

# Die Versorgung von Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung in einem ambulanten Netzwerk

Hans Gunia

## Schlüsselwörter

Dialektisch-Behaviorale Therapie, ambulantes Netzwerk, Borderline-Persönlichkeitsstörungen, Evaluation, Finanzierung

## Zusammenfassung

Nach einem kurzen Überblick über die Grundzüge der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT) wird die Geschichte des Darmstädter DBT-Netzwerkes vorgestellt. Ein besonderes Augenmerk liegt dabei auf der Darstellung der Arbeitsweise des Netzwerkes. Ergebnisse der Begleitforschung, die die Effizienz der DBT belegen, finden ebenso Erwähnung wie Aspekte der Finanzierung und der Kostenersparnis durch ambulante DBT. Der Beitrag schließt mit Überlegungen zur regionalen Vernetzung und der Darstellung der Vorteile, die ambulante DBT für Patienten, Therapeuten, Versorgungssysteme, aber auch die Kostenträger hat.

## Keywords

Dialectical behavioral therapy, out-patient network, borderline personality disorder, evaluation, financing

## Summary

Following a short overview of the basic principles of dialectical behavioral therapy (DBT), the history of the DBT network in Darmstadt is presented. Special attention is given to a description of the working methods of the network. Results of accompanying research, which support the efficiency of DBT, are mentioned as well as aspects of financing and cost savings by outpatient DBT. The article concludes with considerations about regional networks and a statement about the benefits which DBT holds for patients, therapists and the healthcare system.

## The treatment of patients with borderline personality disorders in an out-patient network

Persönlichkeitsstörungen 2007; 11: ■—■

Wie wir die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) für Borderline-Persönlichkeitsstörungen in einem ambulanten Netz niedergelassener Therapeuten in Darmstadt verwirklicht haben, möchte ich in diesem Beitrag darstellen. Zunächst sollen die Grundzüge der DBT dargestellt werden. Bei der **Dialektisch-Behavioralen Therapie** (DBT) von Borderline-Persönlichkeitsstörungen (BPS) handelt es sich um eine störungsspezifische Therapie, die seit mehr als 20 Jahren von M. Linehan auf der Basis der Verhaltenstherapie entwickelt wird und in manualisierter Form vorliegt. Der DBT liegt ein Diathese-Stress-Modell zugrunde, das die Borderline-Persönlichkeitsstörung als ein Zusammenwirken von neurobiologischer Disposition und früher Traumatisierung oder Vernachlässigung, vor allem im Sinne von Invalidierung emotionaler Erfahrungen, erklärt (Linehan 1996a; b). Linehan

ergänzt die kognitive Verhaltenstherapie um Elemente aus humanistischen Therapieverfahren und Hypnotherapie. Die Therapie wird von einer Lebenseinstellung getragen, die dem Zen-Buddhismus entlehnt ist (s. dazu Huppertz 2003). Die DBT wurde als ambulante Therapieform entwickelt und besteht im Wesentlichen aus den vier folgenden **Therapiebausteinen**:

- Einzeltherapie
- Fertigkeitentraining in der Gruppe
- Telefonkontakt im Notfall
- regelmäßige Intervention beziehungsweise Supervision der Therapeuten

Behandelt wird im Team. Patientinnen erhalten sowohl Einzel- als auch Gruppentherapie. Wichtiger Grundsatz in der Therapie ist, dass der Einzeltherapeut nicht gleichzeitig der Fertigkeitentrainer ist. Da-

mit soll der Gefahr begegnet werden, dass auch im Fertigkeitentraining nur Krisen besprochen werden.

## Geschichte des Darmstädter Netzwerkes

Die Geschichte des Netzwerkes begann 1996. Damals besuchte ich erstmals einen „DBT Basic-Workshop“ in Freiburg bei Martin Bohus. Es waren viele Kollegen ganz unterschiedlicher therapeutischer Ausrichtung versammelt, Verhaltenstherapeuten, Kollegen mit tiefenpsychologischer Ausbildung, Psychoanalytiker und Hypnotherapeuten. Alle waren gekommen, um etwas Neues und Hilfreiches zur Behandlung von Patienten zu erfahren, die von herkömmlichen Therapien nicht hinreichend profitieren konnten. Das Ganze hatte damals eine bemerkenswerte integrative Kraft. In Darmstadt existierte bereits eine Praxisgemeinschaft aus ärztlichen Kollegen mit psychiatrischer, neurologischer und psychotherapeutischer Ausbildung und psychologischen Psychotherapeuten. Alle waren psychotherapeutisch in unterschiedlichen Verfahren ausgebildet und hatten einige Jahre Erfahrung in der Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen. Diese Praxisgemeinschaft bildete sozusagen die Keimzelle unseres „DBT-Netzwerkes“. Erste Informationen über DBT erhielten wir über entsprechende Fachjournale. 1997 fand in Darmstadt ein erster gemeinsamer orientierender Workshop unter Leitung von Martin Bohus, dem Begründer der deutschsprachigen DBT, statt. Dieser Workshop hat uns sehr angesprochen, und wir hatten die Vorstellung, dass DBT sehr hilfreich in der Arbeit mit Borderline-Patienten sein könnte. Außer der DBT selbst faszinierte uns auch die Möglichkeit, gemeinsam mit anderen Kollegen in einem therapeutischen Verbund zu arbeiten. Der nächste wichtige Schritt war der Entschluss, die DBT-Ausbildung gemeinsam vor Ort in Darmstadt zu organisieren. Wir glaubten, auf diese Weise besser zu einem Netzwerk zusammenwachsen zu können. Die Freiburger Arbeitsgruppe stand dieser Idee sehr aufgeschlossen gegenüber, so dass wir fast die gesamte DBT-Ausbildung mit anschließender Supervision in Darmstadt durchlaufen konnten.

1997 etablierten wir die erste Skillsgruppe. Mittlerweile laufen vier Skillsgruppen à acht Patientinnen parallel. Da wir bis 2003 vorwiegend Patientinnen in unserem Projekt hatten, es uns aber ebenfalls

interessierte, ob DBT auch eine Behandlungsstrategie für Männer sein könnte, versuchten wir, zunächst mit wenig Erfolg, ab 2003 eine Skillsgruppe für Männer aufzubauen. Da sich die Therapiemotivation der männlichen Patienten als sehr brüchig erwies, und die Männer häufiger die Therapie abbrachen als die Frauen, entschlossen wir uns ab 2004, die Gruppe mit Frauen aufzufüllen; es handelt sich seitdem um eine gemischtgeschlechtliche Gruppe. Zwei Kolleginnen bieten im Rahmen unseres Netzwerkes DBT für Adolozente an.

Wir sind insgesamt elf **Therapeuten**. Sechs Kollegen sind primär verhaltenstherapeutisch und fünf primär tiefenpsychologisch ausgebildet. Die Verhaltenstherapeuten sind alle Psychologen, die tiefenpsychologisch ausgebildeten Kollegen sind Ärzte. Wir sind derzeit vier Männer und sieben Frauen. Wir hatten bislang zwei „Therapeuten-drop-outs“. Aufgrund eines außerordentlich großen Bedarfes an DBT-Therapieplätzen haben wir eine Kollegin und einen Kollegen neu aufgenommen. Eine Sozialpädagogin arbeitet im Netz als Skillstrainerin. Wir sind durchschnittlich 52 Jahre alt, haben im Schnitt 3,2 Therapieausbildungen und etwa 15 Jahre Berufserfahrung (Gunia et al. 2000).

Wir erleben das Phänomen, dass viele niedergelassene Kollegen gegenüber einer Behandlung einer Patientin mit einer Borderline-Störung eine gewisse Scheu und Zurückhaltung zeigen. Demgegenüber liegt der subjektiv von uns erlebte Stress, gemessen auf einer visuellen Analogskala (0 bis 43), bei 25 und damit nur etwa 8,7% höher als in der Therapie anderer Störungen. Möglicherweise resultiert dieser Effekt aus der Behandlung im Team. Die „Last“ verteilt sich auf mehrere Schultern. Die telefonische Erreichbarkeit beträgt im Schnitt 11,6 Stunden am Tag. Sie ist von Therapeut zu Therapeut unterschiedlich, da jeder Therapeut seine Grenzen selbst festlegt. Um zu klären, ob dieses **Telefon-Management** nicht zu anstrengend werden könnte, haben wir diesen Aspekt untersucht. Borderline-Patientinnen nützen dieses Angebot nicht aus. Es gibt Phasen von drei bis vier Monaten, in denen kein Patient anruft. Zu anderen Zeiten können sich die Anrufe etwas häufen. Meine persönliche Erfahrung ist, dass bereits die Möglichkeit, den Therapeuten anrufen zu können, hilft – egal, ob man es schließlich tut

oder nicht. Nach einer ersten Auswertung werden die weiblichen Kollegen etwas häufiger telefonisch kontaktiert als die männlichen.

Bisher sind etwa 180 Patientinnen in das Projekt eingetreten. Nach der letzten Auswertung beträgt die Einjahresabbruchquote 12% (vgl. Friedrich et al. 2003). Das durchschnittliche Alter der Patientinnen lag zu Beginn unserer Arbeit im Schnitt bei 35,2 Jahren. Das lag daran, dass wir damals viele Patientinnen hatten, die schon länger bei uns in Behandlung waren. Heute ist das Durchschnittsalter unserer Patientinnen deutlich niedriger. 19% unserer Projektpatienten sind Männer. Die Patienten haben einen durchschnittlichen GAF-Wert von 50 (Gunia et al. 2000): Unsere Klientel ist also relativ krank. Die Patientinnen haben im Schnitt 3,6 stationäre Aufenthalte mit einer durchschnittlichen Verweildauer von 25,2 Wochen hinter sich. 60% der Patienten haben vor Eintritt in unser Projekt bereits eine psychotherapeutische Behandlung absolviert, davon die Hälfte sogar zwei bis drei Therapieversuche (Gunia et al. 2000). Vergleichbare Angaben sind auch in anderen Studien zu Borderline-Persönlichkeitsstörungen zu finden (vgl. z.B. Jerschke et al. 1998). Wir verzeichnen im Projekt bisher eine Gesamtabbruchquote von unter 20% (Friedrich et al. 2003). Im Vergleich zu der in der Literatur berichteten Abbrecherquote von durchschnittlich 50 bis 60% stellt dies ein sehr gutes Ergebnis dar. Möglicherweise liegt dieses günstige Ergebnis auch an unserem Behandlungssetting. Die Behandlung im Team bietet die Möglichkeit, bei Konflikten mit einem Therapeuten einen anderen Therapeuten zur Klärung hinzuziehen. Auch können sich Patientinnen, wenn sie mit einem Fertigkeiten-trainer nicht zurecht kommen, auf den anderen konzentrieren.

## Wie behandelt man im Team?

Die Zusammenarbeit der Netzwerktherapeuten ist freiwillig und erfolgt auf kooperativer Basis. Es gibt keine Leitung, und wir sind nicht durch einen Verein oder eine Gesellschaft verbunden. Mehrere Praxen und Praxisgemeinschaften sind beteiligt. Jeder stellt seine eigene Rechnung. Allerdings haben alle Netzwerktherapeuten eine abgeschlossene DBT-Ausbildung.

Die Behandlung **beginnt** damit, dass sich eine Patientin an ein Mitglied unseres Netzwerkes wendet. Dieser Therapeut bestellt die Patientin ein und überprüft die Borderline-Diagnose. Sind die DSM-IV-Kriterien für die Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung erfüllt (SKID II [Wittchen et al. 1997] und neuerdings BPI [Leichsenring 1997]), wird die Patientin über Ursache, Verlauf und Prognose von Borderline-Persönlichkeitsstörungen und über die Dialektisch-Behaviorale Therapie informiert. Danach wird die Patientin auf eine gemeinsame Warteliste gesetzt. Patientinnen müssen derzeit etwa acht bis zehn Monate warten, bis sie in das Projekt aufgenommen werden können.

Derjenige Kollege, der einen freien Therapieplatz hat, übernimmt die Patientin von der gemeinsamen Warteliste, exploriert die Störung und erstellt eine Anamnese. Anschließend wird an der Behandlungsmotivation gearbeitet. Patientin und Therapeut erstellen unter Umständen eine „Pro-und-Contra-Liste“ darüber, was für und was gegen eine ambulante DBT-Behandlung spricht. Wenn sich die Patientin ausreichend motiviert zeigt, an der „Skillsgruppe“ für ein Jahr teilzunehmen und die Kombination aus Einzel- und Gruppentherapie akzeptiert, unterschreibt sie einen **Therapievertrag**, in dem zum Beispiel geregelt ist, dass die Patientin keine Mitspatientin bezüglich eigener Suizidvorhaben in die Schweigepflicht nehmen darf. Ebenso unterschreibt sie, dass sie während der Dauer der Therapie nicht versucht, sich das Leben zu nehmen. Außerdem ist geregelt, wann die Patientin das Projekt beenden muss (viermaliges Fehlen in Folge oder Anwesenheit an weniger als die Hälfte der Sitzungen pro Quartal). Die Patientin willigt ein, an Forschungsvorhaben teilzunehmen. Sobald der Vertrag unterschrieben ist, ist der Therapeut dafür zuständig, dass die Patientin in eine Skillsgruppe aufgenommen wird. Derzeit stehen vier Skillsgruppen zur Verfügung. In eine davon nehmen wir auch männliche Borderline-Patienten auf. **Kriterien**, die bei der **Zuweisung** zu einer **Gruppe** berücksichtigt werden, sind:

- Kann die Patientin an einer gemischtgeschlechtlichen Gruppe teilnehmen, oder steht eine Traumatisierung dem entgegen?
- Passt die Uhrzeit?
- Ist ein Platz in der Gruppe frei?

Die Dauer des Skillstrainings beträgt zwei Jahre. Jedes Modul wird zweimal durchlaufen. Die Patientinnen geben aber zunächst nur ein „Commitment“ für ein Jahr. Nach einem Jahr wird neu über ein zweites Jahr verhandelt. Einige Patientinnen profitieren schon von einem Jahr Teilnahme am **Skillstraining** sehr deutlich, für andere ist das erste Jahr „Angstkonfrontation in vivo“ pur, und es geht nur ums „Aushalten“. Aus diesen Gründen haben wir uns entschlossen, die Zeitdauer des „Skillstrainings“ zu flexibilisieren. Die Reihenfolge der Module ist: „Stress-toleranz“ – „Achtsamkeit“ – „Interpersonelle Skills“ – „Achtsamkeit“ – „Gefühlsregulation“ – „Achtsamkeit“ usw. Neu dazukommen können Patientinnen im „Achtsamkeitsmodul“. Die Gruppe wird von zwei Therapeutinnen geleitet, so dass jede Patientin in der Regel drei Therapeutinnen hat (eine Einzeltherapeutin und zwei Skillstrainerinnen). Das Skillstraining wird nach Art eines „Volkshochschulkurses“ geleitet, also eindeutig auf die Fertigkeiten bezogen. Auf Gruppendynamik wird nicht eingegangen. Jedes Skillstraining beginnt und endet in der Regel mit einer Achtsamkeitsübung. In der ersten Hälfte werden die Hausaufgaben besprochen. Nach der Pause wird „neuer Stoff“ vermittelt. Probleme, die im Skillstraining auftreten, werden grundsätzlich in die Einzeltherapie verwiesen und dort bearbeitet.

Die **Einzeltherapie** dauert bei einer Frequenz von einer Sitzung in der Woche durchschnittlich drei bis vier Jahre. Zum Ende der Therapie hin (insgesamt etwa 90 bis 110 Sitzungen) wird die Sitzungsfrequenz verringert. Da die Einzeltherapien länger dauern als die Gruppentherapien, haben die Einzeltherapeuten bald eine Obergrenze von Borderline-Patientinnen erreicht, die sie behandeln können, während in den Gruppen möglicherweise aufgrund der kürzeren Behandlungszeiten noch Kapazitäten frei sind. Flaschenhals ist also die Behandlungskapazität der Einzeltherapeuten. Jede Einzelsitzung beginnt damit, dass sich der Therapeut die Tagebuckkarte anschaut, in der Selbstverletzungen, Spannungen, Substanzabusus, aber auch Ressourcen und positive Aktivitäten eingetragen sind. Anhand des Tagebuchs wird die Tagesordnung für die Sitzung erstellt. Suizidales und Therapie schädigendes Verhalten wird immer vorrangig besprochen. Erst danach werden emotionale Probleme oder Probleme auf der

Verhaltensebene thematisiert. Der Einzeltherapeut ist auch für die Telefonkontakte zuständig. Er erklärt den Patientinnen die Regeln für diese Kontakte und bespricht, wann genau er erreichbar ist. Jeder Therapeut bestimmt seine Telefonzeiten selbst. Manche sind nur innerhalb der Praxiszeiten erreichbar, andere länger. Anstelle von Telefonkontakten werden zunehmend auch moderne Medien wie SMS oder E-Mails benutzt.

Einmal im Monat treffen wir uns zu einer von der Landespsychologenkammer zertifizierten Intervention. Dafür haben wir 90 Minuten zur Verfügung. Diese Zeit ist an die Möglichkeiten niedergelassener Psychotherapeuten angepasst. In der Intervention tauschen wir uns über die Patienten aus. Einzel- und Gruppentherapie werden aufeinander bezogen. Ein- und Ausstiege aus dem Projekt werden besprochen. Da die Zeit dafür oft nicht ausreicht, verlängern wir zweimal im Jahr die Supervision um zwei Stunden und organisieren einmal im Jahr eine eintägige externe **Supervision**. Außerdem besteht die Möglichkeit, Videobänder von anerkannten Supervisoren des Dachverbandes DBT supervidieren zu lassen. Die Therapie endet regulär, wenn die avisierten Ziele erreicht sind oder dann, wenn die Patientin unfreiwillig das Projekt verlassen muss.

## Zusammenarbeit in der Region

Nach der Gründung unseres Netzwerks haben wir speziell für Kollegen aus den psychiatrischen Kliniken der Umgebung weitere DBT-Fortbildungen organisiert. Daher gibt es in jeder der drei umliegenden Kliniken ausgebildete DBT-Therapeuten. In einer Klinik entstand vor Kurzem ein kleines, an die dortige Institutsambulanz angeschlossenes Netzwerk. Die Zusammenarbeit mit diesen Einrichtungen ist gut. Von ihnen werden uns viele Patientinnen vermittelt. Umgekehrt schicken wir Patientinnen zur Krisenintervention dorthin. Wir werden häufig von sozialpsychiatrischen Einrichtungen der Region zu Vorträgen oder Fortbildungen eingeladen. So kommt es, dass wir in der Umgebung sehr bekannt und gut in die regionale Versorgung integriert sind.

## Probleme

Probleme in der Therapie bereiten niedrigintelligente Betroffene. Diese scheinen eher von Einzeltherapie und von einem „Herunterbrechen“ der eher intellektuell ausgerichteten DBT-Bausteine zu profitieren. Die Hälfte unsere Patientinnen haben komorbid ein Substanzproblem. Wenn der Substanzabusus im Vordergrund steht, kommen wir oft an therapeutische Grenzen. Konzepte für Borderline-Störungen und komorbidem Substanzabusus sind vorhanden (Linehan et al. 1999), in der Bundesrepublik aber noch ungenügend umgesetzt. Wir selbst stoßen hier auf „Manpower“-Grenzen. Derzeit suchen wir in den umliegenden psychiatrischen Kliniken nach Unterstützern. Probleme bereiten außerdem Borderline-Patientinnen mit komorbider Narzisstischer Persönlichkeitsstörung. Insbesondere männliche Borderline-Patienten mit dieser Komorbidität sind außerordentlich schwer in der Therapie zu halten.

## Finanzierung

Derzeit haben wir eine Vereinbarung mit den Krankenkassen der Region, die Therapie im Einzelfall in unserem Netzwerk im Rahmen der Kostenerstattung zu finanzieren. Voraussetzung ist, dass wir pro Patientin einen speziell konzipierten Antrag mit genauer Diagnose, Befund, einer Auswertung der Testverfahren BDI (Hautzinger et al. 1994), BSI (Franke 2000), BPI (Leichsenring 1997), BSS (Schepank 1995), des SKID II (Wittchen et al. 1997) sowie einer Zielerreichungsskala stellen. Nach positiver Begutachtung durch den MDK Hessen bewilligen uns die Krankenkassen in der Regel 150 Sitzungen Einzeltherapie sowie 100 Sitzungen Skillstraining. Die Kostenträger legen Wert darauf, dass dies Einzelfallentscheidungen sind – wahrscheinlich, um gegebenenfalls problemlos die Finanzierung wieder einstellen zu können. Derzeit haben uns die Ersatzkassen eine Verlängerung der Vereinbarung um weitere fünf Jahre zugesagt. Eine Zusage der AOK steht zur Stunde noch aus. Sollte die Finanzierung durch die Krankenkassen auslaufen, würden wir uns um eine engere Zusammenarbeit mit den Kliniken bemühen, etwa derart, dass die Institutsambulanzen der Kliniken die Gruppentherapie und wir niedergelassenen The-

rapeuten die Einzeltherapie übernehmen.

## Begleitforschung

Bisherige Untersuchungen zeigen, dass DBT bezogen auf Hospitalisierungsanzahl und -dauer, Anzahl parasuizidaler Handlungen, Abnahme von Ärger und Ausbau sozialer und beruflicher Integration Standardtherapien überlegen ist (zusammenfassend Bohus u. Berger 1996; Linehan et al. 1991). Auch in einer eigenen Untersuchung (Friedrich et al. 2003) fanden wir innerhalb eines Jahres in einer Stichprobe von 33 Patienten, für die alle Datensätze vorlagen, eine Einjahresabbruchquote von 12%. In der selben Stichprobe reduzierte sich die Anzahl der Patienten mit Suizidversuchen von 36% auf sechs Prozent der Patienten. Die Anzahl der Patienten, die sich selbst verletzten, verringerte sich innerhalb eines Jahres von 79% auf 48%. Die Anzahl der Patienten, die sich mindestens einmal wöchentlich verletzten, ging von 27% auf vier Prozent zurück. Die Überlegenheit bezüglich der sozialen und beruflichen Integration sowie der Hospitalisierungsdauer war in einer anderen Stichprobe auch ein Jahr nach Abschluss der Therapie noch nachzuweisen (zusammenfassend Bohus u. Berger 1996; Linehan et al. 1993). Der Erfolg der Therapie ist dabei nicht auf Expertentherapie, sondern eindeutig auf die Methode DBT zurückführbar (Linehan et al. 2006). In der zitierten Studie wurden alle Therapien von ausgewiesenen DBT- oder Traumatherapie-Experten durchgeführt. Die Anwendung der Skills wird als hilfreich und spannungsreduzierend erlebt (Gunia et al. 2005). Unsere Untersuchung (Gunia et al. 2005) weist allerdings auch darauf hin, dass Skills nur dann helfen, wenn sie auch außerhalb der therapeutischen Situation angewendet werden. Unbefriedigend ist bislang die Wirksamkeit der DBT im Hinblick auf Depressivität und Verbesserung der Lebensqualität.

## Kosten

Friedrich et al. (2003) fanden nach einem Jahr ambulanter DBT einen Rückgang der Dauer der stationären Aufenthalte von 2,57 auf 0,35 Wochen im Jahresmittel, also eine Ersparnis von 15,5 Tagen stationärer Behandlung in einem Jahr. Bei einem Tages-

satz von 351 €, überschlagen auf die 33 Patienten der Stichprobe, ergibt das Kosten von 179.536 €. Rechnet man die Kosten für ein Jahr ambulanter DBT dagegen, ergibt das bei 33 Patientinnen und 42 Sitzungen Einzeltherapie pro Jahr bei einem Preis von 56,24 € pro Einzelsitzung insgesamt 77.948,64 € für die Einzelsitzungen. Für die Gruppe haben wir bei einem Preis von 36,80 € pro Gruppensitzung pro Patient Kosten von 49.896,00 € im Jahr. Zusammengefasst ergibt das Kosten von 127.844,64 € für ein Jahr ambulante DBT gegenüber 179.536 €, die im gleichen Zeitraum für eine stationäre Behandlung zu zahlen wären. Pro Patient und Jahr haben wir damit eine durchschnittliche Ersparnis von 1.566,42 €. In dieser Rechnung nicht berücksichtigt sind Kosten, die durch ärztliche Behandlung der Selbstverletzungen und Therapieabbrüche verursacht wurden.

## Ausblick

Die DBT ist eine Therapie im Team mit sorgfältig aufeinander abgestimmter Einzel- und Gruppentherapie, die hervorragend zu modernen Behandlungsstrukturen wie „Integrierte Versorgung“ oder „Medizinische Versorgungszentren“ passt. Unsere Erfahrungen zeigen, dass DBT im bundesrepublikanischen Versorgungssystem durchaus ambulant von niedergelassenen Therapeuten angeboten werden kann. Der Gewinn für die teilnehmenden Therapeuten liegt darin, dass die Behandlung „schwieriger Patienten“ durch Entlastung im Team und durch strukturierte Behandlungskonzepte im Vergleich zur Behandlung anderer Störungen als nicht belastender erlebt wird. Diese Arbeitsweise bereichert zudem die ambulante Tätigkeit von Psychotherapeuten. Der Gewinn für die Patientinnen liegt in der wohnortnahen Versorgung und darin, dass sie die neu erworbenen Fertigkeiten direkt vor Ort in der gewohnten Umgebung ausprobieren können. Der Vorteil für die Kostenträger besteht in einer kostengünstigen Versorgung der ansonsten „sehr teuren Borderline-Patientinnen“. Es bleibt zu hoffen, dass sich in der Bundesrepublik Deutschland in den nächsten Jahren weitere ambulante Netze gründen.

## Literatur

- Bohus M, Berger M (1996). Die dialektisch-behaviorale Psychotherapie nach M. Linehan. Ein neues Konzept zur Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen. *Nervenarzt* 67: 911–923.
- Franke GH (2000). Brief Symptom Inventory von L. R. Derogatis (Kurzform der SCL-90-R) – Deutsche Version. Göttingen: Beltz Test.
- Friedrich J, Gunia H, Huppertz M (2003). Evaluation eines ambulanten Netzwerks für Dialektisch Behaviorale Therapie. *Verhaltensther Verhaltensmed* 24: 289–306.
- Gunia H, Friedrich J, Huppertz M (2005). Evaluation eines ambulanten DBT-Netzwerks – erste Ergebnisse. In: *Behandlung von Persönlichkeitsstörungen*. Merod R (Hrsg.). Tübingen: dgvt; 523–547.
- Gunia H, Huppertz M, Friedrich J, Ehrental J (2000). Dialektisch Behaviorale Therapie von Borderline-Persönlichkeitsstörungen in einem ambulanten Netzwerk. *Verhaltensther Psychosoz Prax* 32: 651–662.
- Hautzinger M, Bailer M, Worall H, Keller F (1994). Das Beck Depressionsinventar (BDI). Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber.
- Huppertz M (2003). Die Bedeutung des Zen-Buddhismus für die Dialektisch-Behaviorale Therapie. *Psychother Psychosom Med Psychol* 9/10: 276–383.
- Jerschke S, Meixner K, Richter H, Bohus M (1998). Zur Behandlungsgeschichte und Versorgungssituation von Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung in der Bundesrepublik Deutschland. *Fortschr Neurol Psychiatr* 12: 219–229.
- Leichsenring F (1997). Borderline-Persönlichkeits-Inventar (BPI). Manual. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
- Linehan MM (1996a). Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. München: CIP-Medien.
- Linehan MM (1996b). Trainingsmanual zur dialektisch-behavioralen Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. München: CIP-Medien. (Orig.: Linehan MM [1993]. *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford.)
- Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A, Allmon D, Heard HL (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry* 48: 1060–1064.
- Linehan MM, Comtois KA, Murray AM, Brown, MZ, Gallop, RP, Heard, HL, Korslund, KE, Tutek, DA, Reynolds, SK, Lindenbim N (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs. therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry* 63: 757–766.
- Linehan MM, Heard HL, Armstrong HE (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry* 50: 971–974.
- Linehan MM, Schmidt H, Dimeff LA, Craft C, Lanter J, Comtois KA (1999). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *Am J Addict* 8: 279–292.
- Schepank H (1995). Der Beeinträchtigungsschwere-Score (BSS). Göttingen: Beltz Test.
- Wittchen HU, Zaudig M, Fydrich T (1997). SKID – Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV (SKID I und SKID II). Göttingen: Hogrefe.

## Korrespondenzadresse

Dipl.-Psych. Hans Gunia  
Heidelberger Landstraße 171, 64297 Darmstadt  
E-Mail: praxis@hansgunia.de