

# Ambulante Behandlung von Borderline- Persönlichkeitsstörungen, Therapie im Team

Symposium der Deutschen Psychotherapeuten  
Vereinigung  
am 25.06.2015 in Berlin

Hans Gunia  
Darmstadt

**Das  
Darmstädter  
DBT - Netzwerk**





Zunächst, was ist Borderline



# Borderline - Persönlichkeitsstörung

## - Diagnostische Kriterien nach DSM-IV -

- (1) Verzweifeltes Bemühen, ein reales oder imaginäres Alleinsein zu verhindern
- (2) Ein Muster von instabilen und intensiven zwischenmenschlichen Beziehungen, das sich durch einen Wechsel zwischen extremer Idealisierung und Abwertung auszeichnet

# Borderline - Persönlichkeitsstörung

## - Diagnostische Kriterien nach DSM-IV -

- (3) Identitätsstörung: eine ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder des Gefühles für sich selbst
  
- (4) Impulsivität in mindestens zwei potentiell selbstschädigenden Bereichen (z.B. Geld ausgeben, Sex, Substanzmißbrauch, rücksichtsloses Fahren, Fressanfälle)



# Borderline - Persönlichkeitsstörung

## - Diagnostische Kriterien nach DSM-IV -

- (5) Wiederkehrende Suiziddrohungen, Suizidandeutungen oder -versuche oder selbstschädigendes Verhalten
  
- (6) Affektive Instabilität, die durch eine ausgeprägte Orientierung an der aktuellen Stimmung gekennzeichnet ist: z.B. starke episodische Niedergeschlagenheit, Reizbarkeit oder Angst

# Borderline - Persönlichkeitsstörung

## - Diagnostische Kriterien nach DSM-IV -

- (7) Chronisches Gefühl der Leere
  
- (8) Unangemessene, starke Wut oder Schwierigkeiten, Wut oder Ärger zu kontrollieren (z.B. häufige Wutausbrüche, andauernder Ärger, wiederholte Prügeleien)
  
- (9) Vorübergehende, *stressabhängige* paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome



# Borderline-Persönlichkeitsstörung

## - Eckdaten -

- Prävalenz: 1.5% (70% der klinischen Pop. weibl.)
- Häufigkeit in Praxen: ca. 8 bis 11%
- Häufigkeit in Kliniken: ca. 14 bis 20%
- etwa 70% verletzen sich selbst
- Suizidrisiko: ca. 7%
- Suizidrate derjenigen, die sich selbst verletzen 10% bis 29%



# Borderline-Persönlichkeitsstörung

## - Eckdaten -

- direkte Kosten: ca. 3 Milliarden Euro jährlich (15% bis 24% der Kosten für stationäre Behandlung psychischer Störungen)

Jerschke, S., Meixner, K., Richter, H et al (1998) Zur Behandlungsgeschichte und Versorgungssituation von Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. Fortschr. der Neurologie und Psychiatrie

- 
- **Die ambulante Versorgung mit Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung in Deutschland ist suboptimal**



# Die ambulante Versorgung in Deutschland

- Eine Münchener Arbeitsgruppe verschickte eine repräsentativen Stichprobe 300 niedergelassener Münchener Psychotherapeuten eine Fallvignette einer Patientin mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung

# Ergebnisse

- Rücklaufquote 58%
- 22% der Befragten erklärten, keine Patienten mit einer BPS zu behandeln
- 66% der Befragten erklärten, Borderline-Patienten zu behandeln, derzeit aber über keine freien Kapazitäten zu verfügen
- 51% der Befragten empfahlen störungsspezifische Therapieverfahren
- Aber nur 3% verfügten über eine spezifische Zusatzqualifikation

Jobst, A, Hörz, S., Birkhofer, A., Martius, P. & Rentrop, M (2010) Einstellung von Psychotherapeuten gegenüber der Behandlung von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. Psychother Psych Med.



# Hochrechnung auf die Versorgung in Deutschland

- In Deutschland gibt es rund 23000 niedergelassene Psychotherapeuten (Quelle Webseite der KBV)
- Bei 80 000 000 Einwohner und bei einer Prävalenz von 1,5 % kommen 52 Patienten mit einer BPS auf einen Behandlungsplatz
- Zieht man die 22% der Behandler ab, die keine Patienten mit BPS behandeln, kommen 66 Patienten auf einen Behandlungsplatz

# Hochrechnung auf die Versorgung in Deutschland

- Zieht man in Betracht, dass 66% der Behandler keinen freien Platz haben, kommen 197 Patienten mit einer BPS auf einen freien Behandlungsplatz



# Belastungen für die Behandler

- Suizidalität 77%
- Autoaggressives Verhalten 58%
- Fremdaggressives Verhalten 51%

# Was ist notwendig für eine gute ambulante Versorgung von BPS-Patienten? (1)



„Borderline-Therapie alleine zu machen ist grob fahrlässig“

Marsha Linehan, Begründerin der DBT



## Was ist notwendig für eine gute ambulante Versorgung von BPS-Patienten? (2)

1. Fundierte Fortbildung in einem spezifischen Therapieverfahren
2. Gründung eines Netzwerkes von ambulanten Therapeuten (Minimum: 2 , besser 3 Personen, die gerne zusammen arbeiten)
3. Verpflichtung zur Zusammenarbeit nach einem bestimmten Therapiekonzept (z.B. DBT)
4. Hochfrequente regelmäßige Treffen (Konsultationsteam)
5. Zusammenarbeit des ambulanten Netzwerkes mit Selbsthilfegruppen, komplementären und stationären/teilstationären Einrichtungen

# Dialektisch Behaviorale Therapie

## - Standardbausteine -

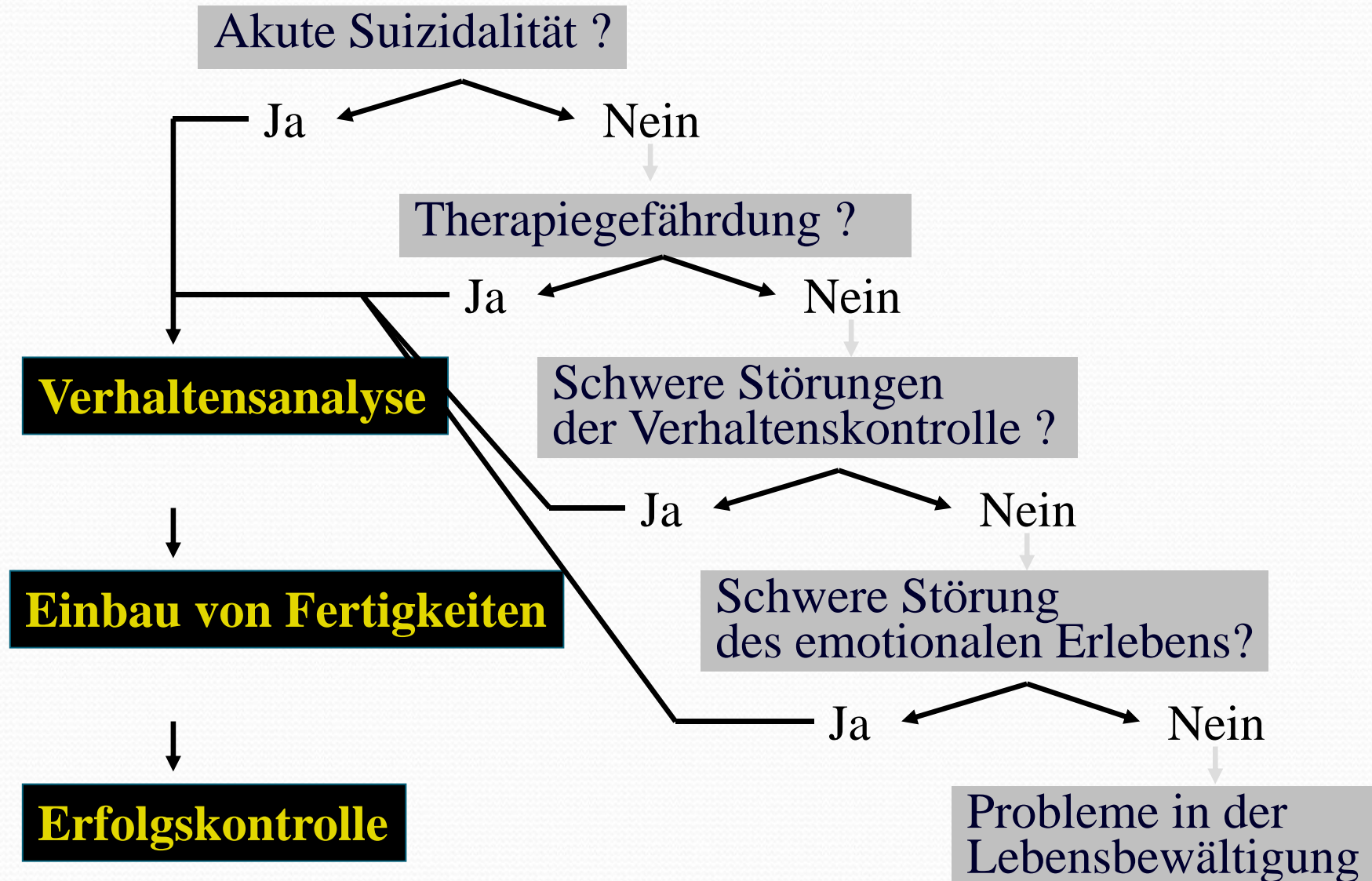
- Ambulante Einzel-Psychotherapie
- Ambulantes Skills-Training
- Therapeuten-Supervisionsgruppe

Telefonkontakte

- Ergänzende Behandlungen  
( z.B. Pharmakotherapie)

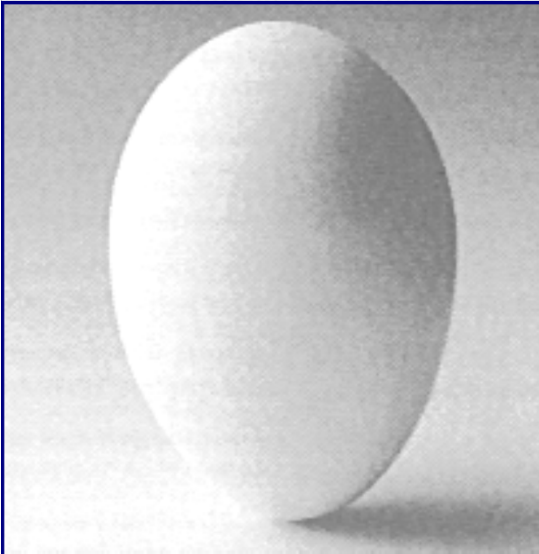


# Dialektisch Behaviorale Therapie - Wahl des Behandlungsfokus -



# Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Störung

nach Marsha M. Linehan



## Fertigkeitentraining



# Fertigkeitentraining

„Das Fertigkeitentraining ist der Ton, aus dem die Einzeltherapeutin und die Patientin eine Figur modellieren können“

1. Innere Achtsamkeit
2. Umgang mit Gefühlen
3. Stresstoleranz
4. Zwischenmenschliche Fertigkeiten
5. Selbstwert

# Ambulante DBT-Netzwerke in Deutschland (ohne Anspruch auf Vollständigkeit)

- Berlin (Praxen)
- *Bielefeld (IV?)*
- Darmstadt (Praxen)
- Frankfurt (Praxen u. PIA)
- Hamburg (MVZ)
- Mainz (VT-A-Institut)
- München (MVZ)
- Riedstadt (PIA)
- Weimar (TK u. PIA)
- Wiesbaden (TK, PIA, Praxen)



# Das Darmstädter DBT-Netzwerk

- Erster Workshop von Hans Gunia in Freiburg 1996
- Erster Workshop von Martin Bohus in Darmstadt 1997
- Netz gegründet 1997
- Zusammenarbeit auf kollegialer Basis /kein Chef
- Beteiligt sind mehrere psychologische und ärztliche Praxen

# Das Darmstädter DBT-Netzwerk

- Insgesamt 17 Therapeuten
- 14 Verhaltenstherapeuten
- 3 tiefenpsychologisch ausgebildete Kollegen
- 6 Männer
- 11 Frauen
- 2 ärztliche Psychotherapeuten
- 15 psychologische Psychotherapeuten



# Das Darmstädter DBT-Netzwerk

- 8 Therapeutinnen-Dropouts
- 11 Neuaufnahmen ins Therapeuten-Netzwerk
- 13 zertifizierte DBT-Therapeuten
- 2 zertifizierte DBT-Trainer
- 1 zertifizierter DBT Supervisor

# Das Darmstädter DBT-Netzwerk

- Telefonische Erreichbarkeit  $M= 9,9$  St.
- Subjektiv erlebter Stress  $M= 25$  (0 bis 43 sehr anstrengend)





# Setting im Juni 2015

- 1 Skillsgruppe mit 8 Patienten
- 1 gemischte Skillsgruppe
- 1 Skillsgruppe für Jugendliche
- 1 mal im Monat Intervision à 90 Minuten
- 1 mal im Monat Consulting Team
- 1-2 mal im Jahr eintägige Supervisionsworkshops mit einer Supervisorin aus Freiburg
- 2 mal pro Jahr verlängerte Intervisionstreffen
- Bei Bedarf Video-SV
- Durchlauf an Patienten bisher etwa 400

# Einstieg in unser Projekt

- Erstgespräch und Diagnoseerstellung bei einem Kollegen
- Warteliste (Zur Stunde etwa ein halbes Jahr).
- Ein Kollege nimmt die Patientin auf



# Anfangsphase Therapie

- Commitmentarbeit
- Zielplanung
- Commitment zur Forschung
- Therapievertrag
- Anamneseerhebung
- Antrag an MDK
- Verteilen an eine Skillsgruppe

# Mittlere Therapiephase

- Patientin hat gleichzeitig Einzel- und Gruppentherapie bei verschiedenen Therapeuten
- Die Therapeuten tauschen sich in der monatlichen Supervision aus
- Einzel- und Gruppentherapie werden aufeinander bezogen
- Bei Bedarf Telefonanrufe der Patientin



# Therapieende

- Die Therapie endet regulär mindestens nach zwei Jahren ( wenn Skillstraining zweimal durchlaufen ist)
- Wenn Therapieziel erreicht sind
- Die Therapie endet irregulär wenn die Patientin viermal hintereinander gefehlt hat
- Bei Bedarf Traumatherapie
- Abschlussdokumentation für den MDK

# Vernetzung in der Region

- 1999 bis 2001 Organisation von Fortbildungen für Kollegen von 2 in der Nachbarschaft liegenden PKH's und einer psychiatrischen Abteilung an einem Allgemeinkrankenhaus
- Gute Zusammenarbeit mit den umliegenden Krankenhäusern



# Vernetzung im Rhein-Main Gebiet

- 2007 erstes Rhein-Main-Netzwerktreffen in Darmstadt

# Wie kommen Patienten in unser Projekt?

- Durch Überweisung von Kollegen, Kliniken, sozialpsychiatrischen Dienste
- Über das Internet (Webseiten von Betroffenen, eigene Webseite)
- Durch Selbsthilfebücher
- Eigene Patienten



# Finanzierung

- Keine Regelfinanzierung
- Finanzierung (Kostenerstattung) im Einzelfall
- Spezieller Antrag, den die Kassen der Region an den MDK weiter leiten

# Ausblick Finanzierung

- Versuch der Finanzierung im Rahmen der Integrierten Versorgung war nicht erfolgreich
- Kooperation mit Institutsambulanzen rechtlich nicht möglich
- Alternative: Outsourcing der Skillsgruppen an Ausbildungsambulanzen oder sozialpsychiatrische Vereine



# Evaluation

- Das Projekt wurde wissenschaftlich zusammen mit der TU Darmstadt evaluiert.
- Die Daten sind veröffentlicht.

Friedrich, Gunia, Huppertz (2003) Evaluation eines ambulanten Netzwerkes für dialektisch behaviorale Therapie, VT&VM

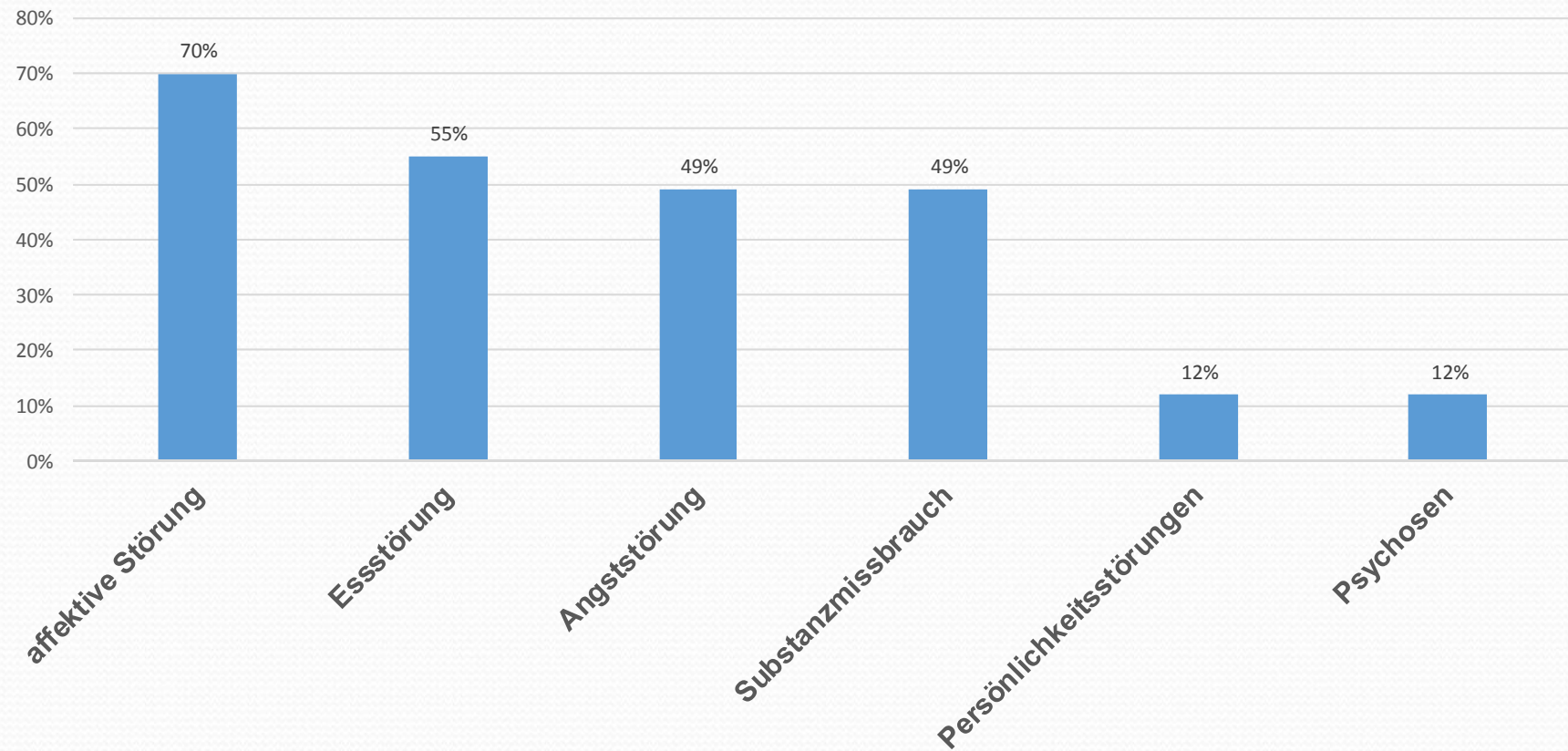
# Patienten

- 33 Pat. die in dem Jahr der Evaluation mit der Therapie begannen
- Bis zu 7 störungsbedingte Krankenhausaufenthalte
- Durchschnittliche Verweildauer:  $M = 24$  Wochen
- Ambulante psychotherapeutische Behandlungen: 91% (davon 30% mit 2-3 Therapieversuchen).



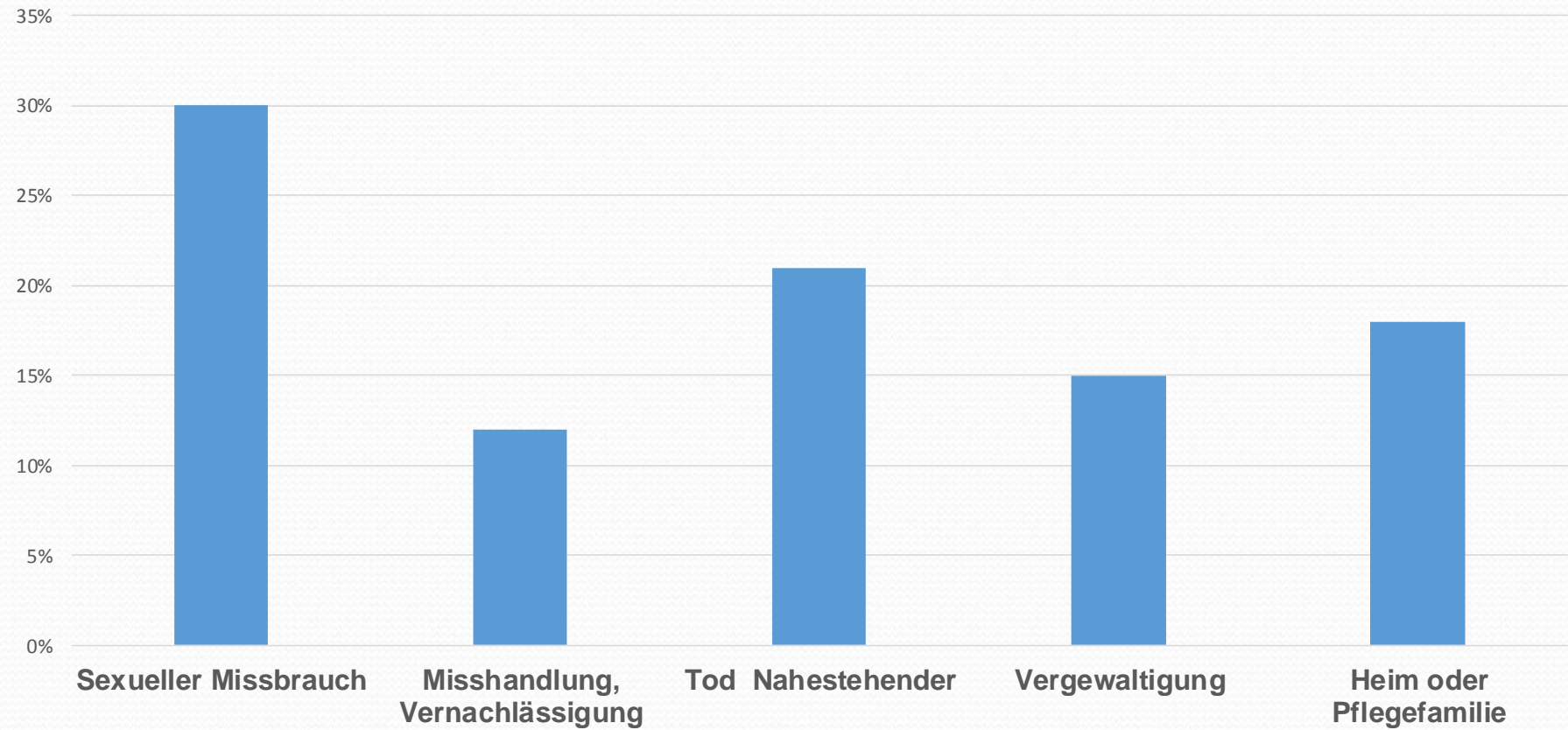
# Patienten

## Komorbiditäten



# Patienten

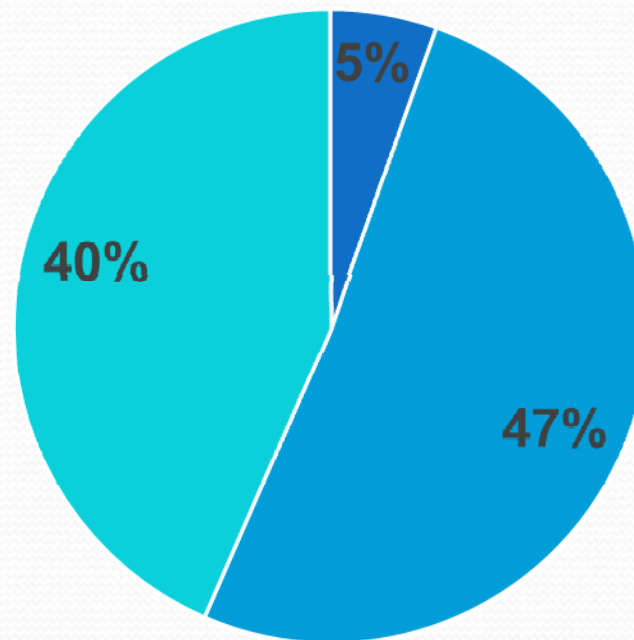
## Kritische Lebensereignisse





# Patienten

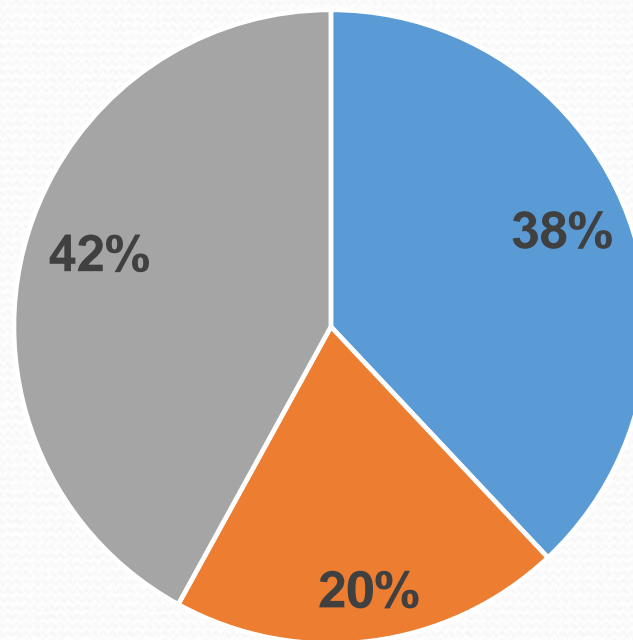
## Selbstverletzungen



■ Keine Selbstverletzungen   ■ ab und zu   ■ häufiger als 14tg

# Patienten

Anzahl der Suizidversuche



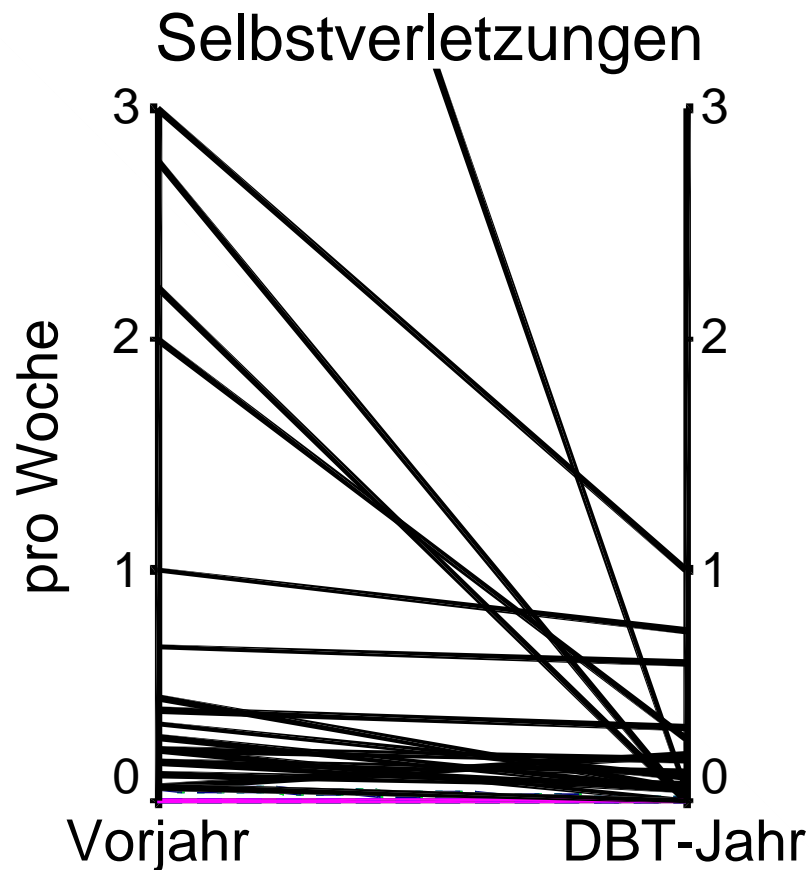
- 1-3 Suizidversuche
- mehr als 3 Suizidversuche
- keine Suizidversuche



# Evaluation

- Einjahresabbruchquote 12%
- Abnahme der Patientinnen mit Suizidversuchen von 36% der Patienten auf 6 % der Patienten
- Rückgang der Patienten, die sich selbst verletzten von 79% auf 48%
- Rückgang der Patienten, sie sich mindestens einmal wöchentlich verletzten von 17% auf 4%
- Rückgang der Dauer der stationären Aufenthalte von 2,57 auf 0,35 Wochen im Jahresmittel

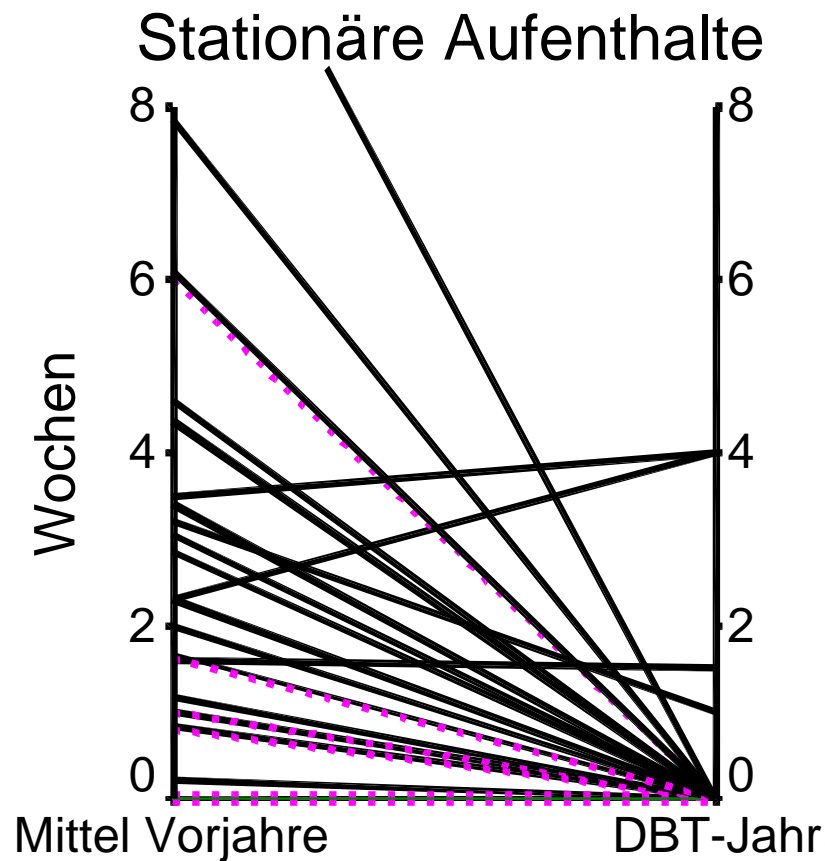
# Reduktion der Selbstverletzungen



- Links die Selbstverletzungsquote von 33 Patienten im Jahresmittel vor und während des ca. einjährigen Moduldurchlaufs.



# Reduktion der stationären Aufenthalte



- Links die jährliche Dauer ihrer stationären Aufenthalte im Mittel der Vorjahre im Vergleich zu ihrem ersten Jahr DBT

# Einsparungen Krankenhaus

- Kosten stationäre Behandlung  
 $33 \times 18 \text{ Tage} \times \text{Tagessatz } 351 \text{ €} = 208494 \text{ €}$
- Einsparungen 15,5 Tage stationäre Behandlung
- Das ergibt überschlagen auf die 33 Patienten der Stichprobe eine Summe von:
- $33 \times 15,5 \text{ Tage} \times \text{Tagessatz } 351 \text{ €} =$ 
  - **179536,5 €**



# Kosten DBT im ersten Jahr

$$33 \times 56,24\text{€} \times 42 \text{ Wochen} = 77948,64\text{€}$$

$$\underline{33 \times 36,00\text{€} \times 42 \text{ Wochen} = 49896,00\text{€}}$$

$$127844,64\text{€}$$

# Einsparungen

- Ersparnis  
 $179536,5\text{€} - 127844,64\text{€} = 51691,86\text{€}$   
pro Patient und Jahr 1566,42€
- Nicht enthalten sind Kosten, die durch Selbstverletzungen, Krankengeld und Therapieabbrüche verursacht wurden



- 
- Für einen investierten Euro werden 2 Euro gespart!

Wagner, Till et al (2013)


Krankheitskosten der Borderline Persönlichkeitsstörung aus gesellschaftlicher Perspektive

Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 2013, 42 (4), 242-255

# Was brauchen wir für die ambulante Versorgung?

- Eine einfache Abrechnung
- Möglichkeiten einer unkomplizierten Behandlung im Team
- Schlanke bürokratische Strukturen
- Flexible Behandlungskontingente



- 
- Herzlichen Dank an:
  - Meine Kollegen und Kolleginnen im Darmstädter DBT-Netzwerk
  - Dr. Jürgen Friedrich für die wissenschaftliche Evaluation
  - Martin Bohus, dass er die DBT nach Deutschland geholt hat
  - Dr. Christian Stiglmayr für die Evaluationsdaten aus Berlin