

Psychoanalyse im Elch-Test

Analytische Behandlungsqualität und Behandlungsziele unter veränderten Rahmenbedingungen für ambulante Psychotherapie

Beatrice Piechotta

Das Ausweichmanöver beim Auftreten eines Hindernisses hat unter der Bezeichnung "Elch-Test" im Automobilbereich große Popularität erlangt. Wenn das Auto nicht genügend Spurstabilität hat, kippt es um und fliegt aus der Kurve.

Angesichts der Hindernisse, die derzeit für die Psychoanalyse am Horizont auftauchen, begegnen mir in Gesprächen mit niedergelassenen KollegInnen immer wieder Aussagen wie: „Die Psychoanalyse geht den Bach runter, bis dahin bin ich hoffentlich in Rente.“ oder: „Die Hunde bellen, die Karawane zieht vorüber.“ – also ein gewisses herablassendes Amusement gegenüber den neuen Entwicklungen.

Als Haltung im Elch-Test könnte das heißen, entweder: man läßt sich freiwillig umkippen, weil man sowieso keine Hoffnung hat, das Hindernis umfahren zu können und dabei in der Spur zu bleiben, oder: man fährt einfach weiter, in der Hoffnung, daß das Hindernis ausweicht. Ich erkläre mir diese Haltungen als einen Ausdruck von Hilflosigkeit angesichts des Ausmaßes von Veränderungen in der kassenärztlichen Versorgung, die uns bevorstehen.

Zu den neuen Strukturen und Rahmenbedingungen für ambulante Psychotherapie gehören u.a.: Qualitätssicherung, Leitlinien, manualisierte Therapie, Evidence Based Medicine, Managed Care-Konzepte, d.h. die zunehmende Ausrichtung von Behandlungsentscheidungen nach standardisierten und ökonomischen Gesichtspunkten. Auch neue Abrechnungskonzepte (Behandlungspauschalen) werden sich auf die Durchführung von Psychotherapie auswirken.

Ich möchte in meinem Beitrag etwas sagen

1. über Qualität in der Psychotherapie – aus der Perspektive der Qualitätssicherungs-Systematik
2. über Qualität in der Psychotherapie - aus der Perspektive der Psychoanalyse
3. zu den Möglichkeiten, eine Verbindung zwischen diesen beiden Perspektiven herzustellen
4. zu der Frage: Wie können Analytiker die neuen Strukturen mit gestalten?

1. Qualität in der Psychotherapie – aus der Perspektive der Qualitätssicherungs-Systematik

Im Zusammenhang mit diesen Entwicklungen spielt der Begriff Qualität eine zentrale Rolle. Ich will einige Dimensionen des aktuellen Begriffs von Qualität skizzieren, die mir wichtig erscheinen.

- Er hat eine inhaltliche Seite, nämlich: eine möglichst gute Krankenbehandlung, die nun aber in stärkerem Maße als früher etwas objektiv Festgelegtes, Standardisiertes sein soll, - obwohl auf der anderen Seite die subjektive Kundenzufriedenheit ebenfalls eine größere Rolle spielen soll.
- Genauso wichtig wie die inhaltliche Dimension ist der Aspekt des finanziellen Aufwandes: Qualität wird nur noch innerhalb einer Kosten-Nutzen-Relation gesehen, Wirtschaftlichkeit ist jetzt im Begriff von Qualität enthalten.
- Es geht um die Kosten des Kunden, der für das Produkt bezahlt. Das sind einmal die Patienten; aber auch die Kostenträger haben sich verselbständigt und nehmen eine eigene Position ein, mit eigenen Interessen, die von denen der Patienten durchaus abweichen können. (Kordy 1992)
- Zum Konzept von Qualitätssicherung, das ja aus der Wirtschaft stammt, gehört aber auch die Seite der Wirtschaftlichkeit für den Leistungserbringer. Qualitätssicherung hat auch das Ziel,

den wirtschaftlichen Erfolg des Anwenders zu gewährleisten und ihm Wettbewerbsvorteile zu sichern. Aus dieser Sicht ist es kein Mißbrauch, sondern folgt der immanenten Logik von Qualitätssicherung, wenn Ärzte sich in Marketing-Strategien trainieren lassen, um ihre Kunden besser an die Praxis zu binden, oder wenn sie lernen, die gewinnträchtigen Kunden (sog. cash-cows) von denen zu unterscheiden, die nur hohen Aufwand bereiten, aber nichts einbringen.

Qualitätssicherung ist also nicht das völlig eindeutige und in sich schlüssige System, als das es gern dargestellt wird, sondern wird von sehr spannungsreichen Widersprüchen bestimmt. Die Beschäftigung mit Qualitätssicherung wird oft erschwert dadurch, daß die verschiedenen Ebenen miteinander vermischt werden. Schwierig ist die Umsetzung von Qualitätssicherung auch, weil es nicht möglich ist, die Gesetzmäßigkeiten des einen Systems einfach auf das andere zu übertragen, wie das von einigen Vertretern der Kostenträger propagiert wird. Qualitätssicherung kann man nicht nach dem Motto machen: „Was gut ist für Ford, ist auch gut für die Gesundheit.“ (Geisler 1998, S. 718) Diesen beiden Systemen liegen z.B. ganz unterschiedliche Wertvorstellungen zugrunde. Die Frage nach dem Kosten-Nutzen-Verhältnis beruht auf einem bestimmten Menschenbild, nämlich, daß der Mensch sein Handeln und seine Entscheidungen primär auf Wirtschaftlichkeitsüberlegungen stützt. (Fäh 1998, von Heydwohlf 1995)

Die ökonomische Denkweise greift nun zusehends in Bereiche über, in denen bisher andere Werte wie soziale Sicherheit oder Solidarität Vorrang hatten. Gesundheit wird als ein erzeugbares Produkt angesehen. Es werden marktwirtschaftliche Prinzipien ins Gesundheitswesen eingeführt, also eine Regulierung nach anderen Gesetzen, als dies bisher der Fall war. Unter dieser Perspektive geht es bei Qualitätssicherung nicht in erster Linie um die Verbesserung von Leistungen oder um Kosten-Einsparen, sondern um das Entwickeln von Standards, damit man Leistungen auf dem Markt für den Nachfrager (Kunden) vergleichbar machen kann. (Decker 1998)

Psychoanalytiker sind also gefordert, sich zu überlegen, wie sie mit dieser gesellschaftlichen Entwicklung umgehen wollen, nicht nur innerhalb der therapeutischen Beziehung, sondern auch grundsätzlich. Und sie sind gefordert, nicht nur Grenzen, sondern auch Verbindungen herzustellen zwischen zwei Systemen wie Psychoanalyse und Qualitätssicherung, die nach völlig unterschiedlichen Gesetzmäßigkeiten funktionieren (Mans 1998).

Ich möchte nun zunächst Qualitätssicherung, wie sie für den Bereich der Psychotherapie vorgeschlagen wird, in einigen Punkten beschreiben.

In Diskussionen über Qualitätssicherung sagen viele KollegInnen: Die besten Mittel, um eine hohe Qualität der Behandlungen zu gewährleisten, sind eine gute Ausbildung und Intervision. Ausbildung gehört nach dem Schema von Donabedian (1978) zur Strukturqualität. Die Ebene der Prozeßqualität betrifft Diagnostik, Indikationsentscheidung und Durchführung der Behandlung. Hier läßt sich Intervision als Mittel der Qualitätsverbesserung zuordnen. Im aktuellen Verständnis von Qualitätssicherung liegt der Schwerpunkt allerdings bei der Ergebnisqualität: Patienten sollen möglichst erfolgreich und kostengünstig behandelt werden. Struktur- und Prozeßqualität sind nur wichtig in Hinblick auf das Ergebnis. Ein bedeutender Vertreter der AOK, P. Lubecki betont: „Entscheidend ist, was hinten rauskommt.“ (z.B. auf der Fachtagung der DGPM zu Qualitätssicherung am 20.2.1999 in Essen).

Die grundlegenden Fragen von Qualitätssicherung sind jedoch differenzierter: Hat der Behandler die Behandlungsmaßnahmen, die als Standard anerkannt sind, richtig eingesetzt, und hat er das Ergebnis erzielt, das nach dem Stand des Wissens erreicht werden kann? Das soll systematisch überprüft und nach außen nachvollziehbar und beurteilbar gemacht werden.

Voraussetzung für die Beurteilung der Qualität sind also allgemeingültige Standards. Es müßte einen Konsens geben über Fragen wie die folgenden: Was kennzeichnet einen guten Therapieprozeß? Was sind Behandlungsfehler? Wie kann man auf sie aufmerksam werden? Zur Frage der Kosten-Nutzen-Relation müßte man Anhaltspunkte dafür kennen, ob ein gleich gutes Er-

gebnis auch mit weniger Aufwand erreichbar wäre. Und was die Vergleichbarkeit angeht, als ein Mittel, die Qualität festzustellen, müßte Einigkeit darüber herrschen, was sinnvollerweise im Bereich der ambulanten Psychotherapie verglichen werden kann. In der analytischen Psychotherapie fehlen solche Standards als Voraussetzung für Qualitätssicherung weitgehend. Trotzdem ist natürlich eine irgendwie geartete Qualität vorhanden, die man beobachten und darstellen kann. Daraus lassen sich dann - vielleicht - Standards ableiten oder erarbeiten.

Um geeignete Maßnahmen für das Beobachten der Qualität (z.B. Fragebögen) zu entwickeln, ist zunächst eine Problemanalyse des zu beobachtenden Gebietes notwendig. Wenn man nach Qualitätsmerkmalen oder nach Mängeln sucht, muß man eine Vorstellung haben, worin die Qualität besteht, also wonach man fragen will. Ohne solche Vorüberlegungen erhebt man womöglich Daten, die nichts mit der spezifischen Qualität des untersuchten Bereichs zu tun haben.

Welche Überlegungen und Aktivitäten gibt es dazu für den Bereich der Psychotherapie, welche konkreten Ziele werden mit Qualitätssicherung verfolgt, welche Mängel sollen beobachtet und behoben werden? Dazu findet man in der entsprechenden Literatur sehr unterschiedliche Fragestellungen:

Ein Teil davon betrifft gar nicht die Psychotherapeuten, z.B. das Problem der rechtzeitigen Diagnose und der geeigneten Therapie bei psychosomatischen Patienten (u.a. Schmidt-Bodenstein, 1998 S. 501) - das wäre eine Frage der Qualitätssicherung für andere Arztgruppen, nicht für Psychotherapeuten.

Dann gibt es Themen, die nicht Qualitätssicherung betreffen, sondern z.B. Honorarpolitik, oder die in den Bereich der Forschung gehören: Fragen der Wirksamkeit von Therapie-Verfahren, oder der Indikation (Welche Therapiemethode hat bei welchen Patienten die besten Erfolgsaussichten?). Das sind höchst komplexe Fragen, an deren Beantwortung mit aufwendigen Forschungsprojekten gearbeitet wird; sie lassen sich nicht mit einer relativ schlichten Dokumentation beantworten, die routinemäßig im Praxisalltag eingesetzt wird.

Die Überlegungen, die dann noch übrigbleiben, und die tatsächlich zu Qualitätssicherung gehören, konzentrieren sich sehr stark auf die Frage nach den Ergebnissen von Psychotherapie in der Praxis, und auf deren Überprüfung mittels Dokumentation.

Wesentliche Fragen von Praktikern zur Qualität ihrer Arbeit betreffen allerdings eher die Struktur- und Prozeßqualität (Qualität des Versorgungsangebotes, Verbesserungsmöglichkeiten im Verlauf einer Therapie). Solche Fragen werden in der Qualitätssicherung-Diskussion höchstens am Rande behandelt. Ein öffentlichkeits-wirksames Problem wie sexuelle Übergriffe in der Therapie ist innerhalb der Berufs- und Fachverbände kein Thema für Qualitätssicherung, sondern nur für strafrechtliche Überlegungen.

Auch grundsätzliche Fragen der Struktur des Gesundheitswesens werden nicht im Rahmen von Qualitätssicherung behandelt, obwohl sie ganz entscheidend für die Qualität der Versorgung von psychisch Kranken sind. So könnte Qualitätssicherung, wie sie derzeit vorgeschlagen wird, dazu führen, daß in einem relativ gut funktionierenden Bereich mit viel Aufwand geringfügige Verbesserungen und Kosteneinsparungen erreicht werden, während andere, wirklich defizitäre Bereiche unverändert bleiben. (Geisler 1998)

Ich möchte zusammenfassen: Man braucht konzeptuelle Vorstellungen, um überhaupt mit dem Beobachten der Qualität, also auch mit dem Erheben von Daten anfangen zu können, und um die erhobenen Daten anschließend interpretieren zu können. Es gibt zwar Instrumente zur Datenerhebung, z.B. die Psy-BaDo (Heuft et al. 1998). Aber es gibt kein Konzept, das diese Maßnahmen aus der Sicht der ambulanten Psychotherapie theoretisch untermauert. So wird nicht ausreichend begründet, warum gerade diese Daten erhoben werden, und welche Aussagen über ambulante analytische Psychotherapie damit gemacht werden können.

2. Qualität in der Psychotherapie - aus der Perspektive von Psychoanalytikern

Ich will jetzt versuchen, mich dem Thema von der anderen Seite zu nähern: Worin liegt aus der Sicht von Psychoanalytikern die Qualität von Psychotherapie? Ich werde mich dabei auf die Ebene der Ergebnisqualität beschränken. Die komplexen Bereiche der Prozeß- und Strukturqualität kann ich hier nicht behandeln.

Ergebnisqualität wird gleichgesetzt mit dem Erreichen von angestrebten Zielen. Im Gespräch mit KollegInnen hört man dazu manchmal: Psychoanalyse ist ziellos, das einzige Ziel ist, zu Analysieren; es wird auf das Junktim verwiesen: der Analytiker forscht, die Heilung ist ein Nebenprodukt. Das stimmt so nicht. Wir werden im Rahmen der Kassenfinanzierung dafür bezahlt, daß wir heilen, lindern oder Verschlimmerung aufhalten (SGB V). Außerdem ist kein Analytiker frei von Erwartungen und Hoffungen bezüglich seiner Patienten; eigene Normen und Werte spielen dabei eine Rolle, auch wenn sie oft nicht bewußt sind.

Auf der Suche danach, was es mit Zielen und Erfolg von Psychoanalyse auf sich hat, stößt man einerseits auf die Ansicht von Psychotherapieforschern: Es sei nicht strittig, welche die Kriterien erfolgreicher Psychotherapie sind, umstritten sei nur die Frage, wie sie gemessen werden können. Es bestehe Konsens über die Aufgabe von Psychotherapie: die Störung, also Negatives, zu beseitigen, und positive Ziele, eine Norm, zu erreichen. (Rudolf 1996) Andererseits beschreiben Sandler und Dreher in ihrem Buch „Was wollen die Psychoanalytiker“ (Sandler, Dreher 1999) eine Vielfalt von Zielvorstellungen, und wie jede Veränderung der Theorie und der Methode der Psychoanalyse Veränderungen in der Formulierung der Ziele mit sich gebracht hat.

Freud strebte anfangs Heilung an, und verstand darunter im Rahmen des Affekt-Trauma-Modells die Auflösung der Symptome. Im Rahmen des topographischen Modells sollte Unbewußtes bewußt gemacht werden, mit dem Ziel: genießen, arbeiten und lieben zu können. Mit der Strukturtheorie verband sich die Vorstellung: Wo Es war, soll Ich werden. Die Analyse sollte die für die Ich-Funktionen günstigsten psychologischen Bedingungen herstellen; das Ziel war, die Freiheit der Wahl zu ermöglichen, ohne daß der Patient durch innere Konflikte behindert wird.

Zielvorstellungen entwickelten sich weiter in Abhängigkeit von der Behandlungspraxis: Mit der Erweiterung der Indikation für Psychoanalyse kam es zu einer Modifizierung des klassischen Verfahrens. Es wurde unterschieden zwischen analytischen und therapeutischen Zielen. Ein Unterscheidungsmerkmal war die Auflösung der Übertragung als spezifisches Ziel der Analyse. Analyse strebte an, Charakteränderungen herbeizuführen und dem Patienten zu helfen, einen inneren Selbstanalyse-Prozeß herzustellen, der dann auch ohne Analytiker abläuft. Im Gegensatz dazu wurde das Ziel der analytischen Psychotherapie aufgrund der zeitlichen Begrenzung beschränkt auf subjektive Besserung, Symptomauflösung und spezifische fokale Ziele. Ziel war z.B. nicht mehr, eine Perversion zu heilen, sondern einen Patienten zu befähigen, mit seiner Perversion zu leben, ohne sich und anderen zu schaden.

Ziele stehen auch in Zusammenhang mit den theoretischen Modellvorstellungen analytischer Schulen: Kleinianer streben das Durcharbeiten der depressiven Position an, Kohutianer das Herstellen eines kohärenten Selbst, Ich-Psychologen das Erlangen von Ich-Autonomie.

Es gibt verschiedene Ansätze, Ziele zu kategorisieren, z.B. bewußte und unbewußte Ziele, idealisierte und erreichbare Ziele, Prozeß- und Ergebnisziele, Behandlungs- und Lebensziele.

In den Überlegungen zu Zielen sind implizit oder explizit immer auch Vorstellungen von seelischer Gesundheit und Normalität enthalten: bezüglich der Einstellung zur Homosexualität oder der Einschätzung der Rolle der Frau werden Analytiker heute Behandlungsziel und psychische Gesundheit anders sehen als früher; es gibt Kritik an der Vorstellung von psychischer Krankheit als einer pathologischen Abweichung, der Ich-Psychologie wird Anpassung an bestehende Verhältnisse vorgeworfen.

Sandler und Dreher (1999) bewerten den heute in der Psychoanalyse herrschenden Theorie- und Konzeptpluralismus nicht nur positiv. Sie meinen, daß jenseits der konstruktiven Vielfalt versucht werden sollte, Gemeinsamkeiten zu bestimmen, solange man unter dem Begriff Psychoanalyse noch etwas halbwegs Homogenes verstehen will.

Zur Strukturierung schlagen sie vor, für das Konzept Behandlungsziele folgende Perspektiven zu berücksichtigen:

1. die theoretisch-konzeptuelle Perspektive, also Behandlungsziel in Hinblick auf theoretische und Schulen-Entwicklung,
2. die klinische und technische Perspektive, d.h. verschiedene Typen von Zielformulierungen während des Behandlungsprozesses: Nah- und Fernziele, Prozeß- und Ergebnisziele,
3. die sozio-kulturelle Perspektive: Vorstellungen über seelische Gesundheit und Normalität im jeweiligen historischen und gesellschaftlichen Kontext.

3. Verbindungsmöglichkeiten zwischen den Systemen Qualitätssicherung und Psychoanalyse

Beim Versuch, die Psychoanalyse mit der Systematik der Qualitätssicherung zusammenbringen, scheint es in der aktuellen Situation in erster Linie um folgende Fragen zu gehen:

1. Wird mit langen analytischen Behandlungen grundsätzlich etwas erreicht, was sich von den Ergebnissen kürzerer Therapieformen unterscheidet, und was die höheren Kosten rechtfertigt?
2. Was erreicht der einzelne Analytiker in der einzelnen Behandlung, und was sagt dieses Ergebnis über die Qualität seiner Arbeit aus?
3. Wer legt die Erfolgskriterien fest?
4. Wie wird der Erfolg gemessen?

Ich kann diese Fragen natürlich nicht beantworten, sondern höchstens etwas darüber sagen, welche Bedingungen erfüllt sein müssen, um zu einer Antwort zu kommen. Ich beginne mit der vierten Frage.

Wie wird der Erfolg gemessen, woran wird er festgemacht?

Diese Frage ist in der Forschung umstritten. Es gibt verschiedene Dimensionen der Erfolgsmessung: Man kann das Erreichen von Zielen messen, entweder methoden-spezifische oder methoden-unspezifische Ziele, allgemeine oder individuelle Ziele, man kann die Veränderung der Symptome, der Struktur messen, die Lebensqualität, die „Kundenzufriedenheit“, oder die nachfolgenden Kosten für die Krankenkasse.

Die verschiedenen Ansätze beinhalten unterschiedliche Perspektiven: Wird der Erfolg von der Störung her definiert, wird also gemessen, wieviel Krankheit beseitigt wurde, so daß der Patient mit seinen Beschwerden sich einer entsprechenden Zielvorgabe oder Norm (z.B. dem Bevölkerungsdurchschnitt) annähert, oder wird der Erfolg von positiv formulierten Zielen her definiert. Ein solches Ziel könnte z.B. in der Entdeckung von neuen Möglichkeiten liegen, die vorher nicht bekannt waren, oder im Erwerb der Fähigkeit, neu entstehende Schwierigkeiten besser zu bewältigen, also das, was Analytiker als die Fähigkeit zur Selbstanalyse bezeichnen würden, und was in salutogenetischen Modellen (z.B. die „Sense of Coherence Scale“ von Antonovsky, 1987) eine Vorhersage zukünftiger Gesundheit erlaubt. (vgl. Sandell 1997, Fäh 1997)

Es gab auch für die Psychoanalyse bereits Versuche, die Therapieergebnisse mittels Veränderungen des beobachtbaren Verhaltens zu kennzeichnen, z.B. von Wallerstein. Aber innere Veränderungen sind oft nicht direkt beobachtbar, sondern müssen indirekt, mittels interpretativer Techniken erschlossen werden. Daher kann die Psychoanalyse nicht auf qualitative, subjektive und interpretative Aspekte bei der Bestimmung und Erfassung von Behandlungserfolg verzichten. Es wäre unzulänglich, lediglich die Aspekte zu erfassen, die operationalisierbar und meß-

technisch zugänglich sind, und diese dann global als Ziel oder Erfolg zu bezeichnen. (Sandler, Dreher 1999).

Schulte (1993) in seiner häufig zitierten Arbeit „Wie soll Therapieerfolg gemessen werden?“ versucht ebenfalls, dieser Komplexität gerecht zu werden: Er beschreibt Krankheit als ein mehrschichtiges Konstrukt, das Operationalisierungen auf mehreren Ebenen erfordert. Ausgehend vom medizinischen Krankheitsbegriff unterscheidet er folgende Ebenen:

1. Die Ebene des Krank-seins, d.h. Symptome, Beschwerden, die zurückgeführt werden auf
2. eine Krankheit und auf
3. Krankheitsursachen.
4. Außerdem gibt es die Ebene der Krankheitsfolgen: objektive Daten wie Krankschreibung, Inanspruchnahme medizinischer/psychosozialer Dienste, aber auch subjektives Erleben wie Demoralisierung, Abhängigkeit von anderen, usw.

Die Ebenen des Krank-seins und der Krankheitsfolgen können methoden-unspezifisch gemessen werden. Auf der Ebene der Krankheit und der Krankheitsursachen dagegen hält Schulte methoden-spezifische Erfolgsmaße für notwendig, da Krankheitsbegriff und Vorstellungen über die Ursachen immer theoretische Modelle sind. Er schlägt daher vor, Therapieerfolg immer mehrdimensional zu messen.

Wenn man auf diesem Hintergrund betrachtet, wie mit den derzeit offiziell vorgeschlagenen Dokumentationen, z.B. der Psy-BaDo, das Therapieergebnis gemessen wird, fällt folgendes auf: Es soll methoden-übergreifend gemessen werden, diese Dokumentationen enthalten kein methoden-spezifisches Erfolgsmaß für analytische Psychotherapie (wie z.B. Strukturveränderung). Ebenso fehlen wesentliche Merkmale von psychoanalytischer Diagnostik, wenn nur ICD-Diagnosen gefragt sind, so daß es keinen geeigneten Ausgangswert gibt für die methoden-spezifische Überprüfung des Fortschritts während der Therapie oder des Erfolgs am Ende der Therapie. Man muß sich also bewußt sein, daß diese Dokumentationen nur sehr eingeschränkte Aussagen über Ergebnisse von analytischer Psychotherapie machen können, und daß sie keinesfalls geeignet sind, verschiedene Verfahren in ihrer Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit zu vergleichen.

Dieser Mangel soll ausgeglichen werden mit dem Instrument „Individuelle Therapieziele“: jeder Therapeut könnte damit seine verfahrens-spezifischen Ziele formulieren (allerdings verhaltensnah). Ich kann hier nicht alle Probleme behandeln, die sich daraus ergeben, ich will nur einen Punkt ansprechen: Scheinbar erfüllt das Instrument Individuelle Therapieziele in idealer Weise die Forderung von Qualitätssicherung, vorher festgelegte Ziele zu erreichen. Allerdings sieht das nur so aus, weil hier eine Vermischung von verschiedenen Sachverhalten unter dem Begriff „Ziel“ stattfindet:

- „Ziel“ im Sinne von Qualitätssicherung bedeutet: Allgemein anerkannte Standards, die auszusagen, was grundsätzlich durch Therapie erreicht werden kann.
- „Ziel“ in der Psy-BaDo, vom Therapeuten formuliert, könnte bedeuten: Er wendet anerkannte Standards an, unter Berücksichtigung der besonderen Situation des Patienten. Da es keine anerkannten Standards gibt, ist die Zielfestlegung jedoch beliebig. Ein geschickter Therapeut, der gute Ergebnisse haben will, formuliert die Ziele so (und bespricht das auch mit den Patienten), daß er sie auf jeden Fall erreichen kann.
- „Ziel“ von Seiten des Patienten bedeutet: Subjektive Wünsche des Patienten an die Therapie, bei denen z.B. nicht berücksichtigt wird, ob sie realistisch erscheinen oder ob sie sehr stark von der spezifischen Problematik des Patienten geprägt sind (neurotische oder narzißtische Ziele).

Diese Art von Ziel-Festlegung hat also nichts mit einer objektivierbaren Formulierung von Ergebnisqualität zu tun, und es wird damit die zugegebenermaßen schwierige Frage umgangen, inwieweit das überhaupt möglich ist.

Wird grundsätzlich mit analytischen Langzeitbehandlungen etwas erreicht, was sich von den Ergebnissen kürzerer Therapieformen unterscheidet, und was die höheren Kosten rechtfertigt?

Diese Frage ist extrem wichtig, denn es geht um den Bestand von analytischer LZT in der Krankenversorgung. In aufwendigen Forschungsprojekten werden derzeit die Ergebnisse von analytischer LZT in der Praxis untersucht. Unter dem Druck der Kostenträger glaubt man aber auch, man müsse diese Frage im Rahmen von Qualitätssicherung beantworten, nämlich durch relativ simple, therapieschulen-übergreifende Datenerhebung. Das könnte ein Eigentor werden, oder in der Sprache des Elch-Tests: damit wird eventuell die Kurve um das Hindernis zu schnell und zu scharf genommen. Mit Daten aus einer Dokumentation, die nicht die spezifische Qualität von analytischer Psychotherapie abbildet, ließe sich z.B. deren längere Behandlungsdauer im Vergleich zu anderen Verfahren nicht rechtfertigen.

Was erreicht der einzelne Analytiker in seinen Behandlungen, und was sagt das Ergebnis über die Qualität seiner Arbeit aus?

Bei dieser Frage geht es darum, ob der Analytiker in seinen Behandlungen die Erfolge erzielt, die aufgrund der allgemein anerkannten Standards zu erwarten sind. Das ist ein zentrales Thema von Qualitätssicherung, und dabei tun sich viele Probleme und Fragen auf:

1. Diese Standards gibt es bisher nicht. Es gibt Pläne, mittels Dokumentation den Ist-Zustand zu erheben und aus diesen Daten Durchschnittswerte zu bilden; diese Referenzwerte wären dann der Standard, mit dem der einzelne Therapeut sich vergleichen kann (Heuft, Senf 1998).
2. Die durch Dokumentation erhobenen sog. „objektiven“ Daten sind immer interpretationsbedürftig. Es wird also darauf ankommen, wer die Ergebnisse der Dokumentation bekommt (Therapeut, Kostenträger), und wie er sie ganz subjektiv interpretiert.
3. Die Formulierung der Frage suggeriert, daß der Therapeut allein für das Behandlungsergebnis verantwortlich ist; als sei er ein Dienstleister, der seine Leistung erbringt, und der Patient als Kunde sei an diesem Prozeß nicht beteiligt, wie z.B. bei der Autoreparatur. Das entspricht nicht der Vorstellung von Psychotherapie als einem interaktiven Geschehen (Buchholz, Streeck 1999). Hier wäre ein wichtiger Anknüpfungspunkt für Qualitätssicherungs-Überlegungen.

Es ist also dringend notwendig, daß Analytiker eigene Konzepte entwickeln, wie die Ergebnisqualität des einzelnen Therapeuten in der Praxis zu „messen“, zu dokumentieren und zu beurteilen ist.

Wer legt die Erfolgskriterien fest

Wer definiert, was als Qualität und als Ziel in der Psychotherapie gilt: Patienten, Therapeuten, Kostenträger, Politiker? Es geht nicht nur um die Frage, welche Ergebnisse durch Psychoanalyse erreicht werden können, sondern auch um die Frage: Welche Ergebnisse sollen erreicht werden? Was wird unter den herrschenden Verhältnissen für machbar gehalten? Hier geht es also um die Verknüpfung mit gesellschaftlichen Normen, Politik und Geld. Die WHO definiert Gesundheit als „Zustand des vollständigen körperlichen, seelischen und sozialen Wohls, und nicht nur als das Fehlen von Krankheit oder Schwäche“. Im Zuge des Kostendrucks im Gesundheitswesen wird der Ruf nach einer „Re-Dimensionierung“ der Gesundheitsziele lauter: nicht mehr Gesundheit sollte das Ziel sein, sondern, mit einem bestimmten Maß an Beschwerden erträglich zu leben (vgl. Fäh-Barwinski 1996). Strupp (1996) z.B. vertritt: Psychotherapie kann nur in den seltensten Fällen dauerhafte Heilung bewirken; viele Patienten werden immer wieder Hilfe brauchen. Patienten und Therapeuten sollen sich mit Verbesserung statt Heilung begnügen. Er verweist auf Managed-Care-Konzepte, die den Schwerpunkt auf Kurztherapien legen, mit störungs-spezifischen Behandlungsformen, beschränkter Zielsetzung und Kostenbegrenzung. - Es wird in Zukunft nötig sein, die Ebenen bewußter zu differenzieren, sonst be-

steht die Gefahr, daß man die Ziele der Kostenträger für die Ziele des Patienten und schließlich auch für die eigenen Ziele hält.

Damit komme ich zu meinem letzten Punkt.

4. Gestaltungsmöglichkeiten für Psychoanalytiker

Eine Gefahr sehe ich darin, daß Analytiker sich dem scheinbar Unausweichlichen unterwerfen, ihre scheinbar nicht dem Zeitgeist entsprechenden Essentials als inopportun aufgeben, und so genau das, was sie befürchten, selbst herbeiführen. Sowohl auf der pragmatischen, berufspolitischen Ebene, als auch auf der theoretisch-konzeptuellen Ebene.

Ich möchte einige Ansätze exemplarisch beschreiben, die stattdessen versuchen, die spezifische Qualität von psychoanalytischer Arbeit herauszustellen.

Ein Ansatz beschäftigt sich mit der ökonomischen Seite: Markus Fäh fragt (1998): Soll die Psychoanalyse überhaupt nach Kosten-Nutzen-Gesichtspunkten bewertet werden? Ist nicht gerade dieses Kosten-Nutzen-Denken eine potentiell krankmachende gesellschaftliche Norm? Sollten Analytiker dazu nicht Distanz bewahren, anstatt sich mit dem Aggressor zu identifizieren? – Er hält es aber unter den gegebenen Bedingungen für notwendig, daß Analytiker sich mit dem Aggressor auseinandersetzen. Er fordert, bei einer Kosten-Nutzen-Analyse der Langzeittherapie den langfristigen volkswirtschaftlichen Nutzen zu berücksichtigen. Dabei stellt sich ein Übersetzungsproblem: Wie können psychoanalytische Ziele in ökonomische Nutzen-Kategorien übersetzt werden? Wie kann der Schaden permanent scheiternder Beziehungen oder abgespaltener Gefühle in ökonomischen Schaden und Nutzen übersetzt werden? Hier sieht er die Notwendigkeit, ein „interface“ und eine Übersetzungstheorie zwischen Psychoanalyse und Gesundheitsökonomie zu schaffen.

Ein anderer Ansatz befaßt sich mit dem Verhältnis von Wissenschaft und Praxis. Dieses Verhältnis wird häufig als ein hierarchisches betrachtet, in dem die Praktiker Anwender wissenschaftlicher Ergebnisse sein sollen. Praktiker hingegen finden häufig in Forschungsergebnissen keine Antworten auf ihre Fragen. Dieses zwar unbefriedigende, aber noch offene Verhältnis soll nun durch neue Entwicklungen wie evidence based medicine, Leitlinien u.s.w. eine grundlegende Schwerpunkt-Verschiebung erfahren: die Ergebnisse, die durch „objektive“ Untersuchungsinstrumente hervorgebracht wurden, sollen nun zu Vorgaben und Anweisungen für den bisher eigenverantwortlich handelnden Therapeuten werden. Buchholz (1997a, 1997b) dagegen versteht Professionalität in ihren entscheidenden Aspekten nicht nur als eine "Anwendung" von wissenschaftlich gefundenem Wissen. Wissenschaft und Profession sind aus seiner Sicht nicht hierarchisch organisiert, sondern funktional ausdifferenziert: Forscher und Praktiker haben es mit unterschiedlichen Problemen zu tun und arbeiten daran mit unterschiedlichen Methoden. An der Kontaktstelle dieser beiden Systeme operieren die Rater. Sie transformieren qualitative Befunde in quantifizierbare Daten, indem sie therapeutische Interaktionen und Ergebnisse einschätzen. Sie müssen dazu Kategorien differenzieren, Kontexte erschließen, u.s.w. Rater setzen also sozial-interaktive Kompetenzen und interpretative Leistungen des Verstehens ein. Sie benutzen diese Kompetenzen, um die Komplexität des Geschehens in der Praxis umzuwandeln in Variablen und Zahlen. Der Preis dafür ist Unterkomplexität: Abstraktionsgewinne werden mit Informationsverlusten bezahlt. (Buchholz 1997b)

Im Rahmen von Qualitätssicherung bietet sich jetzt offenbar die Gelegenheit, daß die Wissenschaft diese Arbeit an die Praktiker outsourcen kann. Sie sollen ihre professionelle Kompetenz benutzen, um ihre subjektiven Einschätzungen in Zahlen umzuwandeln. Und diese angeblich „objektiven“ Zahlen (aus Sicht der Praktiker: unterkomplex) kommen ihnen danach als etwas entgegen, das mehr Bedeutung und Wahrheit besitzen soll, als die subjektiven Fähigkeiten, mit denen diese Zahlen ursprünglich hervorgebracht wurden.

Dennoch werden entsprechend den gesetzlichen Vorschriften alle Psychotherapeuten in Zukunft ihre Behandlungen anders als bisher, auswertbar, dokumentieren müssen, auch ihre Behandlungsergebnisse. Überprüfung an sich ist ja nichts Schlechtes. Es muß nur klar sein, ob

man auch tatsächlich das erfaßt, was man überprüfen will, und man muß die Grenzen der möglichen Aussagen kennen. Dabei ist folgendes zu berücksichtigen. Wenn die Ergebnisse von ambulanter Psychotherapie mittels Dokumentation überprüfbar gemacht werden sollen, muß zunächst klar sein, zu welchem Zweck das geschehen soll. Erst dann kann man entscheiden, welche Daten dafür gebraucht werden. Also: Will man einen allgemeinen Überblick über die Ergebnisse der psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland bekommen? Oder will man Daten für gezielte wissenschaftliche Fragestellungen bekommen? Für den erstgenannten Zweck reicht eine relativ grobe Basiserhebung, für den zweiten müßte die Datenerhebung differenziert und entsprechend umfangreich sein. Eine andere Unterscheidung wäre: Will der einzelne Therapeut die Ergebnisse seiner Behandlungen kennen, im Sinne eines Auffälligkeitssignals, um Rückschlüsse für seine Arbeitsweise daraus zu ziehen (interne Qualitätssicherung)? Oder wollen Außenstehende (z.B. Kostenträger) die Arbeit des einzelnen Therapeuten bewerten (externe Qualitätssicherung), - und welche Konsequenzen sollen daraus gezogen werden, z.B. Sanktionen (Honorarminderung), Fortbildungs-Auflagen, Wettbewerbsvorteile (Zertifizierung, Liste der 100 besten Psychotherapeuten im Fokus)?

Es gibt also, bezogen auf das Therapie-Ergebnis, ganz unterschiedliche Fragestellungen, für die unterschiedliche Daten erhoben werden müssen. Diese unterschiedlichen Datenerhebungen lassen sich nicht ohne weiteres kombinieren: Datenerhebung für eine Kontrolle durch den Kostenträger wird sich vermutlich wenig dafür eignen, etwas Aufschlußreiches über die eigenen Therapien zu erfahren; Datenerhebung für wissenschaftliche Fragestellungen eignet sich nicht für den routinemäßigen Einsatz in der Praxis. - Für die Dokumentation von analytischen und tiefenpsychologischen Behandlungen im Rahmen von Qualitätssicherung gibt es ein Konzept von Rudolf und Mitarbeitern (Rudolf et al. 1999), das wesentliche Kriterien der internen Qualitätssicherung erfüllt, und das u.a. analyse-spezifische Daten erhebt (Veränderung von Struktur und unbewußter Konfliktthematik, abgeleitet aus der OPD). Es soll im Rahmen eines Modellversuchs erprobt werden.

Viele Fragen habe ich nicht behandelt, z.B.: Wie wird sich die therapeutische Beziehung durch Qualitätssicherung verändern? Was bedeutet das Konzept „Kundenzufriedenheit“ aus analytischer Sicht? In welchem Verhältnis stehen Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität in der ambulanten Psychotherapie zueinander?

Ich sehe eine Herausforderung für Analytiker darin, daß sie auf der Ebene des beruflichen Alltags ihre impliziten Standards und Ziele formulieren und kommunizierbar machen. Psychoanalyse hat viele Bereiche des Gesundheitswesens befruchtet; diese Bereiche gewinnen jetzt einen Umfang in der psychotherapeutischen Versorgung, der die Psychoanalyse völlig an den Rand zu drücken droht. Wenn die Psychoanalyse in der Krankenversorgung überleben will, werden die Psychoanalytiker noch viel deutlicher als bisher zeigen müssen, was sie tun und worin der besondere Wert ihrer Art zu arbeiten liegt, sowohl für die Patienten, als auch für die Kostenträger. Wenn man beginnt, Fehler und Mängel als zu hebende „Schätze“ (Selbmann 1994) zu suchen, sollte zumindest der Schatz der schon vorhandenen Qualität ebenfalls deutlich sichtbar sein. Hier ist noch viel Arbeit zu leisten, um unser internes Wissen auch für Außenstehende transparent und nachvollziehbar zu machen.

Man kann sich aber nicht darauf beschränken, inhaltlich zu argumentieren, sondern man muß auch die Mechanismen des Systems, in dem wir uns bewegen, noch stärker berücksichtigen: die Marktwirtschaft wird ja offensichtlich nicht nur von rationalen Argumenten wie Qualität und Wirtschaftlichkeit gesteuert, sonst gäbe es nicht diese Fülle von qualitativ minderwertigen Produkten und dieses Ausmaß an Geldverschwendung. Andere Steuerungsfaktoren sind z.B. die Machtverhältnisse auf der politischen Ebene (das betrifft unsere berufspolitischen Aktivitäten), aber auch Werbung und Public Relation.

Nach dem Debakel der A-Klasse im Elch-Test wurde von den Börsen-Analysten die „aktive Informationspolitik“ von Daimler-Benz gelobt. Die Welt zitierte einen dieser Analysten: "Die Sensibilität für die Bedürfnisse des Kapitalmarktes ist hoch." (DIE WELT, 14.11.1997)

Wir Analytiker als Spezialisten für Sensibilität und Bedürfnisse können vielleicht von Mercedes-Benz noch etwas lernen: Damit Psychoanalyse als Beruf erhalten bleibt, müssen wir Wege finden, wie wir uns gut verkaufen, ohne uns zu verkaufen.

Literatur

- Ambühl, H., Strauß, B. (1999): Therapieziele. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe
- Antonovsky, A. (1987): Unraveling the Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well. San Francisco: Jossey-Bass.
- Badura, B., Strodtholz, P. (1998): Qualitätsförderung, Qualitätsforschung und Evaluation im Gesundheitswesen. In: Schwarz, FW, Badura, B, Leidl, R, Raspe, H, Siegrist, J (Hrsg): Das Public Health Buch. München Wien Baltimore: Urban & Schwarzenberg
- Bell, K., Janssen, P., Meermann, R., Senf, W., Wirsching, M., Scheidt, C. (1996): Qualitätssicherung in der Psychotherapeutischen Medizin. In: Psychotherapeut 41: S. 250-253
- Buchholz, M.B. (1997a): Psychoanalytische Professionalität. Andere Anmerkungen zu Grawes Herausforderung. In: Forum Psychoanal 13: S. 75-93
- Buchholz, M.B., Kleist, C. v. (1997b): Szenarien des Kontakts. Gießen: Psychosozial-Verlag
- Buchholz, M.B., Streeck, U. (1999): Qualitative Forschung und professionelle Psychotherapie. In: Psychother Soz 1: S. 4-30
- Buchholz, M.B. (1999): Psychotherapie als Profession. Gießen: Psychosozial-Verlag
- Cording, C. (1997): Basisdokumentation als Grundlage qualitätssichernder Maßnahmen. In: Berger, M, Gaebel, W (Hrsg): Qualitätssicherung in der Psychiatrie. Berlin Heidelberg New York: Springer
- Decker, O. (1998): Psychotherapie nach Norm? – Überlegungen zum Thema Qualitätssicherung. In: Texte aus dem Colloquium Psychoanalyse 2: S. 94-104
- Donabedian, A. (1978): The quality of medical care. Methods for assessing and monitoring the quality of care for research and for quality assurance programs. In: Science 200, S. 856-864
- Fäh, M. (1998): Sind Langzeitpsychotherapien uneffektiv und unbezahlbar? In: Fäh, M., Fischer, G. (Hg.) (1998): Sinn und Unsinn der Psychotherapieforschung. Gießen: Psychosozial Verlag, S. 320-335
- Fäh, M., Fischer, G. (Hg.) (1998): Sinn und Unsinn der Psychotherapieforschung. Gießen: Psychosozial Verlag
- Fäh-Barwinski, M. (1997): Qualitätsmanagement in der Psychotherapie – Fragen, Probleme, Perspektiven. In: Szondiana 17: S. 79-121
- Geisler, E. (1998): Zertifizierung für Psychotherapiepraxen als Zukunftschance? In: Laireiter, A.-R., Vogel, H. (Hg.) (1998): Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung. Tübingen: DGVT-Verlag, S. 715-745
- Grawe, K., Braun, U. (1994): Qualitätskontrolle in der Psychotherapiepraxis. In: Z Klin Psychol 23: S. 242-267
- Heuft, G., Senf, W., Bell, K., Cording, C., Geyer, M., Janssen, P.L., Lamprecht, F., Meermann, R., Strauß, B., Wirsching, M. (1998): Psy-BaDo – Kernmodul einer Basisdokumentation in der Fachpsychotherapie. In: Psychotherapeut 43: S. 48-52
- Heuft, G., Senf, W. (Hg.) (1998): Praxis der Qualitätssicherung in der Psychotherapie: Das Manual zur Psy-BaDo. Stuttgart New York: Thieme
- Heydwohlf, A. v. (1995): Positivismus für die Normseele. In: Psychotherapie Forum 3: S. 174-177
- Kaiser, E. (1993): Quantitative Psychotherapieforschung - modernes Paradigma oder Potemkinisches Dorf. In: Forum Psychoanal: S. 348-366
- Kordy, H. (1992): Qualitätssicherung: Erläuterungen zu einem Reiz- und Modewort. In: Z Psychosom Med 38: S. 310-324
- Kriz, J. (1996): Zum Verhältnis von Forschung und Praxis in der Psychotherapie. In: Psychotherapie Forum 4: S. 163-168
- Laireiter, A.-R. (1997): Qualitätssicherung von Psychotherapie: Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität in der ambulanten Praxis. In: Psychotherapie Forum 5: S. 203-218
- Laireiter, A.-R., Vogel, H. (Hg.) (1998): Qualitätssicherung in der Psychotherapie und

- zialen Versorgung. Tübingen: DGVT-Verlag
- Leuzinger-Bohleber, M. (1998): Qualitative und quantitative Einzelfallforschung. In: Psychotherapie Forum 6: S. 102-117
- Leuzinger-Bohleber, M., Stuhr, U. (Hg.) (1997): Psychoanalysen im Rückblick. Gießen: Psychosozial-Verlag
- Lutz, W., Stammer, H., Leeb, B., Dötsch, M., Bölle, M., Kordy, H. (1996): Das Heidelberger Modell der Aktiven Internen Qualitätssicherung stationärer Psychotherapie. In: Psychotherapeut 41: S. 25-35
- Mans, E. (1998): Einige Schwierigkeiten von analytischer Psychotherapie und Qualitätssicherung. In: Forum Psychoanal 14: S. 258-274
- Meyer, A.-E., Richter, R., Grawe, K., v. d. Schulenburg, J.-M., Schulte, B. (1991): Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes. Hamburg
- Paar, G. H. (1997): Das Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherungsträger. In: Psychotherapeut 42: S. 156-162
- Palm, W. (1998): Computerunterstützte Erfolgs- und Prozeßkontrolle in der ambulanten Psychotherapie. In: Psychotherapeut 43: S. 130-137
- Peters, H., Rollwagen, T. (Hg.) (1996): Ziele des psychoanalytischen Prozesses. Herbsttagung der Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung
- Piechotta, B., Karger, A. (1996): C³I [Command, Control, Communications and Intelligence]. Überlegungen zur Qualitätssicherung in der analytischen Psychotherapie. In: Forum Psychoanal 12: S. 356-362
- Piechotta, B. (1998): Basisdokumentation Fachpsychotherapie – Wer sichert die Qualität der Qualitätssicherung? In: Forum Psychoanal 14: S. 275-288
- Rad, M. v., Senf, W., Bräutigam, W. (1998): Psychotherapie und Psychoanalyse in der Krankenversorgung: Ergebnisse des Heidelberger Katamnese-Projektes. In: Psychother Psychosom med Psychol 48: S. 88-100
- Rudolf, G. (1996): Psychotherapieforschung bezogen auf die psychotherapeutische Praxis. In: Psychotherapie Forum 4: S. 124-134
- Rudolf, G., Jakobsen, Th., Grande, T., Oberbracht, C. (1999, noch nicht veröffentlicht)
- Rudolf, G., Laszig, P., Henningsen, C. (1997): Dokumentation im Dienste von klinischer Forschung und Qualitätssicherung. In: Psychotherapeut 42: S. 145-155
- Sandell, R. (1997): Langzeitwirkung von Psychotherapie und Psychoanalyse. In: Leuzinger-Bohleber, M., Stuhr, U. (Hg.) (1997): Psychoanalysen im Rückblick. Gießen: Psychosozial-Verlag, S. 348-365
- Sandler, J., Dreher, A.U. (1999): Was wollen die Psychoanalytiker? – Das Problem der Ziele in der psychoanalytischen Behandlung. Stuttgart: Klett-Cotta
- Scheidt, C.E., Wirsching, M. (1995): Qualitätssicherung in der ambulanten Fachpsychotherapie - erste Ergebnisse einer Untersuchung in 40 psychotherapeutischen Fachpraxen. In: Mitteilungen des DKPM 29: S. 67-73
- Scheidt, C.E. (1996): Möglichkeiten und Grenzen der Basisdokumentation für die Qualitätssicherung in der ambulanten Fachpsychotherapie. In: Hennig, H., Fikentscher, E., Bahrke, U., Rosendahl, W. (Hg.): Kurzzeitpsychotherapie in Theorie und Praxis. Lengerich: Pabst Science Publishers
- Scheidt, C.E., Seidenglanz, K., Dieterle, W., Hartmann, A., Bowe, N., Hillenbrand, D., Sczudlek, G., Strasser, F., Strasser, P., Wirsching, M. (1998): Basisdaten zur Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie – Teil 1. In: Psychotherapeut 43: S. 92-101
- Scheidt, C.E., Seidenglanz, K., Dieterle, W., Hartmann, A., Bowe, N., Hillenbrand, D., Sczudlek, G., Strasser, F., Strasser, P., Wirsching, M. (1999): Basisdaten zur Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie – Teil 2. In: Psychotherapeut 44: S. 83-93
- Schmidt, J., Nübling, R. (1994): Qualitätssicherung in der Psychotherapie – Teil 1: Grundlagen, Hintergründe und Probleme. In: Z Wiss Gesprächspsychother 96: S. 15-25

- Schmidt, J., Nübling, R. (1994): Qualitätssicherung in der Psychotherapie – Teil 2: Realisierungsvorschläge, Modellprojekte und bereits laufende Maßnahmen. In: Z Wiss Gesprächspsychother 99: S. 42-53
- Schmidt-Bodenstein, S. (1998): Versorgungsstrukturelle Aspekte von Qualitätssicherung. In: Laireiter, A.-R., Vogel, H. (Hg.) (1998): Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung. Tübingen: DGVT-Verlag, S. 493-509
- Schulte, D. (1993): Wie soll Therapieerfolg gemessen werden? In: Z Klin Psychol 4: S. 374-393
- Selbmann, H.-K. (1990): Stand der medizinischen Qualitätssicherung in der Bundesrepublik Deutschland. In: Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (Hg.) (1990): Symposium zur Qualitätssicherung – Teil I: Stationäre und ambulante medizinische Versorgung. Bonn: Forschungsbericht 203
- Selbmann, H.-K. (1994): „Jede Schwachstelle ist ein Schatz, den man heben muß“. In: Rheinisches Ärzteblatt 8/48: S. 15-19
- Seligman, M. (1995): The Effectiveness of Psychotherapy – The Consumer Reports Study. In: American Psychologist 50: S. 965-974
- Strauß, B., Kriebel, R., Mattke, D. (1998): Probleme der Qualitätssicherung in der stationären Gruppenpsychotherapie. In: Psychotherapeut 43: S. 18-25
- Troje, E. (1998): „Überlegen Sie bitte, an welchen dieser Beschwerden Sie leiden. Machen Sie ein Kreuz ...“ Die Wirkung der Therapieforschung auf ihre Subjekte. In: Z f psychoanal Theorie und Praxis XIII, 2: S. 196-217
- Ulsenheimer, K. (1998): „Leitlinien, Richtlinien, Standards“ – Risiko oder Chance für Arzt und Patient. In: Arzt und Krankenhaus 5: S. 106-111