

Entscheidungshilfen bei Diagnostik und Wahl psychologischer Behandlungsmethoden

Bei psychosomatischen Störungen in der HNO-Heilkunde ist neben der konsiliarischen Differentialdiagnostik die Motivation der Patienten zu einer Psychotherapie eine der wichtigen ärztlichen Tätigkeiten des HNO-Arztes. Er vermag an zentraler Stelle die Krankheitseinsicht des Patienten und die Weichenstellung für eine stationäre oder ambulante Psychotherapie zu beeinflussen.

Dieser Beitrag soll dem behandelnden HNO-Arzt Entscheidungshilfen bei der Diagnostik und Wahl psychologischer Behandlungsmethoden bieten. Dabei werden vor allem stationäre psychosomatische Krankenhausbehandlung und Rehabilitation, ambulante Psychotherapie sowie die Tinnitus-Retraining-Therapie (TRT) berücksichtigt.

Das Gebiet der HNO-Heilkunde und der Phoniatrie beschäftigt sich in besonderem Maße mit den Organen, die für die Kommunikation und Außenwahrnehmung von hoher Bedeutung sind. Bereits primäre Störungen wie Verunstaltungen der Nase, Verlust der Stimme (z. B. nach Operationen) und Schwerhörigkeit können zu folgenreichen Problemen im psychosozialen Bereich führen. Andererseits sind Verhalten, Emotion und Kognition in komplexer Weise mit Sprache, Gesichtsausdruck, Gleichgewichtssystem, Geruchs- und Hörsinn vernetzt, was bei entsprechender Konstellation eine Fülle von psychogenen Störungen bis hin zu extremen Beeinträchtigungen erwarten lässt.

„Ein erheblicher Anteil an HNO-Patienten leidet an psychosomatischen Problemen.“

Störungs- und Behandlungsmodelle bei Erkrankungen auf dem Gebiet der HNO-Heilkunde galten lange Zeit als „Stiefkind“ der Psychosomatik. Erst seit Mitte der 80er Jahre ist durch eine zunehmende Zahl von methodisch guten und somit aussagekräftigen Studien deutlich geworden, dass ein erheblicher Anteil der Patienten in HNO-Praxen an psychosozialen Beeinträchtigungen im Gefolge der Grunderkrankung oder organisch nicht erklärbaren Symptomen

leidet [42]. Nach Hoffmann [32] sollen bei bis zu 2/3 der HNO-Patienten u. a. funktionelle und psychosomatische Störungen bestehen. Diese Erkenntnis hat zunehmend zu einer interdisziplinären Zusammenarbeit von Ärzten, Psychologen, Audiologen und Grundlagenforschern geführt und impliziert die Einbeziehung psychologischer Maßnahmen zur Behandlung einer Reihe von Krankheiten, die bei Patienten des HNO-Arztes vorkommen [14, 23, 31, 35, 39, 43, 44, 46].

Psychosomatische Erkrankungen in der HNO-Heilkunde

Psychosomatische Störungen stellen in der Medizin eine besondere Situation dar: Ein als physisch erlebtes Symptom lässt sich mit apparativer Diagnostik nur ungenügend erklären und behandeln. Arzt und Patient stehen vor einem Rätsel, das auch der Facharzt benachbarter somatischer Disziplinen (Augenarzt, Neurologe, Orthopäde, Zahnarzt, Gastroenterologe etc.) nicht lösen kann.

Dem Diagnostiker fallen die Patienten zunächst dadurch auf, dass sie sich ängstlich und besonders genau nach den Ursachen der Erkrankung erkundigen

Priv.-Doz. Dr. G. Goebel
Medizinisch-Psychosomatische Klinik
Roseneck, Am Roseneck 6,
83209 Prien am Chiemsee

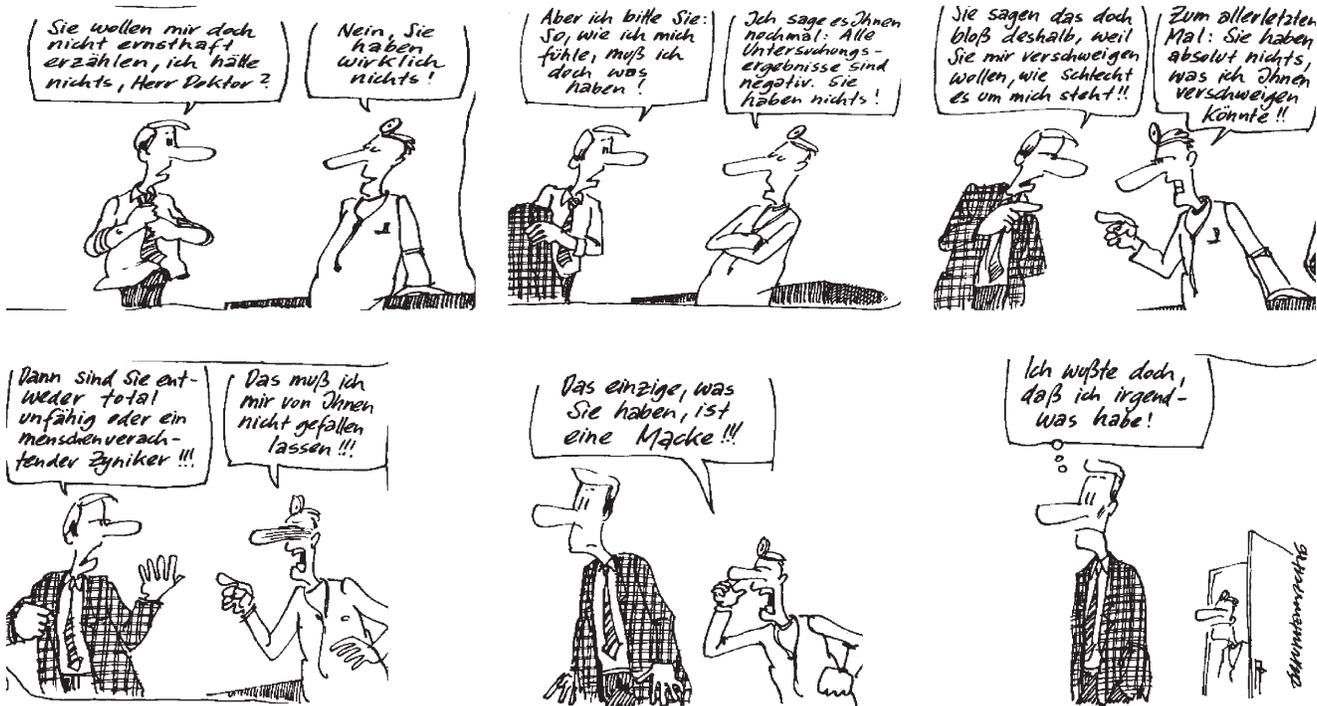


Abb. 1 ▲ Die Arzt-Patienten-Beziehung bei psychosomatischen Erkrankungen (Aus Rauschenbach: *Ich halt mich für ziemlich versaut*. Espresso Verlag (vormals Elefanten Press Verlag) Berlin, 1988)

und gehäuft schon andere Untersucher ohne Behandlungserfolg konsultiert haben. Beim HNO-Arzt bzw. dessen Mitarbeitern entwickeln sich im Verlauf häufig Ärger über die komplizierte Anamnese und die Sorge, etwas übersehen zu haben. Auch stellt sich zunehmende Frustration über den enttäuschenden Verlauf von Diagnostik und Therapie ein.

„Arzt und Patient stehen vor einem Rätsel.“

Erleichterung zeigt sich, wenn der Patient seltener vorstellig wird oder sich nicht mehr meldet. In den seltensten Fällen ist er tatsächlich geheilt. Meist erscheint er beim nächsten Experten, wo er sich über die Insuffizienz des Kollegen auslässt und damit das Rad der Diagnostik und alternativer Behandlungsversuche erneut in Gang setzt. Selbst vorsichtige Hinweise auf psychosomatische Überlegungen stoßen auf Ablehnung („Ich bin doch nicht verrückt!“), (Abb. 1). Die Arzt-Patienten-Beziehung droht zu zerbrechen.

Der Begriff „psychosomatische Erkrankungen“ ist im wissenschaftlichen Sinn umstritten. Störungen ohne erkennbare körperliche Läsionen haben

die „klassischen“ psychosomatischen Erkrankungen wie Asthma bronchiale, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa etc. in den Hintergrund gedrängt. Die Palette der HNO-Symptomkomplexe reicht von „psychogenen“ Körpererkrankungen wie z. B. Bruxismus, Globus, Glossodynie, Mundtrockenheit, Räsperzwang, Rhinopathie, psychogene Urticaria über psychisch „mitverursachende“ Erkrankungen wie Hörsturz, M. Menière, Otalgie, kompensierter Tinnitus sowie ausgeprägte psychische Krankheiten durch körperliche Krankheiten (z. B. hirnorganische Depression, Schlafapnoe, dekomensierter Tinnitus, drogeninduzierte Angststörungen) bis hin zu psychischen Störungen infolge schwerwiegender Krankheiten (z. B. Depression oder Panikstörung nach Laryngektomie, Malignome, M. Menière bds., plötzliche beidseitige Ertaubung), (Tabelle 1).

„Klassische psychosomatische Krankheitsbilder in der HNO-Heilkunde gibt es nicht.“

Die ätiologische Differenzierung ist – unabhängig vom wissenschaftlichen Interesse – für die Ableitung spezifischer stationärer Behandlungsstrategien un-

brauchbar bis schädlich: Häufig treffen wir auf Patienten, denen leichtfertig die Hypothese einer „Krebspersönlichkeit“ nahegebracht wurde und die nach einer entsprechend auf Selbstwertgefühl und Durchsetzungsvermögen ausgerichteten Psychotherapie das Rezidiv ihres Malignoms als „psychisches“ Versagen erleben und entsprechend resignativ verarbeiten. Hierzu gehört auch die obsoleete Angewohnheit, in Unkenntnis einer organischen Ursache ein Symptom als psychosomatisch zu klassifizieren.

Erfassung der psychischen Komorbidität

Patienten mit unerkannten Depressionen, Angst und somatoformen Störungen

Im Folgenden wird der Begriff „Psychosomatik“ daher pragmatisch im Sinne einer Multimorbidität verstanden: Er bezieht sich auf Erkrankungen, bei denen psychische Faktoren für Entstehung, Entwicklung und Aufrechterhaltung der Erkrankung von relevanter Bedeutung sind und/oder bei denen neben der somatischen Störung eine psychische Störung vorliegt und Zusammenhänge von Seiten der Betroffenen oder der Experten zunächst nur vermutet werden (psychische Komorbidität).

Tabelle 1

HNO-Krankheiten und häufiger damit einhergehende psychische Störungen (psychische Komorbidität)

HNO-Diagnose	ICD-10	Häufige psychische Diagnosen
Nase		
Vasomotorischer Schnupfen	J 30.0	Somatoforme Störung
Allergischer Schnupfen	J 40.1	Somatoforme Störung
Mund und Hals		
Mundtrockenheit	R 68.2	Depression, Angststörung
Zungenbrennen	K 14.6	Hypochondrie
Parafunktionen	K 10	Psychogene Schmerzstörung
Costen-Syndrom	K 07.6	Angststörung
Bruxismus	F 45.8	Persönlichkeitsstörung
Globusgefühl	F 45.8	Somatoforme Störung Konversionsstörung
Funktionelle Stimmstörung	F 44.4	Konversionsstörung
Aphonie	R 49.1	Persönlichkeitsstörung
Asthma bronchiale (endogen)	J 45.1	Depression, Angststörung
Schmerzstörungen		
Sekundäre Otalgie	H 92.0	Psychogene Schmerzstörung
Spannungskopfschmerz	G 44.2	Psychogene Schmerzstörung
Migräne	G 43	Psychogene Schmerzstörung
Atypischer Gesichtsschmerz	G 50.1	Psychogene Schmerzstörung
Ohren		
Schwerhörigkeit	H 90.0	Affektive Störung, anfangs Suizidalität, Angststörung
Idiopathischer Hörsturz	H 91.2	Private/berufliche Überforderungen, hohe Leistungsorientierung
Tinnitus	H 93.1	Affektive Störung, Angststörung, somatoforme Störung
Hyperakusis	H 93.2	Affektive Störung, Angststörung, Konversionsstörung, Somatoforme Störung
Koordinationsstörungen		
Schwindel o. n. A.	R 42	Angststörung
Nichtvestibulärer Schwindel	H 81.4	Phobie, Panikattacken
Psychogener Schwindel	F 45.8	Somatoforme Störung
Morbus Menière	H 81.0	Konversionsstörung, Angststörung

gen werden häufig unter verschiedenen Klagen in den HNO-Praxen vorstellig. Nach genaueren Erhebungen lassen sich bei erstuntersuchten Patienten in HNO-Praxen allein in 13% der Fälle psychiatrisch relevante hypochondrische Störungen nachweisen [58]. Ca. 40% der Patienten in Allgemeinpraxen leiden häufig unerkant an Angsterkrankungen und affektiven Störungen. Zeitmangel und unzureichende Ausbildung auf psychosomatischem Gebiet führen häufig dazu, die psychische Erkrankung zu übersehen. Erschwert wird die Diagno-

stik dadurch, dass die Patienten in der Arztpraxis wenig bereit sind, über Gefühle zu sprechen, zumal sie die psychischen Beschwerden subjektiv oft als Organbeschwerden erleben und präsentieren [52, 53]. Oft wird eine vermutete psychische Störung nicht behandelt, um den Patienten vor der als stigmatisierend empfunden Diagnose zu schonen.

Das vielschichtige psychosomatische Störungsbild kann genau differenziert und für einen optimalen Therapieplan berücksichtigt werden [20, 30]. Mit Einführung des diagnostischen Manu-

als der WHO (ICD-10) bzw. der „American Psychiatric Association“ (DSM-IV) ist ausdrücklich das Prinzip der Komorbidität befürwortet worden. Danach können und sollen zur Beschreibung einer komplexen Symptomatik mehrere Diagnosen vergeben werden, wenn die entsprechenden Kriterien erfüllt sind. Somatische Symptome und Beeinträchtigungen der körperlichen Vitalität treten durchaus bei mehreren psychischen Störungen in mehr oder weniger charakteristischer Form auf. So haben mehrere Studien gezeigt, dass bei quälendem Tinnitus in bis zu 90% teils unterschiedliche psychiatrisch relevante Mehrfachdiagnosen gefunden werden [16, 30], (Tabelle 2).

Zur Erfassung psychischer Störungen haben sich in der klinischen Praxis Checklisten bewährt (z. B. „Internationale Diagnosen-Checklisten für ICD-10 (ICDL)“ oder alternativ „Internationale Diagnosen-Checklisten für Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)“ [26, 30]. Sie ermöglichen ein rasches und vollständiges Überprüfen der einzelnen Symptome und Zusatzkriterien. Eine weitere Hilfe sind Beschwerdelisten bzw. symptom-spezifische Fragebögen, die vom Patienten auszufüllen sind und als Screeninginstrumente, aber auch zur Quantifizierung des Beschwerdeausmaßes eingesetzt werden können [z. B. „Symptom-Check-List (SCL- 90-R)“, Derogatis 1986; „Screening für somatoforme Störungen (SOMS)“ [51]; „Mini-Tinnitus-Fragebogen (Mini-TF)“ [19, 21]].

Begründung und Effizienz einer Psychotherapie

Viele Patienten sind aufgrund ihrer Multimorbidität zum Außenseiter der Gesellschaft geworden [12]. Dies wirft einerseits ein Licht auf die unzureichende Versorgungssituation; andererseits belegt dies die immer wieder festgestellte Persistenz psychischer Störungen zumindest eines klinisch relevanten Patientenguts.

Bei der Frage der Effektivität und der „Volkswirtschaftlichkeit“ der Psychotherapie kann auf eine Reihe von Studien verwiesen werden, aus denen der Langzeiterfolg der stationären Psychotherapie hervorgeht [25, 40, 41, 66, 67]. Es zeigt sich, dass es bei zwei Dritteln der meist als chronisch krank zu be-

Tabelle 2

Psychische Störungen, die in der HNO-Heilkunde eine Kooperation mit einem Psychotherapeuten bzw. Psychiater erforderlich machen

	ICD-10	DSM-IV
Affektive Störungen (Depressionen) Merkmal Depression: Interesseverlust, Schlafstörung, Unruhe oder Gelähmtsein, Wertlosigkeitsgefühl, Konzentrationsstörung, Todesgedanken, Pessimismus, kognitive Störungen, Entschlusslosigkeit, Resignation		
Major-Depression: einzelne Episode, durchgehend über 2 Wochen	F 32.01; F 32.11	296.2x
Major-Depression: rezidivierend, mit somatischen Symptomen, mehrere Episoden	F 33.01; F 33.11	269.3x
Dysthyme Störung: milde depressive Verstimmung über 2 Jahre anhaltend	F 34.1	300.4
Angst-, Panik- und Belastungsstörungen		
Panikstörung mit Agoraphobie: plötzliche und als spontan erlebte unangenehme Symptome, die ohne Auslöser einer Angstattacke gleichkommen und oft als körperliche Krankheit interpretiert werden (Asthma, Herzinfarkt, drohender Schlaganfall, Schwindel etc.); zunehmendes Vermeidungsverhalten	F 40.01	300.21
Agoraphobie ohne Panikstörung: situativ ausgelöste Angstanfälle (Todesangst) mit Entwicklung von Vermeidungsverhalten	F 40.00	300.22
Spezifische Phobie: krankhafte Beschäftigung mit Symptomen und starke Angstreaktion in Erwartung von Konfrontation mit Symptomen, von denen keine reale Gefahr ausgeht	F 40.2	300.29
Generalisierte Angststörung: häufig auftretende Angst in Erwartung oder Konfrontation mit verschiedenen Lebensbelastungen	F 41.1	300.02
Anpassungsstörung: emotionale Bedrängnis nach belastenden Lebensereignissen	F 43.2	309.00
Posttraumatische Belastungsstörung: Konfrontation mit lebensbedrohlicher Gewalt (Erleben bei anderen oder als Opfer) und wiederkehrenden Erinnerungen (Alpträume, Flashback) über Monate, auch nach Latenzzeit bis zu 6 Monaten	F 43.1	309.81
Akute Belastungsstörung: Konfrontation mit lebensbedrohlicher Gewalt (Erleben bei anderen oder als Opfer) und wiederkehren den Erinnerungen (2 Tage bis 4 Wochen)	F 43.0	308.3
Konversions- und somatoforme Störungen		
Konversionsstörung: Konflikte und psychische Störungen stehen mit Beginn oder Verschlechterung medizinisch unerklärbarer Symptome in Zusammenhang	F 44.7	300.11
Somatisierungsstörung: Überzeugung, Krankheiten gegenüber besonders anfällig zu sein	F 45.0	300.81
Hypochondrie: übermäßige Beschäftigung mit Gesundheitsängsten und überzeugte Fehlinterpretation vielfältiger harmloser Symptome	F 45.2	300.7
Körperdysmorphie Störung: übermäßige Beschäftigung mit nicht nachvollziehbarem oder übertriebenem Makel äußerer Erscheinung	F 45.2	300.7
Somatoforme Schmerzstörung: Psychisches Leiden als Hauptmerkmal der Schmerzproblematik	F 45.4	307.8
Sonstiges		
Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei andernorts nicht klassifizierten Krankheiten: Psych. Faktoren spielen in der Ätiologie der somatischen Krankheit eine wesentliche Rolle (z. B. Tinnitus, Hyperakusis, Schwindel, Asthma)	F 54	316
Zwangsstörung: zwanghafte Beschäftigung mit Gesundheitsvorsorge und Überprüfung von Körperfunktionen, Verhalten, Gedanken etc.	F 42.x	300.3
Wahnhaftige Störung, Typus mit körperbezogenem Wahn: Wahn, an einem körperlichen Defekt oder medizinischer Krankheit zu leiden	F 22.0	297,1
Persönlichkeitsstörungen: durchgehende Verhaltensauffälligkeiten, problematische Beziehungsmuster	F 60.x	301.xx
Borderline-Störung: instabiles Beziehungsmuster, Selbstverletzungstendenz	F 60.3	301.83

zeichnenden Patienten (45% länger als 5 Jahre krank, weitere 45% länger als 10 Jahre krank) in Folge der Behandlung zu einem ökonomischen Effekt durch die Reduzierung der kostenrelevanten Variablen kommt. Nach der Studie von Hiller [29] mit etwa 200 Patienten, die in der Klinik Roseneck behandelt wurden, waren die ausfallsbedingten Aufwendungen nach 21 Monaten amortisiert.

„Durch eine psychotherapeutische Behandlung chronisch Kranker lassen sich Kosten einsparen.“

Allerdings können wir im Gesundheitswesen mit dem ökonomischen Faktor allein schlecht argumentieren: So dürfen wir nicht die absurde Frage stellen, was volkswirtschaftlich effektiver ist – eine durch Herztransplantation erreichte Lebensverlängerung oder ein durch stationäre Psychotherapie verhinderter Suizid [39].

Bezüglich der Wirkung psychotherapeutischer Behandlungsansätze auf dem HNO-Gebiet wird auf Metaanalysen und Übersichtsarbeiten verwiesen [2, 3, 17, 22, 23, 31, 38, 39, 43, 44, 47, 54, 56, 60].

Stellenwert der stationären Psychosomatik

Weniger als 1% der Gesamtbettenzahl der Bundesrepublik Deutschland entfallen auf psychosomatisch-psychotherapeutische Bereiche. Gutachterliche Stellungnahmen gehen von einer geschätzten Bettenmessziffer von 0,104 pro 1000 Einwohner bei einer Verweildauer von 40 Tagen [37] bis 0,175 bei einer Verweildauer von 50 Tagen aus [36]. Dies entspricht z. B. in Bayern etwa 2500 Betten. Sie verteilen sich auf Akut-Krankenhäuser (§108 SGB V) und Rehabilitationseinrichtungen (§111 SGB V).

Für die Versorgung psychosomatischer Patienten werden weniger als 0,5% der Gelder aufgewendet, die für die gesamte stationäre Krankenhausbehandlung ausgegeben werden [41].

Nur 10% der stationären Versorgung erfolgt in universitären Einrichtungen und Allgemeinkrankenhäusern, der übrige Teil in Spezialeinrichtungen privater Trä-

ger einschließlich Einrichtungen, die den Rentenversicherungsträgern gehören.

Die Tagessätze psychosomatisch-psychotherapeutischer Einrichtungen liegen mit 30–40% deutlich unter denen kommunaler Häuser oder universitärer Einrichtungen.

Anforderung an eine psychosomatische Klinik

Entsprechend einem biopsychosozialen Krankheitsverständnis sollten die therapeutischen Möglichkeiten einer stationären psychosomatischen Akutbehandlung breitgefächert sein, dem neuesten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis entsprechen und zumindest in ihren Kernbereichen einer Qualitätssicherung unterliegen. Dies gilt gegenwärtig im wesentlichen für verhaltensmedizinische, mit Einschränkungen auch für tiefenpsychologische Therapien [6, 25].

Stationäre Psychotherapie ist nur dann der ambulanten Psychotherapie überlegen, wenn hier innerhalb kurzer Zeit viele verschiedene Therapieelemente synergistisch ineinander greifen. Dazu sollten Kompetenzen und Möglichkeiten vorhanden sein, verschiedene Therapieansätze wie nonverbale Therapien, Entspannungsverfahren, Biofeedback und körperorientierte Verfahren wie Sport und Bewegungstherapie im Rahmen eines individuellen Gesamtbehandlungsplanes zu kombinieren.

Eine solche interdisziplinäre und mehrdimensionale Behandlung gelingt durch eine Koordination der therapeutischen Arbeit in Teambesprechungen [52]. Je nach vorliegender Diagnose liegt der Bedarf an therapeutischen Leistungen in einem Rahmen zwischen 15 und 20 vollen Therapiestunden pro Woche, wobei die Therapieeinheiten von unterschiedlicher Länge (20–100 min) sind.

Die ständige Bereitschaft zur fachgerechten Krisenintervention (wie z. B. bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen, suizidalen Krisen) stellt besonders hohe Ansprüche an die Abstimmung des therapeutischen Vorgehens. Die Klinik muss rund um die Uhr ausreichend ausgebildete Ärzte bereitstellen, die mit Krisen sowohl therapeutisch als auch medizinisch umgehen können. Für die psychische und somatische Betreuung muss eine suffiziente apparative Ausstattung zur Verfügung stehen. Die ärztliche Versorgung erfolgt unter der Leitung eines

Facharztes für Psychotherapeutische Medizin oder Psychiatrie und Psychotherapie [48].

„Interdisziplinäre und mehrdimensionale Behandlung gelingt durch Koordination der therapeutischen Arbeit in Teambesprechungen.“

Auch die Krankenpflege ist über die eigentliche pflegerische Tätigkeit hinaus gefordert und auf Grund berufsspezifischer Defizite zu einer begleitenden Weiterbildung verpflichtet. Dieser in der Psychosomatik üblicherweise als Co-Therapie bezeichnete Bereich sollte z. B. in der Lage sein, stützende Gesprächskontakte zu übernehmen.

Das Zustandekommen einer tragenden therapeutischen „Beziehung“ innerhalb der psychosomatischen Klinik stellt die Voraussetzung für die Therapie und einen wesentlichen Wirkfaktor dar und kann nicht unter Zeitdruck erzwungen werden.

Bemühungen der letzten Jahre haben hier zu einem flexiblen, auf den tatsächlichen Bedarf abgestimmten Vorgehen geführt. So ist z. B. die mittlere Ver-

Die adäquate Behandlung eines sehr quälenden Tinnitus mit Hyperakusis bei Morbus Menière fordert z. B. neben Einzeltherapie und allgemeinen Gruppentherapieelementen den Einsatz spezieller indikativer Gruppen, in denen die störungsspezifischen Kognitionen und Emotionen thematisiert werden (Tinnitusbewältigungs-Gruppentherapie; TinnitusInformationsgruppe; Counseling zu Schwindel und M. Menière). Im Hinblick auf eine nach ausführlicher Diagnostik zu erwartende psychische Komorbidität ist die Behandlung der jeweiligen Störung mit einzubeziehen (z. B. Depressionsbewältigung, Angstbewältigung). Der Umgang mit Geräuschen kann am effektivsten in einem „Hörtraining“ normalisiert werden, in das Expositionsübungen integriert sind. Zur Beeinflussung der Gleichgewichtsstörung sind ein Gleichgewichtstraining und unterschiedliche Ansätze von Bewegungstherapie erprobte Therapieelemente.

weildauer in der Klinik Roseneck im Verlauf der letzten Jahre trotz Zunahme des Schweregrades der Behandlungsfälle und des mittleren Alters der Patienten von 64 Tagen kontinuierlich auf derzeit 45 Tage zurückgegangen (Jahresbericht 2000). Psychische Komorbidität, Schwere der psychosozialen Situation und mögliche Behandlungsdichte entscheiden über die stationäre Behandlungsdauer, die sich für psychosomatische Störungen über 4–7 Wochen erstreckt.

Stationäre Krankenhausbehandlung

Die Aufgaben einer stationären Krankenhausbehandlung durch die Gesetzliche Krankenversicherung GKV werden im § 39 SGB V skizziert: „...Versicherte haben Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus (§ 108), wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege, erreicht werden kann“.

In den allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) der Privaten Krankenversicherung PKV heißt es: „Es besteht dann Anspruch auf Leistungen, ... wenn nur mit den besonderen Mitteln eines Krankenhauses eine Krankheit geheilt oder gebessert, das Leben verlängert, Beschwerden gelindert oder Verschlimmerungen abgewendet werden.“

Es ist daher nur dann die stationäre Behandlung einer psychosomatischen Störung zu rechtfertigen, wenn folgende Umstände gegeben sind:

- wenn psychische Faktoren eine wesentliche Rolle spielen (psychische Komorbidität);
- wenn sich eine ambulante Therapie als nicht ausreichend erweist und gleichzeitig durch stationäre Therapie ein Therapieerfolg zu erwarten ist;
- wenn ambulante Therapie zwar ausreichend wäre, aber ein möglicher Therapieerfolg durch stationäre Therapie schneller, ökonomischer und damit auch den Bedürfnissen des Patienten entsprechend erreicht werden könnte;
- wenn diagnostische Unklarheit bei potentieller Bedrohung wie z. B. Hör-

sturz, Luftnot, Schwindel mit Synkopen besteht und psychische und somatische Faktoren auf die Erkrankung gleichermaßen Einfluss nehmen;

- wenn die Therapieintensität und das therapeutische Setting vorwiegend stationär zur Verfügung gestellt werden können (z. B. Essstörung, Zwangsstörung);
- wenn psychische Instabilität, insbesondere bei Patienten mit phobischen und suizidalen Krisen und bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen (z. B. dramatisierendem Verhalten, extremem Leidensdruck) besteht, was auf Grund der Schwere der Erkrankung eine engmaschige Betreuung notwendig macht;
- bei somatischer Instabilität von Patienten mit starker körperlicher Ausprägung der Störung (z. B. Globus, rezidivierender Hyperventilation, Hörsturz, Morbus Menière, Tinnitus), Patienten mit autoaggressivem Verhalten (Selbstverletzungen) sowie bei Patienten nach Kehlkopfoperationen oder Malignomen, die im Rahmen dieser Erkrankung eine Angststörung entwickeln oder aus psychischen Gründen eine mangelhafte Compliance aufweisen (z. B. Diabetes mellitus);
- bei psychosomatischen und somatoformen Störungen mit mangelhafter Krankheitseinsicht und fehlender Motivation für eine psychotherapeutische Behandlung. Dies sind z. B. Patienten, die allenfalls bei krisenhafter Zuspitzung ihrer Situation zu einer stationären Behandlung motivierbar sind (Krisenintervention [50, 53]);
- bei fehlenden ambulanten Behandlungsmöglichkeiten (Nord/Süd- bzw. Ost/West-Gefälle der psychosomatischen Versorgung durch niedergelassene Psychotherapeuten);
- bei schweren psychosozialen Konfliktsituationen (familiärer Missbrauch, Gewalt in der Partnerschaft) ist die vorübergehende Distanzierung in Form einer stationären Psychotherapie die Voraussetzung für eine effektive Behandlung.

Bewilligung einer stationären Krankenhausbehandlung

Es ist zu empfehlen, die Einweisungsmodalitäten in Kooperation mit einem psy-

chosomatisch/psychiatrisch versierten Facharzt bzw. approbierten Psychologen abzuwickeln (Attest,) da die Krankenkassen besonders im Hinblick auf die durch den HNO-Arzt ausgesprochenen psychischen Diagnosen die Indikation für eine stationäre Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkasse (MdK) bzw. durch den Gesellschaftsarzt der PKV kritisch überprüfen lassen (s. Beispiele unter „Stationäre Krankenhausbehandlung vs. stationäre Rehabilitationsmaßnahme“).

Mit dem Einweisungsschein/Attest hat sich der Patient dann an seine Kasse zu wenden, die dann eine Erklärung zur Kostenübernahme abgibt (Stempel auf Einweisungsschein oder direkte Antwort an die vorgesehene Klinik).

Die Entscheidung für die jeweilige Klinik richtet sich nach den medizinischen Erfordernissen und der Zulassung der gewählten Einrichtung. Während der Krankenhausbehandlung läuft die Lohnzahlung weiter, nach 6 Wochen folgt die Krankengeldzahlung.

Stationäre Rehabilitationsbehandlung

Die „Rehabilitations-Medizin“ in ihrer heutigen Form als gesetzliche Regelleistung gibt es seit 1957 („Heilbehandlung“), die Anschlussheilbehandlung (AHB) erst seit 1976. Es ist v. a. den Rentenversicherungen zu verdanken, dass ein in der Welt beispielhaftes System psychosomatischer Rehabilitation in Deutschland entstehen konnte. So wurden 1995 etwa 30.000 und 2000 etwa 45.000 Reha-Maßnahmen in psychotherapeutisch-psychosomatischen Einrichtungen zu Lasten der BfA durchgeführt [34, 63]. In den letzten Jahrzehnten hat die Tendenz zur Spezialisierung und Differenzierung der Psychosomatik zusammen mit einer größeren Akzeptanz durch die Patienten dazu geführt, dass die Psychosomatik in der Rehabilitation mit 12% inzwischen ein beachtliches Indikationsgebiet darstellt [8].

In der Regel wird eine stationäre Rehabilitation in einer ähnlich ausgestatteten Einrichtung durchgeführt, wie sie für die stationäre Akutbehandlung beschrieben ist (s. oben). Der Ansatz unterscheidet sich meist nur im Behandlungsziel [48], das auf Grund der speziellen Auftragslage der entsprechenden

Kostenträger (Rentenversicherungsträger, Berufsgenossenschaften, GKV, BKK) speziell definiert ist. Oft ist dabei die Anwendung von Heilmitteln (Krankengymnastik, Bewegungstherapie) und Soziotherapie mit berufsorientierter Belastungserprobung integriert.

Die Aufgaben einer stationären Rehabilitation der Rentenversicherung werden im § 9 SGB VI skizziert: Sie sollen durchgeführt werden, „um den Auswirkungen einer Krankheit oder körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderungen der Versicherten auf die Erwerbsfähigkeit entgegenzuwirken oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wiederinzugliedern. Die Leistungen haben Vorrang vor Rentenleistungen...“

Subsidiär kann die stationäre Rehabilitation der GKV nach § 40.4 SGB V durchgeführt werden: „Reichen ambulante Rehabilitation oder ambulante Rehabilitationskur nicht aus, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, die Krankheitsbeschwerden zu lindern (§ 27,1) oder drohende Behinderung oder Pflegebedürftigkeit vorzubeugen, zu beseitigen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten (§ 11,2), kann die Krankenkasse eine stationäre Behandlung in einer Rehabilitationseinrichtung erbringen, die nach § 111 zugelassen ist.“ (§ 40.2 SGB V)

Rehabilitation heißt in der Psychosomatik Hilfe beim Zurückfinden in die Lebensbedingungen, die durch kognitive Fehleinschätzungen mit vegetativen Störungen verstellt erscheinen.

Es ist daher v. a. dann die stationäre Rehabilitation einer psychosomatische Störung zu rechtfertigen, wenn folgende Umstände gegeben sind:

- wenn die Wiedereingliederung in das Erwerbsleben oder Erhaltung der Berufs- und Erwerbsfähigkeit angestrebt werden. Oft finden sich unter den Patienten viele Personen, die auf Grund unterschiedlicher psychischer Belastungen zunächst eher die Berentung als Lösung ihrer unerträglichen psychischen Situation in Erwägung ziehen als die Lösung der bestehenden Probleme durch Verhal-

tensänderung (z. B. Doppelbelastung durch Pflege eines nächsten Angehörigen; Mobbing am Arbeitsplatz; Beeinflussung der Teamarbeit bei Persönlichkeitsstörungen);

- wenn Menschen nach schweren Unfällen durch Fehlverarbeitung des Unfallereignisses und lange, einschneidende Behandlungen mit längeren Ausfallszeiten instabilisiert werden;
- wenn Menschen durch Unfall oder Krankheit nicht mehr im erlernten Beruf einsetzbar sind.
- Wenn depressive Menschen ihren Arbeitsplatz verlieren, können sie in eine tiefe Selbstwertkrise geraten, die eine intensive psychosomatische Rehabilitationsmaßnahme erforderlich macht [62].
- Wenn eine psychosomatische Störung im höheren Alter exazerbiert, in dem ohnehin eine Umstellung des beruflichen Engagements zu erwarten ist, stellt sich oft die Frage nach einer vorzeitigen Berentung. Hier muss dem Betroffenen im Rahmen einer Rehabilitationsmaßnahme geholfen werden, rasch eine Entscheidung zu treffen und sich auf die Zukunft des „dritten Lebensabschnitts“ vorzubereiten.

Bewilligung einer stationären Rehabilitationsmaßnahme

Nach Befürwortung des behandelnden Arztes (Antragsformular) hat sich der Patient primär an den jeweiligen Rentenversicherungsträger zu wenden (BfA, Landesversicherungsanstalt (LVA), Knappschaft etc.). Die Krankenkasse bewilligt nachrangig nur dann eine Rehabilitation, wenn die Rentenversicherung oder – bei Unfallschaden oder Berufskrankheit – die Berufsgenossenschaft (BG) nicht in Betracht kommt (zu kurze Versicherungszeiten, bereits eingetretener Ruhestand). Für die Bewilligung bedarf es in der Regel einer medizinischen Begutachtung. Entscheidend ist die Gewichtung der akutmedizinischen Behandlungsbedürftigkeit im Zusammen treffen mit rehabilitationsbedürftigen chronischen Leiden. Die Prüfung ist ein komplexer Prozess, in dem die somatischen, psychischen und sozialen Einschränkungen individuell nach den „Indikationskriterien für stationäre Rehabilitationsmaßnahmen gemäß § 40 Abs. 2 SGB V bei psychosomatisch/psycho-

neurotisch Kranken“ des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MdK) bzw. den „Leitlinien zur Rehabilitationsbedürftigkeit“ der BfA gewürdigt werden.

Die Entscheidung für eine jeweilige Rehabilitationsklinik richtet sich nach den medizinischen Erfordernissen, wobei die Wünsche des Versicherten berücksichtigt werden können.

Während der Rehabilitationsmaßnahme läuft die Lohnzahlung weiter. Sind innerhalb des Versicherungsjahres bereits Krankenhausaufenthalte angefallen, werden diese mit den Tagen der Rehabilitationsmaßnahme verrechnet, und der Versicherte erhält nach 6 Wochen vom Rentenversicherungsträger „Übergangsgeld“.

Abgrenzungsprobleme

Stationäre Krankenhausbehandlung vs. stationäre Rehabilitationsmaßnahme

Das Gebiet „psychotherapeutische Medizin/Psychosomatik“ unterscheidet sich im Gegensatz zu anderen medizinischen Bereichen v. a. in seiner teils unscharfen Abgrenzung der Krankenhausbehandlung (Akutbehandlung) von der stationären Rehabilitation.

- In der somatischen Therapie ist die stationäre Akutbehandlung klar von Rehabilitationsmaßnahmen in der Anschlussheilbehandlung (AHB) oder speziellen Rehabilitationskliniken abgegrenzt. Demgegenüber entsprechen sich die Therapieelemente in der psychotherapeutischen Medizin/Psychosomatik sowohl in der Akutbehandlung als auch in der stationären Rehabilitation. Hilfskonstruktionen aus der Suchtbehandlung (Entgiftung als Akutbehandlung, Entwöhnung als Rehabilitation) sind nicht übertragbar [48].
- Ist in der somatischen Medizin die Beachtung psychosozialer Probleme vorrangig der Rehabilitation zugeordnet, so ist der in der psychotherapeutischen Medizin vorherrschende biopsychosoziale Ansatz bereits in der akuten Behandlungsphase zu berücksichtigen, da z. B. psychosoziale Belastungen wesentliche Auslöser psychischer Krisen sein können (z. B. Partner-/Familienkrisen, Arbeitsplatzverlust, Mobbing, finanzielle

Probleme). Häufiger sind die Krankenkassen daher bestrebt, Kostenübernahmen für die Akutbehandlung zu befristen, um eine Weiterbehandlung als Rehabilitation zu bewirken [57]. Dagegen erwarten die Rentenversicherungen zunächst einen erfolgreichen Abschluss der stationären Krankenhausbehandlung.

„Problematisch ist die teils unscharfe Abgrenzung der stationären Akutbehandlung von der stationären Rehabilitation.“

- ▶ Während in der somatischen Medizin krankheitsbedingte Schädigungen und deren Folgen (Behinderung, Funktionseinschränkung) klar definiert werden können, sind diese bei psychosomatischen Störungen eng miteinander verknüpft und somit schwer in differenzierte Behandlungsphasen zu zergliedern [57].
- ▶ Krankheitsstadien, wie sie in der somatischen Medizin vorhanden sind, lassen sich bei psychosomatischen Krankheiten nicht klar voneinander abgrenzen. Die Übergänge sind fließend mit einer Schnittmenge von ca. 65% [37].

Entsprechend gibt es zwischen den Beteiligten unterschiedliche Interpretationen. Nicht selten entscheidet die Formulierung über die Übernahme oder Ablehnung der Kosten von Seiten der Krankenversicherungen, wie es aus den folgenden Beispielen eines Versicherungsbescheides hervorgeht:

Stationäre Rehabilitation vs. Kur- oder Vorsorgebehandlung

Die „Kurmedizin“, ausgehend von der physikalischen Therapie, hat in Deutschland und Mitteleuropa eine lange Tradition (z. B. Kneipp-Therapie). Kuren sind die Domäne von Präventivmaßnahmen, die sich von der Rehabilitation durch ein geringeres, überwiegend physikalisch ausgerichtetes Behandlungsangebot unter Ausklammerung psychosozialer Aspekte unterscheiden und von den GKV finanziert werden (§ 23 SGB V). Auch die PKV beteiligt sich an dieser Behandlungsform.

Noch heute bestehen jedoch Missverständnisse bei Patienten und Ärzten, die Kur und Rehabilitation verwechseln. Ist die Unkenntnis des HNO-Arzt noch verständlich, kann eine Fehleinschätzung von Seiten der PKV für den Versicherten von erheblichem Nachteil

sein, wie aus dem folgenden Beispiel ersichtlich wird:

Einer der Verwechslungsgründe der beiden unterschiedlichen Behandlungsarten ist die Entwicklung der „Rehabilitations-Medizin“ (medizinische Maßnahmen zur Rehabilitation) in Kurorten auf Grund vorhandener Infrastrukturen, obwohl inhaltlich hierfür keine Notwendigkeit bestand. Die Rentenversicherungen verwenden daher den Begriff „Kur“ nicht mehr und sprechen von „Heilbehandlung“ (medizinische Maßnahmen zur Rehabilitation). Demgegenüber sprechen die GKV von „Rehabilitationskur“, um zwei medizinische Begriffe zu vereinen, die besser auseinander gehalten werden sollten [65]. Synonym zu Kur ist auch die Bezeichnung „stationäre Vorsorgemaßnahme“.

Die stationäre psychosomatische Behandlung (Krankenhausbehandlung, Rehabilitationsbehandlung) unterscheidet sich eklatant vom Angebot einer Kurbehandlung, wo für das gesamte Haus ein oder zwei Psychotherapeuten für Entspannungsverfahren und Gesundheitsberatung zur Verfügung stehen.

Einrichtungen, in denen einerseits Kur- oder Sanatoriumsbehandlungen bzw. Rehabilitation und andererseits auch stationäre Krankenhausbehand-

Fall 1

Der einweisende HNO-Arzt bittet um Kostenübernahme für eine „stationäre psychosomatische Behandlung des Morbus Menière“ mit der Begründung, dass der Patient immer häufiger arbeitsunfähig sei. Die Kostenübernahme durch die Krankenversicherung wird abgelehnt, weil „eine psychopathologische oder psychische Erkrankung, die einer akuten Krankenhausbehandlung bedürfe, nicht angegeben wird“ und „die Behandlung somit den Charakter einer Sanatoriumsbehandlung hat“.

Fall 2

Der einweisende HNO-Arzt bittet um Kostenübernahme für eine „stationäre Krankenhausbehandlung“ wegen der akuten Entwicklung einer massiven Angststörung auf dem Boden einer chronisch-rezidivierenden, therapieresistenten Schwindelsymptomatik und erhebli-

cher psychosozialer Belastungsfaktoren (beruflich und privat). Ambulante Maßnahmen einschließlich ärztlicher Kriseninterventionen reichen nicht mehr aus, das Störungsbild adäquat zu behandeln (s. Attest des mitbehandelnden Facharztes für psychotherapeutische Medizin/Nervenarzt).

Die Kostenübernahme wird von der Krankenversicherung akzeptiert, da Ausmaß des Krankheitsbildes und Behandlungsempfehlungen korrekt geschildert werden.

Fall 3

Der einweisende HNO-Arzt bittet um Kostenübernahme für eine „psychosomatische Tinnitus-Behandlung, wie z. B. einen Kuraufenthalt in einer Tinnitus-Klinik“ Darauf antwortet die private Krankenkasse:

Sehr geehrter Versicherter,
... in dem oben aufgeführten Haus werden auch Sanatoriumsbehandlungen durchgeführt.

Die erforderliche Zusage der tariflichen Leistungen für stationäre Krankenhausbehandlung geben wir, wenn nach unserer Überzeugung eine Behandlung nur mit den besonderen Mitteln eines Krankenhauses möglich ist, wenn es also nicht möglich ist, die Behandlung zum Beispiel im Rahmen einer Sanatoriumsbehandlung durchzuführen. Diese Überzeugung können wir aufgrund der vorgelegten Unterlagen nicht gewinnen... Es besteht daher nur Anspruch auf ein Tagegeld in dem versicherten Tarif (DM 40,- pro Tag innerhalb von drei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren insgesamt bis zu 4 Wochen). (Die GKV hätte in diesem Fall auf die Durchführung der Behandlung durch den Rentenversicherer (z.B. BfA, LVA etc.) verwiesen, der in solchen Fällen die Behandlung übernommen hätte.)

Tabelle 3

Abgrenzung stationäre Kur, Vorsorgemaßnahme, Sanatoriumsbehandlung, Rehabilitation, Psychotherapie

Stationäre Kurbehandlung Vorsorgemaßnahme	Stationäre Rehabilitation	Krankenhausbehandlung
Synonym im Jargon der PKV: „stationäre Kurbehandlung, Sanatoriumsbehandlung“	Synonym im Jargon der PKV: „Sanatoriumsbehandlung“	Synonym im Jargon der PKV: „stationäre Heilbehandlung“
Institution		
Kurklinik, Sanatorium, Fachklinik, Vorsorgeeinrichtung	Spezialeinrichtung, Rehabilitationsklinik	Klinik, Krankenhaus, Fachkrankenhaus
Zulassung nach § 111 SGB V	Zulassung nach § 111 SGB V	Zulassung nach § 108 SGB V
Sanatoriumsgast (Jargon der PKV)	Patient	Patient
Ärztliche Leitung		
Badearzt, Facharzt für physikalische Medizin, Naturheilverfahren	Facharzt für psychotherapeutische Medizin, Psychiatrie, Innere Medizin, Sozialmedizin, Schmerztherapie u. a.	Facharzt für psychotherapeutische Medizin, Psychiatrie, Innere Medizin, Schmerztherapie u. a.
Therapiepersonal		
Bademeister, Masseure, Sportlehrer	Krankenschwestern und -pfleger als „Co-Therapeuten“, Sport- und Gymnastiklehrer, Krankengymnasten	Krankenschwestern und -pfleger als Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten
Kostenträger		
GKV (§23 SGB V); Beihilfe; PKV: tarifabhängig Sanatoriumstagegeld oder Kurleistung	Primär RV (§ 9 SGB VI); Beihilfe; in Ausnahmen auch GKV (§ 40 SGB V); PKV: keine Tarifleistung	GKV (§ 39 SGB V); PKV; Beihilfe (§ 6 BhV)
Indikation		
Chronischer Krankheitszustand ohne psychische Komorbidität	Krankheitszustand mit chronischer und mittelgradiger psychischer Komorbidität	Krankheitszustand mit akuter und erheblicher psychischer Komorbidität
Therapieziel		
Vorsorge und Nachbehandlung; Hilfestellung zur Entwicklung eigener Abwehrkräfte	Erhaltung/Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit (RV) bzw. Verhinderung einer Behinderung (GKV)	Wiederherstellung/Erhaltung der Gesundheit
Indikationsbeispiel		
Psychovegetative Erschöpfung, chron. allerg. Bronchitis, Asthma, Gelenkbeschwerden	Morbus Menière, Z.n. Saccotomie, Agoraphobie mit Panikattacken, chronischer Tinnitus bei Berufsunfall	Dekompensierter chronischer Tinnitus, Hyperakusis, Agoraphobie mit Panikattacken, Hypochondrie, Major-Depression
Therapiesetting		
Heilmittelanwendungen und „Erholung“ stehen im Vordergrund, lediglich ärztliche Aufsicht, kein Dienstarzt	Pflegerische Assistenz ist der aktiven ärztlichen und psychotherapeutischen Behandlung untergeordnet, Rufbereitschaftsarzt	Pflegerische Assistenz ist der aktiven ärztlichen und psychotherapeutischen Behandlung untergeordnet, durchgehende ärztliche Versorgung
Tagesablauf		
Kurregime, feste Ruhe- und Erholungszeiten, niedrige Therapiedichte	Angepasst an alltägliche Bedürfnisse, mittlere Therapiedichte	Angepasst an alltägliche Bedürfnisse, hohe Therapiedichte
Ernährung		
Oft Außenseiterdiäten, ideologischer Schwerpunkt	Je nach medizinischer Indikation	Nur bei medizinischer Indikation

SGB Sozialgesetzbuch, GKV gesetzliche Krankenversicherung, PKV private Krankenversicherung, RV Rentenversicherung

Tabelle 4

Ambulante vs. stationäre Psychotherapie

Was spricht für ambulante Behandlung?	Was spricht für stationäre Behandlung?
Störung ist regional durch ambulante Therapie behandelbar	Störung ist nur im Krankenhaus behandelbar
Leicht- bis mittelgradige Störung	Schwergradige Störung, ausgeprägte Einschränkung der psychosozialen Funktion, Multi-/Komorbidität
Progrediente Entwicklung mit Zeit für Therapieerfolg	Akuität mit Notwendigkeit einer raschen und intensiven Hilfe
Bestehendes soziales Netz	Fehlendes soziales Netz
Persönlichkeitsstörung mit Langzeittherapieansätzen in der Einzeltherapie	Gruppentherapie mit Gleichbetroffenen (Indikativ-Gruppentherapie bei Tinnitus, Angststörung, somatoforme Störung, Zwangsstörung, Schmerzstörung etc.)
Wohnortnahe Behandlungsmöglichkeit	Notwendigkeit einer wohnortfernen Behandlung (psychosoziale Belastung)
Geringe Verzahnung verschiedener Therapieansätze notwendig	Enge Verzahnung sich ergänzender Therapieansätze erforderlich (multimodaler Ansatz : kognitive Therapie, Counseling, Körperwahrnehmung, Entspannungsverfahren, Gestaltungstherapie, therapeutische Übungen wie Gruppentherapie, Expositionsübungen bei Zwängen, Phobien, Hyperakusis, Schwindeltraining, Biofeedback, physikalische Therapie, soziale Kompetenz)
Einzeltherapie	
Tinnitus-Retraining-Therapie (TRT)	
Autogenes Training (AT)	

lungen durchgeführt werden, gelten als „gemischte Anstalten“, so dass nach den Versicherungsbedingungen (AVB) der PKV im Vorfeld die Kostenübernahme durch die Krankenversicherung abzuwarten ist, da diese sonst im Nachhinein abgelehnt werden kann.

In Tabelle 3 sind nochmals die Merkmale der unterschiedlichen stationären Behandlungsformen skizziert (u. a. auch nach Wirth [65]).

Stationäre Behandlung vs. ambulante Behandlung

Im Gegensatz zur stationären Therapie hat die ambulante psychosomatische Behandlung den Nachteil, dass psychosomatische Störungsbilder nur niederfrequent und in monomodaler Form angeboten werden können. Dies ist sinnvoll, wenn Zeit zur Verfügung steht, der Patient psychosozial aufgefangen wird und in der Lage ist, seinen Beruf auszuüben. Von besonderem Vorteil der stationären Behandlung sind Angebote in Form störungsspezifischer Ansätze, die individuell mit störungsübergreifenden

Zusatztherapien und individuellen themenoffenen Therapieangeboten kombiniert werden können. In Tabelle 4 sind die beiden Behandlungsweisen gegenübergestellt.

Am Beispiel des chronischen Tinnitus kann auf ein ausgearbeitetes Stufenschema zu unterschiedlichen Behandlungsformen verwiesen werden, das in einer multidisziplinären Arbeitsgemeinschaft aus HNO-Ärzten, Audiologen und Psychotherapeuten unter Beratung des MdK ausgearbeitet und veröffentlicht wurde [1], (Tabelle 5).

Indikationsstellung bei Psychotherapie

Da die Begriffe in der Psychosomatik oft unscharf und komplex sind, resultiert folglich die psychotherapeutische Indikationsstellung nicht primär aus der HNO-Symptomatik, da viele Symptombereiche (z. B. Globus, Tinnitus, Schwindel) auch ohne fassbare psychosomatische Beeinträchtigungen auftreten können. Die meisten psychosomatischen Störungen sind multifaktoriell und ätio-

logisch zunächst unklar, weswegen eine kausale Indikationsstellung für die psychotherapeutische Behandlung nur selten zur Geltung kommt. Bei schweren körperlichen Krankheiten wie Ertaubung, Morbus Menière, Malignom, Verunstaltungen nach Unfällen besteht das Behandlungsziel u. a. im Coping. Daher können zum Indikationsgebiet stationärer psychosomatischer Behandlung auch solche Erkrankungen gehören [55]. Insgesamt sind vielfältige Aspekte bei der Therapieentscheidung zu berücksichtigen, wie sie in Tabelle 6 aufgeführt sind.

Der HNO-Arzt sollte bei dem Patienten Krankheitseinsicht und Motivation für eine Psychotherapie aufbauen (psychosomatische Grundversorgung). Hierdurch werden die Chancen zur Heilung erhöht [43, 44].

Kontraindikation

Es versteht sich von selbst, dass Psychotherapie nicht erfolgreich sein kann, wenn sie gegen den Willen des Patienten angeordnet wird. Grenzen der Psychotherapie ergeben sich bei Einschränkung der Kognition durch schwere organische Erkrankungen (Demenz, hirnorganisches Psychosyndrom etc.) und Psychosen (z. B. floride Psychose, Manie, psychotische Depression), außerdem bei Patienten, die unter Drogen stehen oder massive Suchtstrukturen aufweisen, sowie bei Patienten, bei denen eine Distanzierung von suizidalen Impulsen nicht oder nur unter längerdauernder intensiver Betreuung möglich ist. Höchst einschränkend sind fehlende Mobilität oder die sehr beschränkte Fähigkeit zur Selbstversorgung.

Patienten mit „Behandlungssucht“, deren einzige soziale Bezüge sich auf Kontakte zu Psychotherapeuten beschränken, sollte eine stationäre Therapie versagt werden. Schwierig sind auch Behandlungsversuche bei Personen, die selbst aus Helferberufen kommen [59] und sich nicht in die Rolle von Patienten begeben können. Sie installieren häufig therapeutische Hilfsgruppen unter ihrer Leitung, um eine Auseinandersetzung mit den eigenen Problemen zu vermeiden.

Ausblick

Entscheidend für die Indikationsstellung und den Therapieerfolg sind eine

Tabelle 5

ADANO-Stufenschema (1998) zur ambulanten und stationären Behandlung des chronischen Tinnitus. (Nach [24])

Tinnitus-Schweregrad nach TF-Gesamtscore	Therapeutische Konsequenz
Schweregrad I (TF-Score: 0–30)	
VAS Tinnitus-Unannehmlichkeit: 0–40, kaum Leidensdruck	Ein- bis zweimaliges Counseling durch HNO-Arzt, Selbsthilfeleratur
Schweregrad II (TF-Score: 31–46)	
VAS Tinnitus-Unannehmlichkeit: 40–60, kompensierter Tinnitus; Tinnitus leicht störend	Counseling, Relaxationsverfahren, TRT nach psychologischer Diagnostik
Schweregrad III (TF-Score: 47–59)	
VAS Tinnitus-Unannehmlichkeit: 60–80, dekompensierter Tinnitus; Tinnitus quälend, nicht selten psychische Komorbidität	Ambulante TRT über 1–2 Jahre nach psychologischer Diagnostik, evtl. integrierte ambulante Psychotherapie; bei psychischer Komorbidität: stationäre Therapie
Schweregrad IV (TF-Score: 60–84)	
VAS Tinnitus-Unannehmlichkeit: 80–100, dekompensierter Tinnitus, extremer Leidensdruck, meist psychische Komorbidität	Primär multimodale stationäre Psychotherapie mit Tinnitusbewältigungstherapie, ggf. überleitend in ambulante Psychotherapie

TF-Score globaler Schweregrad der Tinnitusbelastung im Tinnitus-Fragebogen (TF); Range: 0–84; VAS visuelle Analogskalen; TRT Tinnitus-Retraining-Therapie

differenzierte Diagnostik und sorgfältige Prüfung der Behandlungsalternativen. Klare Standards sind notwendig, um die Qualitätssicherung zu gewährleisten [25]. Strenge Kriterien sind eine Investition in die Zukunft einer notwendi-

gen und vielversprechenden Erweiterung des psychotherapeutischen Angebotes.

Der Nutzen und die Effizienz der stationären Therapie sind auch abhängig von der Qualität der ambulanten Therapie: Je exakter die Indikation gestellt wird, je genauer der richtige Zeitpunkt für die Therapie gewählt wird, je besser der Patient auf die stationäre Therapie vorbereitet ist, desto höher sind die zu erwartenden Erfolge der stationären Phase. Die Aufenthaltsdauer gestaltet sich um so kürzer, je nahtloser die ambulante Weiterbehandlung aufgenommen werden kann und je kompetenter diese ist. In einer engen Vernetzung von ambulanter und stationärer Therapie liegt sicherlich das Psychotherapiemodell der Zukunft für schwere psychische Störungen [7, 8]. Der HNO-Arzt hat hier mit seinem Einfluss zusammen mit den Psychotherapeuten vor und nach der stationären Phase eine zunehmend wichtige Bedeutung.

Im Tinnitusbereich ist in Form der „Tinnitus-Retraining-Therapie (TRT)“ ein zukunftsweisendes Konzept im Entstehen: Die Behandlung der Patienten erfolgt bereits ambulant im Team

(HNO-Arzt und Psychotherapeut/Psychologe). Durch ein gemeinsames Konzept besteht eine enge Vernetzung des ambulanten und stationären Bereichs [24]. Es ist zu hoffen, dass laufende Grundlagenforschung und Weiterentwicklungen auf der Basis einer kognitiven Verhaltenstherapie die Effektivität des Verfahrens belegen und damit die Anerkennung durch den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (BUB) für den ambulanten Bereich erteilt wird.

Weiterführende Literaturempfehlungen zu psychosomatischer Grundversorgung

- Ahrens S (1997) Lehrbuch der psychotherapeutischen Medizin. Schattauer, Stuttgart New York (ausführlich)
- Balint M (1996) Der Patient, sein Arzt und die Krankheit, 9. Aufl. Clett-Kotta, Stuttgart
- Hoffmann SO (1999) Neurosenlehre, Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin. Schattauer, Stuttgart New York
- Lieberz K (1996) Hausarzt und Psychotherapeut. Fischer, Stuttgart New York
- Richtberg W (1993) Psychosomatische Probleme und Aufgaben in der Hals- Nasen- Ohrenheilkunde. In: Richtberg W, Verch K (Hrsg) Hilfen für Hörgeschädigte. Academia, St. Augustin, S 135–144
- Studt HH (1999) Psychotherapeutische Medizin. de Gruyter, Berlin
- Thomann C, Schulz von Thun (1995) Klärungshilfe; Handbuch für Therapeuten, Gesprächshelfer und Moderatoren in schwierigen Gesprächen. Rowohlt, Hamburg
- Tress W (1997) Psychosomatische Grundversorgung, 2. Aufl. Schattauer, Stuttgart New York
- von Uexküll T (Hrsg) (1997) Psychosomatische Medizin, 5. Aufl. Urban & Schwarzenberg, München

Tabelle 6

Pragmatischer Ansatz der Psychotherapieauswahl. (Nach [45])

1. Bei spezifischen Störungen und Problemkonstellationen Anwendung der dafür empirisch abgesicherten Verfahren (Einzel-/Gruppensetting; Verhaltenstherapie, Psychoanalyse, Gesprächspsychotherapie etc.)
2. Anpassung an den Einzelfall
Berücksichtigung von individuellen Stärken und Schwächen
Beurteilung der Motivation
Berücksichtigung der Lebenssituation
Auswahl des geeigneten Therapiesettings (ambulant, stationär)
3. Erwägung möglicher Interaktionen der genannten Faktoren

Die Literatur zu diesem Beitrag finden sie im Internet unter

<http://link.springer.de/link/service/journals/00106/refs/1049012/r10491036.pdf>

Literatur

- ADANO Retraining- Empfehlung (1998) Empfehlung der ADANO vom 14. März 1998 zur Retraining-Therapie. *Hörakustik* 8: 54–55
- Andersson G, Lyttkens L (1999a) Effects of psychological treatment for tinnitus: A meta-analytic review. In: Hazell J (ed) *Proceedings of the Sixth International Tinnitus Seminar 1999*, Cambridge; Tinnitus and Hyperacusis Centre, London, pp 125–127
- Andersson G, Lyttkens L (1999b) A meta-analytic review of psychological treatments for tinnitus. *Br J Audiol* 33: 201–210
- Paul GL (1967) Strategy of outcome research in psychotherapy. *J Consult Psychol* 31: 109–118
- Bauer H (1990) Störungen der Stimme. In: v. Uexküll T (Hrsg) *Psychosomatische Medizin*, 4. Aufl. Urban & Schwarzenberg, München, S 1071–1079
- Bühning P (2001) Psychoanalyse: Schwierige Evaluation. *Dtsch Arztebl B* 30: 1671–1672
- Clade H (2001a) Rehabilitation und Behinderterrecht. *Dtsch Arztebl B* 7: 308–310
- Clade H (2001b) Rehabilitation Vor gravierenden Marktanpassungen. *Dtsch Arztebl B* 33: 1799–1800
- Deutsches Ärzteblatt (1999) Leitfaden für die Erstellung von Gutachten-Anträgen zu Psychotherapieverfahren. *Dtsch Arztebl A* 96: 1015
- Deutsches Ärzteblatt (2000) Kriterien für die Beurteilung der Wirksamkeit von Therapieverfahren. *Dtsch Arztebl A* 97: 59–63
- Derogatis LR (1986) *Symptom-Check-List*, 3. Aufl. Beltz, Weinheim
- Fichter MM, Quadflieg N, Cuntz U (2000) Prävalenz körperlicher und seelischer Erkrankungen; Daten einer repräsentativen Stichprobe obdachloser Männer. *Dtsch Arztebl A* 97: 1148–1154
- Gerard K (1992) Cost-utility in practice: A policy maker's guide to the state of the art. *Health Policy* 21: 249–279
- Gerber W-D (1986) HNO-Erkrankungen. In: Miltner W, Birbaumer N, Gerber W-D (Hrsg) *Verhaltensmedizin*. Springer, Berlin Heidelberg New York, S 345–349
- Goebel G (1994) Tinnitus- oft ein gemeinsamer Quälgeist bei Betroffenen und Experten; Warum macht der lästige Tinnitus Betroffene zum lästigen Patienten? *HNO* 42: 2–3
- Goebel G, Fichter M (1998) Depression beim chronischen Tinnitus. *Munch Med Wochenschr MMW* 41: 557–562
- Goebel G (1999) Therapie des chronischen Tinnitus. Evaluation und Prädiktoranalyse einer multimodalen Verhaltenstherapie. *Habilitationsschrift zur Erlangung der Lehrbefähigung im Fachgebiet HNO-Heilkunde* (Prof. W. Arnold). Medizinische Fakultät, Technische Universität München
- Goebel G (2000) Somatoforme Störung bei Tinnitus. *Psychiatria danubia* 3: 215–228
- Goebel G, Hiller W (2000) Mini-Tinnitus-Fragebogen (Mini-TF): Evaluation eines praktikablen Screening-Instruments zur Erfassung der mehrdimensionalen Tinnitusbelastung einschließlich vier Tinnitusstufen. Jahrestagung der Deutschen Audiologen und Neurootologen (ADANO) und Deutsche Gesellschaft für Audiologie (DGA), Hannover
- Goebel G, Hiller W, Rief W, Fichter M (2001) Integratives verhaltensmedizinisches stationäres Behandlungskonzept beim Tinnitus. In: Goebel G (ed) *Ohrgeräusche. Psychosomatische Aspekte des chronischen Tinnitus*. Urban & Vogel, München, S 139–176
- Goebel G (Hrsg) (2001a) *Ohrgeräusche. Psychosomatische Aspekte des chronischen Tinnitus*. Urban & Vogel, München
- Goebel G (2001b) Wirksamkeit psychotherapeutischer Verfahren bei Tinnitus. In: Goebel G (ed) *Ohrgeräusche. Psychosomatische Aspekte des chronischen Tinnitus*. Urban & Vogel, München, S 97–124
- Goebel G (2001c) Psychosomatische Erkrankungen im HNO-Bereich. In: Brinkmann-Göbel (Hrsg) *Handbuch für Gesundheitsberater*. Hans-Huber-Verlag, Bern, S. 162–170
- Goebel G, v. Wedel H (2001) Tinnitus Retraining-Therapie. In: Goebel G (ed) *Ohrgeräusche. Psychosomatische Aspekte des chronischen Tinnitus*. Urban & Vogel, München, S 83–96
- Grawe K, Donati R, Bernauer F (1994) Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Hogrefe, Göttingen
- Hiller W, Zaudig M, Mombour W (1995) *ICDL- Internationale Diagnosen Checklisten für ICD-10 und DSM-IV*. Huber, Bern
- Hiller W, Rief W (1997) Was sind somatoforme Störungen? Diagnosen, Modelle und Instrumente. *Psychotherapie* 2: 61–70
- Hiller W, Janca A, Burke K (1997) The association between tinnitus and somatoform disorders. *J Psychosom Res* 43: 613–624
- Hiller W (2001) Kosten-Nutzen-Analyse bei stationärer Psychotherapie von Patienten mit somatoformen Störungen. Manuskript
- Hiller W, Goebel G (2001a) Komorbidität psychischer Störungen beim chronischen Tinnitus. In: Goebel G (ed) *Ohrgeräusche. Psychosomatische Aspekte des chronischen Tinnitus*. Urban & Vogel, München, S 47–68
- Hiller W, Goebel G (2001b) Hals-Nasen-Ohren-Erkrankungen (HNO). In: Herta Flor, Hahlweg K, Birbaumer N (Hrsg) *Enzyklopädie der Psychologie, Themenbereich B Praxisgebiete, Serie II, Klinische Psychologie; Band 4: Anwendungen der Verhaltensmedizin*. Hogrefe, Göttingen Bern, S 147–200
- Hoffmann SO (1986) Psychosomatische Aspekte von Erkrankungen im Hals-Nasen-Ohrenbereich. *Arch Nasen Ohren Kehlkopf Heilkd* 1986 [Suppl 2]
- Hoffmann SO, Hochapfel G (1999) Neurosenlehre, Psychotherapeutische und Psychocho-somatische Medizin. Schattauer, Stuttgart New York
- Irle H, Amberger S, Nischan P (2001) Entwicklung in der psychotherapeutisch/psychosomatischen Rehabilitation. *Die Angestellten Versicherung* 7: 244–250
- Jakes S (1988) Otolological symptoms and emotion: A review of the literature. *Adv Behav Ther* 10: 53–103
- Janssen PL, Franz M, Herzog T, Heuft G, Paar G, Schneider W (1999) Psychotherapeutische Medizin- Standortbestimmung zur Differenzierung der Versorgung psychisch und psychosomatischer Kranker. Schattauer, Stuttgart
- Koch U, Schulz H (1999) Zur stationären psychosomatisch- psychotherapeutischen Versorgung in Norddeutschland. Expertise zu Fragen des Bedarfs und der Versorgungsstruktur im Auftrag der Medizinisch-Psychosomatischen Klinik Bad Bramstedt
- Kroener-Herwig B, Biesinger E, Gerhards F, Goebel G, Greimel KV, Hiller W (2000) Retraining therapy for chronic tinnitus; A critical analysis of its status. *Scand Audiol* 2000: 67–78
- Lamparter U, Schmidt H-U (1994) Psychosomatic Medicine and Otorhinolaryngology. *Psychother Psychosom* 61: 25–40
- Lamprecht F, Schmidt J, Bernhard P (1987) Stationäre Psychotherapie: Kurz- und Langzeiteffekte. In: Quint H, Janssen PL (Hrsg) *Psychotherapie in der psychosomatischen Medizin: Erefahrungen, Konzepte Ergebnisse*. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio
- Lamprecht F (1990) Stationäre Psychosomatik: Luxus oder Notwendigkeit? *Dtsch Arztebl B* 13: 753–755
- Lüscher E (1959) Psychische Faktoren bei Hals-Nasen-Ohrenleiden. *Arch Nasen Ohren Kehlkopf Heilkd* 175: 69–216
- Marek A (2000a) HNO-Psychosomatik- Grundlagen 2000. ISBN 3-934924-00-X
- Marek A (2000b) *Ambulante Psychotherapie bei Tinnitus*. ISBN 3-934924-01-8
- Margraf J (1996) Therapieindikationen. In: Margraf J (Hrsg) *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 103–112
- McKenna L, Hallam R, Hinchcliffe R (1991) The prevalence of psychological disturbance in neuro-otology outpatients. *Clin Otolaryngol* 16: 452–456
- Olderog M (1999) Metaanalyse zur Wirksamkeit psychologisch fundierter Behandlungskonzepte des chronischen dekompensierten Tinnitus. *Z Med Psychol* 1: 5–18
- Quaas M (1995) Psychosomatische Einrichtungen als Vertragspartner der gesetzlichen Krankenversicherung. *Medizinrecht* 8: 299–305
- Rauschenbach (1988) Ich halt mich für ziemlich versaut. Espresso, Berlin
- Rief W, Hiller W (1992) Somatoforme Störungen. Körperliche Symptome ohne organische Ursache. Huber, Bern
- Rief W, Hiller W (1997) SOMS – Das Screening für Somatoforme Störungen. Huber, Bern

52. Rief W (1994) Multiple somatoforme Symptome und Hypochondrie. Empirische Beiträge zur Diagnostik und Behandlung. Huber, Göttingen Bern
53. Rief W (2000) The treatment of somatoform disorders. *Psychiatria danubina* 3: 199–204
54. Schaaf H (2001) Morbus Menière: Klinik und psychosomatische Behandlungsansätze. In: Goebel G (ed) *Ohrgeräusche. Psychosomatische Aspekte des chronischen Tinnitus*. Urban & Vogel, München, S 239–256
55. Schepank H, Tres W (Hrsg) (1988) *Die stationäre Psychotherapie und ihr Rahmen*. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio
56. Schilter B (2000) *Therapie des chronischen Tinnitus; Metaanalyse zur Effektivität medikamentöser und psychologischer Therapien*. Verlag für Akademische Schriften, Frankfurt
57. Schmeling-Kludas C (1999) Fachliche und rechtliche Aspekte zur Abgrenzung einer Krankenhausbehandlung im Gebiet „Psychotherapeutische Medizin“ von der Psychosomatischen Rehabilitation. *PPmP Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie* 49: 312–315
58. Schmidt AJM, van Roosmalen R, van der Beek JMH, Lousberg R (1993) Hypochondriasis in ENT- practice. *Clin Otolaryngol* 18: 508–511
59. Schmidbauer W (1997) *Die hilflosen Helfer; Über die seelische Problematik der helfenden Berufe*. Rowohlt, Hamburg
60. Sopko H (1990) Funktionelle Störungen in der HNO-Heilkunde. In: v. Uexküll T (Hrsg) *Psychosomatische Medizin*, 4. Aufl. Urban & Schwarzenberg, München, S 1080–1093
61. Thissen R (2000) *Gutachten zur Systemischen Therapie als wissenschaftlichem Psychotherapieverfahren: Verarmung der Wissenschaft*. *Dtsch Arztebl B* 97: 702–703
62. Tölle R (1996) Rehabilitation- auch bei Depressiven? *Dtsch Arztebl B* 39: 2059–2062
63. Wille G, Irle H (1996) Psychosomatik- trotz Sparpaket ein zentraler Bereich medizinischer Rehabilitation. *D AngVers* 10: 449–456
64. Wilson P, Henry JL, Andersson G, Hallam R, Lindberg P (1998) A critical analysis of directive counselling as a component of tinnitus retraining therapy. A review paper. *Br Soc Audiol* 32: 273–286
65. Wirth A (1990) Rehabilitation statt Kur. *Dtsch Arztebl B* 87: 1628–1630
66. Zielke M, Mark N (1989) Effizienz und Effektivität stationärer psychosomatischer Behandlungen. *Prax Klin Verhaltensmed Rehab* 11: 180–188
67. Zielke M (1994) Indikation zur stationären Verhaltenstherapie. In: Zielke, Sturm (Hrsg) *Handbuch stationäre Verhaltenstherapie*. Beltz, Weinheim