinik) an der TU München  
06/2012 2. Abschnitt der ärztlichen Prüfung

### Famulaturen

10/2008 Innere Medizin – Asklepios Fachkliniken München-Gauting  
03/2009 Psychiatrie und Psychotherapie – Lech-Mangfall-Kliniken in Landsberg a. L.  
09/2009 – 10/2009 Gynäkologie und Geburtshilfe – Klinikum Starnberg  
09/2010 Allgemeinmedizin – Praxis Dr. Peter Kretschmar in München

### Praktisches Jahr

02/2011 – 06/2011 Innere Medizin – Krankenhaus der Barmherzigen Brüder München

06/2011 – 09/2011      Psychiatrie und Psychotherapie – Klinikum Rechts der Isar  
München  
10/2012 – 01/2012      Chirurgie – Hospital Civil de Guadalajara/Mexiko

**Promotion**

10/2009 – 04/2013      Promotion an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und  
Psychotherapie der TU München

**Assistenzarztweiterbildung**

seit 02/2013              Psychiatrie und Psychotherapie – Danuvius Klinik für  
Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik in  
Pfaffenhofen/Ilm

München, 15.05.2013