

Redaktion
M. Cierpka, Heidelberg

Beschwer(d)en, jammern und klagen

Beschwer(d)en

Patienten gehen zum Psychotherapeuten, weil sie unter Beschwerden unterschiedlichen Ausmaßes leiden. Manchmal haben sie diese zuvor ihrem Hausarzt vorgetragen und fühlten sich danach erleichtert. Wenn sich aber eine Erleichterung so schnell nicht einstellte und der Leidensdruck – oft nach chronischem Verlauf – groß genug geworden ist, dann scheuen sie nicht den Weg zum Psychotherapeuten, wie schwer er ihnen auch fallen mag. Sie fühlen sich niedergeschlagen, depressiv, leiden unter Zwängen, Ängsten und/oder Panikattacken, sind in ihrer Leistungsfähigkeit schwer beeinträchtigt, und manchmal wissen sie noch nicht einmal, welchen Geschlechts sie eigentlich sind. Dies sind hinreichend schwerwiegende Beschwerden, die es fraglos rechtfertigen, einen Psychotherapeuten in der Hoffnung aufzusuchen, dort eine Klärung und eine Linderung des Leidens zu finden.

Jammern

Während Patienten ihre Beschwerden vortragen, gibt es nicht wenige Psychotherapeuten, die sich gar nicht aufs bevorstehende Wochenende freuen können, sondern darüber jammern, dass sie noch mindestens einen, wenn nicht gar fünf Anträge auf Kostenübernahme für Psychotherapie formulieren müssen und jetzt schon absehen, dass sie dies am Wochenende nicht schaffen werden. Dass Anfänger für einen entsprechenden Antrag einige Stunden brauchen, mag man noch verstehen. Es ist aber nicht allein das Problem von

Anfängern. Dasselbe Jammern hört man nicht selten aus dem Mund von alten Hasen, die sich im Übrigen schon mit Plänen für den Ruhestand befassen und an den Verkauf ihrer Praxis denken.

Konfrontiert damit, dass man einen solchen Antrag mit einigem Geschick in einer halben Stunde diktiert oder in einer Stunde selbst getippt hat, schauen sie einen ungläubig an, vermuten womöglich, man wolle sie verspotten, und das verstärkt ihr Jammern nur. Für rationale Vorschläge zur Verbesserung ihrer Effektivität beim Abfassen von Psychotherapieanträgen bleiben sie unzugänglich.

Sie wissen darum, dass in Annoncen im Internet, in Fachzeitschriften und selbst in der Tagespresse vorwiegend, wenn auch nicht ausschließlich, psychologische Psychotherapeuten dafür werben, sich die Mühen solcher Antragstellungen gegen nichtunbedeutende Gebühren abtreten zu lassen, indem man sie dort in Auftrag gibt. Man braucht dann mehr oder weniger nur noch die anonymisierten Personalien des Patienten zusammen mit einem Scheck oder einer Überweisung einzureichen, vielleicht noch ein paar grobe biographische Daten, und schon eine Woche später hat man den fertigen Antrag auf dem Tisch, den man, mit seinem Stempel und seiner Unterschrift versehen, der Kasse einreichen kann.

Eine solche Erleichterung wollen diejenigen Psychotherapeuten, die das Jammern bevorzugen, freilich nicht in Anspruch nehmen. Verächtlich erklären sie, es widerspreche dem psychotherapeutischen Berufsethos, sich solcher Hilfen zu bedienen. Da leiden sie doch lieber Wochenende für Wochenende, bis der ganze

Sommer vorbei ist, ohne dass sie ein einziges Mal am Badestrand waren. Mit ihren berufsethischen Einwänden haben sie allerdings trotzdem Recht.

Es gibt noch ein auf einer höheren Ebene angesiedeltes Jammern, das man sowohl bei dem eben beschriebenen Typus von Psychotherapeuten als auch bei jenen antreffen kann, die keine Mühe mit der Abfassung von Kostenübernahmeanträgen haben. Es bezieht sich darauf, dass es viel zu lange dauert, bis der Antrag von der Kasse und vom Gutachter bearbeitet ist, sodass man nicht gleich mit der Therapie beginnen kann. Oder es hat zum Inhalt, dass der Gutachter auch noch den ärztlichen Konsiliarbericht sehen möchte, den der psychologische Psychotherapeut dem Antrag beizufügen vergessen hat. Schließlich bezieht es sich darauf, dass die Bewilligung, wenn sie denn überhaupt erfolgt, weit unter dem beantragten Stundenkontingent zurückbleibt. Beantragt hatte man 160 Sitzungen für analytische Psychotherapie und bekommen nur 10 zur weiteren Abklärung der Indikation.

Wenn so etwas geschieht, wird aus dem Jammern oft ein lautes Klagen, ein Schimpfen, vielleicht sogar ein Pöbeln. Bei zukünftigen Anträgen wird man der Kasse mitteilen, dass man diesen Gutachter auf keinen Fall mehr haben will. Im Laufe eines Berufslebens kann die Liste abgelehnter Gutachter ziemlich lang werden.

Gutachter

Während der Antrag stellende Psychotherapeut mit seinem eigenen Jammern und Klagen beschäftigt ist, übersieht er, worunter der Gutachter zu leiden hat. Er muss

Berge von Anträgen lesen und beurteilen. Auch wenn viele davon noch so hervorragend sind, kann es vorkommen, dass er schon nach der Lektüre von drei oder vier Einzelanträgen die darin beschriebenen Personen und Lebensläufe kaum mehr auseinanderhalten kann. Sicher, zwei Drittel der Anträge betreffen Patientinnen und ein Drittel Patienten, da gibt es wenigstens einen kleinen Geschlechtsunterschied. Auch sind manche Patienten ledig, andere verheiratet oder geschieden; nicht alle haben den gleichen Beruf; die Zahl der Geschwister und die Zahl der Kinder mögen sich unterscheiden. Kommt es aber zur Psychodynamik der Entstehung der depressiven Symptomatik, um ein Beispiel zu nennen, dann verschwimmt alles letztlich wieder in einem Nebel. Denn die Ableitung der Psychodynamik bestimmter Störungsbilder erfolgt zwangsläufig in einer spezifischen Fachterminologie, mit der individuelle Faktoren eingegeben werden.

Ich erinnere mich an einen berühmten Gutachter, der zwanzig Anträge auf Kostenübernahme für tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie innerhalb einer einzigen Stunde bearbeitete. Er hatte um die dreißig vorgefertigte und durchnummerierte Antworten, die auf die am häufigsten vorkommenden Problemfelder in Anträgen eingingen, und setzte einfach eine dieser Nummern mit Bleistift auf den Antrag. Seine Sekretärin übertrug dann den ausführlichen Text der vorgefertigten Antwort mit Maschinschrift auf das an die Krankenkasse und den Antragsteller gerichtete Formular, sodass der Eindruck einer sorgfältigen individuellen Bearbeitung entstand. Er galt als ein sehr scharfer Gutachter, weil er sich nämlich drei oder vier Anträge, insbesondere von Kollegen, die er noch nicht kannte, vorknöpfte und im Handstreich sowie mit guten Argumenten Indikation, Psychodynamik und Prognose, wie sie im Antrag dargestellt waren, zerpflogte oder ad absurdum führte, sofern er dafür Gründe fand. Dass er bei den anderen sechzehn oder siebzehn Anträgen nur auf den Namen des Absenders geschaut und eine Variante der befürwortenden Stellungnahmen aus seiner Liste vorformulierter Antworten ausgewählt hatte, weil er sich aufgrund früherer Anträge darauf verlas-

sen zu können glaubte, dass diese Psychotherapeuten sorgfältig arbeiten, führte dazu, dass ihn die größere Gruppe der Psychotherapeuten schätzte, während ihn die kleinere Gruppe, an der er seinen Unmut ausließ, bis aufs Blut hasste. Beiden Gruppen blieb indes verborgen, dass er sich einer Methode bediente, der sich ja auch Psychotherapeuten bei der Abfassung ihrer Anträge zuweilen bedienen, nämlich mit vorgefertigten Versatzstücken einen Schriftsatz zu verfassen, der einen bestimmten Zweck erreichen soll. Immerhin gab er sich in den individuellen Stellungnahmen ziemliche Mühe und argumentierte messerscharf. Mochte der Empfänger einer solchen Stellungnahme auch nicht erfreut sein, so konnte er doch von diesem Gutachter viel lernen.

Das kann man allerdings nicht von allen Gutachtern sagen. Hier ein Beispiel: Auf einen sehr gut begründeten Antrag auf analytische Psychotherapie über 160 Sitzungen antwortete der Gutachter: „Es wird eine Beziehungsstörung mit fraglichem Störungscharakter entsprechend der Richtlinien dargestellt. Unabhängig davon kann die beantragte Behandlung kann (sic) jedoch auch nicht befürwortet werden, da sich aus den vermittelten Informationen zur Psychogenese und psychodynamisch begründeten Pathogenese der Störung keine schlüssige Indikationsbegründung ableiten lässt und in der Folge auch die psychoanalytische Zielrichtung in der Begleitungsabsicht nicht deutlich wird, letztlich sich (sic) daher auch die Prognose schwer abzuschätzen.“ Liest man als Antragssteller einen solchen Text, dann möchte man sich als Erstes das Abiturzeugnis und die Approbationsurkunde des Gutachters vorlegen lassen, um zu prüfen, ob es wirklich der Gutachter und nicht etwa der Hausmeister war, der diesen Text abgefasst hat. (Hausmeister mögen es nachsehen, dass sie hier als Beispiel genannt werden.) Weder geht es im Übrigen um einen allgemeinen „Störungscharakter“, ob „fraglich“ oder nicht, noch hat der Gutachter eine „Begleitungsabsicht“ zu beurteilen. Vielmehr geht es um die Frage der Krankheitswertigkeit der vom Patienten geklagten Beschwerden und um die Indikation für eine spezifische Psychotherapieform unter den Gesichts-

punkten der Notwendigkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit.

Ein weiteres Beispiel, bei dem wiederum ein sehr gut begründeter ausführlicher Antrag vorlag, folgt. Die Stellungnahme des Gutachters lautete: „Im Bericht wird eine psychische Symptomatik beschrieben, die mit einer Identitätsstörung in Verbindung steht. Soweit die Angaben eine Beurteilung zulassen, ist an eine Transsexualität zu denken. Wie mit der geplanten tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie eine stabile Identität erreicht werden kann, lässt die Behandlungsplanung nicht erkennen. Insgesamt kann ich eine Kostenübernahme leider nicht empfehlen.“ Woraus sich das in dem Wörtchen „leider“ signalisierte Bedauern herleitet, ist kaum zu ergründen. Will der Gutachter damit etwa andeuten, dass er nachvollziehen kann, wie sehr der Patient unter seiner Geschlechtsidentitätsstörung leidet? Das würde ja die Notwendigkeit einer Psychotherapie begründen. Oder will er sagen, dass bei einer solchen Störung ohnehin keine Aussicht auf Linderung, geschweige denn Heilung, besteht und Psychotherapie mithin weder wirtschaftlich noch zweckmäßig ist? Wie aber lässt sich dies mit den internen Richtlinien der Medizinischen Dienste des Spitzenverbände (MDS) und der Medizinischen Dienste der Krankenkassen (MDK) vereinbaren, die schon in ihrem internen *„Abschlussbericht der Projektgruppe P 29b „Behandlungsmaßnahmen bei Transsexualität“ vom 23.04.2001 vor jeder Entscheidung für eine geschlechtsangleichende Operation den Nachweis über eine ausreichend lange Psychotherapie forderten? Der seit Dezember 2005 bei den MDK zirkulierende interne Bericht des Kompetenzzentrums Psychiatrie und Psychotherapie, vorgelegt vom MDK Mecklenburg-Vorpommern und MDK in Hessen, wird diesbezüglich sogar noch spezifischer und fordert dafür eine Psychotherapie, die sich von Zeitdauer und Verlauf an einer Langzeittherapie von 50–80 Sitzungen orientieren soll. Vor dem Hintergrund solcher Empfehlungen bzw. Regelungen erscheint es außerordentlich problematisch, wenn ein Gutachter im Richtlinienverfahren die Indikation für eine solche Psychotherapie grundsätzlich infrage stellt. Aus Sicht des Psychotherapeuten und des Patienten be-*

kommt das bedauernde „leider“ dann gar einen zynischen Beigeschmack.

Schwellensituationen

Die wichtigsten Schwellen bei der Finanzierung von Psychotherapie sind einerseits der Erstantrag, bei dem es darum geht, Notwendigkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit, d. h. die Erfolgsaussichten, der beantragten Psychotherapie schlüssig zu begründen, andererseits die Anträge auf Stundenkontingente, die Regelleistungsobergrenzen überschreiten.

Erstaunlich häufig kommt es vor, dass bei analytischen Langzeittherapien die Indikation infrage gestellt wird und ein Gutachter schreibt: „Die Indikation zu einer analytischen Psychotherapie kann im Sinne der Psychotherapierichtlinien Abschnitt D, 1.1 gegeben sein Dem Behandlungsplan an sich kann ich vorerst nur mit einigen Vorbehalten folgen, da eine Eingrenzung der Konfliktodynamik möglich erscheint und ein ausreichendes Therapieergebnis bei Eingrenzung des therapeutischen Vorgehens und der therapeutischen Zielsetzung erreichbar erscheint. Die prognostischen Aussichten sind ungewiss.“ Statt der beantragten 160 Sitzungen werden dann z. B. nur 25 Sitzungen bewilligt, was immerhin erlaubt, mit der Arbeit zu beginnen und nach 20 oder 25 Sitzungen einen neuen Antrag einzureichen.

Ich kenne einen Facharzt für psychotherapeutische Medizin, den die mögliche Ablehnung eines seiner Anträge oder die Kürzung des beantragten Stundenkontingents dazu veranlasste, erst gar keine Langzeitanträge zu stellen, sondern nur Kurzzeitanträge, zu deren Begründung nicht mehr als ein Satz erforderlich ist, wenn man solche Anträge schon hinreichend oft gestellt hat. Nach Ablauf der 25 Sitzungen erklärte er seinen Patienten, sie könnten sich in zwei Jahren wieder melden. Auf diese Weise führte er Psychotherapien durch, die sich über viele Jahre erstreckten, wenn auch durch lange Pausen von jeweils zwei Jahren unterbrochen. Mag dies auch für einzelne Patienten hilfreich gewesen sein, ist es für viele jedoch dysfunktional, weil es bei ihnen nicht die Heilung, sondern die Chronifizierung fördert.

Was tun, wenn der Antrag insgesamt abgelehnt wird oder das bewilligte Stundenkontingent weit hinter dem beantragten zurückbleibt? Der beantragende Therapeut ebenso wie der Patient kann Einspruch erheben. Der Psychotherapeut kann z. B. den Gutachter anrufen, die Sache mit ihm besprechen und seine Zweifel an der Indikation ausräumen. Manche Gutachter haben dafür ein offenes Ohr und sind für Argumente zugänglich, andere sind telefonisch gar nicht erreichbar, und bei der privaten Assekuranz ist häufig noch nicht einmal der Name des Gutachters, geschweige denn seine Anschrift, in Erfahrung zu bringen. In seltenen Fällen kann auch ein Gespräch mit dem Dienststellenleiter der jeweiligen Krankenversicherung zum Erfolg führen. Nützt all dies nichts, dann bleibt bei der privaten Assekuranz nur die gerichtliche Klage, die der Patient selbst einreichen muss und auf die später näher eingegangen wird. Im Richtlinienverfahren dagegen kann der Psychotherapeut Widerspruch einlegen und ein Obergutachten beantragen. Prinzipiell gilt dies sowohl für initiale Ablehnungen als auch für Kürzungen des beantragten Stundenkontingents, unabhängig davon, ob sich dies noch im Rahmen der Regelleistungen bewegt oder diese überschreitet.

Obergutachten

Die Beantragung eines Obergutachtens bedeutet zwar zusätzlichen Arbeitsaufwand, lohnt sich aber in vielen Fällen. Bei den beiden eingangs genannten Beispielen waren die Einsprüche erfolgreich, wenn auch unterschiedlich schnell. Beim ersten Beispiel empfahl der Obergutachter nach Durchsicht des sehr gut begründeten Widerspruchs sofort die Bewilligung von 160 Sitzungen analytischer Psychotherapie. Beim zweiten Beispiel empfahl der Obergutachter zunächst die Kostenübernahme für nur 15 Sitzungen, um die Indikation weiter abzuklären. Der entsprechend bald danach gestellte Fortsetzungsantrag wurde, wie dies die Regel ist, dem ursprünglich damit befassten Gutachter zugeleitet, der jetzt der Kasse die Empfehlung gab, die Kosten für 30 weitere Sitzungen zu übernehmen, und in seiner Beurteilung die Umwandlung in

Zusammenfassung · Abstract

Psychotherapeut 2008
DOI 10.1007/s00278-008-0635-5
© Springer Medizin Verlag 2008

Friedemann Pfäfflin
**Beschwer(d)en, jammern
und klagen**

Zusammenfassung

Patienten kommen wegen ihrer Beschwerden in Psychotherapie, und jeder Kassenantrag der Richtlinienpsychotherapie beginnt mit der Schilderung dieser Beschwerden. Jammern hört man von vielen Therapeuten, die zum Antrag des Patienten eine ausführliche Begründung schreiben müssen. Wird das beantragte Stundenkontingent nicht bewilligt und führt die Einschaltung eines Obergutachters nicht zur Abhilfe, bleibt nur noch der Weg der Klage bei Gericht, ob beim Sozialgericht oder Zivilgericht, je nachdem, wo der Patient versichert ist. Anhand von Beispielen tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie befasst sich der Beitrag mit diesen drei Formen des Klagens und fragt, warum der gerichtliche Klageweg nicht häufiger beschritten wird.

Schlüsselwörter

Psychotherapie · Leistungspflicht der Krankenversicherung · Rechtsweg

Complaining, lamenting and suing

Abstract

Patients seek psychotherapy because of their symptoms and complaints, and each application to the health insurance to pay for the treatment starts with the description of these complaints. Lamenting can be heard on the part of many therapists about having to submit an extensive report to the health insurance demonstrating why treatment is necessary and why it is likely to be successful. If the health insurance declines the application, and engaging a superior consultant also has no effect, there is still the possibility to sue the health insurance. Drawing on examples from psychodynamic and analytic psychotherapies, the paper addresses these three types of complaints and examines the question, why patients and therapists do not sue the health insurance more frequently.

Keywords

Psychotherapy · Health insurance's obligation to pay · Legal action

eine analytische Psychotherapie empfahl. Als einige Zeit später der entsprechende Antrag auf Bewilligung von 80 Sitzungen vorlag, befürwortete er auch deren Finanzierung.

Selbstverständlich gibt es auch Stellungnahmen von Obergutachtern, die eine zuvor vom Gutachter begründete Ablehnung bestätigen. Schließlich dient das Gutachterverfahren dem Qualitätsmanagement, und nicht jeder Antrag entspricht den Kriterien der Notwendigkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit. Auch die Gutachter und die Obergutachter stehen unter einem Rechtfertigungsdruck. Ihre Empfehlungs- bzw. Ablehnungsbescheide werden statistisch erfasst und miteinander verglichen. Sie können nicht einfach alles befürworten, was ihnen auf den Tisch flattert, denn sonst bräuchte man sie erst gar nicht zu beschäftigen.

Überschreitung der Regelleistungsgrenze

Insbesondere, wenn es um die Überschreitung von Regelleistungsgrenzen geht, kann die Durchsetzung weiterer Behandlungssitzungen schwierig werden. Denn schon bei der initialen Antragstellung muss in der Richtlinienpsychotherapie abgeschätzt werden, ob erwartet werden kann, dass mit der Regelleistungsgrenze ein ausreichender Behandlungserfolg zu erzielen ist. Lässt sich diese Erwartung nicht begründen, dann ist von vornherein keine Indikation gegeben. Nun kann man am Anfang nicht immer sicher abschätzen, wie sich die Behandlung entwickeln wird, wie groß die Widerstände des Patienten gegen eine Veränderung sind, und schließlich können im Behandlungsverlauf neue Gesichtspunkte auftreten, die zuvor gar nicht erkennbar waren und die doch zu einer Verzögerung der Gesundung oder auch, z. B. bei unerwartet auftretender Komorbidität oder infolge schwerer Erkrankung oder dem Tod von Angehörigen des Patienten, sogar zu zeitweiligen Rückschritten führen können, ohne dass deshalb die insgesamt ausreichend günstige Behandlungsprognose infrage gestellt würde.

Die Überschreitung der Höchststundenzahl bei analytischer Psychotherapie

ist nach Hohage (persönliche Mitteilung) an mehreren Kriterien zu bemessen:

1. Es besteht noch Krankheit im engen Sinne, d. h. es liegen eindeutige Symptome oder Erleben mit eindeutigen Symptomcharakter vor.
2. Das bisherige Behandlungskonzept war in sich schlüssig und wurde bisher eingehalten.
3. Es handelt sich um eine echte Ausnahmesituation.
4. Für die zusätzlich beantragte Stundenzahl gibt es ein Behandlungskonzept, das der Ausnahmesituation Rechnung trägt.
5. Nach dem bisherigen Gesamtverlauf ist die Prognose ausreichend günstig.
6. Der Therapeut reflektiert seine Gegenübertragung hinreichend und huldigt nicht etwa allmächtigen Rettungsphantasien.

Klagen

Wenn gütliche Verhandlungen mit Gutachter, Obergutachter und Krankenversicherung nicht den gewünschten Erfolg haben, bleibt dem Patienten nur der gerichtliche Klageweg. Um ihn einschlagen zu können, muss ein rechtsförmiger Ablehnungsbescheid der Krankenversicherung vorliegen. Das finanzielle Risiko für die Klage trägt der Patient. Er ist es auch, der initiativ werden muss, nicht dagegen der Psychotherapeut.

Ist der Patient bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert, muss er sich an das zuständige Sozialgericht wenden. Aus Gründen der sozialen Gerechtigkeit ist das Verfahren für ihn zwar prinzipiell noch kostenfrei, doch wird schon seit Langem über die Einführung von Gebühren diskutiert, und es ist abzusehen, dass solche wohl bald erhoben werden. Auch sie werden, da voraussichtlich pauschaliert, in Grenzen bleiben und können, sofern die Voraussetzungen für die Gewährung von Prozesskostenhilfe vorliegen, auf entsprechenden Antrag erlassen werden. Das Gericht wird in aller Regel einen unabhängigen Sachverständigen einschalten. Ist der Patient mit dem Ergebnis des vom Gericht bestellten Sachverständigen nicht einverstanden, hat er die Möglichkeit, ein Gegengutachten erstatten zu las-

sen, das dann allerdings zu seinen eigenen Kosten geht.

Ist der Patient freiwillig in einer gesetzlichen Krankenkasse versichert oder privat versichert, trägt er das volle finanzielle Risiko der Klage vor einem Zivilgericht. Da auch in diesem Fall mindestens ein unabhängiger Sachverständiger hinzugezogen werden wird, manchmal aber auch noch ein zweiter, von der beklagten Krankenversicherung benannter, kann dies, wenn der Casus verloren geht, sehr teuer werden.

Klagen vor dem Sozialgericht wegen abgelehnter Erstanträge sind mir nicht bekannt. Wenn es sie überhaupt gibt, werden sie wohl sehr selten sein. Dies überrascht nicht, da im Richtlinienverfahren in aller Regel wenigstens eine Kurzzeittherapie plausibel begründet werden kann, und sei es nur mit dem Argument, erst auf diese Weise könne die Indikation für eine Langzeittherapie hinreichend sicher abgeklärt werden. Zu einer Klage wird sich der Patient erst entschließen, wenn ein Arbeitsbündnis etabliert ist, er bereits positive Erfahrungen mit der Behandlung gemacht und ein sicheres Gefühl dafür entwickelt hat, von seinem Therapeuten unterstützt und gehalten zu werden, mithin erst nach Ablehnung eines Verlängerungsantrags, wenn er schon länger in Psychotherapie war.

Ebenso wenig bekannt sind mir Klagen wegen abgelehnter Erstanträge gegen private Krankenversicherer. Auch sie werden eher selten sein. Mit hoher Wahrscheinlichkeit sind dafür die prinzipiell gleichen Gründe, die auch für die Richtlinientherapie gelten, ausschlaggebend. Als weiterer Grund dürfte das finanzielle Risiko hinzukommen, das der Patient mit einer Klage eingeht, insbesondere wenn er keine Rechtsschutzversicherung hat, die bereit ist, die Kosten dafür zu übernehmen. Da er ohnehin angeschlagen ist, denn sonst würde er sich gar nicht um einen Psychotherapieplatz bemühen, wird er sich nicht eine zusätzliche Last aufladen wollen. Außerdem hatte er bei dem Jahre zurückliegenden Abschluss seiner privaten Krankenversicherung nicht darauf geachtet, dass Psychotherapie als Leistung generell ausgeschlossen war. Sollte er es doch bemerkt haben, war es ihm Recht, denn er hatte nie damit gerechnet, eine solche

Leistung je in Anspruch nehmen zu müssen. Vielleicht war in seinem Vertrag auch festgehalten, dass pro Jahr maximal zwanzig Psychotherapiesitzungen übernommen werden. Für eine hochfrequente analytische Psychotherapie reicht das natürlich nicht. Doch wenn dies so im Vertrag steht, kann auch die Klage bei Gericht keine Abhilfe schaffen.

Sowohl in der Richtlinienpsychotherapie als auch bei privaten Versicherungen wird die Klage wohl am ehesten erhoben werden, wenn es darum geht, Leistungsbergrenzen zu überschreiten. Aber selbst dann scheint selten der Rechtsweg eingeschlagen zu werden. Eine telefonische Anfrage bei der Geschäftsstelle der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e. V. (DGPT) in Hamburg, die immerhin die vier Fachverbände Deutsche Psychoanalytische Vereinigung (DPV), Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft (DPG), Deutsche Gesellschaft für Analytische Psychologie (DGAP) und Deutsche Gesellschaft für Individualpsychologie (DGIP) vertritt, erbrachte, dass dort in den zurückliegenden dreißig Jahren allenfalls drei oder vier Sozialgerichtsklagen und in den zurückliegenden zehn Jahren vielleicht fünfzehn bis zwanzig Klagen gegen Privatversicherungen anhängig waren, in denen es um die Leistungspflicht der Versicherungen für Psychotherapie ging. Bei den Privatversicherungen scheint es einige notorische zu geben, die sich grundsätzlich sperrig verhalten, wenn der entsprechende Antrag eines ihrer Mitglieder eingeht, doch ist die Scheu der Versicherten vor dem Kostenrisiko einer Klage groß.

Drei Beispiele

In der Fachliteratur finden sich nicht viele Beispiele über solche Klagen; dies wird wiederum vornehmlich an deren Seltenheit liegen. Daneben mag eine Rolle spielen, dass es große Mühe bereitet, die in der Regel sehr spezifischen Krankengeschichten angemessen zu anonymisieren.

Erstes Beispiel

Das Gutachten im Rechtsstreit zwischen einer Frau und ihrer privaten Kranken-

kasse stammt von Nedopil und Krupinski (2001). Bewilligt und durchgeführt waren unter Überschreitung der Regelobergrenze bereits 335 Sitzungen analytische Psychotherapie, als die Krankenversicherung die Bewilligung eines weiteren Stundenkontingents mit der Begründung ablehnte, es bestehe dafür keine medizinische Notwendigkeit. Zum Zeitpunkt der Begutachtung im Rahmen des Rechtsstreits war die Behandlung bereits bis etwa zur 480. Stunde fortgeschritten. Die Patientin hatte sie seit der Ablehnung selbst finanziert und wollte sie auch noch weiter fortsetzen. Aufgrund konstellativer Faktoren, die durch neurotische Mechanismen verstärkt wurden, hatte die Patientin die Stundenfrequenz allerdings aktuell reduziert.

Die psychiatrischen Sachverständigen diagnostizierten eine „Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen, ängstlich-dependenten und schizoiden Anteilen sowie zahlreichen psychosomatischen Symptombildungen“ bzw., bezogen auf ICD-10, eine „kombinierte Persönlichkeitsstörung“ sowie eine „Somatisierungsstörung“. Das Ausmaß des Störungsbildes erschien zum Begutachtungszeitpunkt „so gravierend, dass eine medizinische Indikation für eine therapeutische Behandlung der Störung vorliegt“. „Wenngleich“, so heißt es weiter, „somit prinzipiell die medizinische Notwendigkeit für eine psychotherapeutische Behandlung gegeben ist, resultiert hieraus noch nicht zwangsläufig, dass eine Fortsetzung der bisherigen analytischen Therapie auf Kosten der Krankenversicherung erforderlich ist“ (Nedopil und Krupinski 2001, S. 181). Vor dem Hintergrund des Therapieumfangs müssten dazu der Krankheits- und Behandlungsverlauf sowie die Prognose berücksichtigt werden.

Trotz erheblicher komplizierender konstellativer Faktoren während des Therapieverlaufs seien ein deutlicher Behandlungsfortschritt und eine Leidensminderung zu verzeichnen, doch sei die Prognose bezüglich einer kurativen Behandlung, so urteilen die Sachverständigen, noch immer nur mit großer Zurückhaltung und allenfalls bei sehr langer Therapiedauer als günstig einzuschätzen. Weil aber die Patientin, wiewohl mitbedingt durch ihre neurotische Struktur, die Stundenfrequenz reduziert habe, stelle sich die

Prognose tatsächlich als ungünstig dar. Außerdem unterschätze die Therapeutin, wie aus ihren schriftlichen Einlassungen hervorgehe, die Schwere des Krankheitsbildes und gleichzeitig überschätze sie die positive Perspektive. Vor dem Hintergrund der zweifelhaften Prognose kamen die Gutachter zu dem Ergebnis, dass eine Fortsetzung der analytischen Therapie nicht notwendig sei. „Angesichts der Schwere des nach wie vor vorliegenden Krankheitsbildes halten wir aber psychotherapeutische Maßnahmen mit prophylaktischer Zielsetzung, d. h. also zur Vermeidung eines Rückfalls bzw. einer Dekompensation des Persönlichkeitsgefüges, für medizinisch notwendig“ (Nedopil und Krupinski 2001, S. 184). Praktisch umgesetzt, schlugen sie vor, ab der 335. Stunde noch über den Zeitraum von zwei Jahren pro Woche eine halbe Therapiesitzung, d. h. insgesamt fünfzig Therapiesitzungen, nachzufinanzieren. Abschließend erklärten sie unter Berufung auf entsprechende Nachweise aus der Literatur, die vertrauensvolle Beziehung zwischen Patient und Therapeut sei der am besten gesicherte Wirkfaktor der Psychotherapie. Da die Patientin eine gute Beziehung zu ihrer Therapeutin habe, lägen in der eigenfinanzierten Fortsetzung der Behandlung durchaus noch Entwicklungschancen, „sodass es medizinisch keinerlei Sinn ergeben würde, Frau Riesling [Name bereits im Original geändert, F.P.] zu einer Veränderung des von ihr selbst gewählten therapeutischen Settings zu drängen. Dies gilt umso mehr, als die bisherige Therapie – trotz anderer Zielrichtung [nämlich nicht Heilung, sondern Rückfallprophylaxe, F.P.] – sicher auch die von uns als medizinisch notwendig erachtete prophylaktische Wirkung entfaltet“ (Nedopil und Krupinski 2001, S. 185).

Wie der Rechtsstreit ausgegangen ist, wird in dem Beitrag nicht mitgeteilt, doch ist anzunehmen, dass die private Krankenversicherung diesen Vorschlag ohne weiteren Widerspruch akzeptiert haben wird. Günstiger konnte sie wohl kaum davonkommen.

Zweites Beispiel

Auch dieses Beispiel liegt einige Jahre zurück, betraf aber, anders als das vorige, ei-

ne bei einer gesetzlichen Krankenkasse versicherte Patientin und entsprechend eine Klage vor einem Sozialgericht (Kächele et al. 1995).

Zum Zeitpunkt der Klageerhebung befand sich die Patientin etwa in der 400. Stunde einer zweiten analytischen Psychotherapie mit einer Wochenfrequenz von drei Stunden. Davon waren die ersten 240 Stunden von der Krankenkasse entsprechend der Empfehlung der Kassengutachter übernommen worden. Unter Hinweis auf die Regelleistungsgrenzen war ein Fortsetzungsantrag um weitere sechzig Stunden abgelehnt worden. Dagegen richtete sich die Klage, wobei die Patientin jedoch nicht nur für weitere sechzig Stunden, sondern für alle bisher von ihr selbst finanzierten weiteren Stunden, die bis zur Begutachtung schon über die 400 Stunden hinausgegangen waren, Kostenerstattung beanspruchte. Die einige Jahre zurückliegende erste analytische Psychotherapie war niederfrequent mit ein bis zwei Wochenstunden bis über etwa 350 Stunden durchgeführt worden, davon 300 Stunden von der Kasse finanziert. Diese Behandlung hatte sich als relativ unwirksam erwiesen und zu keiner wesentlichen Symptombesserung geführt.

Zusätzlich zur wiederholten direkten und auf Video aufgezeichneten Untersuchung der Patientin wurde zur Rekonstruktion der symptomatischen Entwicklung im Verlauf der Therapie eigens ein Erhebungsinstrument konstruiert, das sowohl von der Patientin als auch von ihrem Therapeuten bearbeitet wurde. Mit schriftlichem Einverständnis der Patientin wurden die Videoaufzeichnungen der Untersuchungen von zwei unabhängigen Ratern eingeschätzt und dabei die Plausibilität der von der Patientin und vom Therapeuten erstellten Symptomlisten überprüft. Selbstverständlich standen des Weiteren die Gerichts- und Krankenkassenakten sowie die vom behandelnden Analytiker mit Einverständnis der Patientin zur Einsicht überlassenen Kostenübernahmeanträge zur Verfügung.

Entsprechend den Vorgaben des Gerichts wurde zu einer Reihe von Fragen Stellung genommen, z. B. zu den Behandlungszielen einer analytischen Psychotherapie im Allgemeinen, zur Behandlungsbedürftigkeit im konkreten Fall, zum kon-

kreten Behandlungsziel, zur Frage, ob das Behandlungsziel nach der 240. oder der 300. Stunde oder später erreicht war, bzw. falls nicht, woran dies gelegen hatte und ob weitere Therapiebedürftigkeit bestand. Das Sozialgericht verurteilte die Krankenkasse schließlich zur nachträglichen Kostenübernahme für die 241.–420. Stunde (zu Einzelheiten vgl. Kächele et al. 1995).

Drittes Beispiel

Wiederum handelt es sich um ein Sozialgerichtsverfahren, bei dem wir nach der im vorigen Beispiel beschriebenen Methode (Kächele et al. 1995) vorgehen. Nach Genehmigung durch das Gericht wurde außerdem der Therapeut zu einem Interview eingeladen, das ebenfalls auf Video aufgezeichnet und zusätzlich unabhängig eingeschätzt wurde. Des Weiteren wurden neurosenpsychologische Fragebogen vorgegeben [Symptom Checklist (SCL-90-R); Freiburger Persönlichkeitsinventar, revidierte Form (FPI-R); Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme, deutsche Version (IIP-D) und Gießener Beschwerdebogen (GBB-24)].

Der Patient hatte von seiner Krankenversicherung im Antragsverfahren 300 Stunden analytische Psychotherapie finanziert bekommen und beim Sozialgericht Klage eingereicht, nachdem ein weiterer Verlängerungsantrag abgelehnt worden war. Zur Hilfestellung bei der Beurteilung der im Verfahren strittigen Fragen bestellte das Gericht einen psychiatrischen Sachverständigen, der den Patienten stationär untersuchte und begutachtete. Zu diesem Zeitpunkt hatte die laufende analytische Therapie bereits um 550 Stunden erreicht. Während des stationären Aufenthalts entfaltete sich die polysymptomatische Neurose des Patienten zur vollen Blüte mit Zwangsritualen, Suizidimpulsen und Angstanfällen. Dennoch urteilte der psychiatrische Sachverständige, der Patient, bei dem er eine „oral-narzisstische Persönlichkeitsstruktur mit narzisstischen Wünschen nach Anerkennung, Versorgung und Angenommenwerden“ diagnostizierte, zeige keine Symptome von Krankheitswert mehr, sondern allenfalls eine „inhaltliche Einengung bezüglich der Fortführung der Therapie als Ausdruck narzisstischer Wut“. Er be-

schrrieb den Patienten als „streckenweise starr und statisch“ und prognostizierte, dass „diese inhaltliche Einengung aufgrund narzisstischer Wut möglicherweise in eine querulatorische Entwicklung übergeht“. Mit den ersten 300 Sitzungen sei die medizinisch indizierte und notwendige Behandlung abgeschlossen gewesen.

Da der Patient erwartungsgemäß mit diesem Ergebnis nicht einverstanden war, beantragte er ein Gegengutachten. Als dieses in Angriff genommen wurde, war seine analytische Psychotherapie bereits bei ca. 750 Stunden angelangt. In dem an der hiesigen Einrichtung erstellten Gutachten wurde aktuell eine Übertragungsneurose diagnostiziert, die zwar in der ICD-10 keine Entsprechung hat, aber im Rahmen einer analytischen Therapie ein fruchtbares Zwischenstadium auf dem Weg zur Heilung darstellt. Während zu Beginn der Behandlung multiple sowie massive Verhaltensstörungen und Symptome bestanden hatten, was auch vom psychiatrischen Vorgutachter nicht infrage gestellt worden war, fanden sich jetzt nur noch Ängste und Kontaktstörungen als Restsymptomatik bei einer sehr eindrucksvollen narzisstischen Charakterstruktur mit entsprechenden Einengungen im Interaktionsverhalten. Nach einer detaillierten Darstellung der verschiedenen Behandlungsphasen kamen wir zu dem Ergebnis, dem auch der Patient zustimmte, dass die Ausgangssymptomatik bis etwa zur 500. Behandlungsstunde so weit gebessert war, dass die darüber hinaus fortgeführte und noch immer nicht abgeschlossene analytische Psychotherapie dem Ziel der weiteren Selbstfindung des Patienten diene und daher von der Krankenkasse nicht mehr übernommen zu werden brauche.

Sozialgerichte sind überlastet, und zwischen dem Einreichen einer Klage und der Verhandlung kann viel Zeit verstreichen, umso mehr, wenn dazwischen auch noch Gutachten fällig sind. Der Patient setzte seine Behandlung fort und machte dabei weitere Fortschritte. Ein dreiviertel Jahr nach Ablieferung des Gutachtens forderte das Sozialgericht ein Ergänzungsgutachten von uns, nachdem der Therapeut dem Gericht eine Stellungnahme eingereicht hatte, in der er den Umfang der medizinisch notwendigen Behand-

lung inzwischen höher einschätzte, als in unserem schriftlichen Gutachten angegeben. Man hätte nun die ergänzende Stellungnahme nach Aktenlage abfassen können, doch erschien uns dies nicht angemessen. Nach Rücksprache mit dem Gericht nahmen wir stattdessen anderthalb Jahre nach der Erstuntersuchung dasselbe *Procedere* mit Anhörung des Patienten und, getrennt davon, des Therapeuten vor, mit Einschätzungen des Symptomverlaufs anhand des dafür entworfenen Inventars und mit allen auch schon beim ersten Termin vorgegebenen neurosenpsychologischen Fragebogen.

Es war absolut erstaunlich, was wir zu sehen bekamen. Der Patient hatte inzwischen etwas über 900 Stunden analytische Psychotherapie absolviert und wirkte wie ein anderer Mensch, frei von Zwängen, direkt im Umgang, lebendig und flexibel und ohne die zuvor so beeindruckende narzisstische Selbstbezogenheit und Einengung. Sein Ziel war jetzt, wenigstens 700 Stunden von der Kasse finanziert zu bekommen. Nach detaillierter Rekonstruktion des Symptomverlaufs im zurückliegenden Behandlungsabschnitt kamen wir zu dem Ergebnis, dass die entscheidende Wende sogar erst etwas später, nämlich um die 800. Stunde eingetreten war. So viel Veränderung, wie tatsächlich stattgefunden hatte, hätten wir dem Patienten nach der Vorbegutachtung niemals zugetraut. Wir mussten unsere frühere Einschätzung korrigieren und begründeten nunmehr, dass sich die notwendige, wirtschaftliche und zweckmäßige Behandlung bis etwa zur 800. Stunde erstreckt hatte. Das Sozialgericht folgte dieser Argumentation.

Schlussbemerkungen

Dass Patienten durch ihre Symptome beschwert sind und gegenüber ihren Therapeuten Beschwerden vortragen, ist selbstverständlich, denn sonst wären sie keine Patienten. Auch nimmt es nicht wunder, dass Therapeuten gelegentlich über die viele Schreibarbeit beim Antragstellen jammern. Wahrscheinlich gehen ihnen gelegentlich die Beschwerden ihrer Patienten unter die Haut, und ihr Jammern mag zuweilen auch daher rühren, dass sie sich mit dem Leiden der Patienten allzu

sehr identifizieren. Anträge auf Kostenübernahme zu schreiben, ist nicht dasselbe wie Therapieren. Es gibt hervorragende Therapeuten, denen die Formulierung solcher Anträge viel Mühe bereitet und die empfindlich darauf reagieren, wenn ein Kassengutachter oder ein Obergutachter eine weniger gelungene Formulierung zum Anlass nimmt, den Antrag abzulehnen oder das beantragte Stundenkontingent zu kürzen. Manchmal haben sie es indes tatsächlich mit schwierigen Gutachtern zu tun, die womöglich gerade damit beschäftigt sind, ihr Kontingent an Ablehnungen zu erfüllen, die an diesem Tag schon zu viele Anträge beurteilt haben oder denen das beschriebene Krankheitsbild nicht so gut vertraut ist wie andere Krankheitsbilder. All dies ist einfühlbar und noch lange kein Grund, beim Jammern stehen zu bleiben.

Das Gutachterwesen in der Psychotherapie hat sich trotz aller daran geübter Kritik gut bewährt. Es ist ein Instrument der Qualitätssicherung, wie es in vielen anderen Bereichen der Medizin durchaus nützlich wäre. Es schützt vor Regressansprüchen wegen erbrachter Leistungen, die sich nachträglich als überflüssig, nichtindiziert oder über dem Durchschnitt anderer Praxen liegend herausstellen. Die Prüfung von Notwendigkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit bestimmter therapeutischer Maßnahmen kann man nicht ernsthaft infrage stellen wollen. Regelmäßige Verlaufskontrollen im Rahmen von Verlängerungsanträgen sind auch im Sinne des Sich-selbst-Rechenschaft-Ablegens, inwieweit vorher gefasste Ziele erreicht wurden, für den Therapeuten hilfreich, ungeachtet des damit verbundenen Zeitaufwands. Diejenigen, die gegen das Gutachterwesen im Bereich der Psychotherapie antreten und es zu Fall bringen wollen, zielen weniger auf das Gutachterwesen als vielmehr auf die Psychotherapie selbst.

Schließlich bleibt, wenn Gutachter und Obergutachter anders entschieden haben, als Therapeut und Patient es für angemessen halten, der Weg der Klage bei Gericht. Aus meiner Sicht wird er viel zu selten beschritten, obwohl er, wie zwei der zuletzt genannten Beispiele veranschaulichen, durchaus aussichtsreich ist. Denn Juristen werfen auf das, was in Medizin und

Psychologie geschieht, oft einen unabhängigen Blick und sind in ihren Urteilen nicht in die Schulstreitigkeiten der Therapeuten verwickelt, sondern prüfen das individuelle Anliegen des Klägers sehr genau. Allerdings bedarf es für den Klageweg eines langen Atems, und den meisten Patienten stehen nicht die Ressourcen zur Verfügung, eine lange Therapie selbst vorzufinanzieren. Gerade bei den sehr schwerwiegenden Störungen ist häufig die Regelleistungsgrenze für Psychotherapie zu niedrig angesetzt, während umgekehrt bei leichteren Störungen die bewilligten Kontingente oft gar nicht ausgeschöpft werden. Da gilt es, sich, orientiert am individuellen Fall, ins Zeug zu legen, notfalls auch dadurch, dass man dem Patienten das Therapiehonorar über weite Strecken stundet, wenn es anders nicht geht. Im Gerichtsverfahren ist der kritische Punkt der hinzugezogene Sachverständige. Vielfach sind dies Psychiater, die mit tiefenpsychologisch fundierter oder analytischer Psychotherapie nicht vertraut sind, vielleicht sogar gar nichts davon halten. Aber auch dagegen kann und muss man Einspruch erheben, wenn man selbst davon überzeugt ist, dass eine Indikation mit ausreichender Aussicht auf Behandlungserfolg vorliegt.

Fazit für die Praxis

Anträge und deren Begutachtung dienen im Richtlinienverfahren für Psychotherapie primär der Qualitätssicherung. Auch wenn es gelegentlich Mühe machen mag, sie zu formulieren, wird die Therapie davon profitieren.

In zweiter Linie dienen sie dem Schutz vor Regressansprüchen gegen ärztliche und psychologische Psychotherapeuten. Deshalb sollte man das Verfahren nicht dadurch desavouieren und womöglich aufs Spiel setzen, dass man zu viel über die damit verbundene Mühe klagt. Werden gut begründete Anträge abgelehnt oder gekürzt, sollte man die Einholung eines Obergutachtens verlangen. Führt auch dies nicht zum Erfolg, empfiehlt sich der gerichtliche Klageweg insbesondere dann, wenn es um die Überschreitung der Regellobergrenze geht.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Friedemann Pfäfflin

Sektion Forensische Psychotherapie, Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Am Hochsträß 8, 89081 Ulm
friedemann.pfaefflin@uni-ulm.de

Danksagung. Gedankt sei jenen Kolleginnen und Kollegen der Psychoanalytischen Arbeitsgemeinschaft Ulm, die insgesamt zwanzig Beispiele von diskussionswürdigen Stellungnahmen von Kassengutachtern und Obergutachtern zur Verfügung stellten. Aus Platzgründen konnten davon hier nur wenige dargestellt werden.

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- Kächele H, Simons C, Pfäfflin F (1995) Dauer und Frequenz analytischer Psychotherapien: Gutachten zur Leistungspflicht von Krankenkassen. *Psyche – Z Psychoanal* 49: 159–173
- Nedopil N, Krupinski M (2001) Kasuistik Z-19. In: Nedopil N, Krupinski M (Hrsg) *Beispiel-Gutachten aus der Forensischen Psychiatrie*. Thieme, Stuttgart New York, S 178–186