

EINLEITUNG

Es sind gerade einmal 100 Jahre vergangen, seitdem die Psychologie eine akademische Wissenschaft wurde. Erst in den vergangenen zehn Jahren hat sich die psychologische Psychotherapie als ein anerkanntes wissenschaftliches Verfahren so durchsetzen können, dass entsprechend ausgebildete klinische Psychologen die staatliche Approbation zuerkannt und eigenverantwortlich und selbstständig Psychotherapie ausüben dürfen. Und es ist gerade einmal ein Jahr her, seitdem im U.S. amerikanische National Institute of Health das National Institute of Mental Health¹ den National Advisory Mental Health Council (NAMHC) beauftragt hat, im Rahmen eines „*Clinical Treatment and Research Workshop*“ zu klären, in welchem Ausmaß sich ein Staat engagieren muss, um eine möglichst optimale psychologische Versorgung seiner gesamten Bevölkerung zu realisieren. Zwar haben auch im deutschen Gesundheitswesen vergleichbare Bemühungen die Einführung der psychologischen Psychotherapie begünstigt (vgl. Grawe et al., 1998), jedoch hat der NAMHC erstmals spezifiziert, wie die Schritte gestaltet sein sollten, mittels derer vorliegende wissenschaftliche Erkenntnisse über effektive Interventionsmethoden in den nicht-wissenschaftlichen Versorgungssektor und die Routineversorgung lokaler Einrichtungen überführt werden können. Die Kluft zwischen Theorie und Praxis oder akademischer Wissenschaft und klinischer Versorgung zu überwinden, stellt sich als enorme Herausforderung dar, die nicht länger allein bewältigt werden kann, indem von theoriegestützter Forschung ausgehend die klinische Praxis verbessert wird, sondern zunehmend auch, basierend auf der klinischen Praxis in lokalen Einrichtungen, in der akademischen Forschung die Versorgungsrealität der klinisch Tätigen berücksichtigt wird. Die Versorgungspsychologie als eine neue, an der Schnittstelle zwischen Forschung und Praxis anzusiedelnde akademische Disziplin, befasst sich mit der Aufgabe Forschung in Praxis zu übertragen und Forschung in Praxis zu betreiben.

Der klinisch Tätige in lokalen Einrichtungen des Gesundheitswesens hat es immer mit einer Versorgungsrealität zu tun, in der Patienten mit den vielfältigsten Problem- und Bedürfnislagen an ihn herantreten, und denen er nur in seltenen Ausnahmefällen auf Grundlage einer evidenzbasierten psychotherapeutischen Intervention begegnen kann². Da jedoch – heutzutage mehr denn je – die Maxime

¹ NIMH (2000). Bridging Science and Service (www.nimh.nih.gov).

² Department of Health (2001). Treatment Choices in Psychological Therapies and Counseling: Evidence Based Practical Guideline (www.doh.gov/mentalhealth/treatmentguideline).

gilt, dass nur dasjenige Verfahren in der klinischen Praxis zum Einsatz kommen sollte bzw. darf, das sich in Effektivitätsstudien als wirksam und in Effizienzstudien als kostengünstig erwiesen hat, haben viele klinisch Tätige entweder ein Selbstwertproblem, fühlen sich als unzureichend oder – und dies ist in der überwiegenden Zahl der Fälle – sie verabschieden sich von einem Wissenschafts- oder Begründungsanspruch. Dabei lässt sich die Kluft zwischen Forschung und Praxis nicht nur in den Köpfen der klinisch und akademisch Tätigen nachweisen (Beutler et al., 1995), sie hat durchaus auch real existierende Gründe. Hier geht es um das Patientenmittel, dort um das konkrete Individuum; hier um die diagnostische Entität, dort um die konkrete Problem- und Bedürfnislage; hier um allgemeingültige Standards, dort um das Einzigartige; hier um Objektivität und dort um das Subjekt. Die Versorgungspsychologie versucht die Kluft zwischen Theorie und Praxis zu überwinden, indem sie nicht darauf baut, dass einzelne evidenzbasierte Interventionsstrategien für den klinisch Tätigen handlungsleitend gemacht werden, sondern die Vielzahl empirisch wie theoretisch begründbarer klinisch-psychologischer Erkenntnisse in ein für die klinische Versorgung in einer lokalen Einrichtung relevantes Versorgungskonzept übertragen werden.

In den vergangenen Jahren der wissenschafts-technologische Ansatz im Gesundheitswesen enormen Auftrieb erhalten (Wismar et al., 1998) und er beginnt sich sogar mit den Instrumenten der „*Evidence-Based-Medicine*“ (Sackett et al., 1997), der „*Clinical Practice Guidelines*“ (Ollenschläger et al., 1998) sowie einem Leistungsfinanzierungssystem auf Basis von DRGs (diagnosis related groups; Lauterbach & Lungen, 2000³) durchzusetzen. Für den klinisch Tätigen bedeutet dies, dass er nur noch solche Versorgungsleistungen gegenfinanziert bekommt bzw. in Zukunft bekommen wird, deren medizinische Evidenz – bevorzugt auf Basis randomisierter Kontrollgruppenstudien – gesichert und deren Erbringung anhand strukturierter Leitlinien in Hinblick auf die Diagnostik, Indikation, Intervention und Evaluation vordefiniert ist.

Andererseits wird der Gesetzgeber dem klinisch Tätigen wohl kaum die letzte klinische Entscheidungsfreiheit nehmen (Borchert, 1997; Buchborn, 1997), denn rein juristisch ist der klinisch Tätige für die richtige Patientenversorgung verantwortlich (Giesen, 1995). Zudem ist es auch wissenschaftlich nicht zu realisieren, für alle denkbaren psychischen Problem- und Bedürfnislagen von Patienten einen

³ Ab dem Jahr 2003 soll die Krankenhausvergütung nach Fallpauschalen durch ein neues System ersetzt werden. Im Gesundheitswesen ist eine Orientierung an so genannten Diagnosis Related Groups vorgeschrieben (Lauterbach & Lungen, 2000).

Kosten-Nutzen-Nachweis klinischer Versorgung anhand randomisierter oder quasi-experimenteller Studien zu führen (Kusch et al. 1997a). Unabhängig von der Gesetzeslage und dem wissenschaftlich Machbaren ist es aber auch kaum zu rechtfertigen, auf Grundlage von Studien, die Aussagen über „*Durchschnittspatienten*“ treffen und einem diesbezüglichen Konsens unter Fachleuten, Handlungsanweisungen für den konkreten Patienten abzuleiten. Denn noch so gute Studienergebnisse sagen nichts über ein konkretes Individuum aus (Kusch, 1999). An diesem Punkt zeigt sich die Schwäche des wissenschafts-technokratischen Ansatzes, die selbst dann noch vorliegt, wenn ihm ein partizipativ-konsensorientierter Ansatz beigefügt wird (Kusch, 1999; Wismar et al., 1998). Bleibt der klinisch Tätige aber die letzte Instanz, die klinisches Handeln begründet, so ist er auch in der Lage Ausnahmefälle und Abweichungen von Leitlinien zu formulieren. Aber so, wie sich die klinisch Tätigen – begründet oder nicht – stets gegen unliebsame Einflüsse von Außen – begründet oder nicht – werden zu wehren wissen, so verfügen der Gesetzgeber und die Verantwortlichen im Gesundheitswesen über Mittel und Wege ihre Vorstellungen umzusetzen, sei es durch Verordnungen oder über einen vorgegebenen finanziellen Rahmen.

Hört man auf die klinisch Tätigen in den lokalen Einrichtungen des Gesundheitswesens, so ist der Leidtragende bereits jetzt ausgemacht – der Patient –. Auf der einen Seite vernimmt dieser immer höher gesteckte wissenschaftliche und Qualitätsansprüche, auf der anderen Seite hört er die Klagen über fehlende Mittel und unzureichende Möglichkeiten das Machbare auch durchzuführen. Begriffe wie Rationierung und Rationalisierung oder Eigenanteil und Selbstverantwortung des Patienten werden hierbei im Gesundheitswesen verwendet, um einerseits die Leistungsfähigkeit der klinischen Patientenversorgung zu verbessern und andererseits den – zumeist finanziellen – Beitrag des Patienten zu spezifizieren (Kusch, 1999; Loughlin, 1996). Letztendlich, so drängt sich der Eindruck auf, geht es um die Ressourcenallokation, um die Begründung der Verteilung vorhandener Finanzmittel im Gesundheitswesen (Arnold et al., 1997). Dabei werden entsprechend den aktuell diskutierten Ansätzen (Lauterbach, 1998; Ollenschläger et al., 1998) vor allem diejenigen Versorgungsleistungen bevorzugt, deren Effektivität wissenschaftlich gesichert, deren Kosten-Nutzen-Relation belegt, deren Erbringung medizinisch notwendig und kontrollierbar ist (WHO, 1999). Zu solchen Gesundheitsleistungen wird die psychosoziale Versorgung wohl kaum jemals zählen, denn neben den wissenschaftsmethodischen Problemen verfügt die Gesellschaft nicht über die Mittel, um die Forschungsbemühungen zu finanzieren, die erforderlich wären, um die Evidenz psychosozialer Versorgung auch nur annähernd zu belegen.

Dennoch, allein aus ethischen Gründen kann es sich eine humanistisch orientierte Gesellschaft kaum erlauben auf eine umfassende, also medizinisch-pflegerische und psychosoziale Gesundheitsversorgung ihrer kranken Bevölkerungsgruppen zu verzichten. In vielen lokalen Einrichtungen des Gesundheitswesens arbeiten bereits Psychologen, Sozialarbeiter, Pädagogen und andere nicht-medizinische Therapeuten, ohne dass deren klinische Tätigkeit hinreichend evidenzbasiert wäre. Statt nun darauf zu warten, dass die Qualitätsunterschiede zwischen den evidenzbasierten und den nicht-evidenzbasierten Gesundheitsleistungen größer und die letzteren als nicht begründet aus der Gesundheitsfinanzierung sukzessive herausgedrängt werden, können alle Professionellen im Gesundheitswesen, deren Gesundheitsleistungen nur schwer zu fassen sind, eine wissenschaftlich haltbare Strategie heranziehen, mit deren Hilfe sich ihre Form der Patientenversorgung fortlaufend optimieren und empirisch fundieren lässt.

Die Versorgungspsychologie zeigt einen solchen Weg auf.