

# Personalausstattung und psychotherapeutische Versorgungsqualität in der Behandlung von Borderline- Persönlichkeitsstörungen

Dr. Ernst Kern  
Leitender Psychologe  
Psychiatrische Klinik Sonnenberg  
Saarbrücken

# Borderline-Persönlichkeitsstörung

**Leitsymptom:** rasch einschließende innere Anspannung, die bei wachsender Stärke als zunehmend unerträglich und unkontrollierbar erlebt wird

**Merkmale:**

- Störungen der Affektregulation
- Störungen der Identität
- Störungen der sozialen Interaktion

# Borderline-Persönlichkeitsstörung

Folgen der häufigen Anspannungszustände:

Die Person setzt schnell wirksame, aber dysfunktionale Verhaltensweisen ein:

- Selbstverletzungen
- Suizidversuche
- Suchtverhalten
- Hochrisikoverhalten
- Essgestörtes Verhalten
- Wutausbrüche
- Promiskuitives Verhalten ...

# Hohe Komorbidität bei BPS

- Depressionen 77%
- Suchterkrankungen 60%
- Angststörungen 50%
- Essstörungen 45%
- PTBS 23%
- ADHS 20%

(Zanarini 1998)

# Prävalenz der BPS (Borderline-Persönlichkeitsstörung) in Deutschland

- Studien zur Prävalenz von BPS reichen von 0,7% bis 1,5% (Punktprävalenz) (Stiglmayer 2014)
- Konservativste Schätzung: 0,7% der Bevölkerung leiden unter BPS (ca. 600.000 Erwachsene)
- BPS-Behandlung kostet in Deutschland 2007 jährlich 4 Milliarden Euro, das sind 20% der primären Gesamtkosten psychischer Störungen (Bohus 2007)

# Kosten durch BPS für das Gesundheitssystem und die Gesellschaft

- 8,69 Mia Euro jährlich direkte und indirekte Kosten durch BPS (Kröger 2014)
- Diese Kosten ließen sich halbieren, wenn nur die Hälfte der Pat. mit störungsspezifischer Therapie behandelt würde
- Für jeden investierten Euro ließen sich 1,52 Euro pro Jahr sparen (Stiglmayer 2014)

# Kosten durch BPS für das Gesundheitssystem und die Gesellschaft

- Kosten pro Jahr pro Patient ca. 27000.- Euro (Stiglmayer 2014)
- Davon für stationäre Behandlung allein 13000.- (höhere Kosten für psychische Störungen gibt es nur bei Schizophrenie)
- Sekundäre Kosten: Arbeitslosigkeit, Grundsicherung etc. (78% der behandelungssuchenden BPS-Pat. haben keine bezahlte Beschäftigung) (Bohus und Kröger 2011)

# Stationäre Versorgung in Deutschland für BPS

- BPS-Patienten werden in normaler psychiatrisch/psychosomatischer Versorgung nicht angemessen versorgt
- Lange Aufenthaltszeiten, Hospitalisierung, Chronifizierung
- Abbruchrate bei unspezifischen Therapien liegt bei 70% (Bohus 2002)
- Entwicklung integrierter Komplexprogramme unbedingt notwendig



# Störungsspezifische integrierte Komplexprogramme

Insgesamt vier eingeführte  
Komplexprogramme:

- Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT)
- Mentalisierungsbsierte Therapie (MBT)
- Schematherapie für BPS
- Übertragungsfokussierte Therapie (TFT)

# Stationäre Versorgung in Deutschland für BPS

- Nur 11 % von 210 Kliniken hatten BPS-Spezialstationen
- In 81% dieser Kliniken wurde dabei als Verfahren die Dialektisch-Behaviorale Therapie eingesetzt

(Jacob et al. 2009)

# Stationäre Versorgung in Deutschland für BPS

## Umfrage von 2011 (Richter et al 2014) in DBT-Kliniken:

- Fast alle (n=42) hielten ein spezielles Angebot für notwendig
- Hauptbehandlungskonzept: 13 Wochen stationär bei im Durchschnitt 9 Behandlungsplätzen pro Behandlungseinheit
- Je zur Hälfte reine BPS-Stationen und mit anderen Patienten gemischte Stationen
- Hochgerechnet auf alle Behandlungseinheiten: ca. 700 vollstationäre und tagesklinische DBT-Behandlungsplätze in Deutschland (Gesamt: n=56 Kliniken)
- Bei 0,7% Prävalenz konnte so nur eine betroffene Person von 191 behandelt werden

# Dialektisch-Behaviorale Therapie

- DBT hat den höchsten Evidenzgrad (Ib)
- D. h. Effektivität und Effektivität sind evidenzbasiert am sichersten nachgewiesen
- DBT hat In den S2-Leitlinien für die Behandlung von Persönlichkeitsstörungen den höchsten Evidenzgrad aller Verfahren zugesprochen bekommen
- DBT ist stationär das in Deutschland mit Abstand am meisten verbreitetste Verfahren

# Wirksamkeit von DBT

- Stationäre Wirksamkeit ist in vielen Studien belegt, gute Effektstärken (im Mittel .85) (Lynch et al. 2006)
- Sehr geringe Abbrecherraten (zwischen 16% und 25%)
- Besonders effektiv bzgl. Reduktion von selbstverletzendem Verhalten, Suizidversuchen und weiteren stationären Aufenthalten, bessere soziale Integration, weniger Aggression
- Ca. 60 % der behandelten Pat. bessern sich signifikant nach der DBT (Lynch et al. 2006)
- ca. 75% der behandelten Pat. erfüllen nach 6 Jahren nicht mehr die Kriterien einer BPS

# Behandlungs- bzw. Stationskonzept der DBT

- Manualisierte Therapie
- Das Konzept benennt einen Mindest-Umfang des gesamten Angebots für die Behandlung
- Die Anforderungen an das Personal sind definiert (Ausbildungsstunden, Supervision, Adhärenz zum Therapiekonzept wird überprüft)
- DBT-Stationen lassen sich zertifizieren
- Qualitätskontrolle: Benchmarking-System (im Aufbau), kontinuierliche Supervision und Teilnahme an weiteren Fortbildungen obligatorisch

# Anforderungen an DBT-Stationen (DBT-Dachverband)

- Schriftliches Behandlungskonzept
- Mindestens 4 ausgebildete DBT-Therapeuten/Co-Therapeuten (davon 2 psychologische oder ärztliche Psychotherapeuten)
- Mindestens 25 Behandlungen von BPS im Jahr
- Festgelegtes Therapieangebot

# Personalausstattung auf einer reinen DBT/BPS-Station





# Personalausstattung auf einer reinen DBT/BPS-Station

- Beispiel: DBT-Station an einer Uni-Klinik
- 12 Plätze für BPS
- Diagnose gesichert (umfangreiche Fragebögen und klinische Interviews/Skid-2)
- Elektive Aufnahme
- Hohe Komorbidität (Essstörungen, Sucht, ADHS, PTBS, Depressionen, Angststörungen)
- Therapiekonzept nach den Richtlinien des DBT-Dachverbandes
- Setting: 13 Wochen vollstationäre Behandlungsdauer

# Personalausstattung auf einer reinen DBT/BPS-Station (12 Pat.)

Psychol./ärztliche Psychotherapeuten	1,75 VK
Psychotherapeuten in Ausbildung	1,6 VK
<b>Gesamt für Psychoth.</b>	<b>3,35 VK</b>
Oberarzt	0,5 VK
Pflege	8,5 VK
Sonstige Therapien	Ergotherapeutin, Bewegungstherapeut, Musiktherapeutin, Krankengymnastin, Kunsttherapeut

# Reine BPS-Station: Psychotherapeutische Leistungen

	<b>Dauer/Gruppengröße</b>	<b>Berufsgruppe</b>	<b>Dauer Gesamt/Wo</b>
Einzelgespräche	Pro Pat. 2x45 min	Psychol./ärztl. Psychoth. oder PIA	18 h
Skillstraining	2xGrp. mit 12 TN 2x90 min	Psychol./ärztl. Psychoth. + PIA	3 h
Selbstwertgruppe	1xGrp zu 12 TN 1x60 min	Psychol./ärztl. Psychoth. + PIA	1 h
Basisgruppe	2xGrp zu 6 TN 1x60 Mi	Psychol./ärztl. Psychoth. + PIA	2 h
<b>Gesamt</b>			<b>24 h</b>

# Reine BPS-Station: Ärztliche Leistungen

	Dauer/Gruppengröße	Berufsgruppe	Dauer Gesamt/Wo
Visite	Pro Pat. ca. 10 min	Oberarzt	2 h
Körpersprechstunde	Pro Pat. ca. 30 min	Oberarzt	6 h
<b>Gesamt</b>			<b>8 h</b>

# Reine BPS-Station: Leistungen Pflegekräfte pro Woche

	<b>Dauer/Gruppen- engröße</b>	<b>Dauer Gesamt/Wo</b>
Morgenrunden	5x15 min, alle Pat.	1,25 h
Abendrunden/ Patientenversammlung	6x15 min, alle Pat.	1,5 h
Besprechung Tagebuchkarten	ca. 1x35 min pro Pat./Wo., Einzelgespr., 12 Pat.	ca. 5 h
Training sozialer Kompetenzen	1xGruppe mit 12 TN, 90 min	1,5 h
Bezugspflegegespräche	2x30 min pro Pat., Einzelgespr., x6 Pat.	12 h
<b>Gesamt</b>		<b>21,5 h</b>

# Reine BPS-Station: weitere Therapien

	<b>Dauer/Gruppengröße</b>	<b>Berufsgruppe</b>	<b>Dauer Gesamt/Wo</b>
Bewegungstherapie	2xGrp zu 12 TN 2x60 min	Bewegungstherapeut	2 h
Achtsamkeit	4xGrp zu 12 TN 4x30 min	Ergotherapeutin	2 h
Musiktherapie	2xGrp zu 6 TN 2x60 min	Musiktherapie	2 h
Fitnessgruppe, Wirbelsäulengrp.	3xGrp zu 12 TN, 3x45 min	Krankengymnast	2,25 h
Flamenco	1xGrp zu 20 TN, 1x45 min	Körpertherapeutin	0,75 h
Gestaltungstherapie	2xGrp zu 12 TN 2x90 min	Gestaltungstherapeut	3 h
<b>Gesamt</b>			<b>12 h</b>

# Personalausstattung auf einer gemischten DBT/BPS-Station



# Personalausstattung auf einer gemischten DBT/BPS-Station

- 6 Plätze für DBT bei insgesamt 20 Betten auf der Station (BPS-Station in der allgem. Station)
- Diagnose mit SKID-2 gesichert (mind. 2-3 Std. Aufwand pro Patient, ca. 150/Jahr)
- Elektive Aufnahme (Wartezeit 4-9 Monate)
- Hohe Komorbidität (Essstörungen, Sucht, ADHS, PTSB, Depressionen, Angststörungen)
- Therapiekonzept nach den Richtlinien des DBT-Dachverbandes
- Besonderheit: 13 Wochen Behandlungsdauer werden auf ambulante (3 Wo.), vollstationäre (6 Wo.) und teilstationäre Phase (4 Wo.) aufgeteilt



# Personalausstattung auf einer gemischten DBT/BPS-Station (6 Pat.)

	Gemischte BPS-Station (6 Pat.)	Reine BPS-Station (12 Pat.)
Psychol./ärztl. Psychoth.	1,0 VK	1,75 VK
Psychoth. in Ausbildung	0,8 VK	1,6 VK
<b>Gesamt f. Psychoth.</b>	<b>1,8 VK</b>	<b>3,35 VK</b>
Stations-/Oberarzt	0,3 VK	0,5 VK
Pflege	2,65 VK	8,5 VK
Sonstige Therapien	Ergotherapeuten, Sporttherapeuten, Musiktherapeutin	Ergotherapeutin, Bewegungsth., Musikth., Krankengymn., Kunstth.

# Gemischte Station: Psychotherapeutische Leistungen

	<b>Dauer/Gruppen- größe</b>	<b>Berufs- gruppe</b>	<b>Dauer Gesamt/Wo</b>
Einzelgespräche	Pro Pat. 2x60 min	Psychol. Psychoth. oder PIA	12 h
Skillstraining	3xGrp. mit 6 TN 3x60 min	Psychol. Psychoth. + PIA/ Dipl. Soz Arb.	3 h
Körperpsycho- therapie	1xGrp zu 6 TN 1x60 min	Psychol. Psychoth. + PIA	1 h
Basisgruppe	1xGrp zu 6 TN 1x60 min	Psychol. Psychoth. + PIA	1 h
<b>Gesamt</b>			<b>17 h</b>

# Gemischte Station: Ärztliche Leistungen

	Dauer/Gruppengröße	Berufsgruppe	Dauer Gesamt/Wo
Visite	Pro Pat. ca. 10 min	Stationsarzt/ Oberarzt	1 h
Ärztliche Sprechstunde	Pro Pat. ca. 30 min	Stationsarzt/ Oberarzt	3 h
<b>Gesamt</b>			<b>4 h</b>

# Gemischte Station: Leistungen Pflegekräfte pro Woche

	<b>Dauer/Gruppengröße</b>	<b>Dauer Gesamt/Wo</b>
Morgenrunden	2x30 min, alle Pat.	1 h
Abendrunden/ Patientenversammlung	5x30 min, alle Pat.	2,5 h
Besprechung Tagebuchkarten	1x30 min pro Pat./Wo., Einzelgespr., x6 Pat.	3 h
Krisen/Skillscoaching	1x20 min pro Pat./Wo. Einzelgespr., x6 Pat.	2 h
Bezugspflegegespräch	2x30 min pro Pat., Einzelgespr., x6 Pat.	6 h
<b>Gesamt</b>		<b>14,5 h</b>

# Gemischte Station: weitere Therapien

	<b>Dauer/Gruppengröße</b>	<b>Berufsgruppe</b>	<b>Dauer Gesamt/Wo</b>
Sporttherapie	2xGrp zu 6 TN 2x60 min	Sporttherapeut	2 h
Achtsamkeit	1xGrp zu 6 TN 1x60 Min, 4x25 m.	Ergotherapeut	2,5 h
Musiktherapie	1xGrp zu 6 TN 1x75 min	Musiktherapie	1,25 h
Patientengruppe Eine unter Anl. PIA	3xGrp zu 6 TN, 3x60 min	PIA, Pat. allein	3 h
Sozialtraining (Exposition in vivo)	180 min	Ergotherapeut+ Pflegekraft	3 h
<b>Gesamt</b>			<b>11,75 h</b>

# Vergleich Leistungen „IST“ reine und gemischte BPS-Station

	Reine BPS-Station	Gemischte BPS-Station
Pflege	21,5 h	14,5 h
Einzelgespräche	18 h	12 h
Therapiegruppen	6 h	6 h
Ärztliche Versorgung	8 h	4 h
Weitere Therapien	12 h	11,75 h

# Aus der Sicht eines Patienten: Therapien pro Woche

	Reine BPS-Station	Gemischte BPS-Station
Einzelgespräche	2x45 min. (1,5 h)	2x60 min. (2 h)
Arztgespräche	40 min	40 min
Gruppentherapien (durch psycholog./ ärztl. Psychoth.)	6x60 min (6 h)	5x60 min (5 h)
Gruppentherapien (sonstige Therap.)	9x30-75 min (8,5 h)	9x25-75 min (6,75 h)
Sport- und Bewegungstherapien	4x45 min (3 h)	2x60 min (2 h)

# Aus der Sicht eines Patienten: Therapien pro Woche

	Reine BPS-Station	Gemischte BPS-Station
Pflegegespräche	2x30 min (1 h)	2x30 min (1 h)
Morgen/Abendrunden	11x15 min (2,75 h)	7x30 min (3,5 h)
Pflegegespräche	2x30 min (1 h)	2x30 min (1 h)
Besprechung Tagebuchkarten/ Krisen	ca. 30 min	Ca. 50 min
<b>GESAMT/Woche</b> (mindestens)	24 h	22,75 h

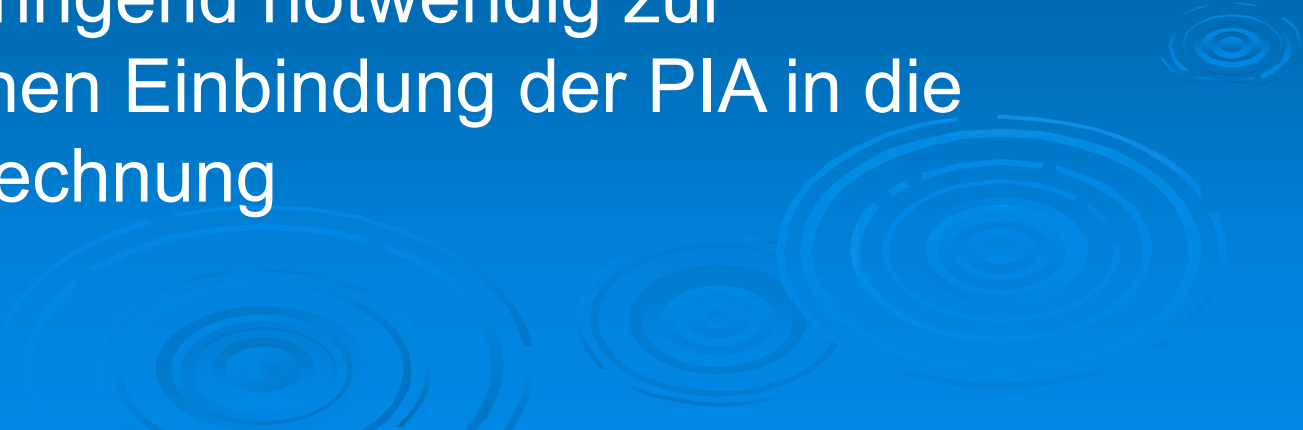


# Realisierte Behandlungsleistungen: Organisation des Programms

## Hoher organisatorischer Aufwand für die gesamte Durchführung des Programms:

- Teambesprechungen (mind. insgesamt 150 min./Wo)
- Dokumentation
- Diagnosegespräche (Saarbr.: ca. 150 pro Jahr)
- Überbrückende Zwischengespräche
- Nachgespräche, Angehörigenarbeit
- Krisenbewältigung
- Vermittlung in ambulante Therapien,
- Vermittlung in Maßnahmen und Praktika
- Ambulante Skillsgruppe (Abrechnung über Pauschale PIA)
- Teilnahme an ambulanten kollegialen Intervisionsgruppen

# Problemfeld Psychotherapeuten in Ausbildung

- Fast die Hälfte der psychoth. VK wird auf beiden BPS-Stationen durch PIA gestellt
  - Zählen in PEPP nicht mit
  - Brauchen erhöhten Supervisionsaufwand
  - Tragen in den meisten Kliniken (und Spezialstationen) einen wichtigen Beitrag bei
  - Lösung ist dringend notwendig zur systematischen Einbindung der PIA in die Personalberechnung
- 

# Versorgungsqualität

- DBT-Studien zeigen hohe Ergebnisqualität (prä-post-Messungen, Katamnesen)
- Saarbr.: Keine Anwendung von Zwangsmaßnahmen notwendig
- In 10 Jahren 3 Patientinnen, die freiwillig ein bis 2 Nächte auf der geschützten Station untergebracht werden mussten (SB)

# Versorgungsqualität

- Symptomreduktion: Mittlere bis hohe Effektstärken in der Reduktion von Selbstverletzung, Suizidalität, Depressivität, Angst (Höschel 2006)
- Reduktion von 50% Pat. ohne Arbeit, Ausbildung oder Beschäftigung in Therapie auf 12,5% 1 Jahr danach
- Feste Beschäftigung von 23% auf 30% (Kern und John in Vorber.)

# Vergleich realisierter Leistungen mit „Soll“

- „Soll“ wird durch S2-Leitlinien und DBT-Dachverband festgelegt
- Wird in beiden vorgestellten Varianten (reine und gemischte Station) erfüllt
- Höchster Aufwand entsteht durch Psychoth. Einzeltherapie.
  - Unbedingt erforderlich sind 2 Einheiten pro Woche.
  - Sollte durch psychologische/ärztliche Psychoth. mit umfangreicher und kontinuierlicher DBT-Ausbildung durchgeführt werden (wird real nur mit Hilfe von Psychoth. in Ausb. erreicht)

# Wünschenswerte Personalausstattung für leitlinienbasierte stationäre Behandlung

- Für **8 Behandlungsplätze** 2 ganze Stellen psycholog./ärztl. Psychotherapeuten
- Plus eine ganze Arztstelle für ärztliche Versorgung
- Pflegeschlüssel plus 50 % zum allgemeinpsychiatrischen Schlüssel aufgrund des deutlich erhöhten Aufwands (Bezugspflegesystem)
- Genügend Freistellung und Unterstützung für Mitarbeiter zur Weiterbildung und Zertifizierung in DBT
- Zusätzliche Personalkapazitäten für die Arbeit mit Angehörigen („Trialog“, „Family skills“)
- Angemessene Honorierung auch der ambulanten und teilstationären Leistungen (bisher nur über PIA-Pauschale möglich): mehr als 1/3 der DBT-Kliniken bindet auch teilstationäre und ambulante Angebote mit ein (Richter et. al. 2014)

# Fazit

- Mit einem guten störungsspezifischen  
Therapiekonzept
- ausreichend Personal
- ausreichend Zeit (die meisten integrativen  
Konzepte zielen auf 12-13 Wochen ab)
- unter Einbezug des gesamten  
Behandlungsteams
- das gut weitergebildet sowie kontinuierlich  
geschult und supervidiert wird
- **lassen sich in der Behandlung von  
Borderline-Persönlichkeitsstörungen mit  
überschaubarem Aufwand ausgezeichnete  
Therapieerfolge erzielen**

# Fazit

- Was sich sowohl *ökonomisch* (für jeden eingesetzten Euro gewinnt die Gesellschaft) als auch *menschlich-therapeutisch* (Reduzierung von großem Leid der Betroffenen) lohnt