Integrierte Versorgung für Borderline-Patient*innen

Andreas Schindler · Pujan Neshatrooh · Katharina Krog

Online publiziert: 26. Oktober 2020
 © Der/die Autor(en) 2020

Zusammenfassung Zur Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) liegen mehrere evidenzbasierte Behandlungsmodelle vor. Die derzeitigen Versorgungsstrukturen werden dieser Patient*innengruppe aber so wenig gerecht, dass immer noch der größte Teil der in Deutschland für die BPS aufgewendeten Mittel in stationäre Kriseninterventionen fließt. Diese bleiben ebenso wie geplante stationäre Behandlungen oft Stückwerk, weil keine ambulante Anschlussbehandlung zustande kommt. Viele, gerade schwer kranke Patient*innen finden gar keine ambulante Behandlung. Sofern ambulante Psychotherapien zu Stande kommen, scheitern diese oft in Krisensituationen. Die in den Behandlungsleitlinien explizit empfohlenen integrierten und vernetzten Strukturen einer Komplexbehandlung fehlen bislang weitgehend. Eine Möglichkeit zur Verbesserung dieser Situation kann der Rückgriff auf Strukturen der Integrierten Versorgung (IV) sein, die konzeptuell störungsspezifisch ausgestaltet werden müssen.

Mit dem Hamburger Modell der Integrierten Versorgung – Borderline wurde ein DBT-basiertes, multimodales, langfristig angelegtes, krisenfestes Behandlungskonzept für die Behandlung von Patient*innen mit schwerer BPS entwickelt. Vordringliche Ziele sind die Förderung der funktionalen Selbstregulation, vor allem im Bereich der Emotionen, die Verbesserung der Lebensqualität, der Abbau selbstschädigenden Verhaltens und die Reduktion stationärer Kriseninterventionen. Zentrales Element dieses Konzeptes ist ein ambulantes, interdisziplinäres Team, das zugleich

IV-Team und DBT-Team ist. Dieses arbeitet in einem psychiatrischen Krankenhaus mit regionalem Versorgungsauftrag und nutzt dessen Strukturen.

Erste Evaluationsdaten weisen auf eine Verbesserung des Funktionsniveaus und eine deutliche Reduktion der BPS-Symptomatik hin. Außerdem verringerte sich die Zahl der stationären Krankenhaustage erheblich. Das Modell scheint in der Lage zu sein, schwer kranke Borderline-Patient*innen weitestgehend ambulant erfolgreich zu behandeln. Es könnte also dazu beitragen, die Fragmentierung der Behandlungsangebote für Borderline-Betroffene zu überwinden.

Schlüsselwörter Borderline Persönlichkeitsstörung · Integrierte Versorgung · DBT · Ambulante Therapie · Schwere psychische Erkrankung

Integrated care for borderline personality disorder

Summary Though several evidence-based models for treating borderline personality disorder (BPD) are available, the current health care system is insufficient for this group of patients. In Germany, the largest part of funds for BPS is still spent on emergency hospitalizations. While evidence-based treatments are offered in inpatient settings, we still lack outpatient treatments. Especially the severely mentally ill (SMI) do hardly find any outpatient treatment at all. Regular outpatient psychotherapy often fails due to the lack of a flexible crisis management. Treatment guidelines recommend integrated multidimensional and network structures, but these are almost non-existent. Integrated care (IC) offers these kind of treatment structures and it might be able to improve this situation. Originally IC has been used to treat psychoses. It has now been conceptually adapted for the treatment of BPS.

A. Schindler (✉) · P. Neshatrooh · K. Krog
 Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie,
 Integrierte Versorgung Borderline, Universitätsklinikum
 Hamburg-Eppendorf, Martinistraße 52, 20246 Hamburg,
 Deutschland
a.schindler@uke.de

The Hamburg-model of IC-Borderline is a DBT-based, multidimensional, long-term, crisis-proof treatment concept for the treatment of patients with severe BPD. It aims at promoting a more functional emotional self-regulation, at improving quality of life, at reducing self-harming behavior and at reducing inpatient crisis interventions. The core element of IC-Borderline is a multi-professional team that is an IC- as well as a DBT-team. Though patients are mainly treated in an outpatient setting, the team is located in a psychiatric hospital.

Initial evaluation data indicate an improvement of mental functioning and a reduction of BPD symptoms, such as suicidal and self-harming behavior. Furthermore, hospitalizations seem to decrease sharply. The model seems to be able to treat severely ill borderline patients successfully. It might help to overcome the fragmented treatment structures for borderline patients.

Keywords Borderline personality disorder · Integrated care · DBT · Outpatient treatment · Severe mental illness

Versorgungslage der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS)

Die Versorgungslage von Menschen mit BPS lässt sich aus Sicht der Patient*innen, der Behandler*innen und der Ökonomie betrachten. Schaut man auf die Seite der Patient*innen, so finden diese in Deutschland kaum Zugang zu ambulanten Behandlungsangeboten, insbesondere dann, wenn sie die Kriterien einer „schweren psychischen Erkrankung“ erfüllen. In akuten Krisensituationen sind sie in der Folge auf notfallmäßige Aufnahmen durch psychiatrische Kliniken angewiesen, wo sie sich meist auf nicht diagnosegerechten, unspezifischen Stationen wiederfinden. In diesem Rahmen erhalten sie in der Regel kurzfristige Kriseninterventionen, die auf die eigentliche Problematik nur begrenzt eingehen können. Erneuten krisenhaften Zuspitzungen kann so kaum vorgebeugt werden, es entwickelt sich vielmehr häufig ein „Dreh-tür-Effekt“ stationärer Aufnahmen. Bei einer Punkt-Prävalenz der Borderline-Störung von 0,8 bis 2,0 % (Lieb et al. 2004) und einer Lebenszeitprävalenz von 5,9 % (Grant et al. 2008) ist deutschlandweit von min. 656.000 Betroffenen auszugehen. Etwa ein Drittel von ihnen erfüllt die Kriterien einer „schweren psychischen Erkrankung“ (Lora et al. 2007). Dem steht gegenüber, dass es 2014 in Deutschland etwa 700 spezialisierte (teil-) stationäre Behandlungsplätze gab (Richter et al. 2014), was die langen Wartezeiten für Patient*innen und den Druck auf die Akutversorgung erklärt. Spezialisierte ambulante Behandlungsplätze sind nochmals erheblich seltener als stationäre (Richter et al. 2014). Zwar nimmt der Anteil störungsspezifisch ausgebildeter Psychotherapeut*innen und Psychiater*innen zu, die strukturellen Rahmenbedin-

gungen erschweren im niedergelassenen Bereich die Behandlung schwer kranker Borderline-Patient*innen aber erheblich. Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA) sind ein wichtiger Baustein der ambulanten Behandlung und potentiell eine zentrale Schnittstelle zwischen stationären und ambulanten Angeboten. Allerdings setzt deren Finanzierung der Behandlung schwer kranker, „betreuungsintensiver“ Patient*innen enge Grenzen. Bis heute liegen keine belastbaren Zahlen zu Borderline-spezifischen Behandlungsangeboten in PIAs vor.

Aus Sicht der Behandler*innen ist die Borderline-Störung zwar komplex und klinisch herausfordernd, inzwischen aber durchaus erfolgversprechend behandelbar. Es liegen vier nachgewiesene wirksame psychotherapeutische Ansätze vor und Verlaufsstudien berichten erhebliche Remissionsraten (Zanarini et al. 2016). Bei einer störungsspezifischen und evidenzbasierten Behandlung besteht also Grund zum Optimismus. Dabei erscheint es weniger entscheidend, ob diese ambulant oder stationär erfolgt (Stiglmayr und Gunia 2017). Wichtiger ist die langfristige Behandlungskontinuität, weshalb die S2-Leitlinien eine Vernetzung bestehender Angebote und die Entwicklung von Modellen der Integrierten Versorgung empfehlen (Renneberg et al. 2010). Es haben sich in Deutschland an einigen Orten regionale DBT-Netzwerke gebildet (vgl. Stiglmayr, in diesem Heft), eine bundesweite Abdeckung ist aber noch in weiter Ferne.

Aus ökonomischer Sicht ist zu konstatieren, dass Menschen mit BPS 15 % aller stationär psychiatrischen Behandlungsfälle bilden, aber mit durchschnittlich 70 stationären Behandlungstagen p.a. für 25 % der Gesamtkosten dieser Behandlungen verantwortlich sind (Bohus 2007). Dabei entfallen 70 % der stationären Behandlungskosten der BPS auf Kriseninterventionen und nur 30 % auf stationäre Psychotherapie. Ambulante Therapien machen gerade einmal ein Zehntel der stationären Behandlungskosten aus (Wagner et al. 2013).

Die Behandlung schwerer Borderline-Störungen erfordert störungsspezifische, evidenzbasierte, langfristig angelegte und krisenfeste Behandlungsangebote. Gemessen an diesen Anforderungen zeigt sich bis heute in Deutschland eine ökonomische und inhaltlich-therapeutische Fehlsteuerung (Schindler et al. 2017, 2016). Die unter den gegebenen Bedingungen unvermeidlichen Krisenaufenthalte erzeugen extrem hohe Kosten, sind aber kaum in der Lage, mit den Betroffenen therapeutische Fortschritte zu erzielen. Dagegen herrscht vor allem im ambulanten Bereich ein eklatanter Mangel an spezialisierten, evidenzbasierten Behandlungsangeboten. Auch die notwendige Vernetzung und Integration unterschiedlicher Angebote ist noch kaum entwickelt.

Integrierte Versorgung (IV) für Menschen mit schwerer BPS

Das Konzept der IV-Borderline soll hier kurz umrissen werden. Eine ausführliche Darstellung findet sich bei Krog et al. (2020). Modelle der Integrierten Versorgung nach § 140 SGB V für „schwer psychisch kranke Patient*innen“ sind in den letzten Jahrzehnten vor allem für Menschen mit psychotischen und affektiven Erkrankungen entwickelt worden (Schmid et al. 2013). Eine Vorreiterrolle nimmt das gut evaluierte und frequentierte Hamburger Modell der IV-Psychose ein (Lambert et al. 2014). Dieses über Fallpauschalen finanzierte Modell bietet ein umfassendes Case Management, psychiatrische, psycho- und sozialtherapeutische, bei Bedarf aufsuchende Behandlung, eine permanente Erreichbarkeit und die Möglichkeit zu ambulanter und bei Bedarf auch stationärer Krisenintervention. Borderline-Patient*innen unterscheiden sich in ihrer Problematik, ihren Interaktionsmustern und ihrem Hilfesuchverhalten sehr deutlich von Psychose-Patient*innen und lassen sich in deren Behandlungsmodelle nicht erfolgreich integrieren (Horvitz-Lennon et al. 2009). Bislang wurden kaum störungsspezifische IV-Modelle entwickelt. Lediglich zwei kleine amerikanische Pilotstudien geben erste Hinweise darauf, dass eine dialektisch-behaviorale Therapie (DBT; Linehan et al. 2015) mit der umfassenden, IV-artigen Struktur eines Assertive Community Treatment (ACT) zu einer Verbesserung von Lebenszufriedenheit und beruflicher Funktionsfähigkeit sowie zu einer deutlichen Reduktion von stationären Behandlungstagen führen kann (Cunningham et al., 2004; American Psychiatric Association 1998). Einige weitere Projekte firmieren unter dem Label „IV“, weisen aber bei weitem nicht die nach § 140 SGB geforderten und im funktionalen Basismodell ausformulierten Strukturen auf (Steinhart und Wienberg 2016).

Die zentrale Struktur der IV-Borderline ist ein multiprofessionelles, ambulantes IV-Kernteam, das zugleich IV-Team und DBT-Team ist. Dieses Team gewährleistet eine langfristige, intensive und bei Bedarf nachgehende Komplexbehandlung mit umfassendem Case Management, multimodaler psychotherapeutischer und psychiatrischer Behandlung sowie abgestuften Möglichkeiten der Krisenintervention. Es ist zentral in einem psychiatrischen Krankenhaus mit regionalem Versorgungsauftrag angesiedelt und kann auf dessen ambulante und stationäre Strukturen zurückgreifen. Finanziert wird die Behandlung über pauschalisierte Direktverträge mit einer Reihe von Krankenkassen (bisher DAK, IKK Classic, HEK, AOK-Hamburg-Rheinland, Barmer, BKK-Mobil-Oil). Die Pauschale orientiert sich an den bisherigen Behandlungskosten der Patient*innengruppe und deckt alle ambulanten und stationären psychotherapeutischen und psychiatrischen Behandlungen ab.

Inhaltliche Basis ist die DBT (Linehan et al. 2015; Bohus und Wolf-Arehult 2018; Stiglmayr und Gunia

2017), der gegenwärtig am weitesten verbreitete Behandlungsansatz mit der robustesten Evidenz. Mit ihren klaren Rahmenbedingungen und ihrem Fokus auf Reduktion dysfunktionalen Verhaltens ist sie gerade für schwer erkrankte Borderline-Patient*innen gut geeignet. Die DBT ist für einen psychotherapeutischen Ansatz bereits sehr umfangreich konzipiert und vereint verschiedene Behandlungselemente. Dennoch stellt das Konzept der IV-Borderline eine erhebliche strukturelle Erweiterung dar, vor allem in Hinblick auf mögliche Behandlungssettings, sozialpsychiatrische und über die DBT hinausgehende psychotherapeutische Elemente. Im Vergleich mit bisherigen sozialpsychiatrischen Angeboten stellt es eine Erweiterung im Sinne einer dringend notwendigen störungsspezifischen Behandlung der BPS dar.

Die IV-Borderline entspricht strukturell den Rahmenbedingungen des Hamburger Modells der IV-Psychose, ist aber inhaltlich auf die Behandlung volljähriger Borderline-Patient*innen zugeschnitten, die die Kriterien einer „schweren psychischen Erkrankung“ erfüllen. Diese Patient*innen weisen einen GAF-Wert (Global Assessment of Functioning Scale; American Psychiatric Association 2013) von 30–50 auf, leiden also unter einer sehr ernsthaften Symptomatik und einer starken Beeinträchtigung des Funktionierens in mehreren Bereichen ihres Alltags. Das Vorliegen und die Mitbehandlung weiterer komorbider psychiatrischer Erkrankungen ist die Regel. Allerdings sollte die Borderline-Störung im Vordergrund stehen. Das Konzept richtet sich an eine Klientel, die mit bisherigen ambulanten Angeboten nicht oder nur sehr unzureichend erreichbar ist und daher unter bisherigen Bedingungen stationär behandelt werden muss. Unter intensiv-ambulanten IV-Bedingungen sollte das Prinzip „ambulant vor stationär“ sowohl aus Sicht der Behandler*in als auch aus der Patient*in sinnvoll und umsetzbar sein.

Übergeordnete Ziele der Behandlung sind die Förderung funktionalen Verhaltens, die bessere Bewältigung von Krisen sowie die Reduktion stationärer Aufenthalte. Stationäre Krisenaufnahmen sollen nach Möglichkeit vermieden werden, sind aber nicht ausgeschlossen. Stationäre psychiatrische oder psychosomatische Behandlungen in anderen Krankenhäusern sind im IV-Vertrag nicht möglich. Die Patient*innen müssen in räumlicher Nähe der Klinik wohnen, sodass sie diese auch in Krisen erreichen können und bei Bedarf auch eine aufsuchende Behandlung möglich ist.

Personell besteht das IV-Kernteam aus Psychotherapeut*innen, Psychiater*innen und Sozialpädagog*innen. Die Behandlung erfolgt im doppelten Bezugstherapeutesystem, sodass Vertretungen während Urlaubs- und Krankheitszeiten möglich sind. Zahlenmäßig sind die Psychotherapeut*innen aufgrund des psychotherapeutischen Kerns der Behandlung am stärksten vertreten. Um eine sachgemäße pharmakologische Behandlung sicherzustellen, sind

Psychiater*innen fester Bestandteil des IV-Kernteam und es besteht eine enge Kooperation mit niedergelassenen Psychiater*innen. Ebenso unverzichtbar sind Sozialpädagog*innen als Teil des IV-Kernteam. Da die Betroffenen oft in prekären sozialen Verhältnissen leben, stellt die sozialpädagogische Unterstützung in vielen Fällen erst die Lebensgrundlagen sicher. Mit weiteren relevanten Personen und Institutionen (sozialpädagogische und rechtliche Betreuer*innen etc.) wird eng zusammengearbeitet.

Therapeutisches Konzept der IV-Borderline

Grundprinzipien

Die Behandlung in der IV-Borderline orientiert sich an den Bedürfnissen schwer kranker Borderline-Patient*innen. Diesen bietet sie eine möglichst weitgehend ambulante, intensive, multimodale und langfristig angelegte Behandlung. Ein zentraler Aspekt ist dabei die Krisenfestigkeit des Angebotes. Krisen sollen möglichst präventiv vermieden werden und wo sie auftreten, sollen sie bewältigt werden können. Störungsspezifische Grundlage der Behandlung ist die DBT (Linehan et al. 2015; Bohus und Wolf-Arehult 2018) mit ihren fünf Grundpfeilern aus ambulanter Einzel- und Gruppentherapie, Telefoncoaching, Notfallbereitschaft, Supervision und dem Konsultationsteam.

Vor allem im Konsultationsteam, der wöchentlichen Behandlungskonferenz mit allen beteiligten Berufsgruppen, dem „Herzstück der DBT“ (Stiglmayr und Gunia 2017), wird das IV-Kernteam zum DBT-Team, das alle Patient*innen gemeinsam behandelt (Sayrs und Linehan 2019). Übergeordnet geht es darum, die bestmögliche Behandlungsqualität und eine Entlastung der Behandler*innen zu erreichen. In seiner hochstrukturierten Form hilft es bei der Komplexitätsreduktion der meist herausfordernden Einzelfälle.

Darüber hinaus ist die Ressourcenorientierung ein Grundprinzip der IV-Borderline. So nimmt neben der Reduktion von Problemverhalten und Psychopathologie die Arbeit an der Identifikation und dem Aufbau von Ressourcen eine wichtige Rolle ein. Eine Grundannahme der DBT betont, dass Borderline Betroffene in jeder Situation bereits tun, was ihnen möglich ist (Linehan et al. 2015). Würden ihnen alternative Verhaltensweisen zur Verfügung stehen, so würden sie ihre Probleme in anderer Weise lösen. Die Haltung soll dabei helfen, immer wieder das unglaubliche Bemühen der Patient*innen zu würdigen, jeden Tag ihren kaum erträglichen Alltag zu meistern und sich immer neuen herausfordernden Situationen zu stellen.

Verlauf der Behandlung

Der Erstkontakt der Patient*innen mit der IV-Borderline findet in der Regel aus einem stationären

Aufenthalt heraus statt, manchmal aber auch aus einem ambulanten Setting heraus oder von extern. In einem Informationsgespräch wird die Patient*in ausführlich zu Ablauf und Rahmenbedingungen der angebotenen Behandlung aufgeklärt und das Vorliegen der Einschlusskriterien überprüft. Bei beidseitiger Zustimmung kann die Patient*in in die Therapieeingangsphase starten. Diese umfasst in der Regel fünf Sitzungen, kann jedoch auf maximal drei Monate ausgedehnt werden. Es erfolgt eine ausführliche symptomorientierte und biographische Anamnese, mit Hilfe von Verhaltensanalysen werden in der Folge erste Ideen zum Erklärungsmodell entwickelt und Ziele für die Behandlung abgeleitet. Im Fokus der Therapieeingangsphase steht begleitend der Aufbau eines tragfähigen, akzeptierenden und veränderungsorientierten Therapiebündnisses sowie die Überprüfung und Stärkung des Commitments. Gemeinsam werden der Therapie- und Lebensvertrag durchgegangen und ggf. weitere ergänzende Therapievereinbarungen wie ein Antiaggressions- oder Abstinenzvertrag ausgehandelt. Die Eingangsphase wird abgeschlossen durch den Besuch der Patient*in in der Behandlungskonferenz, in der sie, unterstützt durch ihre Bezugstherapeut*in, die erarbeiteten Ziele und Vereinbarungen vorstellt. Hier wird über die Aufnahme in die eigentliche Behandlung entschieden und der Behandlungsvertrag unterzeichnet. Um ein möglicherweise noch ausbaufähiges Commitment zu fördern, können eine Probezeit oder auch weitere Bedingungen vereinbart werden, an die die Weiterbehandlung gekoppelt wird. In der Regel starten die Patient*innen nach der Teamvorstellung in die eigentliche Behandlung.

Neben der individuellen Einzeltherapie nimmt jede Patient*in an einem DBT-Skilltraining teil (Bohus und Wolf-Arehult 2018). Es werden verschiedene Formate angeboten: eine Einsteiger-, eine Standard- und eine weitmächtig stattfindende Refreshergruppe. Nach Absolvieren des Skilltrainings können optional weitere störungs- und themenspezifische Gruppenangebote innerhalb oder außerhalb der Klinik wahrgenommen werden. Nach einem Jahr erfolgt mit der Patient*in im Team ein erstes Bilanzgespräch, in dem die erreichten Fortschritte gewürdigt und die Therapieziele für den weiteren Verlauf angepasst, gleichzeitig jedoch auch innere Hürden kritisch reflektiert werden. Der Erstvertrag mit den Krankenkassen umfasst eine zweijährige Behandlung, über eine Verlängerung wird in einem erneuten Bilanzgespräch entschieden. Kriterien für eine Verlängerung sind die aktive Veränderungsmotivation der Patient*in und die Frage, wie gut diese vom vorgehaltenen Konzept profitiert. In der Regel erfordert die Behandlung der schwer erkrankten multimorbiden Patient*innen eine langfristige therapeutische Anbindung.

Im Verlauf der Behandlung ist die Zuordnung zu zwei unterschiedlichen Behandlungsstatus möglich – dem Status „IV-Therapie“ oder „IV-Basis“. Der Status „IV-Therapie“ ermöglicht das volle, engmaschige und

intensive DBT-basierte Therapieprogramm. Im Rahmen des Status „IV-Basis“ finden weitmaschigere motivationsfördernde Gespräche, aber keine Psychotherapie im engeren Sinne statt. Der Status „IV-Basis“ bietet dem Team die Möglichkeit, im Sinne der dialektischen „Wippe“ auf länger andauernde Commitmentprobleme der Patient*in zu reagieren. Angestrebt wird dabei immer die Rückkehr in den Status „IV-Therapie“. Der Status „IV-Basis“ ist zudem eine häufig genutzte Option für spätere Phasen der Behandlung. Nach Erreichen der wesentlichen Therapieziele ist es möglich, die IV-Borderline als weitmaschigen Krisenrückhalt zu nutzen. Erste Erfahrungen zeigen jedoch, dass im Gegensatz zu oft sogar jahrzehntelanger Betreuung von Betroffenen im Rahmen der IV-Psychose, bei Borderline-Patient*innen ein Abschluss der Behandlung mit Remission realistisch ist. Häufig entwickelt sich auch bei den Patient*innen im Verlauf der Wunsch, sich vom Versorgungssystem zu lösen.

Krisenmanagement

Ein übergeordnetes Ziel der IV ist eine bessere Bewältigung von Krisen und eine Reduktion stationärer Kriseninterventionen. Hierzu wird frühzeitig mit jeder Patient*in ein detaillierter, individueller Krisenplan und ein Notfallkoffer mit individuellen Skills erarbeitet. Solange die Bewältigungsmöglichkeiten der Patient*in nicht ausreichen, können neben ambulanten Kriseninterventionen mit engmaschiger Behandlung, Telefoncoaching und permanenter Erreichbarkeit der Klinik auch (teil-) stationäre Kriseninterventionen durchgeführt werden. Krisen mit stationärer Behandlungsbedürftigkeit sind kein Ausschlussgrund, vielmehr ist deren Bewältigung und Reduktion in Kooperation mit den entsprechenden Stationen ein zentraler Teil des Konzeptes.

Erste klinische Erfahrungen und Evaluationsdaten

Die ersten klinischen Erfahrungen mit dem Konzept der IV-Borderline sind vielversprechend. Die Möglichkeit, die Behandlung nach dem initialen stationären Aufenthalt unmittelbar und mit einem abgestimmten Konzept ambulant fortzusetzen, scheint die Patient*innen zu entlasten und therapeutische Fortschritte zu ermöglichen, die sich bisher so nur schwer erzielen ließen. Ein Großteil der im weiteren Verlauf aufgetretenen Krisensituationen ließ sich mit intensiver ambulanter Behandlung auffangen. Stationäre Kriseninterventionen waren manchmal unverzichtbar, ließen sich aber in ihrer Häufigkeit und Dauer sehr reduzieren. Auf Seiten der Therapeut*innen ist spürbar, wie herausfordernd und zugleich bereichernd die ambulante Behandlung schwer kranker Borderline-Patient*innen sein kann. Eine gute Selbstfürsorge, Supervision und eine enge Zusammenarbeit im Team sind unerlässlich. Auch die Möglichkeit,

Patient*innen im Extremfall stationär aufnehmen zu können, sorgt für eine spürbare Erleichterung der Therapeut*innen.

Eine laufende prospektive Evaluationsstudie mit parallelisierter Kontrollgruppe vergleicht 50 IV-Patient*innen mit 50 TAU-Patient*innen („treatment as usual“) über eine Laufzeit von zwei Jahren, mit einer Katamnese nach weiteren 24 Monaten. Eine erste Betrachtung der ersten $N=32$ IV-Patient*innen der Stichprobe zeigt eine verhältnismäßig junge ($M=25,6$, $SD=6,1$) und mehrheitlich weibliche (87,5%) Klientel. Das Funktionsniveau ist bei Aufnahme mit dem von stationären Patient*innen vergleichbar (Global Assessment of Functioning Scale; American Psychiatric Association 2013; GAF: $M=38,5$, $SD=5,1$). Die Stichprobe zeichnet sich zudem durch wiederholte, stationäre Aufenthalte in der Vorgeschichte aus. So umfasste dies in den zwei Jahren vor Studienbeginn durchschnittlich $M=86,7$ ($SD=113,3$) stationäre Behandlungstage und durchschnittlich $M=22,6$ ($SD=83,3$) teilstationäre Behandlungstage. Diese Werte entsprechen der Datenlage zu anderen schwer beeinträchtigten Borderline-Patient*innen. Selbstverletzendes Verhalten zeigen 87,5% der Patient*innen (davon 81,4% mittel- bis schwergradig), Suizidgedanken berichten 90,6%, bei einer Suizidversuchs-Rate von 50%. Im Achse-I-Bereich präsentieren 75% der Teilnehmer*innen komorbid affektive Störungen, 50% Störungen im Substanzgebrauch, 38,5% Essstörungen und 34,6% Störungen aus dem Formenkreis der Traumafolgestörungen, Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen. Im Schnitt besteht komorbid eine weitere Achse-II-Störung, wobei hier die ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung mit 43,8% am häufigsten vertreten ist.

Die erste Analyse der Verlaufsdaten in der IV-Gruppe zeigt einen fortlaufenden Anstieg des psychischen Funktionsniveaus (GAF). Bei einem durchschnittlichen Ausgangswert von 38,5 ($SD=5,1$) stieg dieser nach zwei Jahren auf durchschnittlich 52,7 ($SD=9,8$) an. Während sich die Borderline-Symptomatik (Borderline Symptom List-23; Bohus et al. 2009) anfangs bei durchschnittlich $M=50,3$ ($SD=18,7$) befand, sank diese nach zwei Jahren auf durchschnittlich $M=32,7$ ($SD=22,2$) ab. Bemerkenswert war zudem eine deutliche Reduktion der (teil-)stationären Behandlungstage. Zum aktuellen Zeitpunkt stehen die Daten der Kontrollgruppe noch aus. Die berichteten Daten sind daher noch nicht belastbar, auch wenn die erste Tendenz sehr vielversprechend ist.

Fallbeispiel Frau A. (ein ausführlicheres Fallbeispiel zu detaillierten Illustration des therapeutischen Vorgehens findet sich bei Krog et al. 2020)

Frau A., 24 Jahre, wird mit einer Tabletten- und Alkoholintoxikation zum wiederholten Male in die Notaufnahme gebracht, nachdem ihr Partner eine Tren-

nung angedroht hatte. Nach körperlicher Stabilisierung wird sie für eine zweiwöchige Krisenintervention auf die Borderline-Station übernommen. Es wird ein Informationsgespräch mit einer IV-Mitarbeiterin geführt. Hier ist die Patientin zunächst sehr angespannt und zittrig, schafft es aber, sich über ihren gewinnenden, „schwarzen“ Humor etwas zu beruhigen und kommt dann zeitweise mit der Mitarbeiterin gut in den Kontakt. Der Verdacht auf das Vorliegen einer BPS wird bestätigt, zudem wird eine rezidivierende depressive Störung und eine PTBS diagnostiziert. Sie wohnt hinreichend nah an der Klinik, um diese auch im Krisenfall erreichen zu können. Unklar ist zunächst noch ihre aktive Änderungsmotivation. Nach etwas Bedenkzeit entscheidet sich Frau A. für die IV-Borderline und startet in die Therapieeingangsphase.

Der Aufbau einer vertrauensvollen und tragfähigen therapeutischen Beziehung ist mühsam und langwierig. Ihre Einzeltherapeutin entwickelt mit ihr ein individuelles Erklärungsmodell sowie eine konkrete Vorstellung einer konstruktiven Veränderung, eines neuen Weges hin zu positiven Zielen und stärkt so die Motivation. Nachdem sich Frau A. mit ihren Problemen und Zielen im Team vorgestellt und bezüglich ihres Commitments überzeugt hat, werden Lebens- und Therapievertrag unterschrieben. Nun beginnt die eigentliche Therapie.

In der Sozialanamnese der Sozialpädagogin stellt sich heraus, dass ihre Ausbildung aufgrund interaktioneller Konflikte gekündigt worden war. Sie hat es bislang nicht geschafft, sich arbeitslos zu melden, so dass akute Mittellosigkeit droht. Sie benötigt wohlwollende Impulse, schafft es dann aber, diese Angelegenheiten eigenständig zu regeln. Zu Beginn der Therapie ist an einen beruflichen Wiedereinstieg noch nicht zu denken. Im weiteren Verlauf entwickelt Frau A. jedoch mit der Sozialpädagogin schrittweise die Perspektive einer ambulanten beruflichen Reha, mit der ihr später der Wiedereinstieg gelingt.

Zu Beginn der Behandlung wird gemeinsam mit der Psychiaterin des Teams die bisherige Medikation überprüft. Sie hatte ihre Medikamente unregelmäßig genommen, immer wieder Tabletten gesammelt und sich schließlich wiederholt überdosiert. Zudem hatte sie einen episodischen, aber schweren Missbrauch von Alkohol und Amphetaminen betrieben. Es wird vereinbart, das Benzodiazepin wegen des Abhängigkeitspotenzials und das Antidepressivum wegen unzureichender Wirksamkeit abzusetzen und das Neuroleptikum in niedriger Dosierung als Bedarfsmedikation zu belassen. Nach intensiver Reflexion des Pro und Kontra entscheidet sie sich dazu, ihre restlichen Medikamente zu entsorgen. Künftig werden ihr nur geringe Mengen mitgegeben. Sowohl der Druck in Richtung Überdosierung als auch der Substanzmissbrauch und der Drang zu Selbstverletzung werden in ihr Wochenprotokoll aufgenommen.

Im Fokus der Einzeltherapie steht zunächst die Erarbeitung eines Krisenplans mit Frühwarnzeichen, ei-

ner Skillkette und einem konkreten Vorgehen für den Notfall. Anti-Craving-Skills der DBT-Sucht werden integriert. Nach einigen Wochen kann Frau A. zusätzlich mit der Skillsgruppe beginnen. Es kommt hier zu therapieschädigendem Verhalten in Form von Ausfallterminen sowie Beschimpfungen des Therapeuten und anderen Gruppenteilnehmerinnen. Die Gruppe falle ihr schwer, da sie Angst vor Konflikten mit anderen Teilnehmerinnen hat und darauf unter Druck aggressiv reagiert. Mit einer dialektischen Mischung aus Verständnis für ihre Befürchtungen und der gleichzeitigen Forderung nach einer verlässlichen und friedlichen Teilnahme als Voraussetzung für den neuen Weg gelingt es, sie in der Gruppe zu halten. Im Verlauf kann sie ihre Befürchtungen bewusst überprüfen und bringt sich zunehmend aktiver in die Gruppe ein.

Im Mittelpunkt der Einzeltherapie steht inzwischen immer wieder die On-Off-Partnerschaftsproblematik, die in der Vergangenheit wiederholt zu schweren Krisen geführt hat. Zugrundeliegende primäre Gefühle von Traurigkeit und Einsamkeit können ebenso herausgearbeitet werden wie die Grundannahmen, sich nicht auf andere verlassen zu können und keine Schwäche zeigen zu dürfen. Frau A. übt sich angeleitet in Achtsamkeit, Selbstmitgefühl und neuen Umgangsformen zum Ausdruck eigener Gefühle. Durch ein kontingentes Vorgehen in der Therapie schafft es Frau A., das selbstverletzende Verhalten zu reduzieren und weiteren suizidalen Krisen vorzubeugen, bis eine weitere Trennungssituation zu einem Rückfall in alte Verhaltensmuster führt. Es kommt zu einer erneuten suizidalen Krise, die sich so zuspitzt, dass die Absprachefähigkeit im ambulanten Setting nicht mehr gegeben ist und eine kurzfristige stationäre Krisenintervention erfolgen muss. Innerhalb von drei Tagen kann sich Frau A. auf der Station soweit stabilisieren, dass eine ambulante Weiterarbeit möglich wird. Im weiteren Verlauf hat Frau A. ausreichende Skills zur Verfügung, so dass keine weiteren Aufnahmen nötig werden.

Nach etwa einem Jahr kann sie langsam etwas mehr innere und äußere Distanz zu ihrem Partner aufbauen. Schließlich beendet sie von sich aus die Beziehung. Im Zuge dessen werden die traumatischen Hintergründe dieses Beziehungsverhaltens deutlich, die starken Affekte von Scham und Schuld, die Lähmung und Dissoziation in triggernden Situationen sowie die zu negativen Glaubenssätzen geronnenen Drohungen der Täter, für den Fall, dass sie sich distanzieren sollte. Schrittweise wird es im Rahmen der ambulanten Therapie möglich, traumafokussiert zu arbeiten, wonach Frau A. deutlich profitiert.

Jährlich finden Bilanzgespräche im Rahmen erneuter Teamvorstellungen statt. Hier werden erreichte Fortschritte, innere und äußere Hürden und weitere Therapieziele reflektiert. Nach einem Jahr ist die Behandlung noch in vollem Gange. Nach zwei Jahren jedoch ist ein deutlicher Fortschritt sichtbar, sodass sie nach drei Jahren keine konkreten Veränderungs-

ziele mehr benennt. Mit Ausnahme von zwei kleineren Krisensituationen, in denen sie engmaschigere Termine bekommt, wird sie im folgenden Jahr nur noch monatlich gesehen. Danach sind sich Frau A. und das Team sicher, dass die Behandlung beendet werden kann.

Funding Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

Interessenkonflikt A. Schindler, P. Neshatrooh und K. Krog bestätigen, dass kein Interessenkonflikt besteht.

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

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

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

Literatur

- American Psychiatric Association (1998). Gold Award: Integrating dialectical behavioral therapy into a community mental health program. *Psychiatric Services*, 49(10), 1338–1340.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5. Aufl.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bohus, M. (2007). Zur Versorgungssituation von Borderline-Patienten in Deutschland. *Persönlichkeitsstörungen: Theorie und Therapie*, 11(3), 149–153.
- Bohus, M., & Wolf-Arehult, M. (2018). *Interaktives Skillstraining für Borderline-Patienten* (2. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.
- Bohus, M., Kleindienst, N., Limberger, M. F., Stieglitz, R. D., Domsalla, M., Chapman, A. L., Steil, R., Philipsen, A., & Wolf, M. (2009). The short version of the Borderline Symptom List (BSL-23): development and initial data on psychometric properties. *Psychopathology*, 42(1), 32–39.
- Cunningham, K., Wolbert, R., & Lillie, B. (2004). It's about me solving my problems: clients' assessments of dialectical behavior therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11(2), 248–256. [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(04\)80036-1](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(04)80036-1).
- 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. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(4), 533–545. <https://doi.org/10.4088/JCP.v69n0404>.
- Horvitz-Lennon, M., Reynolds, S., Wolbert, R., & Witheridge, T. F. (2009). The role of assertive community treatment in the treatment of people with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 12(3), 261–277. <https://doi.org/10.1080/15487760903066446>.
- Krog, K., Reiner, M., Surpanu, N., Bierbrodt, J., Schäfer, I., & Schindler, A. (2020). *Integrierte Versorgung bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen. Ein DBT-basierter Praxisleitfaden*. Göttingen: Hogrefe (im Druck).
- Lambert, M., Bock, T., Daubmann, A., Meigel-Schleiff, C., Lange, B., Lange, M., Ohm, G., Bussopulos, A., Frieling, M., Golks, D., Kerstan, A., König, H. H., Nika, L., Ruppelt, F., Schödlbauer, M., Schöttle, D., Sauerbier, A. L., Rietschel, L., Wegscheider, K., Karow, A., et al. (2014). Integrierte Versorgung von Patienten mit psychotischen Erkrankungen nach dem Hamburger Modell: Teil 1: Rationalen, Behandlungsmodell und Ergebnisse der Vorstudie. *Psychiatrische Praxis*, 41(5), 257–265. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1349497>.
- Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 364(9432), 453–461.
- Linehan, M. M., Barone, L., & Maffei, C. (2015). *DBT—skills training manual* (2. Aufl.). New York: Guilford.
- Lora, A., Bezzi, R., & Erlicher, A. (2007). Estimating the prevalence of severe mental illness in mental health services in Lombardy (Italy). *Community Mental Health Journal*, 43(4), 341–357. <https://doi.org/10.1007/s10597-006-9078-z>.
- Renneberg, B., Schmitz, B., Doering, S., Herpertz, S., & Bohus, M. (2010). Behandlungsleitlinie Persönlichkeitsstörungen. *Psychotherapeut*, 55(4), 339–354. <https://doi.org/10.1007/s00278-010-0748-5>.
- Richter, C., Steinacher, B., zum Eschenhoff, A., & Bermpohl, F. (2014). Stationäre und teilstationäre DBT-Angebote für Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung—Ergebnisse einer deutschlandweiten Umfrage. *Verhaltenstherapie*, 24(4), 265–271. <https://doi.org/10.1159/000369425>.
- Sayrs, J. H. R., & Linehan, M. M. (2019). *DBT teams: development and practice* (Guilford DBT practice). New York: Guilford.
- Schindler, A., Krog, K., Reiner, M., Leichsenring, I., Bierbrodt, J., Gallinat, J., & Schäfer, I. (2017). Integrierte Versorgung für Borderline-Patienten – Hintergründe, Konzept und erste Erfahrungen. *Persönlichkeitsstörungen*, 21, 109–118.
- Schindler, A., Lambert, M., Karow, A., Gallinat, J., & Schäfer, I. (2016). Integrierte Versorgung für Borderline-Patienten – ein längst überfälliges Konzept. *Psychiatr Praxis*, 43(08), 409–410.
- Schmid, P., Steinert, T., & Borbé, R. (2013). Systematische Literaturübersicht zur Implementierung der sektorübergreifenden Versorgung (Regionalbudget, integrierte Versorgung) in Deutschland. *Psychiatrische Praxis*, 40, 414–424.
- Steinhart, I., & Wienberg, G. (2016). Das funktionale Basismodell für die gemeindepsychiatrische Versorgung schwer psychisch kranker Menschen – Mindeststandards für Behandlung und Teilhabe. *Psychiatrische Praxis*, 43, 65–68.
- Stiglmayr, C., & Gunia, H. (2017). *Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) zur Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung: Ein Manual für die ambulante Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Wagner, T., Roepke, S., Marschall, P., Stiglmayr, C., Renneberg, B., Gieb, D., Dambacher, C., Matthies, S., Salbach-Andrae, H., Fleßa, S., & Fydrich, T. (2013). Krankheitskosten der Borderline Persönlichkeitsstörung aus gesellschaftlicher

Perspektive. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 42, 242–255. <https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000227>.

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., & Fitzmaurice, G. M. (2016). Fluidity of the subsyndromal phenomono-

logy of borderline personality disorder over 16 years of prospective follow-up. *Am J Psychiatry*, 173(7), 688–694.

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