

# 19. Gesundheitsversorgung

Urs Baumann

## Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung .....	320	5. Evaluation und Qualitätssicherung in der Gesundheitsversorgung .....	332
2. Geschichte der Gesundheitsversorgung ...	321	5.1 Evaluation .....	332
3. Leitbilder der Gesundheitsversorgung ...	322	5.2 Qualitätssicherung, Qualitätsmanagement ...	333
3.1 Leitbilder zur psychiatrischen und psychotherapeutisch-psychosomatischen Versorgung .....	323	6. Berufssituation der Klinischen Psychologie ..	336
3.2 Leitbilder für die Gesundheitsförderung ...	326	6.1 Statistische Angaben .....	336
3.3 Psychologische Leitbilder für die Gesundheitsversorgung .....	326	6.2 Struktur der Berufstätigkeit .....	336
4. Institutionen der Gesundheitsversorgung ...	327	6.3 Kompetenzerwerb .....	336
4.1 Krankheitsverhalten .....	327	6.4 Regelungen zur Berufszulassung .....	338
4.2 Institutionen .....	328	6.5 Finanzielle Regelungen .....	341
		7. Literatur .....	343

## 1. Einleitung

Interventionen im Versorgungssystem können in unterschiedlichem Auflösungsgrad betrachtet werden. Nach Baumann (1984) sind folgende Perspektiven wichtig:

- **Makroperspektive:** Interventionen werden als Versorgungsangebot betrachtet, welches für definierte Populationen durch Institutionen (mit einer oder mehreren Personen) im Hinblick auf definierte Ziele angeboten und durchgeführt werden. Im Vordergrund des Interesses stehen Beschreibung, Bewertung und theoretische Fundierung von Institutionen, Berufsgruppen und deren Verknüpfungen. Zur Makroperspektive gehört aber auch die Beschreibung und Bewertung normativer Randbedingungen wie Leitbilder der Versorgung und die die

Gesundheitsversorgung regelnden Gesetze und Vorschriften (Berufszulassung, Krankenkassen, etc.).

- **Mikroperspektive:** Wird Intervention nicht mehr als Versorgungsangebot für ein Bevölkerungssystem betrachtet, sondern als Methode und Tätigkeit bei Einzelpersonen, Paaren, Familien, Gruppen, so rückt das konkrete Interventionsgeschehen in den Mittelpunkt des Interesses. Indikation, Prozeßanalysen, kombinierte Prozeß-Erfolgsforschung sind Beispiele für Forschungsfragen der Mikroperspektive (s. Kap. 20/Methoden der Interventionsforschung).

- **Schnittstelle Makro-Mikroperspektive:** In der Makroperspektive stehen Versorgungsangebote, in der Mikroperspektive einzelne Methoden und Interventionen im Vordergrund. Es bleibt ein von beiden Perspektiven nicht berücksichtigter Aspekt, nämlich das *Handlungsfeld* der potentiellen KlientInnen/PatientInnen und der

Für wertvolle weiterführende Hinweise danke ich Herrn PD. Dr. R.-D. Stieglitz

Intervention anbietenden Person. Im Vorfeld und begleitend zur Intervention spielen Gesundheits- und Krankheitsverhalten der KlientInnen/PatientInnen eine wichtige Rolle. Dieses Verhalten bewirkt u. a., ob eine Intervention gesucht und angenommen wird. Daneben sind aber auch die die Intervention anbietenden Personen bezüglich ihres Handelns zu analysieren. Erfahrungsbildung, klinische Urteilsbildung, Überweisungsverhalten etc. sind dazugehörige Fragestellungen (vgl. Kaminiski, 1970).

Die Makroperspektive der Intervention wird vielfach mit dem Begriff der *Gesundheitsversorgung* umschrieben. In der Regel wird die Gesundheitsversorgung national konzipiert, durch die Weltgesundheitsorganisation WHO werden aber auch internationale Konzepte realisiert (s. auch Abschnitt 3.2). Der Begriff Gesundheitsversorgung weist darauf hin, daß das Ziel aller Interventionen die Verbesserung der Gesundheit der Betroffenen ist, wobei Gesundheit nicht nur die Abwesenheit von Krankheit bedeutet. Behandlung und Therapie sind nicht isoliert zu sehen, sondern in ein Gesamtkonzept der Intervention einzuordnen, das auch Prävention und Rehabilitation umschließt. Der Begriff der Gesundheitsversorgung impliziert ein breiteres Konzept als der Begriff der Krankenversorgung, indem er sowohl Krankheit, als auch Gesundheit miteinschließt; ebenso ist der Begriff – im Gegensatz zum Begriff der psychiatrischen Versorgung – nicht standespolitisch akzentuiert. In diesem Kapitel wird vor allem die Gesundheitsversorgung bei psychischen Störungen abgehandelt; der somatische Bereich kann nur am Rande angesprochen werden. Wenn man bei der Gesundheitsversorgung die Gesundheit und ihre Förderung in den Vordergrund stellt, spricht man im angelsächsischen Raum vielfach von *Public Health*; die Gesundheitsförderung (Health promotion) ist Teil der Gesundheitsversorgung (vgl. Abschnitt 3.2).

## 2. Geschichte der Gesundheitsversorgung

Die institutionalisierten Formen der Versorgung psychischer Störungen haben sich im Vergleich

zur Versorgung somatischer Störungen relativ spät entwickelt (die folgenden Ausführungen basieren auf: Deutscher Bundestag, 1975; Häfner & an der Heiden, 1984; zur Geschichte der Klinischen Psychologie s. Kap. 1/Grundbegriffe – Einleitung). Im Laufe des 17. Jahrhunderts wurden psychisch Kranke (Geisteskranke) zusammen mit Bettlern, Landstreichern, Dirnen etc. in Anstalten abgesondert. In der Epoche der Aufklärung (18. Jahrhundert) hob man die Vermischung zwischen sozialer Devianz und psychischer Störung auf und brachte psychisch Kranke zusammen mit somatischen Patienten in Bürgerspitälern oder in eigenen Anstalten unter. Im 19. Jahrhundert wurde die Versorgung psychischer Störungen als wichtiges Anliegen gesehen, was den Bedarf an Behandlungsmöglichkeiten massiv steigerte. Dieser Bedarf konnte nicht durch die Bürgerspitäler (Allgemeine Krankenhäuser) gedeckt werden, weshalb es vermehrt zur Gründung eigener Anstalten für psychisch Kranke kam. Vielfach wurden diese Anstalten fern von Städten und getrennt von anderen medizinischen Diensten realisiert. Das durch die Anstalten realisierte Versorgungskonzept, das den psychisch Kranken einen Sonderstatus einräumte, kritisierte Griesinger 1867 (s. Rössler, Häfner, Martini, an der Heiden, Jung & Löffler, 1987). Mit seinem Satz, daß Geisteskrankheiten Krankheiten des Gehirns seien, forderte er implizit die Gleichstellung somatisch und psychisch Kranker und eine integrierte Versorgung. Dieses Konzept erfuhr aber aus verschiedenen Gründen keine Realisierung. Vielmehr fand in der Bundesrepublik Deutschland die Trennung zwischen Universitätskliniken und Anstaltspsychiatrie statt, die für beide Versorgungsformen verschiedenste Nachteile mit sich brachte. Anfangs dieses Jahrhunderts kam es durch Arbeits- und Beschäftigungstherapie, durch Außenfürsorge und die Gründung von Hilfsvereinen (vgl. Mental-Health Bewegung in USA) zu einer Verbesserung der Versorgung, die problematische Anstaltsversorgung erfuhr dadurch aber keine grundsätzliche Änderung. In der Zeit des Nationalsozialismus kam es dann zu den Verbrechen der Zwangssterilisation und Tötung von psychisch Kranken (s. Klee, 1997); diese Verbrechen haben über die Zeit des Nationalsozialismus hinweg die Gesundheitsversorgung im deutschsprachigen Raum beeinträchtigt.

Die Entwicklung der Gesundheitsversorgung nach dem zweiten Weltkrieg (s. auch Häfner & Rössler, 1991; Häfner, 1995) war vor allem geprägt durch eine zunehmende Vielfalt an therapeutischen Möglichkeiten: Sozialtherapie (seit Ende der vierziger Jahre), Psychopharmakotherapie (seit den fünfziger Jahren) und Psychotherapie. Letztere hatte zwar bereits zu Beginn dieses Jahrhunderts durch die Psychoanalyse punktuell Eingang in die Gesundheitsversorgung gefunden; in der Bundesrepublik Deutschland und Österreich führte aber der Nationalsozialismus zur Emigration fast aller PsychoanalytikerInnen, die dann in USA einen starken Einfluß auf die Psychiatrie ausübten. Seit den fünfziger Jahren hat die Psychotherapie zunehmend in der gesamten Gesundheitsversorgung an Bedeutung gewonnen, da nicht nur tiefenpsychologische Verfahren, sondern auch in der Psychologie begründete Verfahren wie Gesprächspsychotherapie und Verhaltenstherapie entwickelt wurden. Eine grundsätzlich neue Perspektive für die Gesundheitsversorgung, nämlich die *Integration* psychisch Kranker, zeichnete sich umfassend (Vorläufer jeweils früher) ab in England seit den fünfziger, in USA seit den sechziger (Mental health centers act von Kennedy 1963) und in den deutschsprachigen Ländern seit den siebziger Jahren (mit Vorläufern in den sechziger Jahren). Der Schlußbericht der Sachverständigenkommission des Deutschen Bundestages vom 25. November 1975 stellt das offizielle Datum für die Änderung der Gesundheitsversorgung psychischer Störungen der Bundesrepublik Deutschland dar (Deutscher Bundestag, 1975), in Österreich und der Schweiz verlief die Entwicklung ähnlich (Österreich: Mitteilungen der österreichischen Sanitätsverwaltung, 1992; Schweiz: vgl. Pöldinger, 1982; Gutzwiller & Paccaud, 1996).

Ende der siebziger Jahre wurde die Gesundheitsdiskussion um den Aspekt der Gesundheitsförderung – *Health promotion* – erweitert (s. Abschnitt 3.2) Damit geht es nicht mehr nur um eine Optimierung der Behandlung, sondern um Gesamtkonzepte für Gesundheit/Krankheit, in dem die Prävention und die Förderung der Gesundheit einen besonderen Stellenwert erhalten. Mit dem Begriff *Public Health* wird ein interdisziplinäres Forschungs- und Handlungsfeld umschrieben, das aus der Makroperspektive heraus die Verbesserung der Gesundheit der Be-

völkerung bzw. von Teilbevölkerungen erforscht und umzusetzen sucht (s. auch Kap. 1/ Grundbegriffe – Einleitung).

Die Ergebnisse der Reformbemühungen der siebziger und achtziger Jahre um eine Verbesserung der Situation von Personen mit psychischen Störungen haben sich in Zielvorstellungen und Strukturänderungen niedergeschlagen, die eine deutliche Verbesserung der Gesundheitsversorgung psychisch Kranker gebracht haben (zur internationalen Entwicklung der neueren Zeit s. Kulenkampff & Picard, 1989; Häfner & Rössler, 1991; Häfner, 1995). So wurden in fast allen europäischen Ländern die psychiatrischen Krankenhäuser verkleinert, die Bettenzahl aufgrund der halbstationären und komplementären Versorgung reduziert, die Verweildauer verkürzt (Rössler, Salize, Biechele & Riecher-Rössler, 1994). Der wirtschaftliche Rückgang in den neunziger Jahren hat aber den weiteren Ausbau erschwert, ebenso behindern weiterhin ambivalente Einstellungen der Bevölkerung gegenüber psychisch Kranken den Ausbau der Versorgung. Es ist daher nicht verwunderlich, wenn in der Gesundheitsversorgung verschiedene Aufgabenbereiche noch nicht befriedigend gelöst sind (z. B. berufliche Rehabilitation, Situation der chronisch psychisch Kranken und Behinderten).

### 3. Leitbilder der Gesundheitsversorgung

Als Zielpunkt für Veränderungen, aber auch zur Bewertung bestehender Systeme werden für die Gesundheitsversorgung Leitbilder benötigt. Diese finden sich meistens in Expertenberichten, die in der Regel auch Bestandsaufnahmen beinhalten. Vielfach sind diese Expertenberichte von MedizinerInnen maßgebend gestaltet worden, was sich in berufspolitischen Aussagen auswirkt, so daß die Rolle der PsychologInnen in der Gesundheitsversorgung nicht immer die aus psychologischer Sicht adäquate Funktionszuweisung erfährt (gilt z. B. für den Expertenbericht der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, 1997). Andererseits fehlen neuere alternative ExpertInnenaussagen aus psychologischer Sicht, die die gesamte Breite der Gesundheits-

versorgung abzudecken erlauben; auf entsprechende Leitbilder für Teilbereiche wird in Abschnitt 3.3 eingegangen. Alternative Konzepte – z. B. *Gemeindepsychologie* anstatt Gemeindepsychiatrie (vgl. Sommer & Ernst, 1977) haben nicht die notwendige nationale oder internationale Resonanz gefunden. Die Abschnitte 3.1 und 3.2 sind eher an der medizinischen Versorgung mit ihren spezifischen Rahmenbedingungen (Krankenkassen etc.) orientiert, während Abschnitt 3.3 auf Zielvorstellungen aus psychologischer Sicht eingeht. In neuerer Zeit werden auch Leitbilder der Qualitätssicherung (s. Abschnitt 5.2) formuliert, die einen anzustrebenden Behandlungsstandard umschreiben (Gaelbel, 1995a).

### 3.1 Leitbilder zur psychiatrischen und psychotherapeutisch- psychosomatischen Versorgung

International wurden zu verschiedenen Zeitpunkten Expertenberichte mit Leitbildern zu gesamten Bereichen oder Teilsektoren der Gesundheitsversorgung entworfen, die zum Teil auch gesetzgeberische Konsequenzen hatten (vgl. für kurzgefaßten Überblick: Kulenkampf & Piccard, 1989). Besondere Beachtung erfuhren die auf Basaglia zurückzuführenden gesetzlichen Bemühungen Italiens um Minimierung der stationären Versorgung zugunsten der ambulanten Versorgung. Im deutschsprachigen Raum sind die 1975 vorgestellten Leit-

**Tabelle 1:** Grundsätze einer Neuordnung der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter (Deutscher Bundestag 1975, S. 189, 190; Auszug aus der Originalversion; Kürzungen sind mit (...) symbolisiert)

- (1) Die *Entstehungsbedingungen* psychischer Krankheiten und die Umstände, welche zu ihrer *Chronifizierung* beitragen können, machen es (...) notwendig, solchen Zusammenhängen und den Fragen und Möglichkeiten der *Prävention* fortschreitend nachzugehen und *Erkenntnisse darüber an die Betroffenen, an Institutionen und Entscheidungsinstanzen zu vermitteln*.
- (2) Erforderlich ist eine intensivierete allgemeine Aufklärung der Bevölkerung auf dem Gebiet der psychischen Gesundheit und eine gründlichere spezielle *Schulung* solcher Berufsgruppen, die (...) mit Auffälligkeiten und Beeinträchtigungen konfrontiert werden.
- (3) Durch volle Ausschöpfung präventiver Hilfen (...), sowie durch sinnvolle Förderung von Selbsthilfeinitiativen der Betroffenen (Selbsthilfegruppen) ist die *Vorsorge* auf dem Sektor der psychischen Gesundheit bereits im *Vorfeld der fachtherapeutischen Dienste* wesentlich zu verbessern. (...).
- (4) Die Versorgung (...) muß als ein umfassendes *Angebot allen* von psychischer Krankheit oder Behinderung Betroffenen und Bedrohten zur Verfügung stehen. Dies bedeutet, daß eine *Vielzahl von* (miteinander koordinierten) *Diensten* vorhanden sein muß. (...).
- (5) Alle Dienste, bei denen dies nur möglich ist, sollen *gemeindenah* eingereicht werden. (...).
- (6) Alle noch bestehenden *Unterschiede* hinsichtlich rechtlicher, kostenmäßiger und sozialer Regelungen *zwischen psychisch Kranken und körperlich Kranken* müssen *beseitigt* werden.
- (7) Die psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Dienste können ihren Aufgaben nur durch eine *multidisziplinäre Zusammenarbeit zahlreicher Berufsgruppen* gerecht werden. (...) Sie macht (...) eine enge und verbindliche Zusammenarbeit mit sozialen, psychologischen und sonderpädagogischen Diensten erforderlich.
- (8) *Fachkrankenhäuser* (...) sollen nur diejenigen psychisch Kranken aufnehmen, deren Zustand diesen diagnostischen und therapeutischen Einsatz erforderlich macht. Für *geistig* und *seelisch Behinderte*, die einer ständigen Betreuung bedürfen, ist die Unterbringung in einem Fachkrankenhaus in der Regel nicht erforderlich. Sie bedürfen überwiegend solcher Einrichtungen, in denen rehabilitative und pädagogische Angebote und eine normale Wohn- und Lebensraumgestaltung ausschlaggebend sind.
- (9) Die vielfältig erforderlichen Angebote und Dienste sollen so *miteinander verbunden* sein, daß psychisch Kranke und Behinderte soweit und solange nur möglich die Beziehung zu derjenigen Einrichtung oder Fachgruppe, die sich ihrer Versorgung angenommen hat, aufrechterhalten können.

bilder der Bundesrepublik Deutschland (Deutscher Bundestag, 1975) besonders wichtig geworden und auch heute noch weitgehend aktuell (s. Tab. 1).

Durch einen weiteren Expertenbericht (Expertenkommission der Bundesregierung, 1988) wurden die Leitsätze von 1975 überprüft und erweitert. 1997 sind erneut Leitlinien aus psychiatrischer Sicht herausgegeben worden (Deut-

sche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, 1997; s. Tab. 2). Für Österreich liegen aus dem Jahr 1994 (Mitteilungen der österreichischen Sanitätsverwaltung) detaillierte Empfehlungen für die psychiatrische Versorgung Österreichs vor, die für unterschiedliche Institutionen Aufgabenzuschreibungen, Schlüsselzahlen (Institutionsparameter pro Einwohnerzahl), Personalbeset-

**Tabelle 2:** Leitlinien einer künftigen Behandlung psychischer Erkrankungen: Versorgungspolitische Grundprinzipien (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, 1997, S. 31–37; mit «...» versehene Stellen sind Zitate)

(1) *Bedarfsdeckung.* «Oberstes Versorgungsprinzip ist, daß allen Behandlungsbedürftigen die von den Erfolgsaussichten und – bei mehreren vergleichbaren effektiven Verfahren – vom Kostenaufwand günstigste Therapieform ohne Barrieren zugänglich gemacht wird» (S. 31).

(2) *Gleichstellung psychisch und somatisch Kranker.* Diese umfaßt rechtliche, finanzielle und soziale Aspekte (s. auch Tab. 1); ergänzend wird die Versorgungsnähe zur somatischen Medizin gefordert.

(3) *Gegliedertes Versorgungssystem.* Gefordert wird ein «mehrstufig gegliedertes und zunehmend spezialisiertes Versorgungssystem» (S. 33), in dem nichtprofessionelle und professionelle (nichtspezialisierte und spezialisierte) Dienste unterschieden werden.

(4) *Patientenorientierte, individualisierte Behandlung.* Im Versorgungssystem «muß künftig stärker die Patienten-zentrierung vor der Institutions- und Methodenzentrierung stehen» (S. 34). Da aber nicht jede Institution alle Interventionsvarianten anbieten kann, muß «gleichzeitig das Prinzip eines funktional vernetzten, gestuften Versorgungssystems mit fachlicher Schwerpunktbildung» (S. 34) stärker beachtet werden.

(5) *Freie Institutions- und Therapeutenwahl.* Die Realisierung dieses Postulates ergibt sich u. a. auch aus der Gleichstellung zu somatisch Kranken, bei denen dieses Postulat seit langem in vielen Bereichen erfüllt ist.

(6) *Normalisierung der Hilfen.* Die stationären und außerstationären Versorgungseinrichtungen sind in die allgemeinen Strukturen des Sozial- und Gesundheitswesens zu integrieren; damit werden für die betroffenen Personen die Versorgungsmodalitäten alltäglich und leichter zugänglich.

(7) *Wohnortnähe.* Das Postulat der *Gemeindenähe* gehört zu den klassischen Forderungen (s. Tab. 1: Punkt 5) und impliziert, daß bei der Behandlung von Personen mit psychischen Störungen die Integration in ihrer Gemeinde möglichst wenig tangiert wird, damit die Wiedereingliederung möglichst gut gelingt. Dies hat zur Konsequenz, daß die Institutionen räumlich, aber auch «psychologisch» möglichst nahe an der Gemeinde der jeweiligen PatientInnen anzusiedeln wären. Im neuen Postulat wird anstelle der Gemeindenähe die Wohnortnähe gefordert, d. h. die Erreichbarkeit mittels öffentlicher Verkehrsmittel innerhalb von 30 bis maximal 60 Minuten. Der Begriff der *Sektorisierung* d. h. daß Teilbereiche einer Institution für bestimmte geographische Regionen zuständig sind (z. B. Station A der Klinik ist für die Stadtteile I–V, Station B derselben Klinik für die Stadtteile VI–X zuständig), wird in den neuen Leitlinien nicht mehr in den Vordergrund gestellt.

(8) *Vorrang ambulanter vor stationärer Therapie.* Diese Forderung basiert auf ethischen Gründen (geringerer Eingriff ist dem umfassenderen Eingriff vorzuziehen) und auf Kosten-Nutzen-Überlegungen.

(9) *Koordination und Kooperation multiprofessioneller Behandlungsangebote.* «Fehlplatzierungen und Mehrfachbetreuungen müssen vermieden und die Kontinuität der Behandlung über mehrere Institutionen hinweg gewährleistet werden» (S. 36). Mit dem Modell des *Case Managements* wird die kontinuierliche Betreuung von PatientInnen – unabhängig von der zur Zeit beanspruchten Institution – durch eine Betreuungsperson oder einem kleinen Betreuungsteam gefordert. Dieses Prinzip ist nicht ohne weiteres mit dem Prinzip der patientenorientierten Behandlung (Punkt 3) zu vereinbaren, wonach auch unterschiedliche Institutionen tätig werden müssen.

(10) *Qualitäts- und Effizienzkontrolle.* Es wird eine kontinuierliche Effektivitäts- und Effizienzüberprüfung für Institutionen und Professionen (z. B. Weiterbildungsgänge) gefordert, was durch Maßnahmen der Qualitätssicherung zu gewährleisten ist.

zung etc. angibt. Empfehlungen für die Schweiz liegen zum Teil für einzelne Kantone vor wie z. B. Thurgau (Gesundheitsdepartement Kanton Thurgau, 1995) oder St. Gallen (Staatskanzlei Kanton St. Gallen, 1995).

Zum Teil finden sich in den Expertenberichten auch Sollzahlen, die die institutionelle Umsetzung beinhalten. Im folgenden werden Sollwerte für Deutschland (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie

und Nervenheilkunde, 1997), Österreich (Mitteilungen der österreichischen Sanitätsverwaltung, 1994) und die Schweiz (Gesundheitsdepartement Kanton Thurgau, 1995; Staatskanzlei Kanton St. Gallen, 1995) an einigen Beispielen vorgestellt:

- *Bettenbedarf für stationären Bereich pro 1000 EinwohnerInnen (Akut- und Pflegebetten: Erwachsene):* 0,6 bis 1,0 (Deutschland); 0,5 bis 0,7

**Tabelle 3:** Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung (WHO, 1986; Auszug aus der deutschsprachigen Originalversion; Kürzungen sind mit (...) symbolisiert)

Die erste Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung hat am 21. November 1986 in Ottawa die folgende Charta verabschiedet. Sie ruft damit auf zu aktivem Handeln für das Ziel «Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000» und darüber hinaus. (...)

Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozeß, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. (...)

*Aktives, gesundheitsförderndes Handeln erfordert:*

- Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik. (...)
- Gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen. (...)
- Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen. (...)
- Persönliche Kompetenzen entwickeln. (...)
- Die Gesundheitsdienste neu orientieren. (...)

*Gemeinsame Verpflichtung zur Gesundheitsförderung. Die Teilnehmer der Konferenz rufen dazu auf:*

- an einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik mitzuwirken und sich dafür einzusetzen, daß ein eindeutiges politisches Engagement für Gesundheit und Chancengleichheit in allen Bereichen zustande kommt;
- allen Bestrebungen entgegenzuwirken, die auf die Herstellung gesundheitsgefährdender Produkte, auf die Erschöpfung von Ressourcen, auf ungesunde Umwelt- und Lebensbedingungen oder auf eine ungesunde Ernährung gerichtet sind; sie verpflichten sich, Fragen des öffentlichen Gesundheitsschutzes wie Luftverschmutzung, Gefährdungen am Arbeitsplatz sowie Wohn- und Raumplanung in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit zu stellen;
- die gesundheitlichen Unterschiede innerhalb der Gesellschaften und zwischen ihnen abzubauen und die von den Vorschriften und Gepflogenheiten dieser Gesellschaften geschaffenen Ungleichheiten im Gesundheitszustand zu bekämpfen;
- die Menschen selber als die Träger ihrer Gesundheit anzuerkennen und zu unterstützen und auch finanziell zu befähigen, sich selbst, ihre Familien und Freunde gesund zu erhalten. Soziale Organisationen und die Gemeinde sind dabei als entscheidende Partner im Hinblick auf Gesundheit, Lebensbedingungen und Wohlbefinden zu akzeptieren und zu unterstützen.
- die Gesundheitsdienste und ihre Mittel auf die Gesundheitsförderung umzuorientieren und auf das Zusammenwirken der Gesundheitsdienste mit anderen Sektoren, anderen Disziplinen und – was noch viel wichtiger ist – mit der Bevölkerung selbst hinzuwirken;
- die Gesundheit und ihre Erhaltung als wichtige gesellschaftliche Investition und Herausforderung zu betrachten und die globale ökologische Frage unserer Lebensweisen aufzuwerfen.

Die Konferenzteilnehmer rufen auf, sich in diesem Sinne zu einer starken Allianz zur Förderung der öffentlichen Gesundheit zusammenzuschließen.

*Aufruf zu internationalem Handeln:*

Die Konferenz ersucht die Weltgesundheitsorganisation und alle anderen internationalen Organisationen, für die Förderung von Gesundheit Partei zu ergreifen und ihre einzelnen Mitgliedsländer dabei zu unterstützen, Strategien und Programme für die Gesundheitsförderung zu entwickeln.

Die Konferenz ist der festen Überzeugung, daß dann, wenn Menschen in allen Bereichen des Alltags, wenn soziale Verbände und Organisationen, wenn Regierungen, die Weltgesundheitsorganisation und alle anderen betroffenen Gruppen ihre Kräfte entsprechend den moralischen und sozialen Werten dieser Charta vereinigen und Strategien der Gesundheitsförderung entwickeln, daß dann «Gesundheit für alle» im Jahre 2000 Wirklichkeit werden wird.

(Österreich: zusätzlich für Alkoholranke: 0,1 Betten); 1,0 Betten (Schweiz/Kanton Thurgau).

- **Komplementäre Angebote pro 1000 EinwohnerInnen** (s. Abschnitt 4.2):

Wohnen: 0,24 bis 0,40 Plätze (Österreich; vgl. auch Rössler et al., 1994). Internationale Expertenberichte fordern 1,5 betreute Wohnplätze (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, 1997). Tagesklinische Angebote: 0,15 (Deutschland), 0,40 bis 0,75 (Österreich); 0,1 Plätze (Schweiz/St. Gallen).

Die Richtwerte sind von der Versorgungsgüte anderer Institutionen abhängig; sofern z. B. der komplementäre Sektor schlecht ausgestattet ist, benötigt man mehr Betten als bei gutem Ausbau. Die Expertenberichte sind vielfach allgemein gehalten, bringen aber zusätzliche Empfehlungen für spezielle Gruppen, insbesondere für Kinder und Jugendliche, alte Menschen, Suchtbereich und psychisch kranke StraftäterInnen.

### 3.2 Leitbilder für die Gesundheitsförderung

Wie bereits angeführt, beinhaltet Gesundheitsversorgung auch das Konzept Gesundheit. Steht Gesundheit und ihre Förderung im Vordergrund, so wird im angelsächsischen Raum vielfach der Begriff *Public Health* verwendet (Gutzwiller & Jaenneret, 1996a). Gutzwiller und Jaenneret (1996b, S. 25) postulieren für Public Health folgenden Aufgabenbereich: «Die Aufgaben von Public Health bestehen darin, sich für die Schaffung von gesellschaftlichen Bedingungen, Umweltbedingungen und Bedingungen der gesundheitlichen Versorgung einzusetzen, unter welchen die Menschen gesund leben können». Public Health bezieht sich interdisziplinär auf Gesundheit aus der Makroperspektive (System, Gemeinde etc.); die Gesundheitspsychologie (health psychology; Schwarzer, 1997) bearbeitet das Thema Gesundheit eher aus der Mikroperspektive mit psychologischer Akzentuierung. Die spezifischen Beiträge der Psychologie zu Public Health werden zum Teil als «Public Health – Psychologie» bezeichnet (Schmidt, 1994). Die Weltgesundheits-

organisation WHO hat die Gesundheitsförderung *Health promotion* seit 1977 zu ihrem expliziten Anliegen gemacht und internationale interdisziplinäre Programme initiiert und realisiert, die sich nicht nur an die Wissenschaft, sondern auch an die Politik richten. Bei der ersten Internationalen WHO-Konferenz zur Gesundheitsförderung in Ottawa wurde am 21. November 1986 die *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung (health promotion – the Ottawa charter)* mit dem Ziel «Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000 und darüber hinaus» verabschiedet (WHO, 1986; s. Tab. 3).

Seit dieser Konferenz sind ergänzende Empfehlungen von der WHO herausgegeben, die nach den jeweiligen Konferenzorten benannt wurden: 1989 Adelaide (Australien), 1991 Sundsvall (Schweden). Als besondere Anliegen wurden z. B. betont: Förderung der Gesundheit von Frauen (WHO, 1994) Bekämpfung des Hungers. Vom Regionalbüro Europa der WHO bzw. von Untergruppen der WHO wurden aufgrund von Konferenzen zusätzliche Deklarationen verabschiedet bzw. Programme initiiert, die zum Teil auch Handlungsprioritäten beinhalten, so z. B. «Gesunde Städte», Europäische Charta Umwelt und Gesundheit.

### 3.3 Psychologische Leitbilder für die Gesundheitsversorgung

Umfassende Konzepte zur Gesundheitsversorgung aus psychologischer Sicht liegen bisher nicht vor; zu Teilaspekten wurden aber Leitlinien formuliert. Die Heilkundekommission (1987) der Föderation deutscher Psychologinnenvereinigungen hat in ihrer Denkschrift eine Bestandaufnahme der aktuellen Situation der Psychologie in der Heilkunde vorgenommen und die breite Kompetenz der Klinischen PsychologInnen für das Gesundheitswesen dargelegt. Die Denkschrift kritisiert dabei die in Deutschland damals gültigen Rahmenbedingungen und fordert für die Psychologie ein Gesetz, das die selbständige und eigenverantwortliche Tätigkeit von PsychologInnen im Gesundheitswesen ermöglicht; 1998 wurde dieses Gesetz verabschiedet. Die Föderation der Schweizerischen Psychologinnen und Psychologen (1994) formuliert für eine qualitätsorientierte Psychothe-

**Tabelle 4:** Leitbild der Föderation der Schweizerischen Psychologinnen und Psychologen (1994) für eine qualitätsorientierte Psychotherapie (Folgender Text beinhaltet die Überschriften gem. Originalversion; Erläuterungen vom Verf. in Klammer)

- Notwendigkeit und Wirksamkeit der Psychotherapie erwiesen.
- Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten: ausgewiesene Fachkräfte (Postulat, daß Psychotherapie eine anspruchsvolle Ausbildung erfordert, die den Abschluß eines Universitätsstudiums in Psychologie oder Medizin und eine vierjährige Weiterbildung in Psychotherapie beinhaltet).
- Qualitätssicherung im Dienste der Patientinnen und Patienten (Hinweis, daß die Erkenntnisse der Forschung durch kontinuierliche Fortbildung zu nutzen sind).
- Psychotherapie ein wichtiger Teil der Gesundheitsversorgung (Hinweis, daß psychologische PsychotherapeutInnen einen wesentlichen Beitrag zur Gesundheitsversorgung leisten).
- Keine Diskriminierung mehr bei der Psychotherapie (Forderung, daß Psychotherapie bei psychologischen PsychotherapeutInnen im gleichen Umfang wie bei den ÄrztInnen durch die Krankenkassen zu bezahlen ist).

rapie das in Tabelle 4 dargestellte Leitbild; von der Föderation der Schweizerischen Psychologinnen und Psychologen (1992) sind auch Empfehlungen zur Rolle der Psychologie bei Prävention und Gesundheitsförderung vorgelegt worden.

## 4. Institutionen der Gesundheitsversorgung

In den Konzepten der Gesundheitsversorgung werden unterschiedliche Bereiche und Institutionen postuliert. Von Interesse ist zum einen die Art der Institutionen, zum andern der Weg der Inanspruchnahme durch PatientInnen. Letzteres wird mit dem Stichwort *Krankheitsverhalten* umschrieben; dieses beinhaltet den Weg von der Symptomwahrnehmung bis hin zur Behandlung.

### 4.1 Krankheitsverhalten

Unter Krankheitsverhalten sind die im Zusammenhang mit wahrgenommenen Symptomen sich ergebende Handlungen bzw. Verhaltensweisen der betroffenen Person zu verstehen. Teilweise wird auch anstelle von Krankheitsverhalten der Begriff *Hilfesuchen* verwendet (vgl. Siegrist, 1988). Es lassen sich beim Krankheitsverhalten unterschiedliche Stufen unterscheiden, die nicht in jedem Fall hintereinander durchlaufen werden (modifiziert nach Siegrist, 1988):

(1) *Symptomwahrnehmung und Eigenbewältigung:* Interpretation von beobachteten Phänomenen als Problem, es kann dadurch ein Leidensdruck entstehen. Sofern ein Änderungswunsch vorhanden ist, kann es zur Eigenbewältigung in Form von intrapsychischen Bewältigungsversuchen (Coping; z.B. Verleugnen, Informationssuche; s. auch Kap. 17/Streß-Coping) und/oder Selbstmedikation (z. B. vorhandene Medikamente, Methoden der Alternativmedizin) kommen.

(2) *Mitteilung an Vertraute («significant others»):* Die Krankheitserfahrung wird – sofern die Selbstmedikation bzw. die Bewältigungsversuche nicht helfen – anderen Personen, zu denen ein besonderes Vertrauen besteht, mitgeteilt. Damit wird das private Erleben zu einem sozialen Tatbestand, bei dem die Umwelt Einfluß auf die Symptomwahrnehmung nehmen kann. Es können unterschiedliche Einflüsse mit konstruktiver (z. B. Präzisierung der Diagnose) oder destruktiver Akzentuierung (z. B. Kritik; Verhindern von Hilfesuchen im professionellen System) erfolgen. Teilweise fallen (1) und (2) zusammen, wenn die Symptomwahrnehmung von Außen geschieht (zum Teil bei psychischen Störungen der Fall).

(3) *Problemlösung in unterschiedlichen Systemen:* Sofern der Änderungswunsch weiterhin besteht und die Eigenbewältigung nicht ausreicht, kommt es zum aktiven Hilfesuchverhalten, indem zu Lösungen andere Personen miteinbezogen werden (Fremdbewältigung).

Dabei stehen unterschiedliche Systeme zur Verfügung:

a) *Laiensystem*: Dieses System besteht aus für den Problembereich nicht ausgebildeten Helfern, die ihre Hilfe informell, d. h. nicht berufsmäßig geben. Zum Laiensystem gehört vor allem diejenige Personengruppe, die das Soziale Netzwerk konstituiert (z. B. Verwandte, Nachbarschaft, Arbeitsbereich, Vereine; Laireiter, 1993). Aus diesem Sozialen Netzwerk heraus kann die Soziale Unterstützung erfolgen, bei der Lösungswege vorgeschlagen bzw. realisiert werden. Zum Laiensystem gehören aber auch diejenigen nichtprofessionellen Personen, an die die betroffene Person von Mitgliedern des Sozialen Netzwerkes weiter empfohlen wird.

b) *Halbprofessionelles System im Vorfeld fachspezifischer Dienste*: In diesem Bereich finden wir die Berufsgruppen, die nicht im Gesundheitswesen tätig (daher Vorfeld), aber in begrenztem Umfang für das Erkennen oder den Umgang mit psychischen Störungen ausgebildet worden sind (z. B. Personen in der Seelsorge, Schule, Arbeitsverwaltung, Rechtswesen; Besier, 1980). Unter deren Klientenschaft kommen nur vereinzelt Personen mit psychischen Störungen vor.

c) *Professionelles System im Vorfeld oder im Feld fachspezifischer Dienste*: Dieser Bereich wird durch Berufsgruppen repräsentiert, die aufgrund ihrer Ausbildung für psychische Störungen im allgemeinen (Vorfeld fachspezifischer Dienste, keine Spezialisierung; z. B. PsychologInnen ohne klinisch-psychologische, psychotherapeutische Spezialisierung; AllgemeinärztInnen; ApothekerInnen; Gemeindepflegedienste) oder im speziellen kompetent sind (Feld fachspezifischer Dienste, spezialisiert: Klinische PsychologInnen, PsychiaterIn etc.).

d) *Paramedizinisches System*: Neben dem «offiziellen» Heilsystem ist im weiteren auch das paramedizinische System von Bedeutung, in dem HeilerInnen, RutengängerInnen etc. mit Methoden arbeiten, die im offiziellen Gesundheitssystem nicht anerkannt bzw. sogar verboten sind. Darunter sind u. a. ernstzunehmende Methoden, die in anderen Kulturen als erfolgreich gelten, aber auch problematische bis sogar vereinzelt betrügerische Ansätze zu subsumieren. Die Bedeutung des paramedizinischen Systems ist gerade in der heutigen Zeit nicht zu unterschätzen.

Vielfach führt das Krankheitsverhalten über folgende Stationen: Eigenbewältigung, Bewältigung mittels Sozialem Netzwerk (Laiensystem) und/oder halbprofessionellem System, Hilfesuchen im professionellen System. Innerhalb des offiziellen Gesundheitssystems (halb- und professionelles System) findet sich häufig ein Stufenmodell (Goldberg & Huxley, 1980; s. auch Kap. 8/Epidemiologie).

Wie die Medizinsoziologie zeigt (Siegrist, 1988; s. auch Kap. 16/Soziologische Aspekte), ist das Krankheitsverhalten abhängig von institutionellen Rahmenbedingungen (z. B. Bezahlung der Leistungen durch Kassen; Erreichbarkeit der Institutionen), aber auch von sozialen Merkmalen (z. B. Schicht) und Persönlichkeitsmerkmalen. Aufgabe der Gesundheitsversorgung ist die Optimierung des Krankheitsverhaltens, um verspätete Behandlungen und Chronifizierungen zu vermeiden.

## 4.2 Institutionen

In früheren Expertenberichten zur Gesundheitsversorgung wurde von Standardversorgungsgebieten gesprochen (ursprünglich 250 000; dann ca. 100 000 bis 150 000 EinwohnerInnen; Expertenkommission der Bundesregierung, 1988), d. h. einem Gebiet, das in der Regel für die Versorgung so ausgestattet sein sollte, daß nur Spezialfälle außerhalb des Gebietes versorgt werden müssen. Da sich die Normierung an Einwohnerzahlen gerade in Großstädten, aber auch in Gebirgsregionen als problematisch erwiesen hat, ist der Begriff des Standardversorgungsgebietes bei den neueren Expertenberichten nicht mehr bedeutsam. Wesentlich ist eine umfassende komplexe Versorgung, die in der Regel das Kriterium der Wohnortnähe erfüllen sollte (Ausnahme: Spezialeinrichtungen wie z. B. stationäre Einrichtungen für Personen mit Störungen durch psychotrope Substanzen). Die Forderung nach Wohnortnähe ist insbesondere auch für Landregionen einzulösen, da die Versorgungsangebote nicht nur auf die (Groß)Städte konzentriert werden dürfen.

Wenn im folgenden von Institution gesprochen wird, so impliziert dies keine spezifische Rechtsform; es können darunter Einzel- oder Gruppenpraxen, Institutionen von privaten oder staatlichen Trägern, die für sich allein oder

mit einem Krankenhaus verbunden sind, verstanden werden. Ebenso können unterschiedliche Finanzierungsmodalitäten (s. unten) vorkommen.

In den Expertenberichten werden in der Regel bestimmte Versorgungsangebote gefordert. Diese Versorgungsangebote unterscheiden sich in ihrer Auswirkung auf das Alltagsleben. Wing (1989) postuliert, daß sich die Gesundheitsversorgung vor allem auf folgende Alltagsfunktionen auswirkt: *Arbeit*, *Wohnen* (Tag/Nacht) und *Freizeit* (inkl. Kontaktbereich); der Bereich Freizeit wird heute umfassender konzipiert und beinhaltet neben dem Freizeitbereich, Kontaktmöglichkeiten, aber auch Alltagsgestaltung und Tagesstrukturierung; es geht um die soziale Teilhabe im Allgemeinen. Im folgenden

verwenden wir den Begriff der *Sozialen Funktionsfähigkeit* als Kürzel für diesen Aufgabenbereich. In Tabelle 5 findet sich ein Überblick mit Beispielen über die für den Erwachsenenbereich notwendigen wichtigsten Versorgungsangebote.

Durch das halbprofessionelle System bzw. das nichtspezialisierte professionelle System werden die Alltagsfunktionen durch das Versorgungsangebot nicht oder kaum beeinträchtigt, d.h. das gewohnte Leben kann trotz Inanspruchnahme des Versorgungsangebotes weitergeführt werden. Evtl. vorhandene Beeinträchtigungen in den Alltagsfunktionen Arbeit (krankheitsbedingter Unterbruch) oder Soziale Funktionsfähigkeit sind nicht auf das Ver-

Tabelle 5: Versorgungsangebot für eine Region

Bereich	Bsp. für Berufsgruppen, Institutionen, Tätigkeiten	Alltagsfunktion		
		A	SF	W
(1) Halbprofessionelles System <sup>1</sup> (Vorfeld fachspezifischer Dienste)	Seelsorge, Erziehung, Rechtswesen etc.	+	+	+
(2) Professionelles System <sup>2</sup> (nicht spezialisiert: Vorfeld fachspezifischer Dienste)	PsychologInnen (nicht Klinische Psychologie), AllgemeinärztInnen, FachärztInnen (nicht Psychiatrie); ApothekerInnen etc.	+	+	+
(3) Professionelles System <sup>2</sup> (spezialisiert; Feld fachspezifischer Dienste)				
(3.1) Ambulante Dienste	Klinische PsychologInnen (mit/ohne Psychotherapie), FachärztInnen f. Psychiatrie, PsychagogInnen, etc.; Beratungsstellen, Krisen- und Notfalldienste, Ambulanzen an Fachkliniken, Sozialpsychiatrische Dienste etc.	+	+	+
(3.2) Halbstationäre Dienste	Tageskliniken (Nachtkliniken)	- +	+ -	+ -
(3.3) Stationäre Dienste	Fachkliniken (Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie) und entsprechende Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern etc.; Konsiliar-, Liaisondienst	-	-	-
(3.4) Komplementäre Dienste	Wohnbereich Arbeitsbereich Clubs, Tagesstätten, Kontaktstellen etc.	+ (+) +	(+) + (+)	(+) + +

Anmerkungen. Alltagsfunktionen A: Arbeit, SF: Soziale Funktionsfähigkeit, W: Wohnen. Auswirkungen auf Alltagsfunktionen: + keine Beeinträchtigung, (+) begrenzte Beeinträchtigung, - massive Beeinträchtigung.

<sup>1</sup> Halbprofessionell: nicht im Gesundheitswesen tätig, aber begrenzte Kompetenzen bezüglich psychischer Störungen.

<sup>2</sup> Professionell: im Gesundheitswesen tätig.

sorgungsangebot, sondern auf den eigenen Zustand zurückzuführen.

Die fachspezifischen Dienste können im Hinblick auf die beeinträchtigten Alltagsfunktionen unterschieden werden; vielfach werden folgende Institutionstypen gefordert:

- *ambulante Dienste*: darunter werden fachspezifische Dienste subsumiert, die die betroffene Person zur Konsultation bzw. Behandlung punktuell aufsucht und bei denen die Alltagsfunktionen durch das Versorgungsangebot nicht beeinträchtigt werden. Vielfach sind die Dienstleistungen medizinisch oder psychologisch akzentuiert, bei den Sozialpsychiatrischen Diensten werden zusätzliche soziale Leistungen (z. B. Hilfe bei Wohnungs- oder Arbeitssuche, bei Inanspruchnahme von Behörden) angeboten.
- *halbstationäre Dienste*: bei den halbstationären Diensten (Tages-, Nachtkliniken) erfolgt über einen Zeitraum ein Versorgungsangebot, das nur einen Teil des Tages umfaßt. Ein Teil der Alltagsfunktionen wird durch halbstationäre Angebote beeinträchtigt, d. h. die PatientInnen geben aufgrund der Institution zeitlich begrenzt gewohnte Funktionen auf. Halbstationäre Dienste dienen der Vermeidung oder Abkürzung von stationärer Versorgung; zu ihrer Ausstattung gehören ärztliche, psychologische, soziale Dienste, die insgesamt weniger umfassend sind als im stationären Bereich. In den *Tageskliniken* (Bosch & Veltin, 1983) leben akut oder subakut erkrankte PatientInnen am Tag und erhalten dort unterschiedliche therapeutische Interventionen; den Abend und die Nacht verbringen sie im gewohnten häuslichen Milieu. Die Alltagsfunktion Arbeit in Form der Berufstätigkeit ist aufgehoben. Bei den zum halbstationären Bereich zählenden *Nachtkliniken*, von denen aus für eine begrenzte Zeit die PatientInnen zur gewohnten Arbeit gehen, ist die Alltagsfunktion Arbeit im Idealfall intakt. Nachtkliniken haben sich nur begrenzt bewährt (z. B. Verlust der Funktion aufgrund der Arbeitsmarktlage), so daß das Konzept teilweise aufgegeben wurde. Ihre Funktion wird heute eher von komplexeren Diensten (s. Wohnbereich) wahrgenommen.
- *stationäre Dienste*: in den stationären Diensten, die als Kliniken ein medizinisches Min-

destangebot im 24-Stundendienst gewährleisten müssen, sind alle Alltagsfunktionen beeinträchtigt; PatientInnen erhalten einen neuen 24-Stundenablauf. Zu nennen sind die psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen bzw. psychosomatischen Fachkrankenhäuser bzw. Universitätskliniken. Im Sinne der Gleichstellung psychisch und somatisch Erkrankter werden auch psychiatrische Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern gefordert, die eine Versorgungspflicht – vergleichbar den regulären psychiatrischen Fachkrankenhäusern – für eine bestimmte Region haben. Gemäß Expertenbericht gibt es in Deutschland ca. 125 derartige Einrichtungen (Bettenzahl im Durchschnitt ca. 80; Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, 1997).

Außerhalb der stationären Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie finden sich relativ viele Personen im somatisch-stationären Bereich, die zu ihrer somatischen Erkrankung zusätzlich eine psychische Störung aufweisen oder mit der psychischen Störung in der somatischen Medizin (z. B. Innere Medizin) stationär behandelt werden; so schätzt man, daß ca. 30 Prozent der PatientInnen im Allgemeinkrankenhaus eine diagnostizierbare psychische Störung aufweisen (Ehlert, 1997). Daher ist nicht nur in den für psychische Störungen zuständigen Fachkrankenhäusern eine optimale Behandlung dieser Störungen zu gewährleisten, sondern auch in der somatischen Medizin. Dazu wurde relativ früh ein sog. *Konsiliardienst* für Psychiatrie bzw. Psychosomatik in der stationären somatischen Medizin eingeführt. Der Konsiliardienst (PsychiaterIn, PsychologIn, etc.) wird von den behandelnden somatischen ÄrztInnen im Hinblick auf eine/n PatientIn angefordert mit der Bitte um Untersuchung und Behandlungsempfehlung. Beim *Liaisondienst* ist die Fachperson (Klinische PsychologInnen, PsychiaterInnen etc.) an den Aktivitäten der jeweiligen somatischen Station (Visiten, Stationsbesprechungen etc.) beteiligt bzw. in dem Stationsgeschehen partiell integriert. Institutionen, die beide Aufgaben wahrnehmen, werden *Konsiliar-Liaison-Dienst* genannt (zum Tätigkeitsfeld: Ehlert, 1997); für dieses Tätigkeitsfeld sind ÄrztInnen und klinische PsychologInnen mit psychotherapeutischer Kompetenz besonders wichtig (Saupe & Diefenbacher, 1996).

• *komplementäre Dienste*: ursprünglich hat man darunter die das Versorgungsnetz ergänzenden Dienste subsumiert. Heute findet man unter diesem Stichwort eine Vielzahl an Einrichtungen, die für die Gesundheitsversorgung eine zentrale Funktion übernommen haben (Priebe, 1996). Im Vordergrund stehen Angebote für Personen, die ohne besondere Hilfestellung nicht oder noch nicht den Wohn- oder Arbeitsbereich gestalten können bzw. in den Sozialen Funktionsfähigkeiten eingeschränkt sind (vgl. Bosch & Kulenkampf, 1985); die Alltagsfunktionen werden daher durch spezifische Rahmenbedingungen unterstützt. Es handelt sich um Institutionen mit zeitlich begrenztem Leistungsangebot oder mit der Möglichkeit zur Dauerunterbringung. Zu nennen sind (s. Holler, Schnabel & Marx, 1996; Mitteilungen der Österreichischen Sanitätsverwaltung, 1992):

- *Wohnbereich*: Betreutes Wohnen in Form von Langzeitwohnheimen (für chronische PatientInnen), Übergangswohnheime (Wohndauer begrenzt für ca. 2 bis 3 Jahre; für PatientInnen mit Rehabilitationsperspektive), geschützte/betreute Wohngemeinschaften bzw. Einzelwohnen. Dabei sind kleinere dezentralisierte Angebote größeren Heimen vorzuziehen.
- *Arbeitsbereich*: Nach Holler et al. (1996) sind vor allem folgende Aufgaben für Personen mit psychischen Störungen zu lösen: (1) Berufsvorbereitung (für Personen ohne Berufsausbildung); (2) Zusatzqualifikationen (Weiterbildung, Umschulung etc., um die Chancen der Arbeitsvermittlung zu verbessern); (3) beschützte Beschäftigung (für Personen, die den normalen Berufsbedingungen nicht oder noch nicht gewachsen sind); (4) Betreuung von Personen im normalen Arbeitsprozeß. Eine Vielzahl an unterschiedlichen Angeboten sucht diese Ziele zu erreichen; zu nennen sind vor allem: Arbeitstrainingszentren (Erwerb von Arbeitsfertigkeiten innert einer begrenzten Zeit), geschützte Werkstätten (kontinuierliche Tätigkeit – den Fähigkeiten entsprechend – für begrenzte oder unbegrenzte Zeit), geschützte Arbeitsplätze, Selbsthilfefirmen, nachgehende Betreuung am Arbeitsplatz (Österreich: Arbeitsassistenten) etc. Häufig sind für PatientInnen Angebote für den Wohn- und Arbeitsbereich zu machen. Je ungünstiger die Arbeitsmarktsituation insgesamt ist, umso mehr müssen komplementäre Dienste konzipiert werden, die für Personen mit psychischen Störungen eine Langzeitperspektive bezüglich des Arbeitsbereiches ermöglichen.
- *Soziale Funktionsfähigkeit*: Zu den angeführten komplementären Diensten kommen Institutionen, die u. a. die Funktionsbereiche Kontakt und Tagesstrukturierung (Realisierung von Alltagsaufgaben wie Kochen, Einkaufen, etc.; Freizeitgestaltung etc.) beinhalten. Zu nennen sind u. a. Patientenclubs, Tages(heim)stätten (s. auch Tageskliniken), Kontaktstellen. Diese Institutionen können punktuell oder auch regelmäßig in Anspruch genommen werden.

Vielfach wird zwischen *intramuraler* (stationärer) und *extramuraler* (nicht stationärer, nicht im Krankenhaus angebotener) Versorgung unterschieden. Die Vielzahl an Institutionen macht deutlich, daß im Einzelfall – zur Vermeidung von Doppelspurigkeiten und Lücken – eine Koordination der Leistungen erforderlich ist. Wenn auch in den Städten den Reformforderungen in verschiedensten Bereichen Rechnung getragen wurde, gilt dies für die Landregionen weiterhin nur sehr begrenzt. Hier liegt meist ein unzureichendes Angebot an Versorgungseinrichtungen (inkl. Einzelpraxen) vor, bzw. die Landbewohner sind gezwungen, die Dienste in den Städten in Anspruch zu nehmen; dadurch ist das Prinzip der Wohnortnähe nicht mehr gewährleistet, was zu Versorgungsnachteilen führt.

Für den Bereich Kinder/Jugendliche ist eine stärkere ambulante Versorgung unter Miteinbezug von Familie und Schule notwendig; teilstationäre, stationäre und komplementäre Einrichtungen sind in geringerem Umfang erforderlich (s. Remschmidt, 1997).

Wie oben angeführt, folgt das Krankheitsverhalten bestimmten Abläufen. Dies gilt nicht nur außerhalb, sondern auch innerhalb des offiziellen Versorgungssystems (Goldberg & Huxley, 1980). Meist wird zuerst ein Dienst im Vorfeld der fachspezifischen Dienste oder ein ambulanter Dienst in Anspruch genommen. Im ärztlichen System kommt den AllgemeinärztInnen eine Schlüsselfunktion zu, da die meisten

Personen dieses Versorgungsangebot konsultieren, so daß psychische Störungen dort identifizierbar wären; in der Regel wird aber nur ein Teil davon als psychische Störung erkannt (vgl. Kap. 8/Epidemiologie). Von den AllgemeinärztInnen erfolgt im kleineren Teil der Fälle eine Überweisung zu niedergelassenen PsychiaterInnen; von diesen wiederum wird ein kleinerer Teil der PatientInnen in den stationären Bereich überwiesen. Die Abläufe im medizinischen Gesundheitssystem sind vielfach erforscht und auch die Problemfelder bekannt. Entsprechend elaborierte Studien über andere Versorgungsgruppen, insbesondere über PsychologInnen bzw. psychologische Beratungsstellen fehlen weitgehend (vgl. Wittchen & Fichter, 1980; Wasilewski, 1989; Schorr, 1991). Besonders wichtig wären Studien zur Vernetzung der medizinischen und nicht-medizinischen Versorgungsteilsysteme (Bsp. für Vergleich Psychiater und Psychologen: Knespers, Belcher & Gross, 1989). Es wäre dringend erforderlich, insbesondere die Leistungen der Klinischen PsychologInnen stärker ins Gesundheitssystem zu integrieren, damit dieses Versorgungsangebot optimal genutzt werden kann.

## 5. Evaluation und Qualitätssicherung in der Gesundheitsversorgung

### 5.1 Evaluation

In der Psychotherapieforschung, aber auch der Gesundheitsversorgung ist die Forderung nach *Evaluation* seit längerer Zeit ein zentrales Postulat. Evaluation wird von Wottawa und Thierau (1990, S. 9) wie folgt definiert: «Prozeß der Beurteilung des Wertes eines Produktes, Prozesses oder eines Programmes, was nicht notwendigerweise systematische Verfahren oder datengestützte Beweise zur Untermauerung einer Beurteilung erfordert». Evaluationsforschung ist zum einen auf bestehende Versorgungssysteme ausgerichtet, zum anderen finden wir sie als Programmevaluation im Zusammenhang mit Strukturänderungen der Gesundheitsversorgung. Es ist notwendig, bei Strukturänderungen – häufig in Form von Modellversuchen – gleichzeitig eine Evaluation durchzuführen.

Evaluation der Gesundheitsversorgung bedeutet zwar vor allem Bewertung von Institutionen und deren Verknüpfungen. Evaluation muß aber auch Berufsgruppen mit ihren Aus-, Fort- und Weiterbildungsgängen umfassen.

Für die Evaluation von Versorgungssystemen werden vielfach die für die Psychotherapieforschung angeführten Kriterien der Effektivität, Effizienz (Kosten/Nutzen, Kosten/Wirkung), PatientInnen-Zufriedenheit, Praxisbewährung und ethische Angemessenheit verwendet (s. Kap. 20/Methodik der Interventionsforschung). Neben den in der Therapieforschung diskutierten Parametern können für die Evaluation von Gesundheitssystemen auch allgemeinere Parameter zu den Bereichen Arbeit, Wohnen und Soziale Funktionsfähigkeit herangezogen werden; in neuerer Zeit hat sich das Konzept der *Lebensqualität* für Evaluationsstudien als wichtig erwiesen (Bullinger, 1996; Stieglitz, 1996; s. auch Kap. 7/Diagnostik). Die Effizienz im Gesundheitssystem – obwohl häufig gefordert – ist schwierig zu bewerten, doch finden sich dazu unterschiedliche Lösungsansätze. Kosten/Nutzen-Analysen im Gesundheitswesen sind dadurch in ihrem Aussagegehalt eingeschränkt, als der Nutzen nur begrenzt monetär berechenbar ist. Die Arbeitsfähigkeit stellt zwar einen berechenbaren Nutzen dar, darüber hinaus sind aber auch andere Werte bei Interventionen von Bedeutung. Daher werden auch Kosten-Effektivitäts-Analysen durchgeführt, d. h. die Kosten werden bezüglich bestimmter Zielkriterien analysiert (z. B. Kosten für stationäre versus ambulante Versorgung; zur Frage der Kosten der Psychotherapie durch Klinische Psychologen s. Wasilewski, 1989). Sogenannte Nutzwertanalysen berücksichtigen, daß weder Kosten, noch Nutzen ausschließlich monetär berechenbar sind. Ein zentrales Anliegen der Evaluationsforschung stellt die Bedarfsklärung dar. Wing (1973) weist darauf hin, daß zum einen Inanspruchnahmedaten benötigt werden, d. h. Zahlenangaben über die Nutzung einzelner Institutionen; zum andern sind aber auch diejenigen Personen zu erfassen, die trotz Behandlungsbedürfnis keine Behandlung erhalten. Bei Untersuchungen zur Inanspruchnahme ist zu prüfen, ob die Institutionen die Bedürfnisse der Betroffenen adäquat erfüllen.

Zusammenfassend ist zu sagen, daß die bewertende Überprüfung – die Evaluation – ein

zentrales Anliegen angewandter Forschung darstellt. Überprüfte Konzepte bzw. Therapiemethoden sind zwar notwendige Bedingungen, daß einer Person mit psychischen Störungen geholfen wird. Werden aber die Forschungserkenntnisse in der Praxis nicht verwendet, so kann es zu falschen oder nicht optimalen Behandlungen kommen. Daher stellt sich für jede einzelne Institution die Frage, ob sie adäquat handelt und wenn nicht, wie ein adäquater Standard erreicht werden kann. Diese Thematik – Umsetzung der Forschungserkenntnisse in die Praxis und deren Überprüfung – wird mit dem Stichwort Qualitätssicherung abgehandelt.

## 5.2 Qualitätssicherung, Qualitätsmanagement

In den letzten Jahren hat das Schlagwort der *Qualitätssicherung* (Quality assurance) in der Gesundheitsversorgung Eingang gefunden und den Ruf nach Evaluation etwas in den Hintergrund treten lassen (Überblicksliteratur, auf die sich die folgende Darstellung stützt: Gaebel, 1995a, b; Haug & Stieglitz, 1995; Laireiter, 1995, 1997; Richter, 1994). Der Begriff Qualitätssicherung stammt aus der Industrie und beinhaltet die Gewährleistung der Qualität; «Qualität ist die Gesamtheit der Eigenschaft und Merkmalen eines Produktes oder einer Dienstleistung, die sich auf deren Eignung zur Erfüllung festgelegter oder vorausgesetzter Erfordernisse bezieht» (Norm ISO: Internationale Standardisierungsorganisation, 1990). Qualitätssicherung bei Produkten wurde ursprünglich durch das Ausscheiden von Mangelware erreicht; später kam eine Vielzahl an unterschiedlichen Maßnahmen hinzu, um die Qualität zu sichern (z. B. Schulung der MitarbeiterInnen, Materialkontrolle, internationale Normen ISO). Obwohl sich die industrielle Qualitätssicherung nicht ohne weiteres auf die Gesundheitsversorgung übertragen läßt (z. B. aufgrund der Compliance der PatientInnen als modifizierenden Faktor), finden wir in USA seit den zwanziger Jahre diese Thematik im Gesundheitssektor. Aufgrund der Kostensteigerungen im Gesundheitswesen, aber auch der Sensibilisierung der Bevölkerung für Leistungen im Gesundheitswesen, ist die Qualitätssicherung in den letzten 10 Jahren zu einem sehr wichtigen internationalen Thema

für Politik und Fachsozietäten geworden. Daher finden wir in der Medizin vielfältigste Ansätze zur Qualitätssicherung; im Bereich der Psychotherapie ist – wie Richter (1994) und Laireiter (1995) feststellen – die Qualitätssicherung noch wenig systematisiert, obwohl implizit verschiedenste Ansätze (z. B. Supervision) seit langem vorhanden sind (Lutz, 1997; Piribauer, 1995; Bertelmann, Jansen & Fehling, 1996).

Qualitätssicherung im Gesundheitswesen ist heute ein Oberbegriff für eine Vielzahl an Forschungsaktivitäten, Überprüfungs- und Korrekturmechanismen geworden, die die Versorgungsqualität erhalten bzw. verbessern lassen (Piribauer, 1995). Heute wird teilweise der Begriff *Qualitätsmanagement* als Oberbegriff verwendet, mit dem man einen komplexen Prozeß umschreibt, der bezüglich Dienstleistungen im Gesundheitswesen die in Tabelle 6 dargestellten Schritte umfaßt.

Qualitätssicherung bzw. Qualitätsmanagement kann sich auf eine ganze Region, aber auch auf eine einzelne Institution (z. B. Einzel-, Gruppenpraxis, Ambulatorium, Krankenhaus) und auf Berufsgruppen beziehen. Herkömmlicherweise unterscheidet man nach Donabedian im Gesundheitswesen drei Qualitätsbegriffe, die aber nicht völlig unabhängig voneinander sind: Struktur-, Prozeß-, Ergebnisqualität.

- *Strukturqualität*. Darunter werden Rahmenbedingungen (Ressourcen) verstanden, die eine konkrete Intervention (inkl. Diagnostik) ermöglichen (Gaebel, 1995b):
  - politisch (z. B. Gesetze bezüglich Gesundheitswesen, Verordnungen der Krankenkassen);
  - organisatorisch (z. B. Dienstplan innerhalb einer Klinik);
  - finanziell (z. B. Jahresbudget der Institution; Mittel pro Behandlungstag);
  - baulich-räumlich (z. B. Bauzustand der Büros, Patientzimmer);
  - Ausstattung (z. B. Biofeedbackgeräte, Tests);
  - personell (z. B. Personalschlüssel, Ausbildungsstand, interne Weiterbildung)
  - therapeutisch (z. B. Breite des Psychotherapieangebotes, wissenschaftliche Fundierung des Angebotes).

Bei Versorgungsregionen gehören zur Strukturqualität Systemelemente (Versorgungsdichte,

Tabelle 6: Qualitätsmanagement

(1) Festlegung von <i>Standards</i> (Qualitätsstandards; zu erreichende Zielgrößen) und <i>Indikatoren</i> für Dienstleistung.
(2) Messung der Indikatoren und Vergleich mit den Standards: <i>Monitoring</i> .
(3) Konsequenz aus dem Vergleich:
(3a) Sofern keine gravierende Differenz zwischen empirischen Daten und Standards festzustellen ist: Sicherung (Bewahrung, Aufrechterhaltung) der bestehenden Qualität, d. h. <i>Qualitätssicherung</i> im engeren Sinne.
(3b) Sofern Differenz vorhanden: Verbesserung der Dienstleistung, d. h. <i>Qualitätsverbesserung</i> .
Die Festlegung von Standards verändert sich teilweise über die Zeit, so daß auch bei optimalen Verhältnissen nicht nur der Ablauf (1)–(3a) realisiert wird, sondern mittelfristig sich auch der Ablauf (1)–(3b) ergibt.

Bedarfsklärung, Erreichbarkeit, Wartelisten, Überbelegungen, Abweisungen etc.; s. auch Leitsätze in Abschnitt 3.1; aber auch Ausbildungs- und Weiterbildungskonzepte für Berufsgruppen; vgl. auch den Begriff der Makroperspektive). Jeder einzelne Punkt bedarf vielfach einer komplexen Klärung.

- **Prozeßqualität.** Nach Gaebel (1995b, S. 486) wird darunter «die Gesamtheit diagnostischer und therapeutisch-rehabilitativer Maßnahmen hinsichtlich ihrer Kongruenz zwischen expliziten Leitlinien/Standards und konkreten Durchführungsmodalitäten» verstanden. Geprüft wird, inwieweit die von der Forschung gewonnenen Erkenntnisse bzw. die von Instanzen (Gesetzgebern, Berufsverbände, Institutionsleitungen etc.) gesetzten Handlungsmaximen im konkreten Fall umgesetzt werden. Themen sind u. a., inwieweit die Diagnosen korrekt – z. B. gem. den akzeptierten Standards von ICD-10 – gestellt werden; ob die Indikationsfrage geklärt wird; ob Informed Consent eingeholt wird; ob tatsächlich die indizierte Therapieform angewandt wird (z. B. spezifische Psychotherapieform bei Angststörungen); ob die Supervision bei unerfahrenen BehandlerInnen ausreicht; ob Fehlplatzierungen (stationäre anstelle halbstationäre Behandlung) vorgenommen wurden.

- **Ergebnisqualität.** Darunter wird «das Ausmaß an Kongruenz zwischen Behandlungsziel und Behandlungsergebnis» verstanden (Gaebel, 1995b, S. 487). Für die Beurteilung der Ergebnisqualität sind die in der Interventionsforschung (s. Kap. 20/Methodik der Interventionsforschung) vorhandenen Methoden heranzuziehen, ebenso sind die in Abschnitt 5.1 diskutierten Evaluationsgesichtspunkte wichtig; diese

bilden auch die Basis für die Beurteilung der Strukturqualität der angebotenen Therapiemethoden. Vielfach sucht man globale Maße für die Ergebnisqualität zu verwenden (z. B. Verweildauer, Dauer der Therapie, Abnahme der Psychopathologie, Lebensqualität, Gebesertenrate); daneben werden nach Gaebel (1995b) auch unerwünschte Ereignisse als Indikator gewählt (z. B. Todesfälle, Suizide/-versuche, Komplikationen, Therapieabbrüche).

Für die Qualitätssicherung bzw. Qualitätsmanagement sind folgende Fragen bedeutsam:

- woher kommen die Standards zur Beurteilung einer Institution?
- welche Indikatoren können für die einzelnen Bereiche verwendet werden (Monitoring)?
- wie kann die Qualität erhalten bzw. verbessert werden?

**Standards** (Beurteilungsmaßstab) stellen zu erreichende oder zu bewahrende Zielgrößen dar, die vielfach quantitativ (Bsp. Zahl der Therapieabbrüche soll kleiner als x% sein), zum Teil mit Verbalumschreibungen (s. Leitsätze der Gesundheitsversorgung) definiert werden. **Schwellenwerte** markieren die noch akzeptablen unteren bzw. oberen Grenzwerte für Standards (z. B. mehr als (x+10)% Therapieabbrüche sind nicht akzeptabel). **Kriterien** bilden die Basis für Standards; mit dem Begriff Kriterium werden in der Qualitätssicherung Aussagen über eine adäquate Dienstleistung (Therapie, Diagnostik etc.) getroffen, die zum Teil in Form eines Bereiches formuliert werden (Range: z. B. für eine umfassende psychologische Diagnostik werden x bis y Stunden benötigt). Eine Kriterienaussage wäre z. B., daß in der Regel eine adäquate Psycho-

therapiewirkung mit einem Aufwand von ca. 40 bis 50 Stunden erreicht werden kann (Grave, Donati & Bernauer, 1994). Daraus könnte man in einer Institution die Zielgröße – Standard – formulieren, daß x% aller Psychotherapien einer Institution nicht länger als 50 Stunden dauern sollten. Unter *Norm* versteht man in der Qualitätssicherung den durchschnittlichen Wert einer Dienstleistung (z. B. Therapiedauer, Dosierung von Medikament), also die statistische Norm. In der Diskussion um die Qualitätssicherung werden die angeführten Begriffe uneinheitlich verwendet; ebenso findet man für die Psychotherapie bis heute keine allgemein akzeptierten Zahlenangaben für Standards, Schwellenwerte, Kriterien, Normen.

Standards können aufgrund von Expertenurteilen gewonnen werden. So beinhalten Behandlungsrichtlinien, die vor allem in den USA bereits weit entwickelt sind, Kriterien und Standards der Behandlung. Als Beispiel seien die von der American Psychiatric Association (1993, 1997) u. a. für depressive Störungen bzw. Schizophrenie verfaßten *Practice Guidelines* genannt. Diese Richtlinien sind nicht zuletzt auch – medizinisch – standespolitisch akzentuiert, so daß psychotherapeutische Ansätze nicht immer adäquat berücksichtigt werden (vgl. Persons, Thase & Crits-Christoph, 1996). Für die Gewinnung von Kriterien und Standards sind auch empirische Daten (z. B. Metaanalysen; s. Kap. 20/Methodik der Interventionsforschung), insbesondere statistische Normen (Durchschnittswerte und deren Streubereiche) wichtig; statistische Normen bedürfen aber einer sorgfältigen Interpretation, da Extrembereiche auch auf Qualitätsdefizite hinweisen können.

Für das *Qualitätsmonitoring* ist die Festlegung adäquater Indikatoren wesentlich. Dazu sind u. a. die Gesichtspunkte der multimodalen Diagnostik wichtig, d. h. es sind unterschiedliche Datenebenen, -quellen, -verfahren und Konstrukte heranzuziehen. Je nach Einsatzfeld der Qualitätssicherung werden unterschiedliche Parameter benötigt. Zur Qualitätsbeurteilung (insbesondere der Prozeß- und Ergebnisqualität) ist die Dokumentation – mittels Papier/EDV, zum Teil Video oder Tonband – der durchgeführten Aktivitäten unerlässlich (zur Dokumentation s. Kap. 20/Methodik der Interventionsforschung); umfassende überregionale

Dokumentationssysteme, die in verschiedenen Institutionen verwendet werden, stellen Hilfsmittel bei der Strukturqualität dar.

Für das Qualitätsmanagement sind die Mechanismen der *Qualitätssicherung* (d. h. Bewahrung) im engeren Sinne bzw. der *Qualitätsverbesserung* zentral. Diese können durch interne (d. h. innerbetrieblich) und externe Organe – z. B. durch Aufsichtsbehörden, Krankenkassen oder durch Vergleich mit anderen Institutionen (Stieglitz et al., 1998) – erfolgen. Für die interne Qualitätssicherung haben sich u. a. sog. *Qualitätszirkel* (Vauth, 1995) bewährt; diese beinhalten Arbeitsgruppen von 10 bis 15 Personen, die sich in einer Institution regelmäßig treffen, um in ihrem Bereich die Qualitätssicherung bzw. -verbesserungen zu erreichen. Qualitätszirkel haben Ähnlichkeiten mit Balint- oder Supervisionsgruppen, sind aber aufgrund der Qualitätsthematik breiter angelegt; dennoch stellen Balint- und Supervisionsgruppen Möglichkeiten zur Sicherung der Prozeß- und Ergebnisqualität dar. Wesentliches Element der Qualitätssicherung bzw. -verbesserung sind Ausbildung, Weiter- und Fortbildung; auch diese Elemente sind bezüglich Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität zu diskutieren. Auf der Strukturebene sind Ausbildungsgänge zu akkreditieren, sofern sie bestimmten Standards genügen. Die Prozeßebene beinhaltet die Realisierung der Ausbildungseinheiten (z. B. inwieweit werden die Kursinhalte tatsächlich vermittelt und wie ist die didaktische Qualität); die Ergebnisqualität beinhaltet die Frage, wie erfolgreich die Ausbildung ist.

Während Qualitätsmonitoring ein elaboriertes Feld darstellt, trifft dies für Strategien der Qualitätsverbesserung bzw. Qualitätssicherung weniger zu. Dies gilt insbesondere für die Gesundheitsversorgung psychischer Störungen und damit auch für die Klinische Psychologie bzw. Psychotherapie. Wesentliches Hintergrundwissen für alle Qualitätsbemühungen sind Forschungsergebnisse, so daß Qualitätssicherung bzw. -management mit der Forschung eng verzahnt sind. Dies kann am Konzept der Evaluation, ein zentrales Thema angewandter Forschung, gezeigt werden: (1) Evaluierung ist eine wesentliche Aufgabe der Interventionsforschung, die das Hintergrundwissen für Qualitätsmanagement und -sicherung ergibt. (2) Evaluation, d. h. bewertende Überprüfung ist aber

auch für Qualitätsmanagement und -sicherung notwendig (z. B. Lutz, 1997). So ist z. B. die Frage nach der Effektivität, nach Kosten-Nutzen etc. von Qualitätszirkeln zu stellen; die Auswirkungen von Verbesserungen sind z. B. beim Personal zu überprüfen. Forschung (u. a. auch Evaluationsforschung) und Qualitätssicherung bzw. -management stellen daher sich überlappende und teilweise sich ergänzende Ansätze in der Gesundheitsversorgung dar.

## 6. Berufssituation der Klinischen Psychologie

### 6.1 Statistische Angaben

Die Berufssituation der Psychologien und im speziellen der Klinischen Psychologie stellt sich in den einzelnen Ländern unterschiedlich dar (für USA s. die verschiedensten Beiträge im *American Psychologist*; s. auch Routh, 1994). Für den deutschsprachigen Raum liegen diverse Studien zur Klinischen Psychologie bzw. Psychotherapie vor (s. auch Perrez, 1992; Baumann, 1995); als Beispiele seien genannt:

- Deutschland: Wittchen und Fichter (1980); Wasilewski (1989); Schorr (1991); Meyer, Richter, Grawe, Schulenburg und Schulte (1991).
- Österreich: Jandl-Jager et al. (1987); Schafensberger, Glatz, Frank und Rosian (1997)
- Schweiz: Thüning und Graf (1988); Hobi (1990); Schneuwly (1996).

1995 waren in *Deutschland* ca. 28 000 PsychologInnen berufstätig, wobei das Ausmaß der Beschäftigung (halbtags, ganztags etc.) offen ist (Angaben gem. Baumann, 1998). Es wird geschätzt, daß ca. 60 Prozent dieser PsychologInnen (ca. 16 000) im Bereich der Klinischen Psychologie arbeiten (ca. 2/3 in Institutionen angestellt, 1/3 freiberuflich); ca. 10 000 dieser Klinischen PsychologInnen sind psychotherapeutisch tätig (pers. Mitteilung Berufsverband Deutscher PsychologInnen BDP). Für *Österreich* wird geschätzt, daß ca. 3000 bis 4000 PsychologInnen berufstätig sind, wobei sich ca. 2000 als Klinische PsychologInnen definieren (ca. 50 bis 60 Prozent; pers. Mitteilung Berufsverband

Österreichischer PsychologInnen BÖP). Für die *Schweiz* betragen die Schätzungen ca. 4000 berufstätige PsychologInnen, wobei ca. 60 Prozent im Gesundheitswesen arbeiten (Schneuwly, 1996). Insgesamt kann man davon ausgehen, daß in den deutschsprachigen Ländern ca. 60 Prozent der PsychologInnen im Gesundheitswesen tätig sind und davon ca. zwei Drittel psychotherapeutische Qualifikationen aufweisen.

### 6.2 Struktur der Berufstätigkeit

Im folgenden soll auf die deutschsprachige Situation eingegangen werden. Wenn von Berufstätigkeit gesprochen wird, so kann dies unter drei verschiedenen Aspekten geschehen:

- *Kompetenz*: welche Fertigkeiten und Fähigkeiten werden für bestimmte Tätigkeiten benötigt und wie werden sie vermittelt? Es handelt sich um eine wissenschaftliche, ethische und berufspolitische Legitimation des Handelns.
- *Berufszulassung*: welche Personen bzw. Berufsgruppen mit welchen Kompetenzen sind berechtigt, bestimmte Tätigkeiten auszuüben? Hier geht es um institutionelle Legitimationen (Verbände, Gesetzgeber usw.).
- *Finanzierung*: welche Tätigkeiten welcher Berufsgruppen sollen von der Sozietät finanziell übernommen werden? Hier geht es um versicherungsrechtliche Fragen (Krankenkassen, staatlich unterstützte Ambulatorien etc.).

Zu den drei Punkten liegen verschiedene, zum Teil konkurrierende Lösungsvorschläge vor.

### 6.3 Kompetenzerwerb

Bezüglich der Vermittlung der Kompetenz zur eigenverantwortlichen und selbständigen Tätigkeit von PsychologInnen in Klinischer Psychologie und/oder Psychotherapie liegen unterschiedliche Modelle vor. Die Kompetenz kann während des Studiums oder nach dem Studium in Form von Weiterbildung oder einer Approbation (s. unten) erworben werden. *Weiterbildung* beinhaltet eine berufliche Spe-

zialisierung und schließt vielfach mit der Anerkennung durch Berufsorganisationen, staatliche Stellen etc. ab (Weiterbildung zum Klinischen Psychologen/in, zum Facharzt/ärztin etc.). Im folgenden wird der Begriff Weiterbildung inhaltlich und nicht formal verwendet; daher wird die Ausbildung zur Psychotherapie in Deutschland gem. Psychotherapeutengesetz, die das Studium der Psychologie voraussetzt, auch darunter subsumiert, obwohl es sich um eine Ausbildung mit der Approbation als Abschluß handelt. Von der Weiterbildung abzugrenzen ist die *Fortbildung*, die der Aktualisierung der beruflichen Fähigkeiten und Kenntnissen dient. Die Unterscheidung zwischen Weiter- und Fortbildung ist gerade im Psychotherapiesektor oft schwierig; teilweise werden die beiden Begriffe in umgekehrter Bedeutung verwendet. Konsens besteht, daß neben einer Weiterbildung eine kontinuierliche Fortbildung erforderlich ist. Unabhängig vom gewählten Modell umfaßt Weiterbildung in Klinischer Psychologie bzw. Psychotherapie in der Regel einen mit einer Stundenanzahl umschriebenen Theorie- und Praxisteil, der in Form einer Halbtags- oder Ganztagsbeschäftigung über einen bestimmten Zeitrahmen zu absolvieren ist (Beutler & Kendall, 1995). Im folgenden werden einige Richtwerte angegeben, wie sie für PsychologInnen von der Föderation Deutscher PsychologInnenvereinigungen (1996; im folgenden abgekürzt F) der Arbeitsgemeinschaft Psychotherapie (1995; Zusammenschluß div. Psychotherapieverbände in Deutschland; Kürzel AGP) und dem deutschen Psychotherapeutengesetz (PsychThG) festgelegt worden sind:

- *Dauer der Weiterbildung*: im Rahmen einer Vollzeitausbildung 3 Jahre (F, AGP, PsychThG) bzw. bei berufsbegleitender Ausbildung 5 Jahre (AGP, PsychThG).
- *Theorie*: 600 Stunden (F, AGP, PsychThG).
- *Praxis*: Der Praxisteil enthält folgende Elemente:
  - (1) *Tätigkeit* in – vom Weiterbildungsträger – definierten und anerkannten Institutionen: mindestens 600 Behandlungsstunden in Form selbst durchgeführter Psychotherapie unter Supervision (F, AGP, PsychThG).

(2) *Supervision* (kritische Reflexion der Praxis unter Anleitung; Holloway & Neufeldt, 1995): Supervision von mindestens 10 Behandlungen (F) bzw. mindestens 100 Stunden Supervision (AGP, für PsychThG in Regelung).

(3) *Selbsterfahrung* (in Form von Lehrtherapie, Lehranalyse etc.; einzeln oder in Gruppen; s. Pieringer & Laireiter, 1996): 100 bis 250 Stunden (F, AGP, für PsychThG in Regelung). Letztere ist vielfach aufgrund der Bemühungen der tiefenpsychologischen Richtungen in die allgemeinen Weiterbildungsrichtlinien aufgenommen worden, obwohl ihr Stellenwert strittig ist (Lange, 1994).

Zusätzlich wird zum Teil ein *Eigenstudium* verlangt (AGP: 1200 Stunden).

Als Beispiel für einen Kompetenzerwerb, der während des Studiums erfolgt, seien die amerikanischen Konzepte genannt, wo die Kompetenz in Klinischer Psychologie (inkl. Psychotherapie) mit dem durch eine Promotion (incl. Dissertation) abgeschlossenem Graduiertenstudium erreicht wird. Das übliche Modell folgt der in der Boulder-Konferenz von 1949 festgelegten Zielvorstellung einer Kombination von Wissenschaft und Praxis: *Wissenschaftler-Praktiker-Modell* (scientist-practitioner model of clinical training; Eifert & Lauterbach, 1995; Long & Hollin, 1997). Nach einem vierjährigen Grundstudium mit dem Bachelor-Abschluß (B.A., B.Sc.: Bachelor of Arts, bzw. Science) folgt das Graduiertenstudium, das zur Kompetenz der eigenverantwortlichen Tätigkeit führt. Das Graduiertenstudium umfaßt 2 Jahre bis zum Master-Abschluß (M.A., M.Sc.) und danach weitere drei Jahre bis zum Doktoratsabschluß (Ph.D oder Psy.D.). Das Graduiertenstudium in Klinischer Psychologie (inkl. Psychotherapie; Magister- und Doktoratsstudium) dauert also insgesamt 5 Jahre (4 Jahre Theorie, Praxis; 1 praktisches Jahr (Internship) unter Supervision; s. Eifert & Lauterbach, 1995). Eine stärker praxis orientierte Ausbildung wird in Programmen von «Graduate schools of professional psychology» angeboten, die zum Psy.D. führen (s. Shapiro & Wiggins, 1994). Zur Berufsausübung ist in den einzelnen amerikanischen Bundesländern nach dem Hochschulabschluß eine Lizenz zur Berufsausübung zu erwerben (Licence; Meyer et al., 1991).

In den deutschsprachigen Ländern besteht weitgehend Konsens darüber, daß das mit dem Diplom/Lizenziat/Magister bzw. mit dem zusätzlichen Doktorat abgeschlossene Universitätsstudium der Psychologie für eine eigenverantwortliche Tätigkeit im Klinischen Sektor nicht ausreicht. Es ist daher eine Weiterbildung erforderlich, die zur Zeit nach drei unterschiedlichen Modellen realisiert wird:

- *Methodenspezifische Weiterbildung in Psychotherapie (für Klinische Psychologie nicht vorhanden):* es werden spezifische Therapiekenntnisse in einer Psychotherapiemethode erworben (z.B. Psychoanalyse, Gesprächspsychotherapie, Verhaltenstherapie). Diese Variante ist – ausschließlich verwendet – insofern problematisch, als eine wissenschaftlich nicht vertretbare Einengung auf einzelne Perspektiven des Handelns erfolgt. Kritisch ist die methodenspezifische Weiterbildung auch bezüglich der Gesundheitsversorgung zu beurteilen, da zum Teil durch methodenspezifische Weiterbildung nur für Teilgruppen ein Versorgungsangebot gemacht werden kann. Im neuen Psychotherapeutengesetz Deutschlands ist eine Kombination von methodenübergreifenden Grundkenntnissen und methodenspezifischer Vertiefung in einem «wissenschaftlich anerkannten psychotherapeutischen Verfahren» vorgeschrieben. Das Psychotherapeutengesetz beinhaltet letztlich eine Kombination von methoden- und fachspezifischer Weiterbildung (formal Ausbildung genannt).

- *Tätigkeitsspezifische Weiterbildung:* es werden für bestimmte Tätigkeitsbereiche Qualifikationen vermittelt (z. B. Suchtbereich, Erziehungsberatung). Für eine Weiterbildung stellt dieses Modell meist eine zu früh erfolgte Spezialisierung innerhalb des Klinischen Sektors dar.

- *Fachspezifische Weiterbildung in Klinischer Psychologie (inkl. Psychotherapie) oder Psychotherapie:* es werden die für einen Berufssektor notwendigen Kompetenzen vermittelt (z.B. Weiterbildung zum Klinischen Psychologen/Psychotherapeuten, zur Fachärztin für Psychiatrie etc.). Diese Form der Kompetenzvermittlung gewährleistet am ehesten die notwendige Breite der Kompetenz und ist daher von allen drei Modellen vorzuziehen. Mit den Richtlinien zur

«Weiterbildung in Klinischer Psychologie. Bildungsgang zum Klinischen Psychologen/Psychotherapeuten» wurde 1987 ein Konzept zur fachspezifischen Weiterbildung in Klinischer Psychologie vorgelegt, das Psychotherapie miteinschließt; der erfolgreiche Abschluß ist mit dem Titel «Klinischer Psychologe/Psychotherapeut bzw. Klinische Psychologin/Psychotherapeutin» verbunden (Föderation Deutscher Psychologinnenvereinigungen, 1996). Dieses Modell ist von 10 Trägern in Deutschland realisiert worden. Wesentlich ist bei diesem Modell, daß die Weiterbildung im Verbund zwischen Universität und Praxiseinrichtungen und in Zusammenarbeit mit den Psychologinnenakademien des Berufsverbandes Deutscher Psychologinnen erfolgt. Wie bereits erwähnt, stellt die Ausbildung zum Psychotherapeuten gem. PsychThG in Deutschland eine Mischung von methoden- und fachspezifischem Kompetenzerwerb dar. Eine fachspezifische Weiterbildung in Klinischer Psychologie bzw. Gesundheitspsychologie erfolgt in Österreich aufgrund des Psychologengesetzes (Details s. nächster Abschnitt), wobei diese mit dem Titel «Klinischer Psychologe, Klinische Psychologin» bzw. «GesundheitspsychologIn» verknüpft ist. Eine nicht schulengebundene fachspezifische Weiterbildung in Psychotherapie wird für PsychologInnen von einzelnen psychologischen Universitätsinstituten der Schweiz angeboten.

Teilweise finden sich auch fachspezifische Weiterbildungen, die nicht psychologiespezifisch sind. So wird z.B. in der Schweiz ein interdisziplinäres Weiterbildungsprogramm in Public Health angeboten, das die Möglichkeit eines Abschlusses als «Master of Public Health» beinhaltet. Dieses Programm richtet sich an unterschiedliche Berufsgruppen mit Hochschulabschluß (u. a. PsychologInnen).

## 6.4 Regelungen zur Berufszulassung

Bezüglich der Berufszulassung sind wiederum verschiedene Varianten denkbar:

- *keine Regelung:* der freie Markt mit Angebot und Nachfrage soll den Sektor regeln. Dem steht gegenüber, daß für verschiedene Berufe und Tätigkeiten der Gesundheitsversorgung Re-

gelingen vorliegen. Zum einen schützen diese Regelungen bestimmte Berufstitel, zum anderen reservieren sie auch Tätigkeitsbereiche für einzelne Berufe. In den verschiedenen Ländern genießen ÄrztInnen für ihre Tätigkeit durch den Gesetzgeber einen besonderen Schutz (Pulverich, 1996). Dies führt für gesetzlich nicht geschützte PsychologInnen zu Nachteilen, da im Falle von Überschneidungsgebieten (z. B. Psychotherapie) eher Zuschreibungen zu Gunsten der Ärzte vorgenommen werden. Sofern keine Regelung vorherrscht, ist auch zu bedenken, daß gerade psychisch beeinträchtigte Menschen nicht immer in der Lage sind, den freien Markt adäquat zu bewerten und daher auf formalisierte Legitimationen angewiesen sind. Keine Regelung findet man zum Teil in einzelnen Kantonen der Schweiz (z. B. Zürich).

- *Regelung für die gesamte Psychologie (inkl. Klinischer Psychologie):* teilweise wurden Lösungen diskutiert, bei denen der gesamte Beruf und das gesamte psychologische Handlungsfeld der Psychologie mittels Gesetz geregelt werden sollte (vergleichbar der ärztlichen Tätigkeit), womit auch die Klinische Psychologie eine Regelung erfahren würde. Wenn auch verschiedene berufspolitische Argumente für eine Regelung der gesamten Psychologie sprechen, so müssen die damit verbundenen Probleme gesehen wer-

den. Jede Form von Reglementierung bringt Nachteile für das Berufsfeld und die KonsumentInnen mit sich, da oft durch Kammern etc. bestehende Strukturen fortgeschrieben werden und Veränderungen schwierig sind. Ein Gesetz für die gesamte Psychologie würde auch Bereiche zu regeln suchen, die zur Zeit keiner formalisierten Regelung bedürfen. In den deutschsprachigen Ländern liegen keine entsprechenden Gesetze vor; eine Ausnahme bildet der Kanton Tessin in der Schweiz, in dem die gesamte Psychologie (damit auch die Klinische Psychologie) geregelt ist (vgl. auch Italien: Meyer et al., 1991)

- *Regelung für die Klinische Psychologie (mit/ohne Psychotherapie):* diese Regelung kann mittels Gesetz oder Vorschriften (z. B. Erlässe von Behörden) erfolgen. Während in der Schweiz Regelungen für die Psychotherapie angestrebt werden (für Deutschland s. unten), liegt für Österreich ein Gesetz für die Bereiche Klinische Psychologie und Gesundheitspsychologie vor (Kierein, Pritz & Sonneck, 1991): «Bundesgesetz vom 7. Juni 1990 über die Führung der Berufsbezeichnung Psychologe oder Psychologin und über die Ausübung des psychologischen Berufes im Bereich des Gesundheitswesens (Psychologengesetz)». Das Gesetz bringt in der Einleitung den Titelschutz «Psychologe»

Tabelle 7: Psychologengesetz Österreich (Kierein et al., 199; Auszug aus der Originalversion; Kürzungen sind mit (...) symbolisiert)

§ 3. (1)	Die Ausübung des psychologischen Berufes im Bereich des Gesundheitswesens ist die durch den Erwerb fachlicher Kompetenz (...) erlernte Untersuchung, Auslegung, Änderung und Vorhersage des Erlebens und Verhaltens von Menschen unter Anwendung wissenschaftlich-psychologischer Erkenntnisse und Methoden.
(2)	Die Ausübung des psychologischen Berufes gemäß Abs. 1 umfaßt insbesondere <ol style="list-style-type: none"> <li>1. die klinisch-psychologische Diagnostik (...)</li> <li>2. die Anwendung psychologischer Behandlungsmethoden zur Prävention, Behandlung und Rehabilitation (...)</li> <li>3. die Entwicklung gesundheitsfördernder Maßnahmen und Projekte.</li> </ol>
§ 4.	Die selbständige Ausübung des psychologischen Berufes (...) setzt den Erwerb theoretischer und praktischer fachlicher Kompetenz voraus.
§ 5. (1)	Der Erwerb theoretischer fachlicher Kompetenz hat in einer Gesamtdauer von zumindest 160 Stunden zu erfolgen (...).
§ 6. (1)	Der Erwerb praktischer fachlicher Kompetenz hat <ol style="list-style-type: none"> <li>1. durch eine psychologische Tätigkeit (...) von zumindest 1480 Stunden (...) und</li> <li>2. durch eine die psychologische Tätigkeit gleichzeitig begleitende Supervision in der Gesamtdauer von zumindest 120 Stunden (...) zu erfolgen.</li> </ol>
§ 19. (1)	Zur Beratung des Bundeskanzlers in sämtlichen Angelegenheiten dieses Bundesgesetzes ist ein Psychologenbeirat beim Bundeskanzleramt einzurichten.

bzw. «Psychologin», da der Universitätsabschluß mit dem Magister/Magistra keine Spezifizierung beinhaltet. Im Vordergrund des Gesetzes stehen aber die Ausführungen über die Ausübung des psychologischen Berufes im Gesundheitswesen (s. Tab. 7).

Die Abgrenzung zwischen Klinischer Psychologie und Gesundheitspsychologie wird im Gesetz nicht vorgenommen; in der bisherigen Praxis wird die Behandlung und zum Teil die Rehabilitation eher der Klinischen Psychologie, die Prävention und zum Teil die Rehabilitation der Gesundheitspsychologie zugeordnet. Vom Gesetzgeber werden für die beiden Qualifikationen keine unterschiedlichen Ausbildungsgänge gefordert, so daß es im Ermessen der Anerkennungs-gremien steht, ob für die erbrachten Ausbildungsleistungen ein oder beide Titel erworben werden. Kritisch ist anzumerken, daß die Abgrenzung zwischen Psychotherapie und psychologischer Behandlung nicht erfolgt ist und wissenschaftlich letztlich auch nicht erfolgen kann (s. Kap. 1/Grundbegriffe – Einleitung und Kap. 18/Systematik der Intervention). Da sich die Bezahlung der Leistungen durch Krankenkassen primär am Psychotherapiegesetz orientiert, ist das Psychologengesetz in der Praxis für die Psychologie finanziell gesehen nur von begrenztem Wert (Ausnahme: Diagnostik).

- *Regelung für die Psychotherapie:* Bei dieser Variante wird ein Tätigkeitsfeld geregelt, wobei die Regelung – meist mittels Gesetz – (a) nur für PsychologInnen, (b) für unterschiedliche Berufsgruppen (mit jeweils abgeschlossenem Basisberuf und Weiterbildung Psychotherapie) und (c) ohne Bezug zur Psychologie im Hinblick auf einen eigenen Psychotherapieberuf getroffen werden kann. Bezüglich einer Regelung für Psychotherapie ist kritisch anzumerken, daß diese das umfassende Tätigkeitsfeld der klinisch-psychologischen Intervention auf *ein* Segment, nämlich die Psychotherapie, eingrenzt, was versorgungspolitisch problematisch ist.
- *Deutschland.* Bis 1998 war in Ermangelung einer gesetzlichen Regelung die Tätigkeit der psychologischen PsychotherapeutInnen im Gesundheitswesen mittels der Hilfskonstruktionen des Heilpraktikergesetzes geregelt (Pulverich, 1996). 1998 wurde das «Gesetz über die

Berufe der psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Psychotherapeutengesetz – PsychThG)» verabschiedet, das am 1. Januar 1999 in Kraft tritt. Das Gesetz ist für PsychologInnen konzipiert, umfaßt aber bezüglich der Kinder und Jugendlichenpsychotherapie auch einige wenige andere Berufsgruppen. Das Gesetz regelt für die psychologischen PsychotherapeutInnen bzw. Kinder- und JugendpsychotherapeutInnen die Berufszulassung durch das Berufsrecht, Finanzierungsfragen durch das Sozialrecht (s. unten). Psychotherapeutische Tätigkeit bedarf einer anerkannten Ausbildung, die aufgrund einer Prüfung mit einer von den einzelnen Ländern festgelegten Approbation abgeschlossen wird. Die Ausbildung, die in Zusammenarbeit mit den Hochschulen realisiert werden soll, erfolgt in wissenschaftlich anerkannten psychotherapeutischen Verfahren sowie in der vertieften Ausbildung in einem dieser Verfahren. Die Ausbildung dauert als Vollzeitausbildung drei Jahre (Theorie: mindestens 600 Stunden, Praxis: mindestens 600 Stunden Psychotherapie mit mindestens 6 Patientenbehandlungen). Die praktische Ausbildung beinhaltet 1 Jahr Tätigkeit in einer psychiatrischen klinischen Einrichtung mit psychotherapeutischer Behandlung und 1/2 Jahr Tätigkeit in anderen, im Gesetz spezifizierten Einrichtungen der stationären oder ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Bei der Berufstätigkeit arbeiten PsychotherapeutInnen berufsrechtlich autonom; gegebenenfalls ist im Rahmen der Tätigkeit eine somatische Abklärung herbeizuführen. Für berufsrechtliche Fragen wird in der Bundesärztekammer ein wissenschaftlicher Beirat mit Vertretern der psychologischen PsychotherapeutInnen sowie der Kinder- und Jugendlichen-PsychotherapeutInnen und der ärztlichen PsychotherapeutInnen konstituiert.

- *Österreich.* Gleichzeitig mit dem Psychologengesetz wurde in Österreich ein *Psychotherapiegesetz* verabschiedet (Kierein, Pritz & Sonneck, 1991) Mit dem Psychotherapiegesetz wurde eine Berufsgruppe der PsychotherapeutInnen geschaffen, die nicht mit bestimmten Ausgangsberufen – auch nicht mit dem Universitätsstudium der Psychologie – verknüpft ist. Aufgrund einer Ausbildung von knapp drei Jahren, die in etwa Fachhochschulniveau hat und

an der die Psychotherapieverbände maßgebend beteiligt sind, wird der Titel PsychotherapeutIn erworben. Die Ausbildung erfolgt in zwei Teilen, die jeweils Theorie und Praxis (inkl. Supervision und Selbsterfahrung) enthalten; dabei wird für die Zulassung zum zweiten Teil der Ausbildung ein Abschluß in spezifizierten akademischen oder nichtakademischen (z. B. Ausbildung im Krankenpflegefachdienst) Berufen gefordert. Das Studium der Psychologie kann für den ersten Ausbildungsabschnitt angerechnet werden. Bei einer Regelung für Psychotherapie als eigenem Beruf (Pritz, 1996) wird die Koppelung zwischen Psychologie, insbesondere Klinischer Psychologie und Psychotherapie gelockert bzw. gelöst. Implizit wird postuliert, daß es für Psychotherapie unterschiedliche Zugänge gäbe, von denen die Psychologie nur *einen* darstellt. Wissenschaftlich und gesundheitspolitisch ist diese Position abzulehnen, da damit die wissenschaftliche Fundierung von Psychotherapie, die primär durch die Psychologie erfolgt, nicht mehr gewährleistet ist (Bauermann, 1996, 1997).

- *Schweiz.* In der Schweiz ist die Psychotherapie kantonale geregelt. Nach einem Urteil des Schweizerischen Bundesgerichtes von 1986 müssen die kantonalen Gesetzgebungen so gestaltet sein, daß sie PsychologInnen mit Universitätsabschluß oder Personen mit vergleichbarem akademischem Abschluß, wobei beide Gruppen eine anerkannte psychotherapeutische Zusatzausbildung (Weiterbildung) aufweisen müssen, sowohl die Indikationsabklärung als auch die selbständige psychotherapeutische Berufsausübung ermöglichen. Einige Kantone wie z. B. Basel-Stadt, Basel-Land, Bern verfügen über einschlägige Verordnungen, die für die Berufszulassung zur Psychotherapie – neben der Medizin – das Psychologiestudium für die Weiterbildung in Psychotherapie voraussetzen. Andere Kantone wie z. B. Zürich haben bisher keine Regelung erlassen. Zur Zeit wird eine gesamtschweizerische Regelung mittels Bundesgesetz angestrebt.

## 6.5 Finanzielle Regelungen

Relativ unabhängig von der Frage der Berufszulassung ist die Frage der finanziellen Rege-

lung. Vielfach stellt die Berufszulassungsregelung die notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung für die Übernahme finanzieller Leistungen durch die Sozietät im Krankheitsfall dar. Die von Klinischen PsychologInnen (mit/ohne Psychotherapie) angebotene Leistung kann finanziell unterschiedlich geregelt werden:

- *PatientIn bezahlt allein die Leistung.* Dies ist bei mittleren bis längeren Interventionen nur für einen ganz kleinen Teil der Bevölkerung möglich. Es käme also zu massiven Versorgungslücken, so daß diese Variante als alleinige Lösung abzulehnen ist. In Form von privaten Abrechnungen finden wir – neben anderen Formen – diese Variante in Deutschland, Österreich und der Schweiz.

- *PatientIn bezahlt keine oder nur einen Teil der Leistung (Selbstbehalt) direkt: Bezahlung durch Krankenkassen bzw Krankenversicherungen (Managed Care etc.).* Private oder staatliche Institutionen bezahlen einen Teil (Selbstbehalt durch PatientIn) oder die gesamte Leistung, wobei in der Regel die PatientInnen die Versicherungsprämien bezahlen. Die Bezahlung von Psychotherapie durch Krankenkassen hat zwar den Vorteil, einen großen Teil des Interventionsbedarfes abzudecken; bei komplexeren Störungen mit der Notwendigkeit zur Langzeitbetreuung bzw. bei komplexen Leistungen durch ein Behandlungsteam sind aber Kassenregelungen nicht immer adäquat (dies gilt auch für die Tätigkeit niedergelassener ÄrztInnen). Beim bisherigen Kassensystem (mit/ohne Selbstbehalt) sind die Freiheitsgrade der Anbieterseite (PsychologInnen, ÄrztInnen etc.) relativ groß. Seit einiger Zeit ist vor allem in den USA, vereinzelt auch in Europa ein neues Krankenversicherungssystem – *Managed Care* («geführte Versicherung»; Seitz, König & Stillfried, 1997) – auf dem Markt, bei dem die Freiheitsgrade der Anbieterseite deutlich eingeschränkt werden. In diesem Konzept sucht der Kostenträger organisatorische Rahmenbedingungen zu schaffen, die zu Kostensenkungen im Gesundheitswesen führen. Vom Kostenträger (Versicherung) werden eigene Behandlungsinstitutionen (vor allem ambulant) angeboten bzw. mit Praxisinstitutionen Leistungsverträge geschlossen, in denen der

Handlungsrahmen detailliert festgelegt wird. Insbesondere werden ambulante, kurzfristig wirksame Interventionen favorisiert bzw. teilweise kostengünstige Behandlungsvarianten vorgeschrieben. Die Anbieterseite (Klinische PsychologInnen, PsychotherapeutInnen, ÄrztInnen) sind daher bei der Leistungserbringung durch die Versicherungen kostensparenden Rahmenbedingungen unterworfen. Es wird dadurch ein Konzept der Unternehmungsführung im Gesundheitswesen eingeführt, das unter Berücksichtigung der Qualitätssicherung kostensparend wirken soll. Diese Versicherungsform führt auch bei der Anbieterseite zu einem Wettbewerb bezüglich der kostengünstigeren Leistungsangebote; akademisch ausgebildete PsychotherapeutInnen stehen damit in Konkurrenz zu einem psychotherapeutischem Angebot von Personen mit geringerer Qualifikation und damit auch niedrigeren Tarifen. Beim Managed Care System besteht die Gefahr, daß das Primat der Kostensenkung letztlich auch zu Problemen in der Qualitätssicherung und beim Versorgungsangebot (LangzeitpatientInnen mit psychischen Störungen) führt. Zur Zeit sind in den deutschsprachigen Ländern vor allem die klassischen Krankenkassenmodelle gültig, die aber durch Festlegung des Finanzrahmens immer mehr zu Überlegungen der Kostensenkung gedrängt werden, die vergleichbar zu Managed Care sind.

– *Deutschland.* Von den Krankenkassen wurde bisher im sog. *Delegationsverfahren*, bei dem psychologische PsychotherapeutInnen als Heilpersonen ÄrztInnen unterstellt sind, Psychotherapie bezahlt; als Verfahren sind tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie sowie Verhaltenstherapie anerkannt. Das Delegationsprinzip hat sich durch das neue Psychotherapiegesetz erübrigt; ebenso wird das sog. Erstattungsverfahren (Pulverich, 1996) nur noch in Ausnahmefällen möglich sein. Die Finanzierung wird durch den sozialrechtlichen Teil des Psychotherapeutengesetzes geregelt. Bei – sozialrechtlich – zugelassenen PsychotherapeutInnen erfolgt die Abrechnung direkt mit den Krankenkassen. Zugelassene PsychotherapeutInnen werden Mitglieder in den kassenärztlichen Vereinigungen. Die Zahl der – sozialrechtlich – zugelassenen PsychotherapeutInnen wird durch eine Bedarfsplanung geregelt, so daß im ambulanten Sektor

künftig für PsychologInnen deutlich geringere Berufschancen vorhanden sind, da durch die zur Zeit tätigen PsychotherapeutInnen der Bedarf sozialrechtlich weitgehend gedeckt ist; daher werden mittelfristig nur begrenzt neue Stellen frei werden.

– *Österreich.* In Österreich werden diagnostische Leistungen im Rahmen des Psychologengesetzes bei Klinischen PsychologInnen mit entsprechender Zulassung bezahlt; psychologische Behandlung ist bisher keine Kassenleistung. Bei Psychotherapien gemäß Psychotherapiegesetz gibt es bisher für nichtärztliche PsychotherapeutInnen keine gesamtvertragliche Regelung. Die Kassen erstatten aber in der Regel bei Inanspruchnahme von nichtärztlicher Psychotherapie einen Grundbetrag (ÖS 300,- = DM 43,-); dieser Betrag ist relativ niedrig, so daß es sich um keine adäquate Lösung handelt. Für ärztliche PsychotherapeutInnen ist zur Zeit die Situation günstiger, da Bezahlungsmodalitäten außerhalb des Psychotherapiegesetzes vorgenommen wurden.

– *Schweiz.* In der Schweiz bestehen in einzelnen Kantonen neben den berufsrechtlichen auch kassenrechtliche Regelungen für nichtärztliche Psychotherapie. Eine allgemeine Regelung ist aufgrund eines neuen, bereits beschlossenen schweizerischen Krankenversicherungsgesetzes (KVG) in Aussicht. Danach wird Psychotherapie als Pflichtleistung bezeichnet und wird auch bei PsychotherapeutInnen, die nicht ÄrztInnen sind, bezahlt. Die Detailregelungen sind noch in Bearbeitung; es ist geplant, daß in der Regel ein Lizentiat in Psychologie die Voraussetzung für eine Weiterbildung in Psychotherapie darstellt. Bis zur Verabschiedung der Ausführungsbestimmungen des neuen Krankenversicherungsgesetzes können sich die Versicherten durch individuelle Zusatzversicherungen Beiträge zur Psychotherapie sichern. Bei Invalidität haben in der Schweiz die zuständigen Instanzen (Bundesamt für Sozialversicherung) die Finanzierung von psychotherapeutischen Maßnahmen durch psychotherapeutisch qualifizierte PsychologInnen durch Verträge mit der Föderation der Schweizer Psychologen (FSP) und dem Schweizerischen Psychotherapeuten Verband (SPV) zugesichert.

• *PatientIn bezahlt keine Leistung: Gratisangebot durch Ambulatorien, Beratungsstellen etc.:* Die Leistungen werden ohne Kosten für die PatientInnen von Diensten der Gesundheitsversorgung angeboten, wobei die Kosten vom Träger (Vereine, Kirchen, Gewerkschaften, Staat etc.) übernommen werden. Diese Variante ist zum Teil in begrenztem Umfang in Deutschland, Österreich und der Schweiz realisiert. Strittig ist – gilt auch bezüglich der Krankenkassen – ob ein Selbstbehalt (unter Berücksichtigung der finanzielle Lage) für PatientInnen aus therapeutischer Sicht wünschenswert ist, so daß Gratisangebote bei ausreichender finanzieller Basis der PatientInnen kritisch zu sehen wären.

Eine umfassende Regelung hat unterschiedliche Varianten zu beinhalten: zum einen sind eigenverantwortliche und selbständige Tätigkeiten der Klinischen PsychologInnen (Diagnostik; Intervention insbesondere Psychotherapie) über Krankenkassen abzurechnen. Zum andern sind auch die Leistungen von Diensten der Gesundheitsversorgung, die von Trägern ausgehen, auszubauen.

Abschließend sei darauf hingewiesen, daß Gesundheitsversorgung nicht nur durch bessere Interventionsmethoden verbessert wird. Die Gesundheitsversorgung ist vom Angebot der Dienste, von den beteiligten Berufsgruppen, den finanziellen Regelungen und den gesetzlichen Rahmenbedingungen abhängig.

## 7. Literatur

- American Psychiatric Association (1993). Practice guideline for the major depressive disorder in adults. *American Journal of Psychiatry*, 150 (suppl. 4).
- American Psychiatric Association (1997). Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 154 (suppl. 4).
- Arbeitsgemeinschaft Psychotherapie (1995). *Ausbildungs- und Prüfungsordnung für psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten*. Beschlossen von den Verbänden der Arbeitsgemeinschaft Psychotherapie (AGPF, BDP, DGPs, DVT, DGVT, DPTV, GwG, GPPMP), am 31.10.95.
- Baumann, U. (Hrsg.). (1984). *Psychotherapie: Makro-/ Mikroperspektive*. Göttingen: Hogrefe.
- Baumann, U. (1995). Bericht zur Lage der deutschsprachigen Psychologie 1994 – Fakten und Perspektiven. *Psychologische Rundschau*, 46, 3–17.
- Baumann, U. (1996). Wissenschaftliche Psychotherapie auf der Basis der Wissenschaftlichen Psychologie. *Report Psychologie*, 21, 686–689.
- Baumann, U. (1997). Zur Verwechslung von Psychologie mit Psychologen/innen. *Report Psychologie*, 22, 38–42.
- Baumann, U. (1998). Clinical psychology in german-speaking countries. *World Psychology*, (im Druck).
- Bertelmann, M., Jansen, J. & Fehling, A. (1996). Qualitätsmanagement in der psychotherapeutischen Praxis. *Report Psychologie*, 21, 892–901.
- Berufsverband Deutscher Psychologen (1993). *Psychotherapeutengesetz. Stellungnahme und Vorschläge des BDP*. Bonn: Deutscher Psychologenverlag.
- Besier, G. (1980). *Seelsorge und Klinische Psychologie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Beutler, L.E. (Ed.). (1988). Training to competency in psychotherapy (Special series). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56 (5).
- Beutler, L.E. & Kendall, P.C. (Eds.). (1995). The case for training in the provision of psychological therapy to competency in psychotherapy (Special section). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63 (2).
- Bosch, G. & Kulenkampff (Hrsg.). (1985). *Komplementäre Dienste – Wohnen und Arbeiten* (Tagungsberichte Band 11). Köln: Rheinland. .
- Bosch, G. & Veltin, A. (Hrsg.). (1983). *Die Tagesklinik als Teil der psychiatrischen Versorgung* (Tagungsberichte Band 9). Köln: Rheinland.
- Bullinger, M. (1996). Lebensqualität – ein Ziel- und Bewertungskriterium medizinischen Handelns? In H.-J. Möller, R.R. Engel & Hoff, P. (Hrsg.), *Befunderhebung in der Psychiatrie: Lebensqualität, Negativsymptomatik und andere aktuelle Entwicklungen* (S. 13–31). Wien: Springer.
- Department of health and social security (1975). *Better services for the mentally ill*. Command 6233. London: HMSO.
- Deutscher Bundestag (1975). *Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland – Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung* (Drucksache 7/4200). Bonn: Universitäts-Buchdruckerei.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (1997). *Die Behandlung psychischer Erkrankungen in Deutschland*. Berlin: Springer.
- Ehlert, U. (1997). Implementierung von Forschungsvorhaben zur Konsiliar-Liaison-Arbeit bei psychisch auffälligen Patienten im Allgemeinkrankenhaus. *Psychotherapie-Forum*, 5, 73–85.
- Eifert, G.H. & Lauterbach, W. (1995). Das Wissenschaftler-Praktiker Modell zur Ausbildung von Klinischen Psychologen/Psychotherapeuten: Erfahrungen und Vorschläge aus amerikanischer Sicht. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 24, 209–215.
- Expertenkommission der Bundesregierung (1988). *Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich*. Bonn: Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit.
- Föderation Deutscher Psychologinnenvereinigungen (1996). *Weiterbildungsrichtlinien zum Klinischen Psychologen/Psychotherapeuten*. Bonn: Föderation Deutscher Psychologinnenvereinigungen.
- Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen (1992). *Psychologische Prävention, Gesundheits-*

- psychologie und Gesundheitsförderung in der Schweiz (2. Aufl.). Bern: Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen.
- Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen (1994). *Leitbild psychologische Psychotherapeutin, psychologischer Psychotherapeut*. Bern: Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen.
- Gaebel, W. (1995a). *Qualitätssicherung im psychiatrischen Krankenhaus*. Wien: Springer.
- Gaebel, W. (1995b). Qualitätssicherung in der Psychiatrie. *Nervenarzt*, 66, 481–493.
- Gesundheitsdepartement Kanton Thurgau (1995). *Spital- und Heimplanung*. Frauenfeld: Gesundheitsdepartement.
- Goldberg, D. & Huxley, P. (1980). *Mental illness in the community. The pathway to psychiatric care*. London: Tavistock.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel – Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Gutzwiller, F. & Jaenneret, O. (Hrsg.). (1996). *Sozial- und Präventivmedizin Public Health*. Huber: Bern.
- Gutzwiller, F. & Jaenneret, O. (1996b). Konzepte und Definitionen. In F. Gutzwiller, F. & O. Jaenneret (Hrsg.), *Sozial- und Präventivmedizin Public Health* (S. 23–29). Huber: Bern.
- Gutzwiller, F. & Paccard, F. (1996). Das schweizerische Gesundheitswesen: Struktur und Aufbau. In F. Gutzwiller, F. & O. Jaenneret (Hrsg.), *Sozial- und Präventivmedizin Public Health* (S. 235–241). Huber: Bern.
- Häfner, H. & an der Heiden, W. (1984). Evaluation und Veränderungen in einem psychiatrischen Versorgungssystem. In U. Baumann (Hrsg.), *Psychotherapie: Makro-Mikroperspektive* (S. 52–72). Göttingen: Hogrefe.
- Häfner, H. & Rössler, W. (1991). Die Reform der Versorgung psychisch Kranker in der Bundesrepublik. In H. Häfner (Hrsg.), *Psychiatrie: ein Lesebuch für Fortgeschrittene* (S. 256–280). Stuttgart: Fischer.
- Häfner, H. (1995). Psychiatrische Aspekte der öffentlichen Gesundheitspflege. *Das Gesundheitswesen*, 57, 122–127.
- Haug, H.J. & Stieglitz, R.D. (Hrsg.). (1995). *Qualitätssicherung in der Psychiatrie*. Stuttgart: Enke.
- Heilkundekommission (1987). *Grundlagen der heilkundlichen Tätigkeit von Psychologen*. Bonn: Deutscher Psychologen Verlag.
- Hobi, V. (1990). Zur ambulanten, psychotherapeutischen Versorgung (am Beispiel der Kantone Basel-Stadt und Basel-Land). *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*, 38, 225–244.
- Holler, G., Schnabel, R. & Marx, M. (1996). *Aufbau von gemeindepsychiatrischen Versorgungsstrukturen in ausgewählten Modellregionen in den neuen Ländern*. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 78. Baden-Baden: Nomos-Verlag.
- Holloway, E.L. & Neufeldt, S.A. (1995). Supervision: ist contribution to treatment efficacy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 207–213.
- Internationale Standardisierungsorganisation ISO (1990). *ISO 9000*. Berlin: Beuth-Verlag.
- Jandl-Jäger, E., Stumm, G., With, B., Stocker, K., Weber, G. & Ahlers, C. (1987). *Psychotherapeutische Versorgung in Österreich. Projektbericht*. Schriftenreihe des Instituts für Tiefenpsychologie und Psychotherapie der Universität Wien, Wien.
- Kaminski, G. (1970). *Verhaltenstheorie und Verhaltensmodifikation*. Stuttgart: Klett.
- Kierein, M., Pritz, A. & Sonneck, G. (1991). *Psychologengesetz, Psychotherapie-Gesetz (Kurzkommentar)*. Wien: Orac.
- Klee, E. (1997). *Auschwitz, die NS-Medizin und ihre Opfer*. Frankfurt: Fischer.
- Knespers, D., Belcher, B.E. & Gross, J.G. (1989). A market analysis comparing the practices of psychiatrists and psychologists. *Archives of General Psychiatry*, 46, 305–314.
- Kulenkampf, C. & Picard, W. (Hrsg.). (1989). *Fortschritte und Veränderungen in der Versorgung psychisch Kranker – ein internationaler Vergleich* (Tagungsberichte Band 15). Köln: Rheinland-Verlag.
- Laireiter, A.-R. (Hrsg.). (1993). *Soziales Netzwerk und Soziale Unterstützung*. Bern: Huber.
- Laireiter, A.-R. (Hrsg.). (1995). Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement von Psychotherapie. *Psychotherapie Forum*, 3 (3).
- Laireiter, A.-R. (1997). Qualitätssicherung von Psychotherapie: Zum Stand der Entwicklung. In P. Hofmann, P., M. Lux, Ch. Probst, M. Steinbauer & H.G. Zapotoczky (Hrsg.), *Klinische Psychotherapie* (S. 37–46). Wien: Springer.
- Lange, A. (1994). Nicht-schulenspezifische Faktoren und die Pflicht zur Lehrtherapie: Eine kritische Auseinandersetzung. *Psychologische Rundschau*, 45, 148–156.
- Long, C.G. & Hollin, C.R. (1997). The scientist-practitioner model in clinical psychology: a critique. *Clinical psychology and psychotherapy*, 4, 75–83.
- Lutz, W. (1997). *Evaluation eines Qualitätssicherungsprogrammes in der Psychotherapie*. Regensburg: Roderer.
- Meyer, A.E., Richter, R., Grawe, K., Schulenberg, J.M. & Schulte, B. (1991). *Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes*. Hamburg: Universitäts-Krankenhaus.
- Mitteilungen der österreichischen Sanitätsverwaltung (1992). Empfehlungen für die zukünftige psychiatrische Versorgung der Bevölkerung Österreichs. *Mitteilungen der österreichischen Sanitätsverwaltung*, 93, 265–289.
- Perrez, M. (Hrsg.). (1992). Zur Situation der Klinischen Psychologie und der Psychotherapie (Themenheft Klinische Psychologie/Psychotherapie: Berichtteil). *Psychologische Rundschau*, 43 (3)
- Persons, J., Thase, M. & Crits-Christoph, P. (1996). The role of psychotherapy in the treatment of depression. *Archives of general psychiatry*, 53, 283–289.
- Pieringer, W. & Laireiter, A.-R. (1996). Selbsterfahrung in der Ausbildung in Psychotherapie (Themenheft). *Psychotherapie Forum*, 4 (4).
- Piribauer, F. (1995). Qualitätsmanagement für Psychotherapeuten. *Psychotherapie-Forum*, 3, 186–196.
- Pöldinger, W. (1982). Die psychiatrische Klinik im Wandel. *Schweizerische Ärztezeitung*, 63, 285–288.
- Priebe, S. (1996). Sozialpsychiatrie und gemeindenahe Versorgung. In H.J. Freyberger & R. D. Stieglitz (Hrsg.), *Kompendium der Psychiatrie* (S. 430–445). Basel: Karger.
- Pritz, A. (Hrsg.). (1996). *Psychotherapie – eine neue Wissenschaft vom Menschen*. Wien: Springer.
- Psychoscope (1996). Zwischen Studium und Beruf. *Psychoscope (Zeitschrift der Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen)*, 17 (Heft 3), 10–13.

- Pulverich, G. (1996). Rechtliche Rahmenbedingungen. In J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (Band 1; S. 470–489). Berlin: Springer.
- Remschmidt, H. (1997). Das Marburger Modell einer umfassenden psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung. In H. Remschmidt (Hrsg.), *Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter* (S. 458–467). Stuttgart: Thieme.
- Richter, R. (Hrsg.). (1994). Qualitätssicherung in der Psychotherapie (Themenschwerpunkt). *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 23 (4).
- Routh, D. K. (1994). *Clinical psychology since 1917*. New York: Plenum Press.
- Rössler, W., Häfner, H., Martini, H., an der Heiden, W., Jung, E. & Löffler, W. (1987). *Landesprogramm zur Weiterentwicklung der außerstationären psychiatrischen Versorgung Baden-Württemberg – Analysen, Konzepte, Erfahrungen*. Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- Rössler, W., Salize, H.-J., Biechle, U. & Riecher-Rössler, A. (1994). Stand und Entwicklung der psychiatrischen Versorgung. Ein europäischer Vergleich. *Nervenarzt*, 65, 427–437.
- Saupe, R. & Diefenbacher, A. (1996). *Konsiliarpsychiatrie und -psychotherapie*. Stuttgart: Enke.
- Schaffensberger, E., Glatz, W., Frank, W. & Rosian, I. (1997). *Ambulante psychotherapeutische Versorgung in Österreich*. Wien: Österreichisches Institut für Gesundheitswesen.
- Schmidt, L. (1994). A psychological look at public health: Contents and methodology. *International Review of Health Psychology*, 3, 3–36.
- Schneuwly, F. (1996). Unter der statistischen Lupe. *Psychoskope (Zeitschrift der Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen)*, 17 (Heft 7), 4–7.
- Schorr, A. (1991). *Psychologen im Beruf*. Bonn: Deutscher Psychologen Verband
- Schwarzer, R. (Hrsg.). (1997). *Gesundheitspsychologie*. Göttingen: Hogrefe.
- Seitz, R., König, H.H. & Stillfried, D. Graf von (1997). Grundlagen von Managed Care. In M. Arnold, K.W. Lauterbach & Preuß, K.J. (Hrsg.), *Managed Care* (S. 3–21). Stuttgart: Schattauer.
- Shapiro, A. E. & Wiggins, J. G. (1994). A PsyD degree for every practitioner. *American Psychologist*, 49, 207–210.
- Siegrist, J. (1988). *Medizinische Soziologie* (4. Aufl.). München: Urban & Schwarzenberg.
- Sommer, G. & Ernst, H. (Hrsg.). (1977). *Gemeindepsychologie*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Staatskanzlei Kanton St. Gallen (1995). *Spitalplanung*. Schriftenreihe Nr. 61 des Kantons St. Gallen.
- Stieglitz, R.-D. (1996). Erfassung von Lebensqualität bei schizophrenen Patienten. In H.-J. Möller, R.R. Engel & P. Hoff (Hrsg.), *Befunderhebung in der Psychiatrie: Lebensqualität, Negativsymptomatik und andere aktuelle Entwicklungen* (S. 73–83). Wien: Springer.
- Stieglitz, R.-D., Wolfersdorf, M., Metzger, R., Ruppe, A., Stabenow, S., Hornstein, Ch., Keller, F., Schell, G. & Berger, M. (1998). Stationäre Behandlung depressiver Patienten: Konzeptuelle Überlegungen und Ergebnisse eines Pilot-Projekts zur Qualitätssicherung in Baden-Württemberg. *Nervenarzt*, 69, 59–65.
- Thüring, G. & Graf, P. (1988). Arbeitsmarktentwicklungen in der Psychologie. *Bulletin der Schweizer Psychologen*, 9, 1–14.
- Vauth, R. (1995). Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung. Qualitätszirkel und ihr didaktisches Konzept. In H.J. Haug & R.D. Stieglitz (Hrsg.), *Qualitätssicherung in der Psychiatrie* (S. 112–131). Stuttgart: Enke.
- Wasilewski, R. (1989). *Kosten der Psychotherapie bei Klinischen Psychologen*. Institut für Freie Berufe an der Universität Erlangen-Nürnberg. Bonn: Deutscher Psychologen-Verlag.
- WHO (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung* (health promotion – the Ottawa charter). World health organization, Division of health promotion, education and communication. Genf.
- WHO (1994). *Grundsätze Investition in die Gesundheit von Frauen* (Investing in women's health). World health organization, regional office for Europe & Ludwig Boltzmann Institut für Gesundheitspsychologie der Frau. Wien.
- Wing, J. K. (1973). Principles of evaluation. In J. K. Wing & H. Häfner (Eds.), *Roots of evaluation. The epidemiological basis for planning psychiatric services*. London: Oxford Press.
- Wing, J. K. (1989). Versorgungskonzepte und Versorgungsstrategien für psychisch Kranke und Behinderte in den letzten zehn Jahren in Großbritannien. In C. Kulenkampff & W. Picard (Hrsg.), *Fortschritte und Veränderungen in der Versorgung psychisch Kranker – ein internationaler Vergleich* (Tagungsberichte Band 15; S. 55–75). Köln: Rheinland-Verlag.
- Wittchen, H. U. & Fichter, M. M. (1980). *Psychotherapie in der Bundesrepublik*. Weinheim: Beltz.
- Wottawa, H. & Thierau, H. (1990). *Evaluation*. Bern: Huber.