

Stephan Hau und Horst Kächele

„Nichts ist umsonst“ – Ein Plädoyer für eine differentielle Kosten-Nutzen Bewertung psychoanalytischer Behandlungen

Abstract: Die Kostenrelevanz psychoanalytischer Behandlungen wird immer wieder in Frage gestellt. Der Versuch, positive Therapieeffekte in einer verminderten Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems beziehungsweise Krankheitstagen widerspiegeln offenbart die Notwendigkeit der Differenzierung. Die Angabe von Durchschnittswerten erscheint zu allgemein, verdeckt spezifische Effekte in einzelnen Patientengruppen.

Stichwörter: Therapiekosten, Psychoanalyse, Behandlungserfolg, outcome, Katamnese

In den verwalteten Gesellschaften der westlichen Welt muss Psychotherapie sich ununterbrochen rechtfertigen. Das ist der Preis, der für die Einbeziehung dieser Leistungen in das öffentliche Gesundheitssystem zu entrichten ist. In der BRD wurde dieser Preis durch die damals bahnbrechende Studie von Dührssen [5] klaglos entrichtet.

Kosten-Nutzen Analysen waren jedoch lange kein großes Thema in der Therapieforscher-Szene, bis Newman und Howard [14] dieses heiße Eisen aufgriffen. Das NIMH führte im Januar 1994 eine Konferenz mit Ökonomen und Therapieforschern durch, die den Stand der Diskussion gegen Ende des 20. Jahrhunderts wiedergab [13]. Dort wurde auch die für die USA recht großzügige Finanzierung der deutschen Krankenkassen mit Erstaunen zur Kenntnis genommen [7]. Die unseres Wissens neueste Studie zu dem brisanten Thema wurde von der

Stuttgarter Studiengruppe TRANS-OP berichtet; die Autoren zeigen, dass bei konservativer Kostenschätzung im Jahr vor Beginn der Behandlung die von der Kasse registrierten Kosten deutlich ansteigen, und dann im Laufe des ersten Jahres der Behandlung wieder auf das Ausgangsniveau zurückfallen [8].

Anlass unserer kurzen Mitteilung sind vereinzelt hör- und lesbare Ansichten, dass die Kostenrelevanz psychoanalytischer Behandlungen durch die schwedische STOPPP-Studie nicht belegt werden könne; ja, dass sogar das Gegenteil der Fall sei, nämlich ein Kostenanstieg nach psychoanalytischen Behandlungen demonstriert werde.

In ihrer letzten Veröffentlichung ist die Forschergruppe um Rolf Sandell der interessanten Frage nachgegangen, ob psychoanalytische Behandlungen positive Effekte auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen haben [9]. Sie nahmen an, dass sich positive Therapieeffekte auch in einer verminderten Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems und in einer verminderten Anzahl von Krankheitstagen widerspiegeln. In ihrem differenzierten Beitrag wird deutlich, wie komplex eine so schlicht anmutende Variable wie die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen letztlich ist und auf welche Schwierigkeiten man bei dem Versuch stößt, die „Einsparungen“ im Gesundheitssystem in Euro zu berechnen, die auf die Anwendung einer bestimmten Psychotherapie zurückzuführen sind. Es erstaunt deshalb auch nicht, dass manche der überschwänglich optimistischen Berechnungen der Kostenersparnis durch Psychotherapie auf wenig Gegenliebe bei Politikern stoßen.

Statt nun der differenzierten Untersuchung und Argumentation von Lazar et al. zu folgen, wurde in der aufkommenden Debatte immer wieder ein Befund hervorgehoben: Patienten, die eine Psychoanalyse hinter sich hatten, nahmen mehr Psychopharmaka zu sich und fehlten wegen Krankheit signifikant öfters als vor der Behandlung.

Es verwundert, wie sehr dieses eine Resultat breit getreten wurde, ohne den Hintergrund der schwedischen Studie (und auch deren methodische Schwierigkeiten), vor allem aber ohne die anderen, nicht minder interessanten Resultate dieser Studie zu berücksichtigen.

Im Folgenden wird deshalb der Versuch unternommen, den so große Aufmerksamkeit erregenden Befund im Kontext der übrigen Resultate der Studie zu diskutieren, um eine Versachlichung der Diskussion zu versuchen.

Lazar et al. zeichnen nämlich ein differenzierteres Bild, wenn sie unter anderem die Auffassung vertreten, dass Therapiekosten nicht nur die Therapeutenhonorare, sondern auch Supervisionskosten mit enthalten müssten. Genauso dürften mögliche Einsparungen nicht nur in verminderten Gesundheitskosten, die ein ehemaliger Psychotherapiepatient verursacht, gesehen werden, sondern auch die positiven Auswirkungen auf Familienmitglieder sowie eine erhöhte „Produktivität“ des Patienten insgesamt und im Hinblick auf die gesamte Lebensspanne, sollten mitberücksichtigt werden. Dabei entsteht aber das Problem, dass dies nicht mehr alles präzise in Euro angegeben werden kann, schon gar nicht, wenn man eine Perspektive einnimmt, die weitere Generationen berücksichtigt. Vor diesem Hintergrund erscheint bereits Fokussierung auf die Variable „Krankheitstage des Patienten“ als ein allzu simples Maß für die „Messung“ von Therapieerfolg, als eine mutwillige Verkürzung und womöglich Fehlinterpretation weitaus komplexere Zusammenhänge. Fast scheint es so, man nehme die Realität lieber nicht zur Kenntnis, eine Realität, die sich als viel komplexer und komplizierter erweist als einem lieb sein kann.

Generell erscheint es problematisch, den Behandlungserfolg einer Psychotherapie in Euro oder Dollars zu bemessen, um einen Betrag zu errechnen, der bei der Inanspruchnahme des Gesundheitswesens durch ehemalige Psychotherapiepatienten wahrscheinlich eingespart werden kann. Abgesehen davon, dass Therapieerfolg sich auch in subjektivem Wohlbefinden niederschlägt, dieses sich aber nicht mit Geld aufwiegen lässt, kommt in der Kosten-Nutzen-Rechnung in Euro wieder die alte Idee, dass man Untersuchungen bei psychotherapeutischen Behandlungen ähnlich verfahren könnte wie bei Untersuchungen von Medikamentenbehandlungen. Die Anwendung von Psychotherapie wird dabei mit dem Einsatz eines chemischen Mittels bei der Medikamentenbehandlung gleichgesetzt. Genau dosiert und bei guter compliance entsprechend wirksam, lassen sich so prä-post Vergleiche anstellen und die entsprechenden (positiven oder negativen) Auswirkungen festhalten, etwa in Form von Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens oder Krankentagen. Stillschweigend wird hier dabei von ausgegangen, dass Psychotherapie – ähnlich einer Medikation – „verabreicht“ wird und entsprechend „wirkt“.

Völlig unter den Tisch fällt dabei die Tatsache, dass sich im Rahmen einer Psychotherapie eine Beziehung zwischen Patient und Therapeut entwickelt, deren hyperkomplexe nicht mit unterkomplexen Untersuchungsinstrumenten adäquat beschrieben werden kann [vgl. 11, 6].

Doch was wäre dann eine angemessene Untersuchungsmethode für Therapieerfolg? Nimmt man die Variable Krankheitstage vor, während und nach der Therapie als Grundlage, so ist in der schwedischen Untersuchung die große Diskrepanz zwischen den subjektiv erinnerten Fehlzeiten und den offiziellen Angaben der Krankenkassen auffallend. Die niedrigen Korrelationen verweisen auch auf fehlerhafte Krankenkassendaten, was ein keineswegs beruhigender Umstand ist, wenn Fehlzeiten als Bemessungsgrundlage für Therapieerfolge verwendet werden. Krankenkassendaten lassen sich also nicht ungeprüft verwenden.

Die wichtigsten Ergebnisse des Stockholm Outcome of Psychotherapy and Psychoanalysis Project (STOPPP), die für einen lang anhaltenden positiven Effekt von hochfrequenten psychoanalytischen Therapien sprechen, sind bereits in früheren Veröffentlichungen beschrieben worden [vgl. 4, 15]. Dort ist auch das Design der Studie ausführlich erläutert. Auch in der neusten Auswertung der Daten der Studie wird betont, dass Psychotherapien nicht nur eine anhaltende Verbesserung des subjektiven Erlebens der Patienten bewirken, sondern auch eine deutliche Symptomabnahme sowie einen Anstieg der psychischen Verfasstheit bewirken. Diese Befunde werden jedoch gerne übergangen, angesichts zweier weiterer Befunde, die besser ins Bild zu passen scheinen: Psychoanalysepatienten wiesen eine etwas erhöhte Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen und keine Reduktion der Krankheitstage, also der Fehlzeiten an Arbeitsplatz nach Abschluss der Behandlungen auf. Gerade in letztere Variable waren die meisten Hoffnungen gesetzt worden, dass sie sich als besonders sensibel und gut geeignet erweisen würde, Veränderungen, die auf Psychotherapieeffekte zurückzuführen wären, zu erfassen.

Bei genauerer Überlegung, was „Krank-Sein“, das zu Krankheitstagen führt, eigentlich bedeutet, lassen sich drei Dimensionen von „Krankheit“ unterscheiden: 1. „Krank-Sein“, 2. „Sich-krank-Fühlen“ und 3. sich im Hinblick auf 1 oder 2 zu verhalten. Und die Beziehungen zwischen diesen drei Dimensionen scheinen komplexer zu sein, als zunächst angenommen. So kann jemand objektiv krank sein, sich subjektiv aber gesund fühlen. Eine Verleugnungstendenz der Erkrankung mag

hier eine wichtige Rolle spielen, etwa wenn es für eine Person nicht ins Selbstbild passt, krank und auf die Unterstützung anderer angewiesen zu sein. Umgekehrt kann es sein, dass sich ein Patient subjektiv krank fühlt, ohne objektiv krank zu sein, was zu entsprechenden Handlungen führt, die man sich leicht ausmalen kann. Aus den neuen Befunden der Stockholm-Studie wird deutlich, dass Krankheitstage und andere krankheitsbezogene Variablen multifaktoriell determiniert sind und keineswegs als in einer Eins-zu-eins-Relation mit Krankheit stehend aufgefasst werden können. Daraus folgt, dass zwischen dem objektiven Gesundheitszustand eines Patienten einerseits, seinem subjektiven Erleben und den Handlungskonsequenzen, die er daraus zieht, andererseits, unterschieden werden muss. Dies ist der eigentlich interessante Befund dieser Studie, der zu weiteren Forschungsanstrengungen auffordert. Folgerichtig plädieren die Autoren auch für Differenzierungen, etwa hinsichtlich der Inanspruchnahme von somatisch-medizinischen Leistungen und den psychiatrisch-medizinischen Leistungen für ehemalige Psychotherapiepatienten. Aus den positiven Befunden im Selbsterleben nach Abschluss der Behandlung kann also nicht automatisch auf eine positive Entwicklung der Gesundheitsdaten gezogen werden, die ja bisher als eine mögliche Operationalisierung von „Gesundheit“ herangezogen wurden (Krankheitstage). In der Stockholmer Studie ist nun von einem Absinken der Krankheitstage bei der Psychotherapiegruppe (niederfrequente Psychotherapie) und einem Anstieg bei der Psychoanalysegruppe die Rede. Die Aussagekraft dieses scheinbar eindeutigen Befundes ist jedoch durch eine Reihe von Umständen und Problemen in Frage gestellt:

- In der Psychoanalysegruppe der Stockholm Studie gab es auffällig wenig Patienten mit Persönlichkeitsstörungen. Dies steht im Widerspruch etwa zu den deutschen Befunden aus der Katamnese studie von Leuzinger-Bohleber et al. [12], in der 50,8 % der Psychoanalysepatienten eine Persönlichkeitsstörung aufwiesen. Die Diagnoseprozedur in der STOPPP Studie, so geben Lazar et al. zu, mag zu einer geringeren Zahl von Persönlichkeitsstörungen in der Psychoanalysegruppe geführt haben.
- In anderen Ländern, etwa den USA, Kanada oder Australien, wird eine Chronifizierung bzw. eine längere Dauer der Störung, und entsprechend auch

eine ICD oder DSM Diagnose für die Indikation zu psychoanalytischer Psychotherapie vorausgesetzt. Dies ist jedoch in Schweden generell keine Voraussetzung und war es auch nicht für die Finanzierung der verschiedenen Therapieformen der Stockholm Studie.

- Ein weiteres Problem der Vergleichbarkeit sind die unterschiedlichen Kriterien und Definitionen von Krankheitstagen. Lazar et al. verweisen auf etwa 60 unterschiedliche Masse, die in publizierten Studien verwendet werden [vgl. 9, S. 62].
- Es existieren spezifische Bedingungen in Schweden, die einen Vergleich der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen mit der Inanspruchnahme in anderen Ländern erschweren. So beträgt die jährliche Selbstbeteiligung für alle Gesundheitsleistungen ungefähr 100 € für den einzelnen Patienten. Darüber hinaus sind alle Leistungen von den Versicherungen abgedeckt (Zahnmedizinische Leistungen ausgenommen). Dies hat natürlich besondere Auswirkungen auf die Art und Weise, wie das Gesundheitssystem in Anspruch genommen wird.
- In den neunziger Jahren des letzten Jahrhunderts kam es zu einem dramatischen Anstieg der krankheitsbedingten Fehlzeiten in Schweden insgesamt und auch in Großraum Stockholm. Die Statistiken der Krankenkassen verzeichneten einen Anstieg von 31,6 Tagen auf 43,7 Tage im Jahr. Diesen Hintergrund sollte man berücksichtigen, wenn man die Krankheitstage der verschiedenen Patientengruppen sinnvoll einschätzen möchte. So wies die Gruppe der Psychotherapiepatienten zu Beginn der Behandlungen Fehlzeiten von 60 Tagen auf, die sich auf 40 Tage reduzierten (post treatment). Bei der Gruppe der Psychoanalysepatienten betrug die Anzahl der Fehltage zu Beginn der Behandlung ungefähr 18 (!) Tage, während sie auf ca. 30 Tage im Katamnesezeitraum anstieg. Somit kommt es zwar zu dem bereits erwähnten Anstieg der krankheitsbedingten Fehlzeiten nach Beendigung der Psychoanalysen, die tatsächliche Anzahl der Krankentage liegt aber immer noch weit unter den nationalen Durchschnittswerten.
- Ein weiteres Problem der Vergleichbarkeit mit anderen Studien liegt in der Zusammensetzung der schwedischen Stichprobe. In der Gruppe der Psychoanalysepatienten befanden sich überdurchschnittlich viele Patienten,

die selbst im Bereich der medizinischen Versorgung, im Erziehungswesen oder zum Beispiel als Sozialarbeiter tätig waren. Für diese Berufsgruppen ist eine allgemein hohe Selbstausbeutungstendenz charakteristisch, das heißt, diese Personen weisen eine erhöhte Neigung auf, auch dann am Arbeitsplatz zu erscheinen, wenn sie objektiv krank sind [vgl. 1, 2]. Die höhere Anzahl an Krankheitstagen nach einer psychoanalytischen Behandlung könnte also auf eine realistischere Selbsteinschätzung der eigenen Befindlichkeit zurückzuführen sein.

- Die Autoren selbst diskutieren methodologische Gründe, Unterschiede zwischen den Patientenpopulationen, aber auch soziokulturelle und sozioökonomische Unterschiede, die einen Vergleich der Stockholmer Daten mit denen von Studien aus anderen Ländern erschweren.
- Außerdem sind die Befunde insgesamt nicht einheitlich: Wurden verschiedene Altersgruppen ausgewertet, so wies die Gruppe der 50-59 jährigen Psychoanalysepatienten niedrigere Fehlzeiten auf als die in der entsprechenden Vergleichsgruppe. Die Kurve dieser Patientengruppe zeigte, entgegen der Tendenz der Gesamtgruppe der Psychoanalysepatienten, insgesamt einen rückläufigen Trend.
- Auf die Auswirkungen, welche die gesamtwirtschaftliche Entwicklung auf die allgemeinen Fehlzeiten hat, sei hier nicht weiter eingegangen.

Aus all den angeführten Argumenten ergibt sich zwingend, dass bei der Bewertung veröffentlichter Forschungsergebnisse zu Krankheitsfehlzeiten eine differenzierte Sicht erforderlich ist. Vereinfachende Polemiken bringen nicht weiter, denn letztlich geht es ja darum, den Patienten Behandlungen zur Verfügung zu stellen, die das Beste des Möglichen darstellen.

Lässt sich aus den schwedischen Daten nun der Schluss ziehen, dass psychoanalytische Langzeittherapien ineffektiv sind und der Zustand der Patienten sich verschlechtert? Zwar mag schon die Frage verwundern, angesichts der bereits veröffentlichten positiven Befunde, aber das Ergebnis der vermehrten Krankentage bei Psychoanalysepatienten wirft eher Fragen auf, als dass es Antworten bereithält. Deshalb war es auch Ansporn genug für weitere Untersuchungen.

In einer neuen Auswertung wurde von Lazar, Sandell, & Grant [10] die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems durch die verschiedenen Patientengruppen mit Hilfe von nonparametrischer latent class Regressionsanalyse

untersucht. Dabei stellte sich heraus, dass die zunächst einheitlich für die gesamte Gruppe der Patienten untersuchte Variable „Inanspruchnahme des Gesundheitssystems“ (z.B. durch Krankheitstage, Anzahl der Arztbesuche, Hospitalisierungen, Medikamente, etc.) ein sehr heterogenes Bild verdeckte. Nun wurden 6 Untergruppen differenziert, in denen die Patienten unterschiedlich auf psychoanalytische Langzeitbehandlung reagierten.¹

Die Hypothese zur Differenzierung der Untergruppen war, dass sich eine eventuelle Heterogenität zum Teil auf demographische Variablen, zum Teil aber auch auf frühere psychiatrische Behandlung zurückführen lässt. Darüber hinaus wurden aber auch die individuellen Krankengeschichten der Patienten in den einzelnen Gruppen zur Validierung herangezogen. So berichten die Autoren unter anderem von einer Gruppe von 16% der Patienten (bezogen auf N=216 Patienten), mit erhöhtem Medikamentenkonsum und gestiegener Anzahl von Krankheitstagen im Laufe und nach Abschluss der psychoanalytischen Behandlung überrepräsentiert waren. Die meisten Patienten waren auf andere Gruppen verteilt, bei denen ein Rückgang der Krankentage zu verzeichnen war. Betrachtete man sich nun die individuellen Krankengeschichten dieser als ein Cluster dominierenden Patienten genauer, so stellte sich heraus, dass die erhöhten Fehlzeiten und die vermehrte Medikamenteninanspruchnahme unter anderem auf Arthritis im Knie, Bluthochdruck, verminderte Immunabwehr, Reitunfall (Fußbruch und Rückenbeschwerden), Brustkrebs, Bluthochdruck und arbeitsbedingter Stress zurückzuführen waren. Die Erkrankungen waren zum Teil mit langwierigen Untersuchungen verbunden. Die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens im Laufe und nach Ende einer Psychotherapie ist somit eine multipel determinierte Angelegenheit. Für fast jede einzelne Variable (Anzahl der Arztbesuche, Hospitalisierung, Medikamente, Krankheitstage, etc.) ließen sich einzelne Klassen oder Cluster finden, in denen die Inanspruchnahme abnahm (die überwiegende Mehrheit der Patienten); wiederum konnten aber auch Klassen-Cluster identifiziert werden, in denen die Inanspruchnahme ansteigt. Angesichts dieser Heterogenität kann die allgemeine Interpretation etwa der Variable „Krankentage“ im Zusammenhang mit der generellen Beurteilung der Erfolge einer Therapie, eine grobe Missinterpretation darstellen.

¹ Untersucht wurden 420 Patienten mit 1260 Beobachtungen. Dies ergibt sich aufgrund des speziellen Designs der STOPPP Studie (vgl. Sandell et al. 2000). Eine Vergleichsgruppe waren 400 zufällig ausgewählte Stockholmer Bürger zwischen 20 und 69 Jahren und eine zweite Vergleichsgruppe waren 90 Psychologiestudenten)

Stephan Hau 28.6.06 19:12

Formatiert: Schriftart:10 pt, Nicht Hervorhebung

Stephan Hau 28.6.06 19:12

Formatiert: Schriftart:10 pt, Nicht Hervorhebung

Stephan Hau 28.6.06 19:12

Formatiert: Schriftart:10 pt, Nicht Hervorhebung

Stephan Hau 28.6.06 19:12

Formatiert: Schriftart:10 pt, Nicht Hervorhebung

Stephan Hau 28.6.06 19:12

Formatiert: Schriftart:10 pt, Nicht Hervorhebung

Stephan Hau 28.6.06 19:12

Formatiert: Schriftart:10 pt, Schriftfarbe: Schwarz, Nicht Hervorhebung

Stephan Hau 28.6.06 19:12

Formatiert: Schriftart:10 pt

Natürlich gilt dieses caveat auch für die Studien, die bislang gerne als Beleg für die kostensenkende Wirkung von Psychotherapie bzw. Psychoanalyse genommen werden. Besonders ist es problematisch, wenn nur kleine Teilstichproben bezüglich Kostenaspekten nachanalysiert werden können [vgl. 3]. Für die Debatte in Deutschland ist deshalb mit Nachdruck zu fordern, die Schätzung von Kosten-Nutzen Aspekten mit größtmöglicher Differenziertheit zu führen.

Literatur:

- [1] Aronsson R, Gustafsson K (2002) Sickness presenteeism – Prevalence and trends. *Arbete och Hälsa* 8, Solna, Schweden: Arbetslivsinstitutet
- [2] Aronsson R, Gustafsson K, Dallner M (2000) Sick but yet at work. An empirical study of sickness presenteeism. *Journal of Epidemiology and Community Health* 54: 502-509
- [3] Beutel M, Rasting M, Stuhr U, Rüger B, Leuzinger-Bohleber M (2004) Assessing the impact of psychoanalyses and long term psychoanalytic therapies on health care utilization and costs. *Psychotherapy Research* 14: 146-160
- [4] Blomberg J, Lazar A, Sandell R (2001) Long-term outcome of long-term psychoanalytically oriented therapies: First findings of the Stockholm outcome psychotherapy and psychoanalysis study. *Psychotherapy Research* 11: 362-382
- [5] Dührssen A (1962) Katamnestische Ergebnisse bei 1004 Patienten nach analytischer Psychotherapie. *Zeitschrift für Psychosom Medizin und Psychoanalyse* 8: 94-113
- [6] Hau S (2003) Unsichtbares sichtbar machen? Forschungsprobleme in der Psychoanalyse. Kassel: Habilitationsschrift
- [7] Kächele H, Richter R, Thomä H, Mayer AE (1999) Psychotherapy Services in the Federal Republic of Germany. In: Miller N, Magruder K (eds): *Cost-effectiveness of Psychotherapy*. Oxford University Press, New York Oxford, pp 334-344
- [8] Kraft S, Puschner B, Lamberrt MJ, Kordy H (2006) Medical utilization and treatment outcome in mid- and long-term outpatient psychotherapy. *Psychotherapy Res* 16: 241-249
- [9] Lazar A, Sandell R, Grant J (2006) Do psychoanalytic treatments have positive effects on health and health utilization? Further findings of the Stockholm Outcome of Psychotherapy and Psychoanalysis Project (STOPPP). *Psychotherapy Res* 16: 51-66
- [10] Lazar A, Sandell R, Grant J (2006) An Individual Differences Perspective on Change in Psychotherapy: The Case of Health Care Utilization. Submitted
- [11] Leuzinger-Bohleber M, Bruns G (2004) Präambel. In: Brandl Y, Bruns G, Gerlach A, Hau S, Janssen PL, Kächele H, Leichsenring F, Leuzinger-Bohleber M, Mertens W, Rudolf G, Schlösser AM, Springer A, Stuhr U, Windaus E: *Psychoanalytische Therapie. Eine Stellungnahme für die wissenschaftliche Öffentlichkeit und für den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie*. *Forum der Psychoanalyse* 20: 13-18.
- [12] Leuzinger-Bohleber M, Stuhr U, Rüger B, Beutel M (2001) Langzeitwirkungen von Psychoanalysen und Psychotherapien: eine multiperspektivische, repräsentative Katamnesestudie. *Psyche – Z Psychoanal* 55: 193-275
- [13] Miller NE, Magruder KM (eds) (1999) *Cost-effectiveness of psychotherapy*. Oxford, Oxford University Press
- [14] Newman F, Howard K (1986) Therapeutic effort, treatment outcome, and national health policy. *Amer Psychol* 41: 181-187
- [15] Sandell R, Blomberg J, Lazar A, Carlsson J, Broberg J, Schubert J (2000) Varieties of long-term outcome among patients in psychoanalysis and long-term psychotherapy. A review of findings in the Stockholm Outcome of Psychoanalysis and Psychotherapy Project (STOPPP). *International Journal of Psychoanalysis* 81: 921-942

Adressen:

PD Dr. phil. Stephan Hau
Institutionen för beteendevetenskap
Linköpings universitet
581 83 LINKÖPING

Schweden
Tel.: +46-13-282098
Fax: +46-13-282145
E-mail: steha@ibv.liu.se

Prof. Dr. med. Horst Kächele
Universitätsklinikum Ulm
Abteilung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Universität Ulm
Tel.: +49 731 500-25660
Fax: +49 731 500-25662
Email: horst.kaechele@uni-ulm.de