

Gesundheitssystemforschung aus psychologischer Perspektive

Lothar R. Schmidt

Die Gesundheitssystemforschung hat in den Sozialwissenschaften, der öffentlichen Gesundheitsförderung und der Gesundheitsökonomie einen festen Platz gefunden (Arnold, 1993; Breyer & Zweifel, 1992; Buchholz, 1988; Spörkel, Birner, Frommelt & John, 1995), während sie in der Gesundheitspsychologie bislang randständig geblieben ist. Ihre wachsende Bedeutung als interdisziplinäre Forschungsdisziplin wird auch durch eine Denkschrift der Deutschen Forschungsgemeinschaft dokumentiert (Schwartz et al., 1995).

Meist wird der Begriff „Gesundheitssystem“ wie bei Arnold (1993, S. 422) auf die „Gesamtheit der Institutionen und Personen bezogen, welche die Aufgabe haben, Ziele der Medizin zu verfolgen.“ Es besteht also eine enge Anlehnung an das Medizinsystem und oft überwiegend an die kurative Medizin, so daß die Systemimmanenz stets zu beachten ist.

Nach Braun (1994, S. 256) ist: „allen Gesundheitssystemen . . . gemeinsam, daß sie weniger gesundheitsorientiert als krankheitsfixiert sind. Nicht die Anleitung zur gesunden Lebensführung und die Erhaltung von Gesundheit, sondern die Diagnose, Therapie und Linderung von Krankheiten stehen im Vordergrund. Schwartz et al. (1995, S. 3) betonen die funktionale Seite des Gesundheitswesens mit folgenden Zielen:

- „der Verbesserung gesundheitlichen Wohlbefindens und der Minderung von Erkrankungsrisiken in der Bevölkerung,
- der ambulanten und stationären Erkennung und Therapie von Krankheiten durch professionelle Dienste,
- der Rehabilitation im Sinne der Wiederherstellung nachhaltig beeinträchtigter funktionaler, somatischer, kognitiver, emotionaler und sozialer Fähigkeiten,
- der Pflege dauerhaft Erkrankter beziehungsweise Behinderter, deren Fähigkeit zur selbständigen Alltagsbewältigung bleibend beeinträchtigt ist.“

Indikatoren von Gesundheitssystemen

Im Zentrum der operationalisierten Deskription und Evaluation von Gesundheitssystemen stehen Indikatoren (Braun, 1994; Breyer & Zweifel, 1992; Schmidt & Dlugosch, 1991; Statistisches Bundesamt, 1995a). Diese Indikatoren können - je nach Untersuchungsansatz und -zielen - Prädiktoren oder Kriterien sein und können somit auf Input oder Output orientiert sein (vgl. Braun, 1994; Breyer & Zweifel, 1992). In Tabelle 1 sind Indikatorenbereiche und beispielhaft einige Indikatoren

zusammengestellt. Die aus diesen Bereichen ableitbaren Indikatoren sind sehr unterschiedlich spezifisch und unterschiedlich gut erfaßbar (vgl. Statistisches Bundesamt, 1995a). Wegen der mit ihnen oft verbundenen ökonomischen und sozialen Aspekte sind einige Indikatoren umstritten oder sogar umkämpft und durch statistische Überinterpretationen in ihrer Aussagekraft gefährdet. Wie Braun (1994) darlegt, sind hohe Werte auf Indikatoren (z. B. hoher Anteil am Bruttosozialprodukt) nicht unbedingt ein Beleg für die Qualität eines Gesundheitssystems.

Tabelle 1

Indikatorenbereiche und Indikatoren (Beispiele) von Gesundheitssystemen (vgl. Schmidt & Dlugosch, 1991; Statistisches Bundesamt, 1995a)

Indikatorenbereiche von Gesundheitssystemen

Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens

politisches und sozialpolitisches System, Umweltpolitik,
öffentliche Gesundheitsförderung, Professionalisierung,
Bevölkerungsstruktur und -entwicklung

Struktur des Gesundheitssystems

- Steuerung, gesetzliche Bestimmungen, Finanzierung, Versicherungssysteme
- Organisation und Verwaltung von ambulanten, teilstationären und stationären Diensten der kurativen Medizin, Rehabilitation und Pflege
- Ressourcen der Gesundheitsversorgung, Versorgungsdichte (Ärztzahlen, Zahnärzte, Anzahl der Krankenhausbetten, Verweildauer), apparative Versorgung und Apotheken
- Versorgungsniveau und Organisationsformen (z. B. Gruppenpraxen, offene vs. geschlossene Psychiatrie u. ä.)
- Inanspruchnahme, Zugang, Wahlmöglichkeiten
- Häufigkeiten unterschiedlicher medizinischer Maßnahmen
- Gesundheitsschutz
- Prävention und Gesundheitsförderung
- paramedizinische Dienste, Laiensystem

Effizienz (Output-Indikatoren) auch in bezug zu Maßnahmen der Prävention und der Gesundheitsförderung, Healthy Cities u. ä.

Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement,
Kosten, Kosten-Effektivität, Angebot und Nachfrage,
iatrogene Schädigungen durch Behandlungen, Medikamente usw.

In der Gesundheitssystemforschung besteht die Gefahr, die jeweils tradierten Medizinsysteme zu unterstützen. Das Gewicht der medizinischen Versorgung wird fast selbstverständlich überbetont und in vielen gebräuchlichen Indikatoren abgebildet, obwohl empirische Analysen andere Gewichtungen bzw. die Aufnahme zusätzlicher Indikatoren nahelegen. Schneider, Sommer, Kececi, Scholtes und Welzel (1989, S. 6) etwa kommen zu folgendem Schluß: „Veränderungen in den Risikofaktoren, in der Umwelt und in den Arbeitsbedingungen haben oftmals einen größeren Einfluß auf die gesundheitliche Situation als das Niveau der medizinischen Versorgung.“ „Soziale

Indikatoren“ wie sie von ZUMA (1995) in einem Informationssystem zusammengestellt wurden, können eine notwendige Ergänzung rein medizinischer Merkmale ermöglichen.

Kritische Reflexionen von Gesundheitssystemen werden durch *interkulturelle Vergleiche* von Indikatoren der jeweiligen Medizinsysteme ermöglicht, wie sie weltweit regelmäßig von der WHO (vgl. WHO, 1995) und für die OECD-Länder (vgl. OECD, 1990) vorgelegt werden. Schmidt und Dlugosch (1991) haben eine Reihe von Vergleichsaspekten angeführt und in ihrer Bedeutung für verschiedene europäische Länder diskutiert.

Auch bei sehr einfach erscheinenden, „harten“ Indikatoren des medizinischen Systems stößt man oft auf Überraschungen und nur schwer zu bewertende Ergebnisse (vgl. Alber, 1988; Braun, 1994; Schmidt & Dlugosch, 1991). Zur Illustration angesprochen seien nur die Anzahl der Krankenhausbetten, die Häufigkeiten verschiedener Operationsarten und der Einsatz apparativer Methoden in der Medizin.

In Deutschland waren 1993 (Statistisches Bundesamt, 1995b) insgesamt 628.658 *Krankenhausbetten* vorhanden mit der gewaltigen Fallzahl von 14.385.416 in einem Jahr. Die Zahl der Krankenhausbetten weist selbst in den OECD-Ländern eine verblüffend große Streuung auf (Dlugosch & Schmidt, 1992; OECD, 1990; Schmidt & Dlugosch, 1991). Beispielsweise verfügt Spanien im Verhältnis zu Deutschland bei gleicher Bezugsgröße nur etwa über die Hälfte an Krankenhausbetten, ohne daß hiervon, wie auch bei anderen Ländervergleichen, die Lebenserwartung erkennbar beeinflußt wäre. 1992 betrug die Lebenserwartung bei Geburt in Deutschland 75,6 Jahre und in Spanien 77,4 Jahre (vgl. Deutsche Gesellschaft für die Vereinten Nationen, 1994).

Tabelle 2

Krankenhausbetten („Krankenhäuser insgesamt“) in Deutschland je 100.000 Einwohner (Statistisches Bundesamt, 1995b)

<i>Deutschland</i>	774,4
Baden-Württemberg	673,1
Bayern	736,4
Berlin	1.059,9
Brandenburg	734,0
Bremen	1.055,9
Hamburg	883,9
Hessen	722,9
Mecklenburg-Vorpommern	733,0
Niedersachsen	712,0
Nordrhein- Westfalen	868,4
Rheinland-Pfalz	736,3
Saarland	836,4
Sachsen	707,1
Sachsen-Anhalt	793,2
Schleswig-Holstein	645,5
Thüringen	811,9

Wie sich aus den Statistischen Jahrbüchern (vgl. Statistisches Bundesamt, 1995b) zudem ersehen läßt, sind die relativen Anzahlen von Krankenhausbetten auch in einigen vergleichbar erscheinenden deutschen Bundesländern teilweise erheblich verschieden (vgl. Tabelle 2 auf Seite 615).

Vergleichende Statistiken der *Operationszahlen* in unterschiedlichen Ländern (vgl. Tabelle 3; OECD, 1990; Woodhandler, Himmelstein & Young, 1993) sind zwar wegen unterschiedlicher Bevölkerungsstrukturen und Lebensgewohnheiten sowie wegen Erfassungsschwierigkeiten mit großer Vorsicht zu interpretieren. Aber auch wenn man gut vergleichbare Länder wie die Niederlande und Dänemark heranzieht, gibt es ganz überraschende Unterschiede, die auf die Bedeutung der Struktur von Medizinsystemen hinweisen. In den Niederlanden fanden sich im Vergleich zu Dänemark beispielsweise mehr als sechsmal so viele Gallenoperationen und fast doppelt so viele Tonsillektomien; hingegen aber nur gut die Hälfte an Blinddarmoperationen (vgl. OECD, 1990).

Tabelle 3

Relative Häufigkeiten von Operationen in verschiedenen OECD-Ländern (OECD, 1990); geringste Häufigkeit = 1,0

Land	Tonsillektomie	Appendektomie	Cholezystektomie	Hysterektomie
Niederlande	16,2	2,0	6,2	3,1
Dänemark	8,8	3,4	1,8	2,1
Schweden	2,5	2,3	6,7	1,2
Schweiz	2,0	1,0	2,3	-
Großbritannien	1,0	1,8	3,7	2,0
Irland	9,9	3,3	4,3	1,0
USA	7,9	1,8	9,7	4,5

Aber auch Vergleiche der Operationshäufigkeit von bestimmten Personengruppen (z. B. Ärzte im Vergleich mit Nichtärzten) können aufschlußreich sein. Hoffacker (1995) weist auf die teilweise erheblich größere Operationshäufigkeit bei Nichtärzten hin.

Schließlich hat Bruckenberger (1989) vielfältig belegt, daß die in der Medizin vorhandenen und neu entwickelten *apparativen Methoden* in stets steigender Zahl genutzt und nur ganz wenige Verfahren allmählich eliminiert werden. „Die kumulative Wirkung übersteigt, vor allem infolge des Fehlens eines operationalisierbaren Zieles (z. B. Gesundheit) und aufgrund ihrer Eigendynamik, deutlich die substitutive Wirkung. Das Bewußtsein, etwas Neues, Richtiges und Notwendiges zu tun und dies dazu noch 'wirtschaftlich', ist zweifellos geeignet, den Expansionsdrang substitutiver Behandlungsformen, Institutionen oder Einrichtungen zu bremsen.“ (S. 126)

Indikatoren der Gesundheit

Die Gesundheitssystemforschung muß zur Planung von Interventionen wie zur Überprüfung von Effekten objektive und subjektive Indikatoren für *die Gesundheit* festlegen. Eine Zusammenstellung einiger Indikatorenbereiche und ausgewählter Beispiele für Gesundheitsindikatoren enthält Tabelle 4 auf Seite 618.

Wie bei den Gesundheitssystemen sind Vergleiche verschiedener Kulturen und Gesellschaften und darüber hinaus von Teilgruppen innerhalb derselben Gesellschaft (z. B. Lebensalter, Geschlecht, Schicht) hilfreich, um zu Relativierungen epidemiologischer Daten und kultureller Selbstverständlichkeiten zu gelangen.

Ein weitreichender Ansatz analysiert die Menschheitsentwicklung (Deutsche Gesellschaft für die Vereinten Nationen, 1994) und die globale Sozialpolitik. In den „Index der menschlichen Entwicklung“, der zu globalen Vergleichen herangezogen wird, geht neben Bildung und Lebensstandard die Lebenserwartung ein. Zusätzlich werden weltweit vielfältige Indikatoren von Gesundheit und Krankheit erhoben.

Über die Weltgesundheit berichtet die Weltgesundheitsorganisation unter Verwendung einer Reihe von Indikatoren regelmäßig und kommt zu der Schlußfolgerung (WHO, 1995, S. 40): „Poverty has continued and will continue to be a major obstacle to health development. Poverty is perhaps the major single determinant of individual, family and community health. The number of poor people has increased substantially, both in the developing world and among underprivileged groups and communities within developed as well as developing countries - particularly in the slums of the great cities.“ Gleichwohl werden in demselben Berichtsband der WHO (1995) Belege für die Fortschritte auf dem Weg zur Gesundheit für alle im Jahre 2000 zusammengestellt und dabei die Erhöhung der reinen Lebenserwartung als wichtigstem Indikator bezweifelt. „There is a need to shift emphasis from preventing death to preventing ill-health and enhancing quality of life.“ (S. 48)

Welche unterschiedlichen Schlußfolgerungen sich aus Analysen der Weltgesundheitslage ziehen lassen, haben u. a. Sagan (1992), Siddiqi (1995) und Borgers und Niehoff (1995) in einem Sammelband über „Weltgesundheit“ aufgezeigt. Dabei stößt man immer wieder auf überraschende Ergebnisse. Borgers und Niehoff (1995) führen beispielsweise eine Statistik von Woodhandler, Himmelstein und Young (1993) an, wonach in den Jahren 1979-1981 die Lebenserwartung für über vierzigjährige Männer in Harlem (New York) ungünstiger war als in Bangladesch.

Die meisten Gesundheitsindikatoren sind umstritten, sobald man sich nicht auf eng umschriebene, jeweils gesellschaftlich akzeptierte Indikatoren beschränkt. Wenn sozialpolitische oder politische Implikationen größeren Ausmaßes in den Indikatoren abgebildet werden, kommt es zu teils heftigen Kontroversen. Das war schon so, als Rudolf Virchow im Jahre 1848 als Hauptursachen für die Typhusepidemie in Oberschlesien die Wohn- und Arbeitsverhältnisse brandmarkte und eine radikale Medizinreform verlangte (vgl. Böhme, 1980), und ist heute so, wenn die WHO von der engen Gesundheitsbetrachtung abweicht und politische, ökonomische und soziale Veränderungen fordert (vgl. Siddiqi, 1995).

Tabelle 4

Indikatorenbereiche und Indikatoren (Beispiele) der Gesundheit (vgl. Borgers & Niehoff, 1995; Deutsche Gesellschaft für die Vereinten Nationen, 1994; Kaplan, 1994; Schmidt & Dlugosch, 1991; Statistisches Bundesamt, 1995a; WHO, 1995; ZUMA, 1995)

Indikatorenbereiche und Indikatoren der Gesundheit

Rahmenbedingungen der Gesundheit auf der Grundlage des gesellschaftlich-kulturellen Niveaus, der menschlichen Entwicklung insgesamt

Hygiene, Wasserversorgung, Nahrungsversorgung
 Umweltbedingungen und -güter
 Naturkatastrophen
 Kriege und Kriegsfolgen, ethnische Auseinandersetzungen
 Vertreibung
 Armut, Beschäftigung (Arbeitsunfähigkeit, Krankenstand)
 schulische und sonstige Bildung

epidemiologische Basisdaten (als Prädiktoren und Kriterien), jeweils weltweit und bezogen auf einzelne Länder, Regionen usw.

Lebenserwartung, Säuglingssterblichkeit, Todesursachen
 Häufigkeiten unterschiedlicher Krankheiten (insbesondere Infektionskrankheiten, chronische Krankheiten)
 Anzahl ambulanter Behandlungsfälle und Krankenhaustage (jedoch kaum unabhängig vom System zu beurteilen)
 Bedrohungen durch alltägliche Gewalt, Verletzungen
 Krankheitsfolgen

Gesundheitszustand

- von **Gesellschaften** und ihren Teilsystemen, unter Einschluß von politischen Bedingungen (Diktatur, Kriege, Vertreibung, erzwungene Migration) und Umweltbedingungen
 - Lebensaltersgruppen
 - Geschlecht
 - von (Risiko-)Gruppen innerhalb der Gesellschaft (Schicht, soziale Brennpunkte)
 - von Familien
 - von Individuen
-

Gesundheitsrisiken, jeweils zu beziehen auf unterschiedliche Altersgruppen und das Geschlecht

Umweltbedingungen (global bis unmittelbare Umwelt)
 Wohnbedingungen
 Arbeitswelt (Unfallrisiken, Lärmbelästigung, toxische Substanzen, Schichtdienst)
 Straßenverkehr
 Alkohol
 Rauchen
 Drogenkonsum
 Medikamente (Schlaf- und Beruhigungsmittel, Schmerzmittel) und andere Substanzen
 Ernährungsverhalten
 Bewegungsmangel
 starker Streß

Gesundheitsförderung und Gesundheits-sicherung

weltweit und intrakulturell ebenso wie bezogen auf alle sozialen und individuellen Risikobereiche

Wie im globalen Vergleich, hat auch innerhalb derselben Länder und Kulturen die *soziale Ungleichheit* ein besonderes Gewicht hinsichtlich des Gesundheitszustandes (Borgers & Steinkamp, 1994; Gawatz & Novak, 1993; Mielck, 1994), worauf weiter unten noch eingegangen wird. Siegrist (1996) hat den Zusammenhang sozialer Krisen (insbesondere Arbeitslosigkeit) mit dem Auftreten von Herz-Kreislauf-Erkrankungen bzw. -risikofaktoren analysiert.

Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement

In weiten Bereichen der Evaluation des Gesundheitswesens ist die „Qualitätssicherung“ zum vielversprechenden Schlagwort geworden, wozu auch einschlägige gesetzliche Regelungen beigetragen haben (vgl. Schmidt, Nübling & Vogel, 1995; Schwartz, 1993). Der Ansatz als solcher, zu einer Evaluation und transparenteren Vorgehensweise im Gesundheitssystem zu gelangen, ist sicherlich begrüßenswert. Allerdings können dadurch bestehende Diagnose- und Behandlungsschwerpunkte kaum korrigiert werden, solange sie innerhalb des jeweiligen Operationalisierungsrahmens erfolgreich erscheinen. In bezug auf die Behandlung von Abhängigen können aus dem Vergleich von zwei sehr unterschiedlich konzipierten Ansätzen in sehr unterschiedlich strukturierten Settings Möglichkeiten und Schwierigkeiten vergleichender Evaluationen erschlossen werden (Krisor & Pfannkuch, 1994 im Vergleich zu Zemlin & Herder, 1994).

Die Qualitätssicherung soll nach Meinung vieler Experten *in ein Qualitätsmanagement* übergehen, das eine Optimierung der Versorgungsqualität anstrebt. Nach Häussler (1996, S. 5) ist jedoch zu erwarten, „daß solche Instrumente ihre Wirkung erst richtig in einer Versorgungsstruktur entfalten können, die in bezug auf den Mechanismus der *ökonomischen Steuerung* entscheidend verändert ist: Ein patientenorientiertes Versorgungsmanagement ist auch im medizinischen Bereich nur dort möglich, wo die Entscheidung über die Erbringung von Leistungen im Rahmen gesundheitlicher Ziele erfolgt und nicht - wie bei der Einzelleistungsvergütung - zur Aufrechterhaltung eines bestimmten Praxisumsatzes.“

Im jetzigen Gesundheitssystem besteht aufgrund seiner strukturellen Bedingungen (vgl. Alber, 1988, 1989) und der bevorzugten Formen der Krankenbehandlung die Gefahr von Fehlschlüssen. Wie Jung (1992, S. 8) zugespitzt formuliert: „Eine Medizin hat um so mehr Patienten, je tüchtiger sie ist. Eine Gesellschaft hat um so mehr Kranke, je mehr sie in ihren Medizinbetrieb investiert.“

Aus der Evaluation von Wirtschaftsbetrieben stammt das *Total Qual& Management*, das auch im Gesundheitssystem implementiert werden soll (vgl. Spörkel et al., 1995). Nach Bimer (1995) ist das TQM an Spitzenleistungen auf Weltniveau orientiert. Bei einem solchen Anspruch besteht die Gefahr, daß solche Spitzenleistungen durch die Macht der Institutionen, die ökonomischen Interessen und die Publikationschancen (Operationalisierbarkeit, Prüfbarkeit von Veränderungen, z. B. durch Medikamente usw.) auf chirurgisch-apparativ-pharmakologisch orientierte Leistungen konzentriert bleiben. Sowohl einzelne Disziplinen der Medizin (Psychia-

trie, Allgemeinmedizin vs. andere medizinische Disziplinen) als auch andere sozial engagierte Vorgehensweisen verlieren dann möglicherweise an Gewicht, es sei denn, daß neue Indikatoren entwickelt werden, die starker sozial orientiert sind,

Elmer (1996) hat sich mit dem Spannungsfeld von Lebensqualität und Qualitätssicherung in der Psychiatrie differenziert auseinandergesetzt. Dabei kommt er zu der Schlußfolgerung, daß „Lebensqualität . . . die regulative Zielidee der Qualitätssicherung überhaupt, quasi als *Lebensqualitätssicherung* bilden“ muß (S. 11).

Eine gewisse Hoffnung dürfte darin bestehen, daß die Qualität nach Birner (1995) „grundsätzlich vom Kunden definiert“ wird. Allerdings sind die „Kunden“ etwa von gemeindenahen Versorgungseinrichtungen oft sozial und in bezug auf ihren Gesundheitszustand besonders auffallend (und demnach vom Behandlungserfolg her „unbeliebt“ mit schlechter Prognose) und zudem auch noch ökonomisch oft die Schwächsten. Im Rahmen vieler Versicherungspläne von „managed care“ in den USA könnte dann ein Total Quality Management dazu führen, die sozial besser integrierten, in einem festen Beschäftigungsverhältnis stehenden und zudem relativ gesunden Individuen als Mitglied für einen Versicherungsplan zu gewinnen, nur diese zu behandeln und zu evaluieren. Die Finanzierungs- und Zuständigkeitsprobleme können in Systemen wie in den USA eher als in Deutschland dazu führen, daß bestimmte Risikogruppen nur schwer Zugang zu adäquater Behandlung finden (vgl. Anderson, 1995) und damit neben persönlichem Leid und u. U. früherem Tod auch volkswirtschaftlich unsinnige Krankenkassen entstehen.

Ein Bereich, auf den ich bei professionellen Interaktionen mit dem Gesundheitssystem in Massachusetts im Jahre 1995 aufmerksam wurde, mag dies illustrieren. In weiten Teilen der USA hat vor allem bei Asylanten die Tuberkulose stark zugenommen, da diese in Camps und in Wohngebieten oft schlechten hygienischen Bedingungen bei gleichzeitiger Überfüllung der Wohnungen und Lager ausgesetzt sind. Die Behandlung der Betroffenen macht in den Gemeinden, in denen sie sich ansiedeln, oft große Schwierigkeiten und erfolgt oft viel zu spät. Um solche systembedingte Probleme zu überwinden, hat in Worcester, Massachusetts, ein mitten in der Stadt gelegenes „Family Health and Social Service Center“ (o.J.) eine Tuberkuloseklinik eröffnet. Jedes in der Gemeinde oder ihrer Umgebung lebende Individuum kann sich in diesem Zentrum kostenlos medikamentös behandeln lassen. Als Behandlungsmaxime insgesamt gilt für diese gemeindenaher Einrichtung, daß sie „maintains and promotes a policy of non-discrimination on the basis of race, color, age, gender, disability, diagnosis, sexual preference, national origin, religious and political beliefs, and ability to pay for services.“ Es fragt sich bei einer solchen sinnvoll erscheinenden Einrichtung aber, wie eine Qualitätssicherungsprüfung aussehen müßte, die einen fairen Vergleich zwischen der Effektivität bei dieser durch sozial schwache Minoritäten dominierten Klientel mit der von Elite-Versicherungsplänen ermöglichen wollte.

Gesundheitssystemforschung aus psychologischer Perspektive

Man kann sich zunächst fragen, ob denn die Gesundheitssystemforschung für die Gesundheitspsychologie überhaupt relevant ist, insbesondere, wenn sich diese vor allem mit dem Individuum befaßt. Selbst wenn die Gesundheitspsychologie sich auf individuelle Verhaltens- und Erlebensweisen beschränken würde, sind diese jedoch aktuell und in ihrer Genese in ihrer komplexen Systemeinbettung zu bewerten. Aber, die Fokussierung auf das Individuum greift hinsichtlich der präventiven und gesundheitsfördernden Interventionen ohnehin oft zu kurz. Forschungs- und Praxisprobleme, die üblicherweise unter Public Health subsumiert werden, sollten nicht jenseits der Gesundheitspsychologie angesiedelt bleiben (vgl. Schmidt, 1994a, 1994b). Eine Abkoppelung der Gesundheitspsychologie von globalen, gesellschaftlichen und auf Teilpopulationen bezogenen Bedingungen und Risiken würde die auch in vielen anderen psychologischen Praxisbereichen bestehende Orientierung auf die leicht erreichbaren, ohnehin eher schon privilegierten Individuen fortsetzen. Nach meiner Ansicht ist es eine wesentliche Aufgabe der Gesundheitspsychologie, in ihrer Betrachtungsweise gezielt über vorgegebene Gesundheitssysteme (meist tatsächlich Krankheitssysteme) hinauszugehen.

Die Rollen und Gestaltungsmöglichkeiten für Psychologinnen und Psychologen hängen zentral zusammen mit den Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems, dem Versicherungswesen, dem Zusammenspiel von ambulanter und stationärer Versorgung und professionellen Regelungen (vgl. Tabelle 1; Dlugosch & Schmidt, 1992; Schmidt & Dlugosch, 1991). Das deutsche Gesundheitssystem mit dem ambulanten Kernstück einer privaten Niederlassung und einer nur privat erscheinenden Finanzierung (vgl. Alber, 1989; Buchholz, 1988) enthält für eine interprofessionelle Zusammenarbeit mit Psychologinnen und Psychologen auf gleichberechtigter Basis wenig Anreize. Es darf deshalb nicht verwundern, daß die Berufsgruppe der Psychologen in vielen Statistiken des Gesundheitssystems nicht oder marginal (etwa bei den Heilhilfsberufen) erfaßt wird.

Die Festlegung der Indikatorenbereiche und einzelner Indikatoren der Gesundheit entscheidet darüber hinaus, welche Rolle der Psychologie zufällt. Psychosoziale und gar subjektive Indikatoren (Lebensqualität, Wohlbefinden, Kontrollüberzeugung, Selbstwirksamkeit u. ä.) fehlen bisher weitgehend und müßten dringend in einer vergleichbaren Form erfaßt werden. Kaplan (1994) etwa operationalisiert Wohlbefinden auf der Basis empirischer Untersuchungen („outcomes-focused“) mit Hilfe dreier Skalen: Mobilität, physische Aktivität und soziale Aktivität.

Für Teilgebiete der Psychologie, wie Gesundheitspsychologie, Medizinische Psychologie und Klinische Psychologie, ist das Gewicht und die Bedeutung von Bereichen der Gesundheitssystemforschung unterschiedlich.

Medizinische Psychologie und Klinische Psychologie

Klinische und Medizinische Psychologie sind definitionsgemäß und historisch gewachsen eng an das bestehende Medizin- bzw. Behandlungssystem gebunden. Auf damit verbundene Probleme und die Gefahr, die kranken gegenüber den gesunden Anteilen überzubetonen, haben Lutz und Mark (1995) eindringlich hingewiesen, was mit zwei Zitaten kurz belegt werden soll:

„Das bestehende Gesundheitssystem enthält strukturelle Vorgaben, nach denen manches gesunde Verhalten beim Patienten als unerwünschtes Verhalten erscheinen muß. Zeigt ein Kranker auch gesundes Verhalten, so steht er im Verdacht, gar nicht so krank zu sein. Er darf sich erst dann wieder gesund verhalten, wenn der Arzt ihn gesundgeschrieben hat.“ (S. 18)

„Psychotherapie ist zunächst Teil eines kurativen Versorgungssystems. Vor diesem Hintergrund kommt eine mögliche Prävention (verständlicherweise) zu kurz. . . . Prävention erreicht die nicht mehr Gesunden. . . . Es müßte mehr für die Gesundheit getan werden, denn mancher wird krank, weil er nicht gesund genug ist.“ (S. 19)

Bezüglich der Systemstrukturen (Gesetze, Finanzierung, organisatorisches Zusammenspiel von Diensten usw.) stehen Klinische und Medizinische Psychologie in Deutschland im Vergleich mit der Medizin traditionell ungünstig da. Die Anreize des Systems (vgl. Arnold, 1993) sind bezüglich psychologischer Dienste oft eher hemmend, wenn beispielsweise Vorurteile gegen die psychologische Behandlung und Diagnostik vorhanden sind, der Zugang zu den Angeboten über ein Delegationsverfahren erfolgt und diese Angebote nicht einmal vollständig bezahlt werden.

In der *Medizinischen Psychologie* ist schon durch die direkte Anbindung an die Medizin nur sehr bedingt eine kritische, systemüberschreitende Betrachtung möglich. Die Patientinnen und Patienten werden von einer anderen Berufsgruppe definiert und meist auch zugewiesen. Gerade deshalb scheint es aber wichtig, sich nicht zum bloßen Erfüllungsgehilfen für Ärzte oder das Medizinsystem machen zu lassen. Behandlungsziele, wie etwa die Erhöhung der Compliance, müssen auch auf dem Hintergrund psychologischer Erkenntnisse und Methoden und vor allem einer möglicherweise anderen Behandlungsethik reflektiert werden (vgl. Schmidt, 1992).

Die *Klinische Psychologie* kennt zwar seit langem eine systembezogene Relevanzdiskussion (Hörmann & Körner, 1991; Holzkamp, 1972; Schmidt, 1978; Sonntag, 1991), aber in der vorherrschenden Berufspraxis spielt diese fast keine Rolle. Vielmehr wird analog zur Medizin in Diagnostik und Intervention eher ein auf das Individuum bezogenes Vorgehen gewählt und häufig eine individuelle Niederlassung angestrebt. Das auf die Medizin zugeschnittene Gesundheitssystem stellt auch für die Klinische Psychologie den Rahmen dar, innerhalb dessen die eigene rechtliche und ökonomische Position gesucht wird. Veränderungen der bestehenden Versorgungspraxis (vgl. Linsenhoff & Bastine, 1982) werden nur sehr selten erwogen und meist nicht angestrebt. Die Polikliniken in der früheren DDR wurden fast alle aufgelöst, ohne ihre möglichen Vorteile gerade auch für die psychologische Arbeit in der ersten Linie der Versorgung ernsthaft zu diskutieren.

Von Baumann (1991) wird die Makroperspektive der Klinischen Psychologie angesprochen, jedoch eher als „Hintergrundwissen“ für die Mikroperspektive betrachtet. Baumann (1991) geht dabei in seinem Überblickskapitel zur Gesundheitsversorgung auf eine Vielzahl von Aspekten ein: Leitbilder der Gesundheitsversorgung (psychiatrische und psychotherapeutisch-psychosomatische Versorgung, Gesundheitsförderung), Institutionen der Gesundheitsversorgung, Evaluation der Gesundheitsversorgung und Berufssituation der Klinischen Psychologen.

Auch innerhalb des bestehenden Gesundheitssystems gibt es Optimierungsmöglichkeiten und -notwendigkeiten für die Klinische Psychologie. Eine Grundlage dazu ist die präzise Ermittlung der Anzahl psychisch Kranker bzw. psychisch mitbedingter Störungen an der Patienten-Population in ambulanten Praxen und in unterschiedlichen medizinischen Kliniken. Dies ist außerordentlich wichtig, um den Bedarf an bestimmten Diensten zu dokumentieren, aber auch gemeindenahе Versuche zur Reduktion des Auftretens psychischer Störungen vorzunehmen.

In Arztpraxen und Allgemeinkrankenhäusern kann - bei sehr großen Streuungen - mit mindestens 25 % Patienten gerechnet werden, die in erster Linie psychisch krank sind oder bei deren Störungsgenese starke psychosoziale Mitbedingungen vorhanden sind. In umfassenden epidemiologischen Arbeiten der WHO wird dies nachhaltig bestätigt (Sartorius et al., 1990).

Wegen der auch systembedingt oft fehlenden oder sehr späten psychologischen Interventionen kann es zu vermeidbaren „Patientenkarrieren“ kommen, die meist mit einer Fülle medizinischer Behandlungen und nicht selten überflüssigen Operationen einhergehen (vgl. Zielke & Mark, 1991). Lupke (1994) hat eine Evaluation von psychologischen Interventionen in einem Allgemeinkrankenhaus bei Patientinnen und Patienten mit Somatisierungsverhalten vorgenommen.

Bei der systemimmanenten Evaluation können zwangsläufig nur bestehende Zustände abgebildet, aber keine Innovationen größeren Ausmaßes abgeleitet werden. Emanzipatorische Systemveränderungen wie etwa die sektorierte, gemeindenahе psychiatrische Versorgung mit Öffnung aller psychiatrischen Stationen und der Auflösung von Spezialstationen (vgl. Krisor, 1993, 1994; Werner, 1993) vollziehen sich hingegen auf der Grundlage von veränderten Wertsetzungen. Sind solche Veränderungen eingeführt und möglicherweise selbst Systembestandteil geworden, müssen sie selbstverständlich auch evaluiert werden (vgl. Schmidt, 1995a). Für die Klinische Psychologie wäre hierbei die Evaluation ihres Beitrages eine besondere Notwendigkeit.

Gesundheitspsychologie

Auch die Gesundheitspsychologie betont in der Regel den individuellen Aspekt und klammert Belange von Public Health und des Ökosystems oft aus (vgl. Schmidt, 1994a, 1994b). Schwarzer (1996, S. 366) führt zu den unterschiedlichen Zielebenen aus: „Public Health zielt auf externe Verhaltensregulation einer Population, Gesundheitspsychologie zielt auf interne Verhaltensregulation (Motivation) von Individuen oder spezifischen Risikopopulationen.“

Bei dieser Zentrierung auf Individuen überrascht es vielleicht weniger, daß schon sehr lange bekannte sozioökonomische Einflußgrößen auf Gesundheit und Krankheit wie *die soziale Ungleichheit* erst in jüngerer Zeit in Publikationen in psychologischen Fachzeitschriften einen breiteren Raum einnehmen (vgl. Abbildung 1; Adler et al., 1994; Carroll, Bennett & Smith, 1993).

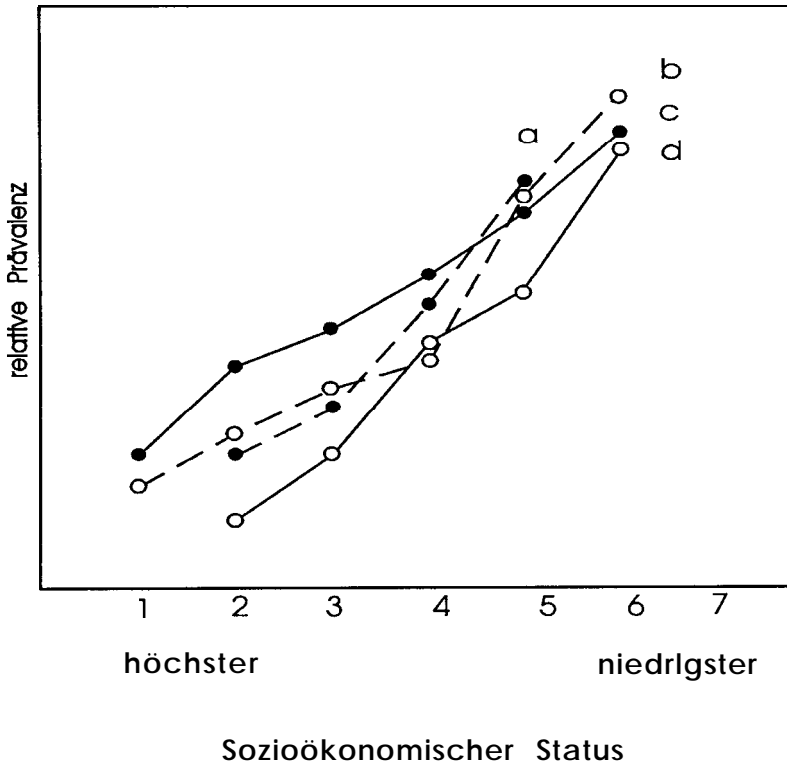


Abbildung 1. **Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status und Morbidität** (vgl. Adler et al., 1994); a = Arthritis, b = chronische Krankheiten, c = Hypertonie, d = Gebärmutterkrebs.

Die in Abbildung 1 (nach Adler et al., 1994) dargestellten relativen Prävalenzen von vier organischen Krankheiten weisen alle einen linearen Zusammenhang zur sozialen Schicht auf. Solche Ergebnisse sind für die Organisation und mögliche Umgestaltung von Gesundheitssystemen von großer Relevanz.

Immerhin sind in der Zeitschrift „Health Psychology“ soziale und gesellschaftliche Aspekte in den beiden letzten Heften des Jahrgangs 1995 stark beachtet worden. Kaplan (1995) hat als Gasteditor den Bereich „Health Psychology and Public Policy“ zusammengestellt und wie folgt eingeleitet: „Health psychology is highly relevant to public policy. However, in the past, the journal, Health Psychology, has not devoted a significant number of pages to policy issues.“ (S. 491)

Anderson (1995) hat ein Sonderheft derselben Zeitschrift zu Behavioral and Sociocultural Perspectives on Ethnicity and Health“ gestaltet. Auch wenn diese Beiträge durch soziale und versicherungsrechtliche Probleme geprägt sind, die in den USA ganz andere Schwerpunkte aufweisen als in Deutschland, so bieten gerade die Distanz und die Andersartigkeit Chancen zur kritischen Reflexion.

Auch für die Gesundheitspsychologie spielen *Indikatoren* eine wichtige Rolle, weshalb die Explikation von Indikatorbereichen und deren Operationalisierungen notwendig sind. Die Indikatoren mit psychologischer Bedeutung lassen sich unterteilen in (1) einfache deskriptive Indikatoren der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens, (2) auf Konstrukte bezogene Indikatoren der Gesundheit, bei denen die Meßseite starker operationalisiert werden muß, und (3) Indikatoren des Gesundheitssystems mit emanzipatorischer Zielsetzung. Abschließend sollen diese drei Bereiche umrissen werden.

Fraglos kommt dem auf Risikominderung bezogenen *Gesundheitsverhalten eine* große Wichtigkeit zu (vgl. Schwarzer, 1996). Steptoe und Wardle (1992) haben europäische Vergleichsdaten zum Gesundheitsverhalten von Studierenden vorgelegt, und die WHO hat kulturvergleichende Untersuchungen des Gesundheitsverhaltens von Kindern initiiert (vgl. Mendoza, Batista-Foguet & Oliva, 1994).

Tabelle 5

Prävalenz (%) des Gesundheitsverhaltens von Studierenden (Selbstauskünfte) aus sieben europäischen Ländern (vgl. Steptoe & Wardle, 1992)
Die höchsten und niedrigsten Werte in jeder Spalte sind hervorgehoben.

Gesundheits- verhalten	kein Fett		sportliche Betätigung		Nicht- raucher		kein Alkohol	
	m	w	m	w	m	w	m	w
Belgien	21	41	80	71	83	88	19	34
England	33	53	68	62	70	71	15	14
Deutschland	35	49	77	77	59	64	12	13
Ungarn	33	44	87	95	85	85	13	17
Irland	30	48	73	67	74	68	11	12
Polen	2.5	41	75	73	65	78	13	15
Spanien	27	48	36	59	67	63	13	18

Wie aus Tabelle 5 hervorgeht, sind die bis auf die sportliche Betätigung durchgehend starken Geschlechtsunterschiede am augenfälligsten. Frauen verhalten sich auch nach den Ergebnissen anderer Untersuchungen gesundheitsbewußter und sind an Gesundheitsförderung starker interessiert. Wenn man diesen Haupteffekt in Rechnung stellt, bleibt eine in vielen Verhaltensweisen stark ausgeprägte interkulturelle Varianz, die wichtige Hinweise für die Schwerpunkte von Gesundheitsförderungsprogrammen erbringen kann. Nebenbei bemerkt sind die interkulturellen Unterschiede in der allgemeinen Population sicherlich sehr viel größer als bei Studierenden.

Komplexere psychologische Indikatoren der Gesundheit müssen vielfach noch entwickelt und verfeinert werden. Eine „Saluto-Diagnostik“, wie sie u. a. Lutz und Mark (1995) bzw. Becker, Bös, Opper, Woll und Wustmans (1996) fordern, kann die herkömmliche, eher auf Defizite und Pathologie orientierte Psychodiagnostik gravierend verändern.

„Objektive“ und „subjektive“ Indikatoren der Gesundheit dürften u. a. (durchaus überlappende) Variablen wie Vulnerabilitäten bzw. Resilienz, Lebensqualität, Lebensweisen, Wohlbefinden, Kontrollüberzeugung, Selbstwirksamkeit oder Coping ebenso einschließen wie supportive Bedingungen und Systeme.

Die mit möglichen **„emanzipatorischen Entwicklungen“** verbundenen normativen Setzungen sind nur teilweise (wie etwa bei der sozialen Ungleichheit) aus eher wissenschaftlich dokumentierenden Vorgehensweisen abzuleiten und sind meist starker wertgebunden.

Die Forderungen, die die Weltgesundheitsorganisation in der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung niedergelegt hat, sollen dies verdeutlichen (WHO, 1989, S. 408):

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozeß ab, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. . . . Die Verantwortung für die Gesundheitsförderung liegt nicht nur beim Gesundheitssektor, sondern bei allen Politikbereichen und zielt über die Entwicklung gesünderer Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden hin.“

An den Schluß der Betrachtungen stelle ich einige Aspekte, die teilweise über das bestehende oder dominierende Gesundheitssystem hinausreichen oder erst partiell verwirklicht sind. Es sind eher zu Denkanstößen geeignete Stichworte als Perspektiven mit einer durchgehenden Systematik. Zwischen den angesprochenen Bereichen bestehen zum Teil große Überlappungen, und das jeweilige „Auflösungsvermögen“ ist sehr unterschiedlich.

„Emanzipatorische“ Orientierungen von Gesundheitssystemen und einigen ihrer Teilbereiche:

- Gemeindenähe
 - gemeindenähe und weitgehend gemeindeintegrierte „Versorgung“ mit chancengleichem Zugang unabhängig von ökonomischen Bedingungen Schicht, Geschlecht, wertgebundenen Überzeugungen
 - Veränderungen von Gemeinden etwa i. S. der Healthy Cities
 - Aufrechterhaltung von Interventionseffekten in der Gemeinde (vgl. Altman, 1995).
 - gemeindepsychologische Anteile (vgl. Röhrle & Sommer, 1995; Schmidt, 1995b)
- Medizin als Teil der Sozialpolitik im Gesundheitssystem
- ambulante vor stationärer Versorgung
- Integration von Kranken und Behinderten vor Isolierung und Versorgung in Spezialeinrichtungen
- sektorierte offene, durchmischte Psychiatrie

- Fokussierung auf Gesundheit und im Falle vorliegender Krankheiten und Verletzungen auf bedingte Gesundheit statt auf Defizite
- Förderung von Empowerment
- gesundheitspsychologische Angebote (vgl. auch Schmidt & Dlugosch, 1991)
 - quantitatives und qualitatives Angebot an psychosozialen Diensten (Diagnostik, Beratung, Therapie und insbesondere Prävention) für gesunde Individuen, Angehörige von Risikogruppen und bereits Erkrankte
 - Anbietermodelle sollten eher in gemeindenahen Zentren mit interdisziplinärer Zusammensetzung organisiert sein als in psychologischen Einzel- oder Gruppenpraxen
 - Erfassung der Nachfrage und des Bedarfs an psychologischen Angeboten in verschiedenen Teilbereichen der Gesellschaft und insbesondere in der Gemeinde
 - Angebote und Nachfrage im Bereich „Public Health Psychologie“.

Literatur

- Adler, N. E., Boyce, T., Chesney, M. A., Cohen, S., Folkman, S., Kahn, R. L. & Syme, S. L. (1994). Socioeconomic status and health. The challenge of the gradient. **American Psychologist**, *49*, 15-24.
- Alber, J. (1988). Die Gesundheitssysteme der OECD-Länder im Vergleich. In M. G. Schmidt (Hg.), **Staatstätigkeit. Politische Vierteljahresschrift, Sonderheft 19** (S. 116-150). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Alber, J. (1989). Die Steuerung des Gesundheitswesens in vergleichender Perspektive. **Journal für Sozialforschung**, *29*, 259-284.
- Altman, D. G. (1995) Sustaining interventions in community systems: On the relationship between researchers and communities. **Health Psychology**, *14*, 526-536.
- Anderson, N. B. (1995). Behavioral and sociocultural perspectives on ethnicity and health **Health Psychology**, *14*, Special Issue (Whole No. 7).
- Arnold, M. (1993). Gesundheitssystemforschung. In K. Hurrelmann & U. Laaser (Hg.), **Gesundheitswissenschaften** (S. 421-437). Weinheim: Beltz.
- Baumann, U. (1991). Gesundheitsversorgung. In M. Perrez & U. Baumann (Hg.), **Lehrbuch Klinische Psychologie. Band 2: Intervention** (S. 34-50). Bern: Huber.
- Becker, P., Bös, K., Opper, E., Woll, A. & Wustmans, A. (1996). Vergleich von Hochgesunden, Normal- und Mindergesunden in gesundheitsrelevanten Variablen (GRV). **Zeitschrift für Gesundheitspsychologie**, *4*, 55-76.
- Birner, U. (1995). Qualitätsmanagement in Organisationen des Gesundheitswesens. Perspektiven und Herausforderungen. **Psychomed**, *7*, 85-92.
- Böhme, G. (1980). **Alternativen der Wissenschaft**. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Borgers, D. & Niehoff, J.-U. (1995). Die Weltgesundheitslage. **Jahrbuch für Kritische Medizin**, *25*, 6-32.
- Borgers, D. & Steinkamp, C. (1994). Sozialepidemiologie: Gesundheitsforschung zu Krankheit, Sozialstruktur und gesundheitsrelevanter Handlungsfähigkeit. In P. Schwenkmezger & L. R. Schmidt (Hg.), **Lehrbuch der Gesundheitspsychologie** (S. 133-148). Stuttgart: Enke.
- Braun, H. (1994). Gesundheitssysteme und Sozialstaat. In P. Schwenkmezger & L. R. Schmidt (Hg.), **Lehrbuch der Gesundheitspsychologie** (S. 247-263). Stuttgart: Enke.

- Breyer, F. & Zweifel, P. (1992). **Gesundheitsökonomie**. Berlin: Springer.
- Bruckenberg, E. (1989). **Dauerpatient Krankenhaus. Diagnosen und Heilungsansätze**. Freiburg: Lambertus.
- Buchholz, E. H. (Hg.). (1988). **Das Gesundheitswesen in der Bundesrepublik Deutschland**. Berlin: Springer.
- Carroll, D., Bennett, P. & Smith, G. D. (1993). Socio-economic health inequalities: Their origins and implications. **Psychology and Health, 8, 295-316**.
- Deutsche Gesellschaft für die Vereinten Nationen (Hg.). (1994). **Bericht über die menschliche Entwicklung 1994**. Bonn: UNO-Verlag.
- Dlugosch, G. E. & Schmidt, L. R. (1992). Gesundheitspsychologie. In R. Bastine (Hg.), **Klinische Psychologie** (Bd. 2, S. 123-177). Stuttgart: Kohlhammer.
- Elmer, O. M. (1996). „Lebensqualität“ und „Qualitätssicherung“ in der Psychiatrie. In G. Lauer (Hg.), **Lebensqualität in der Psychiatrie**. Stuttgart: Enke.
- Family Health and Social Service Center (Ed.). (o.J.). **A guide to patient services**. Worcester, MA: Hektographie.
- Gawatz, R. & Novak, P. (Hg.). (1993). **Soziale Konstruktionen von Gesundheit. Wissenschaftliche und alltagspraktische Gesundheitskonzepte**. Ulm: Universitätsverlag.
- Häussler, B. (1996). Von der Qualitätssicherung zum Qualitätsmanagement. **Forum Public Health, 4** (11), 4-5.
- Hörmann, G. & Körner, W. (Hg.). (1991). **Klinische Psychologie. Ein kritisches Handbuch**. Reinbek: Rowohlt.
- Hoffacker, P. (1995). Qualitätssicherung im Gesundheitsbereich - eine wissenschaftliche und politische Herausforderung. In H. Spörkel, U. Birner, B. Frommelt & T. P. John (Hg.), **Total quality management: Forderungen an Gesundheitseinrichtungen** (S. 7-17). Berlin: Quintessenz.
- Holzkamp, K. (1972). **Kritische Psychologie**. Frankfurt/M.: Fischer.
- Jung, M. (1992). **Seid verschlungen Milliarden**. St. Ingbert: Westpfälzische Verlagsdruckerei.
- Kaplan, R. M. (1994). The Ziggy theorem: Toward an outcomes-focused health psychology. **Health Psychology, 13, 451-460**.
- Kaplan, R. M. (1995). Special section: Health psychology and public policy. **Health Psychology, 14, 491-536**.
- Krisor, M. (1993). **Auf dem Weg zur gewaltfreien Psychiatrie. Das Herner Modell im Gespräch**. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Krisor, M. (1994). **Dem Menschen begegnen. Wiederentdeckung des Subjektes in der Psychiatrie**. Regensburg: Roderer.
- Krisor, M. & Pfannkuch, H. (1994). Stationäre Behandlung Drogenabhängiger. Zur Arbeitsweise eines gemeindepsychiatrischen Therapiezentrum im Kontext aktueller Entwicklungen und bestehender Einrichtungen. **Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 26**, 73-112.
- Linsenhoff, A. & Bastine, R. (1982). Modell einer kooperativen Kontaktstelle zur Behandlung psychischer Störungen. **Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 14, 257-273**.
- Lupke, U. (1994). **Behandlung des Somatisierungsverhaltens im Rahmen eines psychologischen Konsiliar- und Liaisondienstes in einem Allgemeinkrankenhaus**. Frankfurt/M.: Lang.
- Lutz, R. & Mark, N. (Hg.). (1995). **Wie gesund sind Kranke? Zur seelischen Gesundheit psychisch Kranker**. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Mendoza, R., Batista-Foguet, J. M. & Oliva, A. (1994). Lifestyles of European schoolchildren: Findings of the W.H.O. cross national study on health-related behaviour. In J. P.

- Dauwalder (Ed.), **Psychology and Promotion of health** (pp. 8-20). Seattle: Hogrefe & Huber.
- Mielck, A. (Hg.). (1994). **Krankheit und soziale Ungleichheit. Sozialepidemiologische Forschungen in Deutschland**. Opladen: Leske & Budrich.
- OECD. (1990). **Health care systems in transition**. Paris: OECD.
- Röhrle, B. & Sommer, G. (1995). **Gemeindepsychologie: Bestandsaufnahmen und Perspektiven**. Tübingen: DGVT.
- Sagan, L. A. (1992). **Die Gesundheit der Nationen**. Reinbek: Rowohlt.
- Sartorius, N., Goldberg, D., Girolamo, G. de, Silva, J. A. C., Lecrubier, Y. & Wittchen, H.-U. (1990). **Psychological disorders in general medical settings**. Toronto: Hogrefe & Huber.
- Schmidt, J., Nübling, R. & Vogel, H. (1995). Qualitätssicherung in der stationären medizinischen Rehabilitation. Psychologische Beiträge zu einem modernen Trend in der Gesundheitsversorgung. **Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis**, 27, 245-263.
- Schmidt, L. R. (Hg.). (1978). **Lehrbuch der Klinischen Psychologie**. Stuttgart: Enke.
- Schmidt, L. R. (1992). Gesundheitspsychologie: Die Alternative zur Klinischen und Medizinischen Psychologie. **Report Psychology**, 46, (11/12), 12-22.
- Schmidt, L. R. (1994a). A psychological look at public health: Contents and methodology. **International Review of Health Psychology**, 3, 3-31.
- Schmidt, L. R. (1994b). Public Health. In P. Schwenkmezger & L.R. Schmidt (Hg.), **Lehrbuch der Gesundheitspsychologie** (S. 207-221). Stuttgart: Enke.
- Schmidt, L. R. (1995a). Offene, gemeindenaher Standardversorgung in der stationären Psychiatrie. **Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis**, 27, 509-529.
- Schmidt, L. R. (1995b). Zur gemeindepsychologischen Perspektive in der Gesundheitspsychologie. In B. Röhrle & G. Sommer (Hg.), **Gemeindepsychologie: Bestandsaufnahmen und Perspektiven (S. 124-138)**. Tübingen: DGVT.
- Schmidt, L. R. & Dlugosch, G. E. (1991). Health psychology in the European health care system. In M. A. Jansen & J. Weinman (Eds.), **The international development of health psychology** (pp. 33-52). Chur: Harwood.
- Schneider, M., Sommer, J. H., Kececi, A., Scholtes, L. & Welzel, A. (1989). **Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich. Laufende Berichterstattung für den Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung**. Bonn: Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung.
- Schwarzer, R. (1996). **Psychologie des Gesundheitsverhaltens**. Göttingen: Hogrefe.
- Schwartz, F. W. (1993). Evaluation und Qualitätssicherung im Gesundheitswesen. In K. Hurrelmann & U. Laaser (Hg.), **Gesundheitswissenschaften (S. 399-420)**. Weinheim: Beltz.
- Schwartz, F. W., Badura, B., Blanke, B., Henke, K.-D., Koch, U. & Müller, R. (Hg.). (1995). **Gesundheitssystemforschung in Deutschland. Denkschrift der DFG**. Weinheim: VCH.
- Siddiqi, J. (1995). **World health and world politics. The World Health Organization and the UN system**. London: Hurst & Company.
- Siegrist, J. (1996). **Soziale Krisen und Gesundheit**. Göttingen: Hogrefe.
- Sonntag, M. (1991). Klinische Psychologie zwischen Theorie und Praxis. In G. Hörmann & W. Körner (Hg.), **Klinische Psychologie. Ein kritisches Handbuch (S. 15-38)**. Reinbek: Rowohlt.
- Spörkel, H., Birner, U., Frommelt, B. & John, T. P. (Hg.). (1995). **Total Quality Management: Forderungen an Gesundheitseinrichtungen**. Berlin: Quintessenz.

- Statistisches Bundesamt (1995a). **Aufbau der Gesundheitsberichterstattung des Bundes**. Wiesbaden: Arbeitskreis Gesundheitsberichterstattung (Hektographien).
- Statistisches Bundesamt (1995b). **Statistisches Jahrbuch**. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Stephoe, A. & Wardle, J. (1992). Cognitive predictors of health behaviour in contrasting regions of Europe. **British Journal of Clinical Psychology**, **31**, 485-502.
- Werner, W. (1993). Sektorisierung und Patientenmischung in der stationären Behandlung. **Psyche**, **20**, 21-26.
- Woodhandler, S., Himmelstein, D. U. & Young, Q. (1993). High noon for U.S. health care reform. **International Journal of Health Services**, **23**, 193-211.
- World Health Organization (1989). Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung (deutsche Übersetzung). **GwG Zeitschrift**, **77**, 408-410.
- World Health Organization (1995). **The world health report 1995. Bridging the gaps**. Genf: WHO.
- Zemlin, U. & Herder, F. (Hg.). (1994). Ergebnisse der summativen und differentiellen Evaluation eines individualisierten stationären Behandlungsprogrammes für Alkohol- und Medikamentenabhängige. **Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation**, **7**, 128-192.
- Zielke, M. & Mark, N. (1991). Iatrogene Chronifizierung - Überlegungen zu Ursachen und Wirkungen medizinischer Fehlbehandlungen. **Report Psychologie**, **16**, 22-23.
- ZUMA. (1995). **DISI - Digitales Informationssystem Soziale Indikatoren**. Mannheim: ZUMA.