

Stationäre Krankenhausbehandlung bei quälendem chronischen Tinnitus

(Schwerpunktthema, Folge III)

PD Dr. Gerhard Goebel

Medizinisch-Psychosomatische Klinik Roseneck

*Klinik für Verhaltensmedizin-Psychosomatik-Psychiatrie-Psychotherapie
im Verbund mit der Medizinischen Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität München
D-83209 Prien am Chiemsee*

Im Tinnitus-Forum 2/2004 und 3/2004 befassten wir uns mit den Möglichkeiten stationärer Rehabilitationsmaßnahmen bei chronischem Tinnitus. Dabei wurde in der ersten Folge einerseits der Begriff Rehabilitation in seiner Allgemeinheit als auch die in Sozialgesetzbuch (SGB) definierte Rehabilitationsmaßnahme erläutert. Man sollte aber auch wissen, dass es daneben noch die stationäre Krankenhausbehandlung gibt, die ein noch intensiveres Behandlungsangebot für Patienten mit chronischem Tinnitus zur Verfügung stellt. Kostenträger sind die gesetzlichen Krankenkassen (GKV) sowie die privaten Krankenversicherungen als Vollversicherung und als Krankenhaus-Zusatzversicherungen (PKV). Die PKV erstattet keine Rehabilitationsmaßnahme!.

Generell kann eine stationäre Krankenhausbehandlung beim quälenden chronischen Tinnitus mit Schweregrad III bis IV notwendig sein. Dies ist dann der Fall, wenn das Ausmaß des Leidens die Intensität einer gravierenden seelischen Störung widerspiegelt, sich also das Leiden am Tinnitus als Depression, Angststörung oder den verschiedenen

Varianten einer Somatoformen Störung klassifizieren lässt und die stationäre Behandlung gute Aussicht hat, das Krankheitsbild zu heilen. Behandlungsziele sind also weniger die psychosozialen Komponenten (Erwerbsfähigkeit, für die sich vor allem der Rententräger interessiert) sondern vorrangig die Heilung der seelischen Störung, die - integriert in eine Tinnitusbewältigungstherapie- bei Erfolg mit einer drastischen Abnahme der Hyperakusis- und Tinnitusbelastung einhergeht. Qualifiziert sind hierfür zugelassene Kliniken (§ 108 SGB V), die sich durch spezialisierte Behandlungsangebote in der Lage sehen, spezielle Psychotherapien für Depression, Angst- und Somatoforme Störungen mit einer fokussierten Tinnitus- und Hyperakusis-Bewältigungstherapie zu kombinieren. Solche Abteilungen/ Kliniken decken ca. 30% der bestehenden "Tinnitus-Betten" der Psychosomatik ab. Der Beitrag gibt auch Hinweise, welche Wege einzuschlagen sind, um sich "im Dschungel des Versicherungsrecht" durchzufinden.

1 Einleitung

Störungs- und Behandlungsmodelle bei Tinnitus galten lange Zeit als "Stiefkind" sowohl der HNO-Heilkunde als auch der Psychosomatik (Goebel 2001b). Erst seit Mitte der 80-iger Jahre ist vor allem durch die Apelle der 1986 gegründeten DTL mit Hans Knör und einigen engagierten Experten durch eine zunehmende Zahl von methodisch guten und somit aussagekräftigen Studien deutlich geworden, dass ein erheblicher Anteil der Tinnitusbetroffenen in HNO-Praxen an psychosozialen Beeinträchtigungen leidet. Diese Erkenntnis hat zunehmend zu einer interdisziplinären Zusammenarbeit von Ärzten, Psychologen, Audiologen und Grundlagenforschern geführt und impliziert die Einbeziehung psychologischer Erfahrung in Diagnostik und Behandlung (Goebel 1989).

Die Notwendigkeit einer stationären Behandlung dürfte nach einer Prävalenz-Studie der Deutschen Tinnitus-Liga (DTL, 1999) für 17% der chronisch Tinnitusbetroffenen hilfreich sein: In diesen Fällen besteht wegen einem durch fast nichts überdeckbarem Tinnitus nicht nur eine unerträgliche Einschränkung der Lebensqualität und Leistungsfähigkeit der Betroffenen, sondern auch eine erhöhte Morbidität in Form einer Dekompensierung vielfältiger psychischer Störungen (schwere Angststörungen, Depressionen schwerer Ausprägung, ausgeprägte Somatisierungsstörungen, Hypochondrie, Zwangsstörungen, instabile Persönlichkeitsstörungen etc.) mit allen daraus ableitbaren Folgen bis hin zu Suizidalität (Psychiatrische Komorbidität). Nach Kenntnissen der DTL wurden im Jahr 2003 ca. 5000 Patienten wegen einem komplexen/dekompensierten Tinnitus stationär behandelt. Hinzu kommt eine Anzahl von Patienten, die in nicht mit der DTL kooperierende Kliniken sowie in universitären sowie psychiatrischen Krankenhäusern behandelt wurden, über die der DTL keine Daten vorliegen.

Bei der Frage der Effektivität und der „Volkswirtschaftlichkeit“ einer solchen stationären Psychotherapie kann auf eine Reihe von Studien verwiesen werden, aus denen der Langzeiterfolg der stationären Psychotherapie hervorgeht (Zielke 1994; Grawe et al. 1994). Es zeigt sich deutlich, dass es bei zwei Drittel der oft als chronisch krank zu bezeichnenden Patienten in Folge der Behandlung zu einem deutlichen kostensparenden Effekt durch die Reduzierung der kostenrelevanten Variablen kommt. Nach einer in der Klinik Roseneck durchgeführten Studie (Hiller & Fichter 2004) sind die investierten Krankheitskosten durch Rückgang der Krankschreibung, Einsparungen im Gesundheitswesen und Wiederteilnahme am Produktionsprozeß innerhalb 21 Monaten amortisiert. Wenn man darüber reflektiert, dass Patienten mit psychosomatischen Störungen durch ausschließlich traditionell- somatische

Behandlungen in ihrer Krankheitskarriere meist eher fixiert werden und damit ein Behandlungskarussell in Bewegung gesetzt wird, das letztlich zu den Hauptfaktoren des Kostenanstiegs im Gesundheitswesen gehört, wird deutlich, dass eine Wende dieses Karusells nicht nur für den Patienten gut ist, sondern sich auch ökonomisch rechnet. Andererseits können wir im Gesundheitswesen mit dem alleinigen ökonomischen Faktor schlecht argumentieren: So können wir nicht die absurde Frage stellen, was volkswirtschaftlich effektiver ist: Eine durch Herztransplantation erreichte Lebensverlängerung oder ein durch stationäre Psychotherapie verhinderter Suizid.

2 Anforderung an eine psychosomatische Klinik mit Schwerpunktbehandlung dekompensierter chronischer Tinnitus

2.1 Gesetzliche und vertragliche Definition der stationären Krankenhausbehandlung

*Die Aufgaben einer stationären Krankenhausbehandlung der **Gesetzlichen Krankenkassen (GKV)** werden im § 39 SGB V umschrieben: “Versicherte haben Anspruch auf voll stationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus (Versorgungsvertrag nach § 108 SGB V), 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” (**Abbildung 1**).*

*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.“*

D.h. einerseits, dass da, wo die ökonomischere Alternative der ambulanten und teilstationären Versorgung ausreichend ist, keine Indikation zur stationären Therapie besteht (**siehe Tabelle 2**). Die Indikationstellung für stationäre Therapie von Patienten mit dekompenziertem chronischen Tinnitus muss dementsprechend die Möglichkeiten und Grenzen von ambulanter und teilstationärer Therapie abwägen und sie den Erfolgsaussichten einer stationären Krankenhausbehandlung gegenüberstellen (Prognose).



Abbildung 1: Stationäre Krankenhausbehandlung beim dekompenzierten chronischen Tinnitus

Patienten mit schwerwiegenden psychosomatischen Erkrankungen können somit eine fachspezifische stationäre Krankenhausbehandlung in dafür nach § 108 des fünften Sozialgesetzbuchs (SGB V) zugelassenen Kliniken für psychosomatisch/psychotherapeutische Medizin erhalten. (Tabelle 1). Diese Einrichtungen decken unterschiedliche Versorgungsbereiche ab und besitzen jeweils spezifische Vorteile. Entsprechend einem biopsychosozialen Krankheitsverständnis sollten die therapeutischen Möglichkeiten einer stationären psychosomatischen Krankenhausbehandlung breitgefächert sein, dem neuesten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis entsprechen und zumindest in ihren Kernbereichen in ihrer Wirksamkeit für das Einsatzgebiet wissenschaftlich überprüft sein. Dies gilt beim Tinnitus gegenwärtig im wesentlichen für verhaltensmedizinische Therapien (Olderog 1999; Schilter 2000; Andersson & Lyttkens 1999).

2.2 Psychotherapeutische und medizinische Versorgung

Um synergistische Effekte erzielen zu können, sollten Kompetenzen und Möglichkeiten vorhanden sein, dass verschiedene Therapieansätze wie nonverbale Therapien, Entspannungsverfahren, Biofeedback und körperorientierte Verfahren im Rahmen eines individuellen Gesamtbehandlungsplanes ineinander greifen. Einzeltherapie, Gruppentherapie, Psychopharmakologie, organmedizinische Behandlung, Bewegungstherapie, Gestaltungstherapie, Biofeedback und ggf. auch weitere Therapieelemente, die den

therapeutischen Fortschritt fördern, werden zusammengefasst und gebündelt (Goebel 1999; 2001a; Tabelle 1). Dies gelingt durch eine Koordination der therapeutischen Arbeit in den Teambesprechungen. Für die gesamte Aufenthaltszeit müssen in jedem Moment therapeutisch kompetente Ansprechpartner mit Bereitschaft zur fachgerechten Krisenintervention zur Verfügung stehen. Im Zentrum der Therapie muß die ärztliche und psychotherapeutische Behandlung durch entsprechend ausgebildete Ärzte und psychologische Psychotherapeuten stehen. Um das Behandlungsangebot in seiner notwendigen Differenziertheit qualitative hoch vorzuhalten (verschiedene Indikativ- Gruppen), bedarf es erfahrungsgemäß einer Mindestgröße der Klinik (150 bis 200 Betten).

Tabelle 1: Anforderung an eine auf spezielle Tinnitusbehandlung eingerichtete Klinik (§39 SGB V)“

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Ärztliche Leitung: Facharzt für Psychotherapeutische Medizin/Psychiatrie und Psychotherapie mit umfassender neurootologischer Kenntnis - Zulassung nach § 108 SGB V - HNO-Arzt bzw. eng assoziierte HNO-Praxis - Fachärzte für Psychiatrie, Neurologie, Innere Medizin, Orthopädie - Neurootologische Diagnostik: Hörtest, Überschwellige Messungen (Tinnitusanalyse; Maskierbarkeit MML, Unbehaglichkeitsschwelle UBS, Hörfeld), Vestibulometrie, BERA, OAE - Diagnostik mittels Strukturiertes Tinnitus-Interview (STI) zur umfassenden Erfassung der Tinnitusanamnese, Ätiologie und der verschiedenen Tinnituscharakteristika - Psychodiagnostik: Tinnitus-Fragebogen TF, Tinnitus-Tagebuch mit Visuellen Analogskalen unterschiedlicher Parameter (VAS), psychopathologische Befunderhebung, Symptom-Checklisten, Angst- und Depressionsinventare - Therapeuten: Kenntnis der Tinnitusauswirkung und damit einhergehender Ursachen der Assistenzärzte und Psychologen (tinnitusspezifische Fortbildung) - 24-stündige ärztliche und pflegerische Betreuung (Co-Therapie) - Qualitätsmanagement: Veröffentlichungen über Behandlungsergebnisse, enge Kooperation mit der Deutsche Tinnitus-Liga und HNO-Fachgesellschaften; Forschung zur Tinnitus-Thematik; Curiculäre Weiterbildung der Co-Therapie - Obligates Tinnitus-, Hyper- und Hypoakusis-Counseling als individuelle Therapie und Gruppendesign (Tinnitussprechstunde, Tinnitusinformationsgruppe) - Spezielle Tinnitus-Station und/oder intensives spezielles Tinnitus- und Hyperakusis-Bewältigungstherapieangebot (stationsübergreifende Behandlung als Einzel- und Gruppentherapie) mit Expositions-Übungen - Obligates Entspannungstraining (Autogenes Training (AT) oder progressive Muskelrelaxation nach Jakobson (PME) oder Atem-Entspannung oder Biofeedback-gestützte Entspannung) - Über die tinnitusspezifische Thematik hinausgehende Einzel- und Gruppentherapie (indikativ oder obligat) - Obligate, individuelle Integration einer Indikativen Therapie (Depressions- Angst- und Zwangsbewältigungstherapie) - Indikatives Zusatzangebot Stressbewältigung - Indikatives Zusatzangebot Somatoforme Störung (Somatisierung, Hypochondrie, psychogener Schmerz) |
|--|

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">- Fakultativ Bewegungstherapie- Fakultativ Gestaltungstherapie- Fakultativ Soziotherapie |
|--|

3 Welche Voraussetzungen müssen von Seiten des Patienten vorliegen, dass die stationäre Krankenhausbehandlung vom Kostenträger bewilligt wird?

- **Tinnituschweregrad:** Es besteht ein hoher Schweregrad der Tinnitusqual (meist Schweregrad III, immer Schweregrad IV nach Goebel & Hiller 1998). Steht die psychische Störung massiv im Vordergrund (siehe nächster Absatz), kann auch ein geringerer Schweregrad die stationäre Krankenhausbehandlung begründen.
- **Psychische Diagnosen:** Es liegen entsprechend psychische (z. B. Angststörungen, Zwangsstörungen, Persönlichkeitsstörungen, Posttraumatische Belastungsstörungen) oder körperliche Begleiterkrankungen vor, die den Erfolg einer ambulanten Behandlung erheblich in Frage stellen (psychische Komorbidität mit entsprechend höherem Beeinträchtigungsgrad; Goebel 1999).
- **Ausschöpfen der ambulanten Möglichkeiten:** Die Möglichkeiten der ambulanten Therapie einschließlich medikamentöser Behandlung und Psychotherapie sollten geprüft sein (Tabelle 2). Entweder sollten diese Möglichkeiten ausgeschöpft sein oder kommen aufgrund der Schwere der Erkrankung erst nach der stationären Behandlung in Betracht.
- **Behandlungsziel:** Wiederherstellung der psychischen Gesundheit: Die stationäre Behandlung sollte begründete Aussicht auf Erfolg bezüglich Wiederherstellung der psychischen Gesundheit haben.
- **Attest:** Es empfiehlt sich daher, für die Begründung der Einweisung einen erfahrenen Psychiater, Facharzt für Psychosomatische Medizin oder Psychotherapeuten zu Rate zu ziehen (Zusatzattest zum HNO-Attest).
- **Kostenzusage im Vorfeld klären:** Wie im Folgenden dargestellt, ist es prinzipiell angebracht, die Kostenfrage im Vorfeld zu klären, auch wenn es etwas länger dauert, bis darüber entschieden ist. Grundlage der Entscheidung ist die Prüfung der vom Versicherten eingereichten ärztlichen Atteste (s.u.). Da viele der sich auf die stationäre Behandlung von Patienten mit chronischem Tinnitus mit unterschiedlicher Gewichtung sowohl stationäre Krankenhausbehandlung als auch

Rehabilitationsmassnahmen anbieten (**gemischte Anstalten**), prüfen die Versicherungen ohnehin im Vorfeld die Leistungspflicht. Die Kostenzusage sollte daher abgewartet werden, bevor die Behandlung antreten werden kann. Tinnitusspezialisierte Kliniken, die nur stationäre Krankenhausbehandlung anbieten, sind der DTL nicht bekannt. Ansich würde die Prüfung der Kostenübernahme unmittelbar nach Aufnahme in das Krankenhaus erfolgen und bei ungenügender Begründung für den Versicherten bestünde das gleiche Risiko, dass die Krankenversicherung die Kostenübernahme eben im Nachhinein verweigert (s.u.). Hier ein exemplarisches Beispiel eines positiv beschiedenen Attests für eine stationäre Krankenhausbehandlung:

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 erheblicher 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 nach § 39 SGB V wird von der Krankenversicherung akzeptiert, da Ausmaß des Krankheitsbildes und Behandlungsempfehlungen korrekt geschildert werden.

3.1 Was tun, wenn der Antrag auf stationäre Krankenhausbehandlung zunächst abgelehnt wird?

3.1.1 Ablehnung, weil ambulante Maßnahmen noch nicht ausreichend eingesetzt wurden

Dieser Umstand kann in einem erläuterndem Attest geklärt werden: Der Einweiser sollte nochmals begründen, warum eine stationäre Behandlung prognostisch günstiger ist, als eine ambulante Behandlung (Goebel et al. 2001). Im Gegensatz zur stationären Therapie hat die ambulante psychosomatische Behandlung durchaus den gravierenden Nachteil, daß die vorliegenden komplexen psychischen Störungen, wie sie beim Tinnitus vom Schweregrad drei bis vier meistens vorliegen, nur niederfrequent und in monomodaler Form behandelt werden können. Nur im stationären Rahmen ist ein multimodale Ansatz auf jeden einzelnen Patienten mit seiner individuellen Problematik abgestimmt möglich.

Eine stationäre Krankenhausbehandlung kann auch dann notwendig und begründet sein, wenn ambulante Behandlungsmöglichkeiten fehlen (Nord- Süd- bzw- Ost- Westgefälle der psychosomatischen Versorgung) oder schwere psychosoziale Konfliktsituationen (familiärer Mißbrauch, Gewalt in der Partnerschaft) die vorübergehende Distanzierung in Form einer stationären Krankenhausbehandlung die

Vorraussetzung für eine effektive Behandlung ist. Die Tabelle 2 skizziert hier stichpunktartig die Unterschiede zwischen den beiden Behandlungsformen.

Tabelle 2 ambulante versus stationäre Psychotherapie

<i>Was spricht für ambulante Behandlung</i>	<i>Was spricht für stationäre Behandlung</i>
ist regional durch ambulante Therapie behandelbar	ist nur mit den Mitteln des Krankenhaus behandelbar
leichter bis mittlerer Schweregrad der Störung	schwer bis sehr schwererer Schweregrad (z.B. latente Suizidalität, Selbstverletzungstendenz)
progrediente Entwicklung mit Zeit für Therapieerfolg	Aktualität mit Notwendigkeit einer raschen und intensiven Hilfe
bestehendes soziales Netz	kein soziales Netz, familiärer Konflikt
Persönlichkeitsstörungen mit Langzeittherapieansätzen in der Einzeltherapie	Gruppentherapie mit Gleichbetroffenen (Indikativ-Gruppentherapie bei Angststörungen, Tinnitus, Zwangstörung, Schmerzstörung etc.)
Wohnortnahe Behandlungsmöglichkeit	Notwendigkeit einer wohnortfernen Behandlung (Ehekrise, sexuelle oder tätlich häusliche Traumatisierung im engen Umfeld)
wenig Verzahnung verschiedener Therapieansätze notwendig Tinnitus- Retraining-Therapie (TRT) Autogenes Training (AT)	enge Verzahnung sich ergänzender Therapieansätze (kognitive Verhaltenstherapie, Counseling, Körperwahrnehmung, Entspannungsverfahren, Hörtherapie, Angst-Depressions-Bewältigung, Expositionsübungen Hyperakusis, Zwänge, Phobien, Schwindel; Biofeedback, Physikalische Therapie)

3.1.2 Im Attest ist unüberlegt von einer Kurmaßnahme oder Sanatoriumsaufenthalt die Rede, weswegen die stationäre Krankenhausbehandlung abgelehnt wird.

In Arztkreisen hält sich hartnäckig die Vorstellung, dass eine stationäre psychosomatische Krankenhausbehandlung einer Kur- oder Sanatoriumsbehandlung entspricht. Dies hat seinen Grund in der Entstehungsgeschichte der Psychosomatik, die in Kurkliniken oder in abseits gelegenen Sanatoriumseinrichtungen entwickelt wurde (z. B. Baden Baden, G. Groddeck 1866 -1934).

Beispiel eines Ablehnungsschreibens der Versicherung:

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

Sehr geehrter Versicherter
 ... In dem oben aufgeführten Haus werden auch Sanatoriumsbehandlungen durchgeführt.
 Die erforderliche Zusage für 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 (€15.- pro Tag innerhalb von drei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren insgesamt bis zu 4 Wochen).
Mit freundlichen Grüßen.... Ihre private Krankenkasse

Dieser Umstand kann gewöhnlich rasch geklärt werden: Der Einweiser sollte der Versicherung gegenüber auf dieses Versehen hinweisen und nochmals begründen, warum eine stationäre Behandlung prognostisch günstiger ist, als eine Kur- oder Sanatoriumsbehandlung (Goebel et al. 2001).

3.1.3 Im Attest ist versehentlich von einer Rehabilitationsmassnahme und von einer Reha-Klinik die Rede, weswegen die stationäre Krankenhausbehandlung abgelehnt und auf den Rentenversicherungsträger verwiesen wird bzw. von der PKV eine Sanatoriumsbehandlung bewilligt wird.

Dass eine stationäre Psychotherapie gesetzkonform auch als stationäre Krankenhausbehandlung durchgeführt werden kann, ist sowohl in Psycho- als auch in HNO-Fachkreisen zu wenig bekannt (Goebel et al. 2001). Dies setzt sich fort in den nicht ganz uneigennütigen Bemühungen mancher Krankenkassen, die Psychosomatik global der Rehabilitation zuzuschieben, wogegen sich die Rentenanstalten mit Recht zur Wehr setzen: Nach dem Buchstaben des SGB kann der Rentenversicherer nämlich fordern, dass der Rehabilitation erst der Versuch einer Krankenhausbehandlung vorzuschalten ist! Die Sanatoriumsbehandlung konzentriert sich eher auf Gesundheitsvorsorge.

Wenn also im Attest irrtümlich eine Rehabilitationsmaßnahme vorgeschlagen wird und/oder die bedrohte Dienst- oder Erwerbsfähigkeit als zentrales Merkmal im Attest angesprochen wird, wird die PKV eine Sanatoriumsbehandlung bewilligen. Damit wird der Eindruck erweckt, Sanatoriumsbehandlung und Rehabilitationsbehandlung wären gleichwertig. Dies ist jedoch nicht richtig: Zentrales Behandlungsmittel der Kur- oder Sanatoriumsbehandlung sind die physikalischen Maßnahmen und allenfalls begleitend psychologische Verfahren, für die es nach dem Leistungskatalog der Versicherung entsprechend auch nur einen kleinen und zeitlich beschränkten Zuschuss gibt. Auch erwartet bei beamteten Lehrern die Dienststelle, dass die Sanatoriumsbehandlung in den Ferien durchgeführt wird.

Dieser Umstand kann in den meisten Fällen geklärt werden: Der Einweiser sollte – gegebenenfalls unter Einbezug eines Zusatzattests eines psychosomatischen oder psychiatrischen Facharztes- der Versicherung gegenüber auf dieses Versehen hinweisen und nochmals begründen, warum eine stationäre Krankenhausbehandlung in dem

vorliegenden Fall prognostisch eindeutig günstiger ist, als eine Rehabilitationsmaßnahme, geschweige denn eine Kur- oder Sanatoriumsbehandlung.

3.1.4 Im Attest fehlen Hinweise für die bestehende psychische Störung, der Schweregrad der seelischen Belastung wird mit der häufigen Arbeitsunfähigkeit begründet

Dieser Umstand kann in den meisten Fällen nur mit dem Zusatzattest eines psychosomatischen oder psychiatrischen Facharztes geklärt werden. Im Prinzip hat nämlich die stationäre Krankenhausbehandlung (§39 SGB V) bei der Behandlungsindikation Depression, Angst oder schwere Somatoforme Störung Vorrang gegenüber der Rehabilitation (§ 9 SGB VI). Erst wenn in diesem Fall die stationäre Krankenhausbehandlung versagt, ist die Rehabilitationsmaßnahme anzuschließen. Das Behandlungsziel Erhalt- oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit (SGB VI) ist ansich die typische Leistungspflicht des Rentenversicherungsträgers, dessen primäres Interesse es ist, dass der Betroffene noch lange Rente einzahlt.

Beispiel eines von der privaten Zusatzversicherung negativ beschiedenen Attestes:

Der einweisende HNO-Arzt bittet um Kostenübernahme für eine „stationäre psychosomatische Behandlung des “Morbus Menière“ mit der Begründung, dass der Patient immer häufiger arbeitsunfähig ist.

..... Die Notwendigkeit einer akuten Krankenhausbehandlung in der Klinik wird fachärztlicherseits mit dem Vorliegen eines Morbus Menière mit chronischen Tinnitus begründet. Eine psychopathologische oder psychiatrische Erkrankung, die einer akuten Krankenhausbehandlung bedürfe, wird nicht angegeben.

Die Behandlung hat somit den Charakter einer Sanatoriumsbehandlung. Die Beeinträchtigung durch den Tinnitus ist auf lange Sicht gesehen geeignet, die Arbeitsfähigkeit zu gefährden, was eine stationäre Rehabilitation in einer Fachklinik für Verhaltensmedizin erforderlich macht.

Mit freundlichen Grüßen.....Ihre private Krankenkasse

3.1.5 Die Private Zusatzversicherung lehnt im Gegensatz zur gesetzlichen Krankenkasse die Kostenübernahme für eine stationäre Krankenhausbehandlung ab oder umgekehrt

Dass diese Situation für einen nicht unbeträchtlichen Personenkreis von Bedeutung ist, zeigt die derzeitige Situation in Deutschland: Neben den ca. 10 % Vollprivatversicherten sind knapp 17% der Bevölkerung in einer privaten Zusatzversicherung, z.B. für Wahlleistungen im Krankenhaus versichert und erwarten, dass sie im Versicherungsfall (stationäre Krankenhausbehandlung) entsprechende Leistungen als Privatpatient erhalten. Da jedoch die Grundlage der Entscheidung nur das mehr oder weniger ausgefeilte vorgelegte Attest ist, kommt es nicht selten vor, dass bei zwei verschiedenen Versicherungen die Entscheidung über die Kostenübernahme unterschiedlich ausfällt:

So kommt z.B. bei privat Zusatzversicherten Patienten nicht selten vor, dass zwar die GKV nach gründlicher Prüfung durch unabhängige Gutachtensärzte des Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) die Kostenzusage nach § 39 SGB V erteilt wird, wohingegen der beratende Gesellschaftsarzt der privaten Zusatzversicherung zu einer gegenteiligen Entscheidung kommt (standardisiertes Ablehnungsschreiben ohne individuelle Begründung).

Genauso kann es aber auch umgekehrt vorkommen: Die GKV verweigert die Kostenübernahme für die beantragte Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V und verweist z.B. auf die Möglichkeit der Rehabilitationsmaßnahme (s. oben), für die wiederum kein Leistungsanspruch bei der PKV besteht und die bereits zugesagte Kostenübernahme wird im Nachhinein zurückgezogen.

In den geschilderten Fällen sollte man zunächst versuchen, herauszufinden, welche genaue Begründung zur Ablehnung geführt hat, auch wenn manche privaten Versicherungen versuchen, dies sogar gegenüber dem einweisenden Arzt zu verweigern: Wurde im Attest vielleicht die Arbeitssituation missverständlicherweise als Argumentation für die Krankenhausbehandlung angeführt? Waren die psychischen Diagnosen komplett und ausführlich aufgeführt? Wurde der Urheber des Attestes von der Versicherung vielleicht als "psychosomatisch inkompetent" eingeschätzt? Ging aus dem Attest vielleicht nicht ausdrücklich genug hervor, dass die ambulanten Massnahmen nicht mehr greifen oder die psychische Situation **akut** dekompenziert ist, sodass die ambulanten Heilungsversuche fehlschlagen müssen und deshalb nur die stationäre Krankenhausbehandlung prognostisch günstig ist, eine weitgehende Heilung zu bewirken? Wurde die Kostenzusage z.B. mit dem Hinweis verweigert, es genüge allenfalls eine Kur- oder Sanatoriumsbehandlung oder wurde die Heimatferne der beantragten Krankenhauseinrichtung als Ablehnungsgrund im Sinne eines "Sanatoriumswunsch des Versicherten" verstanden?

Hier sollte in einer entschiedenen Klärung zwischen dem einweisenden oder hinzugezogenen Facharzt für Psychosomatik oder Psychiatrie klar darauf hin gewirkt werden, dass die erforderliche Maßnahme ganz klar einer stationären Krankenhausbehandlung mit dem Ziel einer Wiederherstellung der Gesundheit entspricht. Entscheidend für die beantragte Behandlungsmethode ist die gebotene Intensität und Qualität der notwendigen Behandlung. Im Zweifelsfall kann man sich auch an eine psychosomatisch anerkannte Ambulanz (Universität, Psychosomatisches Institut) wenden und sich dort eine Zweitmeinung einholen in Form einer Untersuchung, Beratung und Begründung der stationären Behandlung.

4 Die Qual der Wahl: Abgrenzungsprobleme stationäre Krankenhausbehandlung von stationärer Rehabilitationsmaßnahme bzw. Kur- und Sanatoriumsbehandlung

Das Gebiet „psychotherapeutische Medizin/Psychosomatik“ unterscheidet sich bezüglich der Abgrenzung der Krankenhausbehandlung (Akutbehandlung) von der stationären Rehabilitation von anderen medizinischen Bereichen/Gebieten nur unscharf (Schmeling-Kludas 1999):

So sind z.B. in der Akutbehandlung der Orthopädie oder Kardiologie medizinische Maßnahmen wie Operationen oder spezielle Diagnostik und lebenserhaltende Behandlungen klar der stationären Krankenhausbehandlung zugeordnet gefolgt von den anders gewichteten Rehabilitationsmaßnahmen in der Anschlußheilbehandlung (AHB) oder speziellen Rehabilitationskliniken, wie sie in Folge I und II beschrieben sind.

Krankenhausbehandlung	Medizinische Rehabilitation	
<p>Zulassung nach § 108 SGB V</p> <p>Kostenträger: Krankenkassen</p> <p>Therapie nach § 39 SGB V</p>	<p>Zulassung nach § 111 SGB V</p> <p>Kostenträger: Krankenkassen</p> <p>Therapie nach § 40 SGB V</p>	<p>Zulassung nach § 21 SGB IX</p> <p>Kostenträger: Rentenversicherung</p> <p>Therapie nach § 9 SGB VI</p>
Privatstation	Keine Leistungspflicht der PKV	

Abbildung 2: stationäre Krankenhausbehandlung versus stationäre medizinische Rehabilitation nach dem Sozialgesetzgebungsbuch (SGB); PKV= Private Krankenversicherung

Demgegenüber sind in der psychotherapeutischen Medizin/Psychosomatik sowohl in der stationären Krankenhausbehandlung als auch in der stationären Rehabilitation ärztliche Interventionen in Form psychotherapeutischer Einzel- und Gruppenbehandlung in Kombination mit medikamentöser Behandlungen (z.B. Psychopharmaka) Schwerpunkte der Therapie, wie sie in Form multimodaler Settings in der gesamten psychosomatischen stationären Psychotherapie etabliert sind (Goebel et al. 2001; siehe TF 3/2004, S. 15 ff.). Hilfskonstruktionen aus der Suchtbehandlung (Entgiftung als Akutbehandlung, Entwöhnung als Rehabilitation) sind nicht übertragbar.

Sind in der somatischen Medizin die Beachtung psychosozialer Probleme vorrangig der Rehabilitation zugeordnet, ist der in der psychotherapeutischen Medizin vorherrschende biopsychosoziale Ansatz bereits in der akuten Behandlungsphase zu berücksichtigen, da z.B. psychosoziale Belastungen wesentliche Auslöser der zur Behandlung anstehenden psychischen 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. Dem widersetzen sich natürlich die Rentenversicherungen, die –gestützt durch die gesetzlichen Regelungen des SGB- zunächst den erfolgreichen Abschluss der stationären Krankenhausbehandlung erwarten.

Während in der somatischen Medizin krankheitsbedingte Schädigungen und deren Folgen (Behinderung, Funktionseinschränkung) klar definiert werden können, sind bei psychosomatischen Störungen Schädigung und Krankheitsfolgen eng miteinander verknüpft und somit schwer in differenzierte Behandlungsphasen zu zergliedern. Auch die Krankheitsstadien, wie sie in der somatischen Medizin vorhanden sind, lassen sich bei psychosomatischen Krankheiten nicht klar voneinander abgrenzen. Die Übergänge sind fließend mit einer nicht unerheblichen Schnittmenge.

In der Abbildung 2 sind daher nochmals die formalen Unterschiede der möglichen Behandlungsformen aufgeführt.

5 Fazit

Für eine Vielzahl von Patienten mit sehr quälendem chronischen Tinnitus ist die stationäre psychotherapeutische Versorgung als Krankenhausbehandlung ohne gleichwertige Alternative. Kriterien sind ausgeprägte funktionelle, aber auch die somatische Beteiligung (Hörstörung, Schwindel, Schmerz) mit erheblicher psychischer oder somatischer Instabilität des Patienten (psychiatrische und somatische Komorbidität). Behandlungsgegenstand im

weiten Sinn sind immer sowohl die bestehenden somatischen als auch die seelischen Störungen unabhängig davon, welche ätiologischen Modelle über die jeweiligen Entstehungszusammenhänge diskutiert werden. Die Krankheitsbilder sind komplex und bedeuten nicht nur eine beträchtliche Einschränkung der Lebensqualität und Leistungsfähigkeit der Betroffenen, sondern führen auch über Suizidalität oder organische Komplikationen zu einer deutlich erhöhten Mortalität.

Die in den letzten 20 Jahren zunehmend eingesetzte Psychotherapieforschung bei Patienten mit dekompenziertem Tinnitus und die damit einhergehende Entwicklung psychotherapeutischer Standards hat zu eindrucksvollen Belegen der Wirksamkeit stationärer psychotherapeutischer Interventionen geführt (Hesse et al. 2001; Goebel 2004). Für die früher nur wenig beeinflussbare Störung stehen damit äußerst effiziente Therapien zur Verfügung. Vergleichende Arbeiten zeigen, dass die Behandlungsanstrengungen der Kliniken bezüglich Effizienz als auch bezüglich der Weite des Spektrums vor allem Patienten mit einer höheren psychischen Belastung vorbehalten sein sollen, während Patienten mit niedrigerer psychischer Belastung vergleichbar von einer ambulante Therapie profitieren (Kröner-Herwig 2003).

Nutzen und Effizienz der stationären Krankenhausbehandlung beim dekompenzierten chronischen Tinnitus ist 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 (Goebel 1999; 2001; 2004; Hesse et al. 2001). Die Aufenthaltsdauern sind auch um so kürzer, je nahtloser die ambulante Weiterbehandlung aufgenommen werden kann und je kompetenter die ambulante Therapie den therapeutischen Faden aufnehmen kann. In einer engen Vernetzung von ambulanter und stationärer Therapie liegt sicherlich das Psychotherapiemodell der Zukunft für schwere psychische Störungen. Der HNO-Arzt hat hier mit seinem Einfluß zusammen mit den Psychotherapeuten vor und nach der stationären Phase eine nicht zu unterschätzende Bedeutung.

Literatur beim Verfasser

PD Dr. Gerhard Goebel, Med.-Psychosomatische Klinik Roseneck
83209 Prien am Chiemsee Email: ggoebel@schoen-kliniken.de