

Kächele H, Pfäfflin F, Simons C (1995) Fachgutachten im Rahmen sozialgerichtlicher Klärung des Umfangs der Leistungspflicht einer Krankenkasse für analytische Psychotherapie.  
*Psyche - Z Psychoanal* 49: 159-173

Horst Kächele, Friedemann Pfäfflin und Claudia Simons, Ulm

### **Fachgutachten im Rahmen sozialgerichtlicher Klärung des Umfangs\* der Leistungspflicht einer Krankenkasse für analytische Psychotherapie\***

Im forensischen Bereich spielen Psychoanalyse und Psychotherapie heute eine ganz marginale Rolle. Die Psychoanalytiker haben dieses Feld weitgehend der Psychiatrie und deren Tochter, der Forensischen Psychiatrie, überlassen. Dies gilt nicht nur für den engeren Bereich der Begutachtungen im Strafrecht, worauf mit Nachdruck der 1991 verstorbene Forensische Psychiater und Sexualwissenschaftler Eberhard Schorsch wiederholt hinwies. In einer posthum publizierten Arbeit mit dem Titel "Psychoanalyse und Justiz", die zum Abdruck in der *Psyche* angenommen worden war, dann aber andersorts erschien, hat er die Gründe dieser Enthaltensamkeit untersucht und gezeigt, wie sehr sie gleichermaßen zur Verarmung der Forensischen Psychiatrie wie der Psychoanalyse beiträgt (Schorsch 1992). Noch mehr gilt dies für die zivil- und sozialrechtlichen Bereiche der Forensik, die von Analytikern und Psychotherapeuten praktisch im Sinne der Gutachtertätigkeit wie in der theoretischen Auseinandersetzung weitgehend vernachlässigt werden.

Wenn Psychoanalytiker von Gutachten reden, dann denken sie gewöhnlich nur die Anträge für die Kostenübernahme tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie. Viele beklagen den hohen Zeitaufwand, den sie für die Erstellung solcher Anträge brauchen, fühlen sich den von den Krankenkassen beauftragten Gutachtern, die anhand der Psychotherapierichtlinien über die Anträge zu befinden haben, ausgeliefert und halten sogar das ganze Gutachterverfahren für letztlich analysefremd. Daß sie durch dieses Ver-

---

\* Bei der Redaktion eingegangen am XXXXX 1994.

fahren im Gegensatz zu allen anderen ärztlichen Sparten vor nachträglichen Regressen geschützt sind, vergessen sie dabei leicht, ebenso wie den Umstand, daß sich Psychoanalyse und Psychotherapie als Leistungen der Regelversorgung nicht völlig unabhängig von im Kompromiß ausgehandelten Rahmenbedingungen bewegen können.

In den letzten Jahren ist viel Grundsätzliches zur Frequenz und Kontingenzierung von krankenkassenfinanzierten psychotherapeutischen Behandlungen geschrieben worden. Sehr kontrovers wurde innerhalb wie zwischen den Fachverbänden vor allem die Frage diskutiert, ob es erfolgversprechend und ob es ratsam sei, diesbezügliche Festschreibungen der Psychotherapie-richtlinien gerichtlich überprüfen zu lassen. Der Anlaß für den folgenden Beitrag ist ein Sozialgerichtsverfahren, in dem die Versicherungsnehmerin einer Ersatzkasse die Kostenübernahme für eine analytische Psychotherapie über die von den Gutachtern bewilligte Grenze von 240 Stunden hinaus einzuklagen versucht. Der Erstautor dieses Beitrags war in dem noch nicht endgültig entschiedenen Verfahren vom Gericht als Sachverständiger bestellt. Damit weiteren vergleichbaren Verfahren zu rechnen ist, erscheint es sinnvoll, die in einem solchen Zusammenhang tatsächlich gestellten bzw. zu erwartenden Fragen in der Fachöffentlichkeit zu diskutieren ebenso wie Wege zur empirischen Validierung möglicher Antworten.

Selbstverständlich verbieten es Diskretionsgründe, spezifische Details wie die Symptomatik der Patientin, Namen der beteiligten Krankenkasse oder Gutachter usw. zu nennen. Diesbezüglich wurden die Ausführungen des Gutachtens im folgenden durchgängig anonymisiert. Es kommt hier nicht auf die biographischen Details und inhaltlichen diagnostischen Zuordnungen an. Vielmehr geht es im folgenden um die Darstellung der Ausgangslage, der vom Gericht gestellten Fragen, der Untersuchungsmethode und der gutachterlichen Schlußfolgerungen.

### *Die Ausgangslage*

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 dem Votum der Kassengutachter übernommen worden. Ein Fortsetzungsantrag auf Bewilligung von weiteren 60 Stunden war unter Hinweis auf die Regelleistungsgrenzen der Psychotherapierichtlinien abgelehnt worden. Dagegen richtete sich die Klage, wobei die Patientin jedoch nicht nur für weitere 60 Stunden, sondern für alle bisher von ihr selbst finanzierten weiteren Stunden 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 von der Krankenkasse finanziert. Diese Behandlung hatte sich als relativ unwirksam erwiesen und zu keiner wesentlichen Symptombesserung geführt.

### *Die Fragen des Gerichts an den Sachverständigen*

Laut Gutachtenauftrag sollten folgende Fragen beantwortet werden:

1. Welches ist das Behandlungsziel einer analytischen Psychotherapie im allgemeinen?
2. Worin bestand
  - a) die Behandlungsbedürftigkeit der Klägerin, und
  - b) welches ist das konkrete Behandlungsziel im Falle der Klägerin?
3. War dieses Behandlungsziel nach der 240. Stunde erreicht?
4. Wenn dieses Behandlungsziel nicht erreicht worden ist:
  - a) aus welchen Gründen wurde es nicht erreicht, bestand also weitere Notwendigkeit zur Fortsetzung der Therapie?
  - b) wurde das Behandlungsziel nach Ablauf der 300. Stunde oder später erreicht?
  - c) wenn nicht, welches waren die Gründe, daß das Behandlungsziel nicht erreicht wurde und weitere Behandlungsbedürftigkeit bestand?
5. Kann im Falle der Klägerin überhaupt davon gesprochen werden, daß durch eine analytische Psychotherapie eine bestehende Behandlungsbedürftigkeit über die 240. Stunde hinaus wenigstens gebessert wird?

### *Erkenntnisquellen und Untersuchungsmethode*

Die Patientin wurde vorab gebeten, ihre Beschwerden und Symptome aufzuschreiben. Diese Liste wurde dann in zwei zeitlich getrennt durchgeführten Interviews von jeweils etwa eineinhalbstündiger Dauer im Detail mit ihr durchgesprochen. Ferner wurden die Patientin sowie der behandelnde Therapeut gebeten, die Symptome zu verschiedenen Zeitpunkten der Behandlung (vor Beginn, bei Stunde 160, bei Stunde 240, bei Stunde 300, zum Zeitpunkt der Begutachtung bei Stunde 400) zu gewichten (bei bipolar ausgeprägten Merkmalen von -3 bis +3, bei unipolar ausgeprägten Merkmalen von -3 bis 0), um mittels einer (unvermeidlich) retrospektiven Bewertung die Veränderungen der Verlaufsdynamik abzubilden. Diese Selbst- und Fremdeinschätzungen wurden im zweiten Interview mit der Patientin genauestens durchgesprochen, um abschätzen zu können, wie zutreffend die Einschätzungen waren.

Auf entsprechende Bitten hatte sich die Patientin damit einverstanden erklärt, daß die Interviews auf Video aufgezeichnet wurden mit der Maßgabe, daß sie anschließend von den beiden Koautoren jeweils unabhängig voneinander und ohne Vorinstruktion eingeschätzt werden könnten. Mit diesem Verfahren wurden die Symptome und deren Veränderungen über die Zeit auf Plausibilität geprüft.

Zur Beurteilung der Gutachtenfragen standen ferner die Gerichts- und Krankenkassenakten zur Verfügung sowie die vom behandelnden Analytiker mit Einverständnis der Patientin zur Einsicht überlassenen Antragsgutachten.

### *Antworten auf die Gutachtenfragen*

#### *ad 1: Behandlungsziel einer analytischen Psychotherapie im allgemeinen*

Ziel einer analytische Psychotherapie, wie das jeder anderen Form von Psychotherapie, ist die Behebung von subjektiv erlebten Leidenszuständen und objektiv feststellbaren Störungen (Symptomen). Diese Antwort orientiert sich an der Definition, die Strotzka (1975) in seinem Lehrbuch gibt: "Psychothe-

rapie ist ein bewußter und geplanter interaktioneller Prozeß zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen, die in einem Konsensus (möglichst zwischen Patient, Therapeut und Bezugsgruppe) für behandlungsbedürftig gehalten werden" (S. 4).

Analytische Psychotherapie unterscheidet sich von anderen Formen von Psychotherapie durch die Vorgehensweise, mit der die Beeinflussung vorgenommen wird. In der analytischen Psychotherapie ist dies "die durch Interpretationen geforderte Entfaltung und Gestaltung der Übertragung. Die analytische Situation ermöglicht dem Patienten dann, durch neue Erfahrungen zu bisher unerreichbaren Problemlösungen zu gelangen" (Thomä & Kächele 1985, S. 11).

*ad 2a: Zur Behandlungsbedürftigkeit im konkreten Fall*

Die Behandlungsbedürftigkeit bestand zum Zeitpunkt des Behandlungsbeginns in einer seit längerem bestehenden, erheblichen neurotischen und psychosomatischen Symptomatik mit folgenden Teilsymptomen (im Gutachten wurden genauere Angaben zum Beginn der Symptomatik gemacht sowie alle Symptome und Beschwerden aufgeführt, die die Patientin und der behandelnde Therapeut genannt hatten und die im Erstantrag an die Kasse erwähnt worden waren). Diese Symptomatik erfüllt die in der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen der Weltgesundheitsorganisation (ICD-10, 1991) genannten Kriterien für folgende Diagnose-Ziffern (im Gutachten ausgeführt).

In den folgenden Ausführungen des Gutachtens wurden die Symptome gewichtet und im neurosenpsychologischen Kontext hinsichtlich der Behandlungsbedürftigkeit diskutiert. Es war festzustellen, daß sich die früher durchgeführte niederfrequente analytische Psychotherapie als relativ unwirksam erwiesen hatte und zu keiner wesentlichen Symptommilderung geführt hatte, ferner, daß bei Behandlungsbeginn zweifellos Behandlungsbedürftigkeit bestanden hatte.

*ad 2b: Zum konkreten Behandlungsziel*

Das konkrete Behandlungsziel bestand in einer Verminderung der genannten multiplen Symptomatik durch die Bearbeitung der zugrundeliegenden Persönlichkeitsdynamik. In einer analytischen Psychotherapie ist zu erwarten, daß die verschiedenen Symptome zu unterschiedlichen Zeiten sich zurückbilden, und deshalb sinnvollerweise von multiplen Behandlungszielen gesprochen werden muß. Für die unterschiedliche Rückbildungsgeschwindigkeit von Symptomen liegen sowohl gut begründete theoretische Vorstellungen als auch systematische Untersuchungen vor (Howard et al. 1986). Leichtere Symptome reagieren relativ schnell auf therapeutische Angebote; chronifizierte Symptome brauchen zum Teil erheblich lange Zeit, bis sie sich in eine Beziehungsdynamik verwandeln lassen, an der dann fruchtbar psychotherapeutisch gearbeitet werden kann.

Vor diesem Hintergrund mußte sich die Begutachtung auf die Frage konzentrieren, ob eine differentielle Rückbildung der initial geklagten Symptomatik berichtet werden und daraus der Schluß auf eine prognostisch erfolgreich abzuschließende Therapie gezogen werden konnte. Dies erfolgte mittels des weiter oben beschriebenen Verfahrens der unabhängigen Einschätzungen durch drei Untersucher. Dem Gutachten war die Tabelle mit den Symptomen sowie den gewichteten Bewertungen der einzelnen Symptome zu den unterschiedlichen Beurteilungszeitpunkten beigelegt mit einer Gegenüberstellung der Bewertungen durch die Patientin bzw. den Therapeuten. Aus dieser tabellarischen Aufstellung konnte direkt abgelesen werden, daß in dieser Behandlung auf breiter Front und sehr langsam, aber doch deutlich zunehmend, eine erhebliche Besserung der multiplen, die Patientin erheblich beeinträchtigenden neurotisch-psychosomatischen Symptomatik stattgefunden hatte.

Im Ergebnis stimmte die Beurteilung der gewichteten Bewertung der symptomatischen Veränderungen über den Verlauf der bisher durchgeführten Behandlung weitgehend zwischen den Bewertungen der Patientin, des Therapeuten und den am Gutachten Beteiligten überein. Die ausführlichen Gespräche mit der Patientin über ihre therapeutische Erfahrung bestätigten, daß zu unterschiedlichen Zeitpunkten im therapeutischen Prozeß klinisch bedeut-

same Verbesserungen der verschiedenen Symptome zu verzeichnen waren. Daß Therapeut und Patient nicht bei allen einzelnen Symptomen idealiter übereinstimmten, nimmt nicht wunder, waren doch beide weder im Gebrauch solcher Schätzskalen geübt, noch wurden sie für dieses Vorhaben ausgiebig geschult, wie dies bei einer strengen Untersuchung zu fordern wäre. Jedoch stimmen beide in der Beschreibung der Richtung und des Tempos der Veränderungen weitgehend überein.

Soweit (insgesamt geringfügige) unterschiedliche Bewertungen zwischen Patientin und Therapeut vorlagen, stimmte die eigene Bewertung des Schweregrades der Störungen für den Zeitraum des Therapiebeginns mehr mit derjenigen der Patientin überein, d. h. die sehr negativen Einschätzungen der Patientin (fast durchgehend minus drei für den Beginn) wirkten überzeugend. (Das Gutachten enthält hier noch nähere Ausführungen zu den einzelnen Symptombereichen, um diese Beurteilung zu begründen). Für den gegenwärtigen Zeitpunkt wurde der Zustand der Patientin in engerer Anlehnung an die Bewertungen des Therapeuten eingeschätzt, also durchgängig eher geringfügig positiver.

*ad 3: War das Behandlungsziel nach der 240. Stunde erreicht?*

Das Behandlungsziel einer subjektiv zufriedenstellenden und objektiv beurteilbaren Verbesserung des Gesundheitszustandes der Patientin, ablesbar an der Veränderung der Symptomatik, war nicht erreicht. Erreicht war jedoch ein wichtiges Zwischenziel, nämlich daß sich die Patientin in einem 'therapeutischen Prozeß' befand. Dies war von einem der Kassengutachter in seiner Stellungnahme, die letztlich zur Ablehnung des Fortsetzungsantrags geführt hatte, auch bestätigt worden. Er hatte sich folgendermaßen geäußert "Es wird meinerseits eingeräumt, daß es sich hier um einen außerordentlich konstruktiven, tiefgreifenden, facettenreichen analytischen Vorgang handelt und daß auch Rezidive krankheitswertiger Symptomatik noch eintraten" (Krankenkassenakte).

*ad 4a: Weshalb wurde das Behandlungsziel nicht erreicht; bestand weitere Therapiebedürftigkeit?*

Die Beantwortung dieser Frage ist deshalb schwierig, weil die Gründe für die Dauer von Behandlungen in einer Vielzahl von Parametern jeder durchgeführten Therapie liegen: in der Pathologie des Patienten, in der Motivation des Patienten zur Veränderung, in der Kompetenz des Therapeuten, um nur die wesentlichen zu nennen.

Aufgrund aller vorliegenden Ergebnisse von Therapieevaluationsstudien besteht Einigkeit darüber, daß der gewichtigste Grund im Schweregrad der Störung liegt. Aufgrund der geschilderten Symptome und der aus den Unterlagen ersichtlichen lebensgeschichtlichen Verankerung dieser Symptome handelt es sich bei der Patientin mit Sicherheit um eine schwere neurotisch-psycho-somatische Störung. Dies bestritten die beiden Kassengutachter (Gutachter und Obergutachter) auch nicht. Eine Behandlung mit z. B. nur einer Wochenstunde hätte mit großer Wahrscheinlichkeit überhaupt keine Aussicht auf Erfolg gehabt; eine Behandlung mit insgesamt weniger Stunden hätte nicht nur nicht, sondern sie hat auch nicht das erreichen können, was inzwischen tatsächlich erreicht worden ist.

Dies ist erstens die Überzeugung der Patientin; dies wird zweitens durch die erfolglose niederfrequente Vorbehandlung belegt, und drittens führt die eigene Untersuchung und Diagnostik dieser Patientin zu diesem Schluß. Aus dem Gespräch mit ihr war zu entnehmen, daß jene Erstbehandlung in ihrem Erleben nicht 'dicht' genug war; die Behandlung griff nicht, weil zwischen den Sitzungen vermutlich zu wenig therapeutische Beziehung, im Erleben der Patientin zu wenig verankerter therapeutischer Kontakt war.

"Ein hinreichendes Verständnis für die Bedeutung der Behandlungsfrequenz und der damit erstrebten Behandlungsintensität kann allerdings nur erreicht werden, wenn wir in die Diskussion miteinbeziehen, wie sich ein Analysand auch außerhalb seiner Stunden mit seinen analytischen Erfahrungen auseinandersetzt. Patienten, die für lange Zeit keine Verbindung zwischen den einzelnen Stunden schaffen können, die sich aus Abwehrgründen abkapseln und die Entwicklung des selbstanalytischen Prozesses unterbinden, benötigen



verständlicherweise eine höhere Behandlungsfrequenz als Patienten, die frühzeitig diese Fähigkeit aufbauen und zu nutzen verstehen" (Thomä & Kächele 1985, S. 263).

Aus der eigenen Untersuchung der Patientin ergibt sich der Schluß, daß bei ihr die Voraussetzungen dafür vorlagen, die bedingte Prognose zu stellen, daß nur eine höhere Wochenstundenfrequenz günstige Voraussetzungen würde schaffen können, die charakterlich fixierte Abwehr in einem engmaschigen therapeutischen Prozeß zu überwinden.

Tatsächlich trat dies auch ein, wie der Kassengutachter in der bereits zitierten Passage feststellte: "Es wird meinerseits eingeräumt, daß es sich hier um einen außerordentlich konstruktiven, tiefgreifenden, facettenreichen analytischen Vorgang handelt." Er bestätigte damit, daß für diese Patientin mit dieser Störung die im Verlauf der Behandlung gewählte Frequenz von drei Wochenstunden ärztlich begründet war und daß auch die bis dahin bewilligte Gesamtstundenzahl effektiv eingesetzt worden war. Er selbst sah die Notwendigkeit der weiteren Behandlung und stellte lediglich in Frage, ob begründete Aussicht auf das Erreichen des Behandlungsziels im Rahmen des Regelstundenkontingents möglich sein würde; nicht dagegen stellte er in Frage, daß das Behandlungsziel überhaupt erreicht werden könnte.

Statt diese klinisch bedeutsame Feststellung in den Kontext der noch nicht entscheidend stattgefundenen symptomatischen Verbesserung zu stellen - die ja zu erwarten war aufgrund der bedingten Prognose - argumentierten beide Kassengutachter nur im Sinne der Richtlinien. Als psychotherapeutisch versierte Fachleute sahen sie natürlich, daß die zu begutachtende Behandlung ihrer Anlage nach den vorgesehenen Richtlinien-Rahmen überschreiten würde. Zum Zeitpunkt der ersten Ablehnung (Stunde 240) war klar zu erkennen, daß die Behandlung nicht nach weiteren 60 Stunden 'das Behandlungsziel' ( d.h. die verschiedenen Behandlungsziele) erreicht haben würde. Der Obergutachter der Kasse schrieb in seiner Stellungnahme: "Die Formulierung (sc. des beantragenden Therapeuten), 'eine begründete Aussicht auf Erreichung des Behandlungszieles bei Fortführung der Therapie besteht', enthält ausdrücklich nicht den entscheidenden Hinweis, daß das Behandlungsziel in dem jetzt

beantragten Behandlungszeitraum von weiteren 60 Stunden voraussichtlich erreicht werden kann" (Krankenkassenakte).

So mußte er die Mechanik der Richtlinienpsychotherapie in Gang setzen und die Bewilligung der weiteren 60 Stunden für den Zeitraum 241. - 300. Stunde ablehnen. Diese Richtlinien geben zwar maximale Regelleistungen vor, wie bei allen grundsätzlichen Regeln muß jedoch mit Ausnahmen gerechnet werden. Nach unserer Schätzung (exakte Angaben bezogen auf die Gesamtpopulation psychotherapeutisch behandelter Patienten sind derzeit nicht verfügbar) sind intensive längerfristige Behandlungen bei ca. 5% der Patienten nach den Kriterien der RVO notwendig und erfolgversprechend, und bei diesen Patienten ist deshalb eine Überschreitung der regelmäßigen Obergrenzen geboten. Im vorliegenden Fall haben die Gutachter aus uns nicht nachvollziehbaren Gründen die durchaus mögliche und hier auch indizierte Überschreitung der Leistungsgrenze im Einzelfall nicht empfohlen.

Auch wenn diese Ausnahmeregelung im zur Diskussion stehenden konkreten Einzelfall nach unserer Beurteilung Anwendung finden muß, ändert dies nichts an der grundlegenden Problematik der Richtlinien-Psychotherapie, nämlich daß ärztliche Leistungen von vornherein limitiert werden, bzw. daß argumentiert wird, eine Behandlung müsse so geführt werden, daß sie im regelmäßigen Richtlinien-Kontingent beendet werden könne, und nur unter dieser Bedingung dürfe sie überhaupt begonnen werden. Statt in dubio pro reo - dem Patienten nämlich, heißt es in dubio pro Kasse.

Der vorliegende Fall belegt, daß wesentliche Veränderungen der Symptomatik, die auf wesentlichen Veränderungen der Psychodynamik des Patienten basieren, erst in dem Zeitraum nach der 240. Stunde eingetreten sind.

Eine exakte Beschreibung der Gründe, warum solche Verbesserungen erst nach der 240. Stunde erzielt werden konnten, übersteigt die derzeitige Leistungsfähigkeit der psychotherapeutischen Prozeßforschung; die individuelle Prognose für diese Patientin bezieht die vermuteten Charakterwiderstände und Strukturmerkmale in diese Feststellung mit ein; eine solche Feststellung hat beim gegenwärtigen Wissensstand aber nur den Stellenwert einer klinisch

begründeten Vermutung. Prognostische Feststellungen in der Psychotherapie erklären selten mehr als 30 % der Varianz.

*ad 4b: Wurde das Behandlungsziel nach der 300. Stunde oder später erreicht?*

Fest steht, daß erhebliche Besserungen des klinischen Zustandes erst im Zeitraum nach der 240. Stunde verzeichnet werden konnten und daß über den Zeitpunkt der 300. Stunde hinweg eine weitere deutliche Besserung zu verzeichnen war. Zum jetzigen Zeitpunkt (Stunde 400), dem Zeitpunkt der Begutachtung, kann der weitgehende Erfolg dieser psychoanalytischen Behandlung bestätigt werden. Aus der Sicht des Therapeuten ebenso wie aus unserer Sicht ist jetzt eine wesentliche Besserung der Mehrzahl der Symptome gegeben.

*ad 4c: Gründe für das Nichterreichen des Behandlungsziels zum Zeitpunkt der 240. Stunde*

Die Frage nach den Gründen, warum die Behandlungsziele nicht früher erreicht wurden, ist in Abschnitt 4a bereits angeschnitten worden. Im Prinzip geht es um die Frage, welche Pathologie welche Behandlungsintensität benötigt. Mangelnde therapeutische Kompetenz scheidet bei der anerkannten Qualität des Therapeuten aus; hinreichende Motivation ist dieser sehr unter ihren Störungen leidenden Patientin keinesfalls abzusprechen; die Gründe liegen in ihrer sehr komplexen neurotischen Struktur, die sich dem Fachmann allein schon durch die Betrachtung der multiplen Symptomatik anzeigt. (Hier enthält das Gutachten unter Rückgriff auf die Lebensgeschichte der Patientin weitere Ausführungen).

Dies sind mit hoher Wahrscheinlichkeit die Gründe für ein erheblich verzögertes Ansprechen der Patientin auf die psychotherapeutische Behandlung. Für diese Einschätzung sprechen auch die experimentellen Befunde der Dosis - Effekt Studie von Howard et al. (1986). Bereits zum Zeitpunkt der Indikation mußte in diesem Fall klar sein, daß angesichts der Anamnese und der mißglückten früheren niederfrequenten Therapie die Indikation für eine lang-

fristige Behandlung gegeben war.

Folgt man der bewährten ärztlichen Orientierung einer Indikation für eine Therapie ‘ex juvantibus’, so ist für diese Behandlung eine Behandlungsdauer von sicher mehr als 300 Stunden, vermutlich optimalerweise zwischen 400 und 500 Stunden, als ärztlich indiziert zu fordern; dies wird durch den jetzigen, weitgehend erfreulichen Gesundheitszustand der Patientin bestätigt.

*ad 5: Ist im konkreten Fall bei gegebener Behandlungsbedürftigkeit von einer über die 240. Stunde hinaus fortgeführten analytischen Psychotherapie überhaupt eine weitere Besserung zu erwarten?*

Diese Frage ist uneingeschränkt zu bejahen. Der dargestellte Verlauf zeigt unmißverständlich, daß die frühere dringende Behandlungsbedürftigkeit durch die bis zum jetzigen Zeitpunkt weitergeführte erfolgreiche Behandlung behoben werden konnte.

#### *Zum Verhältnis von Frequenz und Dauer in der analytischen Psychotherapie*

Die Gestaltung der psychotherapeutischen Behandlungstechnik hat sich in der Praxis niedergelassener Psychotherapeuten entwickelt; systematische Untersuchungen sind erst spät aufgenommen worden. Wir verfügen erst seit 1971 über zusammenfassende Darstellungen empirisch bestätigter Befunde (Bergin & Garfield 1971<sup>1</sup>, 1994<sup>4</sup>).

Der Zusammenhang von Dauer und Therapieerfolg wurde inzwischen vielfach für einen limitierten Zeitraum von ca. 100 Stunden bei einer Frequenz von einer Wochenstunde untersucht (Orlinsky & Howard 1986). Von 112 korrelativen Zusammenhängen fanden sich 76 positive Korrelationen zwischen Dauer und Erfolg: Im Klartext läßt sich heute gesichert sagen, daß je länger eine Behandlung dauert, desto größer ist der Prozentsatz von Patienten, die mit zufriedenstellendem Erfolg rechnen können. Wie oben bereits erwähnt, basiert dieses Ergebnis auf der unterschiedlichen Beeinflußbarkeit von Symptomen.

Hierfür liegen sowohl gut begründete theoretische Vorstellungen als auch systematische Untersuchungen vor (Howard et al. 1986). Leichtere und/oder akutere Symptome reagieren relativ schnell auf therapeutische Angebote; chronifizierte bzw. schwerere Symptome brauchen zum Teil erheblich längere Zeit, bis sich die die Symptome hervorbringende konflikthafte innerseelische Dynamik in eine therapeutische Beziehungsdynamik verwandeln läßt, an der dann Patient und Therapeut fruchtbar arbeiten können. Vermutlich unterscheidet auch die Art der Symptome die unterschiedliche Beeinflußbarkeit; zugleich werden andere Faktoren der Persönlichkeit hier mitwirken. Zu wenig ist gesichert, als daß nun im einzelnen an den Symptomen eines Patienten prospektiv und quantitativ abgelesen werden könnte, wieviel Therapie der jeweils individuelle Patient brauchen wird.

Allerdings muß man die folgende Feststellung berücksichtigen, die noch zu wenig bei uns bekannt ist: die Dauer von psychotherapeutischen Behandlungen wächst exponentiell; dies wurde an einer großen Stichprobe (N = 1800) der Ulmer Psychotherapeutischen Ambulanz für verschiedene Therapieformen gezeigt (Kächele 1990).

Dieser Zusammenhang gilt für die verschiedenen Wochenstundenfrequenzen gleichermaßen. Muß man aus medizinischen Gründen eine Frequenz von drei Wochenstunden wählen, so ist die Wahrscheinlichkeit für eine längere Dauer solcher Behandlungen von vornherein größer als wenn man eine Frequenz von zwei Wochenstunden wählen kann. Die als Rahmenbedingungen fungierenden Richtlinien der Kassenvereinbarungen haben diesem Aspekt nicht Rechnung getragen, sondern Stundenkontingente festgesetzt, bei denen davon ausgegangen wird, daß die Mehrzahl oder sogar die meisten der als 'analytische Psychotherapie' begonnenen Behandlungen in dem Stundenkontingent der vorgegebenen Regelleistung abgeschlossen werden können; das heißt aber nicht, daß alle Behandlungen in diesem Zeitraum abgeschlossen werden können.

Das Dilemma der Kassenrichtlinien besteht darin, daß Behandlungskontingente unabhängig von der gewählten Wochenstundenfrequenz, d.h. von der Dichte der Behandlung, festgesetzt wurden.

Wissenschaftlich korrekter wäre es, sofern überhaupt Richtgrößen vorgegeben werden müssen, Richtgrößen für Stundenkontingente mit Wochenstundenfrequenzen zu koppeln, wie dies z.B. für die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie getan wurde (50 + 30 Std. bei einer Wochenfrequenz von 1 Stunde). Da für analytische Psychotherapie die verschiedenen Wochenstundenfrequenzen (2-3-4-5) nicht berücksichtigt wurden, entsteht das Dilemma der Kassengutachter, bereits ab Stunde 240 die Ablehnung auszusprechen, wenn abzusehen ist, daß der Patient aufgrund seiner Pathologie und vor dem Hintergrund der Beurteilung des bisherigen Verlaufs voraussichtlich eine über die Regelleistungsgrenze hinausgehende Stundenzahl benötigen wird. Der Klagegegenstand des vorliegenden Verfahrens, Kostenübernahme für die Stunden 241 - 300, entspringt diesem Dilemma. Eine solche frequenzbezogene Sichtweise auf die Gesamtkontingente hätte erhebliche Auswirkungen auf das Gutachterverfahren; denn dann würde mit der initialen Indikation für eine bestimmte Wochenstundenfrequenz bereits eine Vorentscheidung über die zu erwartende Behandlungsdauer und damit das benötigte Stundenkontingent getroffen; um so sorgfältiger müßte die Indikation gestellt und die Begutachtung durchgeführt werden. Es wäre zu fragen, ob ein schriftlicher Bericht des behandelnden Therapeuten eine ausreichende Basis darstellt, um für den Patienten sozialrechtlich wesentliche Entscheidungen zu treffen.

### *Abschließende Beurteilung*

Die Ablehnungsbegründungen der beiden Kassengutachter folgen den Psychotherapie-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen in einer formalistischen Weise, berücksichtigen aber nicht hinlänglich die Frage der Behandlungsbedürftigkeit der Patientin zum Zeitpunkt der Stellung des Fortsetzungsantrags. Nach unserer Beurteilung war zu diesem Zeitpunkt weiterhin ohne jede Einschränkung Behandlungsbedürftigkeit gegeben. Der jetzt feststellbare beachtliche Behandlungserfolg fußt wesentlich auf der Fortsetzung der Psychotherapie. Nicht äußere Umstände waren dafür maßgeblich, sondern die geleistete psychoanalytische Arbeit. Psychoanalytische Therapie vollzieht sich an sog. äußeren Anlässen, aber ihr therapeutischer Kern besteht in der Durcharbeitung innerseelischer unbewußter Konflikte.

Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit der Weiterbehandlung werden durch den inzwischen konstatablen Therapieerfolg belegt, der mit einer geringeren Stundenzahl aus den geschilderten Gründen nicht erreichbar war.

Für eine Knochenmarktransplantation werden heutzutage pro Patient ca. 150.000 DM ausgegeben, obwohl kein kleiner Prozentsatz diese intensivmedizinische Maßnahme nicht überlebt. Die intensive psychotherapeutisch-psychoanalytische Behandlung hat für die Patientin eine wesentliche Besserung eines langfristig bestehenden depressiven Lebenszustandes gebracht, dessen potentielle Suizidalität im Hinblick auf die Lebenszeit nicht gering zu veranschlagen ist. Die Kosten hierfür mit ca. 40.000 DM sind nicht zu hoch. Stationäre Behandlungen wären nicht nur therapeutisch in diesem Fall wenig erfolgversprechend, billiger wären sie auf keinen Fall. An diesem casus wird ein grundlegendes sozialrechtliches Dilemma abgehandelt, nämlich daß für psychotherapeutisch-medizinische Leistungen eine generelle Begrenzung praktiziert wird, ohne daß die Behandlungsbedürftigkeit des einzelnen Patienten als Entscheidungsgrundlage herangezogen wird.

### *Diskussion*

Im hier diskutierten Beispiel geht es um die Leistungspflicht einer Krankenkasse für eine analytische Psychotherapie, die umfangreicher war, als der Regelfall der Psychotherapierichtlinien dies vorsieht. Die retrospektive Beurteilung eines sich über 400 Stunden erstreckenden Behandlungsverlaufs ist zweifellos schwierig. Neben der Erinnerung von Therapeut und Patient sind hier gut dokumentierte Befunde über die Beschwerden und Symptomatik des Patienten vor Behandlungsbeginn eine wichtige Hilfe für die Bewertung. Die Beurteilung durch mehrere unabhängige Untersucher sichert die Ergebnisse ab und ist ein Versuch, die einer retrospektiven Beurteilung zwangsläufig inhärenten Fehlerquellen so klein wie möglich zu halten. Die hier gewählte Methodik für die Einschätzung orientiert sich weitgehend an der Symptomatik, an deren Verlauf und neurosenpsychologischem Stellenwert. Eine differenziertere Herausarbeitung von analytischen Prozeßvariablen, wie sie schon

Pfeffer (1959, 1963) sowie Schlessinger und Robbins (1983) für die Ergebnisbeurteilung analytischer Therapien vorschlugen, wäre reizvoll. Sie ist aber zur Beantwortung der Gutachtenfragen nicht unbedingt erforderlich.

In Sozialgerichtsverfahren geht es um die Entscheidung von Einzelfällen. Die Summierung solcher Verfahren kann über den Instanzenweg zu einer Entscheidung des Bundessozialgerichts führen, in deren Folge eine Abänderung einzelner Bestimmungen der Psychotherapierichtlinien unvermeidlich sein wird. Ob es dazu kommen wird, ist derzeit noch völlig offen. Nach bisheriger Erfahrung haben sich die meisten Gutachter und Obergutachter der Kassen in ihrer Auslegung der Psychotherapierichtlinien flexibel und den Einzelfällen angemessen verhalten. Eine entsprechende Auslegung wäre auch im hier diskutierten Beispiel durchaus möglich gewesen.

## BIBLIOGRAPHIE

- Bergin, A.E., Garfield, S.L. (Hrsg) (1971): Handbook of psychotherapy and behavior change. An empirical analysis, New York/Chichester/Brisbane (Wiley & Sons), 1. Aufl. 1971, 4. Aufl. 1994
- Howard, K.I., Kopta, S.M., Krause, M.S., Orlinsky, D.E. (1986): The dose-effect relationship in psychotherapy. *Americ. Psychol.* 41, 159-64
- Orlinsky, D.E., Howard, K.I. (1986): Process and outcome in psychotherapy. In: Garfield, S.L., Bergin, A.E. (Hrsg) Handbook of psychotherapy and behavior change. New York (Wiley & Sons) , S. 311-381
- Pfeffer, A.Z. (1959): A procedure for evaluating the results of psychoanalysis. A preliminary report. *J. Am. Psychoanal. Assoc.* 7, 418-444
- Pfeffer, A.Z. (1963) The meaning of the analyst after analysis - a contribution to the theory of therapeutic results. *J. Amer. Psychoanal. Assoc.* 11, 229-244
- Kächele, H. (1990): Wie lange dauert Psychotherapie. *Psychother. Med. Psychol.* 40, 148-151
- Schlessinger, N., Robbins, F.P. (1983): A developmental view of the psychoanalytic process: Follow-up studies and their consequences. New York (International Universities Press)



- Schorsch, E. (1992): Psychoanalyse und Justiz. Z. Sexualforsch. 5, 1-10
- Strotzka, H. (1975): Psychotherapie: Grundlagen, Verfahren, Indikationen.  
München (Urban und Schwarzenberg)
- Thomä, H., Kächele, H. (1985): Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie.  
Berlin (Springer)