

Ulrich Schairer, Otmar Kristof

Indikation zur stationären Verhaltenstherapie

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	Seite 5
Diagnosen, Problemkonstellationen	Seite 6
Rahmenbedingungen	Seite 11
Therapieziele	Seite 13
Therapiebausteine	Seite 13
Behandlungseffizienz, Dauer	Seite 14
Literatur	Seite 16

Indikation zur stationären Verhaltenstherapie

Einleitung

Die medizinische Rehabilitation, in welcher der größte Teil stationärer Psychotherapie stattfindet, ist längst von den Problemen der beschränkten ökonomischen Ressourcen im Gesundheitssystem erfasst. Die an sich schwierigen indikationsbezogenen Entscheidungen werden durch die divergierenden Interessen mit der Verteilung der beschränkten Ressourcen zusätzlich kompliziert. Die Kriterien und die methodischen Überlegungen, die zu einer stationären Einweisung in eine psychotherapeutische Einrichtung führen, sind größtenteils undifferenziert.

Kernpunkt im Prozess der Indikationsstellung ist die Frage wann eine ambulante Maßnahme ausreicht oder vorzuziehen ist und wann eine stationäre Therapie erforderlich ist.

Die wissenschaftliche Datenlage zur Frage der Indikationsstellung ist dürftig, Gutachter entscheiden in der Praxis sehr individuell nach grober Einschätzung von Verfügbarkeit/Zugänglichkeit ambulanter Angebote, Entlastungsbedarf beim Patienten, dessen Bereitschaft, sich eigenverantwortlich um Behandlungsangebote zu kümmern sowie durchaus auch nach dem subjektiven Wunsch des Patienten.

Es leuchtet ein, dass speziell bei der stationären Psychotherapie in Form einer Rehabilitationsmaßnahme je nach Ausmaß von Passivität und „Kurerwartungen“ der Patienten, erhebliche motivationale Probleme auftreten können.

Wir können – wenn es auch wünschenswert wäre – im nachfolgenden Text nicht den Algorithmus für eine differenzielle Indikationsstellung zur stationären Psychotherapie schreiben. Wir werden versuchen, plausible, nachvollziehbare Kriterien für eine Zuweisung zur stationären Psychotherapie zu formulieren.

Diagnosen, Problemkonstellationen

Ein erstes Kriterium stellen die Krankheitsbilder dar, bei denen grundsätzlich von einer stationären Psychotherapie ein Nutzen erwartet werden kann. Diese werden nach der ICD-10 beschrieben und umfassen für die Fachklinik Waren die gesamte Gruppe der

- affektiven, neurotischen und Belastungsstörungen (ICD-10 F3 und F4), z. B. depressive Störungen, Angst und Zwangsstörungen, Erschöpfungssyndrom, posttraumatische Belastungsstörungen,
- dissoziative und somatoforme Störungen (ICD-10 F44 und F45), z. B. Konversionsstörungen, Schmerzstörungen, hier insbesondere die anhaltende somatoforme Schmerzstörung, sowie sogenannte psychovegetative und funktionelle Störungen aller Organsysteme,
- Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren (ICD-10 F5), z. B. psychogene Essstörungen mit Adipositas, Anorexia und Bulimia nervosa, Schlafstörungen sowie die früher

sogenannten „psychosomatischen Erkrankungen im engeren Sinne“,

- Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (ICD-10 F6).

Diese diagnostischen Einordnungen sind jedoch keine Hilfe bei der Indikationsstellung für eine stationäre Therapie, denn sie können prinzipiell bei leichter bis mittelschwerer Ausprägung alle ambulant behandelt werden. Für eine verlässliche Indikationsstellung zur stationären Therapie müssen daher weitere inhaltliche und formale Kriterien herangezogen werden.

Unter formalem Aspekt sind bei den Renten- und Krankenversicherungen diesbezüglich die Vorgaben des SGB 9 verbindlich. Voraussetzung für die Indikationsstellung für eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme ist demnach, dass erreicht werden kann (§26 SGB 9)

„1. Behinderungen einschließlich chronischer Krankheiten abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, eine Verschlimmerung zu verhüten oder

2. Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern, eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug von laufenden Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern.“

Dabei ist „Behinderung“ als Schädigung von Körperfunktionen im Sinne der ICF zu sehen, die zu einer Beeinträchtigung der Teilhabe an Lebensbereichen führt. Für die Rentenversicherung ist dabei v. a. die krankheitsbedingte Einschränkung der Teilhabe am Arbeitsleben indikationsleitend (Verminderung oder Gefährdung der Leistungsfähigkeit), bei der Krankenversicherung auch die krankheitsbedingte Einschränkung der Teilhabe an anderen Lebensbereichen.

Unter inhaltlichem Gesichtspunkt ist eine stationäre psychotherapeutische Behandlung notwendig wegen (BAR 2004)

- Art oder Ausmaß der Schädigungen oder Beeinträchtigungen der Aktivitäten, die durch ambulante Behandlung nicht ausreichend behandelt werden können
- ausgeprägter Multimorbidität, die durch ambulante Behandlung nicht ausreichend behandelt werden kann
- mangelnder psychischer Belastbarkeit
- der Notwendigkeit pflegerischer Betreuung und ständiger ärztlicher Überwachung
- der Notwendigkeit einer zeitweisen Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld.

Weitere inhaltliche Aspekte ergeben sich aus häufigen **diagnoseübergreifenden Problemkonstellationen**, die erfahrungsgemäss ein multimodales Vorgehen, wie es überwiegend unter stationären Bedingungen möglich ist, erforderlich macht.

Chronisches Krankheitsverhalten

Sogenanntes chronisches Krankheitsverhalten beschreibt eine Summe von Verhaltensweisen, die sich als Folge länger bestehender Beschwerden bzw. einer länger gehenden Erkrankung herausbilden können:

Starkes subjektives Eingeschränktheit, das im Missverhältnis zum Schweregrad der Funktionsstörungen oder der feststellbaren Erkrankungen steht, Verantwortungsabgabe an Dritte (besondere

medizinische Institutionen oder Experten) verbunden mit gleichzeitiger Skepsis durch häufige Enttäuschungen bei Diagnose- und Therapieversuchen, häufige und häufig wechselnde Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, Schonverhalten und Vermeiden der Gesundenrolle, überwiegend somatisches Erklärungsmodell mit der Folge bevorzugten Klagens somatischer Symptome (sogenanntes „Somatisieren“).

Ausgeprägte Verhaltensdefizite bzw. Verhaltensexzesse

Hierunter verstehen wir einerseits ausgeprägtes Defiziterleben bzw. -verhalten im Rahmen depressiver, sozialphobischer oder selbstunsicherer Beschwerdebilder, die ohne intensives, höherfrequentes Training nicht überwindbar sind. Die neben Informations- und Erkenntnisgewinn notwendigen praktischen Erfahrungen durch angeleitetes bzw. überprüftes Training kann erfahrungsgemäß nur unter stationären Bedingungen geleistet werden.

Exzessives Verhalten mit geringer Selbstkontrolle benötigt seinerseits engmaschige Beobachtungs-, Anleitungs- und Rückmeldungsmöglichkeiten, die unter ambulanten Bedingungen nicht bestehen.

Chronische Überforderung

Aufgrund starker beruflicher und familiärer Belastungen zusammen mit ungünstigen Bewältigungsstrategien bilden sich bei einer Gruppe von Patienten, insbesondere mehrfachbelasteten Frauen, Versagenszustände aus, mit starken Angst- oder depressiven Symptomen, vielfachen vegetativen Körperbeschwerden, und Teufels-

kreisen aus Zunahme dysfunktionaler Bewältigungsversuche und Zunahme der Beschwerden. Hier hilft häufig nur eine Herausnahme der Betroffenen aus dieser Situation, um über zunächst Entlastung dann Modifikation zugrundeliegender Einstellungs- und Verhaltensweisen eine Besserung und Stabilisierung zu erreichen.

Problematische Bewältigungsstrategien im Zusammenhang mit Medikamenten- und Alkoholgebrauch

Ein hoher Prozentsatz von psychosomatisch erkrankten Patienten setzen Medikamente und auch Alkohol missbräuchlich zur Spannungsreduktion, Schmerzstillung, Beruhigung, Schlafregulierung ein. Auch ohne dass Gewöhnung oder Abhängigkeit bestehen (Kontraindikation für psychosomatische stationäre Reha-Maßnahmen!) ist ein erheblicher medizinisch-psychologischer Aufwand erforderlich. Nur durch eine simultane und engmaschig miteinander verbundene medizinische und psychotherapeutische Betreuung ist bei dem häufig großen Widerstand der Betroffenen, die Entzugssymptome oder eine Beschwerdeverstärkung fürchten, ein Abstinenzverhalten zu erzielen. Die dazu erforderliche ständige Motivationsarbeit, breite Unterstützung, auch Kontrolle und Rückfallprophylaxe sind erfahrungsgemäß nur durch einen stationären Rahmen möglich.

Die Vorteile eines stationären Behandlungsrahmens bei Interventionen in den aufgeführten diagnoseübergreifenden Bereichen lassen sich anhand der folgenden Strukturmerkmale genauer beschreiben.

Rahmenbedingungen

Schützende Rahmen

Bei ängstlichen, stark verunsicherten Patienten sind erste Veränderungs-schritte nur in einer Sicherheit vermittelnden Umgebung möglich. Bei Problemaktualisierung im Rahmen therapeutischer Arbeit bietet der stationäre Rahmen Schutz gegen krisenhafte Entwicklungen.

Chronisch überforderte Patienten gewinnen im stationären Rahmen äußere Distanz, die ein Erarbeiten von Problemlöse- und Stressbewältigungsfertigkeiten ermöglicht.

Aktivierendes, bewältigungsorientiertes Klima

Die eng aufeinander bezogene Einzel- und Gruppentherapien, teaminterne und teamübergreifende Angebote zielen alle gemeinsam darauf ab, den Patienten zu einem eigenverantwortlichen, aktiven Handeln zu motivieren und ihn zum Experten für einen bewältigungsorientierten Umgang mit seiner Symptomatik zu machen.

Das Zusammentreffen und der Austausch mit gleichermaßen betroffenen Mitpatienten hilft zusätzlich, die eigene Problemsicht kritisch auszdifferenzieren. Ein psychosomatisches Verständnis der eigenen Erkrankung ist Ziel, nicht Voraussetzung einer stationären Therapie.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit, kontinuierliche fachliche Begleitung

Das multiprofessionelle Behandlungsteam gewährleistet breite Diagnostik und differenzierte Behandlung von komplexen Störungsbildern sowie fachliche Betreuung bei spezifischen Störungen (Borderline-Persönlichkeitsstörung, Suizidalität, somato-medizinische Probleme bei Essstörungen, Asthma bronchiale, chronisch entzündlichen Darmerkrankungen usw.).

Sozialmedizinische Kompetenz

Länger bestehende Arbeitsunfähigkeit, Arbeitslosigkeit, drohende oder bereits beginnende soziale Desintegration bestehen beim größten Teil der psychosomatisch erkrankten Patienten. Hier sind vorbereitende Maßnahmen zu einer beruflichen und sozialen Wiedereingliederung, eine fundierte sozialmedizinische Beurteilung der Leistungsfähigkeit und im Zusammenhang mit beiden Belastungs- und Verhaltenserprobungen innerhalb und außerhalb der Klinik möglich. Dies und die Vorbereitung und Einleitung weiterer rehabilitativer Maßnahmen wie kombinierte medizinische und berufliche Rehabilitation, berufsfördernde Maßnahmen, Berufsfindung und Berufsorientierung bei geplanten Umschulungen können und müssen durch die soziotherapeutische Betreuung geleistet werden.

Therapieziele

Die Verhaltenstherapie definiert Therapieziele als Veränderungsziele, und zwar so verhaltensnah wie möglich. Dadurch werden die notwendigen therapeutischen Schritte plausibel.

Folgende Veränderungsziele lassen sich für die stationäre Verhaltenstherapie beschreiben; sie kommen im Einzelfall mit unterschiedlicher Relevanz zum Tragen:

- Erwerb von Störungswissen
- Abbau von Schon- und Vermeidungsverhalten im sozialen und körperlichen Bereich
- Wiedererlangen von Vertrauen in die körperliche, psychische und soziale Funktionstüchtigkeit
- Umgang mit Gefühlen und kritischen sozialen Situationen
- Aufbau oder Verbesserung der Entspannungsfähigkeit
- Verbesserung von Problemlösefertigkeiten
- Aufgeben der Krankenrolle
- Kritischer Umgang in der Inanspruchnahme von medizinischen Hilfen und Medikamenten

Therapiebausteine

Es ist wesentlicher Inhalt der stationären Verhaltenstherapie, durch ein individualisiertes und störungsspezifisches Therapieprogramm die Patienten zunächst im schützenden Rahmen der Klinik in die Lage zu versetzen, erarbeitete Inhalte und Veränderungspläne zu

erproben. Über generalisierte Lernerfahrungen ist im weiteren Verlauf ein Transfer von Veränderungen im häuslichen Bereich konkret vorbereitbar.

Die nachfolgenden Behandlungselemente werden im therapeutischen Prozess zu Therapiebausteinen zusammengefügt, die wiederum in ihrer Summe die Gesamtbehandlung ausmachen.

- Einzelpsychotherapie
- Gruppenpsychotherapie
- Störungsspezifische Gruppentherapie
- Paar- und Familiengespräche
- Entspannungstraining
- Sport- und Bewegungstherapie
- Ergotherapie
- Soziotherapie
- Physiotherapie
- Ernährungsberatung
- Interne oder externe Belastungserprobungen

Behandlungseffizienz und Dauer der Therapie

Dauer und Verlauf einer Therapie können nicht in Abhängigkeit von der jeweiligen Diagnose zuverlässig bestimmt werden. Dies trifft insbesondere für den stationären Rahmen zu, d. h. für Patienten, bei denen die beschriebenen übergreifenden Problembereiche vorliegen. Eine unseres Erachtens geeignete Möglichkeit der Qualitätskontrolle von Psychotherapie besteht darin, konkret beobachtbare Verände-

rungen festzulegen und jede Behandlungsstrategie im Hinblick auf ihre Plausibilität zur Erreichung dieser Ziele zu überprüfen. Dabei setzen Behandlungsmethoden auf verschiedene Ebenen an. Die Intervention in einer verhaltenstherapeutischen Klinik ist im Gegensatz zur Ambulanz intensiver und finden häufiger statt, die Einflussfaktoren sind aber auch vielfältiger und komplexer. Von daher sind stationäre Behandlungen unter quantitativen und qualitativen Aspekten intensiver als ambulante. So kann ein Mehr an Behandlungseinheiten pro Woche bei einem chronifizierten Angst- oder Zwangspatienten zu einer gewünschten Verhaltensänderung führen. Bei depressiven oder somatoformen Störungen, die stark mit einem sogenannten „chronischen Krankheitsverhalten“ verbunden sind, spielen Kombinationen von Wirkfaktoren im klinischen Setting eine bedeutendere Rolle. Hier werden also qualitative Aspekte der Klinikstruktur wirksam, deren Latenz bis zu einer Verbesserung der Bewältigungsstrategien von den spezifischen persönlichen und sozialen Ressourcen der Betroffenen abhängt. Beispielsweise sind für das selbstständige Aufsuchen von beschwerdeauslösenden Situationen Erkenntnisse Voraussetzung, zu denen ein differenziertes Störungsverständnis gehört, und es sind Kompetenzen notwendig, welche die „Flucht in das Symptom“ überflüssig machen. Von daher kann immer dann, wenn innerhalb einer Diagnosegruppe komplexe Problembereiche festgestellt werden, die Dauer des Therapieverlaufs nicht klar vorausgesagt werden (was jedoch nicht bedeutet, dass mit zunehmender Komplexität zwangsläufig die Länge der Therapie zunimmt). Durch die Konkretisierung von Therapiezielen und die Arbeit an genau beschriebenen Problembereichen ist dennoch eine angemessene Beurteilung der stationären Verhaltenstherapie möglich.

Basisliteratur

- BAR (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation) (2004)
Rahmenempfehlungen zur ambulanten Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen
Frankfurt/Main: Eigendruck.
- DILLING, H., MOMBOUR, W. & SCHMIDT, M.H. (1993).
Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern: Huber.
- LEIDIG, S. & LIMBACHER, G. (1996). *Indikation zur stationären Therapie bei psychosomatischen Erkrankungen.* Bad Dürkheim: Eigendruck.
- MEERMANN, R. & VANDEREYKEN, W. (1996).
Verhaltenstherapeutische Psychosomatik. Stuttgart. Schattauer.
- SASS, H., WITTCHEM, H.-U. & ZAUDIG, M. (1996). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV.* Göttingen: Hogrefe.
- SOBOTKA, B. & v. KEYSERLINGK, H. (2000). *Indikation zur stationären Verhaltenstherapie.* Lübstorf: Eigendruck.
- Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB 9) (2001)
Bundesgesetzblatt Teil I 1046-1140
- STURM, J., ZIELKE, M. (1988) Chronisches Krankheitsverhalten. – *Die klinische Entwicklung eines neuen Krankheitsparadigmas.* Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 1: 17 – 27.
- ZIELKE, M. (1994). *Indikation zur stationären Verhaltenstherapie.* In M. Zielke & J. Sturm (Hrsg.), *Handbuch stationäre Verhaltenstherapie.* Weinheim: Psychologie Verlags Union.