

Bericht erschienen in:

Deutsches Ärzteblatt 1998; 95: A-656–657; [Heft 12]

Stationäre psychosomatische Kurzzeittherapie

Chancen zur Veränderung

Stationäre Aufenthalte über mehrere Monate sind kaum mehr finanzierbar. Es gilt, über eine effizientere Therapie die Behandlungszeiten abzukürzen.

Wolf-Jürgen Maurer

Nach Inkrafttreten der dritten Stufe der Gesundheitsreform am 1. Juli 1997 steht das Kur und Rehawesen vor einem Umbruch. Vor dem Hintergrund, daß in den letzten vier Jahren das Ausgabenvolumen für ambulante und stationäre

Rehabilitationsmaßnahmen (einschließlich Kuren) von drei Milliarden DM auf knapp 5,1 Milliarden DM, also um 70 Prozent, gestiegen ist und sich damit die durchgeführten medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen von rund 850000 auf mehr als eine Million erhöht haben, hat der Gesetzgeber einschneidende Sparmaßnahmen verfügt. Die daraus folgenden zahlreichen Diskussionen haben aber im wesentlichen nur Besitzstandswahrung im Auge und verlieren sich in gegenseitigen Schuldzuweisungen. Die Politiker machen die Kassen verantwortlich, die Krankenkassen die Politik, und die Ärzte sowie Kur- und Rehabilitationseinrichtungen machen sowohl die Politiker als auch die Kassen für den Mißstand verantwortlich.

In der aktuellen Diskussion wird das Kur- und Rehabilitationswesen in einen Topf geworfen und nur wenig zwischen der einfachen Erholungs- und Vorsorgekur und hochqualifizierten Rehabilitationsmaßnahmen differenziert, die einen hohen medizinischen Leistungsstandard aufweisen können. Die Diskussion wird in vielen Bereichen unsachlich, sehr emotional und teilweise polemisch geführt, wobei diese Entwicklung seit langem voraussehbar war, ohne daß Klinikträger erforderliche Kosteneinsparungen und Veränderungen in der Effektivität vorgenommen haben. Viele haben unbeweglich gewartet, um jetzt in das große bundesweite Lamento einzustimmen.

Modellprojekt

Bei diesem allgemeinen Schlagabtausch wird allerdings übersehen, daß in diesem großen Einschnitt eine gewaltige Chance zur Veränderung bisheriger, traditionalisierter Behandlungsstrategien liegt. Es ist jetzt noch mehr als vorher an der Zeit, langdauernde stationäre Behandlungskonzepte in Frage zu stellen und sie auf Effizienz und Finanzierbarkeit zu überprüfen. Bisher schien nur wenig Interesse zu bestehen, die Effektivität der einzelnen Behandlungskonzepte wissenschaftlich fundiert zu überprüfen. Dies zeigt sich beispielsweise deutlich in der Qualitätssicherung, die vom Gesetzgeber bereits 1991 gewünscht wurde, bisher aber nur in wenigen psychosomatischen Kliniken umgesetzt wurde.

Nachdem jetzt die dritte Stufe der Gesundheitsreform greift, ist man mehr als früher zum Handeln gezwungen. Krankenkassen scheinen immer weniger gewillt (und vor dem Kostendruck sind sie dazu auch kaum noch in der Lage), stationäre psychosomatische Behandlungen von einer durchschnittlichen

Dauer zwischen sechzig und neunzig Tagen zu finanzieren. Seit Juli 1994 läuft im Allgäu ein Modellprojekt einer veränderten klinisch-psychosomatischen Versorgung, das nachzuweisen versucht, daß auch bei einer wesentlich verkürzten Aufenthaltsdauer von vier bis sechs Wochen bei verändertem Behandlungskonzept mindestens gleich gute Therapieergebnisse wie bei mehrmonatiger stationärer Behandlungsdauer zu erzielen sind. Um die Effizienz eines solchen neuartigen Modells klinisch-psychosomatischer Versorgung zu überprüfen, ist eine wissenschaftliche Absicherung erforderlich. Deshalb wurde durch die Forschungsstelle für Psychotherapie in Stuttgart seit April 1995 ein qualifiziertes externes Qualitätsmanagement-Programm durchgeführt.

Die Ergebnisse dieser Qualitätssicherung bestätigen die Effizienz dieser klinischen Kurzzeitstrategie: Bei einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von 35,7 (1996/97: 34) Tagen wurde eine Patientenzufriedenheit von 97 Prozent (1997: 98 Prozent) erzielt. Auch bei einer sechs und zwölf Monate nach Entlassung durchgeführten Katamnese bleiben diese Werte aus Sicht der Patienten auf einem hohen Niveau (93 beziehungsweise 89 Prozent Zufriedenheit mit der Qualität der Behandlung). Kein Patient war länger als acht Wochen stationär in Behandlung.

Das Qualitätssicherungsprogramm beinhaltet eine standardisierte psychologische Eingangs- und Entlassungsdiagnostik sowie eine detaillierte Dokumentation der therapeutischen Maßnahmen. Einbezogen werden 50 Prozent zufällig ausgewählte Patienten. Alle Beurteilungen erfolgen sowohl aus der subjektiven Sicht der betroffenen Patienten als auch aus der professionellen Sicht der Therapeuten.

Sowohl aus der Sicht der Patienten als auch der Therapeuten verbessern sich bis zur Entlassung die körperliche und die seelische Verfassung sowie das allgemeine Befinden und die Leistungsfähigkeit bei rund 90 Prozent. Auch auf den psychometrischen Skalen finden sich bei der Halb-/Jahresnachuntersuchung ein ähnlich stabiler Befund. Auch hier bleiben die in der Behandlung erreichten Verbesserungen für viele Patienten erhalten. Drei von vier ehemaligen Patienten geht es rund sechs Monate nach Behandlungsbeginn besser als vor der Behandlung. Dies gilt gleichermaßen für die körperliche (74 Prozent) und seelische (76 Prozent) Verfassung sowie die Leistungsfähigkeit (74 Prozent) und das Allgemeinbefinden (78 Prozent). Diese Ergebnisse wurden bei 56 Prozent der Patienten während einer klinischen Behandlungsdauer bis fünf Wochen und bei 92 Prozent der Patienten während einer Behandlungsdauer bis höchstens sechs Wochen erzielt.

Unterschiede in der Patientenstruktur

Die Patientenstruktur unterscheidet sich nicht wesentlich vom typischen Bild für psychosomatische Kliniken im Rehabilitations-Bereich. Insbesondere bei Differenzierung der Probleme, die die Patienten zur Therapie brachten, ergibt sich eine weitgehende Übereinstimmung zu vergleichbaren stationären psychosomatischen Kliniken: Gut zwei Drittel der Patienten fühlten sich vor der Behandlung stark oder sehr stark von Gefühlen der Erschöpfung, Angst, Depression oder Ärger beeinträchtigt (67 Prozent). Danach folgen Probleme mit dem Selbst, der eigenen Lebensorientierung. Sie belegen nach der Häufigkeit der Nennungen die Rangplätze zwei bis sieben. Dazwischen rangieren psychische Probleme, die mit körperlichen Krankheiten verbunden sind (35 Prozent).

Mit welchem Behandlungskonzept wurden diese Ergebnisse erzielt? Das Ziel der stationären psychotherapeutischen Behandlung liegt in der aktiven Hilfe zur Problembewältigung. Durch die Behandlungsmaßnahme soll der Patient die berufliche Reintegration erreichen, eine größtmögliche Selbständigkeit gewinnen und seine sozialkommunikativen Fähigkeiten wiedererlangen. Wichtige Ziele sind die Entlastung, die Verarbeitung von Konflikten und die Einleitung zur Veränderung von Verhaltensstrukturen. Um diese Ziele während einer stationären Kurzzeittherapie zu erreichen, wird in Scheidegg ein multimethodaler Therapieansatz angewandt, der Verhaltenstherapie und interpersonale Therapie ebenso umfaßt wie Reizkonfrontationsbehandlung bei Angststörungen, Paartherapien bei Ehekrisen, familientherapeutische Interventionen bei problematischen oder belastenden Familienkonstellationen, Hypnose, sexualtherapeutische Übungen sowie Entspannungsverfahren, Kommunikationstraining, Gesprächspsychotherapie und vieles mehr.

Im Behandlungskonzept werden die verschiedenen naturwissenschaftlich „schulmedizinischen“, naturheilkundlichen und psychotherapeutischen Behandlungsverfahren sinnvoll miteinander kombiniert. Das Behandlungskonzept wird durch ein mehrdimensionales Therapieangebot realisiert, das Pharmakotherapie, balneophysikalische Maßnahmen, intensive Sport- und Bewegungstherapie, individuelle Krankengymnastik, Entspannungstherapie, Kunsttherapie, Gruppen- (dreimal je Woche) und Einzelpsychotherapie (mindestens zweimal fünfzig Minuten je Woche) und alle anerkannten Naturheilverfahren (Kneipp-Ernährungstherapie, Phytotherapie, ausleitende Verfahren, Bewegungstherapie, Akupunktur, manuelle Therapie, Ordnungstherapie, Mikrobiologische Therapie, Homöopathie, Neuraltherapie und Heilfasten) einschließt.

Es wird bei diesem Behandlungsansatz auf eine allein symptomorientierte Therapie verzichtet; die Behandlung erfolgt im allgemeinen „am Symptom vorbei“ und beinhaltet die Betrachtung des „ganzen Menschen“ ohne Fixierung auf die Symptomatik. Schulübergreifend wird stets ein individueller Behandlungsplan nach den aktuellen Bedürfnissen und Kompetenzen des Patienten aufgestellt.

In Herstellung und Aufrechterhaltung einer guten therapeutischen Beziehung muß einer der wichtigsten spezifischen Beiträge des Therapeuten zum Therapieerfolg gesehen werden. „Eine gute Therapiebeziehung muß und kann vom Therapeuten gestaltet werden“ (Klaus Grawe, Psychotherapie im Wandel). Hierbei ist Voraussetzung für eine gute Therapie, daß der Patient den Bezugstherapeuten wechseln kann, wenn keine Vertrauensbasis entsteht. Die Möglichkeit des Wechsels des Bezugstherapeuten ist im Gegensatz zu vergleichbaren anderen Kliniken ein wesentlicher Grundsatz des Scheidegger Behandlungskonzeptes.

Da es Ziel sein muß, mit einem hohen therapeutischen Angebot in kurzer Zeit eine hohe Effizienz zu erzielen, ist ein enger therapeutischer Kontakt erforderlich. Ein optimales Arbeiten ist bei einem Therapeutenschlüssel von 1 : 7 möglich, den wir realisiert haben und durch den wir nachweisen, daß diese „hohe therapeutische Dichte“ mit einem marktgerechten Pflegesatz zu erreichen ist. Im Resultat ergibt das immer noch eine sehr deutliche Kostenersparnis, da die stationäre Behandlungsdauer je Patient wesentlich reduziert werden kann.

Ein weiterer wesentlicher Bestandteil und Grundsatz unseres Behandlungskonzeptes ist die Schaffung einer persönlichen Klinikatmosphäre mit einem offenen und konstruktiven Klima zwischen Therapeut und Patient und wesentlich auch innerhalb der therapeutischen Gemeinschaft, was wesentlich zum Therapieerfolg beiträgt. Hierzu ist eine Begrenzung der Patientenzahl erforderlich.

Stationäre Psychosomatik in anonymen Großkliniken mit einer kühlen Atmosphäre ist nicht sinnvoll. Eine Klinik sollte nicht mehr als 80 bis 90 Betten haben, um diese therapeutischen Rahmenbedingungen zu schaffen. Die gegenwärtige Struktur- und Kostenkrise des Gesundheitssystems sollte dazu auffordern, traditionelle Behandlungsstrategien zu überdenken, neue, kostengünstigere und effizientere Therapieformen zu entwickeln und wissenschaftlich zu überprüfen sowie mehr auf die Bedürfnisse der Patienten abzustimmen. Hierzu sollte die vom Gesetzgeber seit langem gewünschte Qualitätssicherung grundsätzlich zur Überprüfung des eigenen Therapiekonzeptes eingesetzt werden.

Anschrift für die Verfasser

Dr. med. Wolf-Jürgen Maurer
Oberarzt an der Panorama Fachklinik
für Psychosomatik
Psychotherapeutische Medizin
und Naturheilverfahren
Kurstraße 22
88175 Scheidegg/Allgäu