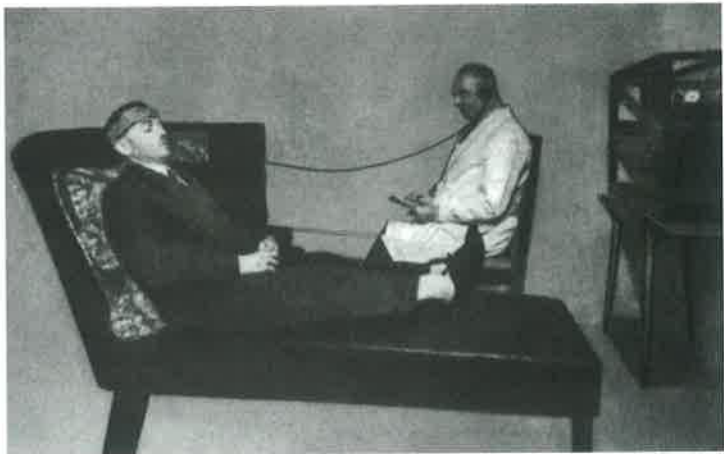


Gemeindepsychologische
Perspektiven

Stefan Näther

Qualitätssicherung in Psychotherapie und psychosozialer Praxis



2. Auflage

Profil

Stefan Näther
Qualitätssicherung in Psychotherapie und psychosozialer Praxis
2. Aufl.

Reihe
Gemeindepsychologische Perspektiven
Herausgegeben von Heiner Keupp
Bd. 10

Stefan Näther

Qualitätssicherung
in Psychotherapie
und psychosozialer Praxis

Vorwort von Heiner Keupp

2. durchges. Aufl.

Profil

Anschrift des Autors:
Stefan Näther, Dipl.-Psych.
Bassermannstr. 24
D-81245 München

Anschrift des Reihenherausgebers:
Prof. Dr. Heiner Keupp
Institut für Psychologie – Sozialpsychologie –
Ludwig Maximilians Universität
Leopoldstr. 13
D-80802 München

Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme

Näther, Stefan:

Qualitätssicherung in Psychotherapie und psychosozialer Praxis /
Stefan Näther. Vorw. von Heiner Keupp. - 2., neubearb. Aufl. - München ;
Wien : Profil, 2000
(Gemeindepsychologische Perspektiven ; Bd. 10)
ISBN 3-89019-445-1

© 2000 Profil Verlag GmbH München Wien
Satz: Profil Verlag
Druck und Bindung: DruckTeam Regensburg
Printed in Germany
ISBN 3-8910-445-1

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verla- ges unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbei- tung in elektronischen Systemen.

Inhalt

Vorwort (Heiner Keupp)	7
Vorwort zur 2. Auflage	8
1. Einführung	9
2. Der Qualitätssicherungsdiskurs im Überblick	12
2.1 Argumentationslinien für eine Qualitätssicherung in der psychologischen Tätigkeit	13
2.1.1 Qualitätssicherung ist eine gesetzliche Auflage	14
2.1.2 Qualitätssicherung ist eine betriebswirtschaftlich- ökonomische Notwendigkeit	17
2.1.3 Qualitätssicherung ist eine fachimmanente Aufgabe der Psychologie	23
2.1.4 Qualitätssicherung ist eine ethische Verpflichtung	27
2.2 Grundlegendes zur Qualitätssicherung	29
2.2.1 Definition(en) von Qualitätssicherung oder: Das Kardinalproblem der Qualitätssicherung	29
2.2.2 Klassifikationsmöglichkeiten der Qualitätssicherung	33
2.2.3 Prozeß der Qualitätssicherung	37
2.2.4 Modelle der Qualitätssicherung	38
3. Qualität der Psychotherapie nach dem Berner Modell	45
3.1 Die Berner Psychotherapieforschung	45
3.1.1 Fragestellung, Vorgehen und Ergebnisse	46
3.1.2 Exkurs: Chronik einer Kontroverse und ihr berufspolitischer Hintergrund	51
3.2 Eine intraparadigmatische Kritik: Zur Stichhaltigkeit der Statistik am Beispiel psychoanalytischer Verfahren	60
3.2.1 Wirkungsnachweise	61
3.2.2 Direkte Wirkungsvergleiche	76

3.3 Folgerungen für die Qualität(-ssicherung)	81
3.3.1 „Allgemeine Psychotherapie“	82
3.3.2 „Kontrollierte Praxis“	89
4. Qualität der psychosozialen Praxis	97
4.1 Grundlagen	97
4.1.1 Reflexion von Wissenschaft und Methode	99
4.1.2 Sozialepidemiologie	110
4.1.3 Praxisverständnis	119
4.2 Folgerungen für die Qualitätssicherung	134
4.2.1 Qualitätssicherungsstrategie: Handlungsforschung und sozialepidemiologische Evaluation	134
4.2.2 Qualitätsmodell: Ethische Orientierung	144
5. Schlußbemerkung	153
Anhang: Qualitätssicherung in der Praxis	159
Anmerkungen	170
Literatur	171

Vorwort

Wortverbindungen mit dem Begriff „Qualität“ haben gute Chancen in die Topliste der „Unworte“ aufgenommen zu werden, ganz besonders, wenn sie noch als Anglizismus daher kommen. Diese Wortungetüme haben längst auch den psychosozial-psychotherapeutischen Bereich überflutet. Die Mehrheit der Psychologen und Psychotherapeuten reagiert allerdings auf diese Begriffsflut noch immer wie auf eine Besetzung durch fremde Truppen und mobilisiert entsprechend die totale innere Abwehr bzw. vollzieht – weil man sich auf verlorenem Posten sieht – eine unkritische Unterwerfung. Eine differenzierte Auseinandersetzung mit den Ansprüchen, Erwartungen und Doppelbotschaften, die im Raum sind, wenn die Forderung nach Qualitätssicherung erhoben wird, findet noch immer kaum statt. Mit seinem Buch leistet Stefan Näther einen wertvollen Beitrag zu dieser notwendigen kritisch-reflexiven Auseinandersetzung. Man kann es lesen als eine Art Zwischenbilanz, die uns einen hilfreichen Leitfaden liefert, um einen Überblick über die Publikationsflut zum Thema Qualitätssicherung zu gewinnen. Man kann es aber auch als einen engagierten Beitrag zu einer eigenständigen Formulierung von Qualitätsstandards in der psychosozialen Arbeit lesen.

Nach einer kritischen Auseinandersetzung mit dem hegemonial auftretenden Berner Modell der Psychotherapieevaluation sucht der Autor nach einer Möglichkeit, die Qualität psychosozialer Praxis positiv-konstruktiv zu formulieren. Bei diesem Vorhaben werden die Grenzen eines nomothetischen Wissenschaftsbegriffs überschritten und wissenschaftstheoretische Reflexionen über die Bedingungen der Möglichkeiten für ein alternatives Wissenschaftsverständnis entwickelt. Näther erweist sich als versierter Kenner der erkenntnis- und wissenschaftstheoretischen Kontroversen und zeigt Pfade auf, auf denen Qualitätsstandards gefunden werden können, die nicht dem positivistischen „Königsweg“ folgen. Einen zweiten Bereich, der für die Formulierung von Qualitätskriterien relevant ist und sowohl von Grawe und seiner Berner Gruppe zur Psychotherapieevaluation als auch von einem großen Teil der Psychoanalytiker vernachlässigt wird, findet Stefan Näther in der sozialepidemiologischen Forschung. Deren Forschungsergebnisse verweisen auf relevante gesellschaftliche Hintergründe bei der Entstehung psychischen Leids und enthalten die Möglichkeit, aus ihnen Kriterien für

gesundheitspolitische Prioritäten abzuleiten, die jenseits von therapeutisch-technischen Effizienzansprüchen liegen.

Im wesentlichen aus dem Pool gemeindepsychologischer Konzepte schöpft der Autor Anregungen für die Formulierung adäquater Handlungsbedingungen psychosozialer Praxis. Hierüber eröffnet sich für ihn die Möglichkeit, Qualitätskriterien psychosozialen Handelns zu formulieren. In einem letzten Schritt entwirft Näther ein Rahmenkonzept für eine praxisorientierte Handlungsforschung. Ihre Strategie integriert Selbstevaluation, eine formativ-prozeßorientierte Ausrichtung, qualitative Methoden der Sozialforschung und das Kriterium der Parteilichkeit zugunsten jener Personen und Personengruppen, die am massivsten in ihrem Wohlbefinden eingeschränkt sind. Betont wird auch die Nutzerorientierung psychosozialer Praxis.

Mit seinem Buch plädiert Stefan Näther dafür, sich dem Qualitätsdiskurs nicht zu verweigern, sondern ihn kritisch-reflexiv aufzunehmen und dazu zu nutzen, die eigene Praxis permanent einer kritischen Selbstüberprüfung zu unterziehen und sich der Kriterien bewußt zu sein, aus denen heraus die eigene psychosoziale Arbeit begründet wird. Ein diffus-allgemeines Helferpathos reicht längst nicht mehr aus. Die Notwendigkeit für eine Selbstevaluation sollte deshalb nicht in erster Linie darüber begründet werden, daß sie politisch und betriebswirtschaftlich erzwungen sei, sondern daß sie aus wohlbegründeten berufsethischen Prinzipien erforderlich ist.

München, Frühling 1997

Heiner Keupp

Vorwort zur 2. Auflage

Die positive Aufnahme des Buches übertraf die Erwartung und machte die zweite und überarbeitete Auflage notwendig. Es wurden inhaltliche Aktualisierungen und stilistische Verbesserungen vorgenommen. Internationalen Gepflogenheiten folgend, wird aus Gründen der Lesbarkeit in den meisten Fällen lediglich die männliche Form gewählt, wobei immer beide Geschlechter gemeint sind. Für das gründliche Lektorat bedanke ich mich herzlich bei Frau Dipl.-Psych. Susanne Pilger, Frau Dipl.-Psych. Gisela Kluck und Dr. H. Jürgen Kagelmann. Weiterhin sei Prof. Dr. Heiner Keupp, Detlef Willing, Annelies Zaglauer und meiner Familie (Annette, Lisa, Luca, Benjamin, Christian, Rudolf und Gertrud Näther sowie Liesel und Ado Märkl) Dank gesagt für die vielfältige Unterstützung bei dieser Arbeit.

1. Einführung

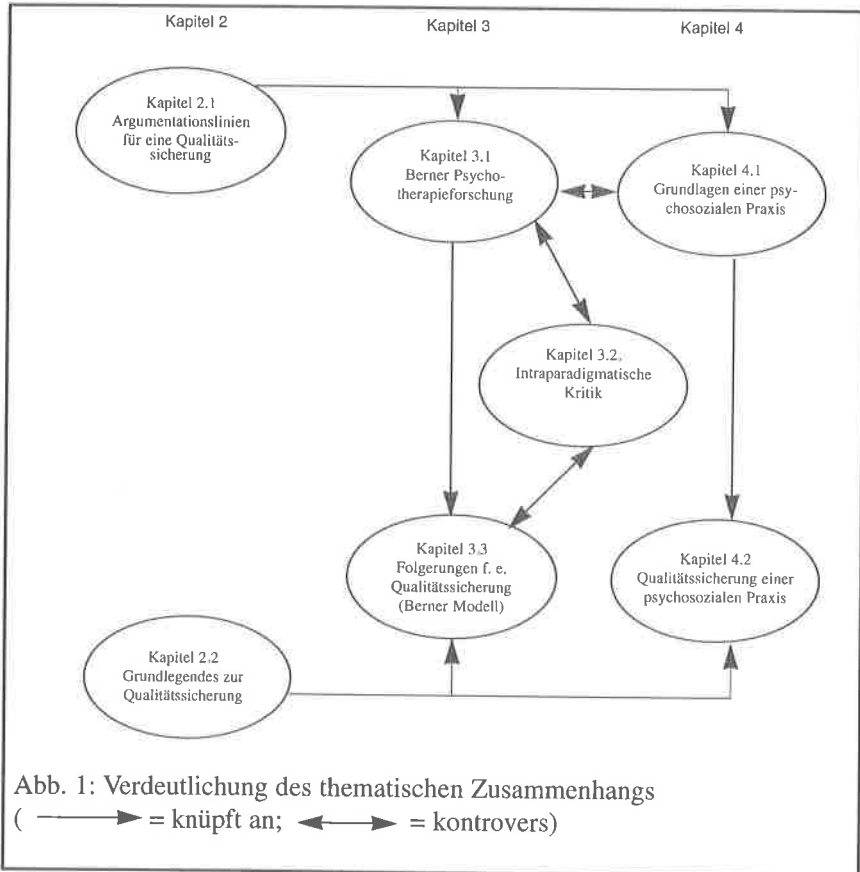
Der Titel dieser Arbeit „*Qualitätssicherung in Psychotherapie und psychosozialer Praxis*“ gibt nur einen vagen Anhaltspunkt, um welche konkreten Inhalte es in gehen wird. Die Komplexität und Vielfältigkeit dieses Themas läßt es nicht zu, es in der Gänze zu behandeln. Der spezielle Ausschnitt aus diesem Diskurs soll kurz vorgestellt werden, um vorweg beim Lesen des Buches eine bessere Orientierung zu geben. Es werden vier Anliegen verfolgt, die sich auch in der Struktur der Kapitelaufteilung niederschlagen:

(1.) Zunächst wird im Überblick über den Qualitätssicherungsdiskurs informiert werden (Kap. 2). *Argumentationslinien* für eine Qualitätssicherung in der psychologischen Tätigkeit (2.1) finden sich in vier verschiedenen Lesarten: Qualitätssicherung ist eine gesetzliche Auflage geworden (2.2.1), Qualitätssicherung ist eine betriebswirtschaftlich-ökonomische Notwendigkeit (umfassendes Qualitätsmanagement; 2.1.2), Qualitätssicherung ist eine fachimmanente Aufgabe der Psychologie und im wesentlichen nichts Neues (2.1.3) sowie Qualitätssicherung ist eine ethische Verpflichtung (2.1.4). Diese Argumentationslinien werden als Begründungszusammenhang für eine Qualitätssicherung dargestellt. Im zweiten Teil des Qualitätssicherungskapitels wird *Grundlegendes* angeführt (2.2): Definitionen der Qualitätssicherung werden vorgestellt und auf das Kardinalproblem der Qualität – Welche Indikatoren bestimmen die Qualität? – wird aufmerksam gemacht (2.2.1). Weiterhin werden Klassifikationsmöglichkeiten der Qualitätssicherung (z.B. Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität; 2.2.2), der Prozeß der Qualitätssicherung (2.2.3) sowie Modelle der Qualitätssicherung (2.2.4) ausgeführt.

(2.) Qualitätssicherung im Psychotherapiebereich wird häufig als gesetzeswissenschaftliche Behandlungsevaluation analog der mainstream-Forschung konzipiert. Protagonist dieses Ansatzes ist die Berner Forschergruppe um Graue, die auch in der Gesundheitspolitik derzeit höchste Aufmerksamkeit genießt. Exemplarisch wird das Berner Vorgehen einer differenzierten immanenten Kritik unterworfen und ihre Qualitätssicherungsvorstellungen werden hinterfragt (Kap. 3). Grundlegend ist die *Berner Psychotherapieforschung* (3.1),

deren Fragestellungen, Vorgehen und Ergebnisse kurz erläutert werden (3.1.1). Es schließt sich ein Exkurs zur berufspolitischen Tragweite und Kontroverse dieser Forschungsarbeit an (3.1.2). Im zweiten Teil dieses Kapitels (3.2) wird eine *intraparadigmatische* Kritik versucht, die am Beispiel der psychoanalytischen Verfahren die Stichhaltigkeit der verwendeten Methoden untersucht und bewertet. Dieses Kapitel gliedert sich, analog zu den zwei Hauptfragestellungen der Forscher, in eine Kritik hinsichtlich der Ergebnisse über die Wirkung von Psychotherapien (3.2.1) sowie in eine Kritik der angestellten direkten Wirkungsvergleiche (3.2.2). Im dritten Teil dieses Kapitels (3.3) werden die *Folgerungen für die Qualitätssicherung* aus Sicht der Berner Forscher dargestellt. Sie bestehen einerseits in der Forderung nach einer bestimmten Qualität der Therapierichtung/-ausbildung (Stichwort „Allgemeine Psychotherapie; 3.3.1) und andererseits in dem Vorschlag der sog. „Kontrollierten Praxis“ (3.3.2).

(3.) Um es nicht bei einer reinen Kritik zu belassen, werden für eine gemeindepsychologisch orientierte psychosoziale Praxis Qualitätssicherungsüberlegungen angestellt. Dazu wird ein Perspektivenwechsel vorgenommen, indem ein kritisch-sozialwissenschaftliches Verständnis die gesetzeswissenschaftliche Betrachtungsweise ablöst. Damit geht einher, daß der bisher dominante Psychotherapiebegriff nun als Bestandteil in einer psychosozialen Praxis aufgelöst wird (Kap. 4). Die wichtigsten Bezugspunkte oder Grundlagen einer „Psychosozialen Praxis“ werden angeführt (4.1): Die Notwendigkeit der Reflexion von Wissenschaft und Methode (4.1.1), um einerseits zu einem gegenstandsadäquaten Forschungsvorgehen zu gelangen und um sich andererseits widersprüchliche Forschungsergebnisse verständlich machen zu können, wird deutlich gemacht. Weiterhin wird über die Sozialepidemiologie referiert (4.1.2), da sie sowohl für das Verständnis der Leidestehung als auch als Evaluationsinstrument von Bedeutung ist. Diese Ausführungen leiten über zu einem Praxisverständnis (4.1.3), das den Technizismus zu überwinden versucht und sich auf den Lebenszusammenhang der Subjekte konzentriert. Auf dieser Grundlage aufbauend lassen sich Folgerungen für eine angemessene *Qualitätssicherung einer psychosozialen Praxis* ziehen (4.2): Zum einen kommen als Qualitätssicherungsstrategien (4.2.1) eine kritische Handlungsforschung, die auf eine Qualitätsverbesserung zielt, sowie sozialepidemiologische Untersuchungen, die einen gerechten Zugang zu den Hilfsangeboten zu kontrollieren vermögen, in Betracht. Zum anderen wird eine Annäherung an *Qualitätskriterien* unternommen (4.2.2), die in einer an einer Ethik orientierten Systematik versucht, einen Mittelweg zwischen totaler Beliebigkeit und Standardisierung von Qualitätsindikatoren zu finden.



Zur besseren Veranschaulichung des thematischen Zusammenhangs der Kapitel dient die Abb. 1. Wie man sieht, rahmt der Qualitätssicherungsdiskurs sowohl die nomothetische Richtung der Berner Forschung als auch eine eher sozialwissenschaftlich-reflexive Konzeption ein, wobei beide Ansätze in einer kontroversen Beziehung stehen.

(4.) Um einen Theorie-Praxis-Transfer zu ermöglichen, findet sich im *Anhang* ein Vorschlag für die praktische Umsetzung von Qualitätssicherung entsprechend der vorangegangenen theoretischen Begründung. Zum einen wird als Qualitätssicherungsstrategie bzw. zur Anbahnung eines Qualitätssicherungsprozesses das Konzept der Zukunftswerkstatt vorgestellt, zum anderen sind in einer Liste wichtige Qualitätskriterien zusammengestellt, die den Praktikern als Anregungen dienen können.

2.

Der Qualitätssicherungsdiskurs im Überblick

Die „Qualitätssicherung“ ist in den letzten Jahren zu einem großen Reiz- und Modethema (Kordy, 1992) im psychosozialen Bereich geworden, wie es seinesgleichen sucht.

Reizthema deshalb, weil viele in diesem Bereich Tätige mit dem Qualitätssicherungsbegriff mangelndes Vertrauen auf ihre Kompetenz, zunehmende Kontrolle und Bewerten ihres Handelns durch dritte und letztlich auch noch Mehrarbeit verbinden. Weiterhin spüren sie den Druck über Gesetze, Verbandsrichtlinien, Ökonomie usw. (s. Kap. 2.1), sich der Qualitätssicherung zu stellen. Auf schroffe Ablehnung stoßen die bisherigen Überlegungen zur Qualitätssicherung aber auch z. T. von Betroffenen („Antipsy-chiatrie“), die darin die Reproduktion der bestehenden Machtverhältnisse sehen: In erster Linie bestimmen die „Experten“ die Kriterien der Qualität und stellen sie sicher, und die oft angeführte „Nutzerorientierung“ oder der „Triolog“ verschleiert nur die Ungleichberechtigung unter den bestehenden Bedingungen (vgl. z.B. v. Trotha, 1995, S. 6).

Von einem *Modethema* kann man sprechen, da Qualitätssicherung inzwischen in vielen Foren des psychosozialen Bereichs präsent ist: In den Fachzeitschriften findet sich eine kaum noch zu überblickende Anzahl an Veröffentlichungen dazu – ich zählte allein fünf Schwerpunktheft¹ renommierter Zeitschriften und fünf Aufsatzbände². Pinter (1995) fand für die letzten 20 Jahre allein 1200 deutschsprachige Literaturstellen zur Qualitätssicherung.

Weiterhin bestehen bereits viele Arbeitsgruppen³, die Qualitätssicherungskonzepte entwickeln. In den Psychotherapieverbänden wird das Thema (unterschiedlich stark) diskutiert und Stellung bezogen (z.B. Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, 1996a, 1996b, 1996c, 1996d und 1997). Auch auf Kongressen hat das Thema oft einen hohen Stellenwert (z.B. Kongreß für klinische Psychologie und Psychotherapie 1996, bei dem Qualitätssicherung ein eigener Themenblock war) oder es ist sogar alleiniger

Gegenstand von Tagungen (Tagung 1992 in Freiburg: „Was heißt Qualitätssicherung in der Psychotherapie?“; vgl. Vogel, 1993; Tagung 1997 in Frankfurt: „Qualität in Beratung und Therapie“; Tagung 1998 in München: „Empowerment und Qualitätssicherung“). Bei all den hier beschriebenen Aktivitäten und Veröffentlichungen hat man den Eindruck – im Gegensatz zur oben skizzierten ablehnenden Position –, daß Qualitätssicherung als etwas Erstrebenswertes und für alle Beteiligten Gewinnbringendes erachtet wird bzw. erachtet werden kann. Jedoch gilt die Einschränkung, daß nicht jede Art der Qualitätssicherung hilfreich und nützlich ist, sondern daß es entscheidend auf ihre inhaltliche Konkretisierung ankommt.

Zunächst werden die Argumentationslinien vorgestellt werden, die eine Qualitätssicherung begründen (können) und zum Teil erklären, wieso Qualitätssicherung zu so einem prominenten Thema wurde.

2.1 Argumentationslinien für eine Qualitätssicherung in der psychologischen Tätigkeit

Im Editorial des Schwerpunktheftes Qualitätssicherung der „Zeitschrift für Klinische Psychologie“ werden von Richter (1994) drei Gesichtspunkte angeführt, die eine Beschäftigung klinischer Psychologen und Psychologinnen mit der Qualitätssicherung notwendig werden lassen:

Zum einen wird angeführt, daß seit 1989 die Qualitätssicherung in der kassenärztlichen und stationären Versorgung nach §§ 135ff. im *Fünften Sozialgesetzbuch* (SGB V) gesetzlich verankert ist, d.h. auch klinische Psychologen müssen eine Umsetzung dieser Vorschrift planen und durchführen – sofern sie Geld für ihre Dienstleistung erhalten wollen. Insofern ist Qualitätssicherung (auch) eine gesetzliche Auflage (s. Kap. 2.1.1) geworden.

Zum anderen wird auf die Entwicklung in der Betriebswirtschaft hingewiesen, in der die ursprünglich für die Qualitätskontrolle im Produktionsprozeß entwickelten Konzepte nun auch in veränderter Form auf den Dienstleistungsbereich angewendet werden und inzwischen zum sog. „total quality management“ („Umfassendes Qualitätsmanagement“) ausgebaut sind. Eine Begründung für Qualitätssicherung könnte also hier lauten: Eine Entwicklung, die im gesamten Dienstleistungsbereich als betriebswirtschaftlich-ökonomische Notwendigkeit erachtet wird (s. Kap. 2.1.2).

Drittens wird vorgebracht, daß „sich die klinische Psychologie immer schon der Qualitätsverbesserung angenommen hat“, wobei gleichwohl im

„Bereich der ambulanten Psychotherapie nicht davon die Rede sein [kann; S.N.], daß die Qualität der Behandlung hinreichend gesichert sei“ (Richter, 1994, S. 233f). Hier wird also darauf abgehoben, daß die Qualitätssicherung seit jeher eine fachimmanente Aufgabe der Psychologie war, es aber dennoch weiterer, zusätzlicher Anstrengungen bedarf (s. Kap. 2.1.3).

Als vierte Argumentationslinie wäre noch hinzuzufügen, daß Qualitätssicherung auch aus ethischen Überlegungen einzufordern ist, wobei man dann aber die sicheren und einfachen Argumentationsfolien wie die der Gesetze, der Ökonomie oder der klinisch-psychologischen Wissenschaft entbehren muß. Wieso sollte aber die Ethik, die sich in den Lebenszusammenhängen immer „aus der Verantwortung für die anderen“ ableitet, ausgerechnet im psychosozialen Bereich ausgespart bleiben, wo sie augenscheinlich relevant ist? Insofern kann Qualitätssicherung aus einer ethischen Verpflichtung heraus gefordert werden (s. Kap. 2.1.4).

2.1.1 Qualitätssicherung ist eine gesetzliche Auflage

Da Qualitätssicherung nicht nur eine freiwillige Aufgabe ist, sondern auch gesetzlich verankert ist, sollte dieser juristische Hintergrund verdeutlicht werden (vgl. dazu auch: Gaebel, 1995b, S. 483f.; Schmidt & Nübling, 1994, S. 16f.; Pinter et al., 1995, S. 22; Arbeitsgruppe Qualitätssicherung des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe, 1995, S. 118ff.).

Sozialgesetzbuch Teil V (SGB V)

Das enorm wachsende fachbezogene Interesse, das der Qualitätssicherung nun in fast allen Bereichen der Gesundheitsdienstleistungen zukommt, ist zu einem großen Teil sicherlich auf die Veränderung des SGB V vom 20. 12. 1988 zurückzuführen. Die relevanten Neuregelungen finden sich im Neunten Abschnitt „*Sicherung der Qualität der Leistungserbringung*“ (Man beachte, daß diese Regelungen sich ausschließlich auf den kassenfinanzierten Bereich beziehen, d.h. sie betreffen die sog. Richtlinienpsychotherapien, Krankenhäuser, die nach § 108 zugelassen sind oder Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, die nach § 111 Verträge mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen haben. Für viele psychosoziale Einrichtungen, die in der Regel nicht kassenfinanziert sind, besteht diese Pflicht also nicht.)

2.1 Argumentationslinien für eine Qualitätssicherung in der psychol. Tätigkeit

Im § 135 wird die Qualitätssicherung der kassenärztlichen (und kassenzahnärztlichen) Versorgung gesetzlich verankert. Besonders der dritte Absatz dürfte für die ambulante Psychotherapie praktische Folgen haben: „Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen bestimmen durch Richtlinien Verfahren zur Qualitätssicherung der ambulanten kassenärztlichen Versorgung“ (§ 135 (3) SGB V).

Zum Jahr 2000 ist die Einführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen in die Psychotherapierichtlinien geplant. Im Arbeitsausschuß Psychotherapie des Bundesausschusses Ärzte und Krankenkassen wird offenbar gegenwärtig u.a. diskutiert, umfangreiche Testverfahren verpflichtend vorzuschreiben (Stellungnahme der Psychotherapeutischen Fach- und Berufsverbände, 1999). Fach- und Berufsverbände argumentieren gegenwärtig, daß Qualitätssicherung bereits auf einem hohen Niveau stattfindet (Supervision, Kollegiale Intervision, Gutachterverfahren). Zusätzliche Maßnahme müßten hinsichtlich Aufwand, Nutzen und Honorierung des zusätzlichen Arbeitsaufwandes in einem angemessenen Verhältnis stehen (Bowe, 1999). Wie die Richtlinien aussehen werden, bleibt noch abzuwarten.

§ 136 SGB V sieht in der ambulanten Versorgung eine Qualitätsprüfung im Einzelfall vor: „Die Kassenärztliche Vereinigungen prüfen die Qualität der in der kassen- und vertragsärztlichen Versorgung erbrachten Leistungen (...) im Einzelfall durch Stichproben, deren Auswahl, Umfang und Verfahren im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Verbänden der Ersatzkassen festgelegt wird“ (§ 136 (1) SGB V). Hier wird also auch eine direkte externe Kontrolle ambulant tätiger Ärzte bzw. Psychotherapeuten vorgesehen, wie dies z.B. durch das Dokumentationssystem der „Kontrollierten Praxis“ von Grawe und Braun (1994; s. Kap. 3.3.2) ermöglicht werden kann.

Für den stationären Bereich, also auch für die Psychiatrie, ist § 137 SGB V einschlägig: „Die nach § 108 zugelassenen Krankenhäuser sowie die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, mit denen ein Vertrag nach § 111 besteht, sind verpflichtet, sich an Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen. Die Maßnahmen sind auf die Qualität der Behandlung, der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse zu erstrecken. Sie sind so zu gestalten, daß vergleichende Prüfungen ermöglicht werden (...)“ (§ 137 SGB V). Auch hier sind Qualitäts-, Leistungsfähigkeits- und Wirtschaftlichkeitsprüfungen vorgesehen (§ 113 SGB V), deren Verfahrens- und Prüfungsgrundsätze in den Verträgen zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und der Krankenhausgesellschaft oder den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land festgelegt werden sollen (§ 112 SGB V).

Hierzu wurden erste konkrete Umsetzungen berichtet (Spöhring, 1996, S. 36): Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung haben sich in einem Thesenpapier darauf geeinigt, den Krankenhäusern zu empfehlen, „auf der Grundlage eines regelmäßig fortzuschreibenden Themenkatalogs

freiwillig jährlich einen Qualitätssicherungsbericht zu erstellen, in dem die Leistungen in exemplarischen Bereichen nachvollziehbar dargestellt und im übrigen weitere krankenhausspezifische qualitätssichernde Aktivitäten erläutert werden sollen“ (S. 36). Krankenhäuser, die oben angeführter gesetzlicher Verpflichtung zur Qualitätssicherung unterliegen, sollen dafür ein sog. *Zertifikat A* erhalten, das auf Landesebene gemeinsam von der Landeskrankenhausesellschaft und den Landesverbänden der Krankenkassen gegeben wird. Nach Erfahrungen mit dem Zertifikat A soll später noch ein *Zertifikat B* eingeführt werden, das u.a. externe Prüfungen einbezieht (vgl. § 113 SGB V).

Psychiatrie Personalverordnung (Psych-PV)

Eine weitere rechtliche Grundlage für Qualitätssicherung ergibt sich speziell für die Psychiatrie aus der *Psychiatrie Personalverordnung* (Wienert, 1991)⁴:

In der Psych-PV sind für die Teilgebiete z.B. der Erwachsenenpsychiatrie (Allgemeine Psychiatrie, Abhängigkeitskranke, Gerontopsychiatrie) jeweils sechs Behandlungsbereiche festgelegt worden: Regelbehandlung, Intensivbehandlung, Rehabilitative Behandlung, Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker, Psychotherapie und Tagesklinische Behandlung (insgesamt also 18 Bereiche). Weiterhin wurden für sechs Berufsgruppen (Oberärzte, Ärzte im Stationsdienst, Dipl.-Psychologen, Ergotherapeuten, Pflegepersonal, Bewegungstherapeuten/Krankengymnasten) Tätigkeitsprofile, d.h. Regelaufgaben festgelegt. Obigen Behandlungsbereichen wurden dann Minutenwerte der sechs Berufsgruppen (pro Woche und Patienten) zugeordnet, so daß sich für die psychiatrischen Krankenhäuser eine festgelegte und vor allem vergrößerte Personalbemessung ergab, weswegen „man zurecht davon ausgehen [kann; S.N.], daß die Auswirkungen der Psych-PV einen Qualitätssprung mit sich bringen werden“ (Wienberg, 1991, S. 3). In § 4(4) des Verordnungstextes ist festgelegt, daß sich die Vertragsparteien verpflichten, „Rahmenvereinbarungen zu treffen, die eine Prüfung der entscheidenden Grundlagen für die Personalbemessung sowie der sachgerechten Umsetzung der verbesserten Personalbesetzung in den psychiatrischen Einrichtungen ermöglichen. (...) Die verbesserte Personalausstattung muß auch zu einer entsprechend verbesserten Behandlung und Betreuung der Patienten führen. Es muß daher geprüft werden, ob das Behandlungsangebot dem der Verordnung zugrundeliegenden therapeutischen Konzept entspricht, (...)“ (Einzelbegründung zu §4(4); Bundesrats-Drucksache 666/90, 1990; zit. nach Wienberg, 1991, S. 70). Die Prüfungen sollen vom Medizinischen Dienst durchgeführt werden.

Die Krankenkassen haben nach Kunze (1995a, S. 34; 1995b, S. 63) drei Hebel zur Umsetzung der Psych-PV im Sinne einer Qualitätssicherung: 1) Die Überprüfung der Not-

wendigkeit einer stationären Behandlung sei durch die Konkretisierung der Kriterien für Krankenhausbehandlung in der Verordnung besser möglich. 2) Eine Voraussetzung für die Berechnung des Personals nach Psych-PV ist die Zuordnung der Patienten und Patientinnen nach Behandlungsbereichen, die geprüft werden kann. 3) Ob die Personalausstattung in ein entsprechendes Behandlungsangebot umgesetzt wurde, kann ebenfalls kontrolliert werden.

Während hinsichtlich der Psych-PV durch ihre gesetzliche Regelung relativ gut vorhersehbar ist, welcher Art die „Qualitätssicherung“ sein wird (Verknüpfung von Personalbemessung mit Leistungen/Aufgaben), ist das hinsichtlich den Regelungen im SGB V nicht möglich. Die Psychotherapie-Richtlinien enthalten die Ankündigung der Einführung von QS-Maßnahmen zum 1.1.2000.

2.1.2 Qualitätssicherung ist eine betriebswirtschaftlich-ökonomische Notwendigkeit

Das Gesundheitsreformgesetz, das Gesundheitsstrukturgesetz, die Pflegeversicherung und andere gesundheitspolitische Überlegungen und Gesetze wurden primär unter dem Kostenaspekt diskutiert und zielen auf eine Kostendämpfung (vgl. Hüllemann & Kunze, 1995). Diesem Kostenaspekt steht eine scheinbar nicht stillbare Nachfrage an Gesundheitsleistungen gegenüber, die der Sozialstaat zu finanzieren hat, aber nicht in vollem Umfang erbringen kann. Ein Ausweg aus dem Dilemma (Finanzierbarkeit vs. Nachfrage) wird inzwischen im Ansetzen an der „Qualität“ und der „Wirtschaftlichkeit“ der Leistungen gesehen, deren Grundüberlegung so formuliert werden kann: Finanziert man nur noch Gesundheitsleistungen, die eine hohe Qualität haben, spart man sich die Kosten für die nutzlosen Interventionen; bezieht man zudem die Wirtschaftlichkeit mit ein, so wird nach einem Kosten-Nutzen-Abgleich nur noch die günstigere Variante qualitativ gleichwertiger Leistungen getragen. Insgesamt würden dadurch also mehr und/oder bessere Gesundheitsleistungen für das gleiche Budget („Kostendämpfung“) zur Verfügung stehen. Juristisch findet diese Überlegung in den bereits oben zitierten Paragraphen zur Qualitätssicherung und im § 12(1) SGB V („Wirtschaftlichkeitsgebot“) ihren Ausdruck: „Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.“

Parallel mit dieser Entwicklung im Gesundheitsbereich zeichnete sich in der freien Wirtschaft – zumindest der Literatur zufolge – eine Trendwende

ab (vgl. auch Haug, 1995, S. 134): „Wir befinden uns auf dem Weg aus der Wachstumsepoche der Nachkriegsphase in die Qualitätsepoche, die das letzte Jahrzehnt des 20. Jahrhunderts bestimmen wird“ (Kamiske & Malorny, 1994, S. 3). Durch die Globalisierung und Sättigung der Märkte, die abnehmenden Produktentwicklungszeiten, den verschärften Wettbewerb u. a. würden die personellen, finanziellen und zeitlichen Ressourcen eines traditionellen Managements nicht mehr ausreichen, um sich auf den Märkten behaupten zu können (vgl. Kamiske & Brauer, 1995, S. 1). Neue Strategien müssen entwickelt und in den Unternehmen eingeführt werden, die höchste Qualität bei gleichzeitig geringem Aufwand sicherstellen. Strategien dieser Art werden gewöhnlich unter dem Begriff „Qualitätsmanagement“ subsumiert.

Durch diese Entwicklung konnte zwischen Konzepten der Betriebswirtschaft und Herausforderungen aus dem Gesundheitsbereich („Non-Profit-Bereich“) ein gemeinsamer Berührungspunkt entstehen, an dem die Professionen aus beiden Bereichen arbeiten: Die Übertragung von Qualitätsmanagementstrategien auf das Gesundheitswesen⁵. Übergreifend läßt sich festhalten, daß Qualitätssicherung so aus einer betriebswirtschaftlich-ökonomischen Notwendigkeit heraus begründet werden kann und wird.

Im folgenden wird auf die zwei sich hier anschließenden Fragen kurz einzugehen sein: Was ist unter „Qualitätsmanagement“ zu verstehen? Und: Inwieweit sind diese Strategien auf den Gesundheitsbereich, speziell den psychosozialen, überhaupt anwendbar?

Qualitätsmanagement

Formal und verkürzt kann das Qualitätsmanagement (QM) so umrissen werden: Ein Unternehmen installiert nach einem *Normungssystem* ein *Qualitätsmanagementsystem*, dessen angemessene Umsetzung bzw. Übereinstimmung mit den Normen von einem *akkreditierten Institut* (anerkannte, unabhängige und kompetente Prüfstelle) *zertifiziert* wird. Zertifizierung wird so zum Wettbewerbsfaktor.

Hinsichtlich der Normungssysteme wären zwei Hauptgruppen zu nennen: Die Normenreihe DIN-EN-ISO und Qualitätsauszeichnungen (ausführlicher dazu berichten: Spöhring, 1996, S. 34ff.; Kamiske & Brauer, 1995, S. 131ff.; Birner, 1995, S. 85ff.; Pinter et al. 1995, S. 22ff.):

Die *Normenreihe DIN-EN-ISO 9000ff.* ist die deutsche Version der DIN-ISO, die 1987 von der „International Organization for Standardization (ISO)“ eingeführt wurde und inzwischen in über 50 Ländern verbreitet ist. Kran-

kenhäusern wird empfohlen, ihr Qualitätsmanagement nach DIN ISO 9004 Teil 2 einzurichten, wozu bereits eine Übertragung der Begrifflichkeit dieser Norm in die Krankenhaussprache geleistet wurde (Pinter et al., 1995, S. 26ff.). Eine Zertifizierung ist nach DIN ISO 9001 bis 9003 möglich, wobei für Krankenhäuser 9001, für Kur-, Reha- und Pflegeeinrichtungen 9003 am sinnvollsten seien (Spöhring, 1996, S. 35). „Diese Normen enthalten festgelegte (Mindest-)Anforderungen an ein betriebliches Qualitätssicherungssystem (QM) bzw. 20 Normen, gegen die solche Systeme geprüft werden“ (Birner, 1995, S. 86) wie z.B. Schulung der Mitarbeiter, Korrekturmaßnahmen u.a.

Qualitätsauszeichnungen gehen in der Regel über die oben angeführten Normen hinaus und führen zum sog. „Total Quality Management“ (Umfassendes Qualitätsmanagement): „Zur Förderung und Anerkennung der Bemühungen um Qualität sind in Japan, den USA und neuerdings auch in Europa Qualitätsauszeichnungen (Quality Awards) geschaffen worden. Die Auszeichnungen stellen eine Anerkennung für hervorragende Leistungen bei der Umsetzung umfassender Qualitätskonzepte im Sinne von Total Quality Management dar und sind mit erheblichem Prestige für das jeweilige Unternehmen verbunden“ (Kamiske & Brauer 1995, S. 131).

Die bekanntesten Auszeichnungen sind folgende:

- (1) *Deming Prize*: (vgl. Kamiske & Brauer, 1995): Die erste Auszeichnung wurde 1951 von der „Japanese Union of Scientists and Engineers“ verliehen und nach einem der Begründer der Qualitätsbewegung, W. E. Deming, benannt. Der Beurteilung werden 10 Hauptkriterien mit 63 Unterpunkten zu Grunde gelegt. Besondere Schwerpunkte sind die ständige Verbesserung, Einführung von Qualitätszirkeln und die konsequente Anwendung von statistischen Methoden.
- (2) *Malcolm Baldrige National Quality Award/MBNQA* (vgl. Kamiske & Brauer, 1995, S. 135; Spöhring, 1996, S. 35; Birner, 1995, S. 87): Dieser Preis wurde 1987 vom amerikanischen Kongreß zur Verbesserung der Wettbewerbsfähigkeit ausgeschrieben. Die Bewertung wird über 7 Kategorien mit insgesamt 22 Unterkategorien durchgeführt, die unterschiedlich mit Punkten gewichtet werden. Insgesamt sind 1000 Punkte erreichbar. Bemerkenswert erscheint, daß Kundenorientierung und -zufriedenheit mit 250 Punkten einen außerordentlich hohen Stellenwert für die Beurteilung hat. Dieser Auszeichnung wird eine enorme Innovation zugeschrieben: „Für deutsche Verhältnisse schier unglaublich ist, daß der gesamte Kriterienkatalog des MBNQA in einem nur etwa 40seitigen

Heftchen Platz findet! Es kann ohne Übertreibung gesagt werden, daß diese kleine Broschüre die amerikanische Wirtschaft revolutioniert und auf die ersten Ränge im internationalen Wettbewerb zurückgebracht hat“ (Birner, 1995, S. 88).

- (3) *European Quality Award* (vgl. Birner, 1995, S. 88; Kamiske & Brauer, 1995, S. 138; Spöhring, 1996, S. 35): In Reaktion auf den MBNQA wurde auf Initiative von 14 europäische Unternehmen (1988 Zusammenschluß zur „European Foundation for Quality Management“) 1992 zum ersten Mal dieser Preis ausgesetzt. Bei näherer Betrachtung ist diese Auszeichnung inhaltlich seinem amerikanischen Vorbild sehr ähnlich. Als besonderes Charakteristikum könnte hervorgehoben werden, daß dieses Modell primär auf eine kritische Selbstbewertung mit dem Ziel der stetigen Verbesserung angelegt ist.

Qualitätsmanagement/Qualitätssicherung nach den ISO-Normen kann inhaltlich zum Total Quality Management vor allem durch die radikale *Kundenorientierung* abgegrenzt werden, die zuweilen zu der Definition führt: „*Qualität ist Kundenzufriedenheit*“ (Birner, 1995, S. 89). Aber auch das Prinzip der *Fehlerprävention* (Null-Fehler-Prinzip), der Einbezug der *wirtschaftlichen Erfolge* und der *gesellschaftlichen Verantwortung* von Unternehmen kennzeichnen das „Umfassende“ des Total Quality Management. Nicht zuletzt wegen dieser Merkmale wird vermehrt die Forderung laut, das umfassende Qualitätsmanagement auch im Gesundheitsbereich zu verwirklichen – wie dies z.B. im Titel des Buches von Spörkel et al. (1995) deutlich wird: „Total Quality Management – Forderungen an Gesundheitseinrichtungen.“ Folgendes Zitat aus einem Artikel („Schlank durch TQM“) dieses Bandes spiegelt sehr gut die Hoffnungen – oder auch die naiven Vorstellungen – wider, die mit der Einrichtung eines Total Quality Management verbunden werden: „Intern erkennt man TQM-Organisationen am Qualitätsbewußtsein auf allen Ebenen, am Setzen und Verfolgen von Qualitätszielen, am kundenorientierten Denken und Handeln, an der hohen Motivation, dem Selbstvertrauen der Mitarbeiter und der positiven Art, wie Vorgesetzte und Mitarbeiter miteinander umgehen. TQM-Organisationen haben auch ihre gesellschaftliche Verantwortung erkannt. Zunehmend werden Fragen der Umweltverträglichkeit und der Sicherheit freiwillig, gründlich und mit großem Engagement angegangen und gelöst“ (Runge, 1995, S. 68f.).

Hier kann nicht beurteilt werden, ob dieses Konzept bei Unternehmen der freien Marktwirtschaft eine solche Durchschlagkraft hat und sich die Auswirkungen so widerspruchsfrei und für *alle* nutzbringend entwickeln,

wie das hier beschrieben wird; jedoch dürfen Zweifel angemeldet werden, wenn man den gegenwärtigen Wirtschaftskurs verfolgt, bei dem z.B. die Standortdiskussion (geringe Produktionskosten) die gesellschaftliche Verantwortung (geringe Arbeitslosigkeit) überlagert.

Übertragbarkeit von Qualitätsmanagement auf den Gesundheitsbereich

Die Frage inwieweit diese Konzepte überhaupt auf den Gesundheitsbereich, respektive den psychosozialen, übertragbar sind, ist teilweise beantwortbar:

Es ist auffällig, daß mit diesen Konzepten meist Krankenhäuser (Psychiatrie), also „Großunternehmen“, in Zusammenhang gebracht werden. Dies ist sicherlich nicht zufällig, denn diese Konzepte wurden auch für große Betriebe entwickelt. Der gesamte ambulante Bereich und andere Kleinorganisationen werden konzeptionell nicht abgedeckt. Weiterhin ist zu berücksichtigen, daß für die Einführung solcher Systeme ein erheblicher finanzieller (allein die Zertifizierung beläuft sich auf ca. 30.000 DM; Pinter, et al., 1995, S. 25), personeller (es müssen sog. Qualitätsberater abgestellt werden) und zeitlicher Aufwand nötig ist, was in der Regel nur große Organisationen leisten können. Speziell für den ambulanten Bereich werden insofern von Vauth (1995, S. 112ff; auch Selbmann, 1992) nach dem japanischen Vorbild der „Kaizen“ *Qualitätszirkel* vorgeschlagen, da ambulant nicht mehr auf die klassischen Kooperations-, Fortbildungs- und Supervisionsstrukturen einer Klinik zurückgegriffen werden könne. Aber auch für die stationäre Psychiatrie werden Qualitätszirkel als Mittel der Qualitätssicherung empfohlen (Spöhring & Mügge, 1996, S. 15ff.). Jedoch stellt sich hier die Frage, ob es vom fachpsychologischen Wissen her nötig und angebracht ist, ein betriebswirtschaftliches Konzept wie den Qualitätszirkel zu übernehmen und fachlich an psychosoziale Belange anzupassen, wenn allgemein Gruppentechniken, insbesondere Supervision, eine lange Tradition in der sozialpsychologischen Grundlagenforschung sowie in der klinischen Anwendung haben.

Ganz wesentlich an den Qualitätsmanagementkonzepten ist, daß Qualität als wesentlicher Wettbewerbsfaktor (an)erkannt wird. „So verstandenes Qualitätsmanagement verlangt auch die Offenlegung von Betriebsabläufen, Planungsstrategien und der Effizienz einer Einrichtung gegenüber ihren Kunden auf der Basis von ‘harten’ Daten. Liegen diese aber vor, so ist es nur ein kleiner Schritt zur Plazierung von Organisationen in Erfolgs-Rangreihen bzw. zum *Benchmarking*“. Allerdings sollte dabei kritisch eingewandt wer-

den, ob Konkurrenz und „mehr Markt und Management in der Sozialarbeit“ (Nüßle, 1994, S. 435), mag sie im Profit-Bereich sinnvoll erachtet werden, in einer psychosozialen Praxis nicht kontraproduktiv ist. Die Zielvorstellung sollte doch eher eine stärkere Vernetzung verschiedenartiger Angebote und eine kollegiale Zusammenarbeit der verschiedenen Institutionen und Professionen sein. Partnerschaft und Zusammenarbeit ist aber mit einer Konkurrenzsituation „auf dem Markt“ schwer vereinbar.

Des weiteren ist zu überlegen, ob bei einer eilfertigen Übernahme der betriebswirtschaftlichen Qualitätsmanagement-Philosophie und -konzepte, letztlich implizit der ökonomische Aspekt im Gesundheitsbereich in den Vordergrund gerückt wird, wo vorher fachliche und soziale Aspekte vorherrschten. So schreibt etwa Richartz (1996, S. 47): „‘Qualitätssicherung’ und ‘Qualitätsmanagement’, Begriffe, die der Welt der Warenproduktion entstammen, werden sich, wenn sie nicht auf die subjektive Dimension der Lebensqualität der Betroffenen bezogen werden, als Teile eines Vokabulars zur Rechtfertigung der Kostendämpfung im Gesundheitswesen erweisen können.“

Ein Beispiel, das die Dominanz ökonomischer Aspekte sehr deutlich werden läßt, ist das „Quality-Konzept“ (Schöffski, 1995, S. 145ff.): „Beim Konzept der qualitätsbereinigten Lebensjahre wird davon ausgegangen, daß jedes menschliche Leben durch zwei Dimensionen beschrieben werden kann: Die Lebensqualität und die Restlebenserwartung (...) Die Lebensqualität ist dabei so definiert, daß nur die medizinischen Komponenten zählen“ (S. 147). Verschiedene medizinische Therapiemöglichkeiten werden darauf untersucht, wieviele *Qualys* (= Einheit für therapiebedingte, gewonnene Lebenserwartung und Lebensqualität) einer bestimmten Behandlung zuzumessen sind. In der sog. „League-Table“ werden dann die Kosten medizinischer Maßnahmen pro *Quality* berechnet, wodurch schließlich eine rationalere Mittelverteilung nach dem ökonomischen Prinzip möglich werden soll.

Die Vorstellung beunruhigt, daß im Gesundheitsbereich ein Menschenbild Eingang findet, daß den Menschen hinsichtlich seiner Halbwertszeit und biologischen Zusammensetzung beschreibbar sieht, und medizinische Maßnahmen auf dieser Grundlage nach reinen Kostengesichtspunkten gewählt werden. Ethik und andere wichtige psychosoziale Aspekte scheinen in dieser distanzierten Konstruktion der Gesundheitsversorgung überflüssig.

Weiterhin besteht grundsätzlich die Gefahr, „daß eher formale Qualitätsnormen (wie in der DIN ISO), die für das produzierende Gewerbe und den marktwirtschaftlichen Sektor entwickelt wurden, in sachfremder Weise dem

Gesundheitsversorgungssystem 'übergestülpt' werden [könnten; S.N.]“ (Spöhring, 1996, S. 37). Die Qualitätsstandards sind sehr allgemein und abstrakt formuliert und ein Einbezug *fachlicher Kriterien* fehlt. Der Qualitätsstandard mag z.B. für die Produktion von Nahrungsmitteln leicht aus dem gewählten Normungssystem ableitbar sein. Vielleicht ist dies auch für Allgemeinkrankenhäuser noch möglich (vgl. Selbmann, 1995a, 1995b), für die psychosoziale Versorgung oder Psychotherapie ist dies jedoch weitaus problematischer und wird fach-intern auch sehr kontrovers diskutiert (z.B. wie kann der Erfolg bzw. die Qualität einer Psychotherapie beurteilt werden?). „Qualität als inhaltlicher Begriff der Gesundheitsversorgung setzt benennbare qualitative und quantitative Zielsetzungen voraus (z.B. Prävention, Kuratation, Rehabilitation, bedarfsgerechte Versorgung, Transparenz der Leistungserstellung, Effektivität, Effizienz, etc.)“ (Schmidt & Nübling, 1994, S. 17), die noch nicht formuliert sind. Hier wird die ganz wesentliche „Kardinalfrage“ angeschnitten, nämlich welche *Kriterien* die Qualität als Konstrukt bestimmen (s. Kap. 2.2.1). Sie bilden den Maßstab der Qualitätssicherung in der psychosozialen Praxis, werden jedoch selten thematisiert. (Eine erste Annäherung an Qualitätskriterien: s. Kap. 4.2.2).

Die Konzepte des „Total Quality Management“ sollten in ihrer Bedeutung für den Gesundheitsbereich nicht überbewertet werden. Sie können erst einmal solange ruhen, bis fachintern Klarheit darüber besteht, was unter guter Qualität in der psychosozialen Praxis oder in einzelnen Bereichen zu verstehen ist und welche Methoden zu ihrer Sicherung in Frage kommen. Erst dann kann man absehen, ob sich obige Systeme eignen, auch ein psychosoziales Qualitätssicherungsverständnis zu integrieren oder ob andere übergreifende, auf den psychosozialen Bereich zugeschnittene Modelle entwickelt werden müssen. Letztlich handelt es sich bei ISO-Normen oder dem umfassenden Qualitätsmanagement um *Dokumentationssysteme*, die die Frage nach guter/schlechter Qualität nicht beantworten. Ein zertifiziertes Unternehmen kann durchaus schlechte Qualität liefern (vgl. Manager-Magazin, 12/1995: „Norm ohne Nutzen“).

2.1.3 Qualitätssicherung ist eine fachimmanente Aufgabe der Psychologie

Man könnte nach dem bisher Dargestellten den Eindruck haben, daß sich Psychologen und Psychologinnen erst nach der Verabschiedung der Gesetze und der Entdeckung der Qualität in der Betriebswirtschaftslehre sich Psy-

chologen dem Thema „Qualitätssicherung“ widmen. Dies trifft aber keineswegs zu, denn Qualitätssicherung alias Evaluation war und ist schon immer integraler Bestandteil von Forschung und Praxis in der Psychologie. Drei Fragen sollen nachfolgend beantwortet werden: Woher stammt das fachinterne Bedürfnis nach Evaluation? Welche Evaluationstypen lassen sich unterscheiden? Bestehen dennoch Unterschiede zwischen Evaluation und Qualitätssicherung?

Motivation der Psychologie zur Evaluation

Das Bedürfnis in Teildisziplinen der Psychologie z.B. der Psychotherapie, die eigene Arbeit zu überprüfen, hat benennbare Gründe wie u.a. die folgenden (Hermer, 1995a):

– Psychotherapie war historisch immer zu besonderer Legitimation veranlaßt, was z.T. aus der ablehnenden Haltung der Psychiatrie gegenüber der Psychotherapie, aber auch aus Kontroversen im eigenen Lager (Verhaltenstherapie vs. Psychoanalyse) resultierte.

– Weiterhin steht die Psychotherapie methodisch in einer sozialwissenschaftlichen Tradition, die ihre Resultate seit jeher kritisch hinterfragt hat. Sowohl die Psychoanalyse in einem hermeneutischen Wissenschaftsverständnis als auch die Verhaltenstherapie in einem nomothetischen Wissenschaftsverständnis haben ihre Konzepte stets erneuert und neueren Erkenntnissen angepaßt.

– Außerdem führten Schulenstreit und Berufspolitik jeher zu einem Konkurrenzklima, in dem jeder bemüht war, die Überlegenheit des eigenen Verfahrens nachzuweisen. Nicht zuletzt auch deshalb wurde Evaluation für die Psychologie so wichtig.

Typen der Evaluation

„Die Evaluationsforschung versteht sich im Unterschied zu anderen wissenschaftlichen Untersuchungsansätzen als eine primär anwendungsorientierte Forschung. Man konzentriert sich auf handlungsrelevante Fragestellungen und sucht nach umsetzungsbezogenen Informationen“ (Heiner, 1995, S. 55). Dies kann durch eine handlungstheoretische Betrachtungsweise deutlich gemacht werden: Dem Erkennen eines Ist-Zustands (Diagnose) folgt die Auswahl einer Handlungsalternative (Intervention), deren Auswirkung hinsichtlich dem gewünschten Soll-Zustand geprüft und bewertet wird (Evaluation). Da also Evaluation untrennbar mit psychologischem Handeln und speziell mit der Diagnostik verknüpft ist, verwundert es nicht, daß dies ein außeror-

dentlich vielbeachtetes Gebiet der (angewandten) Psychologie war und ist. Es würde zu weit führen, hier die fachtheoretischen Grundlagen der Evaluation darzulegen, obgleich sie wichtige Beiträge für Methodik und Strategie der Qualitätssicherung darstellen.

Nachfolgend werden jedoch wenigstens einige der grundlegenden *Fragestellungen* der Evaluation vorgestellt (vgl. Kraus, 1982, S. 304; Baumann & Reinecker-Hecht, 1991, S. 66), damit deutlich wird, daß sie sich nicht wesentlich von denen der Qualitätssicherung unterscheiden:

- (1) *Input-Evaluation*: Es werden materielle und personelle Leistungen einer Einrichtung erfaßt, die möglichst aussagefähig gegenüber der Aufgabenstellung sind (z.B. Erfassung der Anzahl an Klientenkontakten an einem Sozialpsychiatrischen Dienst).
- (2) *Output-Evaluation*: Damit möchte man in Erfahrung bringen, welche Auswirkungen/Veränderungen nach der Interventionsphase sich bei Indikatoren des Untersuchungssubjekts ergeben. Sie wird als Effektivität oder Wirksamkeit eines Verfahrens bezeichnet.
- (3) *Input-Output-Evaluation*: Hier wird der betriebene Aufwand (Input) in Relation zum Effekt (Output) gesetzt, was die *Effizienz* erfassen soll. Einerseits kann die Kosten-Effektivitätsrelation und andererseits die Kosten-Nutzen-Relation (= auch der Effekt wird in monetäre Einheiten umgewandelt) bestimmt werden.
- (4) *Evaluation der Adäquatheit des Outputs*: Hier wird die Frage der Zweckmäßigkeit beantwortet, d.h. ob z.B. die Arbeitserfolge und Angebote einer Einrichtung hinsichtlich des regionalen Bedarfs angemessen sind.
- (5) *Prozeßevaluation*: Während oben genannte Evaluationsfragen einen Status bzw. ein Ergebnis beurteilen – sie werden auch als summative Evaluation bezeichnet – beschäftigt sich die Prozeßevaluation (oder formative Evaluation) mit der Analyse des gesamten Prozesses. Es geht also um die Frage, wie Interventionen über die Zeit wirken.

Unterschiede und Gemeinsamkeiten von Qualitätssicherung und Evaluation

Während Prozeßevaluation heute unter dem Namen *Prozeßqualität* kursiert, sind die anderen Evaluationsfragestellungen unter dem neuen Begriff der *Ergebnisqualität* zu subsumieren (Zu den Begriffen Struktur-, Ergebnis- und Prozeßqualität: s. Kap. 2.2.2). Als dritte Dimension im Qualitätssicherungsdiskurs wird die sog. *Strukturqualität* angeführt. Aber auch die Strukturqualität ist im psychosozialen Bereich schon lange Thema: Supervision, Fall-

seminare, kollegiale Intervention, Fort- und Weiterbildungen u.ä. sind meist institutionell verankert oder zumindest erwünscht, was sich förderlich auf die Qualität der Arbeit auswirkt.

Weiterhin sind in den Psychotherapierichtlinien und -vereinbarungen (Faber & Haarstrick, 1996) Strukturen angelegt, die auf gute Qualität der ambulanten Psychotherapie abheben: „Zur Sicherung der Qualifikation von Diplom-Psychologen (...) sind psychotherapeutische Ausbildungsinstitute von einer Kommission der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nach festgelegten Kriterien überprüft und in eine Liste aufgenommen worden (...)“ (S. 96) und „für alle psychotherapeutischen Maßnahmen besteht *Dokumentationspflicht*“ (S. 54). Nach Richter (1994, S. 234) hat sich das *Gutachterverfahren* als wirksame Qualitätsnachweisführung bewährt, „die im Bereich medizinischer Behandlung einmalig ist. Wenn etwa ein Allgemeinpraktiker oder Internist alle 4 Monate die Fortsetzung einer medikamentösen Therapie in einem schriftlichen Antrag an die Kassen begründen müßte, gäbe es bedeutend weniger iatrogene Benzodiazepin-Abhängigkeitserkrankungen.“ Welche qualitätssichernden Maßnahmen das zukünftige Psychotherapeutengesetz mit sich bringen wird, ist noch nicht endgültig geklärt. Vorschläge dazu liegen vor wie z.B. Deubert & Fliegel (1996b): Das Gutachterverfahren sollte modifiziert werden, damit nicht die Fähigkeit zum Schreiben guter Anträge, sondern die Qualität der Psychotherapie unter den besonderen Bedingungen des Einzelfalles geprüft wird. Supervision muß verpflichtend werden u.a.m.

Auch die Psychiatrie ist seit den 68er Jahren Gegenstand der Diskussion hinsichtlich der Veränderung von Strukturen, die die Qualität verbessern sollen. Die wichtigsten Beiträge in diesem Zusammenhang sind die *Psychiatrie-Enquete* (Bericht über die Lage der Psychiatrie in der BRD, 1975), die *Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich* (Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit, 1988) und die *Psychiatrie-Personalverordnung* (Wienberg, 1991). Die Gemeindepsychologie liefert mit ihrer übergreifenden Perspektive wichtige Anhaltspunkte, wie die Strukturen der psychosozialen Versorgung verbessert werden können.

Die Neologismen aus dem Qualitätssicherungsdiskurs lassen sich leicht in die bewährte Fachterminologie der Psychologie (rück-)übersetzen: So sprach man von Evaluation, was heute Qualitätssicherung heißt; summative bzw. formative Evaluation wird nun als Ergebnisqualität bzw. Prozeßqua-

lität bezeichnet und auch die Strukturqualität ist Gegenstand der fachlichen Diskussion. Insofern könnte man auch mit einiger Berechtigung sagen, daß Qualitätssicherung alter Wein in neuen Schläuchen ist.

Der Qualitätssicherungsbegriff geht jedoch in dreierlei Hinsicht über das Bekannte hinaus (Schmidt & Nübling, 1994, S. 21):

- (1) Neu ist die *Verbindlichkeit*, denn Qualitätssicherung wird zunehmend für alle im psychosozialen Bereich Tätige obligatorisch (und nicht mehr fakultativ). Jeder wird in Zukunft Qualitätsindikatoren seiner Arbeit ableiten und sich um deren Sicherstellung – in welcher Form auch immer – kümmern müssen.
- (2) Neu sind einige *Fragesteller*: Wurden bisher die Fragen der Evaluation fachintern gestellt, so zeichnet sich ab, daß Gesetzgeber, Kostenträger und auch „Nutzer“ Fragen hinsichtlich der Qualität(-ssicherung) formulieren werden.
- (3) Neu sind ebenso bestimmte *Frageformen*: z.B. Zweckmäßigkeit und Effizienz waren bisher Tabu-Themen (Nüble, 1994, S. 434): „Mit dem Hinweis, menschliche Zuwendung sei nun mal nicht meßbar, werden Wirtschaftlichkeitsfragen schnell abgewürgt.“

Man kann nun diskutieren, ob diese Neuerungen neue Begriffe notwendig machen oder ob nicht die traditionelle Terminologie und Methodik ausreichen würde. Inhaltlich ist es jedoch sicherlich so, daß Qualitätssicherung als Thema an den weit älteren und inhaltsreicheren fachlichen Diskurs angeknüpft werden kann und sollte. Die Psychologie hat im Qualitätssicherungsbereich weitaus mehr (Vorarbeit) geleistet als die meisten anderen Professionen und kann sich daher selbstbewußt, fachlich begründet und kompetent dem Thema stellen.

2.1.4 Qualitätssicherung ist eine ethische Verpflichtung

Die Frage der Ethik ist im psychosozialen Bereich sehr aktuell (geworden), was durch folgende Dinge belegt werden kann:

– In letzter Zeit sind vermehrt Veröffentlichungen zum Thema Ethik und psychosoziale Tätigkeit zu verzeichnen gewesen (z.B. das Herausgeberwerk von Arnold & Sonntag, 1994; Kottje-Birnbacher & Birnbacher, 1995).

– Derzeit ist kaum ein Lehrbuch zu finden, das nicht auch zu den ethischen Aspekten des Gegenstandes Stellung nimmt (vgl. z.B. das Kapitel von Schmid im Lehrbuch „Psychodiagnostik“ von Jäger & Petermann, 1992, oder den Abschnitt von Baumann und Reinecker-Hecht im Lehrbuch Klinische Psychologie von Perrez & Baumann, 1991).

2. Der Qualitätssicherungsdiskurs im Überblick

– Des Weiteren wurden von der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT) 1996 *ethische Rahmenrichtlinien* (DGVT, 1996a, 1996b; Greive et al., 1994) verabschiedet, die den ethischen Aspekt – das verrät schon der Titel – stärker gewichtet als die *Berufsordnung für Psychologen* vom Berufsverband Deutscher Psychologen (abgedruckt in: Vogt & Arnold, 1993, S. 51ff.). Die Rahmenrichtlinien knüpfen eher an die Tradition von „*Ethische Richtlinien und Verhaltenskodex für Psychologen*“ der American Psychological Association (abgedruckt und übersetzt in: Vogt & Arnold, 1993, S. 76ff.) an, die 1952 erstmals vorgelegt wurden.

– Und nicht zuletzt ist in der Öffentlichkeit ein wachsendes Mißtrauen gegenüber professionellen Therapeuten zu verzeichnen, was mit Berichten über Mißbrauchserfahrungen durch Therapeuten und Therapeutinnen zusammenhängt. So wurde z. B. in der „Süddeutschen Zeitung“ eine Kölner Studie angeführt, nach der es „mindestens sechshundertmal pro Jahr in Deutschland zu einem sexuellen Übergriff in der Therapie“ komme (Becker-Fischer; zit. n. Urban, 1996, S. 22). Man darf vermuten, daß Mißbrauch schon weitaus früher vorkam, jedoch eine Sensibilität für dieses Thema fehlte, weshalb darüber weniger berichtet wurde. Dies drängt die Psychologie zur Betonung des Stellenwertes der Ethik (Aufnahme ethischer Inhalte in die Ausbildung, Formulierung von Richtlinien und Sanktionen u.a.).

Der Begründungszusammenhang von Ethik und Qualitätssicherung kann in zwei Richtungen gesehen werden (Abb. 2):

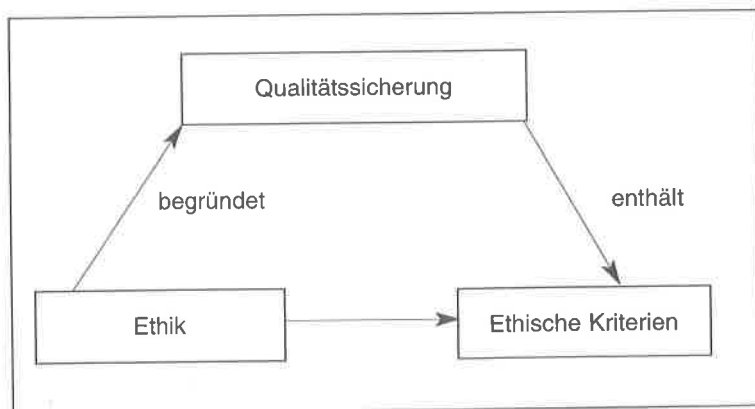


Abb. 2: (Begründungs-)Zusammenhang von Ethik, Qualitätssicherung und ethischen Qualitätskriterien

Einerseits können *ethische Kriterien/Standards/Leitlinien* formuliert werden, die im Rahmen einer Qualitätssicherung auf Einhaltung geprüft werden; d.h., aus einer allgemeinen Ethik werden Indikatoren abgeleitet, die zu Kriterien der Qualität werden.

Andererseits kann eine Ethik die allgemeine Verpflichtung zur Qualitätssicherung begründen, wie das zum Beispiel deutlich in den ethischen Rahmenrichtlinien der DGVT zum Ausdruck kommt: Unter insgesamt sechs „zentralen Aspekten des sozialen Handelns“ (DGVT, 1996b, S. 1), die hinsichtlich ethischer Richtlinien konkretisiert werden, befindet sich auch namentlich die Qualitätssicherung. Leitet man Qualitätssicherung aus der Ethik ab, so kann aus einer sozialen Verantwortung heraus begründet werden, daß ein professioneller Helfer einem Menschen, der sich in einer psychosozialen Problemlage befindet, dadurch nur eingeschränkt funktions- und handlungsfähig ist und um professionelle Unterstützung sucht, zu einer qualitativ möglichst optimalen Hilfe verpflichtet ist. Darüber hinaus ist dem Verhältnis zwischen Unterstützungssuchendem und Helfer ein Machtgefälle bzw. eine Abhängigkeit immanent, was durch die Begriffe Nutzer oder Klienten nur verschleiert wird; dies macht den psychosozialen Bereich für Fehlentwicklungen und Mißbrauch besonders anfällig, weswegen Qualitätssicherung gerade hier besonders wichtig ist (Meyer et al., 1991, S. 151).

Die anderen Aspekte in den Ethikrichtlinien der DGVT wie „Beziehung“, „Klarheit/Transparenz“ usw. können im Sinne ethischer Standards neben weiteren in den Qualitätsbegriff eingehen. Der Aspekt der ethischen Orientierung des Qualitätsbegriffs erscheint sehr vielversprechend und wird im Kapitel 4.2.2 noch weiter verfolgt werden.

2.2 Grundlegendes zur Qualitätssicherung

2.2.1 Definition(en) von Qualität oder: Das Kardinalproblem der Qualitätssicherung

In der Begriffsbestimmung von „*Qualität*“ liegt die größte Problematik bzw. das Kardinalproblem der Qualitätssicherung. Wenn dieses gelöst ist, dann ist der Schritt zu einem angemessenen Weg der Sicherstellung und Verbesserung der Qualität nicht mehr weit. Im folgenden wird versucht, diese Problematik zu verdeutlichen und zu einem Grundverständnis von Qualität zu gelangen, das in seiner Konkretisierung gerade noch soweit allge-

mein bleibt, daß darüber Konsens herstellbar ist. Eine weitergehende Konkretisierung sollte einem engeren Kreis direkt Betroffener überlassen bleiben, was noch begründet werden wird (s. Kap. 4.2.1). Insofern wird hier von einer Suche nach allgemeingültigen Qualitätskriterien im Sinne von Qualitätsnormen bzw. -standards abgesehen.

Eine erste Annäherung an den Begriff Qualität kann empirisch erfolgen, indem man vom Sachverhalt Betroffene fragt „Was ist Qualität?“. Diesen Versuch unternahm die Redaktion der Zeitschrift „Sozialpsychiatrische Informationen“ (Heft 4, 1995) bezogen auf das Fachgebiet Psychiatrie und stellte u.a. diese Frage Professionellen, Nutzern und Angehörigen. Es ist erstaunlich zu lesen, wie unterschiedlich die inhaltlichen Bestimmungen ausfielen, die aus verschiedenen persönlichen Perspektiven, Interessen und Wertmaßstäben resultierten. Zudem wird ein Integration der genannten Inhalte durch sehr unterschiedlich gewählte Abstraktionsebenen schwierig, wie z.B.: „Die Psychiatrie ist dann als qualitativ wertvoll anzusehen, wenn sie die Gesundheit des Patienten fördert (...)“ (Weinert, 1995, S. 5) oder „Qualität psychiatrischer Versorgung muß sich messen lassen an: (...) der Zustimmung zur Behandlung wie bei somatischen Störungen auch (...)“ (Voelzke, 1995, S. 6). Auch dem Tagungsbericht zum Thema „Was heißt Qualitätssicherung in der Psychotherapie?“ (Vogel, 1993, S. 93ff.) ist zu entnehmen, daß hier die Antworten ebenso unterschiedlich ausfielen. In einer ersten Sichtung des empirischen Materials kann man feststellen, daß ein Teil der Antworten hinsichtlich der Abstraktion so etwas wie Leitlinien bilden, ein anderer Teil aber sehr konkret ist. Dies liegt daran, daß „Qualität“ ein Konstrukt darstellt und nur über Indikatoren synthetisch zu fassen ist.

Möchte man Qualität inhaltlich erfassen, so wäre ein methodisch sinnvoller Ansatz, das empirische Material faktorenanalytisch auszuwerten. So wären inhaltliche Modelle der Qualität möglich, die einerseits auf der Variablenebene konkrete und in der Realität vorfindbare Indikatoren enthalten und andererseits zu Faktoren zusammengefaßt (= höhere Abstraktion) werden. Ein Vorteil dieses Vorgehens läge darin, daß eine unterschiedliche Gewichtung bestimmter Qualitätsmerkmale mit der Empirie gerechtfertigt werden könnte (Faktorenanalytisch gesprochen wären das die „Faktorladungen“). Damit wäre auch die Untersuchung möglich, inwieweit sich der Qualitätsbegriff von Professionellen und Betroffenen unterscheidet, indem die jeweiligen Stichproben getrennt ausgewertet werden. Dieses empirische Vorgehen ist jedoch bisher unterblieben, denn die Indikatoren der Qualität werden von Experten bestimmt und die darin enthaltene Problematik der

Expertendominanz wird nicht reflektiert, wie das im folgendem Zitat deutlich wird: „Qualitätsindikatoren sind neutrale Maße, mit denen man in der Lage ist, zwischen schlechter und guter Qualität zu unterscheiden. Die Ausprägungen der Qualitätsindikatoren, die kausal oder statistisch mit guter Qualität korreliert sind, heißen Referenzbereiche. Zur Definition von Qualitätsindikatoren und Referenzbereichen bedarf es den medizinischen und epidemiologischen Sachverstand“ (Selbmann, 1995b, S. 3).

Eine inhaltliche Festlegung ist sicherlich nicht so einfach, wie das hier suggeriert wird. Stellt man sich zum Beispiel die Aufgabe, wie Therapieerfolg erfaßt werden kann, wird man feststellen, daß „für die methodische Seite der Operationalisierung von Erfolg vielfältige Vorschläge vorliegen, (...) (aber) die inhaltliche Frage nach den angemessenen Indizes für Therapieerfolg, nach den zu erfassenden Variablen, bisher weitgehend unbeantwortet geblieben“ ist (Schulte, 1993, S. 375). Auch Greve (1993) betont die Wichtigkeit der Therapiezielbestimmung für die Evaluation und führt aus, daß dieses Thema trotz seiner Wichtigkeit selten diskutiert wird und eine Taxonomie von Zielen bisher fehlt.

Durch den Konstruktcharakter kann die Qualität also nicht direkt gemessen werden, sondern nur ausschnittsweise über Indikatoren, aber nie komplett (Schmidt & Nühling, 1994, S. 17; Nühling & Schmidt, 1998, S. 51), weswegen die inhaltliche Bestimmung immer schwierig und nie endgültig sein wird. Auch ein Konsens im „medizinischen Sachverstand“ genügt nicht, denn es ist wahrscheinlich, daß Nutzer ein teilweise anderes Qualitätsverständnis haben – zumindest ist es zu prüfen. Halten wir also als erste Annäherung fest:

(1) *Qualität der psychosozialen Tätigkeit läßt sich, da es sich um ein Konstrukt handelt, inhaltlich nur über Indikatoren und Faktoren näher bestimmen, aber immer nur ausschnittsweise, subjektiv, nie vollständig und endgültig.*

Eine zweite Annäherung an den Begriff kann über eine weitere Bedeutung von Qualität erfolgen. Qualität stammt aus dem Lateinischen und meint neben „Beschaffenheit“ auch „Güte“. Diese zweite Wortbedeutung wird auch in oben angeführter Umfrage deutlich, denn es wurden ausschließlich Qualitätsinhalte angegeben, die hinsichtlich einer geforderten Beschaffenheit eine Wertigkeit besitzen. Diese normative oder wertende Bedeutung von Qualität wird auch bei der Definition nach der DIN-Norm deutlich (Kamiske & Brauer, 1995, S. 126): „Qualität: Die Gesamtheit von Merkmalen einer Einheit bezüglich ihrer Eignung, festgelegte und vorausgesetzte Er-

fordernisse zu erfüllen.“ Der empirischen Beschaffenheit von Merkmalen der Qualität wird eine Beschaffenheitsnorm gegenübergestellt, die die Erfüllung bestimmter Erfordernisse gewährleisten soll. Der Qualitätsbegriff enthält also auch eine Relation, Güte oder Wertigkeit, die vereinfacht folgendermaßen ausgedrückt werden kann:

(2) „*Qualität ist (...) die Relation zwischen realisierter Beschaffenheit und geforderter Beschaffenheit*“ (Schmidt & Nübling, 1994, S. 17); oder nach Fifer (1980; zit. n. Gaebel & Wolpert, 1994, S. 4): „*Quality is the degree of adherence to a standard.*“

Als dritter und letzte Aspekt des Qualitätsbegriffs sollte noch die erklärend-normative Dimension eingeführt werden, d.h. folgende Frage soll mitbeantwortet werden: „*Auf welche Bedingungen (Gründe, Faktoren, 'Ursachen') ist die beobachtete Übereinstimmung bzw. Abweichung zwischen Soll- und Ist-Stand zurückzuführen?*“ (Arbeitsgruppe Qualitätssicherung, 1995, S. 121). Dieser wichtige Aspekt wird gerne übersehen, ist aber außerordentlich wichtig, wenn Qualitätssicherung nicht nur eine Überprüfung oder Kontrolle darstellen, sondern auch einen Weg der ständigen Verbesserung der Qualität markieren soll (s. Kap. 4.2.1). Als dritte Komponente einer Annäherung an den Qualitätsbegriff kann also festgehalten werden:

(3) *Der Qualitätsbegriff enthält auch kausale Elemente, die die Abweichung der Ist-Beschaffenheit von der Soll-Beschaffenheit erklären.*

Die deskriptive, die deskriptiv-normative und die normativ-kausale Dimension des Qualitätsbegriffs sind wesentlich und können als Grundmerkmale einer Definition dienen: Qualität ist ein Konstrukt, dessen Merkmale von Betroffenen des Sachverhaltes auf operationaler und Faktorebene festgelegt werden können (deskriptive Perspektive) und die eine Relation zu geforderten Merkmalen in Form einer Soll-Ist-Wert-Differenz eingehen (deskriptiv-normative Perspektive), wobei die Soll-Ist-Wert-Differenz zu erklären ist (normativ-kausale Perspektive).

Die drei Elemente der Struktur eines so verstandenen Qualitätsbegriffes veranschaulicht Abb. 3.

Unter Qualitätssicherung kann man nun alle Maßnahmen verstehen, die geeignet sind, die Ist-Soll-Diskrepanz der verschiedenen Indikatoren zu erfassen und zu minimieren.

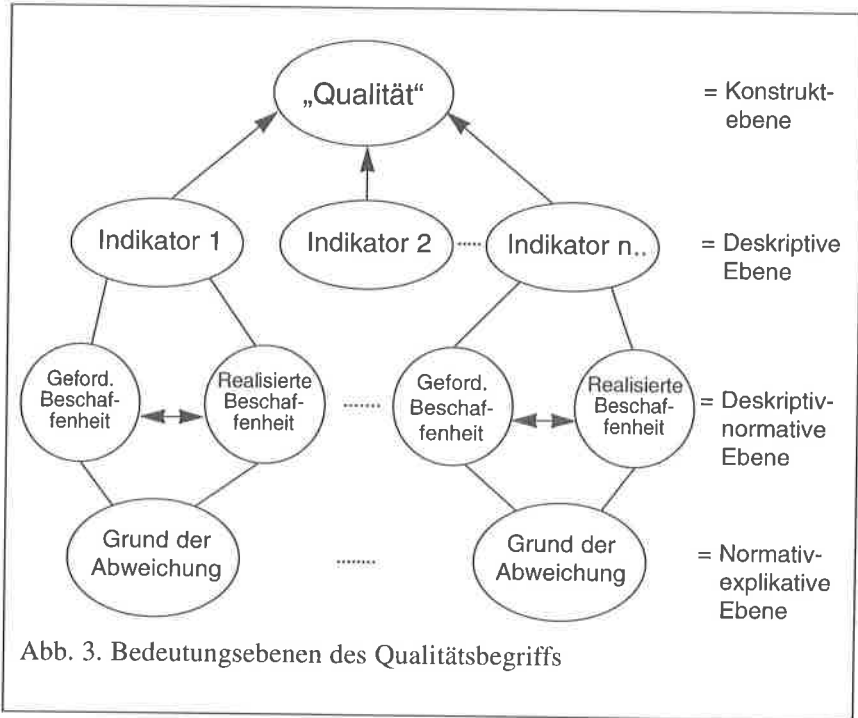


Abb. 3. Bedeutungsebenen des Qualitätsbegriffs

2.2.2 Klassifikationsmöglichkeiten der Qualitätssicherung

Qualitätssicherungsmaßnahmen lassen sich hinsichtlich ihrer Struktur durch verschiedene Merkmale unterscheiden. Alle Unterscheidungskriterien lassen sich in diesem Zusammenhang nicht darstellen, aber zumindest die wichtigsten sollten genannt sein (s. Tab. 1). Die besonders relevanten sind:

Interne vs. externe Qualitätssicherung:

Mit interner Qualitätssicherung sind jene Maßnahmen gemeint, die in weitgehender Eigenregie durchgeführt werden, wohingegen bei der externen Qualitätssicherung Methoden, Verfahren, Normen u.a. von außen festgelegt werden (Schmidt & Nübling, 1994, S. 20). Der wesentliche Unterschied hinsichtlich der Auswirkungen besteht darin, daß externe Maßnahmen auf Vergleich und Kontrolle hin angelegt sind (auch „Qualitätskontrolle“), wohingegen interne Maßnahmen eher zu Motivationssteigerung und kritischer Fehlersuche („Fehlerfreudigkeit“) führen.

Da jedoch in Institutionen die Möglichkeit besteht, daß trotz einer internen Qualitätssicherungsstrategie die Maßnahmen weitgehend von einer hierarchisch über geordneten Stelle festgelegt werden, sollte noch folgende Unterscheidung hinzugefügt werden:

Autonome, teilautonome und abhängige Qualitätssicherung

In Anlehnung an das organisationspsychologische Konzept der teilautonomen Arbeitsgruppen (Arbeitsgruppen, denen ein Aufgabenzusammenhang übertragen wird und dessen Regelung weitgehend selbstbestimmt ist; vgl. v. Rosenstiel, 1992, S. 107), kann auch unterschieden werden, inwieweit ein Team, das einem bestimmten „Aufgabenzusammenhang“ zugeordnet ist, für die qualitative Sicherung weitgehend eigenverantwortlich ist. Eine einheitlich „verordnete“ Qualitätssicherung z.B. in allen Abteilungen eines Krankenhauses mag zwar – bezogen auf die Organisation – als interne Qualitätssicherung gelten, dennoch ist der Autonomiegrad der Abteilung oder des Teams gering und u.U. das Gefühl der Kontrolle hoch. Insofern scheint eine weitere Differenzierung nach der Autonomie der Arbeitsgruppe bei Qualitätssicherungsmaßnahmen sinnvoll, denn sie bestimmt, inwieweit es sich auch für das Team um eine interne Qualitätssicherungsstrategie handelt.

Nutzer -vs. Expertenorientierung

Qualitätssicherungsmodelle werden fast ausschließlich von Experten entwickelt, ohne daß dabei die Nutzer maßgeblich mitgewirkt haben. Zwar ist die sog „Nutzerorientierung“ in der Literatur sehr groß geschrieben, sie beschränkt sich jedoch meist auf die Erhebung der relevanten Daten bei den Nutzer. Im psychosozialen Bereich kann jedoch berechtigt der Standpunkt vertreten werden, daß die Betroffenen gerade in die Kriterienwahl für die Qualität(ssicherung) miteinbezogen werden sollten (s. Kap. 4.2.1, Parteiliche Evaluation).

Fachbezogen vs. fachfremd:

Ein weiteres Unterscheidungskriterium orientiert sich an der Herkunft der Strategie: Fachbezogen vs. fachfremd. Betriebswirtschaftliche Qualitätsmanagementstrategien wären als fachfremd zu bezeichnen, die traditionsreiche psychologische Evaluation als fachbezogen. Dieser Aspekt wurde bereits ausgeführt (s. Kap. 2.1.3) und das Fazit lautete dort, daß die Psychologie sich selbstbewußt den z.T. neuen Fragen stellen und nicht (allein) anderen dieses Feld überlassen sollte.

Instanzen der Qualitätssicherung (QS)

- > intern – extern
- > autonom – teilautonom – abhängig
- > nutzerorientiert – expertenorientiert
- > fachbezogen – fachfremd

Organisationsgrad der QS-Maßnahmen

- > improvisiert – institutionalisiert

Autonomie der Programmimplementierung

- > institutionell- – staatlich
- > fakultativ – obligatorisch

Instrumentelle Kategorien der Qualitätsbeurteilung

- > Ergebnis- Prozeß- – Strukturqualität

Abgrenzung des Qualitätssicherungsfeldes

- > total – repräsentativ – exemplarisch
- > zufallsgesteuerte – nicht zufallsgesteuerte Auswahl
- > krankheitsorientiert – situationsorientiert

Formalisierungsgrad der Qualitätsmerkmale

- > implizit – explizit

Zeithorizont der Qualitätsbeurteilung

- > prospektiv – simultan – retrospektiv

Organisatorisch-technische Infrastruktur der QS

- > qualitative – statistische Methode
- > Dokumentation – Beobachtung – Befragung

Tab. 1. Strukturelemente der Qualitätssicherung (Gaebel, 1995, S. 484, Eichhorn, 1987)

Die bisher angeführten Kategorien von Qualitätssicherungsinstanzen sprechen die *Definitionsmacht* an, die – je nachdem, wer sie inne hat – unterschiedliche Wirkungen nach sich ziehen wird. Der Machtaspekt sollte ständig bewußt sein und reflektiert werden, da „Vertreter persönlicher und institutioneller Einzelinteressen (...) schnell im Gewande der Qualitätssicherer auftreten [werden; S.N.]. Denn wer festlegen kann, was Qualität ist und was nicht, sichert sich für die Zukunft eine mächtige Position“ (Urbanik & Beine, 1995, S. 115).

Qualitative vs. nomothetische Methode

Die Methode – hier grob eingeteilt in quantitative und qualitative – spielt eine ganz wesentliche Rolle für die Qualitätssicherung, und dies aus zwei Gründen: Zum einen wegen der *Phänomenabhängigkeit der Methode*, d.h. bestimmte Gegenstände können auch nur mit speziellen – nicht mit allen – Methoden untersucht werden; so ist z.B. eine quantitative Auswertung und inferenzstatistische Absicherung bei geringer Anzahl von Fällen nicht möglich. Zum anderen aufgrund der *Methodenabhängigkeit der Phänomene*, da verschiedene Methoden auf den gleichen Gegenstand angewendet zu verschiedenen Konstruktionen der Wirklichkeit führen. Die Phänomenabhängigkeit der Methode und die Methodenabhängigkeit der Phänomene führen dazu, daß z.B. durch eine Festlegung auf ein nomothetisches Verfahren sowohl der Gegenstandsbereich eingeschränkt als auch nur eine Perspektive der Wirklichkeit erfaßt wird.

Ergebnis-, Struktur-, und Prozeßqualität

Diese drei Kategorien sollen als Heuristik die Qualitätsaspekte bzw. Qualitätsindikatoren systematisieren helfen, oder – anders ausgedrückt – sie bilden eine erste Konkretisierung des Qualitätsbegriffs in drei Dimensionen.

(1) Unter *Strukturqualität* versteht man „die Voraussetzungen zur Erbringung von Leistungen“ (Schmidt & Nübling, 1994, S. 18). Hier kann weiter zwischen personellen und materiellen Eigenschaften (Kordy, 1992, S. 314) des Leistungserbringers unterschieden werden: Personelle Eigenschaften sind die Qualifikation, Motivation, Konzepte, Personalausstattung/Stellenpläne, Ausbildungssysteme u.a.m.. Materielle Eigenschaften sind die Bereitstellung von Geldmitteln sowie bauliche und technisch-apparative Gegebenheiten. Zur Strukturqualität sollten *Systemeigenschaften* als dritte (und wichtige) Komponente hinzutreten, die selten in der Literatur Erwähnung finden (z.B. Schmidt & Nübling, 1994, S. 18). Indikatorfragen dieser Komponente wären z.B.: Ist der organisatorische Aufbau der Institution zweckmäßig? Welcher Teil des Versorgungssystems wird von der Institution abgedeckt bzw. welcher soll abgedeckt werden (Klientel, Funktionen)? Entspricht die Struktur der Institution gemeindepsychologischen Zielsetzungen? Wie ist die Vernetzung mit anderen psychosozialen Einrichtungen? Entspricht das Angebot den Wünschen der Nachfrager?

(2) Die *Prozeßqualität* bezieht sich auf den Ablauf bzw. die leistungserbringenden Aktivitäten. Im Falle der Psychotherapie sind das also in erster

Linie Diagnostik und Therapieprozeß. Hierzu zählen die Dokumentation des Verlaufs, Einhaltung von Standards, Supervision u.a.m.

- (3) Die *Ergebnisqualität* meint das Ergebnis der Maßnahme, also z.B. den Therapieerfolg. Ergebnisqualitätsindikatoren sind zwar grundsätzlich aus Evaluationsforschungsstudien (outcome-Studien) übertragbar, dennoch ist der Transfer problematisch: denn die operationalisierten outcome-Variablen variieren von Studie zu Studie stark und deren inhaltliche Reflexion findet selten statt. Der Qualitätsdiskurs fordert nun zu einer Diskussion von Erfolgskriterien heraus, insbesondere dadurch, daß neue Ergebnisinhalte wie die *Patientenzufriedenheit*, *Angehörigenzufriedenheit* u.a. eingeführt wurden, deren operationale Umsetzung noch längst nicht etabliert sind.

Nun stellt sich natürlich die Frage, in welcher Beziehung Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität zueinander stehen? „Einig sind sich alle Experten darin, daß der Hypothese: ‘Eine gute Struktur führt automatisch zu einem guten Behandlungsprozeß und beide zusammen zu guten Behandlungsergebnissen’ nur ein theoretischer Wert zukommt. In der Praxis ist von diesem Zusammenhang oft nichts mehr zu spüren“ (Selbmann, 1990, S. 472).

2.2.3 Prozeß der Qualitätssicherung

Bei der Begriffsbestimmung von Qualität (s. Kap. 2.2.1) wurden drei wichtige Elemente herausgearbeitet: Die Ableitung der Qualitätsindikatoren („Beschaffenheit“), der Abgleich der Indikatoren hinsichtlich eines Standards („Güte“) und die Erfassung der Ursachen für die Ist-Soll-Differenz („Gründe“). Diese drei Elemente sind auch im Prozeß der Qualitätssicherung enthalten: Die Beschaffenheit wird durch ein routinemäßiges Monitoring der Qualitätsindikatoren festgehalten („Ist“), wobei die Indikatoren nach den Qualitätsdimensionen Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität kategorisiert werden können. Daran anschließend wird ein Ist-Soll-Vergleich durchgeführt. Liegt bei bestimmten Indikatoren eine Diskrepanz vor, so besteht dort ein „Problem“. Bei Problemen schließt sich eine Problemanalyse, eine Problemlösung und eine Evaluation der Problemlösung an.

Gaebel (1995b, S. 483) und Gaebel und Wolpert (1994, S. 6) gewichten in ihrem Qualitätssicherungsprozeßmodell die drei oben genannten Elemente gleichermaßen, während Selbmann (1990, S. 471; 1995b, S. 6) und Schmidt und Nübling (1994, S. 19) auf das Problem fokussieren („Problemorientierte Qualitätssicherung“). In Abb. 4 wird versucht, beide Konzep-

tionen zusammenzufassen. Dieses Modell liefert eine geeignete Heuristik für den Ablauf von Qualitätssicherungsmaßnahmen. In der Praxis muß dieser Regelkreis selbstverständlich eine weitere Konkretisierung bezüglich der zu evaluierenden Indikatoren erfahren.

2.2.4 Modelle der Qualitätssicherung

Ogleich das Thema Qualitätssicherung noch recht jung ist, liegen schon eine ganze Reihe an Realisierungsvorschlägen vor (eine gute Übersicht dazu findet sich bei Schmidt & Nübling, 1995, S. 42ff.; Nübling & Schmidt, 1998, S. 61 ff.). All diese Vorschläge weisen natürlich Ähnlichkeiten und Gegensätze auf, anhand derer man sie systematisieren kann. Die Formen der Evaluationsforschung lassen sich nach sehr verschiedenen Kategorien klassifizieren (s. ausführl. dazu: Spöhring, 1995, S. 14ff.).

Für die folgende Darstellung wurde eine Systematik gewählt, die einerseits die inhaltliche Gewichtung der Themen der vorliegenden Arbeit berücksichtigt und andererseits ein wesentliches Unterscheidungskriterium der Qualitätssicherungsalternativen, wie sie in Kapitel 3 und 4 vorgestellt werden, enthält: Es werden Qualitätssicherungsmaßnahmen, die als „praxisorientierte Zielevaluation“ bezeichnet werden können, von Maßnahmen, die den Charakter einer „forschungsbezogenen Behandlungsevaluation“ haben, unterschieden. Die Restkategorie „Weitere Modelle und Projekte“ enthält z.T. sehr komplexe Qualitätssicherungsmaßnahmen, die sich nicht nach dieser Dichotomie ordnen lassen. Tabelle 2 führt die bekanntesten Realisierungsvorschläge nach dieser Systematik auf.

Praxisbezogene Ist-Analyse und Indikatorensuche

Unter Beforschung der Routineversorgung sind Bemühungen zusammengefaßt, die verschiedene Namen tragen wie Versorgungsforschung, Inanspruchnahmestudien, praxisorientierte Psychotherapieforschung, Konzeptevaluation u.a.m.. Sie alle sollen Basisinformationen über die konkrete Patientenversorgung bereitstellen (Schmidt & Nübling, 1995, S. 43f.). Mit dieser Forschungsrichtung können potentielle Indikatoren der Qualität gewonnen werden. Z.B. kann die Frage beantwortet werden, welcher Klientel die größte psychosoziale Unterstützung zuteil wird. Indikatoren so einer deskriptiven Analyse können sodann auch normativen Gesichtspunkten gegenübergestellt werden, wie z.B.: Diejenigen, die am stärksten psychisches Leid erfahren, sollten auch die größte Unterstützung erhalten. Dies kann

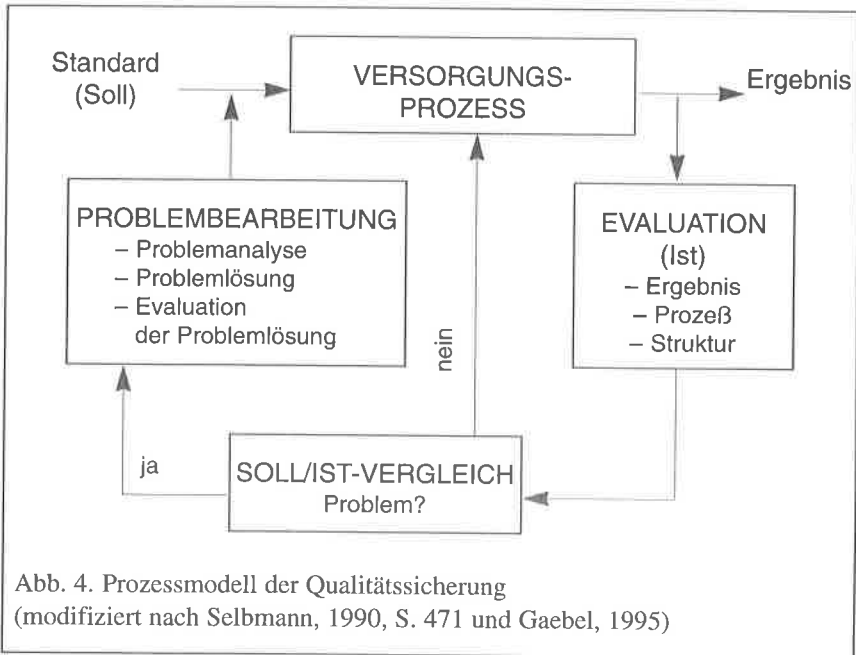


Abb. 4. Prozessmodell der Qualitätssicherung
(modifiziert nach Selbmann, 1990, S. 471 und Gaebel, 1995)

wiederum in der Routineforschung evaluiert werden, was man dann als sozialepidemiologische Evaluation bezeichnen würde (s. Kap. 4.2.1).

Unter „Erarbeitung von *Qualitätsindikatoren*“ ist die explizite Formulierung von Qualitätskriterien gemeint.

Finzen (1995, S. 132ff.) plädiert für leicht objektivier- und meßbare Qualitätskriterien, die sich auf die vier psychiatrischen Handlungsebenen (Behandlung und Pflege, Wohnen, Betätigung und Arbeit, Teilhabe am gesellschaftlichen Leben einschließlich Gestaltung der Freizeit) beziehen. So wäre z.B. für den Behandlungsbereich die Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen ein Qualitätsindikator.

Meiners (1996, S. 7) berichtet von einer Arbeitsgruppe unter der Projektträgerschaft „Aktion Psychisch Kranke e.V.“, die daran arbeitet, „die ‘Qualitätssicherung in der stationären Psychiatrie’ durch die Formulierung von Qualitätsnormen in den verschiedenen Bereichen der stationären Versorgung zu entwickeln.“ Mehr als 20 im Konsens hergestellte Qualitätsnormen (z.B. Nutzerzufriedenheit, Mehrdimensionales Krankheitsverständnis) werden auf rund 30 Bereiche (z.B. Diagnostik, Milieugestaltung) bezogen, indem konkrete Fragen abgeleitet werden, die die Norm auf den Bereich adä-

PRAXISBEZOGENE IST-ANALYSE UND INDIKATORENSUCHE:

- Beforschung der „Routineversorgung“ (Schmidt & Nübling, 1995)
- Erarbeitung von Qualitätsindikatoren (Finzen, 1995; Meiners, 1996; AG Qualitätssicherung, 1995)

FORSCHUNGSBEZOGENE BEHANDLUNGSEVALUATION:

- Basisdokumentation (Cording, 1995a, 1995b)
- Berner Modell (Grawe & Braun, 1994)
- Heidelberger Modell (Lutz et al., 1996)
- Modell der CDS (Frank & Fiegenbaum, 1994)
- Zweigleisiges Modell (Schmidt & Nübling, 1995)

WEITERE MODELLE UND PROJEKTE

- Maßnahmenkatalog der Fachgesellschaften (vgl. Schmidt & Nübling, 1995)
- Empfehlungen aus dem Forschungsgutachten zum Psychotherapeutengesetz (Meyer et al., 1991)
- Qualitätssicherungs-Richtlinien der KBV (KBV, 1993)
- Modellprojekt Qualitätssicherung in der Psychosomatik (vgl. Schmidt & Nübling, 1995)
- Reha-Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherung (vgl. Schmidt & Nübling, 1995)

Tabelle 2. Qualitätssicherungsmodelle

quat abbilden (der Abschlußbericht ist inzwischen erschienen; weiteres hierzu s. Kap. 4.2.2).

Weiterhin ist die Arbeitsgruppe Qualitätssicherung des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe (1995, S. 117) zu erwähnen, die neben einer Formulierung allgemeiner Grundsätze der psychiatrischen Behandlung („Qualitätsrahmen“) darüber hinaus für die Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität je eine Vielzahl spezifischer und konkreter Kriterien zusammenstellten. Diese Kriterien werden in einer Datensammlung und -auswertung empirisch erhoben (Ist-Analyse). In einem zweiten Schritt können sie gegen bestimmte Normwerte geprüft bzw. evaluiert werden (Ist-Soll-Vergleich).

Praxisforschung und die Erarbeitung von Qualitätsindikatoren ist bisher

im Qualitätssicherungsdiskurs ein wenig beforschter Bereich, wie auch aus der eher dürftigen Anzahl an Konzepten bzw. Veröffentlichungen in Tabelle 2 deutlich wird, obgleich sie Dreh- und Angelpunkt einer jeden Qualitätssicherung sind.

Forschungsbezogene Behandlungsevaluation

Diese Kategorie wird als *forschungsbezogen* bezeichnet, da Methodik und Meßinstrumente (und damit Qualitätsmerkmale) aus der (quasi-)experimentellen „Labor“-forschung (im Gegensatz zur Praxisforschung) stammen, die Kontextvariablen der Therapiepraxis als Störvariablen betrachtet und sie weitgehend zu eliminieren sucht. Die Meßinstrumente werden meist nicht hinsichtlich ihrer weitergehenden inhaltlichen und qualitätsbezogenen Bedeutung reflektiert. Aufgrund dieser Herkunft ist auch zu erklären, daß diese Qualitätssicherungsmodelle allein auf die Behandlung (andere Aspekte wären Wohnen, Arbeit etc.) fokussieren, denn sie ist die klassische unabhängige Variable dieser Forschungsrichtung. Ein drittes Merkmal und Abgrenzungskriterium zu der weiter oben angeführten praxisbezogenen Qualitätssicherungsstrategie ist, daß sie in erster Linie den *Erfolg* messen will, indem sie eine quantitative Veränderung vor, während und nach der Behandlung auf den Meßinstrumenten festzustellen sucht. Im Gegensatz dazu könnte die Behandlung z.B. auch hinsichtlich ihrer ethischen Angemessenheit evaluiert werden. Die bekanntesten Modelle dieser Art sind:

- (1) Das *Berner Modell* ist der Prototyp einer forschungsbezogenen Behandlungsevaluation und wird noch sehr ausführlich dargestellt werden.
- (2) Ein ähnliches Vorgehen ist die *roulinemäßige Therapieerfolgsmessung der Christoph-Dornier-Stiftung* (Frank & Fiegenbaum, 1994, S. 268ff.). Vor Behandlung, sechs bis acht Wochen nach Behandlungsende sowie ein und fünf Jahre danach werden sehr umfangreiche Messungen vorgenommen wie u.a.: globale Therapieerfolgseinschätzung, Erfassung des Therapierationals, störungsübergreifende Fragebogenbatterie (allein 15 Instrumente!), störungsspezifische Fragebogenbatterie, klinische Interviews. Wie man sieht, wird hier ein Aufwand betrieben, der den von Studien der nomothetischen Psychotherapieforschung teilweise übersteigt und in der Praxis in der Regel nicht umsetzbar sein dürfte.
- (3) Das *Heidelberger Modell der Aktiven Internen Qualitätssicherung stationärer Psychotherapie* (Lutz et al., 1996, S. 25ff.) verwendet zum Monitoring neun verschiedene Meßinstrumente, die multiperspektivisch (Therapeuten und Therapeutinnen, Patienten

2. Der Qualitätssicherungsdiskurs im Überblick

und Patientinnen etc.), multidimensional (psychisch, physisch, sozial) und multimodal angelegt sind (S. 27). Dieses Modell geht aber über eine reine Messung hinaus und gibt zusätzlich einen Algorithmus an, dementsprechend jede einzelne Behandlung bewertet werden kann und ein Auffälligkeitssignal liefert, wenn eine Behandlung problematisch verlaufen ist. Diese problematischen Verläufe werden an das therapeutische Team rückgemeldet (als Kommunikationskonzept werden Qualitätszirkel verwendet).

(4) *Basisdokumentationen* haben eine lange Tradition und bieten sich an, auch für die Qualitätssicherung verwendet zu werden. Nun ist aber die inhaltliche Festlegung, was mit einer Basisdokumentation erfaßt werden soll, keineswegs einheitlich. Gemein ist diesen Ansätzen wohl, daß relativ leicht zu ermittelnde Variablen und wichtige Grundinformationen einheitlich über mehrere Institutionen hinweg erfaßt werden. Schwerpunkte sind die Beschreibung der Klientel („Input“) sowie Ergebnisse („Output“). Während ältere Basisdokumentationssysteme eher auf die Klientenstruktur (Diagnose, Beruf etc.) fokussierten, enthält das von Cording (1995a, 1995b) bzw. Cording et al. (1995) vorgestellte Basisdokumentationssystem für die Psychiatrie auch einen deutlichen Schwerpunkt in der Erfassung der Ergebnisqualität: Direkte Merkmale der Ergebnisqualität wie Psychopathologie, Soziale Kompetenz und Patientenzufriedenheit als auch indirekte wie Komplikationen, Zwangsmaßnahmen und Dauer der stationären Behandlung werden erfaßt. Die Beurteilung der Qualität sei so über einen Vergleich dieser Indikatoren mit Standards oder den Ergebnissen anderer Kliniken möglich. der Schwerpunkt auf die Ergebnisqualität und die Art ihrer Erfassung macht die Basisdokumentation den anderen hier aufgeführten Verfahren der „forschungsbezogenen Behandlungsevaluation“ ähnlich. Allerdings darf nicht übersehen werden, daß mit einer Basisdokumentation durchaus Fragestellungen der weiter oben angeführten Beforschung der *Routineversorgung* beantwortet werden können. Kristen et al. (1996) führen aus, wie mit einer Basisdokumentation gemeindepsychiatrische Ziele überprüfbar sind, wie z.B. die Frage: „Finden die Bewohnerinnen und Bewohner einer Stadt oder eines Kreises die psychiatrischen Hilfen, die sie benötigen, an ihrem Wohnort?“ (S. 17). Insofern hätte man die Basisdokumentation mit gutem Recht auch in die Kategorie der praxisbezogenen Ist-Analyse und Indikatorensuche einordnen können.

(5) Das *zweigleisige Modell* in psychosomatischen Rehakliniken, das von Schmidt und Nübling (1998) vorgeschlagen wird, enthält einerseits ein fortlaufendes Monitoring in Form einer Basisdokumentation (s.o.), andererseits werden zeitlich begrenzte und wesentlich umfangreichere Datenerhebungen als spezielle Evaluationsstudien durchgeführt.

Weitere Modelle und Projekte

Zuletzt seien noch einige Modelle aufgeführt, die sich obigen Kategorien nicht zuordnen lassen:

- (1) Der *Maßnahmenkatalog therapeutischer Fachgesellschaften* zu Qualitätssicherungsmaßnahmen in der psychosomatischen und psychotherapeutischen Medizin umfaßt vier Aspekte (vgl. Schmidt & Nübling, 1995, S. 44): Balintgruppen, kollegiale Intervention, Qualitätszirkel und Basisdokumentation.
- (2) Das Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes gibt folgende Empfehlungen für die Qualitätssicherung (Meyer et al., 1991, S. 151ff.): Die Strukturqualität und im besonderen die Qualifikation der Gesundheitsberufe hat für die Gutachter einen sehr Stellenwert, was in ihren Ausführungen zu einem Ausbildungs-Curriculum und der Formulierung von Übergangsbestimmungen konkretisiert wird. Hinsichtlich der Prozeßqualität wird bezüglich der Indikation für die Beibehaltung des Gutachterverfahrens – allerdings als Kooperation – im kassenärztlichen Bereich plädiert; für den nicht-kassenärztlichen Bereich (z.B. Beratungsstellen) werden alternative Formen wie externe Supervision, Tätigkeitsberichte oder Nachbefragungen empfohlen. Weiterhin wird für äußerst wichtig erachtet, „den Behandlungsverlauf und die Effizienz der konkret praktizierten Therapieformen zu erfassen und zu evaluieren“ (S. 152), denn die (quasi-)experimentellen Befunde ließen sich nicht ohne weiteres auf den Praxisbereich übertragen. Bemerkenswert erscheint, daß die Autoren als „bereits jetzt erkennbare Schwerpunkte zukünftiger qualitätsverbessernder Maßnahmen“ (S. 152) die „Inanspruchnahme“ (Werden die wirklich Bedürftigen erreicht?), die Entwicklung von Verfahren für Schwergestörte und die Verbesserung der Versorgungsdichte anführen. Insgesamt sind die Empfehlungen z.T. sehr vage („Evaluation der praktizierten Therapie“) und dann wieder sehr konkret („Ausbildungs-Curriculum“), unzusammenhängend und unstrukturiert.
- (3) Nach den *Qualitätssicherungsrichtlinien der KBV* kommen für die vertragsärztliche Versorgung u.a. folgende vier Verfahren in Betracht (Schmidt & Nübling, 1995, S. 47): Qualitätszirkel, Ringversuche, Qualitätsprüfung im Einzelfall (Stichproben) und Kolloquien⁶. Ein deutlicher Schwerpunkt liegt auf den Qualitätszirkeln, in denen niedergelassene Ärzte und Ärztinnen die Möglichkeit haben, gemeinsam mit Kollegen und Kolleginnen den Praxisalltag zu überdenken und anstehende Probleme zu besprechen. Weiterführende Überlegungen zum didaktischen Konzept von Qualitätszirkeln im ambulanten Bereich finden sich bei Vauth (1995).
- (4) Im Rahmen des „Modellprojektes zur Förderung der medizinischen Gesundheit“ des Bundesministeriums für Gesundheit wird derzeit unter Koordination der Universität Göttingen und unter Beteiligung von Kinder- und Hausärzten versucht, ein Qualitätssicherungsmodell für die psychosomatische Grundversorgung zu entwickeln, zu evaluieren und anschließend in die Regelversorgung zu überführen (Schmidt & Nübling, 1995, S. 47). Hauptverfahren sind u.a. eine einheitliche Basisdokumentation, Self-audits auf Praxis-Ebene, Qualitätszirkel und Fortbildungsprogramme.

- (5) Das von der gesetzlichen Rentenversicherung beschlossene *Reha-Qualitätssicherungsprogramm* stellt „gegenwärtig das umfassendste Beispiel für eine übergreifende Qualitätssicherungsmaßnahme im deutschen Gesundheitswesen“ dar (Schmidt & Nübling, 1995, S. 48), da das Programm in allen eigenen und in den federführend belegten fremden Kliniken der Rentenversicherung seit 1994 schrittweise eingeführt wurde. Das Programm umfaßt fünf Punkte: Der Programmpunkt „Klinikkonzept“ soll die Strukturqualität erfassen, d.h. die räumliche, personelle und apparative Ausstattung, Indikationen, diagnostisches und therapeutisches Leistungsspektrum, interne Kommunikationsstrukturen, Vernetzung mit anderen Einrichtungen etc.. Im Rahmen des Programmpunktes „Patiententherapiepläne“ sollen für die wichtigsten Patientengruppen Therapiepläne aufgestellt werden. Der Programmpunkt „Qualitäts-Screening“ meint eine stichprobenartige Einzelfallüberprüfung, indem der Klinik im nachhinein ein konkreter Patient benannt wird, für den die Behandlung und das Ergebnis detailliert dokumentiert werden muß. Als vierter Programmpunkt wird die Patientenbefragung angeführt, die die Beurteilung der Behandlung aus Sicht der Patienten und Patientinnen zum Gegenstand hat. Neben diesen eher externen Qualitätssicherungsmaßnahmen soll durch den Programmpunkt „Qualitätszirkel“ eine Kommunikationsstruktur installiert werden, die auch eine interne Qualitätssicherung ermöglichen, indem der Gruppe Ergebnisse der Programmpunkte 1-4 rückgemeldet und über Verbesserungsmöglichkeiten diskutiert wird.

Die Liste der hier angeführten Modelle ist sicherlich nicht vollständig, es gibt noch weitere Projekte wie den *Bremer Modellversuch „Interne Qualitätssicherung im Krankenhaus“* (Selle-Perrez, 1996), das „*Münchener Modell*“ (Bobzien, Stark & Straus, 1995) und weitere Verfahren wie die *Dokumentation psychotherapeutischer Fallverläufe* von Laireiter (1994) u.a.

Wie man sieht, bestehen eine ganze Reihe von realisierbaren und realisierten Qualitätssicherungsmodellen, die sich jedoch in Aufwand, Gegenstand, Gewichtung der Qualitätsmerkmale, Methoden usw. erheblich unterscheiden. Jedoch könnten zwei allgemeine Ansätze, die forschungsbezogene Behandlungsevaluation vs. die praxisbezogene Ist-Analyse und Indikatoren-suche, voneinander abgegrenzt werden. Die Qualitätssicherungsüberlegungen der beiden folgenden Kapitel lassen sich jeweils auch diesen Richtungen zuordnen.

3.

Qualität der Psychotherapie nach dem Berner Modell

Es lassen sich einige Qualitätssicherungsmodelle über ihre Herkunft aus einer quasiexperimentellen Psychotherapieforschung charakterisieren (vgl. Kap. 2.2.4); sie wurden als forschungsbezogene Behandlungsevaluation bezeichnet. Sie sind gekennzeichnet durch eine ausschließlich nomothetische Methodik mit dem Fokus auf die Behandlung und der Messung des Erfolges bzw. der *Wirksamkeit*. Das Berner Modell ist ein Prototyp dieser Richtung und wohl auch derzeit das prominenteste unter ihnen. Insofern ist es wichtig zu betonen, daß viele (v.a. kritische) Bezüge, die in diesem Kapitel herausgearbeitet werden, zugleich auch für andere Modelle einer forschungsbezogenen Behandlungsevaluation gelten.

Grundlage der Berner Überlegungen zur Qualitätssicherung ist eine sehr aufwendige Metaanalyse von Psychotherapiestudien, die im ersten Teil dieses Kapitels vorgestellt wird. Die Berner Psychotherapieforschung wird im zweiten Teil einer ausführlichen statistischen Kritik unterworfen. Im dritten Teil werden zwei Folgeüberlegungen bzw. -konzeptionen für die Qualitätssicherung dargestellt, die von Grawe und seinen Mitarbeitern entwickelt wurden.

3.1 Die Berner Psychotherapieforschung

Die Berner Psychotherapieforschung steht in einer langen nomothetischen Tradition, die Frage der Wirksamkeit von Psychotherapien zu untersuchen. Deren Beginn kann mit dem Erscheinen eines Artikels von Eysenck im Jahre 1952 angegeben werden. Eysenck (1952), einer der Begründer der Verhaltenstherapie, versuchte in einer Zusammenstellung von verschiedenen Studienergebnissen zu zeigen, daß (psychoanalytische) Psychotherapie nicht wirksamer ist als überhaupt keine psychotherapeutische Behandlung (Spontanremission): „The figures fail to support the hypothesis that psychotherapy facilitates recovery from neurotic disorder“ (S. 323). Bis heute

findet man noch in Veröffentlichungen das Bemühen, diese Aussage Eysencks zu widerlegen (z.B. auch Grawe 1992a, S. 134).

Nach dieser Phase der Beunruhigung in der Psychotherapieszene brachten die Ergebnisse der Psychotherapieforschung von Luborsky, Singer & Luborsky (1975) Erleichterung: Sie formulierten als Ergebnis das sog. *Do-do-Verdikt*⁷ aus „Alice im Wunderland“, das besagt, daß alle Therapieverfahren in etwa gleich wirksam sind. „Dieser Untersuchungsbefund führte nun dazu, daß fragwürdige Verfahren des sog. Psychobooms in diesem Wind zu segeln begannen“ (Mertens, 1994, S. 354), was der Qualitätssicherung von Psychotherapie nicht dienlich war.

Die Ergebnisse der Metaanalyse von Smith, Glass und Miller (1980, S. 125) gingen in die gleiche Richtung, zeigten aber eine leichte Überlegenheit von Verhaltens- und Gesprächspsychotherapie gegenüber psychodynamischen Verfahren. In dieser Metaanalyse hat man übrigens begonnen, nicht mehr auf die Rohdaten der Einzelstudien zurückzugreifen, sondern die statistischen Kennwerte in Effektstärken metaanalytisch zu integrieren.

Inzwischen ist eine Phase eingetreten, in der wieder Wirksamkeitsunterschiede zwischen den Therapieverfahren angenommen werden. So stellen z.B. Wittmann und Matt (1986, S. 20) in ihrer Metaanalyse deutschsprachiger Arbeiten fest: „Bezüglich verschiedener Behandlungsformen schneiden Therapien mit verhaltenstherapeutischer Orientierung am besten ab.“

Zuletzt haben Grawe und seine Mitarbeiter wohl die umfangreichste Metaanalyse, die je durchgeführt wurde, vorgelegt: 1990 berichteten sie über ihr Vorhaben (Grawe et al., 1990), dem folgte 1992 eine vorläufige Darstellung der Ergebnisse in der Psychologischen Rundschau (Grawe, 1992a) und schließlich erschien 1994 die abschließende Monographie „Psychotherapie im Wandel – Von der Konfession zur Profession“ (Grawe et al., 1994).

3.1.1 Fragestellung, Vorgehen und Ergebnisse

Die Berner Psychotherapieforschung, so wie sie in der Monographie „Psychotherapie im Wandel – Von der Konfession zur Profession“ dargestellt wird, hat inhaltlich zwei Schwerpunkte: Einerseits werden Psychotherapiestudienergebnisse mit einer metaanalytischen Methodik zusammenfassend dargestellt; andererseits werden auf dieser Grundlage weitreichende Forderungen gestellt, wie sich die Praxis der psychotherapeutischen Versorgung entwickeln sollte. Zuletzt genannter Aspekt wird im Rahmen ihrer Qua-

litätssicherungsüberlegungen dargestellt (s. Kap. 3.3.1).

Gegenstand dieses Abschnittes soll die Berner Psychotherapieforschung im engeren Sinne sein. Die zugrundeliegende *Fragestellung* und der Anlaß zu diesem aufwendigen Forschungsprojekt wird in einer allgemeinen Formulierung durch folgendes Zitat deutlich: „Wichtigstes Anliegen unserer Untersuchung ist es, den Bereich der Psychotherapie transparenter zu machen durch einen möglichst vollständigen Überblick über den Ergebnisstand zu allen gängigen Therapiemethoden. Mit ‘wissenschaftlichem Ergebnisstand’ ist gemeint, dass wir an der tatsächlichen, objektiv nachgewiesenen Wirkung und Wirkungsweise der verschiedenen Therapieformen interessiert waren, und nicht an dem, was die verschiedenen Vertreter der verschiedenen Therapierichtungen darüber glauben oder behaupten.“

Explizit sollen die Fragen nach der Wirkung, dem Wirkungsvergleich, der Wirkungsweise, der differentiellen Indikation, der Unterschiedlichkeit der Therapieeffekte bei verschiedenen Patienten sowie der qualitativen Eigenart der Wirkung der untersuchten Methoden beantwortet werden (Grawe et al., 1994, S. 65). Jedoch stehen der reine Wirksamkeitsaspekt und der Wirkungsvergleich in den Ergebnisberichten deutlich im Vordergrund.

Untersuchungsvorgehen A: „Wirkungsnachweise“

Das Untersuchungsvorgehen kann anhand von sechs wesentlichen Arbeitsschritten dargestellt werden:

(1) *Sammlung und Selektion der Therapiestudien* (Grawe et al., 1994, S. 57ff):

Es wurden alle Therapiestudien zunächst aufgenommen, in denen eine psychologische Beeinflussung mit therapeutischer Zielsetzung in einer Methode von angemessener Intensität untersucht und in denen mindestens eine Variable experimentell kontrolliert und ein gruppenstatistischer Vergleich vorgenommen worden war. Nichtpublizierte Dissertationen wurden nicht berücksichtigt. Als Zeitgrenze für die Aufnahme in die Sammlung wurde die Jahreswende 1983/84 festgelegt. Der Anspruch ist, möglichst alle Studien bis zu diesem Datum erfaßt zu haben. Die Sammlung ergab etwa 3500 Studien, die in einem zweiten Selektionsschritt auf 897 reduziert wurden. Die Ausschlußkriterien waren: Untersuchungsbericht mit weniger als vier Seiten Umfang, Untersuchung mit weniger als vier Patienten, Behandlungsdauer von weniger als vier Sitzungen, Behandlungseffekte nicht an einzelnen Patienten festgestellt (z.B. Token-Economy-Systeme), bestimmte Problembereichen (Rauchen, Übergewicht, geistig Behinderte, Bettnässen, Gefängnisinsassen, isolierte Symptome bei weitgehend Gesunden) sowie Behandlung von Kindern und Jugendlichen unter 17 Jahren.

3. Qualität der Psychotherapie nach dem Berner Modell

(2) *Entwicklung eines standardisierten Auswertungskataloges* (S. 60ff.):

Die Forscher entwickelten einen Auswertungskatalog, der etwa tausend Einzelmerkmale enthält (63 Seiten lang!) und mit dem alle 897 Studien beurteilt wurden. Sieben inhaltliche Schwerpunkte des Kataloges sind: 1) Allgemeine Informationen (Bibliographie, Geschlecht der Untersucher etc.); 2) Design und Versuchsbedingungen; 3) Informationen zu den untersuchten Patienten, Therapeuten und Therapiemethoden, 4) Informationen zur Beurteilung der internen und externen Validität; 5) Messung: Hier erfolgte u.a die Einordnung der Messungen in max. zehn sog. Veränderungsbereiche^a, die in den Ergebnisberichten als Kategorien der abhängigen Variablen dienen; 6) Auswertung; 7) Ergebnisse (Erfassung der Wirksamkeit und anderer Effekte).

(3) *Auswertungsvorgehen* (S. 68ff.):

Mit der Auswertung anhand des Auswertungskataloges waren insgesamt 16 Auswerter, die ein über hundertstündiges Training absolviert hatten, befaßt. Die Zuverlässigkeit (Beurteilerübereinstimmung) der Auswertung wurde nicht geprüft. „Insgesamt mussten für die Auswertung der 897 Studien, das Auswertungstraining mitgerechnet, über zwölftausend Netto-Arbeitsstunden aufgewendet werden“ (S. 69), was den enormen Aufwand dieses Projektes deutlich werden läßt.

(4) *Spezifizierung der Therapiemethode, Patienten und Therapeuten* (S. 70):

Unter Heranziehung einschlägiger Handbücher zu Therapiemethoden entwickelten die Autoren ein Kategoriensystem, das 41 Therapiemethoden, in sechs verschiedenen Therapierichtungen gruppiert, erfaßt: 1) humanistische Therapien, 2) psychodynamische Therapien, 3) kognitiv-behaviorale Therapien, 4) interpersonale Therapien, 5) Entspannungstherapien und Hypnose sowie 6) eklektische und richtungsübergreifende Therapien. Die Spezifizierung der Patientenvariablen erfolgte über eine modifizierte Form des DSM-III: Vier Achsen wurden hinzugefügt (Hospitalisierungsdauer, Krankheitsdauer, Alter bei Symptombeginn und Anzahl früherer Hospitalisierungen) und gewisse Anpassungen aufgrund der Beschreibung ganzer Patientengruppen in den Studien vorgenommen. Für die Erfassung der Therapeutenvariablen wurde Alter, Geschlecht, Berufsgruppe, Ausbildung u.a. erfaßt.

(5) *Entwicklung eines standardisierten Güteprofils* (S. 73):

Um ihren Lesern einen schnellen Überblick zu geben, haben die Autoren aus dem Beurteilungskatalog (s.o.) Items zur Beurteilung bestimmter Güteaspekte der Studien herangezogen. Das Güteprofil umfaßt die Aspekte klinische Relevanz, interne Validität, Güte der Information, Vorsicht bei der Interpretation, Reichhaltigkeit der Messung, Güte und Reichhaltigkeit der Auswertung, Reichhaltigkeit der Ergebnisse und Indikationsrelevanz. Diese Aspekte werden auf der Abszisse als Säulen in einem Diagramm dargestellt, wobei die Ordinate den Ausprägungsgrad in Form von z-Werten angibt. Solche Güteprofile werden für einzelne Studien einer Therapierichtung –

wie in den Ergebnisberichten – aber auch zusammenfassend als Güteprofil der Studien z.B. verschiedener Zeitschriften (S. 80ff.), Länder (S. 79) oder Therapierichtungen (S. 79) erstellt.

(6) *Ergebnisberichte* (S. 82):

Die Ergebnisberichte zu den 41 verschiedenen Verfahren sind wie folgt gegliedert: Zuerst wird die Therapiemethode definiert. Anschließend werden die Forschungsgrundlagen, auf denen die Ergebnisse basieren, beschrieben und zusammenfassend in einer Tabelle dargestellt. Die Tabelle enthält Angaben über die Studien (Autoren, Güteprofil, Studiennummer), die Patienten (Hauptstörungen, Anzahl), die Therapeuten/Therapeutinnen (Beruf, Erfahrung), die Behandlung (Bedingungen, Setting, ambulant/stationär, Anzahl der Sitzungen), Ergebnisse (Erfolgsmaße, differentielle Wirkung, Indikationshinweise, Wirkmechanismen) und die Katamnese (ztl. Abstand). Im dritten Teil des Ergebnisberichtes werden Angaben zur Wirksamkeit und zum Wirkungsspektrum gemacht. Dabei wird unterschieden zwischen einer Veränderung vom Anfang der Behandlung bis zu deren Abschluß (Prae-Post-Vergleiche) und Kontrollgruppenvergleiche, deren Ergebnisse ebenfalls zusammenfassend in Tabellen dargestellt werden. Die Tabellen sind als Matrix „Veränderungsbereiche X Bedingungen“ angegeben, deren Zellen das Ergebnis enthalten. Die Ergebnisse sind nicht als Effektstärken angegeben, was gelegentlich bedauert wird (Davies-Osterkamp, 1995, S. 339; Bastine, 1994, S. 318), sondern es werden konditionale Ergebnisaussagen getroffen; sie werden in Form von Brüchen angegeben, deren Nenner besagt, wieviele Messungen bzw. Auswertungen in einem Veränderungsbereich (s.o.) vorgenommen wurden, die potentiell zu Signifikanzen hätten führen können, und deren Zähler angibt, wieviele Signifikanzen tatsächlich eingetreten sind. In einem vierten Abschnitt werden Vergleiche der jeweiligen Therapiemethode mit anderen Verfahren, soweit ausreichend viele Studien zur Verfügung stehen, ebenfalls nach einer konditionalen Auswertung und mit tabellarischer Darstellung angestellt. Der fünfte Teil enthält Indikationshinweise, also ob die jeweilige Therapie bei allen Patienten gleich wirkt. „Der bisherigen Forschung entsprechend fällt dieser Teil in den meisten Berichten eher dürrig aus, da selten konsistente und replizierte Ergebnisse vorliegen“ (Grawe et al., 1994, S. 95). Dasselbe trifft auch für Aussagen zum letzten Teil der Ergebnisberichte zu, der über die Wirkungsweise der Therapiemethode berichten soll, wie z.B. der Zusammenhang von Therapieprozeß und Ergebnis.

Untersuchungsvorgehen B: Direkte Wirkungsvergleiche

Diesem bisher dargestellten Untersuchungsansatz wird am Ende des Kapitels, das die Ergebnisberichte enthält, ein methodisch ganz anderer zur Seite gestellt, um zu weiterreichenden Aussagen über die direkten *Wirkungs-*

vergleiche verschiedener Therapieformen zu kommen (S. 651ff.). Der Grund für diese zweite Metaanalyse lag den Autoren zufolge darin, daß „die Frage der unterschiedlichen Wirkung verschiedener Therapieformen zu den umstrittensten Fragen der Psychotherapie zählt“, weswegen man die Entscheidung in dieser Frage auf eine noch breitere Basis stellen wollte.

Zum einen handelte es sich bei dieser zweiten Metaanalyse um eine erweiterte Studienstichprobe, denn man schloß alle Studien, die bis 1991 veröffentlicht wurden, mit ein. Auswahlkriterien waren: 1) Wirkungsvergleichstudie zwischen kognitiv-behavioraler Therapie, psychoanalytischer Therapie, Gesprächspsychotherapie oder Familientherapie 2) Erhebung von mind. drei Erfolgsmaßen 3) in etwa gleiche Therapiedauer 4) Angabe von Mittelwert und Streuung. Am Ende des Auswahlverfahrens verblieben 41 Studien.

Zum anderen wurde methodisch anders ausgewertet. Im Gegensatz zu der Angabe von Signifikanzen in den Ergebnistabellen, die direkt auf die *Rohdaten* der Studien bezogen sind, werden hier die Statistiken aus den Einzelstudien einer weiteren inferenzstatistischen Auswertung unterzogen. Die Berner Forscher verwendeten dazu zwei alternative Verfahren (Binomialtest, Effektstärken), die im Rahmen einer kritischen Bewertung noch ausführlich dargestellt werden (s. Kap. 3.2.2).

Ergebnisse

Es ist nun gänzlich unmöglich, die Ergebnisse der Berner Psychotherapieforschung hier zusammenfassend darzustellen, da sich der Ergebnisbericht im Original über fast 600 Seiten erstreckt. Jedoch wird über die exemplarische Kritik an den Methoden (Kap. 3.2) der Ergebnisbericht zu den psychoanalytischen Verfahren teilweise ausgeführt werden. Weiterhin ist eine Hauptaussage über die Ergebnisse, die einerseits das Thema Qualitätssicherung berühren und andererseits auch den Hauptanlaß für die Kontroversen bildet, in gebotener Kürze darstellbar: Nach Grawe et al. (1994, S. 733ff.) sind die Wirksamkeitsnachweise hinsichtlich des Themas Qualitätssicherung besonders relevant). Diesbezüglich werden von den Autoren die verschiedenen Therapieformen einer zusammenfassenden Bewertung hinsichtlich ihrer Wirksamkeit unterworfen und gewissermaßen in eine Rangreihe ihrer Effektivität gebracht:

- (1) In einer ersten Gruppe befinden sich Verfahren, für die bisher jede stichhaltige Wirksamkeitsuntersuchung fehlt, so daß sie nicht zu den wissenschaftlich fundierten Therapieformen gezählt werden. Hierzu werden

Verfahren gerechnet wie z.B. Neurolinguistisches Programmieren, Therapie nach C.G. Jung, die in den Ergebnisberichten auch nicht auftauchen.

- (2) In großer Nähe zu dieser Gruppe werden Verfahren angesiedelt, die bisher nur unzureichend evaluiert wurden oder bei denen das Ergebnis einer Überprüfung nicht überzeugte. Hierzu werden die Daseinsanalyse, die Bioenergetische Therapie, das Katathyme Bildererleben, die Individualtherapie nach Adler und die Transaktionsanalyse gezählt.
- (3) Schwach im Wirkungsnachweis und/oder mit einem nur beschränkten Anwendungsbereich seien Musik-, Tanz- und Kunsttherapie sowie progressive Relaxation, Autogenes Training, Meditationstechniken (z.B. Yoga) und Hypnotherapie.
- (4) Im Übergangsbereich zu den wissenschaftlich fundierten Psychotherapien wird die Gestalttherapie eingeordnet.
- (5) Besser als die Gestalttherapie, aber auch nicht ausreichend überprüft sei die systemische Paar- und Familientherapie.
- (6) Die psychoanalytische Therapie wird zu den wissenschaftlich fundierten Verfahren gezählt.
- (7) Die Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie wird als gut bestätigt angesehen.
- (8) Und am besten nachgewiesen und untersucht sei Wirksamkeit der kognitiv-behavioralen Therapie. Eine solch pointierte Ergebnisaussage mußte zwangsläufig (auch) aus berufspolitischen Gründen und wegen der z.T. sehr starken Identifizierung mancher Therapeuten mit ihren Verfahren eine scharf geführte Kontroverse auslösen...

3.1.2 Exkurs: Chronik der Kontroverse und ihr berufspolitischer Hintergrund

Dieses Kapitel wird als Exkurs eingefügt, um die berufspolitische Kontroverse von einer sachlich-inhaltlichen soweit wie möglich zu trennen, womit sogar dem Wunsch Grawes u.a. (1994, S. IX) entsprochen wird, nämlich „dass die Fachdiskussion um unser Untersuchungsvorgehen und die damit gefundenen Ergebnisse getrennt werden kann, von den Interessen- und Überzeugungskonflikten, die durch unsere pointierten Stellungnahmen zum gegenwärtigen psychotherapeutischen Ausbildungs- und Versorgungssystem ausgelöst werden.“ In den später folgenden Abschnitten geht es um eine inhaltliche Auseinandersetzung, weswegen die gesamte Kontroverse mit

ihren berufspolitischen Implikationen vorangestellt ist, so daß sie als Hintergrundinformation verfügbar wird, aber später nicht immer wieder zwangsläufig in den Text einfließt.

Die Forschungsarbeit von Grawe und seinen Mitarbeitern bietet aus zwei Gründen besonderen Konfliktstoff: Zum einen hat die Auswertung der Metaanalyse ein Design, das die verschiedenen psychotherapeutischen Verfahren zur unabhängigen Variablen macht – die Ergebnisberichte sind nach den Verfahren geordnet – und die Wirksamkeit als abhängige Variable anhand von Signifikanzen in den Vordergrund stellt. Sicherlich sind auch viele andere Informationen in der Auswertung enthalten, der Haupteindruck des Lesers ist jedoch, daß verschiedene Therapieverfahren hinsichtlich ihrer Wirksamkeit ausgewertet und bewertet werden. (Eine andere Strategie wäre z.B. gewesen, die Auswertung über spezifische Störungsgruppen vorzunehmen, was aber die Autoren nach eigenen Angaben wegen des immensen Arbeitsaufwandes unterließen (Grawe et al., 1994, S. 72). Eine solche Aus- und Bewertung spricht natürlich direkt die Interessen und das Selbstverständnis der jeweiligen Vertreter einer Therapierichtung an.

Zum anderen beziehen die Autoren in ihren Schlußfolgerungen zur Versorgungspraxis – wie sie selbst bemerken – zu vielen Punkten pointiert Stellung, weswegen sie auch selbst mit ebenso pointiertem Widerspruch rechnen (S. IX). Daß es Grawe selbst nicht nur um die Forschung an sich geht, sondern er auch politisch Einfluß auf die Versorgungspraxis nehmen möchte, ist an seiner Beteiligung am *Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes* (Meyer et al., 1991) ersichtlich, in das seine Ergebnisse und Interpretationen maßgeblich einfließen.

Hauptkontrahenten in der Versorgungspraxis sind einerseits Ärzte und Psychologen, andererseits Verhaltenstherapeuten und Psychoanalytiker. Denn sie zählen zu den etablierten, d.h. für die Kassenabrechnung – mit Einschränkungen – zugelassenen Berufsgruppen.

Die berufspolitische Auseinandersetzung zwischen Ärzten und Psychologen wurde durch das Psychotherapeutengesetz brandaktuell: Waren Psychologen bisher zur Abrechnung mit den Kassen fast ausschließlich nur über das Delegationsverfahren berechtigt, d.h. in Kompetenz und Verantwortung den Ärzten unterstellt, so wurde durch das neue Psychotherapeutengesetz (sozialrechtlicher Teil) eine Gleichstellung von ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten erreicht. Es wurde hart um eine mögliche Vormachtsstellung gerungen, was auch Auseinandersetzung um zwei konkurrierende Modelle, dem den Ärzten genehmen Integrationsmodell und dem

für die Psychologen vorteilhafteren Sektionsmodell (vgl. Köhlke, 1996) zeigte. Vor diesem Hintergrund war die Forschungsarbeit von Grawe et al. auch als wissenschaftliche Rückendeckung für den psychologischen Berufsstand in dieser Auseinandersetzung zu sehen. „Die Psychologen sind (...) im Durchschnitt wesentlich besser als Ärzte auf den Psychotherapeutenberuf vorbereitet; sie sind es, die im wesentlichen die Psychotherapie zu heilenden Zwecken wissenschaftlich untersucht haben und sie mehrheitlich praktizieren; sie führen im Durchschnitt wirksamere Therapien durch als Ärzte“ (Grawe et al., 1994, S. 20). Obgleich dieser vollmundigen Aussagen blieb eine stärkere Gegenreaktion von ärztlicher Seite aus.

Dafür waren die Stellungnahmen von psychoanalytischer Seite umso heftiger. Wichtiger Hintergrund ist dabei, daß die analytische Therapie 1980 noch im ambulanten Bereich der kassenärztlichen Versorgung in 98,2% der Fälle angewendet wurde, während die Verhaltenstherapie 1993 bereits 36,2% „Marktanteil“ gewinnen konnte (Vogel, 1996, S. 117), so daß die Psychoanalyse ihre völlige Dominanz verloren hat. Die Ergebnisse und Interpretationen der Berner Forscher schwächen die Psychoanalyse weiter und stärken die Verhaltenstherapie in ihrer Legitimation, was berufspolitisch Verhaltenstherapeuten freut und Psychoanalytikern ein Ärgernis ist. Denn den einzelnen Schulenvertretern geht es letztlich auch darum, sich ein möglichst dickes Stück am Versorgungskuchen zu sichern.

Chronik einer scharf geführten Kontroverse

Die ersten drei, jedoch noch moderaten, Einwände folgten dem Zwischenbericht über die Ergebnisse von Grawe (1992a), die in derselben Ausgabe der „Psychologischen Rundschau“ erschienen.

Hoffmann (1992), der sich selbst „eher am Rande der psychoanalytischen Szene“ (S. 163) stehend bezeichnet, meint, daß bei Grawe die Verhaltenstherapie eine deutlich bessere Chance hat, sich als effektiv zu erweisen, weil ihre Ergebnisse besser operationalisierbar seien. Weiterhin sollte sich jedoch die psychoanalytische Therapie um therapiezielkonforme Operationalisierungen bemühen; aber sie sollte nicht einfach Checklisten anderer Verfahren übernehmen, weil sie sich dadurch selbst benachteiligen würde. Hoffmann geht auch noch speziell auf die Ergebnisse von psychoanalytischer Therapie bei psychosomatischen Störungen ein, was noch auszuführen sein wird (s. Kap. 3.2.1).

Ein sonst selten formulierter und fachfremd wirkender Einwand stammt von Hellhammer (1992), der wohl eher Vertreter eines strengen experimen-

talpsychologischen Ansatzes ist und Psychotherapie lieber mit Methoden wie in den Neurowissenschaften untersucht sehen würde. Er hat die Befürchtung, daß die Grundlagenforschung der Brauchbarkeitsforschung geopfert wird (S. 168), d.h., daß die Psychotherapieforschung Grawes zu stark an der Praxis orientiert sei; Hellhammer (1992) plädiert „zumindest für eine gleichberechtigte Koexistenz von Grundlagenforschung und Brauchbarkeitsforschung“ (S. 168).

Bastine (1992) hält für weitaus fruchtbarer, wenn die Untersuchungsergebnisse nicht nach den Behandlungsrichtungen, sondern nach den behandelten Störungen und Merkmalen einer erfolgreichen Behandlung aufgeschlüsselt worden wären, was die Fragestellung nach „anerkanntswerten“ Therapiemethoden verändert hätte (S. 172).

Die Erwiderung auf diese drei Stellungnahmen (Grawe, 1992b) ist von der Auseinandersetzung mit Hoffmann geprägt – ein Vorzeichen für die folgende, überwiegend mit Psychoanalytikern ausgetragene, Kontroverse; Hellhammers Kritik erscheint Grawe sehr „von außen“ zu kommen, d.h. daß „sie nicht wirklich Bezug nimmt auf den speziellen Phänomenbereich der Psychotherapie“ (S. 177). Mit Bastines Stellungnahme stimmt Grawe fast völlig überein (S. 178).

Im darauffolgenden Jahr erscheinen ebenfalls in der Psychologischen Rundschau zwei Kommentare:

Dieppen (1993, S. 177) bemängelt eine Argumentationsfigur Grawes, mit der er in seinem 1992er Artikel versuchte zu belegen, daß durch eine modifizierte statistische Auswertung der Meyer-Studie (1981; s. Kap. 3.2.1) Gesprächspsychotherapie signifikant wirksamer als psychoanalytische Therapie wird – ein Ergebnis, das Meyer et al. (1981) so nicht feststellten. Dieppen zeigt an einem fiktiven Beispiel, daß eine solche statistische Auswertung absurde Ergebnisse liefern kann. In seiner Erwiderung kann Grawe (1993) Dieppens methodische Kritik letztlich nicht entkräften, jedoch führt er an, daß sich inhaltlich an den Aussagen nicht das Geringste ändern würde, auch wenn diesen statistischen Mängeln Rechnung getragen würde (Grawe, 1993, S. 185).

Eysenck (1993) versucht die Aussagen seiner Studie von 1952 (s. Kap. 3.1), mit der sich Grawe (1992) ausführlich auseinandersetzt und die er zu widerlegen versucht, in ihrer Gültigkeit mit weiteren Belegen zu untermauern. Kritik kommt von Eysenck bezüglich der „Theorielosigkeit“, die Grawe in seinem Artikel erkennen ließe, denn Eysenck plädiert für eine Erklärung der Fakten durch die „modern learning theory and conditioning me-

thods“ (S. 179). Hier wird jedoch eher deutlich, wie Eysenck, als vehementer Vertreter der Verhaltenstherapie, versucht, die Ergebnisse Grawes gemäß seiner Sicht der Dinge auszurichten. In diesem Sinne formuliert sogar Grawe (1993) in seiner Erwiderung: „Eysencks selektive Beachtung der Fakten auf dem Gebiet der Psychotherapie und seine Vereinnahmung der Fakten zugunsten einer Siegermeldung für die Verhaltenstherapie erschweren in meinen Augen einen (...) gemeinsam zu vollziehenden Verständigungs- und Erkenntnisprozeß (...)“ (S. 182).

Diese ersten Stellungnahmen zum Berner Projekt umreißen schon grob zwei Gegenpole der nachfolgenden Kontroversen, die das Erscheinen des fertiggestellten Berichts (Grawe et al. 1994) nach sich zogen: Grundsätzliche Übereinstimmung (Bastine) v.a. von verhaltenstherapeutischer Seite (Eysenck) vs. methodische Kritik (Diepgen) v.a. von psychoanalytischer Seite (Hoffmann).

Es stellt sich die Frage, ob Grawe als Verhaltenstherapeut nicht auch teilweise Forschungsergebnisse in einer Richtung konstruiert hat, die seiner beruflichen Identität und Interessenlage entsprechen, oder ob tatsächlich von einer vollkommen „objektiven“ Forschungstätigkeit auszugehen ist. Denn dem Einwand der Interessenverteidigung der Therapieschulen, der immer wieder in den Veröffentlichungen auftaucht (z.B. Grawe et al., 1994, S. 1; Grawe, 1995e), dem müssen sich auch die Berner Forscher selbst prüfend stellen. Die Autoren vertreten eine Therapieschule, die von ihnen als „Allgemeine Psychotherapie“ bezeichnet wird, und die sich aus der Faktenlage bezüglich der Wirkung und Wirkungsweise der großen und wissenschaftlich untersuchten Therapiemethoden ergeben soll (Grawe et al. 1994, S. 749; s. Kap. 3.3.1). Die Berner Forscher arbeiteten aber bereits lange vor der Veröffentlichung der Ergebnisse (Grawe, 1992a, S. 154) mit dieser Therapie-richtung, so daß die Frage zu stellen ist, ob diese aufwendige Metaanalyse zu deren Legitimation unternommen wurde, oder ob tatsächlich die gefundenen Ergebnisse zwangsläufig zu einer Neuformulierung einer Therapie-konzeption führen mußten. Was nun zuerst da war, die Forschungsergebnisse oder die Therapiekonzeption, ist nicht zu entscheiden, jedenfalls korreliert in hohem Maße Grawes eigene berufliche Identität und Interessenslage mit seinen Forschungsergebnissen und deren Interpretation. Diese Argumentationsrichtung verfolgt der Psychoanalytiker Kächele (1995) in der Zeitschrift „Psyche“, obgleich Kächele selbst in seinem Forschungsverständnis dem nomothetischen Mainstream sehr nahekommt – im Gegensatz zu den meisten seiner psychoanalytischen Kollegen und Kolleginnen. Er

bemängelt vor allem, daß die Berner Psychotherapieforscher ausschließlich *kontrollierte Studien* aufnahmen und nicht naturalistischere, „die nicht kontrollierte, aber methodisch anspruchsvolle Designs haben“ (S. 484). So kommt Kächele (1995, S. 482) zu folgendem Schluß:

„Da es Grawe und Co. leidenschaftlich um die Fundierung einer ‘Allgemeinen Psychotherapie’ geht, deren Grundlagen in Übereinstimmung mit dem für die Psychotherapie relevanten allgemeinen Erkenntnisstand der empirischen Psychologien zu sein haben, benutzt der Theoretiker Grawe den metaanalytisch am kontrollierten Studiendesign orientierten Evaluationsforscher Grawe. Aus der Zertrümmerung des Alten soll Platz für das Neue entstehen: nicht einfach eine Integrative oder Eklektische Psychotherapie, nein, eine Allgemeine Psychotherapie. Unter dieser Perspektive liest sich das Opus anders: Es ist eine Überzeugung, eine Konfession, die sich Klaus Grawe von der Seele geschrieben hat. Dabei wirft er Steine in die Fenster derjenigen, die seiner Ansicht nach ihn am ehesten daran zu hindern vermögen.“

Ein weiteres Forum der Auseinandersetzung der Ulmer Psychoanalytiker mit Grawe bot die Zeitschrift „Psychotherapeut“: Tschuschke, Hölzer und Kächele (1994) kritisieren in der Hauptsache, daß die Berner Psychotherapieforscher zwar die Güte der einbezogenen Studien anhand von Güteprofilen bewerteten, diese Information aber nicht in die Auswertung der Ergebnisse und deren Interpretation einfließen, d.h. qualitativ schlechte Studien gingen mit dem gleichen Gewicht ein wie qualitativ hochwertige. Der Umgangston wird rauher und „persönlicher“, wie z.B. folgendes Zitat aus der Replik von Grawe (1995b, S. 105) deutlich macht: „Wenn wir für die Gewinnung unserer Ergebnisaussagen so wenig Sorgfalt aufgewendet hätten, wie Tschuschke et al. für ihre Kritik an ihnen, dann wären wir zu Recht zu kritisieren (...)“. Etwas versöhnlicher reagieren wiederum die Ulmer Forscher mit einer „Einladung statt einer Erwiderung“ zu einem gemeinsamen Treffen, bei der die herangezogenen (Vergleichs-) Studien im Detail diskutiert werden sollen (Tschuschke et al., 1995).

Ebenfalls in der Zeitschrift „Psychotherapeut“ wurde die Kontroverse zwischen Meyer und Grawe, die sich freundschaftlich verbunden fühlen und auch gemeinsam am Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes arbeiteten, ausgetragen (Meyer, 1994a, 1994b, 1995; Grawe, 1994a). Gegenstand dieser Auseinandersetzung sind Grawes vernichtende Interpretationen hinsichtlich psychoanalytischer Verfahren bei psychosomatischen Störungen: „Ausgerechnet die Therapieform aber, die sich als auf-

fällig ungeeignet für die Behandlung psychosomatischer Störungen erwiesen hat, die psychoanalytische Therapie, spielt in der psychosomatischen Versorgung und Ausbildung eine dominierende Rolle“ (Grawe et al., 1994, S. 692). Meyer (1994a, 1994b, 1995) hingegen entwirft ein ganz anderes und weitaus positiveres Bild der Wirksamkeit psychoanalytischer Verfahren bei psychosomatischen Störungen (s. Kap. 3.2.1).

Der Psychoanalytiker Kaiser (1995) hebt in seiner in der „Psyche“ veröffentlichten Kritik auf drei Motive der Berner Forscher ab (S. 506): Quantitative Psychotherapieforschung, Psychotherapie-Polizei und Promotion einer neuen Variante der Verhaltenstherapie. Er versucht an verschiedenen Stellen zu zeigen, wie diese Motive auf die Gestaltung ihrer wissenschaftlichen Arbeit durchschlugen.

Sehr scharf wurde die Auseinandersetzung zwischen dem Münchner Professor für klinische Psychologie und Weiterbildungsleiter an der „Münchener Akademie für Psychoanalyse und Psychotherapie“, Wolfgang Mertens, und Grawe geführt. Mertens' Kritik versucht von einer Metaebene aus die Angemessenheit des gesamten Berner Ansatzes zu hinterfragen. Schwerpunkt dieser Kritik ist (vgl. Stuhr, 1995, S. 508), daß eine Erkenntnismöglichkeit ausschließlich in der experimentell-statistischen Forschung gesehen wird und daß diese Methodologie nicht den notwendigen Voraussetzungen einer psychoanalytischen Psychotherapieforschung entspricht (Mertens, 1994, 1995b). Mertens führt aus, wieso bisherige psychometrische Verfahren und Evaluationstechniken dem psychoanalytischen Erkenntnisprozeß meist nicht gerecht werden und skizziert eine alternatives katamnestisches Vorgehen (Mertens, 1995a). Bei dieser Kontroverse scheint die wissenschaftlich motivierte Auseinandersetzung sich zu einer persönlichen gewendet zu haben, wie folgende Passage aus einem Spiegel-Streitgespräch (Spiegel, 1995, S. 139) verdeutlicht: Grawe: „(...) *Aber Sie stellen mich so dar, als führe ich einen Feldzug gegen die Psychoanalyse.*“ – Mertens: „*Sie wirken wie ein Oberlehrer.*“

Für Mertens als Ausbilder an einem psychoanalytischen Institut – nach Grawe „wahre Bastionen gegen jeden Erkenntnisfortschritt (...)“ (S. 133) – bedeuten Grawes Stellungnahmen auch Angriffe auf seine berufliche Identität, weswegen wohl die Auseinandersetzung diesen feindseligen Charakter erhält.

Wie sensibel der Bereich der beruflichen – hier der ärztlichen – Identität ist, zeigt auch die Auseinandersetzung mit Hoffmann-Richter (Hoffmann-Richter, 1994; Grawe, 1995d). Hoffmann-Richter zeichnet ein durchaus po-

sitives Bild der Metaanalyse, jedoch sieht sie dort die Schwäche des Buches, „wo die Autoren meinen, politisch werden zu müssen. (...) Sie müssen sich ihre Feinde nicht aussuchen, indem sie z.B. erklären, daß Psychologen an sich bessere Psychotherapeuten seien als Ärzte.“ (S. 241).

Eine äußerst scharf geführte Kontroverse ist die zwischen dem Münchner Statistikprofessor Rüger und Grawe (Rüger, 1994, 1996; Grawe 1995a, 1996). Rügers erste kritische Stellungnahme, die in der Zeitschrift „Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse“ erschien, bezieht sich ausschließlich auf die verwendeten statistischen Verfahren und das Gesamturteil lautet: „Die in der Meta-Analyse behaupteten Schlußfolgerungen können nicht als statistisch abgesichert oder statistisch nachgewiesen gelten“ (Rüger, 1995, S. 369). Die Reaktion Grawes (1995a) auf diesen Artikel, die unüblicherweise (s.u.) in der „Zeitschrift für Klinische Psychologie“ abgedruckt wurde, fällt sehr heftig aus: er erhebt z.T. schwere Vorwürfe wie eine Datenmanipulation: „Er [gemeint ist Rüger; S.N.] erfindet einfach die fehlenden Daten für seine Argumentation hinzu und gibt vor, etwas getan zu haben, was er nicht getan haben kann“. Im Schlußwort werden die Einwände Rügers folgendermaßen beurteilt: „Rügers Artikel ist kein wissenschaftlicher Fachartikel im eigentlichen Sinne. Er nimmt keinerlei Bezug auf die Fachliteratur in dem betreffenden Gegenstandsbereich, er verstößt in Methodik und Argumentation gegen wichtige Grundprinzipien wissenschaftlicher Arbeit und er ist nicht darauf ausgerichtet, irgendetwas zum Erkenntnisgewinn in dem betreffenden Gegenstandsbereich beizutragen“ (S. 225).

Der Schlagabtausch setzte sich noch über zwei weitere Veröffentlichungen, ebenfalls in der „Zeitschrift für Klinische Psychologie“, im gleichen Stil fort (Grawe, 1996; Rüger, 1996). Hinsichtlich des menschlichen wie wissenschaftlichen Umgangs wurde hier die Grenze des Erträglichen weit überschritten, denn die Demontage der Kompetenz des „Gegners“ steht im Vordergrund und eine kritische Auseinandersetzung mit dessen Argumenten wird dadurch erschwert oder ganz verhindert. In diesem Sinne wird dies auch im Rahmen einer Stellungnahme der Fachgruppe Klinische Psychologie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGfP) formuliert, wobei jedoch die Verantwortung einseitig Rüger zugeschoben wird: „Die Versuche, durch Infragestellung der Motive und der Kompetenz des Autors [gemeint ist Grawe; S.N.] diese Ergebnisse als irrelevant abzutun, können jedoch nicht Teil einer wissenschaftlichen Auseinandersetzung sein“ (Fachgruppe Klinische Psychologie der DGfP, 1995, S. 229). Die DGfP Verband vertritt in der Psychologie eher den „nomothetischen mainstream“ und steht

der Berner Forschergruppe nahe, weswegen die Parteinahme für Grawe nicht allzusehr verwundert. Allerdings sollte man als Hintergrundinformation zu dieser Auseinandersetzung wiederum auch folgendes wissen: Bei Bernhard Rüger handelt es sich nicht um einen gänzlich neutralen Statistikkprofessor, sondern um den Bruder von Ulrich Rüger, dem Herausgeber der Zeitschrift „Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse“, in der Bernhard Rügers erste Veröffentlichung erschien und Grawe nicht zu einer sonst üblichen Erwiderung aufgefordert wurde (Grawe, 1995e).

Die Buchbesprechungen zu der Berner Monographie (in der „Zeitschrift für Klinische Psychologie“, vgl. Davies-Osterkamp, 1995, und im „Psychotherapeut“, vgl. Bastine, 1994) fielen insgesamt sehr positiv aus, wenn auch mit kritischen Anmerkungen. Äußerst verwunderlich und eine Rezension im eigentlichen Sinne nicht mehr zu nennen ist die Besprechung in der Zeitschrift „Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis“ (Luchmann, 1994): Die Berner Forschung wird über alle Maßen gelobt und der Rezensent findet kein einziges Wort der Kritik bei einem Werk, das immerhin über 800 Seiten umfaßt. Die „Rezension“ wirkt wie eine Kampfschrift à la Eysenck gegen die Psychoanalyse, wobei dieser Vergleich nicht weit hergeholt ist: „Es ist daher nur folgerichtig, daß der hochgeschätzte Professor Hans J. Eysenck (...) schlicht folgert, ‘it is time psychoanalysis and psychotherapy joined phlogiston on the list of scientific theorist that misle whole generations’ (Eysenck, 1994, S. 491)“ (Luchmann, 1994, S. 233). Hier handelt es sich nicht um eine wissenschaftliche und kritische Würdigung der Berner Forschungsarbeit, sondern um ein berufspolitisches Plädoyer, das sie als Beleg für die Überlegenheit der Verhaltenstherapie interpretiert.

Wie stark sich die Fronten – wohl in erster Linie aufgrund von Verteilungskämpfen – zwischen Psychoanalytikern und dem Berner Forscherteam bzw. Verhaltenstherapeuten verhärtet haben, wird auch durch einige Artikel in der Zeitschrift „Konkordat Schweizerischen Krankenkassen Aktuell“ überdeutlich. Fäh-Barwinski, Vizepräsident des „Schweizer Psychotherapeutenverbandes“ (in erster Linie eine Interessensvertretung von Psychoanalytikern und Psychoanalytikerinnen) spricht der Metaanalyse die Wissenschaftlichkeit ab, was er mit den bereits oben dargestellten kritischen Stellungnahmen begründet: „In diesem Zusammenhang weisen wir mit Nachdruck darauf hin, dass bei allen zukünftigen Entscheidungen bezüglich der psychotherapeutischen Versorgung die Studie von Grawe u.a. nicht mehr als wissenschaftliche Grundlage dienen kann“ (Fäh-Barwinski, 1995, S. 32). Dies veranlaßte Grawe zu einer ebenso heftigen Retourkutsche, die Aussa-

gen enthält wie z.B.: „(...) mausert sich der Verbandsfunktionär [Fäh-Barwinski; S.N.] flugs zum Psychotherapieforschungsexperten“ (Grawe, 1995e, S. 76).

Auch die sehr breitenwirksamen und positiven Darstellungen der Berner Forschungsarbeit im Nachrichtenmagazin „Focus“ (Gebert, 1994, 1995) geben der Kontroverse inzwischen den Charakter einer kriegerischen Auseinandersetzung, wie bereits ein Titel verrät: „Das Imperium [gemeint ist die Psychoanalyse; S.N.] schlägt zurück“ (Gebert, 1994). Daß eine Auseinandersetzung über „statistische Forschungsliteratur“ auch ein Thema für Magazine wie „Focus“ und „Spiegel“ und für Tageszeitungen ist (vgl. Geuter, 1993, 1995; Michalzik, 1995, 1996; Strupp, 1992; Grawe, 1992c; Spiegel, 1995; u.a.), kann durch die darin enthaltene berufspolitische Relevanz erklärt werden, auf die die Veröffentlichungen auch abheben.

Der Glaube an den unabhängigen und interessenlosen Forschergeist ist ein naives Ideal, das es nicht gibt. Auch wenn Grawe et al. an verschiedenen Stellen immer wieder ihre Objektivität beteuern, so liegt die Vermutung nahe, daß auch sie durch berufspolitische Interessen als „befangen“ gelten müssen. Dies gilt für die Berner Forscher sowie für alle anderen Forscher-subjekte, wie die empfindliche und berufspolitische Reaktion der psychoanalytischen Seite vor Augen führt.

Wichtig ist, daß der berufspolitische Hintergrund und die jeweilige berufliche Identität als entscheidende Triebfeder für die Auseinandersetzung – und auch deren Härte – festgehalten werden kann.

Durch diese Chronik der Kontroverse(n) sollte für die folgende Kritik durch die jeweiligen Gewährsleute eine bessere Orientierung möglich sein.

3.2 Eine intraparadigmatische Kritik: Zur Stichhaltigkeit der Statistik am Beispiel psychoanalytischer Verfahren

Eine kritische Würdigung der Berner Forschungsarbeit ist auf zwei Wegen möglich:

Zum einen kann das wissenschaftliche Vorgehen in seiner allgemeinen Konzeption akzeptiert bzw. das „wissenschaftliche Paradigma“ angenommen werden und es bleibt zu prüfen, inwiefern die Methoden und Verfahren angemessen verwendet wurden (intraparadigmatische Kritik).

Zum anderen werden aber durch verschiedene Forscherperspektiven unterschiedliche wissenschaftliche Herangehensweisen bevorzugt, was mit ei-

ner „extraparadigmatischen“ Kritik gleichzusetzen ist. Als Beispiel für eine in diesem Sinne geführte Kritik kann die Kontroverse zwischen Mertens und Grawe gelten, bei der Mertens aus einer *psychoanalytisch-hermeneutischen* Perspektive heraus aufzuzeigen versucht, daß die Berner Forschungsstrategie nicht geeignet ist, die *Wirklichkeit* angemessen abzubilden. Eine extraparadigmatische Kritik ist aus unendlich vielen anderen Perspektiven möglich, und ist deshalb in einer Gesamtheit nicht darstellbar. Lediglich die Konstruktion *verschiedener Wirklichkeiten* kann verdeutlicht werden, was noch auszuführen sein wird (s. Kap. 4.1.1). Eine wichtige Perspektive und deren implizite Kritik am Berner Forschungsparadigma wird im Kapitel 4 deutlich werden, wenn einige Eckpunkte eines Praxis- und Qualitätssicherungsverständnisses skizziert werden, die mit der Berner Konzeption in Widerspruch stehen.

In diesem Abschnitt soll es jedoch um eine Kritik im ersteren Sinne gehen, d.h. hier soll geprüft werden, ob die Methodik der Forschungsarbeit den „Regeln der (nomothetischen) Kunst“ entspricht. Exemplarisch wird diese Kritik anhand der Ausführungen zu den psychodynamischen Verfahren in Grawe (1992a) und Grawe et al. (1994) formuliert. Die Gliederung entspricht den beiden unterscheidbaren Ansätzen in ihrer Metaanalyse, also der Metaanalyse, die hauptsächlich auf *Wirkungsnachweisen* (Untersuchungsvorgehen A) ausgerichtet ist, und der Metaanalyse, die auf den *Direkten Wirkungsvergleich* (Untersuchungsvorgehen B) abzielt.

Eine Anmerkung ist vorweg noch notwendig: Die nachfolgende Kritik ist nicht hinsichtlich positiver wie negativer Aspekte ausgewogen, sondern sie ist in erster Linie bemüht, Stellen deutlich zu machen, die die Gültigkeit der Forschungsergebnisse in Frage stellen. Die Gültigkeit oder – wie Nomothetiker sagen – die Validität ist so gut wie nie Gegenstand *eigener* kritischer Reflexion durch die Forscher, sondern sie wird meist schlicht angenommen, und die Ergebnisse werden als sichere „Wahrheiten“ verkauft. Allerdings wird durch die folgenden Ausführungen deutlich werden, daß es um die Gültigkeit nicht allzu gut bestellt sein kann.

3.2.1 Wirkungsnachweise

Hinter den reinen Wirksamkeitsuntersuchungen steckt das Anliegen, empirische *Belege* zu erhalten, daß eine bestimmte Therapie hilft. In Teilen der Bevölkerung ist eine tiefe Skepsis vorhanden, ob psychotherapeutisches Eingreifen gesundheitsfördernd sein kann, und auch des Kostenträgers

scheinen oft vom nützlichen Potential, das in der Psychotherapie liegt, nicht in dem Maße überzeugt zu sein, wie sie es im Bereich der somatischen Therapien sind. Der psychotherapeutische Nutzen wird immer wieder in Frage gestellt.

Ein Problem ist, daß für einen Nachweis oft nur „Wahrheiten“ anerkannt werden, die durch ein naturwissenschaftliches Vorgehen gewonnen wurden, d. h. es muß (quasi-)experimentell geprüft sein, ob eine bestimmte Therapie wirkt. Ein Verdienst von Grawe und seinen Mitarbeitern liegt sicherlich darin, daß sie zum einen *naturwissenschaftlich* belegen, daß Psychotherapie grundsätzlich (also über alle Studien bzw. Methoden hinweg) wirkt; zum anderen zeigen sie, daß es „nicht nur eine Wunschphantasie von Psychologen, sondern nüchterne Realität (ist), dass eine vermehrte Ausschöpfung psychologischer Behandlungsmöglichkeiten dort, wo sie sich nach Ergebnissen wissenschaftlicher Untersuchungen bewährt haben, zunächst einmal Geld sparen statt kosten würde“ (Grawe et al., 1994, S. 14).

Diesen Legitimationszweck erfüllend, stellt sich darüberhinaus die Frage, ob die weiterreichenden Interpretationen und Empfehlungen hinsichtlich der Versorgungspraxis methodisch gerechtfertigt sind. Der Psychoanalyse als einem in der Versorgung sehr etabliertem Verfahren wird von den Berner Forschern zwar insgesamt eine ausreichender Wirksamkeitsnachweis bescheinigt, ihre Anwendung bei psychosomatischen Störungen und die klassische Langzeitpsychoanalyse seien aber grundsätzlich nicht indiziert (Grawe et al., S. 692 u. S. 185).

Von methodischer Seite ist Zweifel an der Gültigkeit dieser Aussagen angebracht sind. Die folgende Kritik ist notwendigerweise exemplarisch (psychoanalytische Verfahren), um genauer das methodische Vorgehen betrachten zu können.

Zur psychoanalytisch orientierten Psychotherapie und psychoanalytischen Kurztherapie

Grawe et al. (1994, S. 187 ff.) widmen der psychoanalytisch orientierten Psychotherapie und der psychoanalytischen Kurztherapie jeweils einen eigenen Ergebnisbericht. Da jedoch „inhaltlich und im Vorgehen ein fließender Übergang zwischen beiden Verfahren“ (S. 199) besteht, und die Unterscheidung lediglich durch ein formales Kriterium (Sitzungszahl und Behandlungsdauer) getroffen wurde, wird hier auf beide Formen zusammenfassend eingegangen.

Zu diesen Therapieformen liegen nach Grawe et al. (S. 188ff. u. S.

200ff.) insgesamt 41 Studien vor. Abschließend lautet Grawes (1992a, S. 140) Fazit, daß sich „Psychoanalytische Therapie [Langzeitanalyse ausgeschlossen; S.N.] von nicht zu kurzer Dauer (...) nur (...) insbesondere bei der ambulanten Behandlung von neurotischen und Persönlichkeitsstörungen als ausreichend wirksam erwiesen (hat), um zu den bewährten Therapieverfahren gezählt werden zu können“. Dennoch kritisieren Grawe et al. (1994, S. 197): „Die dominierende Stellung psychoanalytischer Therapie im derzeitigen Versorgungssystem ist aufgrund der empirischen Befundlage allerdings nicht gerechtfertigt“.

Diese empirische Befundlage als Kriterium für solch weitreichende Aussagen zu verwenden ist fragwürdig, da sich einige methodische Mängel aufzeigen lassen:

(1) *Die Problematik dieser deskriptiven Statistik und ihrer Interpretation*
 Grundlage der Ergebnisauswertung sind die Übersichtstabellen. Leider werden jedoch keine expliziten Entscheidungskriterien angegeben, auf deren Grundlage die dort angeführten Studien in die Ergebnistabellen aufgenommen wurden. Daß hier überhaupt eine weitere Selektion stattgefunden hat, ist lediglich aus den beiläufigen Bemerkungen wie „Aus 10 der 29 Studien liegen interpretierbare Resultate (...) vor“ zu entnehmen (Grawe et al., 1994, S. 210). Welche konkreten Studien in die Ergebnistabellen einbezogen wurden, wird nicht berichtet. Für eine Überprüfung oder Replik der Berner Untersuchung wäre dies aber unbedingt erforderlich; weiterhin wäre darüber hinaus auch eine kurze Ergebnisangabe zu jeder Einzelstudie notwendig (Geldschläger & Runde, 1994, S. 297).

Wie bereits erwähnt (s. Kap. 3.1.1), formulieren Grawe et al. sehr pointierte Ergebnisaussagen zur Wirksamkeit der verschiedenen Therapieverfahren. Grawe et al. entscheiden aber nach nicht nachvollziehbaren Maßstäben, wieviel Untersuchungen und Signifikanzen notwendig sind, damit einer Therapie eine „zweifelsfreie Wirksamkeit“ bescheinigt wird.

In den Ergebnistabellen werden Bruchterme präsentiert, die die Anzahl signifikanter Veränderungen im Vergleich zu den insgesamt möglichen Veränderungen angeben (vgl. Grawe et al., 1994, S. 93). Rüger (1994, S. 373; vgl. auch Geldschläger & Runde, 1994, S. 298) führt aus, daß diese Bruchterme völlig ungeeignet sind, eindeutig interpretiert zu werden. Folgendes führt u.a. zu diesem Umstand (Es kann hier *nur ein Teil* stichpunktartig genannt werden, und für ein genaueres Verständnis muß auf die Originalliteratur verwiesen werden):

- (a) Große und kleine Stichproben der Einzeluntersuchungsebene gehen mit dem gleichen Gewicht ein.
- (b) Je mehr Tests in einer Studie und in einem Anwendungsbereich durchgeführt werden, desto wahrscheinlicher enthält der Bruchterm mehr Signifikanzen.
- (c) Die Zusammenfassung der Signifikanzen für die Gesamtbeurteilung der Therapie ist wegen nicht gegebener statistischer Unabhängigkeit der Messungen unzulässig.

Insofern kommt Rüger (1994, S. 376) zu dem Schluß: „Auch die bloß qualitativ beurteilende Zusammenfassung solcher Bruchterme, wie Grawe sie in der Regel vornimmt, verbietet sich bei dermaßen stark und auf undurchschaubare Weise voneinander abhängigen Maßen und Tests“.

Die Auswertung (Anzahl der Signifikanzen pro Veränderungsbereich) ist auch noch aus einem weiteren Grund problematisch: Jeder Veränderungsbereich konnte durch mehrere Maße operationalisiert werden. „Trat nun in einem dieser Maße ein signifikanter Unterschied auf, konstatierten Grawe u.a. für den gesamten Bereich einen signifikanten Unterschied (S. 94) und zwar unabhängig davon, wie die anderen Unterschiedsmessungen ausfielen. Dadurch wurden systematisch solche Studien bevorzugt, die mehrere Erfolgsmaße pro Veränderungsbereich anwendeten“ (Geldschläger & Runde, 1994, S. 297).

(2) Die Problematik der Festlegung des Therapieerfolgs, der Diagnose und der Therapierichtung:

Kaiser (1995, S. 495f.) weist darauf hin, daß Psychotherapieforscher scheinbar nicht reflektieren, was eigentlich „Therapieerfolg“ ist. „In jeder Untersuchung wird beliebig und willkürlich das gemessen, was der jeweilige Untersucher für ‘Therapieerfolg’ hält, oder wahrscheinlich noch schlichter: was sich am besten messen läßt. „Insofern dürfen die Ergebnisse (bzw. die Anzahl der Signifikanzen) der Wirksamkeitsnachweise der verschiedenen Therapierichtungen nicht verglichen werden, da weder *Therapieerfolg* definiert wurde, noch Überprüfungen der Kriteriums-Validität unternommen wurden. Somit ist ein Vergleich – wie bei der Zusammenstellung von Grawe – nicht möglich. In diesem Zusammenhang ist auch zu erwähnen, daß eine Verbesserung der Hauptsymptomatik als Indikator des Therapieerfolgs – wie häufig bei der Verhaltenstherapie – gegenüber breit und komplex angelegten Messungen – wie meist bei psychoanalytischen Verfahren – veränderungs-sensibler ist, wie selbst Grawe (1987, S. 524) in einer früheren Veröffentli-

chung ausführt: „Die Chance, bedeutsame Therapieeffekte zu finden, ist für verschiedene Arten von Erfolgskriterien deutlich unterschiedlich. Am besten ist sie für Maße zur Erfassung der Hauptsymptomatik, viel schlechter dagegen für globale Erfolgseinschätzungen (...)“

Mertens (1995b, S. 18ff.) weist in seiner Erwiderung „Psychoanalyse auf dem Prüfstand?“ ausführlich nach, wie wenig die *diagnostischen Einschätzungen* der verwendeten Studien geeignet sind, um Vergleiche zwischen den Wirksamkeiten verschiedener Verfahren anzustellen. Die Vergleichbarkeit wird u. a. durch folgende Punkte fraglich:

- (a) Ohne eine gründliche Selbsterfahrung der Diagnostiker ist die Diagnose unreflektierten Gegenübertragungen ausgesetzt.
- (b) Wer entscheidet, welches Verhalten und Erleben noch gesund, welches bereits krank ist?
- (c) Der Schweregrad der Erkrankung, das Ausmaß der Chronifizierung, Therapiemotivation, Qualität des sozialen Netzwerkes und andere therapierelevante Variablen werden nicht berücksichtigt.
- (d) Manchmal sind mehrere berechnete Diagnosen nach ICD oder DSM möglich, so daß auch hier nicht von einer Eindeutigkeit ausgegangen werden kann.

Diese Problematik wird von Grawe et al. nicht reflektiert, sondern sie generalisieren ihre Aussagen hinsichtlich der Wirksamkeit der verschiedenen Therapierichtungen auf solch grobe Anwendungsbereiche wie „psychosomatische Störungen“, „stationäre Therapie schizophrener Patienten“ u.s.f..

Weiterhin gewinnt man bei Betrachtung der Zusammenstellung der Wirkungsnachweise den Eindruck, daß bei den kognitiv-behavioralen Therapien mehr Studien mit leichteren und prognostisch günstigeren Störungen als bei den psychodynamischen Therapien eingingen. Bei ersteren finden sich vornehmlich Phobien und Sexualstörungen als Hauptsymptomatik, bei letzteren symptomkomplexe Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, Psychosen und psychosomatische Störungen (vgl. Grawe et al., 1994, S. 200ff. u. S. 220ff.).

Außerdem werden die verschiedenen Therapien unter bestimmte Oberbegriffe (z.B. Psychoanalytische Kurztherapie, Reizkonfrontation usw.) subsumiert und deren Wirksamkeitsnachweise interpretiert, ganz so als ob die so bezeichneten Richtungen als „unabhängige Variable“ behandelt werden könnten bzw. jeweils therapeutisch gleich vorgegangen wird. Tatsächlich verbergen sich jedoch hinter diesen Schulrichtungen Therapeutenvariablen wie unterschiedliche Ausbildung, Erfahrung, Reflexionsbereitschaft,

usw. (vgl. Mertens, 1994, S. 363). Der Einfluß der *Therapeutenqualität* findet in der Metaanalyse jedoch keine Beachtung bzw. Kontrolle.

Auch eine deutliche Berücksichtigung der Art des Leidens (Patientenvariablen) bzw. der Indikationsfrage findet nicht statt. Dazu meinte Bastine (1992, S. 172): „Fruchtbarer – wenn auch unvergleichlich viel mühsamer – wäre es, (...) eine differentielle Konzeption zu realisieren und die Untersuchungsergebnisse nicht nach den Behandlungsschulen, sondern nach den behandelten Störungen und Merkmalen einer erfolgreichen Behandlung aufzuschlüsseln“.

(3) *Die Problematik der Stichprobenbildung*

Weiterhin kann kritisiert werden, daß Grawe et al. (1994) zwar Güteprofile für die einzelnen Studien erstellen, diese aber keine Folge für die Stichprobenbildung der Metaanalyse haben. D.h., daß Grawes Schlußfolgerungen nachweislich „auf der Auswertung schlechter Studien“ basieren (Tschuschke et al., 1994, S. 294). Z.B. sind für die psychoanalytisch orientierte Psychotherapie 12 Studien aufgeführt, von denen vier ein äußerst „schlechtes“ Güteprofil aufweisen. Diese „schlechten“ Studien beweisen zum einen nichts, zum anderen entwerten sie die Wirksamkeit des untersuchten Verfahrens, da sie weniger gut Veränderungen nachweisen können (vgl. Wittmann & Matt, 1986, S. 33).

Tschuschke et al. (1994, S. 290f.) zeigen in einer Reanalyse, daß sich bei einer Zusammenstellung von an der *psychotherapeutischen Praxis* (= hohe externe Validität, Güte) orientierten Stichprobe die Güteprofile wesentlich verändern: „Falls diese Güteprofile für die Fundiertheit der einzelnen Therapieformen erhalten sollten, dann bliebe nur eine mögliche Schlußfolgerung: Verhaltenstherapie ist empirisch weniger gut fundiert als Gesprächspsychotherapie und psychodynamische Verfahren! Soviel zur Stichprobenbildung“ (Tschuschke et al., 1994, S. 292).

Wie man sieht, hat die Stichprobenbildung einerseits wesentliche Auswirkungen auf die Ergebnisse, andererseits bleibt sie weitgehend subjektiven Überlegungen der Forscher überlassen. Die an der psychotherapeutischen Praxis orientierte Stichprobenbildung erscheint jedoch – im Hinblick auf die weitreichenden Berner Empfehlungen für die Praxis – plausibler. Zu den Güteprofilen kann zusätzlich – nach Geldschläger und Runde (1994, S. 296) – angeführt werden, daß die Indizes der Güteprofile keineswegs als unabhängig gelten können, was eine Profilinterpretation grundsätzlich unmöglich macht.

Zur Stichprobenbildung merkt Rüger (1994, S. 37f.; vgl. auch Geldschläger & Runde, 1994, S. 295) an, daß Grawe et al. den *Publication Bias* übersehen haben. Denn sie beziehen nur die *veröffentlichten* Studien in ihre Untersuchung ein, die gegenüber den unveröffentlichten das Bild der Signifikanzen verzerren. (Es ist naheliegend, daß Studien, die nicht die erhoffte Wirksamkeit nachweisen können, eher nicht veröffentlicht werden.) „Ein vorhandener *Publication Bias* würde sich auf die Hauptergebnisse Grawes besonders störend auswirken und sie ihrer Tendenz nach in Frage stellen; ist doch die Vermutung naheliegend, daß die Studien in Abhängigkeit von den in ihnen untersuchten Therapieformen unterschiedlich stark von einem solchen *Bias* betroffen sind und daher ein Vergleich zwischen verschiedenen Therapiearten vom *Publication Bias* verfälscht wird“ (Rüger, 1994, S. 371).

Zur Prüfung der Annahme, daß sich die Ergebnisse der veröffentlichten Studien von den nichtveröffentlichten systematisch unterscheiden, hätte zumindest eine Stichprobe unveröffentlichter Studien einbezogen werden müssen (Geldschläger & Runde, 1994, S. 295). Diese mögliche Verzerrung wird von Grawe et al. weder reflektiert noch entsprechend abgeschätzt.

Eine Benachteiligung der psychoanalytischen Verfahren bei der Stichprobenbildung dürfte auch in der wissenschaftlichen Ausrichtung psychologischer Institute liegen. Psychoanalytiker und Psychoanalytikerinnen stehen für ein anderes Wissenschaftsverständnis und nur wenige sind an psychologischen Instituten tätig; hingegen beherrschen experimentell und an der Verhaltenstherapie orientierte Psychologen und Psychologinnen die deutschen Institutsbereiche. Schon aus diesem eher pragmatischen Gesichtspunkt mangelnder Ressourcen resultiert zwangsläufig, daß insgesamt weniger empirische Nachweise bezüglich der Psychoanalyse erbracht und in die Stichprobe einbezogen werden konnten.

Zur psychoanalytischen Kurztherapie bei psychosomatischen Störungen

Vernichtend ist das Urteil von Grawe et al. hinsichtlich der Anwendung von psychoanalytischer Therapie bei psychosomatischen Krankheitsbildern: „Ausgerechnet die Therapieform, die sich als auffällig ungeeignet für die Behandlung psychosomatischer Störungen erwiesen hat, die psychoanalytische Therapie, spielt in der psychosomatischen Versorgung und Ausbildung die dominierende Rolle.“ (Grawe et al., 1994, S. 692)

Im folgenden wird anhand der Ausführungen zur Psychosomatik mit einigen Belegen exemplarisch für eine Störungsgruppe aufgezeigt, daß bei ei-

ner vertieften Auseinandersetzung die Ergebnisse von Grawe et al. zweifelhaft werden. Die folgenden Ausführungen beziehen sich zunächst auf den Artikel von Grawe (1992a) und anschließend auf den ausführlicheren Ergebnisbericht von Grawe et al. (1994):

(1) Zu Grawe (1992a)

In seinem Bericht „Psychotherapieforschung zu Beginn der neunziger Jahre“ führt Grawe (1992a, S. 140f.) für seine These der Unwirksamkeit der Psychoanalyse bei psychosomatischen Störungen eine einzige (!) Studie an, nämlich die von Meyer et al. (1981) – „(...) eine der besten je durchgeführten Therapievergleichsstudien“ (ebda., S. 140). Grawe berechnet für beide in dieser Studie angewandten Verfahren (Gesprächspsychotherapie und Psychoanalyse) jeweils die mittlere Effektstärke; da die Effektstärke für die Psychoanalyse bei 0,16 liegt, schließt Grawe auf Unwirksamkeit dieser Therapieform. Dazu ist folgendes kritisch einzuwenden: „Die Unterschiede der beiden verglichenen Therapieverfahren (...) erhält Grawe durch eigene Berechnungen der Effektstärke, Meyer fand sie so nicht“ (Hoffmann, 1992). Meyer (1994, S. 140) stellt fest, daß er selbst in der Originaluntersuchung nicht zu diesem Ergebnis kam und Grawes Effektstärkenberechnung nicht nachvollziehbar sei.

Einen Unterschied in der Wirksamkeit der beiden Therapieverfahren, der in der Originaluntersuchung so nicht gefunden wurde, versuchte Grawe (1992a, S. 144) auch nachzuweisen, indem er die 113 möglichen Vergleiche nach dem Treffer-Nieten-Prinzip auswertet und mit dem Binomialtest prüft. Dieses Vorgehen wird von Diepgen (1993, S. 177f.; vgl. auch Rüger, 1994, S. 377) als „Münchhausen-Statistik“ bezeichnet, da man „sich aus dem Sumpf nichtsignifikanter Ergebnisse am eigenen Schopf (...) herauszuziehen“ (S. 176) versucht. Der Binomialtest setzt unabhängige Messungen voraus, so daß diese Auswertung unzulässig ist, wie Grawe et al. (1994, S. 556) später z.T. selbst eingestehen: „Diese Kritik ist wahrscheinlichkeitstheoretisch zutreffend.“ Inhaltlich sehen sie aber das Vorgehen gerechtfertigt, da die Maße empirisch nicht hoch korrelieren (Grawe et al., 1994, S. 656 u. Grawe, 1993, S. 184). Ebenfalls führen die mehrmaligen Meßzeitpunkte und der wiederholten Vergleich derselben Patienten zur Verletzung der Unabhängigkeit. Diepgen (1993) konstruiert ein fiktives Beispiel einer Studie zweier Therapien A und B, in dem mit nur drei (!) Patienten, vier Meßzeitpunkten und vier Meßinstrumenten nach einer Anwendung des Binomialtests á la Grawe sich Therapie A überlegen zeigt, obgleich sich kein einzi-

ger Einzelvergleich signifikant erweist und sogar Therapie B beim letzten Meßzeitpunkt in allen Maßen überlegen ist. Mit diesem Beispiel wird sehr gut belegt, wie durch Mißachtung von statistischen Unabhängigkeitsvoraussetzungen paradoxe bzw. absurde Ergebnisse produziert werden können.

Weiterhin fehlt in dieser Studie eine genaue Analyse der Ausgangspopulation („nicht näher bezeichnete psychosomatische Störungen“ (Grawe et al., 1994, S. 207). Verschiedene psychosomatische Krankheitsbilder sprechen jedoch unterschiedlich gut auf Psychoanalyse an und wir wissen nicht, welche Störungen in Meyers Studie behandelt wurden. Eine Verallgemeinerung auf „die psychosomatischen Störungen“ (externe Validität) ist unzulässig (vgl. hierzu Hoffmann 1992, S. 164).

Des weiteren weist Meyer (1994, S. 139) auf Grawes Irrtum hin, daß es sich bei der Stichprobe um „nicht näher bezeichnete psychosomatische Störungen“ handelt: „In Wirklichkeit enthält unsere (...) Stichprobe die übliche Hauptquote an Angstkranken und Depressiven (...), wie sie in jeder PT-Ambulanz gefunden werden.“ Insofern darf diese Studie gar nicht als Beleg für einen Wirksamkeitsnachweis bei psychosomatischen Störungen verwendet werden.

Hoffmann (1992) kritisiert auch, daß „der Hamburger Psychotherapievergleich vor allem kurzpsychotherapeutisch Unerfahrene [Psychoanalytiker; S.N.] mit kurztherapeutisch Erfahrenen [Gesprächstherapeuten; S.N.] verglich“, was die Forscher der Originalstudie selbst als Alternativerklärung angeben: „Sie [die Gesprächstherapeuten; S.N.] hatten ein Heimspiel“ (Stuhr & Meyer, 1991; zit. nach Hoffmann, 1992; übersetzt S.N.).

Grawe behauptet, daß „das Ergebnis der Meyer-Studie von anderen Untersuchungen gestützt wird“ (Grawe, 1992a, S. 141), ohne die „anderen“ aber zu benennen. Eine „andere“ Studie wäre z.B. die von Rosser et al. (1983), die nach Grawe (1994, S. 208) ein überdurchschnittliches Güteprofil aufweist, und bei der sich (ebenfalls nach Grawe, 1994, S. 212) in drei von vier Messungen bzw. Veränderungsbereichen signifikante Mittelwertsunterschiede gegenüber der Kontrollgruppe⁹ ergaben. Warum wurde nicht diese Studie angeführt?

Für Grawe (1992a) steht anscheinend fest, daß diese „einzigartige“ Studie die Unwirksamkeit der Psychoanalytischen Kurztherapie (PAK) bei psychosomatischen Störungen zeigt. Es befremdet, daß statistische Testverfahren entgegen den Vorschriften angewendet werden, weil sich sonst keine signifikanten Unterschiede finden lassen. Auch sucht Grawe nicht nach Alternativerklärungen, wie diese Befunde zustandegekommen sein könnten:

„Ich will auf die Argumente, die Hoffmann [der Alternativerklärungen vorträgt; S.N.] vorbringt, um sich vor dieser nächstliegenden Interpretation [die PAK ist ungeeignet für psychosomatische Störungen; S.N.] zu schützen, nicht einzeln eingehen. (...) Es gehört zu den archaischen Abwehrmechanismen, den Boten zu schlagen, wenn einem die Botschaft nicht gefällt“ (Grawe, 1992b, S. 175).

(2) Zu Grawe et al. (1994)

In dem ausführlicheren Bericht „Psychotherapie im Wandel – Von der Konfession zur Profession“ (Grawe et al., 1994) stützt sich die Unwirksamkeitsthese der psychoanalytischen Kurztherapie bei psychosomatischen Störungen auf jeweils drei (!) Behandlungsbedingungen, die Eingang in die Auswertung nach Kontrollgruppenvergleich und Prae-Post-Vergleich fanden (vgl. Grawe 1994, S. 211f). Im Prae-Post-Vergleich sind keine signifikanten Veränderungen festgestellt worden, im Kontrollgruppenvergleich wurden weniger als die Hälfte der Messungen signifikant. Insgesamt also ein durchaus düsteres Bild hinsichtlich der Wirksamkeit der Psychoanalyse bei psychosomatischen Störungen. Gegen diese negative Bilanz kann jedoch folgendes vorgebracht werden:

Beim Lesen der Tabellen in den jeweiligen Ergebnisberichten tauchen Verständnisschwierigkeiten auf: So werden z.B. bei der psychoanalytischen Kurztherapie 29 Studien aufgeführt, die im Ergebnisbericht eingegangen sein sollen. In den Tabellen ist aber die Anzahl der Bedingungen weitaus geringer (11), es mußte also eine Selektion stattgefunden haben. Obgleich lobenswerterweise Grawe et al. genauestens erklären, nach welchen Kriterien alle 897 Studien ausgewählt wurden, welche Kriterien zur Bewertung der Güte der einzelnen Untersuchungen herangezogen wurden usw., fehlen jegliche Angaben dazu, welche Studien für die tabellarischen Ergebnisberichte *ausgeschlossen* wurden; auch die Begründung oder die Kriterien für einen Ausschluß werden nicht erwähnt. Hinsichtlich der psychoanalytischen Kurztherapie heißt es etwa schlicht: „Aus zehn der 29 Studien liegen interpretierbare Resultate aus statistischen Prae-Post-Vergleichen (...) vor“ (S. 210). Es ist nicht nachvollziehbar, welche Studien in den Tabellen enthalten sind und warum ca. 2/3 der Studien nicht interpretierbar sein sollten. Die einzigen Hinweise auf Ausschlußkriterien, die zu finden sind, werden in der allgemeinen „Leseanleitung“ gegeben: „In den Tabellen sind nur diejenigen Ergebnisse erfasst, die auf einer angemessenen statistischen Auswertung beruhen“ (S. 93). Es werden dort zwei Beispiele für eine „falsche“ statistische Auswertung genannt. Eine Selektion muß jedoch grundsätzlich aufgrund der Gefahr einer Verzerrung der Ergebnislage wohl begründet sein.

Insgesamt stützen sich die Aussagen von Grawe et al. wegen ihrer Selektion auf le-

diglich drei (!) Studien oder Behandlungsbedingungen zur Psychosomatik, obgleich ihnen doppelt so viele vorliegen. Als Leser darf man sich fragen, ob das Bild nicht günstiger für die Psychoanalytische Kurzzeittherapie ausfiele, wenn auch die anderen berücksichtigt worden wären bzw., ob drei Behandlungsbedingungen ausreichen, um so weitreichende Interpretationen vorzunehmen. Bezieht man in diesem Zusammenhang mit ein, daß die Meyer-Studie hier ausgeschlossen werden müßte, weil sie sich nicht vornehmlich mit psychosomatischen Störungen befaßt (s.o.), dann stützen sich Grawes Schlußfolgerungen nur noch auf jeweils zwei Studien.

Weiterhin zählt Hoffmann (1992) bei seiner Erwiderung zu Grawes Artikel „Psychotherapieforschung zu Beginn der neunziger Jahre“ fünf ihm bekannte kontrollierte Untersuchungen auf, die eine Wirksamkeit feststellen. Nur eine einzige (Svedlund et al., 1983) findet sich auch bei Grawe et al. (1994). Die Studien von O'Connor et al. (1964) und Dührsen et al. (1965) werden nicht in die Analyse miteinbezogen, obgleich sie in den von Grawe et al. festgelegten Zeitraum der zu analysierenden Studien fallen und obwohl sie ja auch von Hoffmann (1992) über deren Existenz informiert wurden. Zwei weitere Studien (Deter, 1986; Freyberger et al., 1986) fallen zwar nicht in diesen Zeitraum, aber wenn sie tatsächlich eine positive Wirksamkeit bescheinigen, so hätten Grawe et al. sie zumindest im Ergebnisbericht erwähnen müssen, wie sie es auch bei den anderen Therapien bei positiven Wirksamkeitsnachweistendenzen getan hatten: „In den Jahren nach 1983 erschienene und uns bekanntgewordene Studien haben wir dann berücksichtigt, wenn sie interessante neue Ergebnisaspekte hinzugebracht haben“ (Grawe et al., 1994, S. 31). Zusammenfassend könnte also die Stichprobenselektion das Ergebnis in eine bestimmte Richtung verzerrt haben.

Meyer (1994a, S. 142ff.; 1994b, S. 298ff.; 1995, S. 107ff.) hat in einer eigenen Zusammenstellung von psychoanalytischen Studien zur Psychosomatik Grawes Schlußfolgerungen direkt zu widerlegen versucht; er kommt zu folgendem Schluß: „Meine Übersicht neuerer Ergebnis-Studien aus psychoanalytisch orientierten Institutionen (...) ergibt, daß – im klaren Widerspruch zu Grawes Schlußfolgerungen – zumindest mit dem Grobmaß ES [= Effektstärke] bzw. ES# evaluiert, psychoanalytisch orientierte PT von ‘psychosomatischen Störungen’ (...) gute Wirksamkeit nachweisen kann“ (1994a, S. 149).

Ohne nun auch noch genauer auf die Metaanalyse Meyers einzugehen, zeigt zumindest deren Ergebnis, daß die Beurteilung der Wirksamkeit psychoanalytischer Therapie bei psychosomatischen Störungen wesentlich von der Stichprobenszusammensetzung abhängt.

Weiterhin ist zu kritisieren: Vergleicht man die Erfolgsmaße der psychoanalytisch orientierten Kurzzeittherapie-Studien bei psychosomatischen Störungen in der Übersichtstabelle mit den Angaben in den Tabellen für Prae-Post- und Kontrollgruppenvergleich, so können die Studien identifiziert werden, die Eingang fanden. Für den Prae-

Post-Vergleich waren es die Studien von Glen (1968), Adsett et al. (1968) und Meyer (1981), für den Kontrollgruppenvergleich die von Adsett et al. (1968), Meyer (1981) und Rosser (1983). Im Prae-Post-Vergleich wurden ausgerechnet die Studien nicht aufgenommen, die nach dem Güteprofil am besten von den psychosomatischen Untersuchungen abschnitten. Das wären die von Rosser (1983), Sjoedin (1983) und Svedlund (1983). Außerdem ist die Frage zu stellen, warum die Studie von Rosser (1981) (anscheinend aus statistischen Gründen?) nicht in den Prae-Post-Vergleich aufgenommen wurde?

Des weiteren ist nicht nachvollziehbar, warum nach der Ergebnistabelle des Prae-Post-Vergleichs der psychoanalytisch orientierten Kurzzeittherapie keine einzige signifikante Veränderung eintrat (vgl. Grawe et al, 1994, S. 211). Dies ist verwunderlich, da Grawe bezüglich der Meyer-Studie schreibt: „(...) In der psychoanalytisch behandelten Gruppe (traten) in den relevanten Erfolgsmassen nur erstaunlich wenige statistisch signifikante (...) Verbesserungen ein“ (Grawe, 1992a, S. 140). Warum fehlen diese „wenigen“ Signifikanzen in der Tabelle?

Außerdem macht Meyer (1994, S. 137ff.) darauf aufmerksam, daß von den sieben psychoanalytisch-psychosomatischen Studien (von denen jedoch nur jeweils drei Eingang in die Ergebnistabellen fanden) es sich mehrheitlich „um ‘harte’, um Somato-Psychosomatosen (handelt), bei denen von vornherein (...) schlechtere PT-Ergebnisse zu erwarten sind“ (1994a, S. 142f.). Eine genauere nosologische Differenzierung wäre also unbedingt erforderlich, will man hier Vergleiche anstellen.

Einen letzten Einwand hinsichtlich des Kontrollgruppenvergleichs (S. 212) formulieren Grawe et al. (1994) selbst: „Für das sehr schlechte Abschneiden der PAK [psychoanalytisch orientierten Kurzzeittherapie; S.N.] im Kontrollgruppenvergleich ist zu berücksichtigen, dass einige der Kontrollgruppen-Studien von verhaltenstherapeutischen Autoren durchgeführt wurden und wir in diesen Studien Hinweise für eine Beeinträchtigung der internen Validität fanden“ (S. 213).

Als vorläufiges Fazit kann festgehalten werden, daß man bei der Darstellung der Psychotherapieforschung von Grawe (1992a) und Grawe et al. (1994), wenn man sich detailliert wie hier mit der ‘Psychosomatik’ beschäftigt, auf viele fragwürdige Punkte stößt, die die Stichhaltigkeit der Ergebnisse allgemein in Frage stellen.

Zur Langzeitpsychoanalyse

Die Langzeitpsychoanalyse ist wohl die bekannteste Therapieform. Sie bildet auch einen Ausbildungsschwerpunkt an den psychoanalytischen Instituten. Grawe et al. (1994, S. 172 f.) führen zur Langzeitpsychoanalyse aus: „Auf jeden Fall liegt es in der Konsequenz des psychoanalytischen Denk-

modells und Therapieansatzes, die besten Behandlungsergebnisse bei Langzeit-Psychoanalysen zu erwarten. Die Frage nach den tatsächlichen Wirkungen psychoanalytischer Langzeittherapien ist daher nicht nur eine versorgungspragmatisch relevante Frage – unter dem Gesichtspunkt der Versorgungsökonomie müsste sich der erheblich grössere Aufwand, der für solche Therapien erforderlich ist, in deutlich besseren Behandlungserfolgen niederschlagen, um ihren verbreiteten Einsatz zu rechtfertigen –, sondern diese Frage hat innerhalb des psychoanalytischen Denkmodells gleichzeitig eine ganz zentrale theoretische Bedeutung. Man kann darüber rätseln, ob es eher trotz oder gerade wegen dieser brisanten theoretischen Relevanz der tatsächlichen Wirkungen langer Psychoanalysen keine kontrollierten Wirksamkeitsstudien zu dieser Therapieform gibt (Grawe et. al., 1994, S. 172 f.; Hervorhebungen S.N.).

Aus methodischen Gesichtspunkten muß jedoch bedacht werden, daß ein *kontrollierter Versuchsplan* über eine so lange Zeit, wie es bei einer Langzeitanalyse notwendig wäre, aus praktischen und ethischen Gründen – psychisch Leidenden müßte über Jahre hinweg eine Hilfe vorenthalten werden – kaum einzuhalten ist; das führen die Autoren auch an anderer Stelle an: „Man muß einräumen, daß es sehr schwierig ist, einen kontrollierten Versuchsplan für die Untersuchung mehrjähriger Behandlungen aufrechtzuhalten (...)“ (S. 169). Wie können Grawe und seine Mitarbeiter dann dennoch das Ausbleiben *kontrollierter Wirksamkeitsnachweise* kritisieren, wenn sie selbst sich der Schwierigkeit bzw. Unmöglichkeit eines solchen Vorhabens bewußt sind?

Nachdem es keine kontrollierten Studien hierüber gibt, hätte Grawe nach seinen eigenen Kriterien (kontrollierte Wirksamkeitsstudien) keinen eigenen Ergebnisbericht für die Langzeitanalyse anfertigen können. Grawe et al. (1994, S. 168) machen aber hier eine Ausnahme: „Wir haben dennoch der Langzeitanalyse einen eigenen Ergebnisbericht gewidmet. Der Grund dafür ist, daß eine der hochkarätigsten Therapiestudien, die bisher je durchgeführt wurden, die monumentale ‘Menninger-Studie’, sich sehr gründlich mit den Wirkungen von Langzeitpsychoanalysen befasst hat.“ Die Studie wird über alle Maßen gelobt: „Wir kennen jedenfalls keine andere Therapiestudie, die so ehrlich und auf so hohem Niveau um einen wissenschaftlichen Erkenntnisgewinn bemüht war wie diese“ (S. 187). Es wird auch betont, daß diese Studie ausschließlich von Psychoanalyse wohlgesonnenen Forscher durchgeführt wurde (S. 174). Nach so viel Lob muß das Ergebnis besonders beeindruckend sein: „Es ist (...) in den Wirkungen dieser mit wirklich ausserge-

wöhnlicher Akribie untersuchten Theapien nichts Positives erkennbar, was den (...) höheren zeitlichen und finanziellen Aufwand (...) rechtfertigen könnte“ (S. 181).

Jedoch lassen sich auch hier einige kritische Einwände formulieren:

Allgemein ist zu sagen, daß sich die Bewertung der Ergebnisse im Original anders liest, wie folgendes Zitat von Wallerstein (1990, zit. nach Mertens, 1995b, S. 26) exemplarisch zeigt: „Sicherlich wird die Psychoanalyse aufgrund ihrer erreichten Position als Theorie der menschlichen Entwicklung und der Persönlichkeitsorganisation, die unsere gesamte therapeutische Arbeit jedweder Ausformung prägt, eine entscheidende Stellung als besondere Therapie in der klassischsten (und unveränderten) Form beibehalten (...)“

Des weiteren sollte bei einer Bewertung der Menninger-Studie beachtet werden, daß sie einem nordamerikanischen (psychoanalytischen) Trend entsprang, der aus der Psychoanalyse „ein unpersönliches und langweiliges, zwanghaft penibles Rekonstruktionsverfahren machen wollte, bei dem die Person des Therapeuten in gut positivistischer Manier angeblich keine Rolle spielte“ (Mertens, 1995b, S. 27; vgl. auch Kaiser, 1995, S. 499). Diese Form der Langzeitpsychoanalyse kann nicht als repräsentativ gelten, denn sie hat sich weiterentwickelt und in Europa eine andere Richtung genommen.

Im übrigen weisen Tschuschke et al. darauf hin, daß – wenn Grawe hier die Ausnahme naturalistischer Studien zuläßt – es methodisch höherwertigere und modernere Studien als die Menninger-Untersuchung gibt, die aber aus unerfindlichen Gründen im Ergebnisbericht nicht berücksichtigt wurden. Tschuschke et al. (1994, S. 292) kommen zu dem Fazit, „daß die methodische Seite der Menninger-Studie diese aus heutiger Sicht ‘aussageunfähig’ macht.“

In der Menninger-Studie wird mit 22 Patienten eine supportive bzw. expressive Psychotherapie und mit 20 Patienten eine klassische Psychoanalyse durchgeführt. Grawe et al. (1994, S. 185) interpretieren das Ergebnis folgendermaßen: „Es gibt keine positive Indikation für eine Langzeitpsychoanalyse. In Qualität, Quantität und Stabilität vergleichbare Effekte wurden auch mit sitzenden Psychotherapien von sehr viel kürzerer Dauer erzielt.“ Ein Vergleich zwischen Langzeitpsychoanalyse und Psychotherapie ist jedoch weder zulässig, noch von den Untersuchern des Menninger-Projekts beabsichtigt gewesen, wie folgendes Zitat beweist (Wallerstein, 1986, S. 185; zit. nach Kaiser, 1995, S. 498): „(...) the intent was never to compare psychoanalysis with psychotherapy. Patients presumed comparable were *not* randomly assigned to these two major treatment modes in order to see which mode did better, and in which way, and with which kind of patients.“

Weiterhin schreiben Grawe et al. (1994), daß „eine Erfolgsquote von 60% (... nicht) die Wirkung psychoanalytischer Langzeittherapie in irgendeiner Weise positiv von der für andere Therapieverfahren festgestellten Wirkung abhöbe“ (S. 181). Hier verläßt Gra-

we seine eigene Argumentationslinie: Bei der allgemeinen Beschreibung der Langzeitanalyse legt er dar, daß die Langzeitpsychoanalyse für ihr Behandlungsziel *qualitativ* einen höheren Anspruch erhebt, nämlich eine stabilere Heilung ohne Symptomverschiebungen im Gegensatz zu anderen Verfahren (vgl. Grawe et al., 1994, S. 172). Auch wenn der quantitative Erfolg sich nicht von anderen Therapien abheben sollte, so ist damit nicht gesagt, daß bei den Fällen, bei denen die Therapie wirkte, die Qualität der Wirkung diesem Anspruch nicht genügt.

Außerdem sei hier angemerkt, daß die Autoren gewissermaßen intensiv oben genannte 60% Erfolgsquote mit Erfolgsmaßen anderer Therapieverfahren gleichsetzen. Aber in den meisten Therapiestudien und auch in ihrer Metaanalyse werden lediglich Mittelwertdifferenzen inferenzstatistisch ausgewertet und Angaben über die absolute Zahl der Therapieerfolge zur Berechnung einer Quote fehlen. Im weiteren würde sich das Problem stellen, wann der Zustand einer Person als „Erfolg“ gelten sollte: bei einer Mittelwertdifferenz von einer oder zwei Standardabweichungen? Es ist zu leichtfertig, diese Ergebnisse (klinische Kriterien) mit anderen (statistische Signifikanzen) zu vergleichen, da sie vollkommen unterschiedlich gewonnen wurden und ganz verschieden interpretiert werden müßten. Zumindest hätten die Autoren ihre Überlegungen dazu darlegen müssen.

Bemerkenswert ist auch folgende Ausführung: „Sechs der 11 Failures starben durch (...) Suizid, der in klarem Zusammenhang mit der Behandlung innerhalb dieser Studie oder einer inzwischen aufgenommenen weiteren psychoanalytischen Behandlung bei einem anderen Therapeuten stand“ (S. 182). Dabei stellt sich die Frage, ob die Autoren und Autorinnen damit einen rein statistischen „Zusammenhang“ meinen, der keine weiteren Interpretationen zuläßt, oder dabei an einen *ursächlichen* „Zusammenhang“ gedacht wird. Wenn Letzteres zutrifft, was durch die Feststellung eines „gehäuften Eintretens (...) ausgesprochenen schädigenden Wirkungen“ dieser Langzeitanalysen nahegelegt wird (S. 182), dann heißt das im Klartext, daß sechs Menschen wegen einer falschen Behandlung (Langzeitpsychoanalyse) ums Leben kamen. Es ist kaum vorstellbar, daß dies auch so von den Untersuchern der Menninger-Studie berichtet wurde. Eine Studie mit diesen Konsequenzen wäre ethisch nicht vertretbar und hätte wahrscheinlich auch strafrechtliche Folgen.

Vor allem sollte auch bewußt sein, daß diese Studie eine hohe klinische Relevanz aufweist, da die Patienten so schwer beeinträchtigt waren, daß sie z.T. nicht ambulant behandelt werden konnten und in der (Menninger-) Klinik untergebracht werden mußten. Es macht einen Unterschied hinsichtlich der Erfolgsquote, ob Patienten mit leichten oder mit sehr schweren Störungen (wie hier) in die Untersuchung einbezogen werden. Die Aussage von Grawe et al. (1994, S. 181), daß „der Schweregrad der in der Menninger-Studie behandelten Patienten (...) im Vergleich zu vielen anderen Therapiestudien keines-

wegs außergewöhnlich hoch“ liegt, darf bezweifelt werden, wenn man einem Originalbericht über das Menninger-Projekt (Wallerstein, 1989, S. 199) Glauben schenkt: „ (...) the patient population at the Menninger Foundation is a sicker population than the usual psychoanalytic population (...)“.

Mit diesen kritischen Anmerkungen zu den Wirksamkeitsnachweisen ist hinreichend deutlich geworden, daß diese Metaanalyse auch aus einer nomothetischen Perspektive viele Ansatzpunkte bietet, die an der Stichhaltigkeit der Ergebnisse zweifeln lassen. Jedenfalls ist das methodische Fundament nicht stark genug, um die weitreichenden Interpretationen als alleinige Grundlage von Empfehlungen für die psychotherapeutische Versorgung zu tragen.

3.2.2 Direkte Wirkungsvergleiche

Grawe et al. belassen es in ihrer metaanalytischen Studie nicht bei einer Darstellung der Wirksamkeitsnachweise, sondern versuchen auch zu belegen, daß bestimmte Therapiemethoden anderen überlegen seien. Sie treten entschieden dem „Dodo-Verdikt“ (Psychotherapie-Paradoxon) entgegen, das eine annähernd gleiche Wirksamkeit für alle Methoden postuliert. Forschungsergebnisse, die das Psychotherapieparadoxon stützten, werden von Grawe et al. zurückgewiesen: „Denn wird wirklich jemand so verrückt sein zu glauben, dass so unterschiedliche Vorgehensweisen wie etwa Psychoanalyse und Verhaltenstherapie wirklich Gleiches bewirken? Da weiss man doch, was man von einer Psychotherapieforschung zu halten hat, die so offensichtlich unsinnige Ergebnisse produziert“ (Grawe et al., 1994, S. 29). Dieser Logik muß man nicht unbedingt folgen, denn: Warum sollten verschiedene Verfahren nicht differierende Wege für unterschiedliche Klienten und Therapeuten zum Therapieerfolg bedeuten können?

Grawe versucht empirisch zu belegen, daß sehr wohl Wirksamkeitsunterschiede bestehen. Allerdings steht der empirische Nachweis methodisch auf so schwachen Füßen, daß Grawes Interpretationen seiner Ergebnisse fraglich sind.

Grawe et al. (1994) führen drei bzw. vier verschiedene Auswertungsverfahren durch, die nun näher betrachtet werden sollen. Im Folgenden werden einige Einwände dazu vorgebracht.

Direkte, „konventionelle“ Wirksamkeitsvergleiche

In dieser Metaanalyse stellen Grawe et al. (1994, S. 652) signifikante Mittelwertsunterschiede zwischen jeweils zwei der drei prominenten Therapieverfahren (PA, VT, GT)¹⁰ zusammen, die sie Originalstudien zum direkten Wirkungsvergleich entnahmen. Es ergab sich z.B., daß beim Vergleich zwischen PA und VT innerhalb von 51 Veränderungsbereichsmessungen bzw. Tests die VT 13 Mal, die PA drei Mal signifikant besser abschnitt. Für Grawe et al. ist dieser Befund hinreichend für folgende Interpretation: „Nicht ganz so deutlich, aber in der Tendenz doch klar, fällt die Überlegenheit der Verhaltenstherapie gegenüber der psychoanalytischen Therapie aus“ (S. 652).

Grawe berücksichtigt allerdings nicht die mögliche Abhängigkeit der Messungen; denn nur wenn Unabhängigkeit gegeben ist, darf so interpretiert werden. Es wäre z.B. möglich, daß von den 13 Tests, die die VT als überlegen ausweisen, lediglich drei unabhängig sind, die restlichen jedoch abhängig. Wären ferner alle anderen Tests unabhängig, so müßten beide Therapieverfahren als exakt gleich wirksam interpretiert werden. Insofern kann ohne eine Überprüfung der Unabhängigkeit das Ergebnis nicht interpretiert werden (vgl. Rüger, 1994, S. 376).

In Wirklichkeit ist den Autoren aber wohl selbst bewußt, daß dieses Zahlenverhältnis der Signifikanzen (s.o.) nicht sehr überzeugend und tragfähig für ihre Interpretation ist. Grawe (1992a) argumentiert dahingehend, daß die Mittelwertunterschiede zu gering seien, als daß sie aufgrund des in Therapievergleichsstudien meist kleinen Stichprobenumfanges signifikant werden könnten; außerdem würden in psychotherapeutischen Behandlungen Streuungserweiterungen auftreten, die Signifikanzen weniger wahrscheinlich werden lassen, da sich die Mittelwertverteilungen überlappen. Deshalb sucht Grawe nach neuen statistischen Wegen, um „die Entscheidung in dieser Frage [der „besten“ Wirkung; S.N.] auf eine noch breitere Basis zu stellen“ (S. 653). Grawe verwendet zwei „Alternativen zur konventionellen Signifikanzprüfung“ (S. 659), um die Unterschiede der Therapiewirkungen sichtbarer werden zu lassen.

Erste Alternative: Der Vorzeichentest

Grawe et al. (1994, S. 659) werten in dieser *ersten Alternative* wiederum auf zwei verschiedene Weisen aus, um dann den Vorzeichentest anzuwenden:

- (1) „Unsere erste Alternative zu diesem konventionellen Vorgehen ist ausserordentlich einfach: Wir haben für jedes Mass, mit dem zu irgendei-

nem Zeitpunkt nach Beginn der Therapie das Ausmass der seit Therapiebeginn eintretenden Veränderung zu erfassen versucht worden war, geprüft, welche der beiden miteinander verglichenen Therapien jeweils die grössere positive Veränderung bewirkt hatte, unabhängig von der Grösse des Unterschieds zwischen den beiden Behandlungsgruppen. (...). Pro Vergleich bekam jede der beiden Therapien entweder ein + oder ein -“ (S. 655).

Dies wurde für 22 Vergleichsstudien durchgeführt. Die Überlegung bei dieser Auswertung ist, daß bei gleich grosser Wirksamkeit die Verteilung der Vorzeichen gleich sein muß (= Nullhypothese). Es handelt sich also um einen Vorzeichentest für abhängige Stichproben. Dieser Test wird z.B. angewendet, um auf Ordinalskalenniveau zu überprüfen, ob überzufällig häufig eine Besserung eingetreten ist, indem für jede Vp nachgesehen wird, ob sich eine positive (= „+“), eine negative (= „-“) oder keine Veränderung ergeben hat; als Testprozedur dient der Binomialtest. Grawe et al. hingegen werten die Mittelwertunterschiede der gemessenen abhängigen Variablen aus! Damit verstoßen sie gegen die Voraussetzung für diesen Test, demzufolge die Messungen unabhängig sein müssen (vgl. auch Rüger, 1994, S. 377). Denn die Variablen erfassen teilweise dasselbe bzw. derselbe Proband geht mehrmals in die Auswertung mitein. Unabhängigkeit wäre nur gegeben, wenn für jeden Probanden geprüft wird, ob er sich positiv oder negativ verändert hat, wobei für jedes Meßinstrument getrennt ausgewertet und getestet werden müßte. Grawe et al. (1994, S. 556f.) meinen dazu: „Wir haben im Rahmen unserer Meta-Analyse im vollen Bewusstsein des Verstosses gegen die stochastische Unabhängigkeit Binomialtests auch auf der Ebene einzelner Untersuchungen durchgeführt. Wir betrachten den dabei resultierenden z-Wert als deskriptives Mass dafür, wie sehr sich die Therapien über alle Masse hinweg unterschieden haben.“ Dennoch führen sie weiter aus, daß bei 17 von 22 Vergleichen z-Werte resultieren, „die bei Erfüllung der Unabhängigkeit als signifikant zu betrachten wären“ (Grawe et al., 1994, S. 558). Auch eine deskriptive Verwendung des z-Wertes – „Je höher der z-Wert, desto mehr war die eine Therapie der anderen überlegen“ (Grawe et al., 1994, S. 658) – ist aufgrund der inhaltlichen Bedeutung nicht angemessen (Rüger, 1994, S. 378).

(2) Sie gehen dann sogar noch einen Schritt weiter und zählen alle „+“ und „-“ (gewonnen aus Mittelwertvergleich der AVn) über alle Untersuchungen zu PA vs. VT hinweg zusammen.

446mal hatte die Verhaltenstherapie und 147mal die psychoanalytische

Therapie die (meist nicht signifikante!) bessere Wirkung. „Für dieses Zahlenverhältnis kann man mit größerer Berechtigung einen Binomialtest durchführen, denn die Abhängigkeit der Messungen ist geringer als innerhalb der einzelnen Untersuchungen, weil die Messungen aus 22 voneinander unabhängigen Untersuchungen stammen“ (S. 658). Dazu sei angemerkt, daß die Messungen zum größten Teil trotzdem noch voneinander abhängig sind und eine Abhängigkeit, wenn sie auch im Vergleich zu obiger Auswertung geringer ist, dennoch den Vorzeichentest verbietet.

Weiterhin ist es ein allgemein bekannter statistischer Trick, mit einem großen Stichprobenumfang (hier: $N=593$) auch geringe Unterschiede (hoch) signifikant werden zu lassen. Daß hier weitere Verzerrungen auftreten, indem qualitativ schlechte Untersuchungen mit vielen Messungen ein größeres Gewicht bekommen können, wird nicht berücksichtigt. Es ist ein Irrglaube, so zahlreiche und unterschiedliche Untersuchungen auf eine Anzahl von „+“ und „-“ reduzieren zu können, und noch eine solide statistisch fundierte Entscheidung mit Hilfe eines Binomialtest für möglich zu halten.

Nun schlagen Grawe et al. (1994, S. 659) noch eine zweite Alternative für die Auswertung vor, die aber nicht weniger bedenklich ist:

Zweite Alternative: Entscheidung über Effektstärken

Grawe et al. transformieren alle gemessenen Mittelwertdifferenzen in standardisierte Effektstärken: $ES = (M_{\text{Prae}} - M_{\text{Post}}) / S_{\text{Prae}}$. Die sich in einer Vergleichsstudie entsprechenden Effektstärken werden voneinander subtrahiert und zur Deskription in ein sog. *Differenzwertprofil* übertragen.

Dazu sei zuerst einmal angemerkt, daß dadurch Studien mit vielen Meßinstrumenten und mehreren Meßzeitpunkten ein – man kann schon sagen – absurdes Gewicht erhalten. Ein gutes Beispiel hierfür ist pikanterweise eine Studie von Grawe selbst (Grawe, 1990; Grawe et al., 1990a; 1990b; 1990c; 1990d), die durch dieses Vorgehen einen außerordentlichen Stellenwert bekommt. Wie man aus Tabelle 4.9.4. auf S. 660 und Abb. 4.9.2 auf S. 664 in Grawe et al. (1994) ersehen kann, geht die genannte Studie beim Vergleich Verhaltenstherapie-Gesprächspsychotherapie mit 387 von 723 Einzelvergleichen ein; d. h. daß ihre eigene Studie mit exakt 53% Gewichtung einfließt und auf die anderen 10 Studien nur noch 47% der Information fallen. Dieses Gewicht entsteht einzig und alleine aus den häufigen Meßzeitpunkten und der großen Anzahl der Meßinstrumente in ihrer Originaluntersuchung. Zum einen wird hier wieder der Fehler der Verletzung der Unabhängigkeit, ähnlich wie bei der Auswertung der Meyer-Studie (Grawe, 1995e),

begangen, was die – wenn auch nur beschreibende – Darstellung statistisch ungültig werden läßt. Zum anderen ist sicherlich eine Gewichtung der Studien in eine Metaanalyse notwendig, aber sie müßte sich z.B. am Stichprobenumfang oder der Qualität der Einzeluntersuchungen orientieren, was Grawe et al. unterlassen (Geldschläger & Runde, 1994, S. 299).

Bei ihrer inferenzstatistischen Auswertung führen sie oben genannten Fehler nicht fort, denn sie berechnen für jede Therapiebedingung und Studie die durchschnittliche Effektstärke. Dann werden wiederum diese durchschnittlichen Effektstärken aller 19 Studien für jede Behandlungsbedingung gemittelt. So stellen sie z.B. eine mittlere Effektstärke für die PA von .83 fest, für die VT von 1.23 (vgl. Grawe et al., 1994, S. 662). Mit dem t-Test für abhängige Stichproben getestet, stellt sich die VT als hochsignifikant wirksamer als die PA heraus.

Theoretisch ist es möglich, daß bei allen einzelnen Studien des Vergleichs nur wenige oder auch keine Mittelwertvergleiche signifikant sind, sondern lediglich mehrheitlich in dieselbe Richtung weisen. Weiterhin können bei einer Auswertung über Effektstärken für jede einzelne Studie keine Signifikanzen auftreten. D.h. es ist theoretisch möglich, daß lediglich aufgrund des größeren N (= Studienanzahl) und der Transformationen in Effektstärken (= Erfassung auch von *nicht-bedeutsamen* Unterschieden) hier ein Unterschied in der Wirksamkeit dieser zwei Therapiemethoden signifikant wird. Und genau dieser Effekt trat bei dieser Auswertung auf: Nichtsignifikante Mittelwertunterschiede (!) auf der Einzeluntersuchungsebene in Effektstärken umgewandelt und zusammengefaßt, lassen die Effektstärkenunterschiede in dieser Metaanalyse signifikant werden. D.h. Grawe verwendet für den t-Test Information aus Mittelwertunterschieden der Einzelstudien, die zu einem Großteil nicht signifikant waren, also auf Zufall beruhten. Es ist jedoch nicht zulässig, daß vormals statistisch eindeutig als *zufällig* erwiesene Mittelwertunterschiede in einer Metaanalyse nachträglich als *bedeutsame* Statistiken behandelt werden und als statistische Information für einen t-Test verwendet werden!

Bei einer Verwendung des t-Tests muß weiterhin – neben der Forderung nach Unabhängigkeit – auch eine Normalverteilung der Stichprobenwerte gegeben sein. Diese Voraussetzung wird von Grawe nicht geprüft. Rüger (1994, S. 380) hat in einem Fall exemplarisch nachgewiesen, daß bei Grawe et al. die Normalverteilungsannahme verletzt wird, indem er sie mit einem entsprechenden Testverfahren (Kolmogoroff-Smirnow-Test) überprüfte. Dies verbietet eine Verwendung des t-Tests. (Grawe wertet zusätzlich

noch einmal mit dem Wilcoxon-Test aus, für den eine analoge Kritik formuliert werden kann; s. dazu Rüger, 1994, S. 380).

Es stellt sich nun also die Frage, ob man die sehr uneinheitlichen Befunde der Einzelstudien als Beleg für das Psychotherapieparadoxon nehmen soll, oder ob Grawes metaanalytische Auswertung nun doch den Beweis erbrachte, daß bestimmte Therapieverfahren anderen hochsignifikant überlegen sind. „Bei dieser krassen Diskrepanz der Aussagen könnte der Eindruck entstehen, das berichtete Ergebnis sei ein Artefakt unseres Untersuchungsvorgehens. Dies ist nicht der Fall“ (S. 669). Vor nicht allzulanger Zeit bezeichnete Grawe (1981, S. 152; zit. nach Wittmann & Matt, 1986) die Metaanalyse noch als „(...) Extrem eines Irrwegs“ und führte aus (Grawe, 1987, S. 521f.; vgl. Stössel, 1987): „Aus dem Rennen zwischen verschiedenen Therapieformen scheinen nunmehr doch zwei Sieger hervorzugehen: Die Verhaltenstherapie, weil sie so gut abschneidet, und die Methode der Metaanalyse, weil sie endlich aufzeigen konnte, was mit anderen Methoden nicht gelungen war (...) Aber wer sich gefreut hat, hat sich zu früh gefreut. Das zitierte Ergebnis [metanalytischer Studien; S.N.] (...) ist einfach ein Artefakt der metaanalytischen Methodik.“

Diesen kritischen Standpunkt vermißt man heute bei Grawe. Bei der oben angesprochenen Diskrepanz zwischen dieser Metaanalyse und den einzelnen Vergleichsstudien kann man doch höchstens folgern, daß „der solcherart ‘durch Nachbearbeitung’ wahrscheinlich gemachte Effekt nun durch prospektive Studien mit den notwendigen großen Zahlen belegt werden müßte“ (Hoffmann, 1992, S. 166).

Als Fazit läßt sich zur metaanalytischen Auswertung der vergleichenden Wirkung ausführen, daß die Ergebnisse bei der Zugrundelegung und Überprüfung der von den Autoren favorisierten Nomothetik bzw. Inferenzstatistik keine Gültigkeit beanspruchen können, denn es liegen eindeutig statistische Regelverletzungen vor.

3.3 Folgerungen für die Qualität(-ssicherung)

„Kern des Buches [gemeint ist „Psychotherapie im Wandel – Von der Konfession zur Profession“; S.N.] ist eine sorgfältige Analyse sämtlicher vorliegender Therapiestudien zur Wirksamkeit der einzelnen psychotherapeutischen Behandlungsmethoden“ (Grawe et al., 1994, S. 2). Die Wirksamkeit ist für Grawe der entscheidende Qualitätsindikator, der grundsätzlich mit einem nomothetischen Methodenarsenal zu erfassen ist. Neben der Wirksam-

keit könnten aber auch andere Qualitätsindikatoren gefordert werden (s. Kap. 4.2.2, sowie im Anhang), die aber nicht berücksichtigt werden. Als Alternative oder zumindest Ergänzung hätte auch eine qualitative Forschungsrichtung gewählt werden müssen (Grawe, 1995e).

Aus ihrer quantifizierenden Wirksamkeitsforschung heraus werden zwei Folgerungen für eine Qualitätssicherung abgeleitet bzw. stehen mit dieser in engem konzeptionellen Zusammenhang:

Die erste Konsequenz einer Qualitätssicherung wird darin gesehen, daß nur noch solche Therapieverfahren in der Praxis zur Anwendung kommen sollten, die ihre Wirksamkeit empirisch ausreichend belegt haben; in weiterführenden theoretischen Überlegungen fordern sie für die Zukunft ein Dachkonzept, das diese wirksamen Psychotherapien integriert und von ihnen als „Allgemeine Psychotherapie“ bezeichnet wird (Grawe et al., 1994, S. 749ff.; Grawe, 1994b, 1995c).

Als Modell für die konkrete Anwendung von Therapien wird von Grawe und Braun (1994) das Konzept der „*Kontrollierten Praxis*“ vorgeschlagen, das in der täglichen Routine die Wirksamkeit der Psychotherapie am Einzelfall mit einem eingegrenzten quantitativen Forschungsmethodeninventar überprüfen soll.

3.3.1 „Allgemeine Psychotherapie“

Nach den Ergebnissen Grawes et al. (1994, S. 735ff.) sind lediglich die psychoanalytische Therapie, die Gesprächspsychotherapie und die Verhaltenstherapie als wissenschaftlich fundierte Verfahren anzusehen, wobei sich die Familientherapie und die Gestaltherapie im Übergangsbereich zu den anzuerkennenden Verfahren befänden. Diese Ergebnisinterpretation stellen Grawe et al. (S. 733) in einen Zusammenhang mit einer zunehmenden *Professionalisierung* der Psychotherapie, da die Berufsausübung gesetzlichen Regelungen unterworfen wird, Ausbildungen anerkannt oder nicht anerkannt werden, die Krankenkassen Kriterien für die Finanzierung der Psychotherapie entwickeln usw.:

„Mit der Professionalisierung stellt sich die Frage nach der Qualitätssicherung und das wesentliche Kriterium dafür ist die Ergebnisqualität psychotherapeutischer Dienstleistungen (Schulte, im Druck). In diesem Kontext kann das Fehlen objektiver Wirkungsnachweise nicht mehr als Kavaliersdelikt beiseitegeschoben werden, sondern es wird ein schwerer Wettbewerbsnachteil (...). Wenn für Therapieformen, die bereits seit Jahrzehnten

existieren, überhaupt keine stichhaltigen Wirksamkeitsuntersuchungen vorliegen, dann handelt es sich nicht um ein bedauerliches Versäumnis, das vielleicht nachzuholen ist, sondern um ein klares Indiz dafür, dass diese Therapieform nicht der der wissenschaftlich seriösen Psychotherapie zuzurechnen ist und ihr nach aller Wahrscheinlichkeit auch nie zugehören wird. Es fehlt jede Berechtigung dafür, sie gleichrangig neben die grossen, gut untersuchten Therapieformen zu stellen. (...) Wenn es in den heute als wissenschaftlich unseriös zu beurteilenden Therapieformen wertvolle Elemente geben sollte, die in den wissenschaftlich anerkannten fehlen, dann können diese nur auf der Grundlage dieser anerkannten Therapien in den allgemeinen Topf der Psychotherapie eingebracht werden. (...) Die Vertreter der unwissenschaftlichen Therapieformen können nicht erwarten, dass ihnen Reservate eingeräumt werden. Sie werden sich in die wissenschaftlich anerkannten Psychotherapie integrieren müssen, oder ihr Lebensraum wird immer kleiner werden und sie werden schliesslich aussterben.“

Wie dieses ausführliche Zitat deutlich werden lässt, kann nach Grawe et al. eine Zweiteilung aufgemacht werden zwischen seriösen Verfahren, die wissenschaftlich fundiert sind, und unseriösen Verfahren, die ungenügend ihre Wirksamkeit nachgewiesen haben. Letztere sollten in Zukunft nicht mehr zur Anwendung gelangen. Ihre Forschungsarbeit entpuppt sich zur „Qualitätszertifizierung“ für die verschiedenen Verfahren. Diese Auffassung setzt sich teilweise auch bei Autoren, die sich mit Qualitätssicherung eingehend beschäftigen, durch: „Neben empirisch nachweislich hochwirksamen Therapiemethoden finden allerdings auch eine Reihe unzureichend evaluierter Methoden klinische Anwendung (vgl. Grawe et al., 1994). Hier ist die Entwicklung einer empirischen Qualitätsbasis eine wichtige Zukunftsaufgabe“ (Gaebel, 1995a, S. 102).

Wie soll nun aber der Weg aussehen, der einer „zunehmenden Professionalisierung der Psychotherapie“ nach Grawe et al. gerecht wird, und der letztlich die Anwendung unseriöser Verfahren verhindert. Die Berner Forscher fordern keineswegs, daß etwa nur die drei grossen Therapiemethoden ordnungspolitisch für die Versorgung zugelassen werden, was den Status quo für längere Zeit festschreiben und eine Weiterentwicklung behindern würde; sie sehen vielmehr die Zukunft der Psychotherapie in der Entwicklung einer „Allgemeinen Psychotherapie“, die die Therapieschulen überflüssig macht und alle wirksamen Methoden integriert (Grawe et al., 1994, S. 749ff.; Grawe 1994b, 1995c).

Zum Konzept der Allgemeinen Psychotherapie

Ihre Konzeption einer „Allgemeinen Psychotherapie“ stützt sich auf zwei Säulen. Zum einen versuchen die Autoren, die festgestellten Wirkungen in ihrer Studie aus einer Metaebene zu betrachten und Gemeinsamkeiten der Therapieverfahren, die eine besondere Wirkung zeigen, zusammenzufassen. Diese Wirkfaktoren bzw. Techniken sollten dann potentiell in einer „Allgemeinen Psychotherapie“ zur Anwendung gelangen. Diese Säule ist also die *Empirie*, aus der verschiedene Wirkfaktoren abgeleitet werden und mit der entsprechenden Technik angewendet werden sollen. Nun wäre dies zumindest in der Praxis kein außergewöhnlich neues Vorgehen, denn viele Therapeuten und Therapeutinnen bedienen sich verschiedener, schulenübergreifender Techniken, was als Eklektizismus bezeichnet wird.

Die zweite Säule ihrer Konzeption besteht jedoch in einem Theorievorschlag, der „Schematheorie“, die verschiedenen Wirkungsaspekte verbinden soll. Grawe et al. (1994, S. 774) sehen die empirisch orientierte Psychologie theoretisch-konzeptionell genügend weit fortgeschritten, „um einer nicht schulenorientierten Allgemeinen Psychologie ein solides theoretisches Fundament zu liefern.“ Beide Säulen sollen kurz erläutert werden.

(1) Die Wirkfaktoren (Empirie)

- (a) Das erste und wichtigste Wirkprinzip wird in der *Aktiven Hilfe zur Problembewältigung* gesehen (Grawe, 1994b, S. 359). Damit ist gemeint, daß die Therapeuten und Therapeutinnen aktiv bei einer Problembewältigung unterstützen und anleiten. Dieses Wirkprinzip enthalten z.B. das Selbstsicherheitstraining, Reizkonfrontation und alle Trainingsverfahren. „Für die therapeutische Wirkung ist entscheidend, daß der Patient die reale Erfahrung macht, besser im Sinne seiner Ziele mit der betreffenden Situation zurechtzukommen. Wie dies am besten erreicht werden kann, hängt von der spezifischen Problematik und den situativen Umständen ab“ (S. 360). Diese Bewältigungsperspektive spricht den Fähigkeitsbereich an, d.h. aus „Nichtkönnen“ soll „Können“ werden.
- (b) Der zweite formulierte Wirkfaktor zielt auf den motivationalen Aspekt und wird als *Klärungsperspektive* bezeichnet. „Unter der Klärungsperspektive geht es darum, daß der Therapeut dem Patienten hilft, sich über die Bedeutung seines Erlebens und Verhaltens im Hinblick auf seine bewußten und unbewußten Ziele und Werte klarer zu werden“ (S. 361). Dem oben angeführten „Können“ entspricht hier also das „Wollen“. Gesprächspsychotherapie und Psychoanalyse setzen diesen Wirkfaktor hauptsächlich ein.

Diese beiden Wirkfaktoren erscheinen den Autoren am wichtigsten. Sie plädieren für einen sich in Phasen abwechselnden oder ineinander übergehenden Einsatz dieser Wirkprinzipien und wenden sich gegen die von manchen Therapieschulen empfohlene alleinige Anwendung eines dieser Prinzipien.

- (c) Als ein weiterer bedeutender Wirkfaktor wird die *Problemaktualisierung* bzw. das *Prinzip der realen Erfahrung* genannt. „Was verändert werden soll, muß in der Therapie real erlebt werden“ (S. 364). Zu diesem Wirkfaktor bieten viele Therapieverfahren Inszenierungsmöglichkeiten an. Z.B. wird durch mehrere Mitglieder in der Gruppentherapie die Aktualisierung zwischenmenschlicher Probleme möglich, die Familientherapie bezieht die Familienmitglieder mit ein, bei der Reizkonfrontation wird die Situation aufgesucht, die Psychoanalyse nutzt die Übertragung usw.. Gerade hier seien die Therapieschulen schädlich, da sie die Therapeuten hindern, alle Möglichkeiten der Problemaktualisierung zu nutzen.
- (d) Ihren vierten Wirkfaktor bezeichnen sie als *Ressourcenaktivierung*. „Man kann Patienten besonders gut helfen, indem man an die positiven Möglichkeiten anknüpft, indem man die Art der Hilfe so gestaltet, daß der Patient sich in seinen Stärken und positiven Seiten erfahren kann“ (S. 366). Dabei wird besonders eine gute therapeutische Beziehung hervorgehoben, da sich Patienten und Patientinnen so von den Therapeuten unterstützt und im Selbstwert bestätigt fühlen, und sich selbst fähig zu einer guten Beziehung erleben. Grawe bedauert, daß dieses Wirkprinzip in den meisten Therapieausbildungen vernachlässigt wird (S. 367). Später ergänzt Grawe (1995, S. 140), daß Ressourcenaktivierung und Problemaktualisierung sowie Klärung und Bewältigung jeweils ein Gegensatzpaar bilden, denn ersteres fokussiert auf die positiven/gesunden Anteile der Patienten, letzteres auf die problematischen/defizitären Anteile. Diesen vier Wirkfaktoren wird schon jetzt der „Stellenwert von Grundmauern einer Allgemeinen Psychotherapie“ (S. 368) zuerkannt. Therapiekonzeptionen, die diese Faktoren nicht enthalten, würden auf Dauer nicht haltbar sein. Sie sollten in Ausbildung und Supervision angemessen einbezogen werden.
- (e, f) Als weitere zwei Wirkfaktoren (bzw. als Perspektivenpaar) wird von Grawe (1995) die *intrapersonale/interpersonale Dimension* eingeführt, deren Begründung aber leider fehlt.

Die Beziehung der nun sechs Wirkfaktoren wird mit einem Würfel veranschaulicht, dessen gegenüberliegenden Seiten jeweils mit den Per-

spektivenpaaren Intrapersonal-Interpersonal, Klärung-Bewältigung und Problemaktualisierung-Ressourcenaktivierung besetzt sind.

(2) Schemakonzzept (Theorie)

Grawe führt (1995, S. 130ff.) aus, daß heute in der Psychotherapie ein Sprung in der theoretischen Begründung der Verfahren notwendig ist. Zwar hätten die Therapieschulen mit ihren jeweiligen theoretischen Konzepten in der Anfangsphase eine nützliche Funktion erfüllt (= „Theorien der ersten Generation“), aber nun seien theoretische Konzeptionen nötig, die möglichst alle empirischen Fakten erklären können (= „Theorien der zweiten Generation“). „Wer den Anspruch stellt, theoretische Aussagen darüber zu machen, wie psychotherapeutische Veränderung zustandekommen, muß alle gesicherten Erfahrungen darüber, welches therapeutische Vorgehen zu welchen Wirkungen führt, in seine Erklärungen einbeziehen (S. 131). Theorien der zweiten Generation sollen den technischen Eklektizismus auch auf der theoretischen Ebene verbinden.

Grawe und seine Mitarbeiter (1994, S. 755ff.) schlagen die „Schematheorie“ vor, da sie sie in guter Übereinstimmung mit ihren empirischen Forschungsbefunden sehen. In Anlehnung an Piaget werden *Schemata* als Grundeinheiten psychischer Prozesse definiert und Assimilation und Akkommodation wird als entscheidende Triebkraft der Entwicklung angenommen. Diese Hinweise müssen hier genügen, um eine Idee davon zu geben, in welche Richtung ihre theoretischen Überlegungen verlaufen; es würde hier zu weit führen, die Schematheorie vollständig darzustellen. Da nach Grawe et al. (1994, S. 756) das Schemakonzzept auch in der empirischen Psychologie „eine zentrale theoretische Rolle“ spielt, wären vielfältige Bezüge zur Psychotherapie möglich. Sie sind der Überzeugung, daß die Psychologie als Wissenschaft Grundlagen bereithält, die sich auch für den Bereich der Psychotherapie eignen und die Therapieschulen mit ihren eigenen Theorien überflüssig machen. Sie räumen allerdings ein, daß das Schemakonzzept keine „eherne Wahrheit“ ist, sondern daß mit dem Erkenntnisfortschritt der empirischen Psychologie (...) sich selbstverständlich auch Änderungen in den theoretischen Grundlagen für die Psychotherapie ergeben“ (S. 757).

Die Beziehung von *Empirie* (Wirkfaktoren) und *Theorie* (Schemakonzzept) kann nach Grawe (1995c, S. 132) so veranschaulicht werden (Abb. 5):

Grawe (1995c) konzipiert die wissenschaftliche Entwicklung der Psychotherapie als spiralförmigen Prozeß, der mit den Theorien der ersten Generation beginnt. Diese Theorien führen zu ersten Erfahrungen, von denen

einige den Status gesicherter Fakten erhalten. Diese Fakten erfordern nun aber neue Erklärungen, nämlich Theorien der zweiten Generation – und an dieser Stelle befindet sich nach Grawe gegenwärtig die wissenschaftliche Psychotherapie. Für die Zukunft sind dann durch die Theorien der zweiten Generation neue Fakten zu erwarten, die wiederum bessere Erklärungen erfordern (Theorien der dritten Generation usw.). Dieser Prozeß erzeugt dabei immer wirksamere therapeutische Vorgehensweisen und fortschreitend wahrere und nützlichere Theorien.

Bewertung der Allgemeinen Psychotherapie

Mit dem Konzept der Allgemeinen Psychotherapie werden andere Akzente gesetzt als durch ihre Psychotherapieforschung, in deren allgemeiner Schelte sie unterging (Strauß, 1995, S. 129). Als grundsätzlich positive Tendenz kann nach den bisweilen sehr scharfen Angriffen in der Forschungsarbeit das „integrierende Moment“ in diesem Modell gesehen werden, da zumindest für alle Richtungen potentiell Platz vorhanden ist und kein grundsätzlicher Ausschluß bestimmter Therapiemethoden vorgesehen ist – soweit sie ihre wissenschaftliche Fundierung nachweisen. Allerdings bedeutet eine solche Integration für viele Therapieverfahren eine Anpassung an den no-

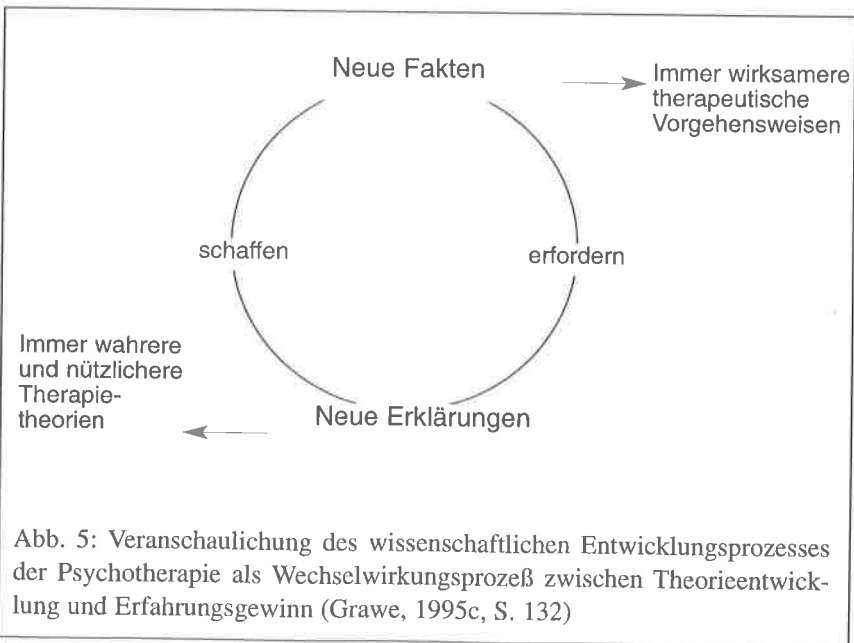


Abb. 5: Veranschaulichung des wissenschaftlichen Entwicklungsprozesses der Psychotherapie als Wechselwirkungsprozeß zwischen Theorieentwicklung und Erfahrungsgewinn (Grawe, 1995c, S. 132)

mothetischen mainstream. Gerade aber für alltagsnähere, weniger technizistisch konzipierte „Therapien“ sind jedoch quantitative Methoden nicht oder nur teilweise geeignet (s. Kap. 4.2.1).

Über die Forderung nach einer Allgemeinen Psychotherapie hinausgehend schlugen Buchkremer und Schneider (1995) mit Bezug auf die Berner Forschungsergebnisse die Bildung einer interdisziplinären Kommission vor, die sich damit beschäftigen soll, welche Therapien „eine ausreichende Effizienz bei welchen Störungen nachgewiesen haben“ (S. 148), was letztlich auf eine Ausschlußstrategie hinausläuft.

Gegen das Modell der Allgemeinen Psychotherapie kann auch eingewendet werden, daß die „Neuen Fakten“ nicht so objektiv und zweifelsfrei sind, wie die Ausführungen in Kap. 3.2 zeigen, als daß sie als alleinige empirische Wahrheit für neue Erklärungen dienen könnten.

Auch die Zusammenfassung der Wirkfaktoren wirkt wie alter Wein in neuen Schläuchen: Denn Klärung, Unterstützung, Problemaktualisierung, Ressourcenaktivierung und die Arbeit an Beziehungen gehören zum psychotherapeutischen Basiswissen, wozu es diese umfangreiche Forschungsarbeit als Erkenntnisquelle wohl nicht bedurft hätte.

Daß sich aus den „Neuen Fakten“ immer „wahrere“ Theorien entwickeln könnten, entfacht schon eine philosophische Diskussion, was „Wahrheit“ überhaupt ist. Es wird noch darzustellen sein, daß es keine „eine Wahrheit“ gibt, sondern verschiedene Zugänge und Konstruktionen, und daß gerade diese Vielfältigkeit uns mehr von der Wahrheit vermitteln kann als der Versuch, eine Allgemeingültigkeit zu formulieren (s. Kap. 4.1.1). Die vielen Erklärungen durch die Theorien der „ersten Generation“, die Grawe zu überwinden versucht, sind von daher in einem positiven Licht zu sehen.

Weiterhin erscheint die alleinige Orientierung dieser neuen Erklärungen an der empirischen Psychologie – womit eine nomothetische Ausrichtung gemeint ist –, die dann neue Fakten schaffen soll im Sinne einer Weiterentwicklung der therapeutischen Praxis, wenig vielversprechend; denn die Erfahrung ist bisher die, daß gerade die nomothetisch orientierte Psychologie wenig zur Erklärung von psychischen und gesellschaftlichen Problemen beitragen kann, geschweige denn, daß von ihr eine Innovation für neue Interventionen ausgehen könnte.

Neuerdings ist übrigens von „*Psychologischer Therapie*“ (Grawe, 1998) die Rede, die den beschriebenen Weg einer Integration von Psychotherapie, Psychotherapieforschung und psychologischer Grundlagenforschung weiterverfolgt.

3.3.2 „Kontrollierte Praxis“

Bei der Formulierung der „Allgemeinen Psychotherapie“ bildeten die Berner Forschungsergebnisse (Empirie) den Ausgangspunkt. Während die „Allgemeine Psychotherapie“ die Qualität der Psychotherapie insgesamt voranbringen soll, ist ihr vorgeschlagenes Modell der „Kontrollierten Praxis“ (Grawe & Braun, 1994) der Versuch einer Übertragung der Forschungsmethodik auf die Psychotherapiepraxis und soll die Qualität des psychotherapeutischen *Einzelfalles* fördern. Das Modell der Kontrollierten Praxis kann unter den Qualitätssicherungsmodellen zu denen der „Forschungsbezogenen Behandlungsevaluation“ (s. Kap. 2.2.4) gezählt werden, da es aus der nomothetischen Psychotherapieforschung abgeleitet und ihr konzeptionell sehr ähnlich ist. Es knüpft ebenso an das theoretische und allgemeiner formulierte Konzept der Kontrollierten Praxis von Petermann (1992) an, das auch für die psychiatrische Versorgung ausformuliert wurde (Petermann & Bochmann, 1995). Das Modell soll anhand der Festlegung der *Qualitätsindikatoren*, ihrer Erfassung und deren Bewertung vorgestellt werden.

Zur Festlegung der Qualitätsindikatoren

Grawe und Braun (1994, S. 242f.) wollen mit ihrem Modell die *Ergebnisqualität* bzw. den *Therapieerfolg* ermitteln, was sie unter Berufung auf Schulte (1993) als Bezugspunkt aller qualitätssichernden Normen und Maßnahmen sehen. Grawe und Braun sprechen zwar die Notwendigkeit der Festlegung und Begründung von Qualitätsindikatoren zur Erfassung der Ergebnisqualität an, verweisen aber „für die Frage nach relevanten psychotherapeutischen Erfolgskriterien und ihrer Begründung auf die kürzlich (...) erschienenen Arbeiten von Greve (1993) und Schulte (1993).“

Die Berufung auf Greve (1993) ist nicht ganz verständlich, denn er problematisiert gerade eine allgemein anerkannte Taxonomie therapeutischer Ziele und stellt fest, „daß sich eine endgültige und allgemeinverbindliche Auflistung oder Systematik von Therapiezielen im Sinne einer inhaltlichen Spezifizierung eines Modells optimaler Entwicklung verbietet“ (S. 358). Als Problemlösung sieht Greve (1993, S. 361) eine *Therapiezielverhandlung*, die Patienten und Patientinnen beteiligt und ihnen die letzte Entscheidung über die Zielfestlegung überläßt. Diese Überlegungen werden bei Grawe und Braun – bis auf eine Ausnahme („Goal Attainment Scaling“ s.u.) – nicht berücksichtigt.

In der Arbeit von Schulte (1993), auf die sich Grawe und Braun (1994, S. 244) hauptsächlich berufen, werden Therapieziele bzw. Therapieerfolg

auf der Grundlage des „medizinischen Modells“ konzipiert: „Eine gemeinsame Zielsetzung wird den verschiedenen Therapierichtungen gewissermaßen von außen, von gesellschaftlicher oder gesundheitspolitischer Seite vorgegeben: die Heilung oder Besserung von Zuständen, die im juristischen Sinne als Krankheit (...) zu bezeichnen sind bzw. denen Krankheitswert zuzusprechen ist“ (S. 378f.). Schulte (1993) hält bei zwei der vier Ebenen des allgemeinen Krankheitsparadigmas (= Krankheitsursachen, Krankheit, Kranksein und Krankheitsfolgen) schulenübergreifende Messungen für möglich. Auf der Ebene des Krankseins/Symptome seien allgemeine Symptommaße sowie störungsspezifische Maße geeignet. Für die Erfassung von Krankheitsfolgen seien Verfahren zur Ermittlung der Krankenrolle und der Beeinträchtigung normalen Rollenverhaltens angezeigt. Diese Einschätzung, wie der Therapieerfolg gemessen werden soll, ist mit der Konzeption von Grawe und Braun (1993) konsistent.

Kritisch ist die Zugrundelegung des medizinischen Modells zu sehen, was noch ausführlich dargestellt wird (s. Kap. 4.1.3). Auch die pragmatische Begründung Schultes (1993) für das Heranziehen dieses Modells greift kurz, da sie nur für den Teil der *krankenkassenfinanzierten* Psychotherapien gilt, wo über die Psychotherapierichtlinien (Faber & Haarstrick, 1996) der Krankheitsbegriff festgeschrieben wurde. Dennoch stellt sich auch für diesen Bereich die Frage, ob die eifertige und systemkonforme Anpassung der Psychotherapie an den Krankheitsbegriff der Krankenkassen ein für die Zukunft konstruktiver Vorschlag ist.

Zur Erfassung der Qualitätsindikatoren

Grawe und Braun versuchen die in der nomothetischen Psychotherapieforschung entwickelten Methoden der Prozeß- und Statusdiagnostik an die Praxisanforderungen anzupassen und sie auch für die Anwendung bei Einzelfällen nutzbar zu machen. Einen Überblick darüber, welche Meßinstrumente zu welchen Meßzeitpunkten nach diesem Modell einzusetzen sind, bietet Abb. 6. Hier wird gezeigt, daß die Qualitätssicherung in diesem Modell mit einem enormen Aufwand verbunden ist:

– Im Rahmen der *Statusdiagnostik* kommen sieben Meßinstrumente (siehe Abb. 6: rechter oberer Kasten) zu insgesamt vier Meßzeitpunkten (Prac, Post, 1. u. 2. Katamnese) zum Einsatz, um eine therapiebedingte *Veränderung* zu erfassen. Zusätzlich wird der Therapieerfolg nachträglich *direkt* mit drei Ratingverfahren (Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens, Nachbefragung von Patienten und Therapeuten) zu drei Zeitpunkten

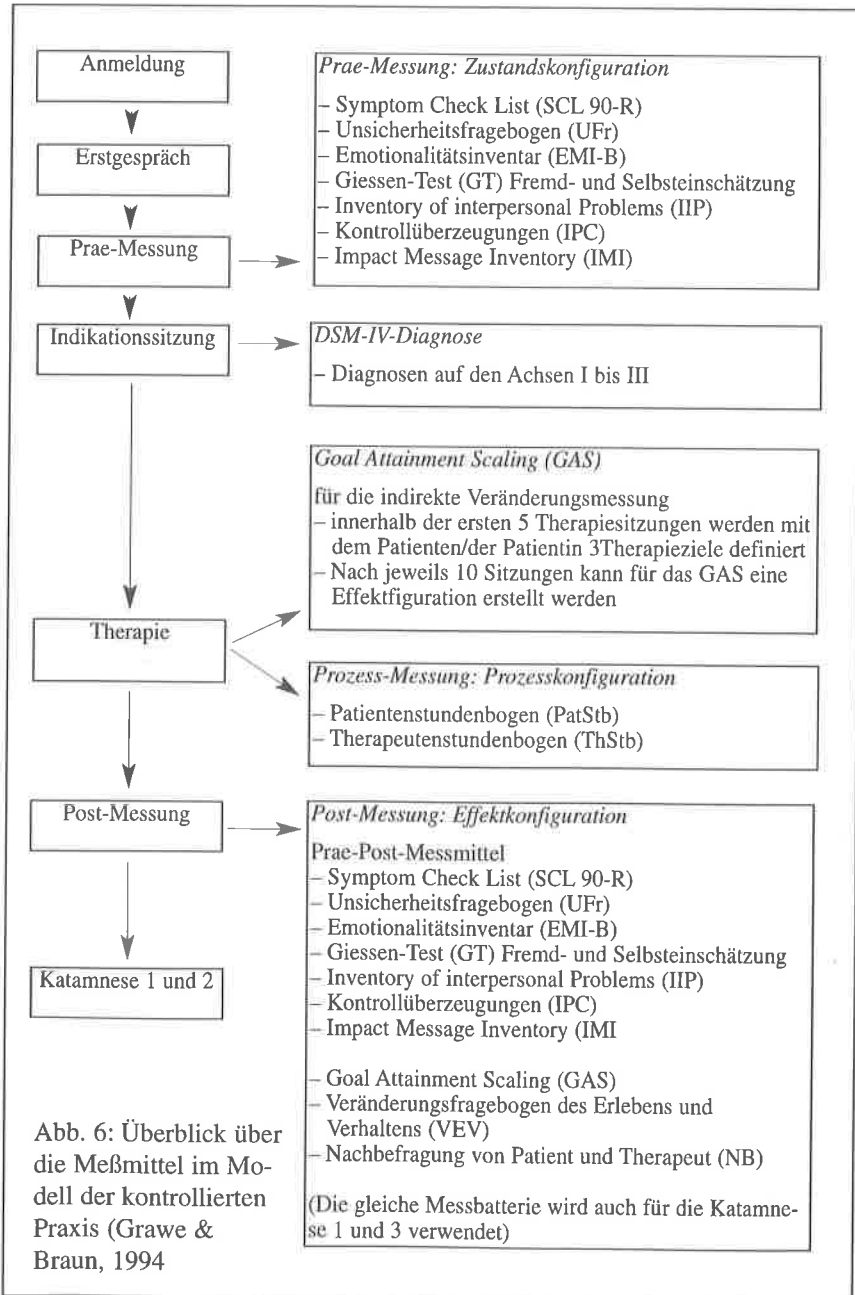


Abb. 6: Überblick über die Meßmittel im Modell der kontrollierten Praxis (Grawe & Braun, 1994)

(Post, 1. u. 2. Katamnese) eingeschätzt. In der Indikationssitzung wird eine DSM-IV Diagnose erstellt, sie spielt aber im Qualitätssicherungsmodell keine weitere Rolle mehr.

– Im Sinne einer *Prozeßdiagnostik* wird nach jeder Therapiesitzung von den Therapeuten und den Patienten jeweils ein Fragebogen mit 29 Items ausgefüllt, der das Erleben der vorangegangenen Therapiestunde erfassen soll, so daß bereits während der Therapie den Therapeuten Rückmeldungen über den Verlauf gegeben werden können.

– Eine Zwitterstellung zwischen Prozeß- und Statusdiagnostik stellt das *Goal Attainment Scaling* dar, da damit – während des Therapieprozesses – nach jeweils 10 Sitzungen die individuelle Therapiezieleerreichung festgestellt wird. Insofern kann dieses Meßinstrument sowohl zur Evaluation des Erfolges (Status; Meßzeitpunkte: Post, 1. u. 2. Katamnese) als auch zur weiteren Therapieplanung (Prozeß; nach jeder zehnten Sitzung) herangezogen werden (s. Abb. 6).

– Nachdem eine genauere Begründung der Qualitätsindikatoren fehlt (s.o.), ist es nicht verwunderlich, daß auch die Meßinstrumente zur Erfassung der Indikatoren nicht hinsichtlich ihrer angemessenen Operationalisierung diskutiert werden. Die Frage nach der Kriteriumsvalidität wird anscheinend nach der weiten Verbreitung der Verfahren in der Psychotherapieforschungsszene beantwortet: „Darüber, was gemessen werden soll, besteht im großen und ganzen Konsens. Welche Meßmittel für die Erfassung der einzelnen Aspekte sich dann schließlich endgültig durchsetzen, ist von zweitrangiger Bedeutung“ (Grawe & Braun, a.a.O. S. 245). Allerdings kann wohl von einem allgemeinen „Konsens“ noch nicht die Rede sein, wenn man z.B. an die Entwicklung der ersten Version einer *Operationalisierten Diagnostik* (OPD-1; Cierpka et al., 1995) denkt, die von psychoanalytischer Seite als (bessere) Alternative zu den Diagnostikinstrumenten ICD-10 und DSM-IV konzipiert wurde. Aber auch hinsichtlich anderer Meßinstrumente wird z.B. eine Entwicklung therapieadäquaterer Erfassungsmöglichkeiten gefordert (Bassler & Hoffmann, 1994; Bauz-Holzherr, 1995).

Von einer pragmatischen Sicht aus muß auch die Frage problematisiert werden, ob dieser enorme Aufwand Psychotherapeuten zeitlich und finanziell zuzumuten ist. Grawe und Braun (1994, S. 246) räumen hier auch selbst ein, daß, wenn die Krankenkassen die Kosten für diagnostische Maßnahmen nicht übernehmen sollten, eine routinemäßig verbreitete Qualitätskontrolle unrealistisch bleibt. Sollten sie allerdings für die Kosten aufkommen, so werden sie auch anhand der Ergebnisse Kontrolle ausüben wollen. Und dies

birgt zwangsläufig die Gefahr, daß Therapeuten Strategien entwickeln werden, die Ergebnisse möglichst positiv ausfallen zu lassen. Der Kontrolleffekt der Krankenkassen wurde in der Vergangenheit durch die „Gefälligkeitsgutachten“ im Rahmen des Gutachterverfahrens hinlänglich deutlich.

Zur Auswertung bzw. Bewertung der Qualität: „Figurationen“

Eine Bewertung des Therapieerfolges setzt neben den – wie vorher beschrieben – Meßwerten für den Einzelfall (Istwerte) auch Sollwerte voraus. Grawe und Braun (1994) erstellen dazu sog. „Figurationen“, einen Begriff, den sie von Norbert Elias (1976) entlehnen und als Denkansatz auf die Psychotherapieforschung übertragen: d.h., „daß bei gruppenstatistischen Untersuchungen nie der Bezug zum einzelnen Patienten verlorengehen sollte, daß aber andererseits der einzelne Patient nicht für sich, sondern immer unter explizitem Bezug auf eine in dem jeweiligen Kontext relevante Bezugsgruppe oder Referenzgruppe betrachtet werden sollte. Um dem einzelnen Menschen gerecht zu werden, darf er nicht auf eine einzelne Zahl reduziert werden, (...) sondern muß durch ein ganzheitliches Merkmalsmuster charakterisiert werden“ (Grawe & Braun, 1994, S. 248). Die Figurationen sind Grafiken, die den Ausgangszustand, die Veränderung und den Therapieprozeß einzelner Patienten als Merkmalsmuster abbilden sollen und zugleich auf eine Referenzgruppe vergleichbarer Psychotherapiepatienten Bezug nehmen.

Die theoretische Herleitung der „Figurationen“ erscheint gering fundiert, denn die von Elias kritisierte „Vorstellung des einzelnen Menschen, daß er ein *homo clausus* ist, eine kleine Welt für sich, die letzten Endes ganz unabhängig von der großen Welt außerhalb seiner existiert“ (Elias, 1976; 1995, S. 175f.) entspricht paradoxerweise der von Grawe und Braun (1994); denn sie entwerfen ein Bild der Figurationen bzw. Interdependenzgeflechte, das lediglich eine Gegenüberstellung einer Einzahl (Einzelfall, Individuum) zu einer Vielzahl von Individuen (Referenzgruppe, Gesellschaft) bedeutet, was dem Kern von Elias’ „Zivilisationstheorie“ widerspricht: Grawe und Braun analysieren statt zu synthetisieren, sie beziehen sich i.d.R. auf Zustände statt auf einen Prozeß, sie behaupten a priori eine – nicht einmal plausible – Figuration, statt empirisch und theoretisch eine Figuration zu erarbeiten und sie trennen Individuum und Bezugsgruppe, statt die Figuration als Ausgangspunkt zu nehmen. Gerade im diagnostischen Prozeß wäre z.B. die Abhängigkeit der individuellen Störungsdiagnostik und deren gesellschaftliche Funktion wie etwa Normalitätserwartung zu untersuchen (s. Kap. 4.1.3) und

evtl. eine Figuration wie „Etablierte und Außenseiter“ (Elias & Scotson, 1990) zu entdecken. Tatsächlich reflektieren aber Grawe und Braun (1994) an keiner Stelle das Verhältnis von Individuum und Gesellschaft.

Figurationen im Sinne von Grawe und Braun werden für die Abbildung des Ausgangszustandes („Zustandsfiguration“¹¹), der Veränderung („Effekt-konfiguration“) und des Therapieprozesses („Prozeßfiguration“) erstellt. Für die Auswertung und grafische Darstellung wurde ein Computerprogramm entwickelt, das den Großteil der rechnerischen Arbeit erledigt (Grawe & Baltensberger, 1998).

(1) Effektfiguration

Für die Effektfiguration werden die Meßinstrumente, die der rechte untere Kasten in Abb. 6 zeigt, verwendet. Jedes Meßverfahren wird der üblichen Testauswertung unterworfen. Die so gewonnenen standardisierten Werte für den Einzelfall werden auf eine gemeinsame Metrik, nämlich Effektstärken, übertragen. Die Effektstärken der Prae-Post-Meßmittel werden aus der Differenz im Verhältnis zur Streuung berechnet, während sie bei den direkten Veränderungsmeßmitteln aus der direkten Beurteilung gewonnen werden (eine nicht weiter auszuführende Ausnahme stellt das Goal Attainment Scaling dar). Eine Effektstärke von 0 bedeutet keine Veränderung, positive Werte eine Verbesserung, negative eine Verschlechterung. Die Effektstärken von den insgesamt 11 Meßinstrumenten werden in ein Polaritätsprofil abgetragen. Der Bezug zu der oben angeführten Referenzgruppe wird hergestellt, indem dem Effektstärkenprofil des Einzelfalles das Gruppenprofil ihrer Therapiestudie von 1990 (Grawe; et al; 1990a, 1990b, 1990c, 1990d) grau schattiert mit einer Standardabweichung unterlegt wird. „Das Hintergrundprofil der Vergleichsgruppe stellt unter dem Gesichtspunkt der Qualitätskontrolle die Norm dar, an der die Ergebnisqualität der jeweiligen Therapie gemessen wird“ (Grawe & Braun, 1994, S. 248). Liegen die Profile der Patienten über dem Vergleichsprofil, so sei die Ergebnisqualität als gut zu beurteilen.

(2) Zustandsfiguration

Da bei der Effektstärkenberechnung innerhalb der Effektfiguration die Information über den Ausgangszustand verloren geht – wenn in einem Maß eine geringe Effektstärke vorliegt, kann dies auch an einem nicht gestörten Ausgangszustand liegen –, werden zusätzlich Zustandsfigurationen berechnet und grafisch dargestellt. Dazu werden die Meßdaten der Prae-Messung

pro Instrument, dieses Mal nach Subskalen differenziert, ausgewertet, z-transformiert und in ein Polaritätsprofil abgetragen. Alternativ kann zusätzlich über das gleiche Prozedere die Post-Messung, und die Katamnesen 1 und 2 dargestellt werden, so daß auch die Veränderung sichtbar wird. Auch hier wird ein Hintergrundprofil grau schattiert abgetragen, das „den durchschnittlichen Störungsgrad einer gemischten Gruppe von Psychotherapiepatienten“ (S. 255) beschreibt. Aus einer Prae-Test-Zustandsfiguration kann also z.B. geklärt werden, warum Patienten auf einer bestimmten Skala eine geringe Effektstärke aufweisen: Entweder waren sie bereits schon zu Beginn in diesem Bereich weitgehend störungsfrei oder der Therapieerfolg war hier sehr gering.

(3) Prozeßfiguration

Zur laufenden Kontrolle des Therapieprozesses werden die Stundenbögen herangezogen, die die Zufriedenheit mit der Therapie, Fortschritte innerhalb und außerhalb der Therapie und die Qualität der Therapiebeziehung (= vier Faktoren) erfassen sollen. Die Stundenbögen enthalten 29 Items, die auf einer siebenstufigen Skala geratet und nach jeder Sitzung sowohl von den Therapeuten als auch von den Patienten ausgefüllt werden. Die Ergebnisse nach der jeweiligen Sitzung werden nicht transformiert, sondern direkt in ein Verlaufsdiagramm abgetragen, bei dem die Abszisse die jeweilige Sitzung kennzeichnet und die Ordinate die Bewertung durch die Patienten bzw. die Therapeuten. Die Auswertung und Darstellung kann pro Item oder zusammengefaßt nach oben genannten Faktoren erfolgen. Als Hintergrundprofil dient wiederum der Verlauf der Referenzgruppe aus ihrer Therapievergleichsstudie (Grawe; et al.; 1990, 1990a, 1990b, 1990c, 1990d).

Durch die Prozeßfiguration soll möglichst früh eine Einschätzung eines positiven oder negativen Verlaufs der Therapie möglich werden, so daß diese Information noch während der Therapie für die weitere Planung genutzt werden kann. Wenn das Profil ständig unter dem mittleren Referenzbereich verläuft, so ist nach aller Wahrscheinlichkeit mit einem schlechten Therapieergebnis zu rechnen (S. 262).

Grundsätzlich ist zu der Auswertung mittels der Figurationen zu sagen, daß sie geeignet sind, aus den verwirrend vielen Meßinstrumenten mit ihren jeweiligen Standardisierungen sehr anschaulich die wichtigsten Informationen für die Praxis darzustellen. Daß dabei auf die sonst üblichen statistischen Angaben (z.B. Vertrauensintervall, Streuung etc.) zu Gunsten der

schnellen Anschaulichkeit verzichtet wurde, ist im Hinblick auf den praktischen Anwendungsbereich zu begrüßen.

Bei einer Gesamtbewertung des Modells der „Kontrollierten Praxis“ ist v.a. zu bedauern, daß die Wirksamkeit als alleiniger Indikator der Qualität berücksichtigt wird, einer qualitativen Sozialforschung kein Stellenwert zukommt, die Struktur auf eine Kontrollstrategie hin angelegt ist, kein Versorgungsbezug hergestellt wird und insgesamt die Beachtung gesellschaftlicher Bedingungen fehlt.

4.

Qualität der psychosozialen Praxis

Bei der Darstellung der Berner Forschungsarbeit und ihrer Qualitätskonzeptionen wurde weitgehend innerhalb eines nomothetischen Paradigmas Kritik geübt. In diesem Kapitel soll nun aus einer anderen Perspektive psychosoziales Handeln betrachtet werden: Der Ausgangspunkt ist eine geistes- oder sozialwissenschaftliche Orientierung, die andere Grundlagen heranzieht und aus der andere Qualitätssicherungskonzeptionen erwachsen.

Der Perspektivenwechsel beinhaltet auch, daß der Psychotherapiebegriff in seinem technischen und angebotsorientierten Verständnis durch die „*psychosozialer Praxis*“ ersetzt wird, die bei den Bedürfnissen und Rechten des Klientels ansetzt. Mit „psychosozialer Praxis“ ist auch eine Form professioneller Hilfe gemeint, die versucht, zwischen gesellschaftlichen und individuellem „Wahnsinn“ oder zwischen Wahnsinn und Gesellschaft (Foucault, 1969) Bezüge zu rekonstruieren. Ein fruchtbarer Blickwinkel, der geeignet ist, Gesellschaft und Subjekt in ihrer Interdependenz zu belassen, scheint dafür die Gemeindepsychologie zu sein.

Zunächst sollen einige wichtige Grundlagen und Bezüge einer gemeindepsychologisch orientierten psychosozialen Praxis dargestellt werden.

4.1 Grundlagen

Vergegenwärtigen wir uns noch einmal eine professionelle Therapie sensu Grawe et al.: Ein Individuum mit einer Störung kommt zu einem Therapeuten, der mit objektiven Meßverfahren die Art und Schwere reliabel diagnostizieren kann. Mit dieser Information wählt er ein für diese Diagnose wissenschaftlich fundiertes Therapieverfahren aus und wendet es bei dem Patienten an – er sollte ja mehrere Techniken beherrschen. Nach Abschluß der

Behandlung läßt sich meist eine Symptomreduktion bzw. Heilung feststellen. Die Qualität läßt sich daran ersehen, inwieweit die Behandlung die meßbaren Symptome einer Störung reduziert hat.

Eine derart technizistische Verkürzung wird der psychosozialen Praxis nicht gerecht, wenn sie auch für die Anwendung der (quasi-)experimentellen Methodik in der Berner Forschungsarbeit notwendig wird. Die Nomothetik, die nach allgemeinen Gesetzmäßigkeiten sucht, kann sich nicht in der Vielschichtigkeit eines komplexen Gegenstandes verlieren, sondern muß zwangsläufig viele Aspekte als Störvariablen ausblenden bzw. eliminieren. So bleibt als günstigstes Ergebnis, daß man zwar bestimmte Erkenntnisse mit vielen Fallzahlen statistisch absichern kann, sie aber leider nur eine verkürzte und oft banale Information darstellen. Darüber hinaus ist aufgrund der Eliminierung des Kontextes nicht gewährleistet, daß die (Labor-)Forschungsergebnisse für die Praxis Gültigkeit besitzen (externe Validität). Um den Gegenstand der sehr viel komplexeren psychosozialen Praxis auch nur ausschnittsweise adäquat abbilden zu können, muß man sich (auch) weniger harter Daten, d.h. *qualitativer Methoden*, bedienen. Im Kap. 4.1.1 wird das Verhältnis von nomothetischer und idiographischer Forschung beschrieben und die gegenstandsbedingte Notwendigkeit einer qualitativen Forschung dargelegt.

Die vielen Reduktionen der Berner Forscher lassen sich allgemein unter die völlige Unterlassung der Beachtung gesellschaftlicher Bezüge subsumieren. Die „Gesellschaft“ findet sich in ihrer über 800 Seiten umfassenden Monographie lediglich unter dem Aspekt, daß Effektivität und Effizienz der Psychotherapien einen großen gesellschaftlichen Nutzen darstellen kann (Grawe et al., 1994). Eine kritische Reflexion und der Einbezug von Forschungsergebnissen hinsichtlich gesellschaftlicher Determinanten fehlt gänzlich. „Psychotherapie scheint, obwohl ihrer Natur gemäß ein zutiefst sozialer Akt, auf die Einbeziehung der Gesellschaft verzichten zu können, in die sie die Patienten später wieder entläßt“, stellt Hermer (1995c, S. 16) hierzu fest. Nicht beachtet werden die von der *Sozialepidemiologie* erbrachten Forschungsergebnisse, die u.a. die Geschlechtsspezifität und Schichtabhängigkeit von Problemlagen sowie den ungleichen Zugang zu Hilfsmöglichkeiten eindeutig belegen (s. Kap. 4.1.2).

Im darauffolgenden Abschnitt (Kap. 4.1.3) wird die psychosoziale Praxis in ihren gesellschaftlichen Bezügen skizziert. Für das Verständnis der Störungsgenese sind auch gesellschaftliche Bedingungen einzubeziehen, was von nomothetischer Seite forschungstechnisch ignoriert wird: z.B. wer-

den über die Diagnostik bei Grawe (DSM-IV/Krankheitsmodell) psychosoziale Probleme individualisiert (psychologisiert) und die gesellschaftliche Bedingtheit, wie sie z.B. durch die Sozialepidemiologie belegbar ist, vernachlässigt. Hinsichtlich der möglichen Interventionen sind durch die oben angesprochene Psychologisierung der Problemlagen Psychotherapeuten monoprofessionell für die Hilfe zuständig, wobei multifunktionale Hilfe (Arbeit, Wohnen etc.) durch multiprofessionelle Teams den Bedürfnissen der Hilfesuchenden mehr entspreche. Auch die defizitorientierte und kurative Ausrichtung, der Anspruch der Psychotherapie („Allgemeine Psychotherapie“) als einzige Praxisform ohne Alternativen und andere Merkmale der (weitverbreiteten) Psychotherapievorstellung nach Grawe et al., stehen Interventionen einer psychosozial gedachten Praxis entgegen.

4.1.1 Reflexion von Wissenschaft und Methode

In der Psychologie herrscht ein positivistisch-naturwissenschaftliches Wissenschaftsverständnis vor. „Es ist ein fachliches Identitätsgehäuse, ein disziplinärer Rahmen, in dem alleine sich alle Subeinheiten des Faches einzurichten hätten, wenn sie denn dem Anspruch gerecht werden wollten, wissenschaftliche Psychologie zu betreiben“ (Keupp, 1994b, S. 157). Demgegenüber befindet sich eine *geisteswissenschaftliche* Orientierung in der Psychologie oft in einer Verteidigungsposition hinsichtlich ihrer wissenschaftlichen Legitimation.

Es geht in diesem Abschnitt weder darum, eine Apologie für eine sinnverstehende Psychologie zu verfassen, noch darum, die Kontroverse zwischen diesen Richtungen neu zu entfachen und eine Entscheidung zu treffen, welche Auffassung nun die „richtige“ sei; denn *beide* Richtungen sind mögliche Erkenntniswege. Vielmehr sollen die verschiedenen wissenschaftlichen Standpunkte beschrieben und auf die sich zwangsläufig ergebenden verschiedenen Wirklichkeiten aufmerksam gemacht werden, was hier als *Methodenabhängigkeit der Phänomene* bezeichnet wird. Dies bedeutet jedoch nicht, daß es völlig gleichgültig ist, welche Methoden verwendet werden. Denn für bestimmte Untersuchungsgegenstände oder Subjekte sind nur bestimmte Methoden geeignet, was begrifflich als Phänomenabhängigkeit der Methode gefaßt wird.

Zur Methodenabhängigkeit der Phänomene

Machen wir uns noch einmal klar, welches Ziel Grawe et al. (1994) mit ih-

rer Forschungsarbeit zu verfolgen suchen: „Wichtigstes Anliegen unserer Untersuchung ist es, den Bereich der Psychotherapie transparenter zu machen durch einen möglichst vollständigen Überblick über den Ergebnisstand zu allen gängigen Therapiemethoden. Mit ‘wissenschaftlichem Ergebnisstand’ ist gemeint, dass wir an der *tatsächlichen, objektiv* nachgewiesenen Wirkung und Wirkungsweise der verschiedenen Therapieformen interessiert waren, und nicht an dem, was die verschiedenen Vertreter der verschiedenen Therapierichtungen darüber glauben oder behaupten.“ (Grawe et al., 1994, S. 37; Herv. S.N.)

Wie aus diesem Zitat ersichtlich wird, scheinen Grawe et al. (1994) an die Existenz von beobachterunabhängigen Phänomenen, die zuverlässig erkannt werden können, zu glauben. Die von den Autoren angeführte Objektivität und ihre Vorstellung, diese erreichen zu können, ist zu hinterfragen.

Der erkenntnistheoretische Konstruktivismus lehrt uns, daß „jede ‘Wirklichkeit’ stets durch das Handeln oder besser das aktive Erkennen eines Beobachters konstruiert (wird ..). ‘Wirklichkeit’ ist, so gesehen, das Resultat sehr subjektiver Beobachtungs- und Konstruktionsprozesse“ (Riegas, 1990, S. 334; zit. nach Berger, 1994, S. 199). Auch die Wirklichkeit von Grawe et al. entspringt einem Kontext von persönlichen Erfahrungen, Interessen, Weltanschauungen und Berufsidentitäten, was u.a. durch ihre pointierten Stellungnahmen zum Versorgungssystem respektive ihrer Angriffe auf die Psychoanalyse deutlich wurde. Darüber hinaus führen aber das zugrundegelegte Wissenschaftsverständnis und die danach abgeleiteten Methoden zu einem perspektivischen Bild der Wirklichkeit. Eine qualitative Sozialforschung, die von Grawe et al. konsequent ausgeschlossen wurde, enthält ein weitergehendes Erkenntnispotential, was Psychoanalytiker und andere Vertreter „weicher“ Daten nutzen. Eine Verwendung dieser Methodik führt aber auch zu einem anderen Abbild der Wirklichkeit. Der soziale Konstruktivismus bietet uns als Metatheorie die entlastende Möglichkeit, diese Widersprüchlichkeit (konstruierter) Wirklichkeiten zu erklären und auch akzeptieren zu können.

In Abb. 7 werden Implikationen verschiedener wissenschaftlicher Zugangsweisen auf einem Kontinuum zwischen den Polen Positivismus und Hermeneutik aufgezeigt. Eine dimensionale Darstellung mit Polen erscheint adäquater als eine kategoriale, da sie die Gleichberechtigung der Richtungen im Sinne einer unterschiedlich starken Ausprägung auf gleichen Dimensionen deutlich macht und die wenig ergiebige Diskussion über die wissenschaftliche Anerkennung erübrigt. Die nun folgende Darstellung unter-

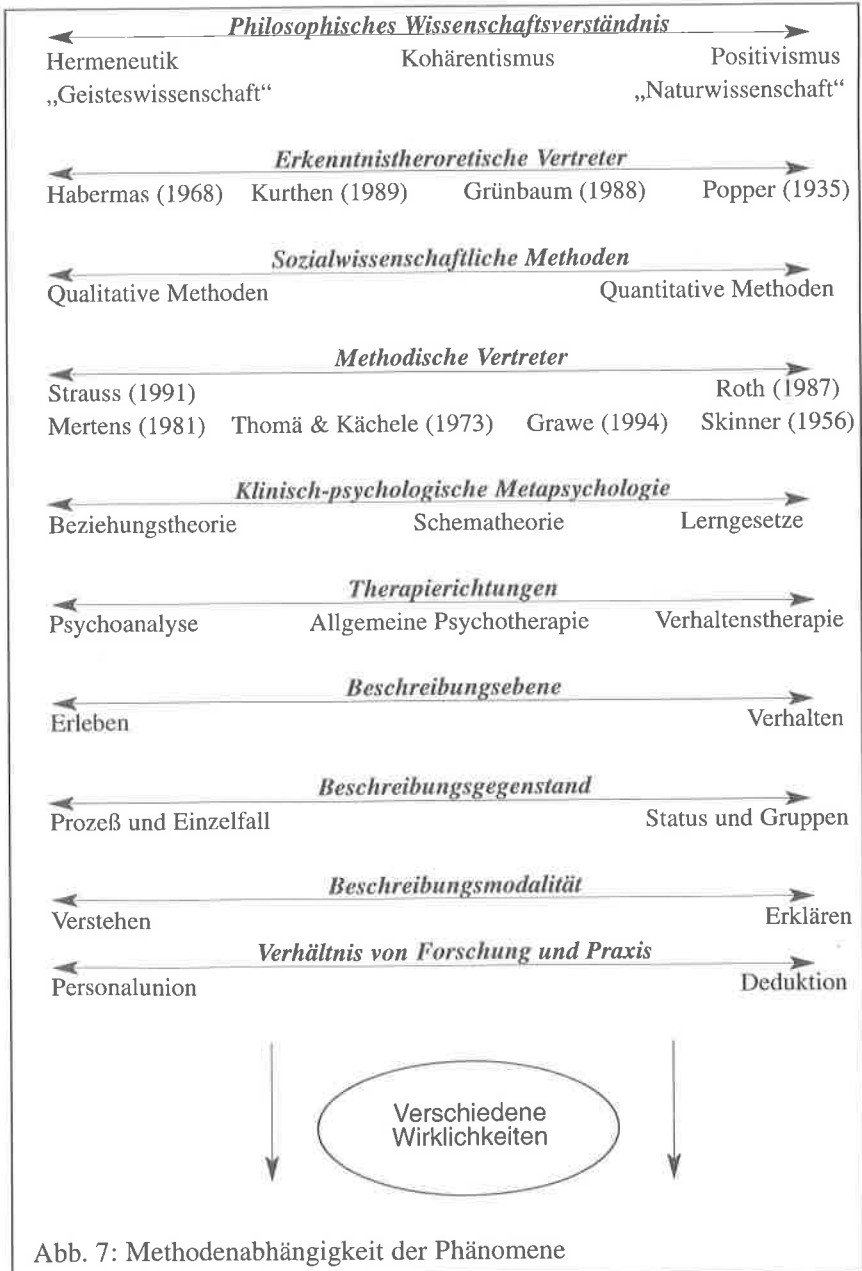


Abb. 7: Methodenabhängigkeit der Phänomene

schiedlicher Wissenschaftsauffassungen erfolgt über die Erläuterung von Abb. 7.

Philosophisches Wissenschaftsverständnis

Den Beginn der Naturwissenschaft kann man mit Descartes angeben, der die Aufteilung in *res cogitans* und in *res extensa* vornahm. „Die Sonderung der sprechenden von der nichtsprechenden Natur ermöglichte die triumphale Entfaltung der klassischen Naturwissenschaften und gestattete ihnen bis zum Anfang dieses Jahrhunderts das naive Selbstverständnis, als vermöchten sie dem Ding-an-sich letztlich eben doch auf den Leib zu rücken, sofern sie nur ganz exakt hinschaue“ (Tress, 1985, S. 388).

Der Positivismus beschränkt sich auf die Feststellung wahrnehmbarer Sachverhalte („Positiv“) und deren gesetzmäßiger Verknüpfung. Als Königsweg der Erkenntnis gilt das Experiment. Für extreme Vertreter dieses Wissenschaftsverständnisses (Neopositivismus) gelten nur experimentelle Befunde als wissenschaftliche Erkenntnisse. Objektivität, Reliabilität/Wiederholbarkeit und Validität sind wesentliche Bedingungen, die nach dieser Wissenschaftsauffassung erfüllt sein müssen. „Für die Sozialwissenschaften oder die Psychologie bedeutet dies, man kann einen Menschen genauso behandeln wie man einen physikalischen Gegenstand behandelt“ (Mertens, 16.12.1992). Jedoch selbst in der modernen Physik als typischer Naturwissenschaft hält man z.B. die vollständige Reproduzierbarkeit und Objektivität nicht mehr für möglich (vgl. Herzog, 1979). Man denke hier nur an die Chaosforschung, die eindeutige Reproduzierbarkeit und gesetzmäßige Verknüpfungen nur noch bedingt zuläßt. Mertens (1975) hat für die Psychologie dargestellt, wie groß die nicht reflektierten subjektiven Einflüsse beidem an Objektivität orientierten Experiment sind.

Der Positivismus kann als fundamentalistisch bezeichnet werden, da er von etwas 'unmittelbar Gegebenem' („Positiv“) ausgeht. Hier setzt die Kritik des Kohärentismus an (Kurthen, 1989, S. 245 f.): „Entweder ist das unmittelbar Gewahrhaben im Modus des Gegebenseins selbst schon ein kognitives Phänomen, das die Form einer Aussage (...) annehmen kann (...), dann aber ist es auch eine Meinung im weiteren Sinne und muß – wie alle Meinungen – selbst wieder begründungsfähig sein. Oder es ist ein nichtbegriffliches Phänomen vor aller sprachlich-logischen Differenzierung, dann aber kann es keine Begründung für Meinungen liefern – es ist, streng genommen, nicht einmal ein Bewußtsein von etwas als etwas.“

Nach dem Kohärentismus entsteht Wirklichkeit oder Erkenntnis aus wi-

derspruchsfreien und vernetzten Aussagesätzen, die sich gegenseitig unterstützen (vgl. Tress & Reister, 1993, S. 144).

Innerhalb eines geisteswissenschaftlichen oder hermeneutischen Wissenschaftsverständnisses wird davon ausgegangen, daß sich die Subjektivität der Forscher nicht eliminieren läßt, und diese Subjektivität wird reflexiv in den Forschungsprozeß miteinbezogen. Das Augenmerk richtet sich auf Sinn, Zweck und Intentionalität menschlichen Handelns und Erlebens. Z. B. wird für die Psychoanalyse dies so formuliert: „Im Umgang der Protagonisten miteinander erschließen sich Motive, Meinungen, Bedürfnisse und Handlungen im Hier und Jetzt, deren lebensgeschichtliche und konzeptuelle Vernetzung durch die dynamische Deutung sinnstiftend deutlich und für die Beteiligten verstehbar werden“ (Reister & Tress, 1993, S. 138).

Erkenntnistheoretische Vertreter

Das Feld der Wissenschaftsauffassungen ist groß und zahlreiche Erkenntnistheorien tummeln sich zwischen den Polen einer eher objektivierenden und einem eher subjektivierenden Verständnis. Zwischen den Theoretikern kommt es immer wieder zu Kontroversen, wobei die bekannteste der Positivismusstreit (Hauptvertreter: Popper/Positivismus vs. Habermas/Hermeneutik) in den sechziger Jahren war. Popper kritisierte u.a., daß die psychoanalytische Theorie nur bestätigt, durch keinen Befund jedoch widerlegt werden könnte. Dies widerspricht dem von ihm geforderten Falsifikationsprinzip (vgl. Mertens, 1992, S. 28). Kritik dieser Art findet man (fast) immer in den Lehrbüchern der Mainstream-Psychologie, wie z.B. die das folgende Zitat belegt: „Freuds Erklärung phobischer Angststörungen ist damit in der vorgelegten Form kaum beweisbar, gleichzeitig aber kaum widerlegbar“ (Pekrun, 1990, S. 228; vgl. die philosophische Kritik von Grünbaum, 1988; eine kritische Erwiderung dazu von Wurmser, 1989). Dabei wird meist übersehen oder verschwiegen, daß es der Psychoanalyse nicht (primär) um den Beweis einer Kausalität, sondern um Sinnverstehen geht.

Während sich an den psychologischen Instituten in Deutschland ein positivistisches Erkenntnisideal durchgesetzt hat, gerät gerade die Psychoanalyse immer mehr unter Druck, sich dem Positivismus als Einheitswissenschaft anzupassen.

Sozialwissenschaftliche Methoden

Diese Unterschiede im Wissenschaftsverständnis implizieren auch verschiedene Methoden. So verwendet die Hermeneutik qualitative Methoden, die

den Einzelfall in seiner „Beschaffenheit“ erforschen (Idiographie), der Positivismus orientiert sich an quantitativen Methoden (Nomothetik), die durch „Auszählen“ vieler Fälle allgemeine Gesetzmäßigkeiten aufzeigen und absichern sollen.

Methodische Vertreter

Diese grundsätzliche Verschiedenheit der Methoden wird besonders deutlich, wenn man zwei prominente Lehrbücher vergleicht: Die „Qualitative Sozialforschung“ von Strauss (1991; Strauss & Corbin, 1996) weist inhaltlich keinerlei Deckung mit dem Lehrbuch „Sozialwissenschaftliche Methoden“ von Roth (1987) auf, obgleich beide die Grundlagen der Sozialwissenschaft darstellen. Während Strauss ausführt, wie empirisches Material (z.B. Transkripte von Interviews) mit theoretischen Interpretationen verbunden und zu einer prägnanten Theorie zusammengefaßt werden kann, ist bei Roth die Grundlage das Testen und Messen, d.h. die Quantifizierung der Empirie.

Von den klinischen Psychologen ist Mertens (z.B. 1981, S. 13) einer der radikalsten Kritiker einer „Anpassung an die methodologischen Vorstellungen des modernen Empirismus“. Seine psychoanalytischen Kollegen Thomä und Kächele (1973a, S. 205; 1973b) hingegen verlangen bereits eine reliable Datengewinnung und eine Präzisierung der Konzepte, um Falsifikationstests durchführen zu können. Grawe et al. (1994) können als Vertreter des Positivismus gelten, wenn auch nicht in dem Ausmaß, wie der Urahn der Verhaltenstherapie Skinner (1956), der das Verhalten der Menschen ausschließlich wie bei einem physikalischen Gegenstand ohne Berücksichtigung innerseelischer Vorgänge („black-box“) experimentell zu untersuchen trachtete.

Allerdings gibt es auch einige Vertreter, die sich keinem der beiden Pole zuordnen lassen. Man denke nur an Freud (1991), der sich einem naturwissenschaftlichen Verständnis verbunden fühlte und in der Psychoanalyse eine Bereicherung wissenschaftlicher Erkenntnis und Methodik sah (und nicht ein konträres wissenschaftliches Paradigma) wie folgende zwei Zitate nahelegen: „Als Spezialwissenschaft (...) ist sie [die Psychoanalyse; S.N.] ganz ungeeignet, eine eigene Weltanschauung zu bilden, sie muß die der Wissenschaft annehmen“ (S. 154). „Nur die Hilfe, die das Experiment der Forschung leistet, muß man in der Analyse entbehren“ (S. 170). Aber auch heutige Autor unterbreiten Vorschläge, wie beide Forschungsparadigmen sinnvoll verbunden bzw. angewendet werden können und sich nicht gegenseitig

ausschließen müssen (z.B. Sozialempirische Marker als Vermittler nach Tress, 1988; Leuzinger-Bohleber, 1995; Kilian, 1995).

Klinisch-psychologische Metapsychologie und Therapierichtungen

Die Metapsychologie der am naturwissenschaftlichen Paradigma orientierten Verhaltenstherapie besteht in den experimentell erforschten Lerngesetzen, aus denen die klinischen Interventionen abgeleitet wurden (z.B. „Systematische Desensibilisierung“). Die psychoanalytische Meta-psychologie stellt hingegen einen Versuch einer Verallgemeinerung der klinischen Erfahrung dar und ist seit Freud einem ständigen Wandel und einer Weiterentwicklung unterworfen (z.B. Triebtheorie, Objektbeziehungstheorie). Die von Grawe et al. (1994) angeführte Schematheorie ist ein kognitivistisches Konzept, das als behavioristische Annäherung an die psychoanalytische Metapsychologie gesehen werden kann.

Beschreibungsebene

Während naturwissenschaftlich orientierte Forscher nur direkt beobachtbares Verhalten untersuchen, so liegt das Augenmerk bei Hermeneutiker auf dem Erleben. Hier ist auch wieder eine enge Verbindung zur Methodik feststellbar, denn das Erleben läßt sich kaum operationalisieren und bedarf der Hermeneutik, das Verhalten läßt sich hingegen messen und ist quantitativ leichter erfassbar. Insofern werden verhaltenstherapeutische Verfahren durch die ausschließliche Verwendung quantitativ-nomothetischer Methoden bevorzugt (Stuhr, 1995, S. 509): „Die (...) Verhaltenstherapie ging von jeher eine methodische Ehe mit der empiristischen Forschungsmethode ein, ja der Operationalismus in beiden Verfahren geht auf die gleiche erkenntnistheoretische Grundlage, den Pragmatismus, zurück, so daß bei empirisch begründeten Forschungsnachweisen rein methodisch immer schon ein Bias für die Verhaltenstherapie besteht: Sie liefert ihre Ergebnisse in jene methodische Richtung ab, in der sie am besten und nur so erfassbar sind.“

Dies bezieht sich vor allem auf die „Meßbarkeit“, denn eine Symptomreduktion (entsprechend der Verhaltenstherapie) ist leichter operationalisierbar und quantifizierbar als komplexe Persönlichkeitsveränderungen (wie bei der Psychoanalyse).

Beschreibungsgegenstand

Hinsichtlich des Beschreibungsgegenstandes kann man die Untersuchung des Prozesses von der Erforschung des *Status* (bzw. *outcome* in der Psycho-

therapie) unterscheiden, was auch als formative und summative Forschung bezeichnet wird. Nun eignen sich für die Untersuchung des Prozesses qualitative Daten eher, da sie am Einzelfall orientiert sind und hier gerade der qualitative Aspekt eines Verlaufs von Interesse ist. Quantitative Methoden eignen sich hingegen für die Feststellung des Status, da sie viele Fälle heranziehen, um punktuell ein Ergebnis zu quantifizieren.

Nach Kächele (1992) begann die (psychoanalytische) Psychotherapieforschung mit reinen outcome-Analysen (1930-1970), ging über in kombinierte Prozeß- und Ergebnisstudien (1960-1980) und beschäftigt sich aktuell (ab 1980) mit der Mikrodynamik des Prozeßgeschehens. „In der 3. Forschungsperiode rückt die systematische Einzelfallstudie vermehrt in den Fokus der Aufmerksamkeit (...)“ (Leutzinger-Bohleber, 1995, S. 435). Der therapeutische Prozeß ist meist zu komplex, als daß er sich mit der *hardcore science* allein erfassen ließe. Inzwischen liegen bereits Lehrbücher einer qualitativen Psychotherapieforschung (z.B. Faller & Frommer, 1994) vor, die aufzeigen, wie man mit viel Kreativität und Innovativität neue Wege beschreiten kann, um den *Prozeß* zu analysieren.

Eine quantitative Erfassung des Prozesses kommt z.B. in der Psychotherapie nicht über die Erfassung einer *Prozeßstruktur* (vgl. Orlinsky & Howard, 1986; Perrez, 1991; Grawe, 1989) hinaus, was wiederum ein statischer Aspekt ist und ein tieferes *Verständnis* des Ablaufs schuldig bleibt. Bezüglich der Status-Forschung lieferte die quantifizierende Psychotherapieforschung im Sinne der Effektivitätsforschung eine Fülle an Ergebnissen über die – neben Grawe et al. (1994) – Lambert et al. (1986) informiert.

Beschreibungsmodalität

Die Beschreibungsmodalität ist bei naturwissenschaftlich orientierten Psychotherapien kausal. Kausale Erklärungen führen determinierte Verhaltensweisen auf bestimmte Ursachen zurück, wie z.B.: „Immer wenn ich einen Hund sehe, bekomme ich Angst – Ich bekomme Angst, weil ich einen Hund sehe.“ Ziel einer Verhaltenstherapie wäre, diese erlernte Verhaltensweise wieder zu verlernen bzw. zu löschen. In der Psychoanalyse hingegen gilt das Finden kausaler Erklärungen zwar auch als Therapiefortschritt, der Fokus liegt jedoch auf intentionalen Erklärungen und dem Verstehen. Mit intentionalen Erklärungen ist gemeint, daß Patienten und Patientinnen sich über Ziele, Absichten und Zweck eines (symptomatischen) Erlebens und Verhaltens bewußt werden. „Verstehensprozesse erschließen den semantischen Aspekt von Gegenständen und Ereignissen. ‘Erschließen’ kann sowohl ‘fin-

den' als auch 'herstellen' bedeuten. Im Verstehen bringt sich das Subjekt zur Geltung; dabei wendet es seine eigene Deutungsperspektive an" (Körner, 1985, S. 21). Quantitative Methoden können Zusammenhänge und (über Experimente) Kausalitäten aufzeigen. Intentionales Erklären und der Prozeß des Verstehens ist jedoch nur über qualitative Verfahren erfassbar.

Verhältnis von Forschung und Praxis

Für Psychoanalytiker ist bereits die Therapie mit Patienten nicht nur Heilung, sondern zugleich auch Forschung in Personalunion (Junktim vom Heilen und Forschen), während für Nomothetiker Reproduzierbarkeit, Standardisierbarkeit, Meßbarkeit, Objektivität u.a.m. Grundvoraussetzungen wissenschaftlicher Forschung sind, welche Forschung und Praxis (= störvariablenbehaftet) trennen. Wie Jaeggi (1994) betont, muß sich relevante Forschung mehr an der klinischen Praxis mit naturalistischeren Designs orientieren, und von der auf Leistung mit klarer Zielvorgabe orientierten statistischen Auswertung hin zu einer qualitativen, ganzheitlichen Analyse des Prozesses wandeln. Auch Kächele (1995, S. 484) vermißt in der typisch nomothetisch angelegten Metaanalyse von Grawe Studien, die einem naturalistischen Design der Phase-3-Forschung (s.o.) entsprechen: „Die Berner Meta-Analyse wird sich bei aller positiver Würdigung die Frage gefallen lassen müssen, mit welcher Begründung sie fast ausschließlich kontrollierte Studien zur Grundlage weitreichender Empfehlungen machen möchte, die ja die künftige Praxis beeinflussen sollen.“ Ein so angelegtes Verhältnis von Forschung und Praxis ist deduktiv (vgl. Keupp, 1980, S. 725; 1982a, S. 18), d.h. Forscher erbringen Erkenntnisse, die die Praktiker zu befolgen haben. In diesem Geiste beklagt Grawe (1992a, S. 155ff.), daß es ein Transferproblem zwischen den Ergebnissen der Psychotherapieforschung und den Praktikern gäbe. Nach diesem deduktiven Ansatz bleibt zur Lösung dieses Problems nur, mehr Fügsamkeit und Gehorsam von den Praktikern zu verlangen. Dieser Konstellation ist z.B. der Ansatz „Der kritisch forschende Praktiker“ von Jaeggi (1991) entgegenzuhalten, bei dem die Trennung von Forschung und Praxis aufgehoben wird, indem Praktiker unter Einbeziehung qualitativer Methoden ihr Praxisfeld selbst erforschen (s. Kap. 4.2.1).

Verschiedene Wirklichkeiten

Es ist deutlich geworden, daß in einer ersten Näherung zwei Pole der wissenschaftlichen Orientierung in der Psychologie auszumachen sind (Naturwissenschaft vs. Geisteswissenschaft), die jeweils auch Polaritäten hinsicht-

lich Methodik, Metapsychologie, Therapierichtung, Beschreibungsmodalität u.a. implizieren. Da also kein einheitswissenschaftliches Verständnis existiert, werden über unterschiedliche Methoden verschiedene Wirklichkeiten hergestellt. Die Wirklichkeit, die Grawe et al. (1994) mit ihrer Forschung konstruieren, steht ganz im Einklang mit ihrer wissenschaftlichen Auffassung und ist in diesem Zusammenhang verständlich. Hätten jedoch Psychoanalytiker bzw. Hermeneutiker eine Evaluation von Therapien vorgenommen, so hätten sie sicherlich andere Methoden verwendet und wären auch zu einer anderen Wirklichkeitskonstruktion gelangt, die evtl. ihre Therapierichtung als überlegen ausgewiesen hätte. Grawe et al. (1994) sind nicht zu kritisieren, weil sie nach ihrem naturwissenschaftlichen Paradigma vorgegangen sind und dadurch eine bestimmte therapeutische Richtung bevorzugten, sondern weil sie die Begünstigung einer bestimmten therapeutischen Richtung durch die Verwendung ihres spezifischen wissenschaftlichen Zugangs bei der Interpretation ihrer „objektiven“ Forschungsergebnisse nicht reflektieren bzw. ihre Ergebnisse als einzige, „objektive“ Wirklichkeit darstellen.

Es sei noch angemerkt, daß die Methodenabhängigkeit der Phänomene selbstverständlich auch für verschiedene Methoden innerhalb des nomothetischen Paradigmas gilt. So erzeugt z.B. in der Psychophysik das „Herstellungsverfahren“, das „Konstanzverfahren“ und das „Grenzverfahren“ auf denselben Gegenstand angewandt unterschiedliche Ergebnisse bzw. Phänomene, die auf die jeweils verwendeten Methoden zurückzuführen sind (Heller & Krüger, 1976).

Zur Phänomenabhängigkeit der Methode

Nur spezifische Methoden sind geeignet, ein bestimmtes Phänomen adäquat zu erfassen. Nachdem die Nomothetik meist als die Methode in einem einheitswissenschaftlichen Sinne angeführt wird, werden nachfolgend Argumente zusammengestellt, die zeigen, daß für bestimmte Phänomenbereiche die Nomothetik gerade *keinen* geeigneten Zugang darstellt, sondern vielmehr ein qualitatives Vorgehen notwendig wird:

- (1) Wie oben bereits ausgeführt, ist für Fragestellungen, die das Erleben im Prozeß anhand von Einzelfällen untersuchen wollen, ein qualitatives Vorgehen erforderlich.
- (2) Legewie (1991) stellt fest, daß die „‘Krise der Psychologie’ (...) in der Blindheit des nomologischen Wissenschaftsverständnisses für die gegenwärtige gesellschaftliche Krise“ (S. 13) besteht. Er meint damit, daß

das kartesianische Wissenschaftsverständnis, welches zwischen Subjekt und Erkenntnisobjekt strikt trennt, Erkenntnis-objekte in Variablen zerlegt und vorhersagen bzw. beherrschen will. Es macht gerade für die Probleme blind, die aus eben diesem Weltbild entstanden sind. Alltagshandeln sowie ökologisch-soziale Probleme zeichnen sich durch einen so hohen Komplexitätsgrad aus, daß sie nicht mit technisch-nomologischen Variablenansätzen untersucht werden können.

- (3) Ein allgemeiner Einwand gegen nomothetische Methoden ist, daß sie zwar durch die Eliminierung von Störfaktoren, die Maximierung der unabhängigen Variablen (Primärvarianz) und die Konstanthaltung der Sekundärvarianz die interne Validität optimieren, jedoch verringern sie gerade dadurch die externe Validität, d.h. die Relevanz für die Praxis (vgl. z.B. Hermer, 1995b). So gesehen ist ein quantitatives Vorgehen für Praxisfragen grundsätzlich weniger geeignet, wenn es auch für Bereiche der Grundlagenforschung angemessen sein mag.
- (4) Weiterhin führt Legewie (1991) an, daß „die nomologische Psychologie zur Bewältigung lebenspraktischer Problemlagen strukturell nur ‘Anfängerwissen’ beisteuern“ kann (S. 13). Er beruft sich dabei auf Dreyfus und Dreyfus (1988), die im Rahmen von Untersuchungen zur Künstlichen Intelligenz Analysen über die Entwicklung menschlichen Expertentums anstellten und unabhängig vom Tätigkeitsbereich zu fünf Stufen des Fertigkeitserwerbs gelangten. „Nur im Anfängerstadium findet sich ein Handeln nach den Regeln entsprechend dem Modell des Problemlösens als rationales Entscheiden zwischen expliziten Alternativen. Bei zunehmender Kompetenz wird nicht das anfängliche Regelwissen verinnerlicht, sondern es kommt zum Erwerb eines neuartigen, kontextgebundenen und ganzheitlichen Erfahrungswissen bei gleichzeitiger Zunahme des emotionalen Beteiligtseins“ (S. 21). – Diese Ergebnisse zeigen, daß für lebenspraktische Anwendungen die nomologischen Erkenntnisse strukturell unzureichend sind („Anfängerwissen“).
- (5) Gewisse Forschungsfragen erfordern eine dezidierte Stellungnahme von Seiten der Untersucher. Gerade beim Thema Qualitätssicherung stellt sich bei der Kriterienwahl, der Angebotsgestaltung etc. die Frage, ob man sich an den Nutzern orientiert bzw. sie einbezieht, ob möglichst die finanziellen Ressourcen des Gesundheitssystems geschont werden sollen, ob dem eigenen Berufsstand größtmögliche Dominanz verschafft werden soll, usw. Eine nomothetisch ausgerichtete Forschung beansprucht für sich von vornherein eine Objektivität und Neutralität der Un-

tersucher, die sie nicht gewährleisten kann und auch nicht sollte. Im Bereich der Qualitätssicherung ist mit gutem Recht eine nutzerorientierte Evaluation einzufordern und damit eine subjektive „Verzerrung“, die sich mit der „Neutralität einer objektiven Wissenschaft“ nicht verträgt. „Noch einen Schritt über den Ansatz qualitativer Methodologie geht die Forderung nach parteilicher Forschung hinaus, die die Ausrichtung von Fragestellungen der Forschung an den Bedürfnissen der Betroffenen und ihre aktive Beteiligung am Forschungsprozeß zum Ziel hat“ (Keupp, 1982a, S. 18); eine Forderung, die mit der nomothetischen Objektivität und ihrer Trennung von Forschung und Praxis nicht vereinbar ist.

- (6) Zuletzt ist noch anzuführen, daß die Nomothetik den geschichtlichen, politischen und sozialen Kontext nicht zu erfassen vermag, wodurch die Anwendung quantitativer Verfahren dahingehend nicht nur unangemessen ist, sondern auch Gefahren birgt: Die Ausblendung des gesellschaftlichen Kontextes führte zu einer „Psychologisierung“ von Problemlagen, d.h. gesellschaftliche Widersprüche werden auf individuelle Konflikte reduziert und psychologisch bearbeitet (vgl. Zygowski, 1987, S. 23; vgl. Kap. 4.2.1): Wo die Gesellschaft krank ist und zu verändern wäre, werden Subjekte zu Kranken, die sich verändern sollen.

4.1.2 Sozialepidemiologie

Heiner Keupp (1995) kritisiert die Vereinseitigung der Psychotherapie, da sie durch ihre Orientierung auf die Anbieterseite verkürzt und auf die technisch-therapeutische Seite reduziert wird. Exemplarisch belegt er diese Feststellung u.a. mit der Forschungsarbeit von Grawe et al. (1994); diese Autoren lassen zwar in ihrem Einleitungsteil (S. 4ff.) durchaus ein Bewußtsein für gesellschaftliche Zusammenhänge erkennen und wecken damit die Hoffnung, „daß psychotherapeutisches Handeln und seine Effizienz –zumindest auch –im Hinblick auf sozioökonomische Herkunfts- und Lebensbedingungen evaluiert werden“, aber bei „der Bewertung einzelner psychotherapeutischer Verfahren und ihrer vergleichenden Evaluation spielt die Frage, ob Menschen mit unterschiedlichen sozioökonomischen Hintergründen das psychotherapeutische Angebot unterschiedlich nutzen und möglicherweise auch in unterschiedlicher Weise daraus Nutzen ziehen, keine Rolle mehr“ (Keupp, 1995, S. 67).

In der Untersuchung von Grawe et al. werden die Subjekte auf individuelle Fälle mit einer Störungsdiagnose reduziert, von ihrem sozialen Kontext

isoliert und als Versuchspersonen zur Messung der abhängigen Variablen bei Variation der Therapietechniken (unabhängige Variable) verwendet. Die Sozialepidemiologie stellt hingegen die umgekehrte Frage, inwieweit Indikatoren des sozialen Kontextes der Subjekte bzw. gesellschaftliche Merkmale (sozialer Status, Stadt/Land, Geschlecht, Arbeitsleben u.a.) mit Merkmalen psychischen Leidens und der Nutzung von Hilfsangeboten korrelieren. Allgemein ausgedrückt fragt die Sozialepidemiologie nach „den Auswirkungen gesellschaftlicher Lebensbedingungen auf das psychische Wohlbefinden der Menschen“ (Keupp, 1982d, S. 23).

In diesem Abschnitt sollen nun die wesentlichen Befunde dieser Forschungsrichtung dargestellt¹² werden, aus denen sich dann Schlußfolgerungen für die Praxis und deren Qualitätssicherung ziehen lassen.

Eine der bekanntesten sozialepidemiologischen Untersuchungen ist die von Hollingshead und Redlich (1958, 1974, 1975), in der sie in New Haven (Connecticut) den Zusammenhang zwischen sozialer Schichtung und psychischen Erkrankungen zu ermitteln suchen. Sie formulierten fünf Hypothesen, wobei drei besonders relevant erscheinen:

- (1) Das *Risiko* einer psychiatrischen Erkrankung steht in signifikanter Beziehung zur Schichtposition.
- (2) Die *Formen* psychiatrischer Erkrankungen stehen in einem signifikanten Zusammenhang mit der Struktur der sozialen Schicht.
- (3) Die Art der verordneten *Behandlung* steht in Beziehung zur Schichtposition der Patienten und Patientinnen.

Da die Darstellung der Methodik zu weit führen würde, sollen hier nur die wichtigsten Ergebnisse berichtet werden. Die drei oben angeführten Hypothesen konnten bestätigt werden:

- (1) Das Risiko für psychiatrische Erkrankungen ist für die untersten Schichten am höchsten.
- (2) Die Oberschicht entwickelt eher Neurosen, die Unterschicht eher Psychosen.
- (3) Die Oberschicht erhält eher Psychotherapie, während die Unterschicht eher medikamentöser oder gar keiner Therapie (Verwahrung) zugeführt wird.

Auch in der Midtown Manhattan Study (Srole & Langner, 1974) und in anderen Studien (Überblick bei Berndt, 1974) wurde immer wieder der Zusammenhang von Sozioökonomie und psychischem Leid sowie den schichtspezifischen Formen der Störungen festgestellt. Auch eine deutsche Studie (Weyerer & Dilling, 1984), die in drei oberbayerischen Gemeinden

durchgeführt wurde und diesen Zusammenhang anhand der wahren Prävalenz untersuchte, kam zu ähnlichen Ergebnissen.

Belle (1990, S. 385) hält als Fazit verschiedener Studien fest: „The positive association between poverty and mental health problems is one of the most well established in all of psychiatric epidemiology.“ Aber auch weitere und z.T. *differenziertere* Zusammenhänge von gesellschaftlichen Merkmalen mit der Prävalenz sowie mit der *Nutzung* professioneller Hilfen konnten aufgezeigt werden. Die Ergebnisse werden im folgenden – ohne näher auf die einzelnen Untersuchungen einzugehen – genannt:

Zur Prävalenz

(1) Zusammenhänge von Schicht und Leid

Mit Dohrenwend und Dohrenwend (1981, S. 131; detaillierte Darstellung in: Dohrenwend & Dohrenwend, 1974), die die Forschungsergebnisse vieler sozialepidemiologischer Studien zusammenfassen, können folgende Trends der Prävalenz und ihrer Schichtabhängigkeit berichtet werden: Wichtigstes Ergebnis ist, daß die höchste Störungsrate fast durchgängig in der untersten Sozialschicht festgestellt wird. Es besteht ein Zusammenhang zwischen Unterschicht und schizophrenen Störungen sowie zu Persönlichkeitsstörungen. Hinsichtlich der affektiven Störungen liegen nur wenige Studien vor, die auf eine Schichtabhängigkeit hindeuten, was aber unter Umständen nur für Frauen gilt, die anscheinend eine höhere Prävalenz in dieser Störungsgruppe aufweisen. Unspezifische Störungen werden ebenso am häufigsten in der untersten sozialen Schicht gefunden.

(2) Zusammenhang von Ort und Leid

Dohrenwend und Dohrenwend (1981, S. 131) stellen in ihrer Studienübersicht auch fest, daß der Zusammenhang von Unterschicht und Störungen am stärksten in städtischen Gebieten auszumachen ist.

(3) Zusammenhang von life event und Leid

In ökonomischen Krisenzeiten steigen die Störungsrate, v.a. Arbeitslosigkeitsrate korrelieren mit dem Bestand an Störungen (Keupp, 1988b, S. 86). Dieser Befund kann unter das allgemeinere Ergebnis subsumiert werden, daß belastende Lebensereignisse – wie der Verlust des Arbeitsplatzes – mit der Entwicklung von Störungen zusammenhängen (Mirovsky & Ross, 1989, S. 9).

(4) Zusammenhang von Geschlecht und Leid

Die Epidemiologie zeigt durchgängig über Zeit, Ort und Untersuchungs-

methode hinweg Frauen stärker von psychischem Leid betroffen (Böhm, 1987, S. 79). Auch die Verteilung der Störungsbilder auf die Geschlechter ist unterschiedlich (Russo, 1990, S. 368f.), wobei die grundsätzliche Tendenz festzustellen ist, „daß Frauen eher zurückgezogen intrapunitiv mit depressiver Symptomatik und Männer vorzugsweise mit verantwortungslos-aggressivem acting-out-Verhalten reagieren“ (Böhm, 1987, S. 89).

(5) *Zusammenhang von Ehestand und Leid*

„Married people are less distressed than unmarried ones“ (Mirowsky & Ross, 1989, S. 90). Allerdings sollte daraus nicht eine gesundheitsförderliche Bedeutung der Institution Ehe abgeleitet werden, denn es liegen auch empirische Befunde vor, die für verheiratete Frauen ein erhöhtes Störungsrisiko ausweisen (Keupp, 1982d, S. 31). Eine Hypothese, den Zusammenhang zwischen Ehestand und Störungsrate zu erklären, könnte sein, daß die mit dem Ehestand einhergehende soziale Unterstützung als Kovariante für die gesundheitlichen Auswirkungen verantwortlich ist, so daß grundsätzlich auch bei Unverheirateten mit einem hohen Grad an sozialer Unterstützung das gleiche psychische Wohlbefinden zu prognostizieren ist; da in Teilen der Bevölkerung die eheliche Beziehung von Mann und Frau durch die *Unterstützung* des Mannes durch die Frau, sowie durch die *Unterdrückung* der Frau durch den Mann zu charakterisieren ist, profitieren diese Männer gesundheitlich durch die Unterstützung in der Ehe, während Frauen unter einer solchen Ehe eher leiden.

Zur Nutzung professioneller Hilfe

Wichtig sind auch die sozialepidemiologischen Ergebnisse zur Nutzung professioneller Hilfe in ihrer Schicht-, Geschlechts-, Regional- und Störungsabhängigkeit:

(1) *Zusammenhang von Schicht und psychosozialer Hilfe*

Patienten und Patientinnen der Unterschicht werden größtenteils nur mit Psychopharmaka behandelt oder lediglich verwahrt, solche der Oberschicht erhalten überwiegend Psychotherapie, wobei die häufig angeführte geringere Psychotherapieeignung der Unterschichtsklientel bei genauerer Analyse des empirischen Materials nicht gerechtfertigt ist (Gleiss et al., 1974, S. 213). Grundsätzlich ist für Menschen aus der Unterschicht die Wahrscheinlichkeit, professionelle Hilfe zu erhalten, geringer (Dohrenwend et al., 1980; nach Keupp, 1994b, S. 52).

(2) *Zusammenhang von Geschlecht und psychosozialer Hilfe*

Frauen nehmen häufiger als Männer psychosoziale Hilfsangebote in Anspruch (S. 52).

(3) *Zusammenhang von Ort und psychosozialer Hilfe*

Menschen in ländlichen Gebieten suchen mit geringerer Wahrscheinlichkeit Angebote der psychosozialen Versorgung auf.

(4) *Zusammenhänge von Störung und psychosozialer Hilfe*

45% der Menschen mit erheblichen psychosozialen Problemen waren nie in Behandlung. Das gleiche gilt auch für Personen mit psychotischen Störungen (S. 52). Für dieses Verhältnis wird in der epidemiologischen Forschung auf die „Eisberg“-Metapher zurückgegriffen: „Die behandelten Fälle entsprechen seinem sichtbaren Teil und die unbehandelten dem Teil unter der Wasseroberfläche“ (S. 52).

Zur Erklärung der sozialepidemiologischen Befunde

Bei der Interpretation der sozialepidemiologischen Befunde ist man vor zwei Probleme gestellt:

(1) *Problem der Kausalität* (vgl. Keupp, 1994b, S. 52f.; Dohrenwend, 1990, S. 45f.; Gleiss, 1978, S. 502f.).

Die Ergebnisse der Geschlechts- und Schichtzusammenhänge mit psychischen Leiden werden ausschließlich korrelativ bestimmt, d.h. es verbietet sich jede Interpretation einer Kausalität auf Grundlage des Forschungsdesigns. Insofern sind zwei Kausalitätsrichtungen denkbar:

(a) Merkmale der sozialen Position, d.h. ungünstige gesellschaftliche Lebensumstände, sind ursächlich dafür verantwortlich, daß ein höheres Risiko für psychisches Leiden entsteht (Theorie der sozialen Verursachung), oder

(b) Psychisches Leid entsteht aus einer individuellen biologischen oder psychischen Disposition und trägt ursächlich zu bestimmten Merkmalen der sozialen Position wie sozialem Abstieg bei (Theorie der sozialen Selektion). „Die große Mehrheit der Epidemiologen neigt sicherlich heute eher einer Variante der Theorie der sozialen Verursachung zu (...), und die großen Glaubenskriege um die Grundrichtung der Ursachenketten werden (...) kaum weiter ausgefochten“ (Keupp, 1991, S. 72).

Dennoch, beide Kausalitätsrichtungen enthalten eine Trennung von Individuum und sozialem Kontext, wo keine ist: Wie will man z.B. mit der Theorie der sozialen Verursachung erklären, daß ungünstige gesellschaftliche Lebensumstände bzw. bestimmte Life events subjektiv unterschiedlich relevant und belastend wahrgenommen werden. Oder umgekehrt: Wie will die Theorie der sozialen Selektion erklären, daß bestimmte objektivierbare belastende Lebensereignisse mehrheitlich bei

den Subjekten zu psychischen Leiden führt. Fruchtbarer erscheint, zum einen unter einer am Individuum orientierten Perspektive nach lebensgeschichtlichen und organischen Erklärungskomponenten zu suchen und zum anderen unter einer an den gesellschaftlichen Lebensumständen orientierten Perspektive Belastungen und Ressourcen als Erklärungskomponenten ausfindig zu machen. Die einzelnen Faktoren sind eher in einem *systemischen* Zusammenhang zu sehen, d.h. nicht in einer Ursache-Folge-Relation, sondern in einer Wechselwirkungsbeziehung. Psychisches Leid wird so in seiner komplexen Bedingtheit verständlicher.

Nachdem der Sozialepidemiologie eine quantifizierende Methodik zugrunde liegt, kann sie keinen Beitrag für die Aufklärung subjektiver Bedingungen der Störungsgenese liefern. Dafür müßten qualitative Methoden für die Untersuchung von Einzelfällen herangezogen werden. Hingegen eignet sich jedoch die Sozialepidemiologie gerade für die Beleuchtung gesellschaftlicher Lebensumstände und ihrer möglichen Interdependenzen zur Gesundheit.

Da jedoch ihre Ergebnisse nur eine stark reduzierte Information enthalten (Schicht, Geschlecht), wird zur weitergehenden Interpretation die Formulierung theoriegeleiteter (vermittelnder) Variablen notwendig, die eine Beziehung zu dem konkret vorfindbaren Leiden herstellen vermögen. Damit ist man beim zweiten Problem der Interpretation der sozial-epidemiologischen Befunde angelangt:

(2) *Problem der vermittelnden Variablen*

Die wichtigsten untersuchten Merkmale der gesellschaftlichen Position, die einen Zusammenhang zu psychischen Leiden aufweisen, sind soziale Schicht, Geschlecht, Ehestand, Stadt/Land und im erweiterten Sinne belastende Lebensereignisse. Diese Merkmale bedürfen aber der Formulierung vermittelnder Variablen. Es gibt dazu verschiedene sozialpsychologische Modellvorstellungen, die z.B. den Zusammenhang von Schicht und psychischer Störung verständlicher machen (vgl. den Überblick in: Keupp, 1991, S. 74). Die intervenierenden Variablen können in drei Gruppen zusammengefaßt werden: Objektive Lebensumstände, sozialisierte personale Ressourcen und soziale Ressourcen.

(a) Mit den *objektiven Lebensumständen* sind im Hinblick auf die Störungsgenese belastende Lebensereignisse und Dauerbelastungen gemeint, die im Sinne einer Viktimisierung bei erfolgloser oder unmöglicher Bewältigung zu Störungen führen. Zu denken ist hier an die ungleiche Verteilung materieller Güter und Chancen in der Gesellschaft sowie

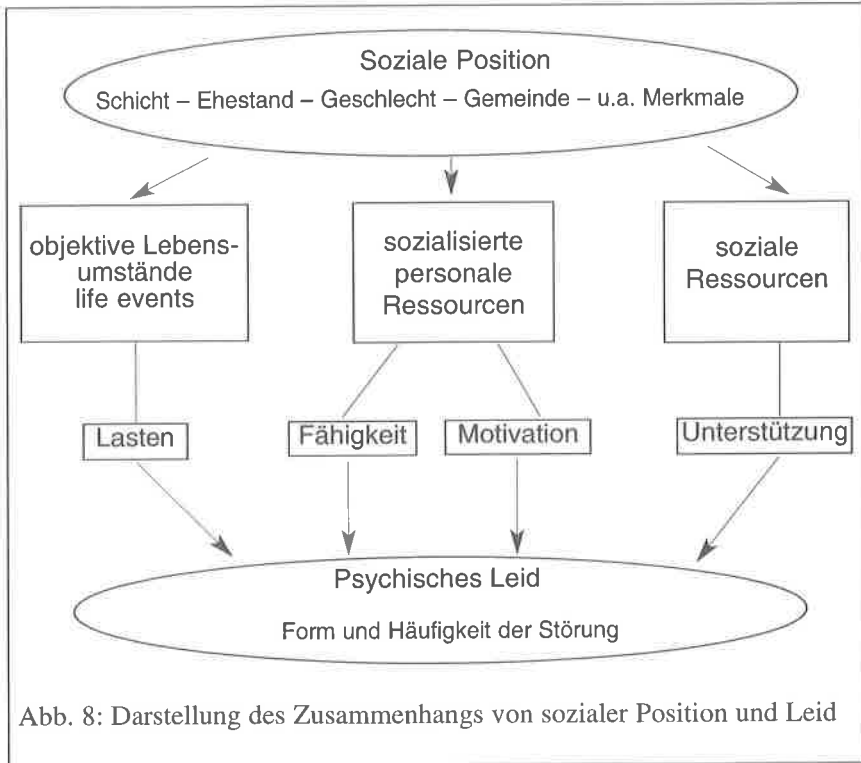
an die Arbeitslosigkeit, von der die unteren Schichten am meisten betroffen sind. Hinsichtlich der Frauen wäre v.a. die häufige Doppelbelastung und strukturelle Widersprüchlichkeit von Beruf und Familienarbeit (Psychologinnengruppe München, 1978, S. 223) zu nennen. Wobei Frauen, die noch dazu in finanziell schwachen Verhältnissen leben und Verantwortung für Kinder tragen, stärker von psychischem Leid bedroht sind (Belle, 1990, S. 385).

(b) *Sozialisierte personale Ressourcen* sind Bewältigungsmöglichkeiten, die eine besondere gesellschaftliche Prägung aufweisen.

Die Bewältigung läßt sich in zwei Komponenten aufteilen, in die der *Fähigkeit* („Können“) und in die der *Motivation* („Wollen“). Die Fähigkeit zur Bewältigung ist z.T. in unteren sozialen Schichten sozialisationsbedingt geringer, da Unterschichtsangehörige weniger flexibel Lösungen finden können, was nicht zuletzt auf die gering ausgeprägte Autonomie und Selbständigkeit in ihrem Berufsleben zurückzuführen ist (vgl. Mirowsky & Ross, 1989, S. 95). Hinsichtlich der Geschlechtsunterschiede formuliert die Psychologinnengruppe München (1978, S. 229): „Man kann – überspitzt – die weibliche Sozialisation als (...) Einweisung in ein beschränktes und abhängiges Handlungsfeld und als Einübung in Selbstbeschränkung und Abhängigkeit verstehen.“ Also auch hier eine sozialisationsbedingte Einschränkung hinsichtlich einer flexiblen Problembewältigung.

Motivation meint im negativen Sinne das, was Dohrenwend und Dohrenwend als „Demoralisierung“ beschrieben haben (Keupp, 1995, S. 74) oder was Seligman (1975) als „erlernte Hilflosigkeit“ bezeichnet; „Mädchen und Frauen erfahren in allen Lebenslagen, daß sie relativ wenig Kontrolle über die Lebensumstände haben, in denen sie sich befinden. Je mehr sie sich den Ereignissen ausgeliefert fühlen, desto größer ist der Streß, dem sie ausgesetzt sind – und umso hilfloser reagieren sie, nämlich mit Passivität, Rückzug und (stillem) Klagen“ (Vogt, 1991, S. 289). Für die Unterschicht sehen es Mirowsky & Ross (1989, S. 94f.) ähnlich, wenn sie mangelnde instrumentelle Überzeugungen für das Ausbleiben von Bewältigungsversuchen verantwortlich machen.

- (c) Letzte vermittelnde Variable sind die *sozialen Ressourcen*. Damit ist gemeint, daß auch von außen über kognitive, emotionale, instrumentelle und materielle Unterstützung direkte Hilfen bei der Problembewältigung gegeben werden.



Der Zusammenhang von sozialer Integration und Leid gehört zum alten sozialepidemiologischen Wissen (Röhrle, 1994, S. 70). Der weiter oben angeführte Befund, daß der Ehestand mit dem Leidensrisiko korreliert, kann als Hinweis auf die unterstützende und vor Leid schützende Funktion eines sozialen Netzwerkes verstanden werden. Hinsichtlich der sozialen Unterstützung in Abhängigkeit von der sozialen Schicht kann als Beleg der Matthäus-Effekt herangezogen werden: Wer „einer höheren Schicht angehört (...), hat sowohl mehr Helfer als auch mehr Kontaktpartner. Wer also mehr materielle Mittel und Wissen hat – und daher für die ‘Pflege’ seiner Beziehungen mehr einsetzen kann –, hat auch mehr Helfer in der Not und Kontakte im Alltag“ (Marbach & Mayer-Kleffel, 1988; zit. nach Keupp, 1994b, S. 37). Hinsichtlich des Stadt-Land-Gefälles könnte spekuliert werden, ob eine Verarmung an Kontakten z.B. in den anonymisierten Trabantensiedlungen der Städte Erklärungskraft besitzt.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß sich diese drei Variablenkomplexe in der Unterschicht kumulieren, da hier objektive Lebensumstände, sozialisierte personale Ressourcen und soziale Ressourcen eine Triade negativer Voraussetzungen für ein gesundes Leben eingehen. Auch die größere Störungsrate von Frauen wird durch ihre spezifische Sozialisation und objektiv schwierige Lebensumstände nachvollziehbar.

Allgemein sei noch auf einen grundsätzlichen Mechanismus der vermittelnden Variablen, das „Akzelerationsprinzip“ (Brenner, 1980; nach Keupp, 1982d, S. 30), hingewiesen: Ein belastendes Ereignis zieht meist weitere nach sich, wie z.B. die Arbeitslosigkeit zu schlechteren ökonomischen Verhältnissen führt. Auch können aus Belastungen die sozialen Ressourcen angegriffen werden, wie z.B. der häufig zu beobachtende Kontaktabbruch zu Arbeitskollegen nach Arbeitsplatzverlust. So ist also die Beziehung der intervenierenden Variablen nicht rein additiv, sondern multiplikativ „beschleunigend“.

Schlußfolgerungen

Die Sozialepidemiologie ist eine wichtige Grundlage für die Entfaltung dreier wichtiger Forderungen:

Zum einen kann daran ein Praxisverständnis angeknüpft werden, das eine Reduzierung auf die Technik und die Dominanz der Psychotherapie aufhebt, indem dem gesellschaftlichen Aspekt in der Praxis Rechnung getragen wird. Grundlage dafür ist ein Störungsmodell, daß die eben angeführten gesellschaftlichen Determinanten für die Entstehung von psychischem Leid mit der subjektiven Ebene verbinden kann (s. Kap. 4.1.3).

Zweitens stellt die Sozialepidemiologie in ihrem Forschungsdesign eine Umkehr der verbreiteten angebotsorientierten zu einer nachfrageorientierten Fragestellung dar, denn Variablen der potentiellen Nutzer und nicht die Therapietechniken stehen (als unabhängige Variablen) im Vordergrund der Untersuchung; z.B. die Frage, ob ein Angebot auch tatsächlich von denen, die am stärksten leiden, genutzt wird, kann mit diesem Design evaluiert werden (s. Kap.4.2.1).

Zum dritten zeigen sozialepidemiologische Befunde eine gesellschaftliche Ungleichheit, die unter einem ethischen Gesichtspunkt bei der Formulierung von Qualitätskriterien berücksichtigt werden sollte (s. Kap. 4.2.2).

4.1.3 Praxisverständnis

Obleich reichhaltige und genügend abgesicherte Befunde zur Sozialepidemiologie vorliegen, werden sie selten zitiert, kaum in Lehrbücher aufgenommen, kaum davon Praxisfolgen abgeleitet oder im Rahmen des aktuellen Qualitätssicherungsdiskurses reflektiert. Eine Erklärung dafür ist sicherlich, daß Forschungsbefunde, die gesellschaftliche Faktoren für die Störungsgenese mitverantwortlich machen, schwer in die individualistisch angelegten Störungsmodelle der Medizin und Psychologie zu integrieren sind und deswegen vernachlässigt werden. In der Konsequenz müßten therapeutische Angebote, die eine Veränderung des Individuums anstreben, überdacht, erweitert, verändert und z.T. abgelöst werden von Forderungen, nach denen sich gesellschaftliche Strukturen selbst zu verändern haben. Daß Ärzte und Psychologen überwiegend an einer spezifischen Technik festhalten, sei es eine somatische oder psychotherapeutische, und bisher eher selten die Bereitschaft zeigten, einer gemeindenahen und bedürfnisgerechten Ausrichtung mit mehrdimensionalen Hilfen Rechnung zu tragen, ist über die ausgeprägte eigene berufspolitische Interessensvertretung erklärbar. Sichtbar wird dies z.B. an der berufsorientierten Organisation von Psychologen und Ärzten in verhaltenstherapeutischen, psychoanalytischen, gesprächspsychotherapeutischen und medizinischen Verbänden, während eine eher problemfeldorientierte und berufsübergreifende Organisierung (z.B. Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie) eher die Ausnahme ist (vgl. zu dieser Problematik: Cramer, 1978).

Die berufsständische Ausrichtung unseres Versorgungssystems, in dem primär die Ärzteschaft und sekundär inzwischen auch die psychologischen Psychotherapeuten das Privileg der Behandlung haben, ist unerträglich. Auch die Veränderungen durch das Psychotherapeutengesetz ändern daran strukturell nichts, denn es kommt zu Verteilungskämpfen zwischen den psychotherapeutischen Schulen – einen Vorgeschmack gab bereits die Kontroverse um die Berner Metaanalyse – und die psychologischen Psychotherapeuten werden die gewonnenen Privilegien ebenso mißbrauchen, indem sie u.U. im Schulterschuß mit den Ärzten andere Angebote im psychosozialen Sektor zu verdrängen suchen (z.B. Selbsthilfe), um sich ein möglichst großes Stück am Versorgungskuchen zu sichern. Diese angebotsorientierte Ausrichtung in der psychosozialen Praxis muß sich in eine nachfrageorientierte Praxis wandeln, in der der Versorgungsbezug verwirklicht wird und das Problemfeld den Bezugspunkt bildet.

Als Vorbilder für den Versuch, eine berufsständisch ausgerichtete Praxis zu überwinden, können die Lehrbücher von Bock und Weigand („Handwerksbuch Psychiatrie“) sowie von Dörner und Plog („Irren ist menschlich“) gesehen werden, die sich beide hinsichtlich der Leserzielgruppe explizit an *alle* Professionelle und Betroffene des Problemfeldes Psychiatrie wenden: „Das Buch soll den psychiatrisch tätigen Leser, egal ob als Arzt, Sozialarbeiter, Krankenschwester, Psychologe (...), befähigen, seine Alltagsarbeit nachdenklicher, mit mehr Verständnis für sich und andere, vollständiger, wahrhaftiger, leichter und mit mehr Freude zu tun. (...) Es ist aber genauso für Psychiatrie-Erfahrene, also für Patienten lesbar, auch für Angehörige psychisch Kranker und für alle Interessierten“ (Dörner & Plog, 1996, S. 11). Damit geht einher, daß eine berufspolitisch sinnvolle Fragmentierung des Problemfeldes durch eine für die Nutzer sinnvolle ganzheitliche Betrachtung ihrer Bedürfnisse abgelöst werden muß: „Die psychisch kranken Menschen brauchen ihr täglich Brot, ihr Dach über dem Kopf, ihre Hygiene, eine Arbeit, Partner, Konflikte, Geld, Informationen, Kultur, möglicherweise medizinische Behandlung und möglicherweise Psychotherapie“ (Plog, 1991, S. 302f.). Erkennt man die Vielschichtigkeit der Problemlagen an, so müssen Zweifel aufkommen, ob zu deren Bewältigung die hochspezialisierten Angebote paßgerecht sind.

Um ein adäquates, d.h. an der Versorgung orientiertes Praxisverständnis herzuleiten, soll im folgenden zuerst gezeigt werden, daß die sozialepidemiologischen Befunde zu einem alltagsweltlichen und gesellschaftsbezogenen Verständnis der Leidentstehung („Störungsmodell“) überleiten. Aus dem so gewonnenen mehrdimensionalen Verständnis der Leidengenesen können daran anschließend wichtige Bezüge einer psychosozialen Praxis skizziert werden.

Zum Verständnis der Leidentstehung

Es lassen sich mindestens fünf Modelle unterscheiden, die das Entstehen einer psychischen Störung zu erläutern suchen (vgl. die Übersicht bei Zygowski, 1989, 1991, 1995). Sie sollen alle kurz skizziert werden, um das hier favorisierte und breiter darzustellende mehrdimensionale oder multifaktorielle Störungsmodell schärfer abgrenzen zu können:

(1) Das psychotherapeutische Modell

In Anlehnung an Zygowski (1991, S. 47ff.) kann das psychotherapeutische Modell durch vier Merkmale charakterisiert werden:

– Zum einen gehen alle psychotherapeutischen Verfahren davon aus, daß psychische Störungen psychogenetisch erklärt werden können: Die Psychoanalyse zieht z.B. Regressionen und Fixierungen auf frühkindliche Entwicklungsstufen als Erklärung heran, die Verhaltenstherapie geht von fehlgelaufenen Lernerfahrungen aus und die Gesprächspsychotherapie sieht in psychischen Störungen eine Blockade von Wachstums- und Selbstverwirklichungskräften. Damit wird – wie beim medizinischen Modell (s.u.) – ein Defekt in das Subjekt hineingelegt.

– Zweitens kann eine ausgeprägte technische Gestalt des Modells angeführt werden: V.a. Kognition, Emotion und Verhalten als Variablen der Individualität werden zum Ansatzpunkt von verschiedenen Techniken, die als Veränderungsinstrumente eingesetzt werden. Der Technizismus wurde im vorangegangenen Kapitel bei der Vorstellung der Berner Psychotherapieforschung überdeutlich, die den Eindruck hinterließ, als sei die Linderung psychischen Leids nur eine Frage der angewendeten Therapie.

– Drittens unterscheidet sich das psychotherapeutische Modell vom medizinischen durch die Ersetzung des Begriffs Patient(in) durch Klient(in), was (auch) semantisch die Patienten aus ihrer passiven Krankenrolle in die aktive und ratsuchende Klientenrolle wechseln lassen soll. Ob die Bezeichnung Klient(in) hinsichtlich des nach wie vor bestehenden Machtungleichgewichts angemessen erscheint oder dies nur verschleiert, kann kontrovers diskutiert werden.

– Viertens ist die Klientelisierung, ursprünglich ein Angriff auf den Patientenbegriff, heute eher zweitrangig, da inzwischen eine Klinifizierung der psychotherapeutischen Modellvorstellung eingetreten ist: Es findet eine starke Annäherung des psychotherapeutischen Modells an das medizinische statt, das v.a. auf berufspolitisches Kalkül zurückzuführen ist. Man denke nur an die Psychotherapie-Richtlinien, die auf einem Krankheitsmodell aufbauen, und nach dem auch Psychotherapeuten abrechnen wollen. Weiterhin scheint es auch für Verhaltenstherapeuten heute kein Problem mehr zu sein, den Krankheitsbegriff zu verwenden, wohingegen sie früher darauf insistierten, Fehlverhalten über Verhaltensanalysen zu erklären. All das sind Indizien, die eine allmähliche Anpassung der psychotherapeutischen Modellvorstellungen an medizinische deutlich werden lassen, so daß auch der Begriff des Klienten allmählich seine Bedeutung verliert.

(2) Das medizinische Modell

Das medizinische Modell, das analog zur allgemeinen Medizin auch auf psychische Störungen angewandt wird, geht davon aus, daß mehrere mögliche Krankheitsursachen (z.B. Alkoholabusus) zu einem körperlichen Defekt (v.a. Dysfunktionen des ZNS), der Krankheit, führen. Die Krankheit führt zu dem subjektiven Eindruck, sich krank zu fühlen, und gleichzeitig zu wahrnehmbaren Symptomen, was als Kranksein bezeichnet wird (z.B. Psychosen, Neurosen). Das Kranksein verursacht wiederum ein verändertes

Verhalten der Kranken in ihrem sozialen Umfeld; werden diese Veränderungen von Seiten des Umfeldes auf die Krankheit zurückgeführt, so erhalten Kranke eine Krankenrolle, d.h. sie müssen nun als „Patienten“ bestimmte Rollenerwartungen nicht mehr erfüllen und erfahren Nachsicht und Mitleid. Aufgabe der Professionellen ist es nun, die Symptome zu beschreiben und zu Syndromen zusammenzufassen, den zugrundeliegenden biologischen Defekt zu entdecken und ihn über eine somatische Therapie zu beseitigen (Psychopharmaka, Neurochirurgie, Elektrokrampf u.a.).

Auch wenn inzwischen die Diagnosesysteme DSM-IV und ICD-10 auf den Krankheitsbegriff verzichten und eine rein deskriptive Beschreibung anhand diagnostischer Kriterien versuchen, da nach jahrelanger Forschung der ätiologische Zusammenhang zwischen körperlichen Defekten und bestimmten Krankheitsbildern bis auf Ausnahmen wie z.B. der progressiven Paralyse nicht nachweisbar war, wird dadurch das zugrundeliegende medizinische Modell nur verschleiert. Nach wie vor wird von vielen Psychiatern nach somatischen und heutzutage speziell nach genetischen Ursachen gesucht, die die Syndrome erklären. Die Annahme eines in der Person liegenden körperlichen Defekts ist nach wie vor weit verbreitet.

Prominentester Kritiker des Krankheitsbegriffs ist Thomas S. Szasz (1960/1972), der die Behauptung aufstellte, „daß der Begriff der seelischen Krankheit ein Mythos ist, der die Funktion hat, die bittere Pille moralischer Konflikte in menschlichen Beziehungen zu verkleiden und damit schmackhafter zu machen.“ Szasz setzt die Überzeugung von der realen Existenz der Krankheit mit dem früheren Glauben an Hexen und Dämonen gleich. Beide Annahmen führen zu einem unpersönlichen „Gegenstand“ (Krankheit, Hexen), die Lebensschwierigkeiten erklären sollen. Szasz' Argumentation beruht zum einen darauf, daß hirnganischen Defekten keine psychopathologischen Symptome, sondern bestenfalls neurologische Symptome wie Blindheit und Lähmung zuzuordnen sind; insofern handelt es sich entweder um eine hirnganische Krankheit mit entsprechenden neurologischen Ausfällen, oder um eine Psychopathologie, deren Erklärung anderweitig gesucht werden muß. Zum anderen führt Szasz an, daß bei der seelischen Krankheit komplexes soziales Verhalten als Symptom neurologischer Funktionen betrachtet wird, wogegen er einwendet, daß körperliche Symptome an einen körperlichen und genetischen Kontext gebunden sind, psychische Symptome aber an den sozialen Kontext. So ist „(...) heute üblich, psychische Krankheit dadurch zu bestimmen, daß man feststellt, daß das Verhalten von bestimmten psychosozialen, ethischen oder gesetzlichen Normen abweicht“ (S. 49). Insofern sei es absurd mit medizinischen Mitteln Abweichungen zu korrigieren, die nicht einmal auf medizinischer Grundlage festgestellt wurden. Mit diesen letzten Sätzen haben wir uns bereits der folgenden Modellvorstellung oder Sichtweise angenähert:

(3) Das abweichungstheoretische Modell (Labeling-Perspektive)

Dieses Modell (oder besser diese Perspektive) versucht keine ätiologische Erklärung psychischer Störungen zu liefern, sondern den Prozeß oben angeführter „Abweichung“ genauer zu untersuchen. Die Labeling-Perspektive stellt heraus, daß es keine normativen Kriterien oder biologische und psychologische Merkmale gibt, die den abweichenden Status konstituieren, sondern daß erst im Prozeß gesellschaftlicher Sinnsetzung, *Handlungen* durch Konstruktion der beteiligten sozialen Akteure zu *abweichenden Verhalten* werden (Keupp, 1988a, S. 80). Interessant ist hier der Gedanke, daß man sich für jede Handlung einen Kontext denken kann, in dem sie als regelverletzend und sanktionswürdig beurteilt wird. Zwei wichtige Begriffe sind *primäre* und *sekundäre Abweichung*: Eine Regel- oder Normverletzung wird als primäre Abweichung bezeichnet. Zur sekundären Abweichung kommt es, wenn die zugeschriebenen individuellen Motive und Anlässe nicht als Rechtfertigung für die Regelverletzung akzeptiert werden, d.h. der öffentliche Status einer Person über die Devianz fixiert wird“ (Keupp, 1982b, S. 192).

Keupp (1988a, S. 81) betont, daß viel vom Verständnispotential dieser Perspektive vergeben wurde und wird, wenn sie von einer interpretativen Perspektive zu einem ätiologischen Modell gewandelt wird in dem Sinne, daß Abweichung entsteht, wenn etikettiert wird. Fruchtbarer scheint ihre Bedeutung für eine umfassendere Theorie der sozialen Kontrolle zu sein.

(4) Soziogenetisch-politische Modelle

Soziogenetisch-politische Modelle können zusammenfassend dadurch charakterisiert werden, daß sie die sozialepidemiologischen Befunde des Zusammenhangs bestimmter Merkmale der sozialen Position mit dem Leidensrisiko kausal bzw. ätiologisch interpretieren. Für die größere Leidenshäufigkeit von Frauen und Unterschichtsangehörigen sind demnach direkt die gesellschaftlichen Bedingungen verantwortlich, weswegen politisch die Veränderung der Gesellschaft in den entsprechenden Bereichen angestrebt wird. Als Beispiele der Umsetzung soziogenetischer Modellvorstellungen in die Praxis können die feministische Therapie (Bildn, 1992) und Antipsychiatrie (Überblick in: Bopp, 1980) angeführt werden.

(5) Mehrdimensionale Modelle

Mehrdimensionale Modelle versuchen die Reduktionen einseitig individualistischer oder soziologischer Modellvorstellungen zu überwinden. Beck (1986, S. 194) benennt die Problematik – hier auf das Geschlecht bezogen –, die in einer durch Individualisierungstendenzen geprägten Gesellschaft durch *individualistisch* gedachte Störungsmodelle besteht: „Das Stück Mittelalter, das die Industriegesellschaft nicht nur konserviert, schmilzt weg. Die Menschen werden freigesetzt aus den zur Natur verklärten ständischen Schalen

des Geschlechts. Es ist wichtig, dies in seinen historischen Dimensionen zu erkennen, weil sich diese gesellschaftlichen Veränderungen als privater, persönlicher Konflikt vollziehen. Die Psychologie (und Psychotherapie), die das Leiden, das ihr nun massenhaft zugetrieben wird, auf die Individualgeschichte der frühkindlichen Sozialisation zurückführt, wird kurzschlüssig. Wo den Menschen die Konflikte aus den Lebensformen, die ihnen vorgegeben sind, entgegenspringen, wo ihr Zusammenleben vorbildlos wird, kann ihr Leid nicht mehr nur auf Versäumnisse und Weichenstellungen in ihrer individuellen Entwicklungsgeschichte zurückgeführt werden. (...) Diese Historisierung und gesellschaftsgeschichtliche Revision ihrer Denkformen steht der Psychologie noch bevor, wenn sie nicht dem Schein der Individualisierung, von der sie profitiert, aufsitzen will, indem sie die Ursachen für die Probleme in die Menschen, die sie haben, hineinverlegt.“

Die Individualisierungstendenzen der Gesellschaft werden auch z.B. bei der Massenarbeitslosigkeit deutlich, die individuell als persönliche Niederlage verarbeitet wird: „Massenhaftigkeit und Vereinzelung des ‘Schicksals’, Zahlen von schwindelnder Höhe und Konstanz, die sich doch irgendwie verkrümmeln, ein zerkleinertes, nach innen gewendetes Massenschicksal, das in seiner ungebrochenen Schärfe dem einzelnen mit der Stimme des persönlichen Versagens seine Millionenhöhe verheimlicht und individuell ins Gewissen brennt“ (S. 147). In dieser gesellschaftlichen Situation bewirkt die Verwendung eines individualisierenden Störungsmodells eine Verstärkung der Individualisierungstendenzen, d.h. allgemeines Leid wird verstärkt in persönliches Leid gewandelt und bearbeitet.

Sowohl die auf Plausibilität aufbauende Argumentation Becks als auch die empirisch nachgewiesenen Zusammenhänge von Gesellschaftsmerkmalen und Not machen den Einbezug gesellschaftlicher Bedingungen zur Erklärung der Störungsgenese notwendig.

Allerdings scheinen die soziogenetischen Modelle, auch wenn sie wichtige Erklärungen beitragen, in ihrer ätiologischen Konzeption nicht verallgemeinerbar. Denn sie formulieren, überspitzt ausgedrückt, „soziale Noxen“, die das Individuum treffen und die zwangsläufig zu Störungen führen. Ein solches Modell kann aber nicht erklären, wieso Subjekte unter der gleichen Noxe unterschiedlich leiden. Opfertheorien, bei denen das Subjekt hilflos sozialen „Giften“ ausgesetzt ist, greifen wie die individuell konzipierten Modelle zu kurz. Es ist also für ein angemessenes Störungsverständnis nötig, die subjektive Ebene, wie sie v.a. im psychotherapeutischen Modell im Vordergrund steht, mit der gesellschaftlichen Ebene, die v.a. im soziogenetischen Modellen thematisiert ist, zu verbinden.

Mehrdimensionale Störungsmodelle weisen oft eine Theorielosigkeit auf, d.h. es wird auf mehrere gleichrangige ursächliche Faktoren verwiesen, deren Verknüpfung und Wirkungsweise nicht weiter ausgeführt wird. Sie wer-

den als „biopsychosoziale“ Störungsmodelle bezeichnet, deren Zugrundelegung heute als modern gilt, deren Theorielosigkeit aber häufig nur eine medizinische oder psychotherapeutische Ausrichtung verschleiern soll. Man denke z.B. an das *multiaxiale* Klassifikationssystem DSM, das dadurch einem multidimensionalen Anspruch gerecht werden will, dessen sozialer Achse („Schweregrad psychosozialer Belastungen“) aber eher eine Alibi-funktion zukommt. Für eine theoretische Verknüpfung liegen unterschiedliche Vorschläge der Verbindung von Gesellschaft und Subjekt vor, wie z.B.: „Psychische Störungen als Dimensionen der psychischen Widerspiegelung“ (Gleiss, 1978), „Anthropologische Krankheitslehre“ (Petzold, 1995) oder das „Psychosoziale Störungsmodell“ (Zygowski, 1991). Das Zusammenwir-

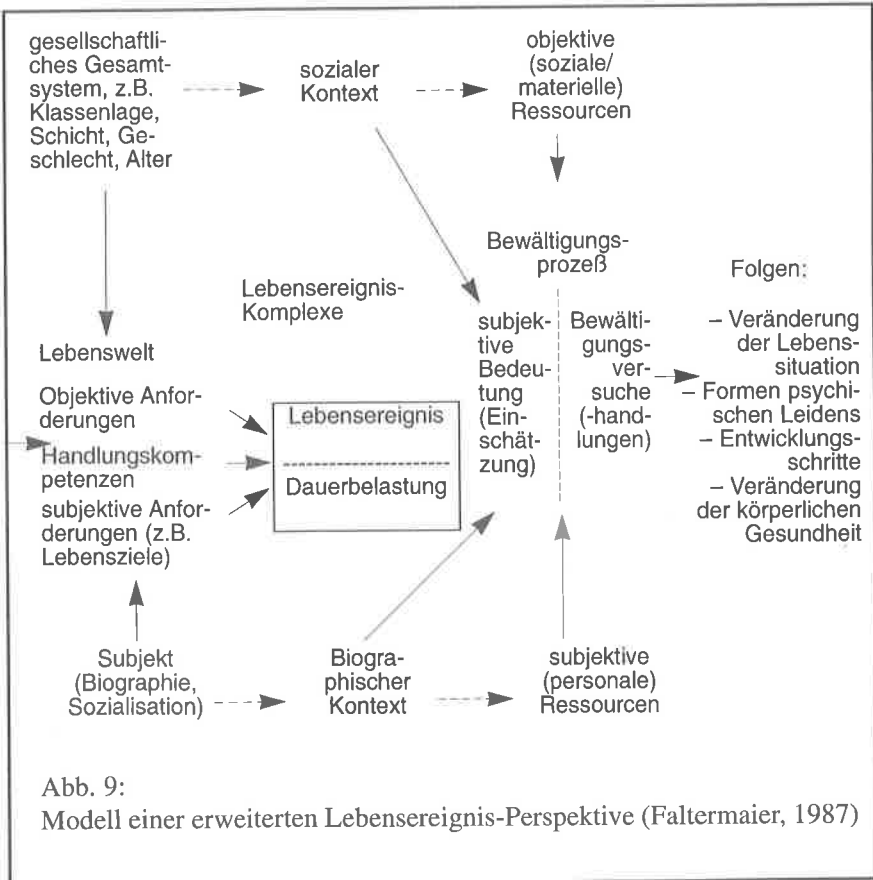


Abb. 9:
Modell einer erweiterten Lebensereignis-Perspektive (Faltermaier, 1987)

ken gesellschaftlicher und subjektiver Faktoren macht mit relativ wenig theoretischem Aufwand die Konzeption von Faltermaier (1987) verständlich (Abb. 9). Mit diesem Modell wird das Konzept des Belastungs-Bewältigungs-Prozesses mit den Befunden der sozialepidemiologischen Forschung verknüpft. Faltermaier hat aus seiner Kritik an den Modellen der Lebensereignisforschung (1982), bei denen soziale Faktoren und Störungen unvermittelt nebeneinanderstehen und ein aktiv handelndes Subjekt nicht vorkommt, nun ein Modell vorgestellt (1987), das durch eine Erweiterung der Lebensereignisperspektive diese Mängel überwindet. Die Erweiterung besteht darin, daß sowohl eine psychologische Perspektive, die das betroffene *Subjekt* in seinem Erleben und Handeln faßt, als auch der *lebensweltliche* sowie der *gesamtgemeinschaftliche* Kontext für das Verständnis mit aufgenommen wird.

Zentrales Element ist das *Lebensereignis*, dem aber gleichberechtigt auch die *Dauerbelastung* zur Seite gestellt wird; die gestrichelte Linie im Lebensereignis-Komplex soll die inhaltliche und zeitliche Integration beider Komponenten verdeutlichen. Außerordentlich wichtig ist, daß Faltermaier auch die Dauerbelastungen mit aufgenommen hat, die in der Lebensereignisperspektive sonst fehlen, die aber für das Verständnis gerade der Lebenssituation von Frauen und Unterschichtsangehörigen, die häufig durch anhaltende Belastungen geprägt ist, notwendig sind.

Der Entstehungszusammenhang der Belastungen wird durch den linken Teil der Abbildung verdeutlicht: In grober Unterteilung können *subjektive* und *gesellschaftliche Einflüsse* auf die Entstehung von Belastungen ausgemacht werden. Die Einflüsse stellen sich für das Subjekt in Form von Anforderungen dar; *objektive Anforderungen* werden von gesellschaftlicher Seite, *subjektive Anforderungen* wie Lebensziele werden von Seiten der Subjekte gesetzt. Den Anforderungen werden Handlungskompetenzen des Individuums gegenübergestellt, wobei dessen Beziehung zu den Anforderungen erst über das Auftreten von Belastungen entscheidet.

Als Folgezusammenhang der Belastungen wird angenommen, daß ein *Bewältigungsprozeß* einsetzt. Dieser wird künstlich aufgeteilt in die Komponenten *subjektive Bedeutung* und *Bewältigungsversuche/-handlungen*, wobei die gestrichelte Linie andeuten soll, daß diese Komponenten empirisch evtl. nicht zu trennen sind. Die *subjektive Bedeutung* von Belastungen kann sich – muß sich aber nicht – in der Einschätzung des Subjekts äußern; sie wird bestimmt durch den sozialen und biographischen Kontext, in dem die Belastungen stehen. Damit wird herausgehoben, daß Belastungen keine objektivierbaren Größen sind, sondern von sozialen und subjektiven Fakto-

ren abhängen („Einschätzung“). Die Bewältigungsversuche werden auf der einen Seite von den *objektiven materiellen und sozialen Unterstützungsressourcen*, auf der anderen Seite von den *subjektiven bzw. personalen Ressourcen* beeinflusst. Zu den personalen Ressourcen ist anzumerken, daß hier Persönlichkeitseigenschaften (z.B. Kontrollüberzeugungen, spezifische Orientierungen), Bewältigungskompetenzen (interpersonelle und intellektuelle Fähigkeiten) sowie die psychophysische Verfassung bzw. Ausgangssituation (körperliche Gesundheit, Angstniveau) subsumiert werden.

Dieser Belastungs-Bewältigungsprozeß führt zu Veränderungen, die hier nicht nur in psychische Störungen gefaßt werden, sondern auch weniger schwerwiegende Formen wie „Demoralisierung“ und Krisen miteinschließen. Auch positive Ausgänge wie Entwicklungsschritte und Veränderungen der sozialen und körperlichen Gesundheit sind möglich.

Wie werden nun die sozialepidemiologischen Befunde durch dieses Modell miterfaßt? In grober Vereinfachung wurden drei wesentliche vermittelnde Variablen angegeben (s. Abb. 8). Die *objektiven Lebensumstände/events* gehen in Faltermaiers Modell einerseits in den Lebensereigniskomplex als Belastungen ein, andererseits auch über die objektiven materiellen Ressourcen, die für die Bewältigungsversuche relevant sind. Die sozialen Ressourcen werden ebenfalls als wichtige Einflußvariable für die Bewältigungsversuche gesehen. Die hier vorgenommene Trennung der *sozialisierten personalen Ressourcen*, die den gesellschaftlichen Anteil betonen sollen, von den personalen Ressourcen im individuellen Sinne wird hier nicht vorgenommen. Das erscheint auch sinnvoll, da theoretisch zwar eine Trennung zur Verdeutlichung möglich ist, empirisch-praktisch aber individuelle und soziale (bzw. bei Faltermaier biographische und sozialisierte) Anteile subjektiver Ressourcen nicht fragmentierbar sind; was in Abb. 8 als *Fähigkeit* bezeichnet wird, wird hier unter dem Kompetenzbegriff gefaßt, was unter *Motivation* firmierte, erhält hier den Oberbegriff Persönlichkeitseigenschaften (bzw. die darin enthaltenen Kontrollüberzeugungen).

Nachdem nun ein Modell für die Entstehung psychischen Leidens hergeleitet ist, soll im Folgenden skizziert werden, welche Implikationen sich daraus für die Praxis ergeben können.

Zur psychosozialen Praxisorientierung

Nimmt man die sozialepidemiologischen Befunde ernst und richtet man auch sein Verständnis der Störungsgenese nach ihnen aus, so geraten zwangsläufig die beiden dominierenden Praxisangebote, Psychiatrie und

Psychotherapie, in die Krise. Ihre spezialisierten, individualisierenden und vornehmlich kurativen Techniken scheinen nicht mehr paßgerecht.

Nun ist es unmöglich und kontraproduktiv, wenn im folgenden eine fertig gedachte Praxiskonzeption angegeben werden würde, die allerorts zu verwirklichen wäre; ganz im Gegenteil ist in unterschiedlichen Praxen, die jeweils dem einzelnen Subjekt in seinem spezifischen Kontext gerecht werden, die Alternative zur derzeitigen Versorgungssituation zu sehen.

Dennoch lassen sich zwei grundsätzliche Forderungen bzw. wünschenswerte Orientierungen für die Praxis aufstellen: Zum einen scheint eine stärkere Hinwendung zur Prävention – statt kurativer Hilfe – sinnvoll, und zum anderen sollte kurative Hilfe *bedarfsorientiert* – statt *angebotsorientiert* – sein:

(1) Prävention hat Vorrang

Das übliche Vorgehen in der Praxis besteht darin, zunächst eine Diagnose der Störung zu stellen, die ein bestimmtes therapeutisches Programm indiziert. Der Großteil möglicher Informationen, die nach dem Modell von Faltermaier (1987; s.o.) faßbar sind, wird auf die Störungsdiagnose reduziert. Dabei geht all das verloren, was für Präventionsstrategien die Grundlage darstellt: die Stärkung *materieller, sozialer und personaler Ressourcen*:

(a) Die Stärkung materieller Ressourcen

Die Verringerung gesellschaftlich bedingter und objektivierbarer Belastungen, wie Arbeitslosigkeit und Armut, sind zwar nicht die primäre Aufgaben der Psychologie sondern die der politisch Verantwortlichen, aber sie sollte hier zumindest eine Anwaltschaft übernehmen und Einfluß ausüben.

Man denke nur an die heute übliche Unternehmensführung, deren Management sich an Kosten und Gewinn orientiert und unter der Verwendung von Begriffen wie „lean management“, „schlechter Standort“ oder einfach „Rationalisierung“ Menschen massenhaft in die Arbeitslosigkeit entläßt. Diesen kalten betriebswirtschaftlichen Begriffen sollte von psychologischer Seite das dadurch entstehende psychosoziale Leid (auch das verursacht Folgekosten!) entgegengehalten werden, und sie sollte die Unternehmen an ihre Verantwortung gegenüber jeden einzelnen Betriebsangehörigen erinnern (Man entsinne sich auch an die „gesellschaftliche Verantwortung“, die Unternehmen mit Qualitätsmanagement angeblich selbst erkennen und übernehmen; s. Kap. 2.1.2).

Aber auch die gerechtere Verteilung materieller Güter kann eine psycho-

logische Begründung erfahren, denn Armut korreliert mit psychosozialer Not.

Im Sinne präventiver Arbeit hat sich also die Psychologie auch politisch einzumischen und darf sich nicht auf einen neutralen Standpunkt zurückziehen. Scheinbar neutral ist er deshalb, weil damit gesellschaftliche Verhältnisse bzw. Widersprüche durch die Transformierung in individuelles Leid gefestigt werden. Die kapitalistische Gesellschaft „schafft trotz ihres Produktionsniveaus Lebensbedingungen (...), die weder mit psychischen oder psychosozialen Ressourcen noch mit Hilfe von materiellen Kompensationsleistungen beliebig zu bewältigen oder zu normalisieren sind. Hier findet jeder therapeutische oder Bewältigungsoptimismus seine objektive Grenze“ (Keupp, 1982a, S. 20). Dennoch sollte die Psychologie hier eine aufklärerische Position übernehmen und auf politisch notwendige Veränderungen hinweisen.

(b) Stärkung personaler Ressourcen

Die Stärkung personaler Ressourcen kann über die Form eines Trainings (z.B. Eltern-/Lehrertraining) oder einer Beratung erfolgen. Als allgemeines Ziel kann die Kompetenzsteigerung für die Bewältigung aktueller oder dauernd belastender Ereignisse gelten. Aber auch Motivationssteigerung, Information oder Abbau von Hemmnissen können angestrebt werden.

Die Beratung erstreckt sich auf die Bereiche Erziehung, Schule, Ehe/Partnerschaft, Gesundheit, Behinderung u.a., die von spezialisierten Institutionen (Erziehungsberatungsstellen, Sozialpsychiatrische Dienste u.a.) bereits angeboten werden.

Bei den Trainings sind zwei grobe Richtungen zu unterscheiden: Verhaltenstheoretische Richtungen beziehen sich in erster Linie auf die Modifikation des sichtbaren Verhaltens und den Erwerb spezifischer Fertigkeiten („skills“), während die verbreitetere Richtung psychodynamisch orientiert ist: die gruppodynamischen Trainings (vgl. z.B. König, 1998) zielen allgemein auf eine Reifung durch Selbstkonfrontation (Selbsterfahrung), eine Verbesserung der sozialen Wahrnehmung und Kooperation. Sie stärken potentiell personale Ressourcen, indem z.B. „blinde Flecke“ bewußt gemacht werden. Andererseits werden jedoch auch die sozialen Ressourcen gestärkt über einen kompetenteren Umgang mit dem sozialen Umfeld und verbesserte Fertigkeiten, sich Unterstützung aus einer Gruppe zu holen.

Training und Beratung sind die verbreitetsten präventiven Ansätze,

nicht zuletzt deswegen, da sie große Ähnlichkeit mit Therapieprogrammen haben, von denen sie sich hauptsächlich durch den vorgezogenen Einsatz unterscheiden (vgl. Stark, 1982, S. 134). Die Übergänge zwischen Beratung (präventiv) und Therapie bzw. Training und Gruppentherapie sind fließend.

(c) *Stärkung sozialer Ressourcen*

In den letzten Jahren etablierte sich die Netzwerkmetapher als Perspektive für das soziale Umfeld einer Person. Die Netzwerkforschung versucht, das Feld sozialer Beziehungen systematisch zu erkunden (Keupp & Röhrle, 1987, S. 8). Während in der Psychologie bisher meist nur besonders relevant erscheinende Kontexte wie die Familie untersucht wurden, versucht die Netzwerkperspektive alle Personen des näheren Umfeldes zu erfassen (Röhrle, 1987, S. 55). Damit kann das *Netzwerk* ein „Scharnierkonzept“ (Keupp, 1988c) zwischen individuellen und sozialstrukturellen Gegebenheiten und Prozessen bilden. Netzwerke können über die soziale Unterstützung eine salutogene Wirkung entfalten, wie u.a. Röhrle (1987, 1994) ausführt. Für die Praxis sieht Keupp (1994, S. 76) folgende Relevanz: „Netzwerkförderung als Schaffung psychosozialer Ressourcen ist im gesamten Bereich der Gesundheitsförderung eine immer bedeutsamere Zielorientierung geworden“. Allerdings warnt Keupp (1982c, S. 51, vgl. Trojan et al., 1987) vor einer Totalisierung der Netzwerkperspektive: „Gesellschaft wird dann zu einem Netz von Netzwerken, zu einer riesigen Beziehungsmaschine. Der psychosoziale Praktiker wird zu einem Beziehungsmechaniker, der Beziehungsknoten und -relais installiert, unterbricht und repariert.“ Diese reparierende Netzwerkarbeit wird an den Ansätzen der Netzwerktherapie spürbar (vgl. z.B. Schoenfeld et al., 1985; Röhrle, 1989; Katschnig et al., 1984), bei der Therapeuten und Therapeutinnen aktiv die Netzwerke zu verändern suchen.

Das Ziel, Netzwerke zu fördern, dadurch die sozialen Ressourcen zu stärken, und somit insgesamt präventiv tätig zu sein, erscheint zunächst plausibel; dennoch bleibt rätselhaft, wie das praktisch umzusetzen ist – will man nicht zum „Beziehungsmechaniker“ werden.

Der Empowerment-Diskurs scheint hier geeignet, der Praxis Hilfestellungen zu geben, wie das Problem der Verknüpfung informeller Netzwerke mit dem professionellen Bereich (vgl. Keupp, 1987b) gelöst werden kann. Da dieser Diskurs hier nur kurz angerissen werden kann, sei auf die Literatur verwiesen (Rappaport, 1985; Keupp, 1992, 1993,

1994a; Stark, 1996). Dieser Diskurs thematisiert die Dialektik von Rechten und Bedürftigkeit (Rappaport, 1985), was am Beispiel des Beziehungsmechanikers verdeutlicht werden kann: Der Beziehungsmechaniker geht davon aus, daß Netzwerke bestimmter Personen dysfunktional sind und erkennt als Experte bei den Betroffenen das *Bedürfnis*, das Netz mit seiner Mithilfe zu flicken und tragfähig zu machen. Diese fürsorgliche Haltung gerät aber in Konflikt mit Klienten, die ihre Ansprüche selbst formulieren und ihr Leben selbst bestimmen wollen. Eine fiktive Gegenposition zur Fürsorge wäre, daß Klienten das *Recht* auf Wiedereingliederung in die Gemeinde haben. Was nützt aber „das Recht auf Wiedereingliederung in die Gemeinde, wenn man dort keinen Platz hat, nicht akzeptiert wird und keine Ressourcen zur Verfügung stehen“ (S. 268), oder kurz gesagt: „Rechte ohne Ressourcen zu besitzen, ist ein grausamer Scherz“ (S. 268). Diese Widersprüchlichkeit im psychosozialen Handeln ist durch kein Praxiskonzept aufzulösen; aber die Praxis kann so gestaltet werden, daß sie beide Pole – Bedürftigkeit und Rechte – berücksichtigt. So sind v.a. die „professionellen Fertigprodukte“ skeptisch zu betrachten (Keupp, 1993, S. 377), durch die Experten die Klienten in eine rein passive und zu versorgende Rolle drängen. Sinnvoll scheint eine partnerschaftliche Kooperation zwischen Experten und Klienten, die den Grundsatz „Hilfe zur Selbsthilfe“ zu verwirklichen sucht (S. 268).

Im Gegensatz zu den oben angeführten präventiven Trainingsprogrammen und der Beratung bleiben Empowerment-Prozesse in dem realen Kontext eingebunden, indem die Selbstorganisation gefördert und initiiert wird. Psychosoziale Praxis sollte also dabei behilflich sein, daß Betroffene neue soziale Zusammenhänge entdecken und sich damit auch neue soziale Ressourcen schaffen, durch die sie ihr Leben besser bewältigen. Eine so verstandene Netzwerkförderung erscheint vielversprechender als die des oben angeführten Beziehungsmechanikers.

Präventive Strategien, sei es die Politisierung, Beratung/Training oder Empowerment sollten nicht nur in Form von Lippenbekenntnissen in der psychosozialen Praxis vorkommen, sondern reale Gestalt annehmen. Reale Gestalt hat sicherlich die Beratungspraxis, jedoch sind Institutionen, die – wie das Selbsthilfezentrum München – Hilfe zur Selbsthilfe anbieten, immer noch zu selten.

(2) Bedarfsgerechte kurative Hilfen

Kurative Hilfen sind defizitorientiert. Je nachdem, wo das mutmaßliche Defizit liegt, kommen entsprechende Hilfen zur Anwendung. Überzeichnet können die Indikationen so angeführt werden: Liegt eine frühkindliche Traumatisierung vor, so kommt die Psychoanalyse zur Geltung; werden fehlgelaufene Lernprozesse obsolet, so greift die Verhaltenstherapie; liegen die Probleme in dysfunktionalen Familienbeziehungen, ist am besten eine Familientherapie indiziert; hat man keine Familie, dafür aber ein schlecht funktionierendes Netzwerk, so bietet sich die Netzwerktherapie an; bestehen die Probleme in Bereichen des Wohnens, Arbeitens oder materieller Defizite, helfen Sozialpädagogen weiter. Nun ist es aber keineswegs so, daß die Problemlagen in dieser Weise fragmentierbar sind und Betroffene den entsprechenden Hilfen zugewiesen werden können. Die Nöte sind meist komplex und berühren mehrere Bereiche, aber die entsprechenden Angebote sind in erster Linie abhängig davon, an welche Helfer man zuerst gerät und welche Ausbildung sie genossen haben. Keupp (1978, S. 187) faßt zusammen, „daß das bestehende System psychosozialer und psychotherapeutischer Versorgung charakterisiert ist durch eine mangelnde Integration in den sozialen Lebenszusammenhang derer, die Hilfeleistungen brauchen, durch die Dominanz professioneller Interessen über die Bedürfnisse der Klienten und durch eine Zergliederung der alltagsweltlichen Problemlagen durch parzellierte Zuständigkeiten und Kompetenzen der unkoordiniert intervenierenden Institutionen.“

Katschnig (1975, S. 132), der die Versorgungslage ähnlich einschätzt wie Keupp (1978), sieht drei Entwicklungsmöglichkeiten für eine Verbesserung: Entwicklung von Strategien, für die es in gruppentherapeutischen Verfahren und in der Gemeinwesenarbeit erste Ansätze gibt (z.B. Therapeutische Gemeinschaft, Selbsthilfegruppen; Jager, 1975), ein stärkerer Einbezug von Laien aufgrund des großen Bedarfs und deren geringere Distanz zu den Hilfebedürftigen, sowie Teamansätze, die eine Fragmentierung des Helfens vermeiden.

Jedoch bleiben diese Vorschläge mögliche Teillösungen für einen notwendigen Versorgungssystemwandel, der sich grundsätzlich vollziehen müßte, um ein Flickwerk zu vermeiden. Wie aber könnte so ein Wandel aussehen?

Auf der einen Seite wurden verschiedene therapeutische Techniken entwickelt, deren Nützlichkeit unbestritten ist. Andererseits bleibt einem großen Teil der Betroffenen ein Zugang zur entsprechenden Hilfe versperrt

und ohnehin würde ihren komplexen alltagsweltlichen Problemlagen eine spezialisierte Technik nicht gerecht.

Ein für die Zukunft denkbares Modell wäre ein hierarchisches Versorgungssystem, das aus einem allgemeinen Versorgungssektor und spezialisierten Hilfen besteht. Den allgemeinen Sektor könnte eine „lebensweltlich orientierte psychosoziale Basisversorgung“ bilden, wie sie die Plattformverbände in den 80er Jahren vorschlugen (Keupp, 1987a, S. 185): „Dieser Vorschlag geht von der Überlegung aus, daß eine lebensweltlich orientierte psychosoziale Basisversorgung nur unter aktiver Beteiligung der Bürger einer spezifischen Region entstehen kann. Nur so ist das Ziel der Bedürfnisorientierung und Kontrolle durch die Betroffenen erreichbar. Innerhalb überschaubarer kommunaler und regionaler Einheiten soll entschieden werden, welche Einrichtungen und Unterstützungsleistungen für die hier lebenden Bürger notwendig sind. Die psychosoziale Versorgung wird zur gesetzlich fixierten Aufgabe der Gemeinde.“

Durch diese gemeinde- bzw. bürgernahe Konzeption wird die heute charakteristische „Haltung des Wartens“ in der Psychotherapie durch „die Haltung des Zugehens“ abgelöst (vgl. Keupp, 1994b, S. 27).

Auch das Konzept der „Alltagsbegleitung“ (Weigand, 1991), das die ambulante gemeindenahere Begleitung von chronisch psychisch Kranken beschreibt und die Sicherstellung der wichtigsten Lebensgrundlagen (Geld, Wohnung, sozialer Kontakt, Tätigsein, Grundbedürfnisse i.e.S.) zu erreichen sucht, wäre in einem allgemeinen Versorgungssektor zu integrieren. Schon der Konzeptname macht deutlich, daß dadurch die Fragmentierung von Problemlagen aufgegeben wird und der Mensch in seinem Alltag mit den spezifischen Belastungen und Ressourcen in den Vordergrund rückt.

Der oben angeführte spezialisierte Sektor könnte weiterhin für spezielle Problemlagen zur Verfügung stehen, die spezifische psychotherapeutische Techniken und Interventionen notwendig machen. Die Spezialisierung könnte auch einen wirksamen Schutz darstellen, daß psychosoziale Hilfsangebote im Bemühen darum, weniger fragmentarisch zu sein, zu weniger Innovationen führen.

Ist die kurative Versorgung gemeindebezogen ausgerichtet, so stellt sich die Frage, inwieweit die begriffliche Trennung von Kuration und Prävention inhaltlich noch sinnvoll erscheint. Denn die beschriebene psychosoziale Perspektive der Kuration ist wie bei der Prävention ressourcenorientiert (materiell, sozial, personal) und nicht mehr auf die Defizite (fehlgelaufene Lernprozesse, Regression etc.) gerichtet.

Das Fazit ist, daß ein Psychotherapieverständnis, das aus einem reinen Technizismus besteht, wie wir ihn bei Grawe kennengelernt haben, strukturell der Qualität der psychosozialen Praxis entgegensteht. Diese Art der Psychotherapie mag als Bestandteil einer psychosozialen Praxis ihren Wert haben. Wird die Qualität der psychosozialen Praxis allerdings nur über die Wirksamkeit dieser Verfahren definiert, indem sie mit dem Einsatz dieser Techniken gleichgesetzt wird, so werden die größeren strukturellen Defizite und möglichen Verbesserungspotentiale im derzeitigen Gesundheitssystem übersehen. Das hier ausgebreitete Praxisverständnis einer psychosozialen Basisversorgung, des Gemeindebezugs, der Ressourcenorientierung und des stärkeren Gewichts auf Prävention könnte die Qualität der psychosozialen Versorgung insgesamt verbessern.

4.2 Folgerungen für die Qualitätssicherung

Nach dem bisher Dargestellten ist deutlich geworden, daß das Psychotherapieverständnis Grawes und seiner Mitarbeiter die psychosoziale Praxis ungerechtfertigter Weise auf Techniken reduziert. Deshalb sind die Berner Qualitätssicherungsstrategien für die Evaluation der Praxis wenig brauchbar.

Für diesen Abschnitt bleiben demnach noch zwei Fragen zu beantworten: Zum einen muß geklärt werden, welche alternativen *Qualitätssicherungsstrategien* für die psychosoziale Praxis geeignet scheinen. Zum anderen ist die Frage nach den *Qualitätskriterien* („Kardinalproblem“; s. Kap. 2.2.1) nach wie vor offen und sollte eine erste Annäherung erfahren.

4.2.1 Qualitätssicherungsstrategie: Handlungsforschung und sozialepidemiologische Evaluation

Zwei Arten von Qualitätssicherungsstrategien kommen in Frage: Die eine Strategie zielt in erster Linie auf eine *Qualitätsverbesserung* und kann mit dem Begriff *Handlungsforschung* belegt werden. Während diese Strategie hier eine ausführliche Erläuterung erfährt, kann die zweite zur Verfügung stehende Strategie der *sozialepidemiologischen Evaluation*, die eine Kontrolle intendiert, aufgrund der bereits erfolgten Ausführungen zur Sozialepidemiologie (s. Kap. 4.1.2) kurz gefaßt werden.

Handlungsforschung

Diese Forschungsrichtung kann anhand charakteristischer Merkmale spezifiziert werden:

(1) Praxisorientierte Forschung

Bei dieser Forschungsrichtung organisieren sich die Forschungsfragen in Abhängigkeit von praktischen Problemen wie Defiziten, Mißständen und Fehlschlägen (Kardorff & Stark, 1982, S. 291). Damit geht das Interesse einher, die Praxis im Rahmen der Forschung mitzuverändern, d.h. praktische Handlungen werden nicht als standardisiertes Treatment wie in der Psychotherapieforschung aufgefaßt, sondern als zu verändernde Größe angesehen; somit stellt diese Forschung nicht nur einen zu bewertenden Zustand fest, sondern sieht die *Veränderung* als integralen Aufgabenbestandteil. Eine Trennung zwischen Forscher und Untersuchungsobjekten findet nicht statt, es besteht eine enge Kooperation unter allen Beteiligten der Untersuchung. Forschung wird so zum gemeinsamen Lernprozeß, was gerade hinsichtlich der Qualitätsverbesserung als eine angemessene Strategie erscheint. Der hier angerissene Forschungsansatz kann als *Handlungsforschung* bezeichnet werden und steht in der Tradition der *Action research* von Kurt Lewin.

Im deutlichen Gegensatz dazu steht das Forschungs-Praxis-Verständnis von Grawe und anderen weiten Teilen der *Scientific community*: Ergebnisse aus der universitären Forschung sollen von der Praxis beachtet bzw. angewendet werden (Stichwort „Allgemeine Psychotherapie“), und weiterhin sollen auch von der Forschung erarbeitete Untersuchungsdesigns von der Praxis umgesetzt werden (Stichwort „Kontrollierte Praxis“). Das Modell der Kontrollierten Praxis als Prototyp einer traditionellen Forschung enthält ein instrumentelles Verständnis: Wie effektiv werden vorgegebene Ziele von den Praktiker erreicht? Diese Strategie ist „konservativ“, da sie nicht nach neuen Lösungen sucht, sondern durch die Standardisierung des Treatments bestehende Verhältnisse immer wieder reproduziert und Innovationen dadurch ausgeschlossen werden.

Ein weiteres großes Problem dieser Strategie ist, daß die Fragestellungen nicht Bezug nehmen auf die anfangs angeführten Probleme und Mängel in der konkreten Praxis, sondern daß die Fragen (wie z.B. nach der Wirksamkeit) vorformuliert werden; zugleich werden häufig für die Praxis unangemessene Erhebungsinstrumente und fragwürdige Erfolgskriterien vorgegeben.

Aus der Handlungsforschung ergeben sich die Vorteile (vgl. Heiner, 1995, S. 61), daß eine hohe Paßgerechtigkeit und Gültigkeit für die jeweilige Arbeitseinheit besteht, und sich (neue) Lösungsmöglichkeiten eröffnen, die zudem eine hohe Relevanz für die konkrete Praxis haben.

(2) *Selbstevaluation*

Die für die Handlungsforschung typische Kooperation zwischen Forscher, Praktiker und Betroffenen impliziert eine Selbstevaluation, d.h. daß alle ihre spezifischen Perspektiven, Interessen und Kompetenzen in den Bewertungsprozeß einbringen, was innerhalb des Qualitätssicherungsdiskurses als interne Qualitätssicherung bezeichnet wird; die Selbstevaluation bedeutet dabei grundsätzlich die Beachtung der *Autonomie* der Arbeitsgruppe, was über eine interne Qualitätssicherung hinausgeht. Den Gegensatz bilden externe Qualitätssicherungsstrategien, bei denen von „außen“ Vorgehen und Kriterien bestimmt werden. Das Eindringen von Forscher in den Arbeitsprozeß einer Einrichtung wird von den Praktiker mit erheblichem und z.T. auch berechtigtem Mißtrauen beobachtet (Kardorff & Stark, 1982, S. 295). Die Forscher werden als Kontrollinstanz erlebt, die über ihre praktische Arbeit – obgleich mit der spezifischen Situation wenig vertraut – Urteile fällen. Das Berner Modell der Kontrollierten Praxis weist ja schon im Namen auf die „Kontroll“-absicht hin, so daß hier berechtigte Befürchtungen bei den Praktikern entstehen dürften, daß schlechte Wirksamkeitsnachweise ihnen schaden, weswegen sie Strategien entwickeln werden, die die Ergebnisse „friieren“. Dieser Kultur „der besten Ergebnisse“ sollte eine Kultur „des offenen und konstruktiven Fehlerumgangs“ durch die Selbstevaluation entgegengesetzt werden. Allerdings widerspricht diese Forderung den derzeitigen Bedingungen im Versorgungssystem, denn angesichts der teilweise (finanziell) ungesicherten Situation vieler Einrichtungen muß das Bemühen eher auf Legitimation und Vertuschen von Fehlern hinauslaufen als auf Fehlerfreudigkeit (vgl. Kraus, 1982, S. 309).

Positiv ist bei der Selbstevaluation auch zu sehen, daß sich die jeweiligen Institutionsmitglieder durch die aktive Teilnahme am Evaluationsprozeß weiterqualifizieren: „Selbstevaluation ist eine systematische Schulung in empirisch fundierter Selbstkontrolle“ (Heiner, 1995, S. 62). Dieser Aspekt der Qualifizierung bzw. Verbesserung macht auch einen wesentlichen Unterschied zu den Kontrollverfahren wie von Grawe et al. aus, die letztlich auf eine *Selektionsstrategie* angelegt sind: Die effektivsten Therapeuten werden bestimmt, so daß der Weg zur Auswahl der besten nicht mehr weit

ist. Qualifizierung bzw. eine *Modifikationsstrategie* setzt hingegen an der Weiterentwicklung und Förderung aller Mitarbeiter an.

Ein struktureller Nachteil besteht bei der Selbstevaluation in der „Betriebsblindheit“, d.h. der Tatsache, daß in Institutionen auch immer bestimmte Kulturen und Mythen gepflegt werden, die zu starken Verzerrungen der Evaluation führen können: Fehler werden nicht erkannt, unangenehme Fragen werden gemieden, alternative Lösungen nicht gesucht. Diesen Gefahren sollte durch Forschungssupervision begegnet werden.

Wesentlich ist bei der Selbstevaluation die eigenverantwortliche Festlegung der Qualitätsindikatoren. „Jede Normierung, die über das absolut Unverzichtbare hinausgeht, torpediert weitergehende Bemühungen um eine qualitativ gute Arbeit“ (Heiner, 1995, S. 57). Es ist ein paradoxes Verhältnis zwischen einer *gesicherten* Qualität über die Einhaltung von *normierten* Qualitätskriterien und einer *Qualitätsverbesserung* über die *eigenverantwortliche* Formulierung der Kriterien durch die entsprechende Arbeitsgruppe: Entscheidet man sich für eine Variante, so scheidet die andere automatisch aus. Da eine allgemeingültige Normierung von Qualitätsindikatoren für die psychosoziale Praxis ein aussichtsloses Unterfangen darstellt, denn Indikatoren lassen sich hier nicht so leicht ableiten wie im Produktionsbereich, und einer Verbesserung den Vorrang vor einer Sicherung zu geben ist, stellt die eigenverantwortliche Formulierung der Qualitätsindikatoren ein wichtiges Bestimmungsstück der Evaluation dar. Man stelle sich z.B. vor, die Qualität der Psychotherapie würde allgemein über die normierten Kriterien bzw. Meßinstrumente der „Kontrollierten Praxis“ gesichert: Damit könnten Mängel wie z.B. ungerechte Zugangsmöglichkeiten zu einer psychotherapeutischen Behandlung niemals thematisiert und verbessert werden.

Allerdings darf die eigenverantwortliche Formulierung von Qualitätsindikatoren nicht so aufgefaßt werden, als ob die Definitionsmacht von Forschungsexperten nun lediglich auf ihre Kollegen in der Praxis übertragen wird; vielmehr ist hier ein Verhandlungsprozeß zwischen professionellen Helfer und Betroffenen (Klienten, Angehörige etc.) gemeint, in dem die verschiedenen Vorstellungen der Qualität eingebracht und ausgehandelt werden. Geese (1995, S. 18) bringt das auf die griffige Formel: „Qualität ist das, was wir untereinander verabreden.“

Die eigenverantwortliche Formulierung von Qualitätskriterien darf jedoch nicht in totale Beliebigkeit münden, weswegen das Spannungsverhältnis von Beliebigkeit und Normierung noch einmal aufgegriffen wird (s. Kap. 4.2.2).

(3) Formative Evaluation

Unter Evaluation wird häufig nur die Feststellung und Bewertung eines Zustandes – meist die „Wirksamkeit“ – verstanden (z.B: Wie wirksam ist Therapie A?). Diese Art der Forschung kann zwar einen Legitimationszweck erfüllen und eine bereits vorher schon bestehende Überzeugung – „mein Handeln ist wirksam“ – empirisch belegen, eine tiefere Erkenntnis oder ein Informationsgewinn ist durch ein produktorientiertes bzw. summatives Vorgehen nicht zu erwarten. Sinnvoller für die Untersuchung komplexer Handlungsabläufe scheint ein prozeßorientiertes bzw. formatives Vorgehen zu sein, das den Verlauf in seiner vielseitigen Determiniertheit zu erfassen und darzustellen erlaubt. Formative Evaluation bestimmt nicht den Status, sondern begleitet einen Prozeß, der sich als immer wieder fortsetzende Feedback-Schleife von Evaluation und praktischer Umsetzung der Ergebnisse verstehen läßt.

(4) Qualitative Evaluation

Für die eben angeführte formative Evaluation eignen sich nicht alle Forschungsmethoden gleichermaßen, sondern qualitative erhalten hier besondere Relevanz (vgl. Phänomenabhängigkeit der Methoden; Kap. 4.1.1). Quantitatives Vorgehen erfordert eine Standardisierung bzw. Normierung von Qualitätskriterien und ein standardisiertes Untersuchungsvorgehen, was beides eine innovative Qualitätsverbesserung teilweise verhindert (s.o.). Qualitative Untersuchungen sind hingegen viel flexibler und den aktuellen Umständen im Prozeß der Untersuchung anzupassen. Z.B. können neue Fragen in einen Interviewleitfaden mitaufgenommen werden, neue wichtig erscheinende Zielsetzungen können ergänzt oder eine neue relevant erscheinende Stichprobe kann einbezogen werden.

Problematisch ist dabei zu sehen, daß das derzeitige Psychologiestudium i.d.R. keine Ausbildung in qualitativer Methodik anbietet, sondern fast ausschließlich an der vorherrschenden Nomothetik orientiert ist. Dies bedarf einer Änderung der Studienordnung, denn Interviewführung, komparative Kasuistik und Einzelfallforschung bedürfen einer fundierten Ausbildung und können nicht im Rahmen eines Workshops erlernt werden (vgl. Jaeggi, 1991, S. 40). Auch psychoanalytisches Wissen und Denken erhält in der Praxis besondere Relevanz und muß im Psychologie-Studium einen höheren Stellenwert erhalten: „Das behavioristische-kognitivistische Denken der meisten traditionellen Psychologen ist wenig geeignet, das, was Praktiker täglich hautnah erleben, reflektierbar zu machen, nämlich: die Irrationalität

von Erleben und Verhalten und die Unbeeinflussbarkeit dieser Irrationalität durch rationale Mittel. Ohne das Konzept der 'zweiten Sinnstruktur' des Unbewußten läßt sich gerade im Bereich der Pathologie wenig Sinnvolles sagen. (...) Psychoanalyse ist eine gegenüber anderen Psychologien herausgehobene Disziplin auch darum, weil sie die Selbstreflexion als Methode zu ihrer Voraussetzung macht und damit in ganz besonderer Weise die verobjektivierende Distanz des Menschen in der Wissenschaft verhindert" (S. 45).

Trotz der vorteilhaften Eigenschaften eines qualitativen Vorgehens und ihrem wichtigen Stellenwert für eine praxisorientierte Handlungsforschung wird ihr von nomothetischer Seite häufig die Wissenschaftlichkeit gänzlich abgesprochen oder niedriger bewertet; dieser Vorwurf muß inhaltlich (Phänomenabhängigkeit der Methode) unverständlich bleiben. Er sollte die Praktiker nicht dazu verleiten, die für ihren Bereich i.d.R. vorteilhafteren qualitativen Methoden aus Angst vor Unwissenschaftlichkeit mit den weit-aus aufwendigeren und weniger informativen quantitativen Methoden einzutauschen.

Gerade der geringere Aufwand und der flexible Einsatz qualitativer Methoden macht eine Evaluation auch für kleinere Abteilungen möglich, so daß sie neben einer Verbesserung ihrer eigenen Arbeit auch wissenschaftliche Argumentationsgrundlagen liefern können: „Sie können Forderungen formulieren, Gegenkonzepte zu den Vorstellungen von Kostenträgern und Politikern entwickeln und ihre eigenen Daten und Interpretationen sowohl bei Fremdevaluation wie auch in die sozialpolitische Debatten einbringen“ (Heiner, 1995, S. 62).

(5) Kritisch-reflexive Evaluation

Wichtig erscheint auch eine kritische und reflektierende Haltung der am Forschungsprozeß Beteiligten. Der Forschungsbericht von Grawe und seinen Mitarbeiter gibt davon ein negatives Beispiel: An kaum einer Stelle wird kritisch überdacht, wie z.B. die verwendete Methodik die Forschungsergebnisse beeinflußt hat, welche gesellschaftlichen Bezüge sich zum Psychotherapiebereich herstellen lassen, ob Alternativerklärungen für bestimmte Ergebnisse zu finden sind usw.

Jaeggi (1991) zeigt in ihren Überlegungen zu einer Ausbildungs(re)form des Psychologiestudiums („Der kritisch forschende Praktiker“) einige notwendige Wissensbausteine und Fertigkeiten auf, die Praktiker von einer Metaebene aus eine reflexive Betrachtung ihrer Tätigkeit (oder des Teams) erlauben. Dazu zählen z.B. Kenntnisse in der Wissenschaftstheorie, um Reich-

weite und Funktion von Konzepten einschätzen zu können, historische und transkulturelle Kenntnisse, um die zeit- und kulturadäquate theoretische Fassung des Psychischen zu erkennen, soziologische und sozialhistorische Kenntnisse, um soziale, historische und ökonomische Hintergründe mitdenken zu können u.a.

Anzuführen wäre hier auch die Reflexion der eigenen subjektiven Interessen, die Forschungsprozeß und -ergebnisse maßgeblich mitgestalten, die aber häufig durch den Rückzug auf eine vermeintliche „Forscher-Neutralität“ zu verschleiern versucht werden. Wichtig ist die eigene Forscherrolle bezüglich des Projekts und Fragestellungen sowie den dabei beteiligten Gruppen zu reflektieren und zu klären (vgl. Kardorff & Stark, 1982, S. 295). Erst die Einsicht in die eigene Parteilichkeit macht einen konstruktiven Umgang mit ihr möglich. Dieser wichtige Aspekt der Parteilichkeit (vgl. Keupp, 1980) ist Gegenstand des nächsten Abschnittes.

(6) Parteiliche Evaluation: Demokratisch und versorgungsorientiert

Immer wieder wird behauptet, daß Forschung einen neutralen Standpunkt einnimmt, daß ihr kein Menschenbild zugrunde liegt, sie wertfrei ist und allgemein als objektiv anzusehen ist. Der wissenschaftliche Experte gilt demnach als Fachmann, der objektive und wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse den praktisch Tätigen zur Verfügung stellen kann. Der Reflexionsstand der bürgerlichen Psychologie erschöpft sich „in der empathischen Versicherung, daß man sich in seiner Forschung und Praxis dem Ziel der menschlichen Wohlfahrt verpflichtet weiß. Hat man sich dieser ethischen Präliminarien pflichtschuldigst entledigt, (...) geht man zum Tagesgeschäft der harten Wissenschaft über, und da herrschen dann eigene Gesetze, denen gegenüber die Frage nach Moral und Verantwortung äußerlich bleiben muß“ (Keupp, 1980, S. 715). Forschung, die diese Grundhaltung in sich trägt, erscheint gefährlich, da sie definitorisch eigene Parteilichkeit ausschließt und so eine Reflexion der Interessen – auch der eigenen – definitorisch verhindert. Im Gegensatz zu dieser Position ist die Hypothese zu formulieren, daß praxisorientierte Forschung nur als parteiliche möglich ist (v. Kardorff & Stark, 1982, S. 291).

Parteilichkeit bestimmt die Forschung immer mit. Es geht hier um den wichtigen Aspekt der Nutzer- vs. Expertenkontrolle. Je nachdem, wo sich die Positionen der Forscher zwischen diesen beiden Polen festmacht, entscheidet dies über die Forschungsstrategie und die – somit nicht mehr als „objektiv“ zu bezeichnenden – Ergebnisse. Die beiden Pole können charak-

terisiert werden, indem entweder die Experten als Anbieter das „Behandlungssortiment“ festlegen oder die Nutzer als Nachfrager ihre Bedürfnisse formulieren sowie bestimmte Unterstützungsangebote fordern. Nehmen wir das Beispiel Grawe und Mitarbeiter: Ihre Forschungsarbeit bezieht sich auf eine Zusammenfassung von Therapiestudienergebnissen, bei der die Nutzer außer als Versuchspersonen keine Rolle spielen: Ihr Alltag, ihre Bedürfnisse, ihr Wunsch nach einer bestimmten Unterstützung, eine Einbeziehung bei der Bestimmung von Evaluationskriterien, die unterschiedliche Erreichbarkeit der Hilfsangebote usw. – all dies findet keine Beachtung. Eine Gegenposition dazu formuliert paradoxerweise Grawe später selbst: „Ich plädiere für eine (...) patientenorientierte Psychotherapie“ (Spiegel, 1995, S. 139).

Eine solche patientenorientierte Psychotherapie oder – in der allgemeineren Formulierung – die „Nutzerorientierung“, die im Qualitätssicherungsdiskurs in Analogie zum industriellen Bereich auch für den psychosozialen Sektor nun bisweilen eingefordert wird, stellt in der Regel nur einen bescheidenen Beitrag zur Bemächtigung der Nutzer dar: Die Einbeziehung der Nutzerperspektive wird meist lediglich als „systematische Verbraucherbefragung“ (Gunkel et al., 1996, S. 21) konzipiert, „bei der Patienten im persönlichen Gespräch die Möglichkeit erhalten sollten, einerseits unangenehme Erfahrungen und Kritik zum Ausdruck zu bringen und andererseits über positive Aspekte der psychiatrischen Institution zu sprechen“ (S. 22). Ähnliche Konzepte sind die „Consumer satisfaction“ (synonym: Patientenzufriedenheit; Gruyters & Priebe, 1992, 1994; Priebe et al., 1995; Leimkühler, 1995), bei der die psychiatrische Behandlung durch die Patienten und Patientinnen bewertet werden soll, oder die „Beurteilung der Therapiezielverwirklichung“ (Stieglitz & Haug, 1995), bei der die Klienten ihre Therapieziele festlegen und deren Erreichen z.T. auch selbst beurteilen. All diesen Ansätzen ist gemein, daß sie den Nutzern zwar ein erweitertes Mitspracherecht einräumen, die Reichweite der Mitsprache aber von den Experten festgelegt wird und sich auch nur auf den Bereich der Bewertung der Angebote bezieht. Die Experten reden zwar mit den Nutzern, entscheidend ist aber, daß sie weiter für sie sprechen und *für* und *über* sie entscheiden (vgl. Rerich, 1982, S. 229). Somit ist das Wort *Nutzerorientierung* ein Unwort für eine Praxis, in der Experten nach wie vor die alleinige Macht und Kontrolle beanspruchen.

„Kaum auszumalen, was im gegebenen Psychiatrie-System los wäre, würden die 'Irren' wie (...) Nutzer auftreten. Kaum auszumalen, was los wäre, wenn sie also das Unwort Nutzerkontrolle zu einer Realität umgestalten

und eben herbeiführten, daß sie selbst nach ihren Bedürfnissen bestimmten, was für sie getan würde, und sicherstellten, daß dies auf solche Art geschehen würde, daß sie als 'Nutzer' geachtet würden – daß also vor allem sie einen Nutzen davon hätten“ (Rerrich, 1982, S. 230). Es gibt einige Projekte, die mehr oder weniger stark eine Kontrolle der Nutzer verwirklichen, wie z.B. das *Sozialistische Patientenkollektiv Heidelberg*, die *Berliner Irren-Offensive* oder das *Weglaufhaus* in Berlin.

Wichtig erscheint bei der Diskussion um Nutzer- vs. Expertenkontrolle die Paradoxie zwischen Bedürftigkeit und Rechten, wie das bzgl. des Empowerment-Diskurses ausgeführt wurde (s. Kap. 4.1.3). Es kann nicht darum gehen, die traditionell bei Experten liegende Macht einseitig auf die Nutzer zu übertragen und nur ihre Rechte zu betonen und ihre Bedürftigkeit zu übersehen. Es sollte das Ziel sein, in enger und tatsächlich stattfindender Kooperation mit und für die Betroffenen Ressourcen zu aktivieren und sie so weit wie möglich zu bemächtigen. Dies enthält die Option einer vollkommenen Selbständigkeit und Selbstorganisation der Betroffenen, schließt aber eine teilweise Versorgung und Unterstützung nicht aus. Auch aus Sicht der Professionellen kann die Reduzierung ihrer Tätigkeit auf eine rein advokatorische Haltung nicht befriedigend sein, denn auch sie sollten das Recht haben, ihre Bedürfnisse, Interessen und Ansichten in einem gemeinsamen Aushandlungsprozeß zu vertreten und einzubringen. Insofern liefert das Wort Nutzerkontrolle eine Bedeutung – Kontrolle und Macht bei den Nutzer – die gar nicht wünschenswert ist. Die Verwirklichung demokratischer Beziehungen zwischen Professionellen und Betroffenen trifft eher den Kern des Ziels. Für die Evaluation im Rahmen der Handlungsforschung bedeutet das, daß durch aktives Einbeziehen aller Beteiligten in den Forschungsprozeß nicht nur *für sie*, sondern *mit ihnen* Modelle entwickelt, umgesetzt und bewertet werden (v. Kardorff & Stark, 1982, S. 299).

Das erfordert aber von den Professionellen nicht nur die Einsicht, „Macht“ abgeben zu müssen, sondern auch ein radikales Umdenken hinsichtlich der Bereitstellung von unterstützenden Hilfen: Es geht dann nicht mehr an, daß von Seiten der Professionellen bzw. von den Therapieschulen und Professionen Angebote gemacht werden, die ohne die Paßgerechtigkeit zu überprüfen eine Hilfe *für alle* versprechen. Vielmehr ist bei den Nachfragern anzusetzen und zu erkunden, welche spezifischen Bedürfnisse in einem bestimmten Gebiet vorrangig sind und welche besonderen Belastungen und Ressourcen den Alltag prägen. Diese lebensweltliche Orientierung und der Versorgungsbezug macht eine Entwicklung professioneller Handlungs-

optionen erst möglich (vgl. Keupp, 1987a, S. 190; 1980). Für die Praxis bedeutet dies, daß man, bevor man in einem Versorgungsgebiet tätig wird, zuerst versucht, gemeinsam mit den Betroffenen die Schwierigkeiten und Bedürfnisse zu erschließen und daran Unterstützungsformen zu entwickeln. Dazu müssen die durch Ausbildung und Erfahrung gewonnenen Sicherheiten und Selbstverständlichkeiten beiseite treten, um den Weg für einen Zugang zu der spezifischen Lebenswelt freizumachen.

Diese Forderung nach einer Einbindung der Gemeinde bzw. der Betroffenen geht über eine Selbstevaluation („Self Evaluation Organization“) hinaus, da die aktive Mitarbeit der Bürger sowohl bei der Evaluation als auch bei der Praxisgestaltung eingefordert wird. In den USA kursiert dieses Modell unter dem Namen „Citizen Participation“ und wird insbesondere in den Community Health Centers erprobt (Kraus, 1982, S. 307f.).

Sozialepidemiologische Evaluation

Eine andere Strategie, die zwar keinen Versorgungsbezug *herstellen* kann, ihn aber teilweise überprüfbar macht, ist die sozialepidemiologische Evaluation. Sie fällt aus dem Rahmen des bisher in diesem Abschnitt Dargestellten heraus, weil ihr Vorgehen quantitativer Art ist. Da diese Forschungsrichtung bereits dargestellt wurde (s. Kap. 4.1.2), genügt es hier, auf ihre Relevanz für die Evaluation der Praxis hinzuweisen.

Die Sozialepidemiologie vermag einen spezifischen Maßstab für die Qualitätskontrolle psychosozialer Hilfen zu liefern (Keupp, 1995, S. 69; ähnlich 1974a, S. 382f.): „Sie kann zeigen, welche Personengruppen das Dienstleistungsangebot des Systems psychosozialer Versorgung nutzen, und sie kann evaluieren, ob diejenigen Personengruppen, die psychosoziale Probleme haben, die Hilfsangebote wirklich nutzen.“ Oder sie kann die noch weiter fokussierte Fragestellung evaluieren: „Finden wirklich diejenigen Personengruppen Zugang zum psychosozialen Dienstleistungsangebot, die ihrer am dringendsten bedürfen?“

Diese Forschungsstrategie liefert zwar nicht unmittelbar handlungsrelevantes Wissen, doch können die Ergebnisse den Status beschreiben, inwieweit das angestrebte Nutzerverhalten von dem tatsächlichen abweicht. So wäre damit z.B. zu evaluieren, ob eine Institution wie das Familienzentrum in München-Neuperlach, das „sich vor allem um die Beratung und Unterstützung sozial benachteiligter Familien kümmert“ (Stark et al., 1986, S. 38), auch tatsächlich dieses Klientel erreicht. Aber auch die Frage, ob Klienten die benötigte Hilfe *wohnortnah* erhalten, kann quantitativ überprüft werden.

Die Basisdokumentation (BADO), die in vielen Einrichtungen routinemäßig durchgeführt wird, kann bei einer entsprechenden Auswertung einen wichtigen Beitrag zur Beantwortung dieser gemeindepsychologischen Zielsetzungen leisten (Kristen et al., 1996).

Handlungsforschung und sozialepidemiologische Evaluation stellen wichtige und notwendige Strategien dar, um die psychosoziale Praxis qualitativ zu verbessern bzw. deren Qualität (Nutzung der Angebote) zu kontrollieren.

4.2.2 *Qualitätsmodell: Ethische Orientierung*

Nachdem bereits ausgeführt wurde, wie die Praxis *methodisch* untersucht werden kann, ist nun noch zu klären, inwieweit *Qualitätskriterien* auszumachen und formulierbar sind, die der Praxis Anhaltspunkte der Überprüfung geben. Dem Modell der „Kontrollierten Praxis“ wird ein Alternativkonzept entgegengehalten, das durch eine ethische Orientierung der Anforderungskriterien charakterisiert ist.

Nun ist man beim Kardinalproblem der Qualitätssicherung angelangt, das die entscheidende Frage „Was ist Qualität in der psychosozialen Praxis?“ beinhaltet. Mit dieser Frage befindet man sich im Spannungsfeld von Beliebigkeit und Normierung: Einerseits wurde im vorangegangenen Abschnitt gegen eine Normierung argumentiert und darauf insistiert, daß die Bestimmung der Qualitätskriterien eine Sache der direkt Betroffenen sein sollte; andererseits ist es nicht befriedigend, daß die Festlegung der Qualitätskriterien „dem Zufall oder der ‘Genialität’ Einzelner überlassen bleibt“ (Kistner et al., 1996, S. 58).

Im weiteren wird zu einem Modell hingeführt, das bereits für die Psychiatrie entworfen wurde. Es gibt einerseits eine Orientierung für Praktiker, aber andererseits noch genügend Freiraum für die spezifische Gestaltung der Evaluation läßt.

(1) Systematisierung als Kompromiß von Beliebigkeit und Normierung

Die Vielfalt möglicher Indikatoren für die psychosoziale Praxis ist groß: Grawe et al. sehen die Wirksamkeit bzw. Reduktion psychopathologischer Symptome als Hauptindikator für eine gute (ambulante oder stationäre) Psychotherapie. In anderen Veröffentlichungen spielt hingegen die ‘Wirksamkeit’ eine eher untergeordnete Rolle (z.B. Rave-Schwank, 1996). Am deutlichsten wird die Vielfalt möglicher Kriterien durch die Veröffentlichung von Umfrageergebnissen zur Qualitätssicherung in der Zeitschrift „Sozial-

psychiatrische Informationen“ (Gunkel & Kruse, 1995, S. 3ff.). Die Stellungnahmen von Betroffenen und Professionellen hinterlassen einen heterogenen Eindruck, was Qualität ist, wie sie gesichert werden kann und was zu verbessern ist.

Ein erster Ansatz wäre z.B., die verschiedenen und relativ repräsentativ angelegten Stellungnahmen dieser Umfrage nach darin eventuell enthaltenen Dimensionen zu systematisieren, um ein Bild zu bekommen, welche Aspekte bei einem möglichst umfassenden Qualitätsbegriff zu berücksichtigen sind. Eine Systematisierung wäre für die Praxis eine große Hilfestellung, denn zum einen wird durch diese Vorarbeit der Aufwand der Kriterienfindung für die einzelne Institution verringert und zum anderen durch den Überblick die Gefahr reduziert, daß wichtige und relevante Indikatoren evtl. übersehen werden; zugleich bleibt es aber der jeweiligen Institution überlassen, bestimmte Anforderungen zu streichen und andere hinzuzufügen. Ein Versuch, die wichtigsten Qualitätskriterien in einer Liste zu sammeln, findet sich im Anhang dieses Buches.

(2) Verringerung potentieller Indikatoren über „Umsetzungsorientierung“

Eine systematische Darstellung möglicher Qualitätsindikatoren kann nicht zugleich bedeuten, daß sämtliche Aspekte evaluiert werden müssen. Einige Kriterien mögen für die Institution nicht übertragbar oder von geringer Relevanz sein. Auch die zur Verfügung stehenden Ressourcen mögen nur für einen begrenzten Teil relevanter Indikatoren ausreichen.

Eine wichtige Entscheidungshilfe für die Reduzierung der zu evaluierenden Bereiche kann die *Umsetzungsorientierung* geben: „Evaluieren Sie nur, was sie mit ziemlicher Sicherheit auch verändern können!“ (Heiner, 1995, S. 55). Umsetzbar sind v.a. jene Veränderungen, die der eigenen Entscheidung obliegen. Wenig Sinn hat es z.B. zu evaluieren, ob Personalstamm und Angebot eines Sozialpsychiatrischen Dienstes für das Versorgungsgebiet ausreichend sind, wenn keine zusätzlichen Geldmittel zur Verfügung stehen, also eine Personalaufstockung von vornherein nicht möglich ist. Evaluiert sollte all das werden, was lohnt bzw. zu einer Verbesserung/Veränderung führen kann. „Evaluationsstudien, bei denen Realisierungschancen der Ergebnisse gering oder sehr unsicher sind, sollte man Wissenschaftlern überlassen“ (Heiner, 1995, S. 55).

(3) *Ethische Orientierung der Qualitätsanforderungen*

Als Maßstab für die Qualität wird von Grawe et al. ein *funktionaler* oder *technischer* gewählt, d.h. anhand des Endergebnisses (Produkt = Zweck) wird über die Funktionalität der Therapie (Technik = Mittel) entschieden. (Zur Unterscheidung funktionaler vs. sozialer Qualitätsmaßstab: s. Kistner et al., 1996, S. 55f.). Weiter wird argumentiert, daß sich die Struktur- und Prozeßqualität letztlich in der Ergebnisqualität abbilden, weswegen die Ergebnisqualität die entscheidende Größe für die Beurteilung der Gesamtqualität sei.

Nun ist gegen einen funktionalen Qualitätsmaßstab zunächst einmal einzuwenden, daß sich der „Zweck“ nicht in Analogie zu Warenproduktion an bestimmten objektiven Merkmalen des Produktes festmachen läßt, sondern im psychosozialen Bereich durchaus unterschiedliche Aspekte des Zweckes angestrebt werden – man denke nur an die unterschiedliche Zieldefinition von Psychoanalyse und Verhaltenstherapie. Aber auch diese Zwecke sind nicht technisch-unabhängig, sondern sozialbedingt: Wie bereits ausgeführt (s. Kap. 4.1.3), kann das medizinische Modell, das den meisten Therapiestudien zugrunde liegt und nach dem der Erfolg bemessen wird (vgl. Schulte, 1993), nicht als empirische Gegebenheit aufgefaßt werden, sondern ist letztlich eine soziale Konstruktion.

Doch auch mit Blick auf konkrete Praxissituationen erscheint ein funktionaler Qualitätsmaßstab als unangemessen. Man denke z.B. daran, daß nach einem funktionalen Qualitätsmaßstab eine Therapie als qualitativ gut beurteilt würde, wenn die Ergebnisse befriedigend sind, ganz gleich ob z.B. Zwang, Gewalt oder Mißbrauch den Prozeß kennzeichnete. Aber auch bei einer guten Prozeßqualität können bei Therapieresistenz die Ergebnisse schlecht ausfallen.

Insofern scheint ein funktionaler Qualitätsmaßstab ungeeignet. Es ist vorteilhafter, sich über die soziale und subjektive Definition von Qualität (snormen) bewußt zu sein bzw. Qualitätsnormen als *sozial bestimmte Kriterien* aufzufassen und aufzustellen.

Wir sollten die Thematik Qualitätssicherung „nicht wieder nur den *Anderen*, die wir wegen ihres unkritischen Fortschritts- und Wissenschaftsoptimismus als ‘konservativ’ apostrophieren, überlassen, wie das in den siebziger Jahren insbesondere auf dem Gebiet der biologischen und teilweise der sozialpsychiatrischen Forschung geschah“ (Richartz, 1996, S. 47f.), sondern Qualitätssicherung muß ihren Ausgang bei der Sicherung von Menschenrechten, Grundbedürfnissen und kultureller Teilhabe nehmen.

Damit wird ein wichtiges Grundverständnis angesprochen: Ethik und Wissenschaft sind nicht voneinander unabhängig zu betrachten und den jeweiligen dafür spezialisierten Professionen (Psychologie vs. Philosophie/Religion) zu überlassen, sondern psychologisches Handeln ist untrennbar mit der Ethik verwoben. Dennoch ist die Bereitschaft gerade von naturwissenschaftlich orientierten Psychologen und Psychologinnen, über moralische Normen und Werte nachzudenken, sowie darin enthaltene Probleme und Spannungsverhältnisse zu erkennen, gering (vgl. dazu Reiter, 1975). Sie bekennen sich in ihren Sonntagsreden zu ethischen Prinzipien, im Handlungsalltag spielen sie aber eine untergeordnete Rolle.

Ethische Gesichtspunkte werden von diesem Forschertyp höchstens dann angeführt, wenn es um die Übertragung der (eigenen Gesetzmäßigkeiten unterliegenden Labor-) Forschungsbefunde auf die Praxis geht, wie es z.B. Eysenck (1994, S. 490; übers. S.N.) anführt: „Die Ergebnisse vieler hundert Studien lassen wichtige Probleme und Fragen entstehen, die sich auf den ethischen Aspekt beziehen, daß nämlich Therapiemethoden gelehrt, befürwortet und durchgeführt werden, die offensichtlich nicht effektiver sind als Placebos oder gar keine Behandlung (...)“ Ähnlich formuliert das Grawe (1992c, S. 24): „Einen Patienten mit einem Verfahren von zweifelhafter oder bisher nicht nachgewiesener Wirksamkeit zu behandeln (...) wäre ethisch höchst fragwürdig.“ Grawe wie Eysenck betrachten lediglich Ergebnisse für ihre „ethischen“ Schlußfolgerungen – für anderes ist ihre Forschungsrichtung auch nicht hinreichend. Betrachtet man den Prozeß der Therapie, so sind weit mehr ethische Gesichtspunkte erkennbar, die z.T. auch in Konkurrenz mit der Wirksamkeitsethik treten können. Das ethische Kriterium der „geringst möglichen Belastung für Klienten“ steht u. U. einer besonders effektiven Behandlung, wie z.B. Reizkonfrontationstherapie entgegen (vgl. Bormann, 1994, S. 116).

Große Belastungen entstehen für Patienten im *Therapieprozeß*, wenn es zu sexuellen Übergriffen kommt; ein Aspekt, der durch Grawes und Eysencks Ergebnisbezogenheit nicht sichtbar werden kann. Auch im Zusammenhang mit dieser Problematik wird in den letzten Jahren in der BRD die Diskussion um eine berufsbezogene Ethik für die psychosoziale Praxis verstärkt geführt (Arnold & Sonntag, 1994, S. 7). „Zu den angemessenen Voraussetzungen für eine angemessene Berufspraxis gehört neben theoretischen Kenntnissen und praktisch-therapeutischen Fähigkeiten eine ethische Grundhaltung, die auf Verantwortung beruht und auf die Befriedigung eigener Bedürfnisse – einschließlich der sexuellen – verzichtet“ (Vogt & Arnold, 1993, S. 10).

Es trifft keineswegs zu, daß die Ethik bisher überhaupt kein Thema war für Psychologen, sondern in der Tat bestehen berufsethische Richtlinien wie jene, die in der „Berufsordnung für Psychologen“ (BDP) enthalten sind, oder die „Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct“ (APA). Auch unter Verzicht auf eine inhaltliche Diskussion dieser berufsethischen Richtlinien (siehe dazu Vogt & Arnold, 1993; Arnold, 1994a) kann allerdings festgehalten werden, daß ihre praktische Umsetzung in der Vergangenheit keine größere Rolle zu spielen schien.

Von der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie wurden ethische Rahmenrichtlinien erarbeitet und erlassen, die Normierung und Sanktion (=Ausschlußstrategie) zu überwinden versuchen und einen kontinuierlichen Prozeß (= Verbesserungsstrategie) anstreben, wie das in der Präambel zum Ausdruck kommt (Greive et al., 1994, S. 239; ähnlich DGVT, 1996a, 1996b): „Die ethischen Rahmenrichtlinien für psychosoziales Handeln bieten keine Handlungsanweisung sondern ein Denkmodell. Rahmenrichtlinien werden die kritische Auseinandersetzung mit der eigenen Haltung unterstützen. Dies ist ein Prozeß ständiger Rückbesinnung und Bewertung, aus dem sich immer neu Perspektiven entwickeln.“ Als zentrale Aspekte sozialen Handelns werden *Haltung, Beziehung Klarheit/Transparenz, Qualitätssicherung, Dialog der Lebenswelten und Kulturen sowie gesellschaftspolitische Verantwortung unter ethischen Gesichtspunkten* beschrieben und kommentiert. Verdienstvoll ist, daß dadurch der ethische Diskurs als unmittelbar handlungsrelevant für die psychologische Tätigkeit eingeführt wurde, und dabei der Prozeß den Vorrang vor der Norm erhält. Problematisch ist allerdings die nach wie vor mangelnde Anbindung solcher Richtlinien an psychologisches Handeln: An welcher Stelle soll die Reflexion dieser Aspekte des sozialen Handelns stattfinden? Ohne eine strukturelle Anbindung müssen diese Richtlinien unverbindlich bleiben und es ist zu erwarten, daß diejenigen, die bereits früher ethische Aspekte in ihrer Arbeit nicht reflektierten, dies auch weiterhin unterlassen.

Ein Lösung dieser Problematik kann in dem entscheidenden Schritt bestehen, ethische Richtlinien und Anforderungen als sozialen Maßstab für die Qualitätssicherung zu formulieren: Damit wäre die ethische Angemessenheit psychologischer Tätigkeit Grundlage und Prüfstein jeglicher Qualitätssicherung mit der Folge, daß ethische Richtlinien, wie die der DGVT, strukturell im Rahmen der Qualitätssicherung reflektiert und eingehalten werden müßten. Qualitätssicherung würde also nicht nur *einer* ethischen Richtlinie wie im Modell der DGVT entsprechen, sondern die systematische Reflexi-

on aller ethischen Richtlinien die Qualitätssicherung maßgeblich definieren.

In den Arbeiten „Ethische Fragen in der Gesundheitsförderung“ von Sonntag (1994) oder „Ethische Aspekte der Psychotherapie“ von Kottje-Birnbacher und Birnbacher (1995) bilden konkret formulierte ethische Kriterien den Ausgangspunkt für die Überprüfung ihrer Verwirklichung in den jeweiligen Gegenstandsbereichen – ein Ansatz, der mir auch für die spezifische Praxis vielversprechend erscheint. Dazu ist es aber notwendig, die ethisch orientierten Anforderungen möglichst systematisch und umfassend auszuarbeiten (s.u.).

Aber auch vor einem anderen Hintergrund als dem bisher dargestellten ist ein sozialer und an der Ethik orientierter Maßstab für die Qualitätssicherung notwendig: Es wurde für die Qualitätssicherungsstrategie bereits die Notwendigkeit ausgeführt, daß die Qualitätskriterien im Konsens – auch mit den Betroffenen – hergestellt werden. Dazu ist aber eine gemeinsame Sprache und Basis notwendig, die die Ethik darstellen kann. Qualitätskriterien wie z.B. mit Meßinstrumenten erhobener „Heilungserfolg“ beruhen hingegen auf einer Modellvorstellung, die eine bestimmte Gruppe von Professionellen teilt, die aber für Nutzer als Maßstab undurchsichtig und unverständlich bleiben muß, weswegen darüber aufgrund der unterschiedlichen Sprache letztlich kein wirklicher Konsens herzustellen ist.

(4) Bezugnahme auf die (Be)Handlungseinheit

Üblicherweise werden die Aspekte der Qualität in Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität eingeteilt. Fast ausnahmslos werden in der Literatur nach diesen Perspektiven Qualitätsmodelle entwickelt:

– Die *Arbeitsgruppe Qualitätssicherung des Landschaftsverbandes Westfalen Lippe* (1995) führt über mehrere Seiten Indikatoren dieser Qualitätsaspekte auf, schickt dieser Liste „Allgemeine Grundsätze der psychiatrischen Behandlung (Qualitätsrahmen)“ voraus und schließt ihre Ausführungen mehr oder weniger mit der Feststellung, daß weitere Schritte für die Erarbeitung und Umsetzung dieser Anfangskonzeption notwendig sind (z.B. Entwicklung von Erhebungsinstrumenten usw.).

– Auch die *Thesen des Arbeitskreises der Ärztlichen Leiter Psychiatrischer Krankenhäuser in der Bundesrepublik Deutschland* (Böhme et al., 1994) verwenden diese Kategorisierung der Qualität und auch hier bleibt der Nachgeschmack eines sehr vagen Konzeptes, für dessen Konkretisierung und praktische Umsetzbarkeit noch viel Arbeit bleibt.

– Das *Institut für Kommunale Psychiatrie* (Nouvertné & Nouvertné,

1996) verwendet ebenso die drei Aspekte der Qualität, wobei ebenfalls die konkrete Bedeutung und der Praxistransfer unklar bleibt.

Der Praktiker weiß auch nach eingehender Lektüre nicht, wie nun die Qualität zu sichern ist, d.h. was Qualität definiert, und vor allem wo man selbst ansetzen kann. Als Trost bleibt höchstens, die weiteren Entwicklungen abzuwarten oder sich an ein spezialisiertes Beratungsinstitut zu wenden. Das kann nicht befriedigend sein.

All diese Modelle bergen die gleiche Schwierigkeit in sich: Die Einteilung in Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität führt zu dem Problem, daß ganz unterschiedliche Gegenstandsbereiche damit betrachtet werden können. Soll Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität einer bestimmten Therapieform, einer Abteilung oder der gesamten Institution erfaßt werden? Insofern sind die Kriterien, die in der Literatur nach dieser Dreiteilung zu finden sind, auf ganz unterschiedliche Gegenstands- und Zuständigkeitsbereiche bezogen.

Ein Qualitätsmodell, das auf den Dimensionen Prozeß-, Struktur- und Ergebnisqualität aufbaut, behindert eine praktische Umsetzung erheblich – ohne damit den theoretischen Wert dieser Klassifikation schmälern zu wollen (vgl. zum folgenden: Projektgruppe Qualitätssicherung, 1996, S. 28ff.). Diese Dimensionen verdecken die wichtige Schnittstelle von *Praktikern* (vom therapeutischen Team), *Betroffenen* und den *speziellen Bedingungen*, denen Team und Betroffene unterliegen. Aber gerade diese Schnittstelle ist der Ansatzpunkt der Qualitätssicherung, da hier die Qualität erzeugt und respektive auch verbessert werden kann. Insofern stellt eine Orientierung an der „(Be)Handlungseinheit“ (s.u.), wie die Schnittstelle bezeichnet werden kann, einen wichtigen Schritt zur Überwindung des Umsetzungsproblems dar. Nur unter einer Bezugnahme auf die Handlungseinheit kann die Strategie der Selbstevaluation verwirklicht werden, da Gegenstandsbereich und Zuständigkeitsbereich zusammenfallen.

Modell der Projektgruppe Qualitätssicherung

Das Modell der *Projektgruppe Qualitätssicherung* (1996; Meiners, 1996; Kistner et al., 1996) wurde für den Bereich der Psychiatrie entwickelt; Grundgedanken und Inhalte sind aber auch auf andere psychosoziale Tätigkeitsfelder übertragbar. Es entspricht den bisher hier dargestellten Überlegungen zur Qualitätssicherung aufgrund der folgenden charakteristischen Merkmale:

(1) Strategie der „kritischen Reflexion“

Die Strategie ist nicht auf eine „Benotung“ sondern auf die kritische Reflexion hin angelegt. Das Modell macht keine Auflagen, mit welchen speziellen methodischen Techniken vorzugehen ist, sondern überläßt dies der Eigenverantwortung der jeweiligen Handlungseinheit. Insofern erhält die allgemeine Strategie der Selbstevaluation hier ihre Relevanz.

(2) Systematisches Qualitätsmodell/Leitfaden

Das Problem der Qualitätsanforderungen (Beliebigkeit vs. Normierung) wird gelöst, indem die Autoren einen *Leitfaden* vorlegen, der durch seine Systematik den praktisch Tätigen viel Aufwand abnimmt, dennoch aber Spielraum für Abweichungen zuläßt. Insbesondere das Faktum, daß bei der Erarbeitung des Leitfadens nicht nur Professionelle, sondern auch Betroffene teilhatten, hat Vorbildfunktion.

(3) Sozialer Qualitätsmaßstab

Für die Qualitätsanforderungen wurde ein sozialer Qualitätsmaßstab gewählt, wobei sich dieser vorwiegend an ethischen Gesichtspunkten orientiert (Meiners, 1996). Das in anderen Modellen häufig anzutreffende Problem, daß auf der einen Seite ein „Qualitätsrahmen“ gegeben wird, der meist ethische Gesichtspunkte enthält, und auf der anderen Seite unterschiedlichste Variablen als mögliche Erfassungsgrößen für die Qualität formuliert werden, wird wie folgt gelöst: 23 Anforderungskriterien werden 28 tätigkeitsbezogene Prüfbereiche/Teilbereiche systematisch gegenübergestellt. Daraus ergeben sich max. 644 Prüfungsansätze. Diese hohe Zahl reduziert sich allerdings, da zum einen bestimmte Anforderungen nicht für alle Prüfbereiche Relevanz haben und zum anderen bestimmte Prüfbereiche für das konkrete Team real nicht vorkommen. Die so verbleibenden Prüfansetzungspunkte können nach ihrer Relevanz und entsprechend der verfügbaren zeitlichen und personellen Ressourcen bearbeitet werden. Die konkreten Anforderungen und Prüfbereiche sind der „Kontextmatrix“ in Abb. 10 zu entnehmen.

(4) Orientierung an der Behandlungseinheit

Das Qualitätssicherungsmodell ist an der Behandlungseinheit orientiert. Es wird differenziert in

- (1) Ergebnis der Behandlung für den Einzelfall
- (2) Verlauf der Behandlung (Rückblick) im Einzelfall

(3) Behandlungseinheit

(4) Gesamtsituation bzw. Rahmenbedingungen der Behandlung

Der Leitfaden gibt nun für die möglichen 644 Prüfansätze, jeweils differenziert auf diese vier Betrachtungsebenen, konkrete Fragestellungen an, die eine Hilfestellung für die Reflexion bzw. Überprüfung geben sollen. Die konkreten Fragestellungen nehmen den Hauptteil des Leitfadens ein. Allerdings konnten (noch) nicht für alle denkbaren Deklinationen deduktiv die entsprechenden Fragen gefunden werden.

Zum besseren Verständnis dient die sog. „Kontextmatrix“ (Abb. 10). In den Zellen der Matrix „Anforderungen x Prüfbereiche“ müssen gedanklich die konkreten Fragestellungen – differenziert nach den vier Aspekten der Behandlungseinheit – ergänzt werden.

Allerdings sind sicherlich Ergänzungen dieser Systematik noch notwendig. So wird z.B. der wichtige Aspekt der sozialen Gleichheit und Gerechtigkeit nicht als Anforderung formuliert. Hier würden sich sehr wichtige Reflexionsmöglichkeiten ergeben, wie z.B.: Werden Ausländer benachteiligt? Wird das therapeutische Angebot auch von der Unterschichtsklientel genutzt? Die Ethik der Gerechtigkeit, zentral in der Kommunitarismusdebatte (Honneth, 1992; Zahlmann, 1992) muß – gerade vor dem Hintergrund der sozialepidemiologischen Befunde sozial ungleicher Chancen – für den psychosozialen Bereich auch ein Qualitätskriterium darstellen (vgl. Keupp, 1995, S. 78ff.).

Dennoch erlaubt es dieser Ansatz, solche Ergänzungen und Änderungen vorzunehmen. Gerade die Flexibilität scheint für den Qualitätssicherungsprozeß, der auch Änderungen von Strategie und Kriterien mit sich zieht, eine wichtige Eigenschaft zu sein.

5. Schlußbemerkung

Ein großes Problem bei der Auseinandersetzung mit dem Thema Qualitätssicherung stellte die Diskrepanz zwischen der Realität einer vorwiegend psychotherapeutisch-technisch orientierten Versorgung und der nur teilweise verwirklichten psychosozialen Praxis dar. Vieles, was im Kapitel 4 zur Qualitätssicherung der psychosozialen Praxis gesagt wurde, wird hinfällig, wenn weiterhin in der Anwendung einer Technik der größte Beitrag zur Unterstützung von Menschen in schwierigen Lebenslagen erwartet wird.

Eine solche Reform erfordert jedoch einen tiefgreifenden strukturellen Wandel des Versorgungssystems, wozu die Qualitätssicherung nur einen bescheidenen, evtl. sogar einen schädlichen Beitrag leisten kann. Qualitätssicherung findet immer im Rahmen bestimmter Strukturen statt, deren Veränderung an sich nicht zur Disposition steht. Qualitätssicherung in einer psychiatrischen Klinik wird die eigene Auflösung selbst wohl nicht ins Auge fassen, oder Grawes Ansatz der Evaluation der Psychotherapien mag evtl. zu immer effektiveren Verfahren führen, der beigemessene hohe Stellenwert der Technik wird jedoch nie hinterfragt werden. Qualitätssicherung ist so gesehen innerhalb des strukturellen Rahmens innovativ, jedoch sind Veränderungen der Strukturen von ihr nicht zu erwarten. Dieser konservative Aspekt macht es notwendig, daß man sich nicht mit einer systematischen Qualitätssicherung zufrieden geben darf, ganz als ob damit die Qualität der psychosozialen Versorgung sicherzustellen wäre; sondern es müssen auf sozialpolitischer Ebene Reformen eingeleitet werden, die durch Ansetzen an den Strukturen die Qualität der psychosozialen Versorgung insgesamt verbessern.

Allgemein kann für den psychosozialen Bereich eine Krise konstatiert werden, die sich aufgrund des Veränderungsdrucks ergibt. Wie jede Krise birgt sie die Chance, neue Wege und Lösungen zu finden, aber auch das Risiko, an dysfunktionalen Strukturen starr festzuhalten. Die Starrheit wird besonders deutlich, wenn von den verschiedenen Therapievertretern v.a. die

Unterschiede betont und die Gemeinsamkeiten übersehen werden. Ein Beispiel dafür ist die „gute Beziehung“ zwischen Helfer und Unterstützungssuchenden, deren hoher Stellenwert jedem Laien unmittelbar einleuchtend ist und auch einhellig von Professionellen anerkannt wird, aber dennoch von der Auseinandersetzung (zweitrangiger) Faktoren wie der Technik überlagert wird. Aus Angst der Infragestellung der eigenen Profession muß das Spezifische ausgezeichnet werden, um die eigene Position im Veränderungs- bzw. Verdrängungsprozeß zu stärken. Ein Teufelskreis – denn aus reformerischer Sicht gilt es die Berufsschranken zugunsten einer interdisziplinären Zusammenarbeit zu überwinden. Die Einsicht in das positive Potential *verschiedener* Perspektiven in einem multiprofessionellen Team stellt einen wichtigen und notwendigen Prozeß der Umorientierung dar.

Die Krise wird besonders deutlich an der Auseinandersetzung von Traditionalisten und Reformisten innerhalb der eigenen beruflichen Organisationen. Kernberg (1994) beschreibt den „gegenwärtigen Stand der Psychoanalyse“ und kommt dabei immer wieder auf die reaktionären und fortschrittlichen Strömungen innerhalb der psychoanalytischen Szene zu sprechen. Während die Reaktionäre an der wahren Lehre bzw. an der Standardpsychoanalyse festhalten, bemühen sich progressive Kräfte um die theoretische Weiterentwicklung und um neue Praxismöglichkeiten. Sachlich kann das Festhalten der Traditionalisten an der „reinen Lehre Freuds“ nur schwer begründet werden, denn Freud (1919) selbst formulierte zukünftige „Wege der psychoanalytischen Therapie“, die teilweise einer gemeindepsychologischen Perspektive entsprechen:

„Und nun möchte ich (...) eine Situation ins Auge fassen, die der Zukunft angehört, die vielen von ihnen phantastisch erscheinen wird, die aber doch verdient, sollte ich meinen, daß man sich auf sie in Gedanken vorbereitet. Sie wissen, daß unsere therapeutische Wirksamkeit keine sehr intensive ist. Wir sind nur eine Handvoll Leute, und jeder von uns kann auch bei angestrenzter Arbeit sich in einem Jahr nur einer kleinen Anzahl von Kranken widmen. Gegen das Übermaß an neurotischem Elend, das es in der Welt gibt und vielleicht nicht zu geben braucht, kommt das, was wir davon weg-schaffen können, quantitativ kaum in Betracht. Außerdem sind wir durch die Bedingungen unserer Existenz auf die wohlhabenden Oberschichten der Gesellschaft eingeschränkt (...) Für die breiten Volksschichten, die ungeheuer schwer unter Neurosen leiden, können wir derzeit nichts tun. (...) Irgend einmal wird das Gewissen der Gesellschaft erwachen und sie mahnen, daß der Arme ein ebensolches Anrecht auf seelische Hilfeleistung hat wie

bereits jetzt auf lebensrettende chirurgische. (...) Es mag lange dauern, bis der Staat diese Pflichten als dringende empfindet. (...) Dann wird sich für uns die Aufgabe ergeben, unsere Technik den neuen Bedingungen anzupassen. (...) Wir werden wahrscheinlich die Erfahrung machen, daß der Arme noch weniger zum Verzicht auf seine Neurose bereit ist als der Reiche, weil das schwere Leben, das auf ihn wartet, ihn nicht lockt, und das Kranksein ihm einen Anspruch mehr auf soziale Hilfe bedeutet. Möglicherweise werden wir oft nur dann etwas leisten können, wenn wir die seelische Hilfeleistung mit materieller Unterstützung nach Art des Kaiser Josef vereinigen können. Wir werden auch sehr wahrscheinlich genötigt sein, in der Massen-anwendung unserer Therapie das reine Gold der Analyse reichlich mit dem Kupfer der direkten Suggestion zu legieren (...)“ (S. 192f.).

Wie dieses ausführliche Zitat deutlich werden läßt, war Freud viel reformfreudiger und veränderungsbereiter als so manche Psychoanalytiker, die heute unter dem Deckmantel der „Erhaltung der wahren Lehre“ ihre eigenen ökonomischen, sozialen und emotionalen Interessen verbergen.

Ähnliches gilt aber auch für die verhaltenstherapeutische Seite. Gebhart und Wutka (1987, S. 88f.) beschreiben die interne Auseinandersetzung der DGVT: Offensive sozialpolitische Interessensvertretung, basisnahe Aktionen, Gefahr der Therapeutisierung und gemeindepsychologische Orientierung sind Stichworte, für die in der Verbandszeitschrift der Zusatz im Titel „Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis“ angefügt wurde, was aber deutlich die berufspolitischen Interessen zu bedrohen schien; die Redaktionskommission, die diese Orientierung vertrat, wurde 1984 abgewählt. „Die neue Redaktionskommission übt sich dagegen in fachpolitischer Beschränkung. Sie spiegelt damit den Trend zu einer ‘neuen Fachlichkeit’ wider, der mit der Neigung einhergeht, im gesundheitspolitischen Bereich weiterreichende Forderungen als utopisch oder als schädlich für die Verbandsinteressen abzutun. (...) Mit der neuen Linie wurde die Krise der DGVT allerdings nicht überwunden (...)“ (Gebhart & Wutka, 1987, S. 88).

Es ließen sich noch viele weitere Beispiele dafür anführen, wie sich die sozialpolitische/gesellschaftliche Krise verbandsintern abbildet, aber auch zu persönlichen Krisen der Berufsidentität führt.

Diese Krise kann aber auch als Chance genutzt werden, wenn unter den Professionellen eine radikale Umorientierung von der eigenen Interessensvertretung mit dem Ziel der bestmöglichen Etablierung der eigenen Profession im Versorgungssystem hin zu einer Perspektive, die vorrangig die Lebenssituation der Hilfesuchenden im Auge behält. Dadurch werden automa-

tisch Strukturreformen, wie sie etwa Bock (1991) beschrieben hat, notwendig, die die Zersplitterung von Problemlagen und professionellen Zuständigkeiten aufhebt. Vielleicht werden in einer strukturreformierten Zukunft dann auch Psychotherapieführer (Schmidbauer, 1994), die mehr Transparenz der verschiedenen Angebote und Zuständigkeiten bringen sollen, überflüssig, da sich Unterstützungssuchende dann nicht mehr hinsichtlich der Angebote orientieren müssen, sondern das Angebot nach der Lebenslage des Einzelnen zu fragen hat.

Anhang

Qualitätssicherung in der Praxis

Vorbemerkungen

(1) An Praktiker und Praktikerinnen werden teilweise abstrus hohe Erwartungen hinsichtlich der Qualitätssicherung gestellt, die für die meisten psychosozialen Einrichtungen weder hinsichtlich personeller noch finanzieller Ressourcen machbar sind. Z.B. ist bei einer ISO-Zertifizierung mit ca. 130.000 DM zu rechnen. Vor diesem Hintergrund hat sich bereits ein großer Zuwendungsgeber gegen eine Zertifizierung ausgesprochen: Der damals zuständige Staatssekretär des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend erklärte, daß sich sein Ministerium „nicht in das für Außenstehende sehr lukrative Zertifizierungsgeschäft einbinden lassen wird“ (BMFSFJ, 1996; zit. n. Meinhold, 1997, S. 59). Für psychosoziale Institutionen sind kleine und praktikable Qualitätssicherungsprojekte sinnvoller.

(2) Interne Qualitätssicherung und Selbstevaluation, wie sie im Kap. 4 theoretisch begründet wurden, scheinen sich derzeit in der Praxis gegenüber externen Strategien durchzusetzen. „Qualitätssicherung sollte auch in der psychosozialen Versorgung und Psychotherapie immer in erster Linie auf die Ermöglichung und Förderung sogenannter ‘interner Qualitätssicherung’ (...) gerichtet sein. Sogenannte ‘externe Qualitätskontrolle’ (...) sollte insbesondere darauf abzielen, das Vorhandensein und die Funktionsfähigkeit von Systemen der internen Qualitätssicherung zu gewährleisten“ (DGVT, 1997, S. 94). Aber auch eine umfassende Selbstevaluation kann viele Teams personell und zeitlich überfordern, weshalb kleinere Projekte und Lösungen zu Anfang angestrebt werden sollten.

(3) Qualitätsmanagement wird torpediert, wenn ein Team zu Qualitätssicherung angehalten wird, sich die Leitungsebene aber diesem Prozeß verschließt, wie es in der Praxis z.T. zu beobachten ist.

Ein Beispiel: Die Geschäftsführung einer Behinderteneinrichtung beauftragte ihre Mitarbeiter mit der Qualitätssicherung ihrer Arbeit. Die Bemühungen und Motivation der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen hinsichtlich Qualitätssicherung wurde stark beeinträchtigt, nachdem der Geschäftsführer sein Verständnis von Qualitätssicherung entlarvte, indem er sinngemäß sagte: „Da ihr ja jetzt seit ein paar Wochen Qualitätssicherung betrieben habt, müßt ihr uns doch nun sagen können, wo wir sparen können.“

(4) Alle Bemühungen um Qualitätsmanagement müssen fehlschlagen, wenn das Team nicht motiviert ist und in der Qualitätssicherung keinen Sinn erkennen kann. Motivation wird am besten erreicht, wenn die Entwicklung des Qualitätssicherungsprozesses absolut partizipativ angelegt ist und soweit mit der alltäglichen Praxis verwoben ist, daß die Mitarbeiter für sich selbst und ihre Arbeit einen Nutzen daraus ziehen, d.h. ihre Arbeit verbessern und sich selbst weiterqualifizieren.

(5) Die folgenden Ausführungen für praktische Wege und Hilfen für die Qualitätssicherung richten sich an psychosoziale Abteilungen, die sich eigenverantwortlich dem Thema Qualitätssicherung widmen wollen und Anregungen für die Einleitung dieses Prozesses suchen.

Qualitätssicherungsstrategie: Zukunftswerkstatt

Verkürzt und idealtypisch könnte der Prozeß der Selbstevaluation mit einem theoretischen Leitfaden folgendermaßen umrissen werden:

- (1) Bei den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen Atmosphäre der Akzeptanz schaffen und Qualitätsbeauftragte festlegen.
- (2) Beschreibungen der Produkte/Leistungen und der Kunden (Klienten, Kostenträger, Mitarbeiter, Überweisende).
- (3) Qualitätsdimensionen/-anforderungsbereiche festlegen (Indikatoren der Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität).
- (4) Erfassungs- und Dokumentationsinstrumente erarbeiten und festlegen.
- (5) Mindeststandards aufstellen.
- (6) Maßnahmen zur Erreichung der Mindeststandards installieren.
- (7) Dokumentation

Mögen solche streng logischen Leitfäden theoretisch sicherlich ihren Sinn haben, so werden sich Praktiker einer psychosozialen Institution dennoch fragen, wie sie einen dynamischen Qualitätssicherungsprozeß an-

stoßen können. Als strategisches Konzept schlage ich dafür die *Zukunftswerkstatt* (Jungk & Müllert, 1989) vor, da sie folgende wichtige Eigenschaften gewährleistet:

- (1) Sie ist eine grundlegend partizipative Methode und bemächtigt die Teilnehmer und Teilnehmerinnen zu Experten des Themas,
- (2) sie fördert von daher die Akzeptanz und Motivation zum Gegenstand.
- (3) Sie ist sparsam an finanziellen und personellen Ressourcen.
- (4) Sie ist flexibel anwendbar und so den jeweiligen Umständen anpaßbar (Anzahl der Teilnehmer, Zeit, Inhalte etc.).
- (5) Sie fördert explizit innovatives und divergentes Denken und Problemlösen.
- (6) Sie hat sich als Gruppentechnik seit vielen Jahren in verschiedenen Bereichen bei unterschiedlichen Themen immer wieder bewährt.

Die Zukunftswerkstatt wurde von Jungk und Mitarbeitern entwickelt, um die Expertendominanz aufzubrechen. Sie haben durch ihre Methode gezeigt, daß „die ungehörte Masse der Bevölkerung sehr wohl etwas zur Ausgestaltung ihrer Wohnviertel und Städte, ihrer Arbeitsplätze und Industriegebiete, ihrer Energieversorgung und Bedürfnisse zu sagen hat. Man muß sie nur auf ihre Erfahrungen und Bedürfnisse ansprechen, dann öffnet sich ein riesiges Reservoir an Ideen und Vorschlägen, ein Schatz an Einfallsreichtum, der es durchaus mit den Gutachten der Experten aufnehmen kann“ (ebda., S. 78). Auf das hier interessierende Thema bezogen heißt das, daß Klienten, Mitarbeiter und andere Kunden bemächtigt werden, selbst das Qualitätssicherungsprojekt zu formulieren und zu gestalten, d.h. es nicht an Qualitätssicherungsexperten zu delegieren.

Die leichtverständliche und mit geringen Aufwand verbundene Arbeitsform ermöglicht allen Beteiligten, Ideen und Lösungen einzubringen. Alle Äußerungen werden für alle sichtbar, meist in Form von Wandzeitungen, mitprotokolliert.

Die Zukunftswerkstatt kann in fünf Phasen eingeteilt werden: eine Vorbereitungsphase, drei Phasen des Kernbereichs der Zukunftswerkstatt (Kritik-, Phantasie und Verwirklichungsphase) und eine Phase der permanenten Werkstattarbeit.

Vorbereitungsphase

Thema und Ziele der Zukunftswerkstatt müssen kooperativ erarbeitet und

angekündigt werden, ein passender Ort für die Werkstatt muß gesucht sowie Arbeitsmaterialien besorgt werden. Ein Moderator, der möglichst schon einmal an einer Zukunftswerkstatt beteiligt war, ist zu bestimmen. Günstig ist, wenn bereits im Vorfeld über die Arbeitsweise der Zukunftswerkstatt informiert wird.

Kritikphase

In der Gruppe wird Kritik am Thema geäußert und mitprotokolliert. Lange aufgestauter Ärger, Angst und Einwände sollen kundgetan werden, so daß eine Bestandsaufnahme der gegenwärtigen, u.U. unbefriedigenden Situation aufgezeigt wird. In dieser Phase kann sowohl Kritik geäußert werden, wie z.B. mit dem Thema Qualitätssicherung an sich umgegangen wird (z.B. „Kontrollinstrument der Geschäftsleitung“) als auch in welchen Bereichen eine defizitäre Qualität gesehen wird.

Die Moderation muß in dieser Phase vor allem auf die Einhaltung folgender Regeln achten:

- (1) Der Kritikfluß muß angefacht werden und Diskussionen sind zu vermeiden.
- (2) Kritik soll nur in Stichworten erfolgen, d.h. jeder sollte sich so kurz wie irgendetwas möglich halten.
- (3) Der Themenbezug sollte immer erhalten bleiben, das Anliegen der Zusammenkunft betreffen.
- (4) Alle Äußerungen sind für alle gut lesbar auf Wandzeitungen mitzuprotokollieren.

Am Ende der Kritikphase müssen die vielen Einzelnennungen geordnet und nach Wichtigkeit für die Weiterarbeit ausgewählt werden. Meist werden über ein Punktvergabeverfahren jene Kritikpunkte ausgewählt, die beim Fortgang der Zukunftswerkstatt als unverzichtbar gelten sollen. Sie werden zu Kritikthemenkreisen sortiert, d.h. es werden übergreifende Beschreibungen für einzelne Punkte gesucht. Im Anschluß daran können in kleineren Arbeitsgruppen die einzelnen Themenkreis zu Kritikaussagen bzw. -thesen konkretisiert werden. Sie werden im Plenum erläutert, diskutiert und über Abstimmung ausgewählt. Die von der Mehrheit gewählte(n) These(n) bilden die Grundlage für die anschließende Phantasiephase.

Phantasiephase

Nachdem in der Kritikphase die Probleme und unerwünschten Umstände definiert wurden, soll in der Phantasie- oder Utopiephase versucht werden, innovativ, d.h. ohne Vorbehalte und Beschränkungen, Alternativen zu formulieren. Der vorher geäußerten Kritik sollen Träume, Visionen, Undenkbares, Ideale, Wünsche und ähnliches gegenübergestellt werden. „Das Bedeutsame an dieser Phase besteht darin, sonst Undenkbares zu denken und auszusprechen, sei es noch so wild, unausgegoren oder unwahrscheinlich“ (ebda., S. 108). Die Moderation sollte darauf achten, daß:

- (1) auch hier nicht diskutiert wird,
- (2) die Ideen stichwortartig sind,
- (3) die Vorschläge visualisiert werden,
- (4) der Bezug zum Thema eingehalten wird,
- (5) keine Kritik am Vorgebrachten geübt wird,
- (6) ein freies Gedankenspiel ermöglicht wird,
- (7) eine Offenheit gegenüber allem entsteht,
- (8) und Ideen aufgegriffen und weitergesponnen werden.

Um eine Atmosphäre zum Phantasieren zu schaffen, werden in dieser Phase gerne Lockerungsübungen eingebaut; die Vorschläge dazu sollten aus der Gruppe kommen. Beispiele dafür sind: sich gegenseitig schminken/verkleiden, Witze erzählen, Pantomime, Geschichten erfinden, Phantasiereisen usw.

In dieser Phase soll das Kritikergebnis in positive Form umgewandelt werden. Nach der Ideensammlung wird analog zur Kritikphase eine Phantasieauswahl durch Punktevergabe vorgenommen und zu Themen zusammengefaßt („Phantasiethemenkreise“). Lieferte das Brainstorming genügend Material, so kann begonnen werden, ein utopisches Lösungskonzept zu entwickeln. Am besten geschieht das durch Kleingruppenbildung mit verschiedenen Schwerpunktthemen. Der utopische Entwurf sollte dann der Gesamtgruppe auf spannende Weise präsentiert werden: „Dem Erfindungsreichtum sind dabei keine Grenzen gesetzt: vom Spielen kleiner pantomimischer Szenen über Comic- oder Bildvorstellungen bis hin zum Verlesen von Erlebnisgeschichten und Einbezug der Gesamtgruppe in das ‘utopische Geschehen‘,“ (ebda., S. 120).

Die Ergebnisse der Phantasiephase (utopische Entwürfe) bilden die Grundlage für die folgende Phase:

Verwirklichungsphase

Die Ergebnisse der Phantasiephase sind nun an die Realität anzuknüpfen und auf Durchsetzungschancen hin zu überprüfen. In dieser Phase geht es um die Verwirklichung einer Aktion oder eines Projektes. Die realen Machtverhältnisse, Gesetze und örtliche Gegebenheiten sind zu beachten.

Für die Moderation ist in dieser Phase wichtig, daß:

- (1) der Bezug zum Thema gegeben ist,
- (2) Sinn und Zweck der Verwirklichungsphase anschaulich erläutert wird, das *Projekt* als angestrebtes Ergebnis deutlich wird und vor einer Verzettlung gewarnt wird,
- (3) ein Zeitplan für die Verwirklichung mit der Gruppe zusammen aufgestellt wird,
- (4) der Gruppe angemessene Schritte zur Realisation vorgeschlagen werden. „Verwirklichung heißt nicht unbedingt ein fertiges ‘Produkt’ mit nach Hause zu nehmen, aber zumindest eine Ahnung davon: Vielleicht einen Projektumriß oder einen ersten Entwurf“ (S. 127).

Die Verwirklichungsphase besteht aus drei Schritten:

- (1) Die utopischen Entwürfe, Ideen und Vorschläge werden geprüft und auf ihre Realisierungschancen hin überprüft. U.a. wrden folgende Fragenstellungen relevant: Welche Hindernisse stehen einer Verwirklichung entgegen, was halten Experten von dem Vorschlag?.
- (2) Je nachdem wie die Prüfung ausfällt, wird eine entsprechende Strategie aussehen: Welche Bündnispartner sind zu gewinnen, welche Bestandteile der Utopie dürfen auf keinem Fall der Realität geopfert werden?
- (3) Am Ende steht die Aktion, d.h. der Versuch, die Utopien und Vorstellungen zu erproben.

Permanente Zukunftswerkstatt

In dieser Nachbearbeitungsphase wird planvoll und kreativ die Zielsetzung verfolgt. Um so wenig Abstriche wie möglich machen zu müssen, informiert man sich möglichst gründlich über Durchsetzungschancen und -hemmnisse. Besitzt man einen ersten Überblick, können die ersten Schritte zum Erreichen des Projektziels festgelegt werden. Anschließend kann entsprechend des Plans das Projekt realisiert werden. Nach der Verwirklichung sollte eine Beurteilung erfolgen (Was haben wir durchgesetzt, was ist uns mißlungen?).

Stößt man mit einer Zukunftswerkstatt einen Qualitätssicherungsprozeß an, so wird zunächst das ganze von Experten erarbeitete Fachwissen keine Rolle spielen. Das Team wird „sein“ Qualitätssicherungsprojekt formulieren und eventuell erst in der Phase der Verwirklichung auf vorhandenes Material und spezifisches Fachwissen zurückgreifen. Diese Abfolge ist insbesondere auch deshalb notwendig, da der Einbezug von Betroffenen/Nutzern in das Qualitätssicherungsprojekt wichtig ist und so beim Ausgangspunkt der Aktivitäten eine gemeinsame Sprache sichergestellt ist. Wie bereits erwähnt, führt dieses partizipative Vorgehen zu Motivation, was eine unabdingbare Voraussetzung für einen fruchtbaren Qualitätssicherungsprozeß darstellt. Das beste Qualitätssicherungssystem liefert schlechte Qualität, wenn die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in Qualitätssicherung lediglich ein gesetzlich vorgeschriebenes Übel sehen.

Literaturempfehlung für die praktische Durchführung

- Jungk, R. & Müllert, N. R. (1989). Zukunftswerkstätten. München: Heyne.
Kuhnt, B. & Müllert, N. R. (1996). Moderationsfibel Zukunftswerkstätten: verstehen – anleiten – einsetzen; das Praxisbuch zur Sozialen Problemlösungsmethode Zukunftswerkstatt. Münster: Ökoptia.

Qualitätskriterien: Eine Sammlung

Die Qualitätskriterien bzw. -anforderungen müssen von den Betroffenen selbst festgelegt werden. Insofern versteht sich folgende Sammlung nicht als Checkliste für eine umfassende und optimale Qualitätsbeschreibung, sondern soll lediglich einen Überblick über denkbare Anforderungen geben, deren Einhaltung/Verbesserung evaluiert werden kann (aber nicht werden muß): Einige Kriterien werden für bestimmte Praxisbereiche nicht relevant sein, andere sind u.U. für das evaluierende Team nicht veränderbar und insofern ungeeignet, wieder andere mögen eventuell als gar nicht erstrebenswert angesehen werden und vielleicht gleichsam wichtige Kriterien fehlen. Die folgende Liste kann aber als Grundlage, Orientierung und Anregung beim Einstieg in die Kritikphase der Zukunftswerkstatt verwendet werden, oder sie mag vielleicht auch bei einer späteren Ausdifferenzierung des Qualitätssicherungsprojektes (permanente Zukunftswerkstatt) helfen, Lücken zu schließen. Diese Systematisierung enthält mögliche Anforderungen, die den Behandlungseinheiten sowie den einzelnen Teilbereichen zuzuordnen sind, wie es auch von der Projektgruppe Qualitätssicherung (1996) vorgeschlagen wurde (vgl. Kap. 4.2.2).

I. Gemeindeorientierung und gesellschaftspolitische Verantwortung

- (1) Sicherstellung eines Alltags- und Lebenswelttransfers
- (2) Dialog der Lebenswelten und Kulturen: Kennenlernen und Verstehen fremder/anderer Normen und Werte
- (3) Einbezug des sozialen Zusammenhangs (Eltern, Geschwister, Freunde); Gruppenarbeit
- (4) Mehrdimensionales Krankheitsverständnis
- (5) Multidisziplinarität
- (6) Multifunktionalität (Behandlung und Pflege, Wohnen, Betätigung und Arbeit, Geld, Grundbedürfnisse, Teilhabe am gesellschaftlichen Leben); Hilfe auch bei „praktischen“ Fragen: Wäschewaschen, Einkaufen, Ernähren etc.
- (7) Vernetzung, Zusammenarbeit mit komplementären Einrichtungen
- (8) Individuelle Begleitung, Alltagsbegleitung
- (9) Teamprofil entsprechend den Notwendigkeiten der Region
- (10) Vorrang ambulanter Hilfen
- (11) Selbsthilfeansatz
- (12) Ressourcenorientierung gleichberechtigt neben Klärung, Beziehungsorientierung und Problembewältigung
- (13) Adäquate Bedarfserfassung; Versorgungsquote

II. Zugang

- (1) Niederschwellige Angebote; unbürokratische Anmeldung
- (2) Kurzfristige Terminvergabe; Kapazität für Kriseninterventionen
- (3) Gleichberechtigter und gerechter Zugang (z.B. für Ausländer und Unterschichtsangehörige)
- (4) Örtlich gut erreichbar (öffentliche Verkehrsmittel)
- (5) Zeitlich gut erreichbar (Öffnungszeiten)

III. Nutzerorientierung

- (1) Partizipative und demokratische Ausrichtung gegenüber Nutzern; Dialog
- (2) Verständigungsorientierung („Verhandeln statt Behandeln“)
- (3) Beschwerdestellen; Möglichkeit zur offenen Kritik

- (4) Mitarbeit der Nutzer im Qualitätssicherungsprojekt
- (5) Bedürfnisorientierte Behandlung
(keine generellen Angebote)
- (6) Subjektive Zufriedenheit prüfen/fördern

IV. Transparenz

- (1) Konzept und Produktbeschreibung (Organisation, Ziele, Leitbild, Leistungsspektrum, Leistungen)
- (2) Rollendefinitionen
- (3) Leitlinien für kritische Situationen/Kundenpfade (z.B. für den Erstkontakt)

V. Professionalität

- (1) Angemessene Berufsqualifikation
- (2) Kontinuierliche Fortbildungen;
Besuch einschlägiger Tagungen
- (3) Supervision
- (4) Regelmäßige Fallbesprechungen, Nachbesprechungen
- (5) Gutes Arbeits- bzw. Betriebsklima
- (6) Haltung: freundlich, echt, verlässlich, selbstkritisch,
flexibel, sicher, offen, Reflexion der Parteinahme (...).
- (7) Handeln nur auf Grundlage von Kompetenz
- (8) Kontinuierliche Reflexion der Rolle, des Auftrages und der Gestaltung

VI. Ausstattung

- (1) Ausreichende Ausstattung mit Sachmitteln
- (2) Freundliche Raumatmosphäre
- (3) Sicherheit der Arbeitsplätze

VII. Wirtschaftlichkeit

- (1) Effizienz (Kosten-Nutzenabgleich)
- (2) Ausschöpfen von Sparpotentialen
(ohne Leistungsbeeinträchtigung)
- (3) Kostendeckung

VIII. Ergebnisse

- (1) Subjektive Zufriedenheit
- (2) Subjektiv empfundener Nutzen
- (3) Wirksamkeit/Effektivität
(z.B. Verminderung pathologischer Symptomatik)
- (4) Anzahl der Rückfälle
- (5) „Heilungs“-rate
- (6) Verminderung von Suizidalität
- (7) Erfüllung gesetzlicher/vereinbarter Leistungen/Aufträge

IX. Ethik

- (1) Respektieren der Persönlichkeit und Chance allgemein menschlicher Entwicklung (wenig/keine Gewalt, wenig Medikamente, Möglichkeit die eigene Psychose zu erleben, Achtung der Intimsphäre, Rückzugsmöglichkeiten, Toleranz, Wärme, Zuwendung (...))
- (2) Information über Risiken und Nebenwirkungen der Behandlung, Aufklärung über Behandlungsalternativen, Zustimmung zur Behandlung, Wahlfreiheit)
- (3) Patientenverfügung einhalten
- (4) Nicht-Schädigung, soziale Schutzfunktion: z.B. Verhinderung sexueller Anzüglichkeiten/sexuellen Mißbrauchs
- (5) Dialektik von Fürsorge und Autonomie: Förderung von Selbständigkeit und Verantwortungsfähigkeit, Compliance

X. Rechtssicherheit

- (1) Einhaltung der Schweigepflicht, Vertraulichkeit schützen
- (2) Information über rechtliche Situation (z.B. bei Zwangseinweisungen)

XI. Positive Außenwirkung

- (1) Positive Darstellung/Werbung der Institution
(z.B. Faltblätter)
- (2) Maßnahmen zum Abbau von Vorurteilen und Ängsten gegenüber der Institution

XII. Angemessene Dokumentation (Beispiele):

- (1) Jahresstatistik (evaluativ auswerten)
- (2) Nachbefragung
- (3) Prozeßdokumentation (Stundenbögen)
- (4) Netzwerkanalysen, Soziogramm
(Verbesserung sozialer Beziehungen)
- (5) Zielhierarchien
- (6) Konstruktion von Fragebögen
- (7) An Anforderungskriterien orientiertes Leitfadenterview
- (8) Exemplarische Dokumentation der Tätigkeiten einer Woche
(Tagebuch)
- (9) Anzahl Einzel-/Gruppengespräche
- (10) Unterbringungsdauer, Hospitalisierungen, Dauer und
Anzahl der Fixierungen/geschlossener Türen,
Medikamentenverbrauch
- (11) Schriftliche Fixierung des Qualitätssicherungsprojekts;
Qualitätssicherungshandbuch
- (12) Standardisierte Tests (Wirksamkeit)

Literaturempfehlungen zu Qualitätskriterien

- Sozialpsychiatrische Informationen, 1995, Heft 4, S. 5-34 (Empirische Erhebung bei PatientInnen, Angehörigen und anderen ExpertInnen zum Thema „Qualitätssicherung in der Psychiatrie“).
- Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (1996b). Ethische Rahmenrichtlinien der DGVT und deren Kommentare. Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 28 (2/Beilage), 1-4.
- Kottje-Birnbacher, L. & Birnbacher, D. (1995). Ethische Aspekte der Psychotherapie und Konsequenzen für die Therapeutenausbildung. Psychotherapeut, 40, 59-68.
- Projektgruppe Qualitätssicherung/Aktion Psychisch Kranke e.V. (1996). Leitfaden zur Qualitätsbeurteilung in Psychiatrischen Kliniken. Bonn: Aktion Psychisch Kranke.
- Sonntag, U. (1994). Ethische Fragen in der Gesundheitsförderung. In E. Arnold & U. Sonntag (Hg.), Ethische Aspekte in der psychosozialen Arbeit. Tübingen: DGVT.

Anmerkungen

1 Zeitschrift für klinische Psychologie, 1994, Jg. 23(4); Sozialpsychiatrische Informationen, 1995, Jg. 25(4); Sozialpsychiatrische Informationen, 1996, Jg. 26(1); Das Krankenhaus, 1990, Jg. 11; Psychiatrische Praxis, 1995, Jg. 22.

2 Hermer, Pittrich & Trenckmann (Hg) (1995); Gaebel (Hg.) (1995); Haug & Stieglitz (Hg.) (1995); Heiner (Hg.) (1996); Birner, Döhring & Schweisfurth (Hg.) (1997).

3 Arbeitsgruppe Qualitätssicherung des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe (1995), Projektgruppe Qualitätssicherung (1996; Meiners, 1996), Sieben Arbeitsgruppen des Referats Qualitätssicherung der DGPPN (Gaebel & Wolpert, 1994), „Münchener Modellprojekt“ (vgl. Bobzien, Nüßle & Stark, 1995; Bobzien, Stark & Straus, 1996), Institut für kommunale Psychiatrie (Nouvertné & Nouvertné, 1996).

4 Darüber hinaus gibt es noch gesetzliche Regelungen der Bundesländer zur Qualitätssicherung, wie z.B. in Nordrhein-Westfalen (§ 7 KHG-NW), die aber hier nicht dargestellt werden können (vgl. Arbeitsgruppe Qualitätssicherung des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe, 1995, S. 118).

5 Bobzien, Stark & Straus (1995) übertrugen das Qualitätsmanagementkonzept mit entsprechenden Anpassungen theoretisch und praktisch auf den psychosozialen Bereich („Münchener Modell“); wie vielversprechend dieser Versuch ist, kann hier nicht weiter erörtert werden.

6 Das meint: „Fachgespräche, die dazu dienen sollen, daß sich die KV bei Anträgen auf Durchführung und Abrechnung von Leistungen mit Qualifikationsvorbehalt der dafür erforderlichen fachlichen Qualifikation vergewissern kann“ (Schmidt & Nübling, 1996, S. 47).

7 Der Titel der Veröffentlichung lautete: „Is it true that everyone has won and all must have prizes?“

8 Die Veränderungsbereiche sind im einzelnen: Globale Erfolgsbeurteilung, Hauptsymptomatik, sonstige Befindlichkeitsmaße, Persönlichkeits- oder Fähigkeitenbereich, zwischenmenschlicher Bereich, Freizeit, Arbeit, Sexualität, psychophysiologische Maße.

9 Wer hier nachblättert, wird das Ergebnis so nicht finden. Man muß viel knobeln, um durch Vergleichen der Angaben über die Messungen in den zehn Veränderungsbereichen zwischen Übersichts-, Prae-Post-Vergleichs- und Kontrollgruppenvergleichstabellen herauszufinden, daß es so sein muß.

10 D. h. psychoanalytische Verfahren, Verhaltenstherapie, Gesprächspsychotherapie.

11 Der Begriff „Zustandsfiguration“ ist vollkommen unsinnig bzw. paradox, denn eine Figuration i.S. Elias' ist stets ein Prozeß.

12 Die Darstellung der Sozialepidemiologie lehnt sich an die Veröffentlichungen von Keupp (1974b, 1982d, 1991, 1994b, 1995), die über eine Berichterstattung des Forschungsstandes hinausgehend die praktische Relevanz der Ergebnisse aufzeigen.

Literatur

- Arbeitsgemeinschaft Psychotherapie (AGPT) (1996). Ausbildungs- und Prüfungsordnung für psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 28(1) Beilage, 1-9
- Arbeitsgruppe Qualitätssicherung des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe (1995). Qualitätssicherung und -kontrolle in den Kliniken für Erwachsenenpsychiatrie des LWL: Rahmenkonzept für die psychiatrische Behandlung, Pflege und Versorgung. In M. Hermer, W. Pittrich, W. Spöhring & U. Trenckmann (Hg.), Evaluation der psychiatrischen Versorgung in der Bundesrepublik. Zur Qualitätssicherung im Gesundheitswesen (S. 117-144). Opladen: Leske & Budrich.
- Arnold, E. (1994a). Berufsethische Richtlinien als Strategie zur Etablierung ethischer Grundsätze in der Psychotherapie. In E. Arnold & U. Sonntag (Hg.), Ethische Aspekte der psychosozialen Arbeit. Tübingen: DGVT.
- Arnold, E. (1994b). Konzepte und Ansätze zu einer Ausbildung zu berufsethischen Fragen. In E. Arnold & U. Sonntag (Hg.), Ethische Aspekte der psychosozialen Arbeit (S. 22-35). Tübingen: DGVT.
- Arnold, E. & Sonntag, U. (Hg.) (1994). Ethische Aspekte der psychosozialen Arbeit. Tübingen: DGVT Verlag.
- Bassler, M. & Hoffmann, S.O. (1994). Trends in der empirischen Forschung über stationäre Psychotherapie. Psychotherapeut, 39, 174-176.
- Bastine, R. (1994). Buchbesprechung zu: Grawe K., Donati R., Bernauer F. (1994). Psychotherapie im Wandel – Von der Konfession zur Profession. Zeitschrift für Klinische Psychologie, 23, 316-318.
- Bastine, R. (1992). Differentielle Psychotherapien in der Entwicklung – einige Bemerkungen zu dem Artikel von Klaus Grawe. Psychologische Rundschau, 43, 171-173.
- Baumann, U. & Reinecker-Hecht, C. (1991). Methodik der klinisch-psychologischen Interventionsforschung. In M. Perrez & U. Baumann (Hg.), Klinische Psychologie (S. 64-79). Bern: Huber.
- Bautz-Holzger, M. (1995). Zur Stagnation in der psychoanalytischen Psychotherapieforschung. Eine Erwiderung auf M. Basler und S.O. Hoffmann. Psychotherapeut, 40, 246-248.
- Beck, U. (1986). Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne. Frankfurt: Suhrkamp.
- Belle, D. (1990). Poverty and women's mental health. American Psychologist, 45, 385-389.
- Berger, H. (1994). Konstruktivistische Perspektiven in der Sozialpsychologie. In H. Keupp (Hg.), Zugänge zu Subjekt (S. 186-225). Frankfurt: Fischer.
- Berger, M. (1995). Psychiatrie und Psychotherapie. Ein Rück- und Ausblick. Psychotherapeut, 40, 146-154.
- Bericht über die Lage der Psychiatrie in der BRD (1975). Bundestagsdrucksache 7/4200.
- Berndt, H. (1974). Zur Soziogenese psychiatrischer Erkrankungen. In H. Keupp (Hg.), Verhaltensstörung und Sozialstruktur (S. 157-181). München: Urban & Schwarzenberg.
- Bilden, H. (Hg.) (1992). Das Frauen Therapie Handbuch. München: Frauenoffensive.

- Birner, U. (1995). Qualitätsmanagement in Organisationen des Gesundheitswesens. *Psychomed*, 7, 85-92.
- Birner, U., Döhring, E. & Schweisfurth, H. (Hg.) (1997). *Qualitätsmanagement und Interdisziplinarität in der pädiatrischen Rehabilitation*. München: Profil.
- Bobzien, M., Nüßle, W. & Stark, W. (1995). *Qualitätsmanagement in gesundheitsbezogenen Einrichtungen und Projekten*. München.
- Bobzien, M., Stark, W. & Straus, F. (1996). *Qualitätsmanagement*. Alling: Sandmann.
- Bock, T. (1991). Strukturen der Psychiatrie, ihre Mängel und deren Überwindung. In T. Bock & H. Weigand (Hg.), *Handwerksbuch Psychiatrie* (S. 539-557). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Bock, T. & Weigand, H. (1991). *Handwerksbuch Psychiatrie*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Böhm, N. (1987). Frauen – das kranke Geschlecht? Zur Epidemiologie psychischer Erkrankungen bei Frauen. In B. Rommelspacher (Hg.), *Weibliche Beziehungsmuster* (S. 71-101). Frankfurt: Campus.
- Böhme, K., Cording, C., Ritzel, G., Spengler, A. & Trenckmann, U. (1994). Thesen zur Qualitätssicherung (QS). *Spektrum der Psychiatrie und Nervenheilkunde*, 23(2), 58-62.
- Bopp, J. (1980). *Antipsychiatrie. Theorien, Therapien, Politik*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Bormann, M. (1994). Verhaltenstherapeutische Möglichkeiten bei der Verarbeitung des sexuellen Mißbrauchs – Gibt es ethische Kriterien? In E. Arnold & U. Sonntag (Hg.), *Ethische Aspekte der psychosozialen Arbeit* (S. 116-131). Tübingen: DGVT.
- Bowe, N. (1999). *Qualitätssicherung in der Psychotherapie*. www.bvvp.de
- Buchkremer, G. & Schneider, F. (1995). Qualitätssicherung in der Psychotherapie. In H.-J. Haug & R.-D. Stieglitz (Hg.), *Qualitätssicherung in der Psychiatrie* (S. 141-149). Stuttgart: Enke.
- Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (1988). *Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung*. Bonn: 11.11.1988.
- Cierpka, M., Buchheim, P., Freyberger, H.J., Hoffmann, S.O., Janssen, P., Muhs, A., Rudolf, G., Rüger, U., Schneider, W. & Schübler, G. (1995). Die erste Version einer operationalisierten psychodynamischen Diagnostik (OPD-I). *Psychotherapeut*, 40, 69-78.
- Cording, C. (1995a). Basisdokumentation und Ergebnisqualität. In W. Gaebel (Hg.), *Qualitätssicherung im psychiatrischen Krankenhaus* (S. 173-181). Wie: Springer.
- Cording, C. (1995b). Qualitätssicherung mit der Basisdokumentation. In H.-J. Haug & R.-D. Stieglitz (Hg.), *Qualitätssicherung in der Psychiatrie* (S. 169-183). Stuttgart: Enke.
- Cording, C., Gaebel, W., Spengler, A., Stieglitz, R.-D., Geiselhart, H., John, U., Netzhold, D.W. & Schönell, H. (1995). Die neue psychiatrische Basisdokumentation. Eine Empfehlung der DGPPN zur Qualitätssicherung im (teil-)stationären Bereich. *Spektrum*, 24, 3-41.
- Cramer, M. (1978). Zum Problem der Interessenvertretungen im Bereich der klinischen Psychologie. In H. Keupp & M. Zaumseil (Hg.), *Die Gesellschaftliche Organisation psychischen Leidens* (S. 269-297). Frankfurt: Suhrkamp.
- Davies-Osterkamp, S. (1995). Buchbesprechung. *Psychotherapeut*, 39, 339-341.
- Deubert, W. & Fliegel, S. (1996a). Aktuelles zum Psychotherapeutengesetz. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis* (Beilage), 28(1), 1-12.
- Deubert, W. & Fliegel, S. (1996b). Aktuelles zum Psychotherapeutengesetz. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 28(2), 1-17.
- Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (1996a). Einladung zur Mitgliederversammlung der DGVT. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 28(1), 1-11.
- Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (1996b). *Ethische Rahmenrichtlinien der DGVT und deren Kommentare. Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 28 (2/Beilage), 1-4.

- Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (1996c). Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie zum Entwurf einer Neufassung der „Psychotherapierichtlinien“ des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zum sog. „Integrationsmodell“ der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 28(1), 89-93.
- Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (1996d). Überlegungen zur Qualitätssicherung in der Psychotherapie. *Verhaltenstherapie u. psychosoziale Praxis*, 28(1), 150-156.
- Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (1997). Überlegungen zur Qualitätssicherung in der Psychotherapie. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 29(1), 87-97.
- Diepgen, R. (1993). Münchhausen-Statistik. Eine Randbemerkung zu einer Argumentationsfigur von Grawe (1992). *Psychologische Rundschau*, 44, 176-177.
- Dohrenwend, B.P. (1990). Socioeconomic status (SES) and psychiatric disorders. Are the issue still compelling? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25, 41-47.
- Dohrenwend, B.P. & Dohrenwend, B.S. (1974). Sozialer Status und psychische Störungen: Bestandsaufnahme epidemiologischer Forschung. In H. Keupp (Hg.), *Verhaltensstörung und Sozialstruktur* (S. 137-155). München: Urban & Schwarzenberg.
- Dohrenwend, B.P. & Dohrenwend, B.S. (1981). Socioenvironmental factors, stress and psychopathology. *American Journal of Community Psychology*, 9, 129-155.
- Dörner, K. & Plog, U. (1996). *Irren ist menschlich oder Lehrbuch der Psychiatrie/Psychotherapie*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Dreyfus, H. & Dreyfus, S. (1988). *Künstliche Intelligenz – Von den Grenzen der Denkmaschine und den Wert der Intuition*. Reinbek: Rowohlt.
- Elias, N. (1976). *Über den Prozeß der Zivilisation*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Elias, N. (1995). Die Entstehung des homo clausus. In H. Keupp (Hg.), *Lust an der Erkenntnis: Der Mensch als soziales Wesen* (S. 173-181). München: Piper.
- Elias, N. & Scotson, J.L. (1990). *Etablierte und Außenseiter*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Eysenck, H.J. (1952). The Effect of Psychotherapy. An Evaluation. *Journal of consulting psychology*, 16, 319-324.
- Eysenck, H.J. (1993). Grawe and the effectiveness of psychotherapy: some comments. *Psychologische Rundschau*, 44, 177-180.
- Eysenck, H.-J. (1994). The outcome problem in psychotherapy: What have we learned? *Behavior Research Therapy*, 32, 477-495.
- Faber, F.R. & Haarstrick, R. (1996). *Psychotherapie-Richtlinien*. Neckersalm, Lübeck, Ulm: Jungjohann.
- Fachgruppe Klinische Psychologie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (1995). Stellungnahme der Fachgruppe Klinische Psychologie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie zur Auseinandersetzung um Forschungsergebnisse zur Psychotherapie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 24, 229.
- Fäh-Barwinski, M. (1995). Psychotherapiestudie von Grawe ist nicht seriös. *Konkordat der Schweizerischen Krankenkassen Aktuell*, 3, 22.
- Faller, H. & Frommer, J. (Hg.) (1994). *Qualitative Psychotherapieforschung*. Heidelberg: Asanger.
- Faltermaier, T. (1982). Belastende Lebensereignisse und ihre Bewältigung. In H. Keupp & D. Rerrich, *Psychosoziale Praxis* (S. 33-42). München: Urban & Schwarzenberg.
- Faltermaier, T. (1987). *Lebensereignisse und Alltag*. München: Profil.
- Finzen, A. (1995). Qualitätssicherung in der Sozialpsychiatrie. In H.-J. Haug & R.-D. Stieglitz (Hg.), *Qualitätssicherung in der Psychiatrie* (S. 132-140). Stuttgart: Enke.
- Foucault, M. (1969). *Wahnsinn und Gesellschaft. Eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Frank, M. & Fiegenbaum, W. (1994). Therapieerfolgsmessung in der psychotherapeutischen Praxis. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 23, 268-275.

- Freud, S. (1919). Wege der psychoanalytischen Therapie. Ges. Werke, Bd. 12 (S. 183-194). Frankfurt: S. Fischer (1966).
- Freud, S. (1991). Neue Folge der Vorlesung zur Einführung in die Psychoanalyse. Frankfurt: Fischer.
- Gaebel, W. (1995a). Qualitätssicherung in der klinisch-stationären Versorgung. In H.-J. Haug & R.-D. Stieglitz (Hg.), Qualitätssicherung in der Psychiatrie (S. 95-111) Stuttgart: Enke.
- Gaebel, W. (1995b). Qualitätssicherung in der Psychiatrie. Nervenarzt, 66, 481-493.
- Gaebel, W. (Hg.) (1995). Qualitätssicherung im psychiatrischen Krankenhaus. Wien, New York: Springer.
- Gaebel, W. & Wolpert, E. (1994). Qualitätssicherung in der Psychiatrie, ein neues Referat der DGPPN. Spektrum der Psychiatrie und Nervenheilkunde, 23(1), 4-13.
- Gebert, F. (1994). Das Imperium schlägt zurück. Focus, 39, 244.
- Gebert, F. (1995). Die Therapie Garantie. Focus, 43, 227-230.
- Gebhardt, H.-J. & Wutka, B. (1987). Verhaltenstherapie. In H. Zygowski (Hg.), Psychotherapie und Gesellschaft. Therapeutische Schulen in der Kritik. (S. 72-97). Reinbek: Rowohlt.
- Geese, J. (1995). „Qualität ist das, was wir untereinander verabreden“. Der Eppendorfer, 10(1), 18.
- Geldschläger, H. & Runde, B. (1994). Professionelle Psychotherapieforschung? Ein Kommentar zu Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994) „Psychotherapie im Wandel – Von der Konfession zur Profession“. Gestalt Theory, 16(4), 294-300.
- Geuter, U. (1993). Auf die Beziehung kommt es an. Süddeutsche Zeitung, v. 13.5.1993.
- Geuter, U. (1995). Psychotherapieforschung: Statistische Irrtümer? Psychologie Heute, 22(5), 10.
- Glæss, I. (1978). Probleme und Perspektiven der sozialen Epidemiologie psychischer Störungen. In H. Keupp & M. Zaumseil (Hg.), Die Gesellschaftliche Organisation psychischen Leidens (S. 499-538). Frankfurt: Suhrkamp.
- Glæss, I., Seidel, R. & Abholz, H. (1974). Soziale Schicht und Behandlung. In H. Keupp, Verhaltensstörung und Sozialstruktur (S. 183-216). München: Urban & Schwarzenberg.
- Gmür, G. & Straus, F. (1998). Partizipatives Qualitätsmanagement in psychosozialen Beratungsstellen: Hintergründe, Anforderungen und Möglichkeiten von Qualitätssicherung nach dem Münchener Modell. (S. 75-99) In A.-R. Laireiter & H. Vogel (Hg.), Qualitätssicherung in Psychotherapie und psychosozialer Versorgung. Tübingen: DGVT.
- Grawe, K. (1987). Die Effekte der Psychotherapie. In M. Amelang, Bericht über den 35. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in Heidelberg 1986 (Bd. 2), (S. 515-534). Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (1989). Von der psychotherapeutischen Outcome-Forschung zur differentiellen Prozeßanalyse. Zeitschrift für Klinische Psychologie, 18(1), 23-34.
- Grawe, K. (1990). Vorwort zur Berner Therapievergleichsstudie. Zeitschrift für Klinische Psychologie, 19, 292-293.
- Grawe, K. (1992a). Diskussionsforum. Psychotherapieforschung zu Beginn der neunziger Jahre. Psychologische Rundschau, 43, 132-162.
- Grawe, K. (1992b). Konfrontation, Abwehr und Verständigung. Notwendige Schritte im Erkenntnisprozeß der Psychotherapieforschung. Eine Erwiderung auf die Stellungnahmen von Hoffmann, Hellhammer und Bastine zu meiner Darstellung der „Psychotherapieforschung zu Beginn der neunziger Jahre“. Psychologische Rundschau, 43, 174-178.
- Grawe, K. (1992c). Therapeuten: Unprofessionelle Psychospiele. Psychologie Heute, 19, 22-28.
- Grawe, K. (1993). Über Voraussetzungen eines gemeinsamen Erkenntnisprozesses in der Psychotherapie. Eine Erwiderung auf Eysenck und Diepgen. Psychologische Rundschau, 44, 181-186.

- Grawe, K. (1994a). Psychoanalytische Illusionen und empirische Wirklichkeit. Eine Replik auf A.-E. Meyer. *Psychotherapeut*, 39, 309-313.
- Grawe, K. (1994b). Psychotherapie ohne Grenzen. Von den Therapieschulen zur Allgemeinen Psychotherapie. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 26, 357-370.
- Grawe, K. (1995a). Psychotherapie und Statistik im Spannungsfeld zwischen Wissenschaft und Konfession. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 24(3), 216-228.
- Grawe, K. (1995b). Welchen Sinn hat Psychotherapieforschung? Eine Erwiderung auf Tschuschke, Kächele & Hölzer. *Psychotherapeut*, 40, 96-106.
- Grawe, K. (1995c). Grundriß einer Allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 40, 130-145.
- Grawe, K. (1995d). Psychotherapie im Wandel. Diskussionsbemerkung zum Beitrag von Ulrike Hoffmann-Richter. *Psychiatrische Praxis*, 21(1), 238-242.
- Grawe, K. (1995e). Interessenvertretung durch Gerätebildung. *Konkordat der Schweizerischen Krankenkassen Aktuell*, 5, 76-77.
- Grawe, K. (1996). Schlußwort zu einer unerfreulichen Kontroverse. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 25(1), 64-66.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. & Baltensberger, C. (1998). Figurationsanalyse. Ein Konzept und Computerprogramm für die Prozeß- und Ergebnisevaluation in der Therapiepraxis. (S. 179-207) In: A.-R. Laireiter & H. Vogel, *Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung*. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Grawe, K., Bernauer, F. & Donati, R. (1990). Psychotherapien im Vergleich: Haben wirklich alle einen Preis verdient? *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 40, 102-114.
- Grawe, K. & Braun, U. (1994). Qualitätskontrolle in der Psychotherapiepraxis. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 23(4), 242-267.
- Grawe, K., Caspar, F. & Ambühl, H. (1990a). Die Berner Therapievergleichsstudie: Fragestellung und Versuchsplan. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 19, 294-315.
- Grawe, K., Caspar, F. & Ambühl, H. (1990b). Die Berner Therapievergleichsstudie: Prozeßvergleich. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 19, 316-337.
- Grawe, K., Caspar, F. & Ambühl, H. (1990c). Die Berner Therapievergleichsstudie: Wirksamkeitsvergleich und differentielle Indikation. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 19, 338-361.
- Grawe, K., Caspar, F. & Ambühl, H. (1990d). Die Berner Therapievergleichsstudie: Zusammenfassung und Schlußfolgerungen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 19, 362-376.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel – Von der Konfession zur Profession*. Bern: Hogrefe.
- Greive, M., Harder, C. & Weber-Kölln, J. (1994). Von den Normen zum Prozeß. Über die Entwicklung ethischer Rahmenrichtlinien für psychosoziales Handeln in der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT). In E. Arnold & U. Sonntag (Hg.), *Ethische Aspekte der psychosozialen Arbeit* (S. 236-245). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Greve, W. (1993). Ziele therapeutischer Interventionen: Probleme der Bestimmung, Ansätze der Beschreibung, Möglichkeiten der Begründung und Kritik. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 22, 347-373.
- Grünbaum, A. (1988). *Die Grundlagen der Psychoanalyse. Eine philosophische Kritik*. Stuttgart: Reclam.
- Gruyters, T. & Priebe, S. (1992). Die Bewertung psychiatrischer Behandlung durch die Patienten: Eine Studie zu ihrer Erfassungsmethodik und zeitlichen Stabilität. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, 60, 140-145.
- Gruyters, T. & Priebe, S. (1994). Die Bewertung psychiatrischer Behandlung durch die Pa-

- tienten: Resultate und Probleme der systematischen Erforschung. *Psychiatrische Praxis*, 21, 88-95.
- Gunkel, S. & Kruse, G. (1995). Einleitung: Der neue Terminus „Qualitätssicherung“ – Ergebnisse einer Umfrage. *Sozialpsychiatrische Informationen*, 25(4), 3-4.
- Gunkel, S., Bröher, M. & Priebe, S. (1996). Psychiatrische Behandlung aus der Sicht chronisch schizophrener Patienten. *Sozialpsychiatrische Informationen*, 26(1), 20-33
- Habermas, J. (1968). Erkenntnis und Interesse. Frankfurt: Suhrkamp.
- Haug, H.-J. (1995). Ergebnisqualität: Ein Schwerpunkt der Qualitätssicherung in der Psychiatrie. *Psychiatrische Praxis*, 22(4), 134.
- Haug, H.-J. & Stieglitz, R.-D. (Hg.) (1995). *Qualitätssicherung in der Psychiatrie*. Stuttgart: Enke.
- Heiner, M. (Hg.) (1994). *Selbstevaluation als Qualifizierung in der Sozialen Arbeit. Fallstudien aus der Praxis*. Freiburg: Lambertus.
- Heiner, M. (1995). *Selbstevaluation als Qualitätssicherung und Qualifizierung der psychosozialen Arbeit*. In M. Hermer, W. Pittrich, W. Spöhring & U. Trenckmann (Hg.), *Evaluation der psychiatrischen Versorgung in der Bundesrepublik. Zur Qualitätssicherung im Gesundheitswesen* (S. 53-76). Opladen: Leske + Budrich.
- Heiner, M. (1996) (Hg.). *Qualitätsentwicklung durch Evaluation*. Freiburg: Lambertus.
- Heller, O. & Krüger, H.-P. (1976). *Experimentelle Psychologie. Wahrnehmung*. Bern: Huber.
- Hellhammer, D. (1992). Wie wissenschaftlich ist Psychotherapieforschung? *Psychologische Rundschau*, 43, 168-170.
- Hermer, M. (1995a). *Evaluation in der stationären Psychotherapie*. In M. Hermer, W. Pittrich, W. Spöhring & U. Trenckmann (Hg.), *Evaluation der psychiatrischen Versorgung in der Bundesrepublik. Zur Qualitätssicherung im Gesundheitswesen* (S. 177-193). Opladen: Leske & Budrich.
- Hermer, M. (1995b). *Glauben und Wissen im klinischen Alltag*. In M. Hermer, W. Pittrich, W. Spöhring & U. Trenckmann (Hg.), *Evaluation der psychiatrischen Versorgung in der Bundesrepublik. Zur Qualitätssicherung im Gesundheitswesen* (S. 29-51). Opladen: Verlag Leske & Budrich.
- Hermer, M. (1995c). *Über den Verlust der Gesellschaft in der Psychotherapie*. In M. Hermer (Hg.), *Die Gesellschaft der Patienten* (S. 15-47). Tübingen: DGVT.
- Hermer, M., Pittrich, W., Spöhring, W. & Trenckmann, U. (Hg.) (1995). *Evaluation der psychiatrischen Versorgung in der Bundesrepublik. Zur Qualitätssicherung im Gesundheitswesen*. Opladen: Leske & Budrich.
- Herzog, W. (1979). *Zur Kritik des Objektivismus in der Psychologie*. *Psyche*, 33, 289-305.
- Hoffmann, S.O. (1992). *Bewunderung, etwas Scham und verbleibende Zweifel. Anmerkungen zu Klaus Grawes „Psychotherapieforschung zu Beginn der neunziger Jahre..“*. *Psychologische Rundschau*, 43, 163-167.
- Hoffmann-Richter, U. (1994). *Psychotherapie im Wandel – Von der Konfession zur Profession. Eine Auseinandersetzung mit einem bemerkenswerten Buch von Klaus Grawe, Ruth Donati und Frederike Bernauer*. *Psychiatrische Praxis*, 21(6), 238-242.
- Hollingshead, A.B. & Redlich, F.C. (1958). *Social class and mental illness*. New York: Wiley.
- Hollingshead, A.B. & Redlich, F.C. (1974). *Soziale Schichtung und psychiatrische Erkrankung*. In H. Keupp (Hg.), *Verhaltensstörung und Sozialstruktur* (S. 55-65). München: Urban & Schwarzenberg.
- Hollingshead, A.B. & Redlich, F.C. (1975). *Der Sozialcharakter psychischer Störungen. Eine sozialpsychiatrische Untersuchung*. Frankfurt: Fischer.
- Honneth, A. (Hg.) (1993). *Kommunitarismus. Eine Debatte über die moralischen Grundlagen moderner Gesellschaften*. Frankfurt: Campus.
- Hüllemann, K.-D. & Künzel, U. (1995). *Gütesiegel „Health Promoting Hospital, gesund-*

- heitsförderndes Krankenhaus“? Krankenhausumschau, 3 (Special 2: Qualitätssicherung), 18-21.
- Jaeggi, E. (1991). Der kritisch forschende Praktiker. *Psychologie und Gesellschaftskritik*, 15, 13-48.
- Jaeggi, E. (1994). Die problematische Beziehung zwischen Psychotherapeuten und Psychotherapieforschung. In M.B. Buchholz & U. Streck (Hg.), *Heilen, Forschen, Interaktion, Psychotherapie und qualitative Sozialforschung* (S. 107-120). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Jäger, E. (1975). Die therapeutische Gemeinschaft. In H. Strotzka (Hg.), *Psychotherapie: Grundlagen, Verfahren, Indikation* (S. 339-351). München: Urban & Schwarzenberg.
- Jungk, R. & Müllert, N. R. (1989). *Zukunftswerkstätten*. München: Heyne.
- Kächele, H. (1992). Psychoanalytische Therapieforschung von 1930-1990. *Psychoanalyse*, 46, 259-285.
- Kächele, H. (1995). Klaus Grawes Konfession und die Psychoanalytische Profession. *Psyche*, 49, 481-492.
- Kaiser, E. (1995). *Der psychotherapeutische Weltgeist zu Bern*: Klaus Grawe et al. *Psyche*, 49, 493-507.
- Kamiske, F. (Hg.) (1994). *Die hohe Schule des Total Quality Management*. Berlin: Springer.
- Kamiske, G.F. & Brauer, J.-P. (1995). *Qualitätsmanagement von A bis Z. Erläuterung modernerer Begriffe des Qualitätsmanagement*. München: Hanser.
- Kamiske, G.F. & Malorny, C. (1994). TQM – ein bestechendes Führungsmodell mit hohen Anforderungen und großen Chancen. In C.F. Kamiske (Hg.), *Die hohe Schule des Total Quality Management* (S. 1-18). Berlin: Springer.
- Kardorff v., E. (1982). Psychosoziale Grundqualifikationen. Zum Verhältnis v. Praxis und Reflexion in der Berufsausbildung im psychosozialen Bereich. In H. Keupp & D. Rerrich (Hg.), *Psychosoziale Praxis* (S. 279-290). München: Urban & Schwarzenberg.
- Kardorff v., E. & Stark, W. (1982). Forschung im psychosozialen Bereich. Praxisorientierte Forschung als parteiliche Forschung. In H. Keupp & D. Rerrich (Hg.), *Psychosoziale Praxis* (S. 291-302). München: Urban & Schwarzenberg.
- Katschnig, H. (1975). Psychotherapiebedarf. In H. Strotzka (Hg.), *Psychotherapie: Grundlagen, Verfahren, Indikation* (S. 127-134). München: Urban & Schwarzenberg.
- Katschnig, H. & Konieczna, T. (1984). Psychosoziales Netzwerk und Rehabilitation psychisch Kranker. *Gemeindenaher Psychiatrie*, 6, 100-112.
- Kernberg, O.F. (1994). Der gegenwärtige Stand der Psychoanalyse. *Psyche*, 48, 483-508.
- Keupp, H. (Hg.) (1974). *Verhaltensstörung und Sozialstruktur. Epidemiologie: Empirie, Theorie, Praxis*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Keupp, H. (1974a). Epidemiologie als Voraussetzung und Instrument zur Planung im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung. In H. Keupp (Hg.), *Verhaltensstörung und Sozialstruktur* (S. 349-401). München: Urban & Schwarzenberg.
- Keupp, H. (1974b). Epidemiologie im Spannungsfeld zwischen klinischer und sozialwissenschaftlicher Perspektive. In H. Keupp (Hg.), *Verhaltensstörung und Sozialstruktur* (S. 3-51). München: Urban & Schwarzenberg.
- Keupp, H. (1978). Gemeindepsychologie als Widerstandsanalyse des professionellen Selbstverständnisses. In H. Keupp & M. Zaumseil (Hg.), *Die gesellschaftliche Organisation psychischen Leidens* (S. 180-220). Frankfurt: Suhrkamp.
- Keupp, H. (1980). Psychosoziale Reformpraxis und Probleme einer parteilichen Forschung. *Mitteilungen der DGVT*, 12, 709-733.
- Keupp, H. (1982a). Einleitende Thesen zu einer radikalen gemeindepsychologischen Perspektive psychosozialer Arbeit. In H. Keupp & D. Rerrich (Hg.), *Psychosoziale Praxis* (S. 11-20). München: Urban & Schwarzenberg.
- Keupp, H. (1982b). Soziale Kontrolle. Psychiatrisierung, Psychologisierung, Medikalisierung

- rung, Therapeutisierung. In H. Keupp & D. Rerrich (Hg.), *Psychosoziale Praxis* (S. 189-198). München: Urban & Schwarzenberg.
- Keupp, H. (1982c). Soziale Netzwerke. In H. Keupp & D. Rerrich (Hg.), *Psychosoziale Praxis* (S. 43-53). München: Urban & Schwarzenberg.
- Keupp, H. (1982d). Sozialepidemiologie. In H. Keupp & D. Rerrich (Hg.), *Psychosoziale Praxis* (S. 23-32). München: Urban & Schwarzenberg.
- Keupp, H. (1987a). *Psychosoziale Praxis im gesellschaftlichen Umbruch*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Keupp, H. (1987b). Soziale Netzwerke – Eine Metapher des gesellschaftlichen Umbruchs? In H. Keupp & B. Röhrle (Hg.), *Soziale Netzwerke* (S. 11-53). Frankfurt: Campus.
- Keupp, H. (1988a). Psychische Störungen im gesellschaftlichen Lebenszusammenhang. In G.C. Davison & J.M. Neale, *Klinische Psychologie* (S. 69-92). Weinheim: PVU.
- Keupp, H. (1988b). Riskante Chancen. Das Subjekt zwischen Psychokultur und Selbstorganisation. Heidelberg: Asanger.
- Keupp, H. (1988c). Soziale Netzwerke. In R. Asanger & G. Wenninger (Hg.), *Handwörterbuch Psychologie* (S. 696-703). München: PVU.
- Keupp, H. (1991). Sozialepidemiologie – Zur gesundheitspolitischen Hypothek der Klassengesellschaft. In G. Hörmann & W. Körner (Hg.), *Klinische Psychologie. Ein kritisches Handbuch* (S. 62-88). Reinbek: Rowohlt.
- Keupp, H. (1992). Gesundheitsförderung und psychische Gesundheit. *Psychomed*, 4, 244-250.
- Keupp, H. (1993). Die (Wieder)gewinnung von Handlungskompetenz: Empowerment in der psychosozialen Praxis. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 25, 365-381.
- Keupp, H. (1994a). Gesundheitsförderung und psychische Gesundheit: (Wieder-)Gewinnung von Lebensouveränität und sozialer Gerechtigkeit. In E. Arnold & U. Sonntag (Hg.), *Ethische Aspekte der psychosozialen Arbeit* (S. 159-169). Tübingen: DGVT.
- Keupp, H. (1994b). Psychologisches Handeln in der Risikogesellschaft. *Gemeindepsychologische Perspektiven*. München: Quintessenz.
- Keupp, H. (1995). Über den Nutzen der Sozialepidemiologie für die Psychotherapie. *Gesellschaftliche Ungleichheit und psychisches Wohlbefinden – ein noch immer aktueller Zusammenhang*. In M. Hermer (Hg.), *Die Gesellschaft der Patienten* (S. 66-83). Tübingen: DGVT.
- Keupp, H. & Kardorff v., E. (1980). Psychosoziale Basisqualifikationen. *Mitteilungen der DGVT*, 12, 649-672.
- Keupp, H. & Rerrich, D. (Hg.) (1982). *Psychosoziale Praxis. Ein Handbuch in Schlüsselbegriffen*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Keupp, H. & Röhrle, B. (1987). *Soziale Netzwerke*. Frankfurt: Campus.
- Kilian, R. (1995). Ist Lebensqualität meßbar? Probleme der quantitativen und Möglichkeiten der qualitativen Erfassung von Lebensqualität in der Psychiatrie. *Psychiatrische Praxis*, 22(3), 97-101.
- Kistner, W., Kunze, H. & Pohl, J. (1996). Qualitätsbeurteilung in der klinischen Psychiatrie. *Krankenhauspsychiatrie*, 7(2), 54-60.
- Klotz, D. (1991). Hilfen für Helfer: Fortbildung und Organisationsentwicklung. In U. Plog & H. Weigand (Hg.), *Handwerksbuch Psychiatrie* (S. 412-431). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Köhlke, H.-U. (1996). Integrationsmodell oder Sektionsmodell? Versuch einer objektiven Darstellung und sachlichen Abwägung. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 28(1), 18-27.
- König, O. (Hg.) (1995). *Gruppendynamik: Geschichte, Theorien, Methoden, Anwendungen, Ausbildung*. München: Profil. (2. Aufl. 1998).
- Körner, J. (1985). Vom Erklären zum Verstehen in der Psychoanalyse. *Untersuchungen zur psychoanalytischen Methode*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

- Kordy, H. (1992). Qualitätssicherung: Erläuterung zu einem Reiz- und Modewort. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin*, 38, 310-324.
- Kottje-Birnbacher, L. & Birnbacher, D. (1995). Ethische Aspekte der Psychotherapie und Konsequenzen für die Therapeutenausbildung. *Psychotherapeut*, 40, 59-68.
- Kraus, W. (1982). Evaluation. In H. Keupp & D. Rerrich, *Psychosoziale Praxis* (S. 303-310). München: Urban & Schwarzenberg.
- Kristen, R., Imbeck, J. & Kunze, H. (1996). Ein Beitrag der Basisdokumentation zur Überprüfung gemeindepsychiatrischer Ziele. *Sozialpsychiatrische Informationen*, 26(1), 17-20.
- Kuhnt, B. & Müllert, N.R. (1996). *Moderationsfibel Zukunftswerkstätten: verstehen – anleiten – einsetzen; das Praxisbuch zur Sozialen Problemlösungsmethode Zukunftswerkstatt*. Münster: Ökoptia.
- Kunze, H. (1995a). Die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) als Ausgangspunkt für Qualitätssicherung. In H.-J. Haug & R.-D. Stieglitz (Hg.), *Qualitätssicherung in der Psychiatrie* (S. 26-36). Stuttgart: Enke.
- Kunze, H. (1995b). Psychiatrie-Personalverordnung: Qualitätsoptimierung der stationären Versorgung. In W. Gaebel, *Qualitätssicherung im psychiatrischen Krankenhaus* (S. 58-65). Wien, New York: Springer.
- Kurthen, M. (1989). Noch einmal: Ist die Psychoanalyse eine Wissenschaft? *Fundamentalismus und Kohärenzismus als Wissenschaftstheorien der Psychoanalyse*, *Zeitschrift psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 35, 241-255.
- Laireiter, A.-R. (1994). Dokumentation psychotherapeutischer Fallverläufe. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 23, 236-241.
- Lambert, M.J., Shapiro, D.A. & Bergin, A.E. (1986). The Effectiveness of Psychotherapy. In S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 157-211). New York: Wiley.
- Legewie, H. (1991). Krise der Psychologie oder Psychologie der Krise. *Psychologie und Gesellschaftskritik*, 15, 13-29.
- Leimkübler, A.M. (1995). Die Qualität klinischer Versorgung im Urteil der Patienten. In W. Gaebel (Hg.), *Qualitätssicherung im psychiatrischen Krankenhaus* (S. 163-172). Wien, New York: Springer.
- Leutinger-Bohleber, M. (1995). Die Einzelfallstudie als psychoanalytisches Forschungsinstrument. *Psyche*, 49, 434-480.
- Luchmann, D.G. (1994). Heilkunst ohne Gebetbuch: Empirisch psychologische Therapie. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 26(2), 231-241.
- Luborsky, L., Singer, B. & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: „Is it true that everyone has won and all must have prizes“? *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-1008.
- Lutz, W., Stammer, H., Leeb, B., Dötsch, M., Bölle, M. & Kordy, H. (1996). Das Heidelberger Modell der Aktiven Internen Qualitätssicherung stationärer Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 41(1), 25-35.
- Meiners, B. (1996). Die neue psychiatrische Basisdokumentation. Eine exemplarisch kritische Auseinandersetzung mit der ihr zugrundeliegenden Methodik. *Sozialpsychiatrische Informationen*, 26(1), 4-8.
- Meinhold, M. (1997). *Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Sozialen Arbeit*. Freiburg: Lambertus.
- Mertens, W. (1975). *Sozialpsychologie des Experiments*. Hamburg: Hoffmann & Campe.
- Mertens, W. (1981). *Neue Perspektiven der Psychoanalyse*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Mertens, W. (1992). *Psychoanalyse*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Mertens, W. (WS 92/93). *Einführung in die Tiefenpsychologie I*. München: nicht veröff. Vorlesungsmitschrift.

- Mertens, W. (1994). Psychoanalyse auf dem Prüfstand? Zur empirisch verkleideten Berufspolitik von Klaus Grawe. *Zeitschrift psychosomatische Medizin*, 40, 353-367.
- Mertens, W. (1995a). Warum (manche) Psychoanalysen lange dauern (müssen). Gedanken zum angemessenen katamnestic Vorgehen. *Psyche*, 49, 405-433.
- Mertens, W. (1995b). Psychoanalyse auf dem Prüfstand? Eine Erwiderung auf die Metaanalyse von Klaus Grawe. München: Quintessenz.
- Meyer, A.E. (Ed.) (1981). The Hamburg Short Psychotherapy comparison Experiment. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 35, 81-207.
- Meyer, A.-E. (1994a). Über die Wirksamkeit psychoanalytischer Therapie bei psychosomatischen Störungen. In B. Strauß & A.-E. Meyer (Hg.), *Psychoanalytische Psychosomatik* (S. 137-151). Stuttgart: Schattauer.
- Meyer, A.-E. (1994b). Über die Wirksamkeit psychoanalytischer Therapie bei psychosomatischen Störungen. *Psychotherapeut*, 39, 298-308.
- Meyer, A.-E. (1995). Et tamen florent confessiones. Schlußwort zur Grawe Replik. *Psychotherapeut*, 40, 107-110.
- Meyer, A.E., Richter, R., Grawe, K., Graf v.d. Schulenburg, J.-M. & Schulte, B. (1991). Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes. Im Auftrag des Bundesministeriums für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit. Hamburg: Universitätskrankenhaus Eppendorf.
- Michalzik, P. (1995). Aus der Defensive. Zur Tagung der Akademie für Psychoanalyse und Psychotherapie in München. *Süddeutsche Zeitung* v. 25.10.1995.
- Michalzik, P. (1996). Affen tragen keine Brillen. *Süddeutsche Zeitung*, 16.3.1996.
- Mirowsky, J. & Ross, C.E. (1989). Social causes of psychological distress. New York: Aldine.
- Nouvertné, K. & Nouvertné, U. (1996). Qualitätssicherung im ambulanten/komplementären Bereich psychiatrischer Arbeit. *Sozialpsychiatrische Informationen*, 26(1), 13-14.
- Nübling, R. & Schmidt, J. (1998). Qualitätssicherung in der Psychotherapie: Grundlagen, Realisierungsansätze, künftige Aufgaben. (s. 49-74) In A.-R. Laireiter & H. Vogel (Hg.), *Qualitätssicherung in Psychotherapie und psychosozialer Versorgung*. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Nüble, W. (1994). Qualitätssicherung in der Sozialarbeit – Tabu oder Notwendigkeit? *Neue Praxis*, 5, 434-442.
- Orlinsky, D.E. & Howard, K.I. (1986). Process and outcome in Psychotherapy. In S.L. Garfield & A.E. Bergin, *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 311-348). New York: Wiley.
- Pekrun, R. (1990). Emotion: Ätiologie/Bedingungsanalyse. In U. Baumann & M. Perrez (Hg.), *Klinische Psychologie*, Bd. 1: Grundlagen, Diagnostik, Ätiologie (S. 219-233). Bern: Huber.
- Perrez, M. (1991). Behandlung und Therapie (Psychotherapie): Systematik und allgemeine Aspekte. In M. Perrez & U. Baumann, *Klinische Psychologie*, Bd. 2: Interventionen (S. 99-116). Bern: Huber.
- Petermann, F. (1992). Kontrollierte Praxis. In R. S. Jäger & F. Petermann (Hg.), *Psychologische Diagnostik* (S. 147-154). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Petermann, F. & Bochmann, F. (1995). Kontrollierte Praxis und Einzelfallanalyse in der psychiatrischen Versorgung. In M. Hermer, W. Pittrich, W. Spöhring & U. Trenckmann (Hg.), *Evaluation der psychiatrischen Versorgung* (S. 91-103). Opladen: Leske & Budrich.
- Petzold, H. (1995). Metapraxis: Die „Ursachen hinter den Ursachen“, oder das „doppelte Warum“. In M. Hermer, *Die Gesellschaft der Patienten* (S. 143-172). Tübingen: DGVT.
- Pinter, E., Stürwold, H., Arnold, U., Plocek, M., Schramm, R., Sommer, H. (1995). DIN ISO 9004 Teil II als Leitlinie für ein zeitgemäßes Qualitätsmanagement im Krankenhaus. *Krankenhausumschau*, 3 (Special : Qualitätssicherung), 22-32.

- Plog, U. (1991). Psychotherapie – mit psychiatrischen Handeln untrennbar verbunden. In Bock, T. & Weigand, H. (Hg.), *Handwerksbuch Psychiatrie* (S. 302-316). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Popper, K.R. (1935). *Die Logik der Forschung*. Tübingen: Mohr.
- Priebe, S., Gruyters, T., Heinze, M., Hoffmann, C. & Jäkel, A. (1995). Subjektive Evaluationskriterien in der psychiatrischen Versorgung: Erhebungsmethoden für Forschung und Praxis. *Psychiatrische Praxis*, 22(4), 140-144.
- Projektgruppe Qualitätssicherung (1996). *Leitfaden zur Qualitätsbeurteilung in Psychiatrischen Krankenhäusern* (Tagungsmaterialien). Bonn: Aktion Psychisch Kranke e.V.
- Psychologinnengruppe München (1978). Spezifische Probleme bei Frauen und ein Selbsthilfe-Ansatz. In H. Keupp & M. Zaumseil, *Die Gesellschaftliche Organisation psychischen Leidens* (S. 221-265). Frankfurt: Suhrkamp.
- Rappaport, J. (1985). Ein Plädoyer für die Widersprüchlichkeit: Ein sozialpolitisches Konzept des „empowerment“ anstelle präventiver Ansätze. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 17, 257-278.
- Rave-Schwank, M. (1996). Zur Qualität der psychiatrischen Arbeit. *Sozialpsychiatrische Informationen*, 26(1), 8-10.
- Reister, G. & Tress, W. (1993). Empirisch-nomothetische Forschung. In W. Mertens (Hg.), *Schlüsselbegriffe der Psychoanalyse* (S. 137-143). Stuttgart: Verlag Internationale Psychoanalyse.
- Reiter, L. (1975). Werte, Ziele u. Entscheidungen in der Psychotherapie. In H. Strotzka (Hg.), *Psychotherapie: Grundlagen, Verfahren, Indikation* (S. 85-109). München: Urban & Schwarzenberg.
- Rerrich, D. (1982). Nutzerkontrolle. In H. Keupp & D. Rerrich (Hg.), *Psychosoziale Praxis* (S. 229-237). München: Urban & Schwarzenberg.
- Richartz, M. (1996). Psychiatrie zwischen Ausgrenzung und Integration/Emanzipation. *Sozialpsychiatrische Informationen*, 26(1), 45-49.
- Richter, R. (1994). Qualitätssicherung in der Psychotherapie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 23, 233-235.
- Röhrle, B. (1987). Soziale Netzwerke und Unterstützung im Kontext der Psychologie. In H. Keupp & B. Röhrle, *Soziale Netzwerke* (S. 54-108). Frankfurt: Campus.
- Röhrle, B. (1989). Soziale Netzwerke: Ansatzpunkte psychiatrischer Hilfen. In M.C. Angermeyer & D. Klusmann (Hg.), *Soziales Netzwerk. Ein neues Konzept für die Psychiatrie* (S. 249-270). Berlin: Springer.
- Röhrle, B. (1994). *Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung*. Weinheim: PVU.
- Rosenstiel von, L. (1992). *Grundlagen der Organisationspsychologie*. Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
- Roth, E. (1987). *Sozialwissenschaftliche Methoden*. München: Oldenbourg.
- Rüger, B. (1994). Kritische Anmerkungen zu den statistischen Methoden in Grawe, Donati und Bernauer: „Psychotherapie im Wandel – Von der Konfession zur Profession“. *Zeitschrift psychosomatische Medizin*, 40, 368-383.
- Rüger, B. (1996). Eine Erwiderung auf Grawes Artikel „Psychotherapie und Statistik im Spannungsfeld zwischen Wissenschaft und Konfession“. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 25(1), 61-63.
- Runge, J.H. (1995). Schlank durch TQM. In H. Spörkel, U. Birmer, B. Frommelt & T.P. John (Hg.), *Total Quality Management. Forderungen an Gesundheitseinrichtungen* (S. 65-85). München: Quintessenz.
- Russo, N.F. (1990). Overview: Forgoing research priorities for women's mental health. *American Psychologist*, 43, 368-373.
- Schmid, F.W. (1992). Ethik. In R.S. Jäger & F. Petermann (Hg.), *Psychologische Diagnostik* (S. 121-129). Weinheim: Psychologie Verlags Union.

- Schmidbauer, W. (1994). *Der neue Psychotherapieführer*. München: Goldmann.
- Schmidt, J. & Nübling, R. (1994). Qualitätssicherung in der Psychotherapie. Teil 1: Grundlagen, Hintergründe und Probleme. *GwG-Zeitschrift*, 25(4), 15-25.
- Schmidt, J. & Nübling, R. (1995). Qualitätssicherung in der Psychotherapie. Teil 2: Realisierungsvorschläge, Modellprojekte und bereits laufende Maßnahmen. *GwG-Zeitschrift*, 26(3), 42-53.
- Schmidt, J. & Nübling, R. (1998). Interne Qualitätssicherung in der stationären psychosomatischen Rehabilitation: Erfahrungen mit dem „zweigleisigen Modell“. (S. 335-353) In A.-R. Laireiter & H. Vogel (Hg.), *Qualitätssicherung in Psychotherapie und psychosozialer Versorgung*. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Schöffski, O. & Uber, A. (1995). Ansätze zur ökonomischen Bewertung von Leistungen psychiatrischer Versorgungssysteme. In M. Hermer, W. Pittrich, W. Spöhring & U. Trenckmann (Hg.), *Evaluation der psychiatrischen Versorgung in der Bundesrepublik. Zur Qualitätssicherung im Gesundheitswesen* (S. 145-158). Opladen: Leske & Budrich.
- Schoenfeld, P., Halevy-Martini, J., Hanley van der Velden, E. & Ruhf, L. (1985). Network therapy: An outcome study of twelve social networks. *Journal of community Psychology*, 13, 281-287.
- Schulte, D. (1993). Wie soll Therapieerfolg gemessen werden. Überblicksarbeit. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 22(4), 374-393.
- Selbmann, H.K. (1990). Konzeption, Voraussetzung und Durchführung qualitätssichernder Maßnahmen im Krankenhaus. *Das Krankenhaus*, 11, 470-474.
- Selbmann, H.K. (1992). Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung. Sicht des Sachverständigenrats für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. *Fortschritte der Medizin*, 110, 183-186.
- Selbmann, H.K. (1995a). Blick und Ausblick auf das Qualitätsmanagement im Krankenhaus. *Das Qualitätsmanagement in den deutschen Kliniken steckt noch in den Anfängen. Krankenhausumschau*, 3 (Special 2: Qualitätssicherung), 2-5.
- Selbmann, H.K. (1995b). Konzepte und Definition medizinischer Qualitätssicherung. In W. Gaebel (Hg.), *Qualitätssicherung im psychiatrischen Krankenhaus* (S. 3-10). Wien: Springer.
- Seligmann, M.E.P. (1975). *Helplessness: on depression, development and death*. San Francisco: Freeman.
- Selle-Perez, B. (1996). Der Bremer Modellversuch „Interne Qualitätssicherung im Krankenhaus“: Erste Erfahrungen im Zentrum für Psychiatrie und Psychotherapie des Zentralkrankenhauses Bremen Ost. *Sozialpsychiatrische Informationen*, 26(1), 10-12.
- Skinner, B.F. (1956). Critique of psychoanalytic concepts and theories. In H. Feigl & M. Scriven (eds), *Minnesota Studies in the Philosophy of Science* (pp. 77-101). Minneapolis.
- Smith, M.L., Glass, G.V. & Miller, T.I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Sonntag, U. (1994). Ethische Fragen in der Gesundheitsförderung. In E. Arnold & U. Sonntag (Hg.), *Ethische Aspekte in der psychosozialen Arbeit*. Tübingen: DGVT.
- Sozialgesetzbuch* (1991). Nördlingen: Beck.
- Spiegel (1995). Spiegel Streitgespräch: „Den Sumpf austrocknen.“ Der Analytiker Wolfgang Mertens und der Analysekritiker Klaus Grawe über den Wert von Therapien. *Spiegel*, 14, 132-139.
- Spöhring, W. (1995). Evaluation psychiatrischer Versorgung als ein Beitrag zur Qualitätssicherung. In M. Hermer, W. Pittrich, W. Spöhring & U. Trenckmann (Hg.), *Evaluation der psychiatrischen Versorgung in der Bundesrepublik. Zur Qualitätssicherung im Gesundheitswesen* (S. 11-27). Opladen: Leske & Budrich.
- Spöhring, W. (1996). Zertifizierung der Qualität von psychiatrischen Krankenhäusern. *Sozialpsychiatrische Informationen*, 26(1), 34-37.

- Spöhring, W. & Mügge, M. (1996). Qualitätszirkel als ein Mittel zur Qualitätssicherung im psychiatrischen Krankenhaus. *Sozialpsychiatrische Informationen*, 26(1), 15-17.
- Spörkel, H., Birner, U., Frommelt, B. & John, T. (Hg.) (1995). *Total Quality Management – Forderungen an Gesundheitseinrichtungen*. München: Quintessenz.
- Srole, L. & Langner, T.S. (1974). Sozioökonomische Statusgruppen: Ihr Verteilungsmuster psychischer Gesundheit. In H. Keupp (Hg.), *Verhaltensstörung und Sozialstruktur* (S. 67-90). München: Urban & Schwarzenberg.
- Stark, W. (1982). Prävention. Fortschrittsmythos, Allmachtsphantasien, Gefahren und realistische Anhaltspunkte. In H. Keupp & D. Rerrich (Hg.), *Psychosoziale Praxis* (S. 131-139). München: Urban & Schwarzenberg.
- Stark, W. (1996). Empowerment. Neue Handlungskompetenzen in der psychosozialen Praxis. Freiburg: Lambertus.
- Stark, W., Stein, M. & Thamm, D. (1986). Hier ist Platz für alle. In Bundesvereinigung für seelische Gesundheit, *Gemeinsam Handeln. Wie wir mit Belastungen und Krisen fertig werden* (S. 36-43). Ohne Ort und Verlag.
- Stellungnahme der Psychotherapeutischen Fach- und Berufsverbände in der AGPT zur geplanten Einführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen in die Psychotherapierichtlinien zum Jahre 2000 (1999). *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 3, 473-475.
- Stieglitz, R.-D. & Haug, H.-J. (1995). Therapiezielbestimmung und -evaluation als Mittel zur Qualitätssicherung. In H.J. Haug & R.-D. Stieglitz (Hg.), *Qualitätssicherung in der Psychiatrie* (S. 191-199). Stuttgart: Enke.
- Stössel, J.P. (1987). Wie wirksam ist Psychotherapie? Die Qualität und Effektivität verschiedener Methoden werden untersucht. Kongreßbericht aus Lindau. *Süddeutsche Zeitung*, 104, 48.
- Strauss, A. (1991). *Qualitative Sozialforschung: Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen und soziologischen Forschung*. München: Fink.
- Strauss, A. & Corbin, J. (1996). *Grounded Theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. Weinheim: Beltz.
- Strauss, B. (1995). Editorial. *Psychotherapeut*, 40, 129.
- Strotzka, H. (Hg.) (1975). *Psychotherapie: Grundlagen, Verfahren, Indikation*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Strupp, H.H. (1992). „Die klassische Psychoanalyse ist ein Auslaufmodell“. *Psychologie Heute*, 19, 29-31.
- Stuhr, U. (1995). Buchbesprechung. *Psyche*, 49, 508-511.
- Szasz, T.S. (1960). The myth of mental illness. *American Psychologist*, 15, 113-118.
- Szasz, T.S. (1972). Der Mythos von der seelischen Krankheit. In H. Keupp (Hg.), *Der Krankheitsmythos in der Psychologie* (S. 44-56). München: Urban & Schwarzenberg.
- Thomä, H. & Kächele, H. (1973a). Wissenschaftstheoretische und methodologische Probleme der klinisch psychoanalytischen Forschung, I. Teil. *Psyche*, 27, 205-236.
- Thomä, H. & Kächele, H. (1973b). Wissenschaftstheoretische und methodologische Probleme der klinisch psychoanalytischen Forschung, II. Teil. *Psyche*, 28, 309-355.
- Tress, W. (1988). Forschung zu psychogenen Erkrankungen zwischen klinisch-hermeneutischer und gesetzeswissenschaftlicher Empirie: Sozialempirische Marker als Vermittler. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 38, 269-275.
- Tress, W. (1995). Psychoanalyse als Wissenschaft. *Psyche*, 39, 385-412.
- Tress, W. & Reister, G. (1993). Tiefenhermeneutik und Kohärenzismus. In W. Mertens (Hg.), *Schlüsselbegriffe der Psychoanalyse* (S. 144-150). Stuttgart: Verlag Internationale Psychoanalyse.
- Trojan, A., Hildebrandt, H., Faltis, M. & Deneke, C. (1987). Selbsthilfe, Netzwerkforschung und Gesundheitsförderung. Grundlagen „gemeindebezogener Netzwerkförderung“ als Präventionsstrategie. In H. Keupp & B. Röhrle (Hg.), *Soziale Netzwerke* (S.

- 294-317). Frankfurt: Campus.
- Trotha v., T. (1995). Ohne Titel. Sozialpsychiatrische Informationen, 25(4), 6.
- Tschuschke, V., Hölzer, M. & Kächele, H. (1995). Ach, Du liebe „Güte“. Eine Einladung statt einer Erwiderung. Psychotherapeut, 40(5), 304-308.
- Tschuschke, V., Kächele, H. & Hölzer, M. (1994). Gibt es unterschiedlich effektive Formen von Psychotherapie? Psychotherapeut, 39, 281-297.
- Urban, M. (1996). Sigmund Freuds Erben kämpfen um ihr Ansehen. Süddeutsche Zeitung, 58 (158), 22.
- Urbanioek, F. & Beine, K. (1995). Qualitätssicherung im psychiatrischen Krankenhaus – Chancen und Gefahren. In M. Hermer, W. Pittrich, W. Spöhring & U. Trenckmann (Hg.), Evaluation der psychiatrischen Versorgung in der Bundesrepublik. Zur Qualitätssicherung im Gesundheitswesen. (S. 105-115). Opladen: Verlag Leske & Budrich.
- Vauth, R. (1995). Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung – Qualitätszirkel und ihr didaktisches Konzept. In H.-J. Haug & R.-D. Stieglitz (Hg.), Qualitätssicherung in der Psychiatrie (S. 112-131). Stuttgart: Enke.
- Voelzke, W. (1995). Ohne Titel. Sozialpsychiatrische Informationen, 25(4), 6-9.
- Vogel, H. (1993). Was heißt Qualitätssicherung in der Psychotherapie? Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 25, 93-100.
- Vogel, H. (1996). Psychotherapie in der ambulanten Gesundheitsversorgung – eine kritische Übersicht. Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 28(1), 105-126.
- Vogt, I. (1991). Frauen und psychische Störungen. In G. Hörmann & W. Körner (Hg.), Klinische Psychologie. Ein kritisches Handbuch (S. 280-301). Reinbek: Rowohlt.
- Vogt, I. & Arnold, E. (1993). Sexuelle Übergriffe in der Therapie. Anleitung zur Selbsterfahrung und zum Selbstmanagement. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Wallerstein, R.S. (1989). The Psychotherapy Research Projekt of the Menninger Foundation. Journal of consulting and clinical psychology, 57, 195-205.
- Weigand, H. (1991). Alltagsbegleitung. Ein eigenes Leben sichern. In T. Bock & H. Weigand (Hg.), Handwerksbuch Psychiatrie (S. 259-285). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Weinert, U. (1995). Ohne Titel. Sozialpsychiatrische Informationen, 25(4), 5-6.
- Weyerer, S. & Dilling, H. (1984). Prävalenz und Behandlung psychischer Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung. Nervenarzt, 55, 30-42.
- Wienberg, G. (Hg.) (1991). Die neue „Psychiatrie-Personalverordnung“: Chancen für die Gemeindepsychiatrie. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Wittmann, W.W. & Matt, G.E. (1986). Metaanalysen als Integration von Forschungsergebnissen am Beispiel deutschsprachiger Arbeiten zur Effektivität von Psychotherapie. Psychologische Rundschau, 37, 20-40.
- Wurmser, L. (1989). „Either-Or“: Some comments on Prof. Grünbaums critique of psychoanalysis. Psychoanalytic Inquire, 9, 220-249.
- Zahlmann, C. (Hg.) (1992). Kommunitarismus in der Diskussion. Berlin: Rotbuch.
- Zygowski, H. (Hg.) (1987). Psychotherapie und Gesellschaft. Therapeutische Schulen in der Kritik. Reinbek: Rowohlt.
- Zygowski, H. (1989). Grundlagen psychosozialer Beratung. Ein modelltheoretischer Entwurf zur Neubestimmung psychischer Störungen. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Zygowski, H. (1991). Modelle psychischer Störungen. In G. Hörmann & W. Körner (Hg.), Klinische Psychologie. Ein kritisches Handbuch (S. 39-61). Reinbek: Rowohlt.
- Zygowski, H. (1995). Die Kontroverse um ein angemessenes Verständnis psychischer Störungen und ein Modell psychosozialer Verursachung. In M. Hermer (Hg.), Die Gesellschaft der Patienten (S. 59-65). Tübingen: DGVT.

„PRÄVENTION UND PSYCHOSOZIALE GESUNDHEITSFORSCHUNG“

*herausgegeben von
Prof. Dr. Dieter Kleiber, Freie Universität Berlin*

Bisher erschienen:

Beckmann, Herbert

HIV-positiv und drogenabhängig

Beratungserleben von HIV-infizierten i.v. Drogenabhängigen
unter besonderer Berücksichtigung von substituierten i.v. Drogenabhängigen
1998, 258 S., ISBN 3-89019-435-4 (Bd. 7)

Enzmann, Dirk

Gestreßt, erschöpft oder ausgebrannt?

Einflüsse von Arbeitssituation, Empathie und Coping auf den Burnoutprozeß
1996, 348 S., ISBN 3-89019-390-0 (Bd. 3)

Fabian, Agnes S.

Arbeitszufriedenheit bei Betreuern geistig behinderter Menschen

1996, 179 S., ISBN 3-89019-384-6 (Bd. 2)

Gusy, Burkhard

Stressoren in der Arbeit

Soziale Unterstützung und Burnout. Eine Kausalanalyse
1995, 230 S., ISBN 3-89019-372-2 (Bd. 1)

Kirschner, Renate

Jugend und illegale Drogen in Ostdeutschland

Eine bevölkerungsrepräsentative Längsschnittuntersuchung
1996, 296 S., ISBN-3-89019-395-1 (Bd. 4)

Oswald, Hans (Hg.)

Evaluation gesundheitlicher Präventionsmaßnahmen

1998, 132 S., ISBN 3-89019-398-6 (Bd. 5)

Pffor, Petra

AIDS-Prävention bei Jugendlichen

(Vorw. v. H. Oswald)

1998, 160 S., ISBN 3-89019-434-6 (Bd. 6)

Weiler, Gundo Aurel

Sextourismus und AIDS-Prävention

Qualitative Studie zum HIV-Schutzverhalten deutscher Freier auf den Philippinen
1998, 202 S., ISBN 3-89019-408-7 (Bd. 8)

im Profil Verlag München Wien

Elisabeth Lukas

LEHRBUCH DER LOGOTHERAPIE

Menschenbild und Methoden

1998, 238 S., geb., ISBN 3-89019-427-3 (Edition Logotherapie)

In komprimierter und dennoch präziser Weise wird zum erstenmal in Lehrbuchform die anthropologische Grundlage des Gedankengebäudes von *Viktor E. Frankl* (1905-1997), des weltberühmten Begründers der Existenzanalyse und Logotherapie, systematisch vorgestellt. Dadurch wird der Leser mühelos zu den sich daraus ergebenden methodischen Ansätzen dieser faszinierenden „Lebensschule“ und „Dritten großen Schule der Psychotherapie“ geleitet.

Lebensprobleme, psychische Krisen, aber auch schwere psychische Erkrankungen in Verbindung zu somatischen Prozessen werden diskutiert, die speziell logotherapeutischen Lösungs- und Linderungsmöglichkeiten dazu vorgestellt. Neu und besonders herauszuheben ist, daß die logotherapeutische Nomenklatur bereits in die moderne Klassifikation seelischer Störungsbilder nach *ICD-10* integriert worden ist. Aus dem Inhalt:

I. Das Menschenbild der Logotherapie

Die Einordnung der Logotherapie – Das Konzept der Dimensionalontologie – Die Dialektik von Schicksal und Freiheit – Das „Sinn-Organ“ Gewissen – Die Dialektik von Anfälligkeit und Intaktheit – Die Dialektik von Lust- und Sinnorientierung – Eine Fallstudie und zwei- und dreidimensionale Interpretationen dazu – Die Dialektik von Charakter und Persönlichkeit – Selbsterkenntnis und Umgang mit sich selbst

II. Die Gesprächsform der Logotherapie

Schlüsselwörter – Das Problem der Ambivalenz: Der hin- und hergerissene Mensch – Das Problem der Nichtakzeptanz: Der im Protest erstarrte Mensch – Das Problem der Ignoranz: Der gleichgültig-zugemauerte Mensch

III. Die Methoden der Logotherapie

Neurosegruppen nach V. E. Frankl – Entstehung der Angstneurosen – Heilung von Angstneurosen – Zwangsneurotische Charakter – Hysterie – Rettung durch Verzicht – multidimensionales Konzept gegen Süchte – Eßstörungen – Vermeidung iatrogenen Schäden – Begleitung somatogen-endogen Kranker – Bewältigung von Schicksalsschlägen – Noogene Neurosen und Depressionen – Wege aus dem existentiellen Vakuum – Schlaf- und Sexualstörungen – Egozentrismus – Prävention und Nachbetreuung – Über die Werthaftigkeit des Lebens

IV. Weiterentwicklungen der Logotherapie

Grundzüge der sinnzentrierten Familientherapie – Selbsterfahrung auf ganz andere Weise – Zuordnung der Klinisch-diagnostischen Leitlinien der *ICD-10* zur logotherapeutischen Terminologie

EDITION LOGOTHERAPIE im PROFIL VERLAG

Oliver König (Hrsg.)

GRUPPENDYNAMIK

Geschichte Theorien Methoden
Anwendungen Ausbildung

Mit Beiträgen von

Klaus Antons, Alf Däumling, Klaus Doppler, Brigitte Dorst,
Cornelia Edding, Jörg Fengler, Karlheinz A. Geißler,
Oliver König, Roswita Königswieser, Lothar Nellessen, Jürgen
Pelikan, Wolfgang Rehtien, Karl Schattenhofer, Bert Voigt

3. Auflage 1999, 320 S., br., ISBN 3-89019-420-6

Die angewandte Gruppendynamik hat sich seit ihren Anfängen in den 60er und 70er Jahren kontinuierlich weiterentwickelt, indem sie einerseits eine Vielzahl von Anregungen von anderen verwandten Methoden u.a. aus der Psychologie, der Sozialpsychologie, der Psychotherapie und der Organisationsforschung aufgenommen hat, andererseits ihre Arbeit gleichfalls in eine Vielzahl von Arbeitsfeldern ausgedehnt hat.

Heute finden sich gruppendynamische bzw. daran anschließende systemische Arbeitsansätze in der Aus- und Weiterbildung, in der Sozialarbeit, der Arbeit im kirchlichen Bereich, in Therapie, Supervision und Erwachsenenbildung, ebenso wie in der Personalentwicklung und im Training von Führungskräften, im Profit- wie im Non-Profitbereich, sowie in der Organisationsentwicklung.

In diesem Buch wird in 18 Aufsätzen der Stand der Entwicklung der angewandten Gruppendynamik unter historischen, theoretischen, methodisch-anwendungsbezogenen und praxiskritischen Aspekten dargestellt.

PROFIL LEHRBÜCHER

Wolfgang Rechten

BERATUNG

Theorien, Modelle, Methoden

1998, br. 160 S., ISBN 3-89019-426-5

Eine aktuelle Einführung in die Grundlagen der pädagogisch-psychologischen Beratung für soziale Berufe.

Das Buch stellt die Beratungsansätze vor, die für die Arbeit in psychosozialen und pädagogischen Handlungsfeldern Verwendung finden.

Ziel des Buches ist es, aus der Kenntnis der Theorien und anderen Voraussetzungen, die in die verschiedenen Konzepte von Beratung eingegangen sind, eine kritische Betrachtung der Verwendungsmöglichkeiten dieser Beratungskonzepte zu entwickeln. *Inhalt:*

1. Einführung

2. Beratungstheorien und Beratungshandeln

3. Die Anfänge:

Child Guidance, Erziehungsberatung, Klinische Psychologie

4. Pädagogisch-psychologische Beratung. Ausgewählte Ansätze

4.1. Beratung auf der Grundlage der Klientenzentrierten
Gesprächspsychotherapie

4.2. Psychoanalyse und psychoanalytisch fundierte Beratung

4.3. Gestalttheoretisch fundierte Ansätze

4.4. Verhaltenstheoretisch fundierte und kognitive Beratung

4.5. Neurolinguistisches Programmieren

5. Abschließende Reflexion

PROFIL LEHRBÜCHER

Qualitätssicherung wurde in den letzten Jahren zu einem Reiz- und Modethema – auch in der psychosozialen Praxis. In seiner Folge reagierten viele PraktikerInnen mit eifertiger Unterwerfung unter eine neue, von den Wirtschaftswissenschaften übernommene Ideologie darauf – oder auch mit totaler Abwehr.

Dieses Buch setzt sich kritisch-reflexiv mit dem Thema der Qualitätssicherung in Psychotherapie, Psychiatrie und psychosozialer Praxis auseinander. Es zeigt Möglichkeiten auf, wie Qualitätssicherung für eine sinnvolle Selbstprüfung der eigenen praktischen Tätigkeit genützt werden kann.

Zunächst wird dazu ein Überblick gegeben, der über die Begründungszusammenhänge, die Definitionen, die vorliegenden und realisierten Modelle und den Prozeß der Qualitätssicherung informiert.

Danach wird die derzeit wohl – wissenschaftstheoretisch wie berufspolitisch gesehen – wichtigste Auseinandersetzung mit den Ergebnissen der Berner Arbeitsgruppe von Klaus Grawe dargestellt, die die Prinzipien der Effektivität und Vergleichbarkeit der Psychotherapieverfahren zum allein gültigen Forschungs- und Qualitätssicherungskriterium hochstilisiert hat.

Aus der Kritik dieser Studie wird für eine *gemeindepsychologisch orientierte* psychosoziale Praxis eine Qualitätssicherungsstrategie abgeleitet, deren wesentliche Bestimmungstücke *Selbstevaluation, qualitative Methoden, prozeßorientierte Ausrichtung und Orientierung an den Nutzern/Nutzerinnen* sind. Dazu werden ethikorientierte Qualitätskriterien vorgestellt.

Im Anhang sind ferner Materialien zusammengestellt, die einen Praxistransfer erleichtern sollen.

„Man kann es lesen als eine Zwischenbilanz, einen hilfreichen Leitfaden, um einen Überblick über die Publikationsflut zum Thema Qualitätssicherung zu gewinnen. Man kann es aber auch als engagierten Beitrag zu einer eigenständigen Formulierung von Qualitätsstandards in der psychosozialen Arbeit lesen.“
(Prof. Dr. Heiner Keupp)

Profil Verlag München Wien

Gemeindepsychologische Perspektiven, Band 10

ISBN 3-89019-445-1