Verhaltenstherapie in Deutschland: Luxus oder Mangelware?

Ambulanten, teilstationären und stationären verhaltens- und psychotherapeutischen Behandlungsangeboten in Deutschland wird insbesondere von Krankenversicherungen zunehmend unterstellt, eine Luxusversorgung darzustellen; eingeleitete und vorgesehene Kostendämpfungsmaßnahmen werden damit begründet. Tatsächlich gibt es in keinem anderen Land so viele niedergelassene Psychotherapeuten und (teil-)stationäre Behandlungsplätze pro 1000 Einwohner. Nirgendwo sonst werden so viele Psychotherapeuten ausgebildet – und nirgendwo so aufwendig und kostenträchtig. Führt diese Entwicklung in der Verhaltenstherapie irgendwann in eine ähnliche Situation wie bei der klassischen Psychoanalyse? Lernen angehende Therapeuten immer mehr und beschäftigen sie sich immer intensiver mit ihrer eigenen Psyche, während die Möglichkeiten, das Erlernte am «Zielsubjekt» anzuwenden, ständig abnehmen? Wird es bald noch mehr un(ter)-versorgte psychisch kranke Menschen geben?

Die Verhaltenstherapeuten argumentieren, dass der Bedarf an Psychotherapie bei weitem nicht gedeckt ist und dass Psychotherapie die im medizinischen Versorgungssystem anfallenden Kosten mittelfristig senken würde. Den Kassen fehlen für beide Behauptungen die Belege. Sie vermuten, dass in vielen Fällen «Behandlungsbedarf» angegeben wird, wo allenfalls «Beratung» indiziert wäre. Immer häufiger stellen sie die Kostenübernahme für ambulante, stationäre und teilstationäre Verhaltenstherapien (VT) und Psychotherapien (PT) in Frage.

Luxusberatung oder Unterversorgung in der ambulanten Verhaltenstherapie?

Die aktuelle gesetzliche Regelung sieht vor, dass eine ambulante Verhaltenstherapie grundsätzlich durch kassenzugelassene, niedergelassene TherapeutInnen erfolgt. Seit dem PTG ist die Krankenversorgung außerdem in begrenztem Maße den psychologischen Instituten der Universitäten sowie den behördlich zugelassenen «privaten» Ausbildungsinstituten erlaubt. An Kliniken gibt es seit längerem «psychotherapeutische Institutsambulanzen» – je nach Bundesland in unter-

schiedlicher Anzahl, mit unterschiedlichen Angeboten und unterschiedlicher Kostenregelung. Diese sollen jetzt aufgrund der neuen Regelung für die «psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA)» entweder unter den dort neu geltenden (und in der Auslegung heftig umstrittenen) Kriterien weitergeführt und von den Kassen direkt (zusätzlich zu dem gedeckelten Psychotherapie-Budget) bezahlt oder aber geschlossen werden. Bei enger Auslegung dieser Regelungen sollen die Psychiatrie-Ambulanzen chronisch kranke, schwer kontaktgestörte und nicht oder wenig therapiemotivierte Patienten behandeln (unter anderem mit psychotherapeutischen Methoden)! In diesem Fall wäre die Schließung primär versorgender, psychotherapeutischer Institutsambulanzen programmiert.

Bei dieser Regelung ging es fraglos eher um eine vermeintliche Kostendämpfung oder –verschiebung und berufsständische Interessen, als um die Anpassung des Systems an sich verändernde Notwendigkeiten und eine optimale Lösung für die Patienten.

Bei niedergelassenen Verhaltenstherapeuten und Ausbildungsinstituten versuchen die Kostenträger die Kosten durch die wiederholte Infragestellung zukünftiger Finanzierung und nicht kostendeckende Bezahlung zu dämpfen. Andererseits wenden sich aber auch viele niedergelassene Psychotherapeuten gegen die zu Recht geforderte Verbesserung der Qualitätskontrolle. Eine Qualitätskontrolle über das umstrittene Gutachterverfahren (siehe Vogel et al., in diesem Heft) ist bisher der einzige bundesweit konkrete Versuch eines Kompromisses zwischen den Therapeutenverbänden und den Kostenträgern zum Nutzen bedürftiger Patienten. In letzter Zeit bemühen sich aber auch Berufsverbände und Ausbildungsinstitute um Ansätze zur Qualitätskontrolle und Effizienzerfassung in der Niedergelassenenpraxis.

Das Gutachterverfahren enthält den Auftrag, vor allem die Indikation zur VT, die Angemessenheit des Behandlungsplanes (nicht im Sinne einer Supervision!), die Dauer bzw. Sitzungszahl und die Wirtschaftlichkeit des geplanten Vorgehens zu beurteilen. Missverständnisse entstehen häufig, wenn The-

rapeuten schwerpunktmäßig Entwicklungsstörungen, Probleme in der Lebensführung und Befindlichkeitsstörungen ohne hinreichenden Krankheitswert darstellen. Ein Problem sind auch Ausnahmeregelungen für Überschreitungen der Höchstgrenze von 80 Sitzungen. Für Therapeuten und Gutachter ist es oft schwierig, einen Kompromiss zwischen Behandlungsbedarf und Kostendämpfung zu finden. Therapeuten und Gutachter haben mitunter auch unterschiedliche Vorstellungen, wie viel Therapie «genug», «zu wenig» oder «zu viel» ist. Grundsätzlich muss der Vorwurf der «Luxusversorgung» von den Kassen jedoch genauso objektiviert werden wie die Behauptung einer partiellen Unterversorgung von den Therapeuten. Objektivere Kriterien sind nur über gemeinsame verbesserte Qualitätskontrollen zu erreichen.

Luxusberatung oder Unterversorgung in der teilstationären Verhaltenstherapie?

Gegenwärtig gibt es in Deutschland allenfalls 3–5 auf die intensive und hochfrequente Umsetzung von Verhaltenstherapie ausgerichtete Tageskliniken (siehe Mundt und Hand, in diesem Heft). Die tagesklinische Verhaltenstherapie fällt grundsätzlich unter die gleiche Regelung wie die stationäre Verhaltenstherapie – und damit auch unter die neuen Entwicklungen, die sich aus der Gesundheitspolitik und dem SGB IX ergeben.

Luxusbetreuung oder Unterversorgung in der stationären Verhaltenstherapie?

Das aktuelle Hauptthema bezüglich der Finanzierung stationärer Verhaltens- und Psychotherapie ist die Abgrenzung von Krankenhausbehandlung und Rehabilitation. Damit wird auch eine Konfliktsituation zwischen psychiatrischen (Universitäts-)Kliniken und «psychosomatischen» Reha-Kliniken geschaffen. Gegenwärtig bahnt sich eine geradezu dramatische Umverteilung der Behandlungsaufgaben über die Steuerung der Finanzierung an. Stationäre Psychotherapie soll in Deutschland laut ständiger höchstrichterlicher Rechtsprechung grundsätzlich in den Bereich der medizinischen Rehabilitation verlagert werden, wenn nicht alle Kriterien einer Krankenhausbehandlung (s.u.) erfüllt sind.

Akut-Psychotherapie im Krankenhaus soll Krankheitssymptome erkennen, heilen, lindern oder ihre Verschlechterung vermeiden; dies soll mit einem ärztlich geleiteten Therapieprogramm und vorwiegend durch ärztliche Einwirkung mit den Mitteln eines Fachkrankenhauses erfolgen.

Psychotherapie in der psychiatrischen Klinik soll vor allem der kurzfristigen Bewältigung einer symptombezogenen Krise dienen. Daher sollen Akutpatienten innerhalb von Stunden aufgenommen werden können, was nur bei einer bei 90% gehaltenen Bettenauslastung möglich ist. Wartelisten widersprechen dem akut-stationären Versorgungsauftrag. Da dieses Behandlungsangebot niedrigschwellig sein muss, ist gefordert worden, im «Akutbereich» einen schulengreifenden, multimodalen Therapieansatz bereitzustellen.

Die stationäre psychotherapeutische Rehabilitation soll den Schaden, die eingetretenen individuellen/funktionellen Einschränkungen sowie die Beeinträchtigungen bei den Verrichtungen des täglichen Lebens (einschließlich Berufsleben und gesellschaftlicher Integration) verhindern, überwinden oder mindern; der Zustand des Patienten soll in Richtung auf Persönlichkeitsveränderungen, Gruppenfähigkeit und Ähnliches verändert werden. Zur Anwendung kommen Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Sprachtherapie, Arbeits- und Beschäftigungstherapie sowie seelische und geistige Einwirkungen. Hierunter werden auch Interventionen durch psychologische Psychotherapeuten subsumiert – das PTG hat sich auf die Rechtsprechung und die sozial-medizinische Beurteilung bezüglich der stationären Rehabilitation also noch überhaupt nicht ausgewirkt! Die ärztliche Funktion in der Reha-Einrichtung ist deutlich geringer als im Krankenhaus. Die störungsspezifischen Behandlungsmodelle einzelner Therapieschulen sollen im Rehabilitationsbereich realisiert werden.

In der akut-psychiatrischen und der rehabilitations-psychosomatischen Psychotherapie sollen also die gleichen Störungsbilder mit unterschiedlicher Zielsetzung bei unterschiedlicher Struktur der Einrichtungen behandelt werden.

Nachdem in der Psychiatrie durch die Einführung des Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie und durch zunehmende Einstellungen von psychologischen Psychotherapeuten endlich die längst überfällige Reform des Faches eingeleitet wurde, werden die zumeist sehr jungen ambulanten und stationären Psychotherapieangebote durch die neuen gesetzlichen Regelungen in ihrer Existenz bereits wieder bedroht. Werden psychotherapeutische Ambulanzen an psychiatrischen Kliniken nicht mehr zugelassen oder geschlossen und wird die (teil-)stationäre Verhaltenstherapie «verkrüppelt», so kommt dies einer Rückverwandlung der Psychiatrie in eine biologisch orientierte Krisenmanagement-Einrichtung gleich. Auf weitere, sehr komplexe Fragestellungen im Rahmen der eskalierenden Diskussion um die psychotherapeutische Akut- vs. Reha-Behandlung kann in diesem Rahmen nicht eingegangen werden. Es entsteht der Eindruck, dass für viele Patienten die Kontinuität der wohnortnahen Therapie völlig in Frage gestellt wird. Vielen Beteiligten an dieser Diskussion ist dies auch bewusst. Die bestehenden gesetzlichen Regelungen bzw. Empfehlungen werden aber von den Krankenhäusern anders ausgelegt als von den Rehabilitationskliniken. Oder sollten die (psychiatrischen) Krankenhäuser neben Akutabteilungen auch Rehabilitationsabteilungen aufbauen, um patientengerecht weiterbehandeln zu können? Inzwischen werden auch Bedenken geäußert, dass die Verlagerung stationärer Psychotherapie in die Rehabilitation diese finanziell erheblich überfordern könnte.

Gegenwärtig hat der Medizinische Dienst der Krankenversicherungen (MDK) die schwierige Aufgabe, lediglich aus Akteneinsicht in kürzester Zeit zwischen Akuttherapie und Rehabilitation zu entscheiden. Angesichts der zunehmenden Unsicherheit über die «Spielregeln» dürfte regional am ehesten

eine intensivierte Kommunikation zwischen Klinik, MDK und zuständiger Kassen-Geschäftsstelle zufrieden stellende Lösungen bringen.

Problemlösung über die «Versorgungskaskade»?

Unter Indikations- und Kosten-Nutzen-Aspekten haben wir für schwer gestörte Patienten eine theoretisch gut begründbare «Versorgungskaskade» in der Psychotherapie; von der stationären über die teilstationäre in die ambulante Behandlung; falls dann noch erforderlich, weitere Stabilisierung in der psychosomatischen Grundversorgung bis zum Therapieende. Damit sollen die Versorgung Bedürftiger gesichert, die bloße Luxusbefriedigung von Patienten und Therapeuten erschwert oder verhindert, eine verbesserte Effizienz des Gesamtsystems erreicht und ein akzeptabler Kostenrahmen eingehalten werden.

In der Realität funktioniert dieses Modell jedoch selten. Der Weg von der stationären in die teilstationäre Psychotherapie steht weit über 90% der betroffenen Patienten wegen mangelnder Angebote nicht zur Verfügung. Der direkte Übergang von der stationären in die ambulante Therapie ist in der Regel schwierig und langwierig, zumal die meisten stationären Psychotherapien in ortsfernen psychosomatischen Kliniken durchgeführt werden. Relativ gut funktioniert die stationär-ambulante Vernetzung nur, wenn die Therapie am Wohnort ambulant begonnen und nur für spezifische, intensive Maßnahmen durch einen stationären Aufenthalt unterbrochen wird. Aber selbst dann lässt der Informationsfluss zwischen stationärer Einrichtung und ambulanten Therapeuten oft zu wünschen übrig. Die Wirtschaftlichkeit der Gesamttherapie könnte hier oft verbessert werden. Hat der Patient die maximale Stundenzahl für eine ambulante Verhaltenstherapie erreicht, ist es meist weder realisierbar noch kostendämpfend, die noch bestehende Restbehandlungsbedürftigkeit über die «psychosomatische Grundversorgung» (mit erneutem Therapeutenwechsel) abzudecken. Das Gutachterverfahren bietet hier grundsätzlich eine bedarfsorientierte Flexibilität – aber die entscheidungsrelevanten Kriterien müssen eindeutiger werden.

Ein weiteres Problem der «Versorgungskaskade» haben wir in den vergangenen Jahren in unserem Arbeitsbereich mit einer Station (22 Betten), einer Tagesklinik (12 Plätze) und einer Ambulanz (etwa 2000 Scheine im Jahr) erfahren. Ursprünglich war geplant, schwer gestörte Patienten in diesem System an einen festen Bezugstherapeuten zu binden, der die spezifischen Interventionen in dem jeweils erforderlichen Behandlungssetting durchführen sollte. Die Realität hat sich völ-

lig anders entwickelt. Die Ambulanz wird trotz mehr als 300%iger psychotherapeutischer Überversorgung in Hamburg (nach Angaben der regionalen KV) in der wöchentlichen offenen Sprechstunde von mindestens dreimal mehr Patienten in Anspruch genommen, als dort eine ambulante Therapie erhalten können. Die Tagesklinik hat Wartezeiten von 7 und mehr Wochen. Die Bettenstation kann daher nur begrenzt auf diese beiden Einrichtungen zurückgreifen – es sei denn, weiterbehandlungsbedürftige Patienten der Station würden vorrangig in die Tagesklinik und dann in die Ambulanz wechseln. Dies würde aber nicht die Konstanz des Bezugstherapeuten gewährleisten, da das Personal im stationär-teilstationären Bereich aus einem anderen «Topf» bezahlt wird als dasjenige im ambulanten Bereich. Dass hier die Grenzen nicht verwischt werden, darauf achtet der MDK im Auftrag der Krankenversicherungen. Die Umsetzung des ursprünglichen Konzeptes würde darüber hinaus die meisten Zuweiser und Patienten sehr viel weniger zufrieden stellen als das gegenwärtige System. Schwer und mittelschwer gestörte Patienten scheinen also unterversorgt zu sein – sogar in «überversorgten» Regionen. Das wird auch durch eine ortsferne stationäre Rehabilitation nicht wesentlich gebessert! Der Verlauf unseres «Experimentes» mit drei unterschiedlichen verhaltenstherapeutischen Behandlungsangeboten zeigt, wie wichtig es ist, Systeme zu schaffen, die auf unerwartete Formen der Nachfrage und des Behandlungsbedarfes rasch und bedarfsgerecht reagieren können.

Die gegenwärtigen gesetzlichen Entwicklungen im Hinblick auf die Strukturen der ambulanten und der stationären Verhaltenstherapie laufen dem jedoch entgegen. Aus Therapeutensicht ist zu befürchten, dass dadurch die Chronifizierung von Erkrankungen gefördert wird, so dass die angestrebte Kostendämpfung ins Gegenteil umschlägt.

Gesetzlicher Aktionismus droht bewährte Therapiekonzepte zu gefährden oder gar zu zerstören – das kann nicht im Interesse der Kostenträger liegen, die letztlich auch von diesen Patienten finanziert werden. Überregional kann es eine patientengerechte Lösung nur geben, wenn Kostenträger wie Therapeuten bereit sind, Fehlerquellen auf beiden Seiten über Qualitäts- und Effizienzkontrollen zu reduzieren.

Iver Hand, Hamburg

Dank

Ich danke Frau Priv. Doz. Dr. med. Maylath für die eingehende Beratung zum Thema (teil-)stationäre Akutbehandlung im Krankenhaus versus Rehabilitation.