

Gisela Wolf, Karin Schleider und Katharina Pfarrherr

Die Qualität der Versorgung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in Netzwerken professioneller Gesundheitsdienste

The quality of care for people with psychic impairments in networks of professional health services

Zusammenfassung

In einem durch zunehmende Spezialisierung gekennzeichneten Gesundheitsversorgungssystem interagieren Menschen mit chronischen psychischen Beeinträchtigungen im Verlauf ihrer Behandlung mit zahlreichen professionellen VersorgerInnen. Die Erfassung dieser Interaktionen ist von hoher Relevanz für die differenzielle Beurteilung der Versorgungsqualität.

In der vorliegenden Publikation werden nach einer Einführung in die Gestaltung, Praxis und Qualität von Netzwerken professioneller Versorgung für psychisch beeinträchtigte NutzerInnen erste Ergebnisse einer nach der Grounded Theory vorgenommenen Analyse von acht qualitativen Interviews mit depressiven und transidenten KlientInnen aus einem Forschungsprojekt der Abteilung für Klinische und Gesundheitspsychologie und Beratung an der Pädagogischen Hochschule Freiburg vorgestellt.

Keywords: Versorgungsforschung, Qualitative Forschung, Netzwerke, Gesundheitsversorgungssystem, Depression, Transidentität, Grounded Theory

Abstract

In a healthcare system which is characterized by an increasing specialization, people with chronic psychic impairments interact with a range of health providers. The coverage of the experiences of these interactions is important for the differential evaluation of the quality of care.

After an introduction to the constitution, practice and quality of networks of professional care for clients with psychic impairments, we will present first results from the qualitative analysis of eight interviews with depressive and transident clients, according the Grounded Theory, originating from a research project by the Section of Clinical and Health Psychology and Counselling from the University of Education in Freiburg.

Keywords: Health services research, qualitative research, networks, health care system, depression, trans identity, Grounded Theory

1 Einleitung

Eine bestmögliche psychische und physische Gesundheit bildet eine wichtige Grundlage für das Wohlbefinden und die soziale und ökonomische Teilhabe eines Menschen (Europäische Union 2000; Kordy 2008). Umgekehrt sind die Chancen, an gesellschaftlichen Ressourcen teilzuhaben, zentral für die Erlangung einer bestmöglichen Gesundheit (Mielck 2005). Eine gute Gesundheitsversorgung soll sich an den Bedürfnissen der NutzerInnen orientieren, qualitativ hochwertig und wirtschaftlich sein (Clade 2000; Kordy 2008).

Die öffentliche Gesundheitsversorgung in der BRD ist an dem Ziel ausgerichtet, für alle BürgerInnen die Voraussetzungen einer fachgerechten Behandlung von Erkrankungen zu schaffen. Arbeiten aus der Versorgungsforschung konnten jedoch belegen, dass im deutschen Gesundheitswesen das Risiko einer Unterversorgung für psychisch kranke Menschen hoch ist, obwohl fast alle¹ BundesbürgerInnen über eine Krankenversicherung verfügen. Spezifische Versorgungsbarrieren führen dazu, dass viele psychisch beeinträchtigte Menschen professionelle Versorgungsstrukturen gar nicht erreichen oder nur eingeschränkt nutzen können. So bleibt in Deutschland trotz Behandlungsbedarf die Hälfte psychisch kranker Menschen unbehandelt. Nur etwa 10% aller psychisch erkrankten Menschen in Deutschland erhalten eine fachgerechte Therapie (Hand 2006, S. 194). Große epidemiologische Untersuchungen beziffern die Anzahl psychisch kranker Menschen in Deutschland auf ein Fünftel der Gesamtbevölkerung (Fichter/Meller 2008).² Bei einer Anzahl von 82,2 Millionen BundesbürgerInnen³ erhalten also knapp 15 Millionen psychisch kranke BürgerInnen nicht die indizierte Behandlung.

Durch das zunehmend spezifischere Fachwissen von Professionellen im Gesundheitsversorgungssystem wird einerseits eine fokussierte und hoch qualifizierte Probleidentifizierung und Symptombehandlung möglich. Andererseits erfahren durch die Fraktionierung von Gesundheitsdienstleistungen gerade NutzerInnen mit komplexen Problemlagen und chronischen Krankheitsprozessen eine Aufsplitterung von Verantwortlichkeiten auf Seiten der zuständigen medizinischen und psychosozialen Fachkräfte (Lützenkirchen 2005). Bereits 1975 wurde in der Psychiatrie Enquete eine Reform und Koordination der Versorgungsdienste für psychisch kranke Menschen gefordert (Deutscher Bundestag 1975). Um die Effizienz und Effektivität der Gesundheitsversorgung zu verbessern, haben sich unterdessen in Deutschland diverse störungsspezifisch ausgerichtete Versorgungsnetze gebildet (z.B. die Kompetenznetze zu degenerativen Demenzen, zu Depressionen und Schizophrenien⁴ oder die lokalen Suchtihilfenetzwerke). Trotzdem stellt der weitere Ausbau eines nutzerInnenorientierten, bedarfsgerechten, erreichbaren und gut koordinierten Versorgungssystems für psychisch beeinträchtigte Menschen immer noch ein wichtiges gesundheitspolitisches Desiderat dar (Rössler 2008).

2 Systemorientierte Perspektive auf Netzwerke professioneller Gesundheitsversorgung

Professionelle Netzwerke im Gesundheitswesen eines Landes stellen eine spezifische Form sozialer Netzwerke dar. Soziale Netzwerke umfassen Beziehungen zwischen Menschen im Rahmen einer sozialen Struktur (Wiswede 2004) und können als Systeme, die sich über zwischenmenschliche Kommunikationsprozesse konstituieren, konzeptualisiert werden (Ruesch/Bateson 1987; Luhmann 2002; Schneewind/Schmidt 2002). Die InteraktionspartnerInnen in professionellen Gesundheitsversorgungsnetzwerken sind die „PatientInnen“ (und manchmal auch deren Angehörige) als NutzerInnen der Gesundheitsdienste sowie Fachkräfte mit unterschiedlichen Qualifikationen und aus unterschiedlichen Professionen. Die professionellen GesundheitsdienstleisterInnen kommunizieren und kooperieren mit dem Ziel, Erkrankungen der NutzerInnen präventiv, intervenierend, rehabilitativ und palliativ zu begegnen. Damit legitimiert prinzipiell der Bedarf der NutzerInnen der Gesundheitsversorgung die Einrichtung und Arbeitsweise der entsprechenden Versorgungsnetze. Der kommunikative Informationsaustausch zwischen NutzerInnen und GesundheitsversorgerInnen und auch unter den verschiedenen VersorgerInnen soll eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung gewährleisten. Eine Analyse dieser Kommunikationen ist für ein Verständnis der Erwartungen, Bewertungsprozesse und Entscheidungen von NutzerInnen und Professionellen in den Versorgungsnetzwerken zentral (Buddeberg 2004; Siegrist 2005). Bereits in den 1950er Jahren beschrieb Parsons (2001) spezifische gegenseitige Rollenerwartungen von GesundheitsversorgerInnen und NutzerInnen und deren Konsequenzen für die Interaktion von ÄrztInnen mit PatientInnen. Goffmann (1961) und Foucault (1969) analysierten und kritisierten die gesellschaftliche Stigmatisierung und Ausgrenzung psychisch kranker Menschen. Es folgten zahlreiche Forschungsarbeiten zur kommunikativen Positionierung psychisch beeinträchtigter Menschen durch Professionelle in Institutionen der Gesundheitsversorgung (z.B. Rosenhan 1973; Fengler/Fengler 1980).

3 Barrieren in der Versorgung psychisch beeinträchtigter Menschen

Versorgungsbarrieren, die psychisch beeinträchtigten Menschen die adäquate Nutzung des Gesundheitsversorgungssystems erschweren, lassen sich nach dem Modell des European Observatory on Health Systems and Policies auf den Ebenen

- finanzielle und rechtliche Barrieren
- mangelnde geographische Erreichbarkeit
- Barrieren auf Seiten der VersorgerInnen und auf Seiten der NutzerInnen von Gesundheitsdienstleistungen

strukturieren (Wörtz 2006).

Finanzielle und rechtliche Barrieren umfassen beispielsweise die Schwierigkeiten nicht-krankenversicherter Menschen, notwendige Behandlungen finanzieren zu können oder dem Umstand, dass auch bei Krankenversicherten bestimmte Leistungen (wie z.B. die Kosten für Sehhilfen oder Zahnersatz in Deutschland) von den Kassen nicht getragen werden. Auf *Barrieren durch mangelhafte geographische Erreichbarkeit* treffen insbesondere wenig mobile Menschen, z.B. Menschen, die Praxen oder Beratungsstellen ohne ebenerdigen Eingang nicht nutzen können, Menschen in unterversorgten ländlichen Gegenden oder Menschen mit einer sehr seltenen Erkrankung, für die es nur wenige wohnortnahe spezialisierte Institutionen gibt.

Barrieren auf Seiten der VersorgerInnen werden beispielsweise durch Stigmatisierung psychisch kranker Menschen durch Professionelle aufgerichtet. Kommunikationsschwierigkeiten und Interessendifferenzen zwischen GesundheitsversorgerInnen unterschiedlicher Professionen können eine falladäquate Kooperation erschweren (von Kardorff 1998). Aber auch spezifische Fachwissensdefizite bezüglich der Diagnostik einzelner psychischer Störungen sowie bezüglich der Versorgungsbedürfnisse von NutzerInnen und des Aufbaus des psychosozialen Netzes vor Ort bilden versorgerseitige Barrieren (Deutscher Ärztetag 2006; von Kardorff 1998). Ängste vor Stigmatisierung oder auch vor bestimmten Behandlungsverfahren (z.B. vor medikamentösen Behandlungen) und auch konkrete negative Erfahrungen mit professionellen VersorgerInnen können psychisch beeinträchtigten Menschen die *Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen erschweren* (Deutscher Ärztetag 2006; Murray/Corney 1990; Shipherd/Green/Abramovitz 2010).

Auf besondere Versorgungsbarrieren scheinen psychisch beeinträchtigte NutzerInnen zu treffen, die gesamtgesellschaftlich zusätzlich wegen ihrer sozioökonomischen Unterprivilegierung (Möller-Leimkühler 2008), wegen ihres Migrationshintergrund (Machleidt/Calliess 2008) oder aufgrund ihrer soziosexuellen Orientierung und ihrer Gender-Identität (Dennert/Wolf 2009; Senatsverwaltung 2006; Shipherd/Green/Abramovitz 2010) marginalisiert werden.

Befunde zur Versorgung von NutzerInnen mit unterschiedlichen psychischen Beeinträchtigungen deuten weiterhin darauf hin, dass je nach diagnostischer Etikettierung auch eine spezifische Konstellation von Versorgungsbarrieren auftreten kann.

So zeigen Forschungsarbeiten zum Thema Alkoholkonsum und Alkoholabhängigkeit differenziert auf, wie alkoholabhängige NutzerInnen durch das prinzipiell recht gut ausgebaute Suchthilfesystem fallen können. Suchtkranken Menschen wird die adäquate Nutzung des Gesundheitsversorgungssystems sowohl durch eigene emotionale Barrieren (z.B. Schamgefühle) als auch durch stigmatisierende Einstellungen von Professionellen gegenüber suchtbetroffenen Menschen (Meulenbelt/Wevers/van der Ven 1998) erschwert. Auch scheint es Schwierigkeiten bei der adäquaten Diagnostik und der Diagnosemitteilung zu geben. So haben etwa 70% aller Alkoholabhängigen mindestens einmal im Jahr Kontakt mit einem Arzt, ohne dass dort die Alkoholabhängigkeit entdeckt bzw. angesprochen wird (Lindenmeyer 2007). Letztendlich erreicht nur 1–2% der alkoholabhängigen Menschen in Deutschland die indizierte Behandlung (Soyka 2008).

Depressiven NutzerInnen gelingt es aufgrund ihrer durch Energielosigkeit, Interessenverlust und sozialem Rückzug gekennzeichneten Symptomatik manchmal nicht, die notwendige Kraft für eine Kontaktaufnahme mit dem professio-

nellen Versorgungsnetz auf zu bringen (Hegerl u.a. 2003). So nehmen 45% der Menschen, die eine depressive Störung aufweisen, in Deutschland keine Gesundheitsleistungen für ihre Depression in Anspruch (Friemel u.a. 2005). Gelingt diesen NutzerInnen dann der Erstkontakt zu einem Hausarzt oder einer Hausärztin, so werden sie in vielen Fällen fehl diagnostiziert (Becker/Abholz 2005; Bermejo/Friedrich/Härter 2008).⁵

Schädlicher Substanzgebrauch und Depressionen sind im Erwachsenenalter besonders häufige psychische Störungen (Fydrich 2009), die für die NutzerInnen zu stark einschränkenden und in vielen Fällen lang andauernden Krankheitsprozessen führen und mit erheblichen gesellschaftlichen Folgekosten verbunden sind (Laux 2008; Soyka 2008). Der Abbau von Versorgungsbarrieren ist also auch von erheblicher gesundheitspolitischer Bedeutung.

4 Qualität in Netzwerken professioneller Gesundheitsversorgung

Mittels unterschiedlicher Forschungsdesigns wird derzeit in der Versorgungsforschung versucht, Qualitätskriterien zu entwickeln, anhand derer die Effektivität und Effizienz von Versorgungsnetzen erfasst werden kann (z.B. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde – DGPPN – 2004). Dabei wird analysiert, welche expliziten und impliziten Zielvorstellungen die jeweils beteiligten AkteurInnen mit einer Vernetzung verfolgen, wo Probleme in professionellen psychosozialen Netzwerken auftreten können und welche Konsequenzen Vernetzungsprobleme für die Versorgung von NutzerInnen haben.

Die Qualität der Kommunikation und Kooperation in Netzwerken der Gesundheitsversorgung lässt sich auf den in der sozialwissenschaftlichen Qualitätsforschung verwandten Ebenen der Strukturqualität, der Prozessqualität und der Ergebnisqualität evaluieren (Arah u.a. 2003; Donabedian 1966; von Kardorff 1998). Dabei umfasst die *Strukturqualität* von professionellen Gesundheitsversorgungsnetzwerken die Qualität der institutionalisierten Rahmenbedingungen, z.B. die Ressourcen, die für die Kooperationsarbeit und die Interaktionen mit NutzerInnen bereitgestellt werden (Schneewind/Schmidt 2002). Die *Prozessqualität* beinhaltet die Qualität von Arbeitsabläufen in Netzwerken der Gesundheitsversorgung. Nach den Ergebnissen einer Untersuchung von Ommen u.a. (2007) ist die Qualität der Arbeitsprozesse in Netzwerken der Gesundheitsversorgung sowohl durch die Beziehungs- als auch die fachthemenbezogenen Kompetenzen der professionellen NetzwerkakteurInnen geprägt. Die *Ergebnisqualität* der professionellen Arbeit im Gesundheitswesen lässt sich an Erfolgs- und Misserfolgskriterien messen, die im Rahmen der Ergebnisevaluation definiert werden. Zentrale Frage ist hier, ob es den beteiligten AkteurInnen gelingt, ihre Ziele zu erreichen (Buddeberg 2004). Eine bestmögliche psychische und physische Gesundheit von NutzerInnen stellt das wichtigste übergeordnete outcome-Kriterium einer professionellen Gesundheitsversorgung dar (Denert/Wolf 2009). Aber auch die Lebensqualität der NutzerInnen und ihre Zufriedenheit mit einem Behandlungsprozess können als Kriterien von Ergebnisqualität definiert und operationalisiert werden (Pfeifer/Preiß/Unger 2006).

5 Forschungsprojekt zum Netzwerk professioneller Versorgung

Im Rahmen eines sich aus mehreren Teilstudien zusammensetzenden Forschungsprojekts zu Netzwerken professioneller Versorgung (Koordination Prof. Dr. K. Schleider) an der Abteilung für Beratung, Klinische und Gesundheitspsychologie an der Pädagogischen Hochschule Freiburg wird derzeit die professionelle psychosoziale Versorgung von NutzerInnen mit spezifischen psychischen Beeinträchtigungen qualitativ und quantitativ untersucht. Dabei werden sowohl die Perspektiven von NutzerInnen in unterschiedlichen Lebensaltern und deren Angehörigen als auch von Professionellen, die in multiprofessionell besetzten Gesundheitsversorgungsnetzwerken arbeiten, analysiert. Ein Ziel des Gesamtprojekts stellt die Konzeptionierung eines system- und kommunikationstheoretisch basierten Modells zur Identifikation von Problemen in der Versorgung von psychisch beeinträchtigten NutzerInnen mit relativ lang andauernden Behandlungsprozessen dar. Des Weiteren wird die Entwicklung von spezifischen Qualitätskriterien, anhand derer die Versorgungsqualität für die beschriebenen NutzerInnengruppen erfasst werden kann, verfolgt. Die Forschung konzentriert sich auf die Analyse und Interpretation von Versorgungsprozessen (*throughput*) sowie der erbrachten Versorgungsleistungen (*output*) und erfasst die handlungsrelevanten Erfahrungen und Bewertungsprozesse von NutzerInnen und VersorgerInnen unter Alltagsbedingungen (Kordy 2008).

Das Forschungsprojekt fokussiert in Teilstudie 1 (Forschungsprojekt G. Wolf) auf der Versorgungssituation von erwachsenen NutzerInnen mit schädlichem Substanzgebrauch, Depressionen oder spezifischen Marginalisierungserfahrungen. Die in Teilstudie 1 erfassten qualitativen Daten werden in Anlehnung an das *Procedere* nach der *Grounded Theory* ausgewertet (Glaser/Strauss 2008). In Teilstudie 2 des Forschungsprojekts (Dissertationsprojekt Dipl. Päd. Katharina Pfarrherr) wird die Versorgung von NutzerInnen im Kindes- und Jugendalter mit Aufmerksamkeits-Defizit-Störung (ADHS) in einem methodenkonvergenten Verfahren qualitativ und quantitativ untersucht (Schleider/Pfarrherr/Pötter 2011 in Vorbereitung).

Im Folgenden werden Studiendesign und erste Ergebnisse der Teilstudie 1 vorgestellt und diskutiert.

5.1 Datengrundlage

Den Datenpool der Teilstudie 1 im Rahmen des oben beschriebenen Forschungsprojekts bilden derzeit insgesamt 30 ausführliche semistrukturierte qualitative Interviews zu den Versorgungserfahrungen von NutzerInnen und den Kooperationserfahrungen von professionellen GesundheitsdienstleisterInnen in Netzwerken psychosozialer und medizinischer Versorgung. Die Interviews wurden von in der Erhebung qualitativer Daten geschulten Studierenden der PH Freiburg im Rahmen von wissenschaftlichen Abschlussarbeiten durchgeführt. Um die Untersuchungstichprobe zusammenzustellen, informierten die Studierenden Beratungsstellen, Betreuungs- und therapeutische Institutionen, Professionelle und NutzerInnen über die Studie und stellten so den Kontakt zu potenziellen Inter-

viewpartnerInnen her. Interessierte Professionelle und NutzerInnen wurden dann nochmals ausführlich über das Forschungsvorhaben informiert. Von denjenigen, die sich zu einer Teilnahme bereit erklärten, wurden nach Einholung des informierten Einverständnisses die Daten mittels eines an die jeweiligen InterviewpartnerInnen adaptierten semistrukturierten Interviews erhoben, audiodokumentiert und unter Beibehaltung der dialektischen Färbung transkribiert.

Interviewt wurden bislang insgesamt sieben NutzerInnen mit Depressionen, drei homosexuelle Nutzer und eine transidente Nutzerin, zwei Professionelle, die mit depressiven NutzerInnen arbeiten, zwei Professionelle, die mit transidenten NutzerInnen arbeiten, zwei Professionelle, die mit homosexuellen NutzerInnen arbeiten, 19 Professionelle, die mit NutzerInnen mit Substanzgebrauch arbeiten, sowie eine Angehörige (insgesamt 16 Interviewpartnerinnen und 19 Interviewpartner). Die Länge der Interviews betrug zwischen 30 Minuten und eineinhalb Stunden.

Im Folgenden wird die Auswertung von acht Interviews mit depressiven und transidenten NutzerInnen des Gesundheitsversorgungssystems (vier Interviewpartnerinnen und vier Interviewpartner) aus diesem Datenpool beschrieben und die Daten werden unter Bezugnahme auf Kriterien der Versorgungsqualität analysiert.

5.2 Forschungsfragen und Auswertungsmethodik

Die empirische Untersuchung wurde von den Forschungsfragen geleitet, (a) welche Interaktionserfahrungen depressive oder aufgrund ihrer nicht ihrem Geburtsgeschlecht entsprechenden Gender-Identität marginalisierte NutzerInnen mit professionellen GesundheitsversorgerInnen machen, (b) wie diese Erfahrungen die Wege von NutzerInnen durch das Gesundheitsversorgungssystem prägen und (c) welche Kriterien von Versorgungsqualität sich aus den Daten ableiten lassen.

Die acht Interviews wurden zunächst inhaltsanalytisch nach Mayring (2007) kategorisiert und strukturiert. Dabei wurde u.a. dargestellt, in welchen spezifischen Institutionen der Gesundheitsversorgung die InterviewpartnerInnen mit welchen Professionellen welche Erfahrungen gemacht hatten. Um die Konsequenzen der Erfahrungen und Entscheidungen von NutzerInnen im professionellen Versorgungsnetz aufzuzeigen, wurden die Wege, die NutzerInnen durch das professionelle Versorgungsnetz genommen hatten, in ihrem Ablauf dokumentiert sowie die Eintritts- und Weiterverweisungsbedingungen analysiert. Anschließend wurden die Transkripte derjenigen Interviewpassagen, in denen die NutzerInnen auf schwierige bzw. gelungene Interaktionserfahrungen eingegangen waren, nach dem Forschungsprozedere der Grounded Theory (Glaser/Strauss 2008) ausgewertet. Dazu wurden Aussagen zu Erfahrungen in professionellen Gesundheitsversorgungsstrukturen zunächst einer *offenen Kodierung* unterzogen und in diesem Forschungsschritt anhand folgender Fragen zerlegt:

- Wer ist beteiligt (welche Institutionen und welche Einzelpersonen)?
- Welche Aspekte des Phänomens „Erfahrung mit der professionellen Gesundheitsversorgung“ werden angesprochen?
- Wie werden die Erfahrungen mit der professionellen Gesundheitsversorgung von den jeweiligen InterviewpartnerInnen gewertet?

- Worauf wird die Erfahrung durch die jeweiligen InterviewpartnerInnen attribuiert?
- Welche Bedeutung schreiben die jeweiligen InterviewpartnerInnen den Erfahrungen zu?

Bei der anschließenden *axialen Codierung* wurden aus den Konzepten der NutzerInnen von gelungenen versus nicht gelungenen Versorgungsinteraktionen im Team (Wolf, Pfarrherr, Fürst) Achsenkategorien entwickelt, die hinsichtlich ihrer Bedingungen, ihres Kontextes, der Handlungsstrategien der beteiligten Personen und ihrer Konsequenzen analysiert wurden. Eine Integration der Befunde erfolgte schließlich im Arbeitsschritt des *selektiven Codierens*. Gesucht wurde dabei nach Regeln und Gesetzmäßigkeiten, die den Entscheidungen der NutzerInnen im Gesundheitsversorgungssystem zugrunde liegen (Fischer 2000). Als zentrale Kriterien, anhand derer die NutzerInnen die Qualität ihrer Versorgung im Gesundheitsversorgungssystem bewerteten und an denen sie sich auch in ihrem Inanspruchnahmehandeln orientierten, wurden so die „*Erreichbarkeit der Gesundheitsversorgung*“, die „*Netzwerkkompetenz von Professionellen*“ sowie die „*Beziehungskompetenzen und problemspezifische Behandlungskompetenzen der Professionellen*“ herausgearbeitet.

5.3 Ergebnisse der empirischen Untersuchung

Eintrittsbedingungen der befragten NutzerInnen mit Depressions- oder Marginalisierungserfahrungen in das Versorgungssystem waren überwiegend die Symptomatiken und Problematiken der NutzerInnen, die sie selbst oder Angehörige von ihnen als behandlungsbedürftig etikettiert hatten. Die NutzerInnen nahmen aktiv Kontakt mit VertreterInnen des Gesundheitsversorgungssystems auf. Eine Nutzerin mit einer depressiven Symptomatik berichtete, dass sie nach einer suizidalen Handlung in ein Krankenhaus aufgenommen wurde.

Je nach Konsultationsanlass wählten die NutzerInnen unterschiedliche Eintrittsstellen in das Gesundheitsversorgungssystem. Während depressive NutzerInnen zunächst eine/-n Hausärztin konsultierten, beschrieb die befragte transidente Nutzerin eine psychosomatische Klinik als Erstkontakt im Versorgungssystem. Diese Befunde zeigen die besondere Bedeutung von ÄrztInnen als von depressiven und transidenten NutzerInnen Erstkontaktierte im Gesundheitsversorgungssystem.

In Anschluss an den Erstkontakt durchliefen die meisten der befragten NutzerInnen jahrelange Behandlungsprozesse, in denen sie mit zahlreichen GesundheitsversorgerInnen interagierten.

Beispielhaft sollen hier zwei *Wege* depressiv erkrankter NutzerInnen gezeigt werden sowie der Weg der transidenten Nutzerin:

Weg eines 49jährigen männlichen Nutzers mit rezidivierenden Depressionen und Suchtproblematik:

Hausärztin → Facharzt für Psychiatrie → Hausärztin → Beratungsstelle für suchtkranke Menschen → Psychiatrische Klinik → Fachklinik für suchtkranke Menschen → Beratungsstelle für suchtkranke Menschen → Hausärztin → Psychiatrische Klinik → Tagesklinik → Notarzt → Beratungsstelle für suchtkranke Menschen → Betreutes Wohnen →

Psychiatrische Klinik → Fachklinik für suchtkranke Menschen → Psychiatrische Klinik → Langzeitwohnheim
(Datensatz: Kekeisen 2008).

Weg einer 63jährigen weiblichen Nutzerin mit rezidivierenden Depressionen:

Schwerbehindertenbeauftragter → Hausarzt → Fachärztin für Psychiatrie → Psychiatrische Klinik → betreutes Wohnen mit Kontakten zu Sozialarbeiterin und gelegentlichen Klinikaufenthalten → Psychiatrische Klinik → Tagesklinik → ambulante psychiatrische Behandlung → psychotherapeutische und psychiatrische Rehabilitationsklinik → ambulante psychiatrische Behandlung → betreutes Wohnen → Psychiatrische Klinik → ambulante psychiatrische Betreuung → Psychiatrische Klinik → ambulante psychiatrische Versorgung
(Datensatz: Kekeisen 2008).

Weg einer 58jährigen transidenten Nutzerin:

psychosomatische Klinik (Behandlungsabbruch durch die Nutzerin) → diverse ÄrztInnen → Frauenklinik (Behandlungsabbruch durch die Nutzerin), parallel diverse PsychotherapeutInnen → psychosomatische Klinik → Endokrinologie Frauenklinik
(Datensatz: Ludewig 2009).

Es handelt sich bei den befragten NutzerInnen also um Menschen mit erheblicher Erfahrung in einer multiprofessionell geprägten Gesundheitsversorgung.

Auf den Wegen von NutzerInnen durch das Gesundheitsversorgungssystem zeigten sich kettenförmige Ablaufprozesse in den Interaktionen von NutzerInnen und Professionellen. Antworttendenzen im Sinne einer durchgängig negativistischen oder positivistischen Bewertung von Erfahrungen mit GesundheitsversorgerInnen ließen sich in den Interviews mit den NutzerInnen nicht konstatieren. Vielmehr änderten NutzerInnen ihre Wahrnehmungs- und Entscheidungsmuster konsekutiv mit ihren Versorgungserfahrungen und zeigten hier eine bemerkenswerte Fähigkeit, sich auf die immer wieder wechselnden Versorgungsbeziehungen jedes Mal neu einzustellen. Mit zunehmender Erfahrung in psychosozialen und medizinischen Versorgungseinrichtungen und in Abhängigkeit von der Entwicklung ihrer Ausgangsproblematik passten sie ihre Handlungsstrategien an.

Ihre *Erwartungen* differenzierten die NutzerInnen bezogen auf die *Profession*, der die jeweilige Gesundheitsversorgerin/der jeweilige Gesundheitsversorger angehörte und hinsichtlich der *Institution*, in der sie behandelt wurden. So erwartete beispielsweise eine Nutzerin mit Depressionen durch ihren Aufenthalt in einer Psychiatrischen Klinik eine Stigmatisierung und hatte entsprechende Befürchtungen und Hemmungen, sich dort behandeln zu lassen. Diese Erwartungen veränderten sich jedoch aufgrund positiver interaktioneller Erfahrungen der Nutzerin mit den in einer Psychiatrischen Klinik tätigen Professionellen im Verlauf des Behandlungsprozesses. Dies verringerte für die Nutzerin wiederum die Schwelle, sich auch in Zukunft in einer psychiatrischen Klinik Hilfe zu holen.

NutzerInnen erwarten von allen Professionen im Gesundheitswesen die *Fähigkeit zur respektvollen Beziehungsgestaltung*. Insbesondere von ärztlichen und psychologischen Professionellen wurde des Weiteren erwartet, dass diese in der Lage sind, die Beziehung empathisch zu gestalten und hinreichend Zeit für eine auf die Bedürfnisse der individuellen Nutzerin/des individuellen Nutzers ausgerichtete Beziehungsgestaltung einzuplanen. Im Laufe ihrer Behandlungsprozesse erlebten die NutzerInnen tatsächlich respektvolle und empathische Bezie-

hungsangebote. Trafen die NutzerInnen in der stationären Versorgung auf durchgängig respektvolle und fachkompetente Handlungsmuster von allen in einer Institution tätigen Professionellen, führten die NutzerInnen dies auf strukturelle Bedingungen wie z.B. eine gute Personalschulung zurück.

Die NutzerInnenaussagen dokumentieren jedoch auch zahlreiche problematische Interaktionshandlungen von Professionellen wie beispielsweise eine pauschalisierende Sicht auf NutzerInnen und das Nicht-ernstnehmen der Aussagen von NutzerInnen. Den Zeitmangel von ärztlichen und psychologischen Professionellen für die Behandlungsbedürfnisse von NutzerInnen erlebten die NutzerInnen als abwertend. So beschrieb eine Nutzerin die Interaktion mit ihrer Psychologin:

„Ach äh ty typisch Psychologe kann i nur saga, eingebildet, hinterfützisch ... zack zack zack zack zack muss alles gehen ... des geht bei dem Krankheitsbild (Depressionen, G.W.) nicht. Da musch a bissel mehr Geduld haben mit de Leut ...des ... isch die verkehrte Art, die sie angewan angewandt hat.“ (63jährige Nutzerin mit rezidivierenden Depressionen, Datensatz: Kekeisen 2008).

Ähnliche Erfahrungen machte diese Nutzerin dann auch mit der sie behandelnden Psychiaterin:

„... zehn Minudda hasch Zeit, da konnsch, konnsch dir überlegen, was de sagen willsch, was was de wissa willsch und dann bisch wieder raus gefloga ...also s war äh ein äh äh kei keine Ärztin, s warn do s war ne Frau Doktor, aber kein Arzt ... an Arzt hat au ein Gefühl, hat au en Herz, er hat Verschtändnis, er zeigt mindeschtens Verschtändnis ... und die die war jo ... s letschte Reibeisa ... nie mehr geh ich do do hin ...“ (Datensatz: Kekeisen 2008).

Hier führte also die Enttäuschung der interaktionellen Erwartungen der Nutzerin dazu, dass sie das entsprechende Versorgungsangebot in Zukunft vermeiden wollte.

Ein weiterer Nutzer, der vor dem Ausbruch seiner Depression als Bauingenieur gearbeitet hatte, berichtete von einem ihn stigmatisierenden Umgang in einer betreuten Werkstatt, in der er zur Arbeitserprobung tätig war. Seine Möglichkeiten, aus dieser stigmatisierten Position heraus Änderungen des Handelns des Pflegepersonals zu bewirken, waren aufgrund seiner interaktionellen Positionierung als psychisch kranker Mensch im Werkstattsetting gering:

„(Ich war dort) unterfordert. Und ... die Pfleger, die meinen auch immer, sie müssen einen behandeln wie ein Kleinkind. Oder wenn man es böß ausdrücken will, wie einen Idioten oder einen Psychopathen, ja. Und wenn man sich dagegen wehrt, dann rennt man gegen eine Wand.“ (62jähriger Nutzer mit rezidivierender unipolarer Depression, Datensatz: Gruschwitz 2008).

Ein weiterer Nutzer erlebte, dass seine depressive Symptomatik von einem ihn behandelnden Oberarzt mit der stigmatisierenden Bemerkung „*Sie sind hier nicht auf Kur*“ kommentiert wurde. (55jähriger Nutzer mit rezidivierender Depression, Datensatz: Kekeisen 2008).

Die depressiven NutzerInnen berichten jedoch auch von Aussagen behandelnder ÄrztInnen, die sie als Handlungen mit der Intention, die NutzerInnen vor dem Stigma einer psychischen Krankheit zu schützen zu wollen, werteten. So berichtete eine 53jährige depressive Nutzerin:

„Und da hat mein Arzt extra zu mir gesagt: ‚Da geben wir aber ein anderes Leiden an (als die Depression, G.W.). Sie wollen ja sicher nicht vom Psychologen untersucht werden‘. Und da hab ich gesagt, das ist in Ordnung.“ (Datensatz: Gruschwitz 2008).

In dieser Aussage dokumentiert sich gleichzeitig ein konflikthafte Verhältnis zwischen der ärztlichen und der psychologischen Berufsgruppe.

Von den ärztlichen und psychologischen Professionellen erwarteten die NutzerInnen neben der Beziehungskompetenz eine adaptive Behandlungsplanung und eine für sie *erkennbar fachkundige und spezifische Problembehandlung*. Die befragten NutzerInnen mit Depressionserfahrungen berichten vielfach von einer gelungenen symptomorientierten Behandlung insbesondere in konventionell-medizinisch⁶ ausgerichteten Institutionen. Auch hier zeigen sich jedoch einige negativ bewertete Erfahrungen, die die NutzerInnen vor allem auf ein zu wenig individualisiertes fachliches Procedere zurückführten. So beschrieb ein 55jähriger depressiver Nutzer seine Behandlung in einer Tagesklinik:

„Also gut also irgendwie so Nullachtfechzehnauf, okay jetzt sind Sie so und so lang hier, jetzt wird einfach ein Arbeitsversuch gemacht, egal wie mein aktueller Zustand ist.“ (Datensatz: Kekeisen 2008).

Probleme in der fachgerechten Versorgung ihrer depressiven Erkrankung (z.B. keine hinreichende Diagnostik der Erkrankung und komorbider Erkrankungen) berichteten die dazu befragten NutzerInnen besonders häufig aus dem ambulanten Bereich.

Auf die Ignoranz des ärztlichen Behandlers (Psychiater) gegenüber der Vorgeschichte seiner PatientInnen führte es ein 49jähriger Nutzer zurück, dass er trotz einer langjährigen Suchtgeschichte Benzodiazepine erhalten hatte. Die Bilanz des Nutzers:

„... ich hab mich irgendwie anders vorgeschaltet so die Hilfe...“ (Datensatz: Kekeisen 2008).

NutzerInnen, die negative Erfahrungen mit Behandlungen gemacht hatten, begegneten weiteren GesundheitsversorgerInnen mit Vorsicht und versuchten z.T. auch, diese auf ihre fachlichen und interaktionellen Fähigkeiten hin zu testen. So bewertete eine Nutzerin ihre Erfahrungen mit der Behandlung bei einem psychologischen Verhaltenstherapeuten:

„(Ich) ... war mit ihm eigentlich total unzufrieden, weil er gar nicht gemerkt hat, dass ich ihn regelrecht veräppel.“ (53jährige Nutzerin mit rezidivierender unipolarer Depression, Datensatz: Gruschwitz 2009).

Bestanden die BehandlerInnen diese „Tests“ nicht, gefährdete dies die Compliance der NutzerInnen.

Die transidente Nutzerin beschrieb zahlreiche Handlungen von medizinischen und psychologischen Professionellen sowohl im ambulanten als auch im stationären Setting, die sie als nicht fachgerecht beurteilte. Fachkompetente Handlungen wurden von ihr als Ausnahmeerfahrungen hervorgehoben.

Die Wertungen, die Professionelle im Gespräch mit NutzerInnen den vorangegangenen Behandlungen zuwies, hatten erheblichen Einfluss darauf, ob NutzerInnen die Einordnung gerade auch negativer Behandlungserfahrungen gelang. Wenn Professionelle durch eine klare Stellungnahme gegenüber den NutzerInnen vergangene misslungene Behandlungserfahrungen ebenfalls als fehlerhaft einordneten, wurde dies von NutzerInnen als Bestätigung ihres eige-

nen Eindrucks gewertet und stabilisierte wiederum ihr Vertrauen in die Folgebehandlungen.

Die *Kenntnis des professionellen Versorgungsnetzes und eine entsprechend kompetente Weiterverweisung* stellte aus Sicht der befragten NutzerInnen einen Teilbereich der Fachkunde von KrankenkassenmitarbeiterInnen, ärztlichen und psychologischen Professionellen dar. Vernetzungswissen setzten die NutzerInnen jedoch nicht bei ErgotherapeutInnen, Pflegepersonal und Mitarbeitenden in der betreuten Werkstatt voraus. Gelegentlich wussten die NutzerInnen aber gar nicht, welcher Profession die Fachkraft angehört hatte, die ihnen gegenüber getreten war.

Die Erwartungen an die Dichte des Versorgungsnetzes differenzierten klar zwischen depressiven und der befragten transidenten Nutzerin. Während depressive NutzerInnen davon ausgingen, dass für ihre Bedürfnisse adäquate Versorgungseinrichtungen gut und ohne lange Wege erreichbar seien und hier lediglich diejenigen InterviewpartnerInnen aus ländlichen Gebieten die mangelnde Erreichbarkeit von Versorgungseinrichtungen beklagten, waren die Erwartungen an die Erreichbarkeit des professionellen Versorgungsnetzes bei der durch ihre Transidentität zusätzlich marginalisierten Nutzerin deutlich reduziert. Sie betrachtet es schon als erstrebenswerten Zustand, im Umkreis von 50 Kilometern eine fachkompetente Institution anzutreffen.

Die Vernetzung der stationären und ambulanten Institutionen untereinander weist nach den Berichten der NutzerInnen noch einen deutlichen Optimierungsspielraum auf. Als Positivbeispiele fielen den NutzerInnen MedizinerInnen und PsychologInnen auf, die nicht nur gut vernetzt und über die jeweiligen Angebote der Stellen, an die sie weiter verwiesen, informiert waren, sondern die auch ihren NutzerInnen den Weg durch das professionelle Versorgungssystem ebneten, indem sie z.B. durch aktive Interventionen bei der Folgeinstitution die Aufnahme der jeweiligen NutzerInnen bewirkten.

Die NutzerInnen trafen auch auf PsychotherapeutInnen und ÄrztInnen, die sie nicht weiter verweisen konnten oder die aus Sicht der NutzerInnen unkoordinierte und intransparente Weiterverweisungsentscheidungen trafen. So meinte ein 62jähriger Nutzer mit Depressionserfahrungen resignativ:

„Ja, das wird ... da wird man von einem Arzt zu anderen gesandt, aber ... Naja gut, ich hab das auch schon erlebt. Jeder Arzt ist der Schlauste für sich. Jeder hat seine Meinung ...“ (Datensatz: Gruschwitz 2008).

Aus den Berichten der InterviewpartnerInnen ergeben sich Hinweise auf für die jeweiligen Problematiken der NutzerInnen spezifische Zugangsbarrieren. So wurden von den depressionserfahrenen NutzerInnen insbesondere die langen Wartezeiten vor Psychotherapien kritisiert, die dazu führten, dass die befragten NutzerInnen trotz starken Leidens und intensiver Bemühungen keine zeitnahe psychotherapeutische Behandlung erreichen konnten. Damit konnte bei den NutzerInnen auch eine Verstärkung des depressionsspezifischen Gefühls der Hilflosigkeit einhergehen. So lag für die depressiven NutzerInnen eine Wartezeit von einem halben Jahr und mehr auf eine Psychotherapie deutlich über ihrer Toleranzschwelle. Die NutzerInnen verstärkten aufgrund ihrer Not ihr Hilfesuchverhalten bis hin zu Handlungen, die sie selbst als demütigend empfanden:

„Und ich brauchte wirklich Hilfe. Ich hab förmlich nach Hilfe gebettelt und es konnte mir zu dem Zeitpunkt ... hab einfach kein Platz gekriegt gehabt.“ (53jährige Nutzerin mit rezidivierenden unipolaren Depressionen, Datensatz: Gruschwitz 2008).

Die transidente Nutzerin musste eine Vielzahl von Institutionen durchlaufen, bis sie auf ein fachkompetentes Angebot traf. Sie berichtete:

„... ich ... brauchte Hilfe, suchte Hilfe, bekam sie nicht, damals, von der psychosomatischen Klinik wo ich eigentlich Hilfe erhofft hatte, statt dessen dort eigentlich wieder zurück gestoßen ... immer wieder neue Anläufe gemacht habe, immer wieder zum Arzt gegangen bin, es wieder nicht, alles nicht richtig gewesen ist.“ (Datensatz: Ludewig 2009).

Für die NutzerInnen intransparente Entscheidungen bei der Zuweisung von Behandlungsplätzen erweckten bei manchen NutzerInnen den Eindruck, dass diese Plätze aufgrund einer Privilegierungsstruktur vergeben würden. So kritisierte eine Nutzerin, dass man in eine Klinik nur „mit Beziehungen“ aufgenommen würde.

Die *Konsequenzen* aus den Erfahrungen der NutzerInnen mit Professionellen im Gesundheitswesen zeigten sich zunächst auf der kognitiven und emotionalen Ebene. Symptomverbesserungen wurden von den NutzerInnen als Konsequenz fachkundiger *und* interaktionell gelungener Behandlungen beschrieben.

Auf Abwertung und Zurückweisung durch Professionelle reagieren die NutzerInnen zunächst mit Ärger und Angst, was dann in einem zweiten Schritt zum Abbruch einer Behandlungsbeziehung führte, sobald den NutzerInnen Alternativen verfügbar waren.

Angesichts der Schwierigkeiten, den eigenen Weg durch die Versorgungsstruktur zu planen, zu initiieren und zu verstehen, äußerten insbesondere die depressiven NutzerInnen den Wunsch nach einer koordinierenden Instanz:

„Ich wünsche mir, dass es auf jeden Fall mehr Anlaufstellen gibt, für die Ersthilfe. Und dass es wirklich ne Anlaufstelle gibt für die Leute, die sowieso schon kaum aus dem Haus kommen mit Depressionen. Du bist ja unheimlich wenig belastbar, du traust dich kaum auf die Straße, traust dich kaum was zu machen und schaffst es auch nicht. Dass da Leute sind ... dass es ein Beratungsbüro gibt und dass die das mit dir in die Hand nehmen und schon mal ein Erstgespräch führen und gucken, welcher Therapeut überhaupt in Frage kommen würde.“ (53jährige Nutzerin mit unipolarer rezidivierender Depression, Datensatz: Gruschwitz 2008).

6 Diskussion

Nach den bislang ausgewerteten Befunden zeigt sich die Qualität einer guten Versorgungsstruktur aus Sicht der befragten NutzerInnen mit den Erfahrungen einer Depression oder einer Transidentität an folgenden Faktoren:

Erreichbarkeit der Gesundheitsversorgung: Gesundheitsversorgungsangebote sind nach den vorliegenden Befunden noch nicht für alle NutzerInnen mit psychischen Beeinträchtigungen bedürfnisadäquat erreichbar. So lassen sich nach den Daten selbst bei NutzerInnen mit einer so häufigen Erkrankung wie einer Depression noch Versorgungslücken im ländlichen Bereich konstatieren. Für die depressiven NutzerInnen stellten die mehrmonatigen Wartezeiten auf psy-

chotherapeutische Behandlung vor dem Hintergrund ihres starken Leidensdruckes ein besonders dringliches Problem dar.

Die transidente Nutzerin hingegen trat bereits mit stark reduzierten Erwartungen bezüglich der Erreichbarkeit eines für sie fachgerechten Angebots an GesundheitsversorgerInnen heran. Derart reduzierte Erwartungen könnten solche NutzerInnen davon abhalten, eine wohnortnahe Versorgung einzufordern. Aufgrund des trotz intensiven Suchverhaltens sehr langen Zeitraums von der Kontaktaufnahme in das Gesundheitsversorgungssystem bis zum Erreichen einer adäquaten Versorgung, den die befragte Nutzerin durchlaufen musste, lässt sich hier jedoch ein Bedarf nach einer Optimierung der Gesundheitsversorgung zur Überwindung der hohen *geografischen und versorgerseitigen Barrieren* sichtbar machen.

Netzwerkkompetenz von Professionellen: Viele der befragten NutzerInnen berichteten von Schwierigkeiten, sich eigenständig im Netzwerk der Gesundheitsversorgung zu orientieren. Bei depressiven NutzerInnen kommt hinzu, dass die Erkrankung an sich schon mit einer Einschränkung der Fähigkeit, aktiv Angebote der Gesundheitsversorgung aufzusuchen, zu prüfen und gegebenenfalls zu wechseln, einhergeht. Die NutzerInnen sind hier auf die Fähigkeit von Professionellen angewiesen, sie an diejenigen Stellen weiter zu verweisen, an denen die indizierte Behandlung stattfinden kann. Kompetente Weiterverweisung beinhaltet nach den Angaben der NutzerInnen auch die Kenntnis der weiterverweisenden Person über das fachliche und interaktionelle Angebot der Stelle, an die verwiesen wird, sowie die Sicherstellung der Aufnahme des Nutzers/der Nutzerin in die entsprechende Institution. Die Empfehlung von einigen der befragten chronisch depressiven NutzerInnen nach der Einrichtung von Anlaufstellen, die die Aufgaben eines Case-Management⁷ übernehmen und NutzerInnen bei der Steuerung ihrer Wege durch das Gesundheitsversorgungssystem unterstützen, deckt sich mit den Befunden der Versorgungsforschung, wonach gerade NutzerInnen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen von einer professionellen Begleitung durch das Gesundheitsversorgungssystem sehr profitieren können (Ziguras/Stuart 2000). Ein/-e Case-ManagerIn könnte neben einer Begleitung der NutzerInnen durch das Versorgungsnetz die Netzwerkkompetenz von NutzerInnen stärken hin zu einem/einer besser informierten, handlungskompetenten und kritischen NetzwerkakteurIn. Damit könnten beispielsweise depressive NutzerInnen in ihren Fähigkeiten, bei Rückfällen das Versorgungssystem kompetent in Anspruch zu nehmen, unterstützt und die *Barrieren vor der Inanspruchnahme* abgebaut werden.

Beziehungskompetenz und problemspezifische Behandlungskompetenzen der Professionellen: Für die befragten NutzerInnen zeigte sich die fachliche Kompetenz der ärztlichen und psychologischen Professionellen in der Fähigkeit zur respektvollen Beziehungsgestaltung und in der Fähigkeit, Behandlungen adaptiert auf die individuelle Lebenssituation des Nutzers/der Nutzerin zu planen und durchzuführen. Trotz der umfangreichen Evidenzbasierung der Bedeutung einer respektvollen, empathischen, transparenten und konsensuellen Gestaltung der Behandlungsbeziehungen (Lambert/Barley 2002; Norcross 2002), weisen die hier dokumentierten NutzerInnenberichte noch auf gravierende Probleme bezüglich der Beziehungsgestaltung durch professionelle GesundheitsversorgerInnen hin. Einige der InterviewpartnerInnen berichteten von Stigmatisierungen in Form von entwürdigenden Äußerungen professioneller Gesund-

heitsversorgerInnen. Die in der vorliegenden Untersuchung dokumentierten Konsequenzen von Beziehungsstörungen in Form einer Beeinträchtigung des Sicherheitsgefühls von NutzerInnen gegenüber professionellen GesundheitsversorgerInnen mit resultierendem ressourcenkostendem Schutzverhalten der NutzerInnen, Compliance-Problemen bis hin zum Abbruch von Behandlungsbeziehungen durch die NutzerInnen zeigen, dass Beziehungsstörungen zwischen professionellen GesundheitsversorgerInnen und NutzerInnen zu deutlich suboptimalen Behandlungsverläufen führen können. Gerade bei der Bewertung der Beziehungsqualität von Behandlungsbündnissen ist der Perspektive von NutzerInnen ein hoher Stellenwert zuzumessen (Lambert/Barley 2002; Norcross 2002). Case-ManagerInnen bzw. PatientenanwälInnen (Deutscher Bundestag 1975), die NutzerInneninteressen vertreten und im Einverständnis mit den NutzerInnen deren problematische und stigmatisierende Interaktionserfahrungen mit Professionellen zeitnah an die entsprechenden GesundheitsversorgerInnen kommunizieren, könnten hier einen wichtigen Beitrag zur Stärkung der Position der NutzerInnen im Machtgleichgewicht zwischen GesundheitsversorgerInnen und NutzerInnen leisten und damit zur Verbesserung der Versorgungsqualität beitragen. Dies würde auf der Seite der betreffenden VersorgerInnen allerdings eine Offenheit für solche Feedbackprozesse, eine Bereitschaft zum Diskurs auch über problematische Versorgungsinteraktionen, eine strukturelle Verankerung einer Fehlerkultur (Aktionsbündnis Patientensicherheit 2008) und die Bereitstellung von Ressourcen für die Implementierung von gemeinsam erarbeiteten Veränderungsempfehlungen zur Beziehungsgestaltung verlangen. Diese Schritte sind nur durch makrostrukturelle Reformen erreichbar und könnten insbesondere *Barrieren auf Seiten von GesundheitsversorgerInnen* abbauen.

Netzwerk-, Beziehungs- und problemspezifische Behandlungskompetenzen der GesundheitsversorgerInnen stellen Indikatoren der *Prozessqualität* (Donabedian 1966) dar, während die Erreichbarkeit der Gesundheitsversorgung ein Indikator der *strukturellen Versorgungsqualität* ist.

Die *Ergebnisqualität* aus Sicht der NutzerInnen in Form der Erreichung des Ziels einer bestmöglichen Gesundheit konnte im Rahmen von Teilstudie 1 durch eine Bewertung der Zufriedenheit mit dem Behandlungsprozess oder Lebenszufriedenheit durch die NutzerInnen nicht abschließend erfasst werden, weil sich die befragten NutzerInnen noch im Behandlungsprozess befanden und das Forschungsdesign dieser Teilstudie⁵ keine Verlaufsbefragung beinhaltet. Die Messung spezifisch definierter relevanter outcome-Kriterien (Arah u.a. 2003) in Abhängigkeit zu den hier beschriebenen Struktur- und Prozessqualitätskriterien stellt Gegenstand weiterer Forschungsarbeiten in Teilstudie 2 im Rahmen des beschriebenen Gesamtprojekts dar. Entsprechend dem Analyserastermodell von Groß (2006) gehen die Autorinnen derzeit davon aus, dass die hier beschriebenen Kriterien der Prozess- und Strukturqualität auch Einfluss auf die Ergebnisqualität nehmen. Dies lässt sich durch Befunde aus der Versorgungsforschung bestätigen (vgl. z.B. Bermejo/Friedrich/Härter 2008).

Der Forschungsprozess erfüllt die spezifischen qualitativen Gütekriterien der Verfahrensdokumentation, der argumentativen Interpretationsabsicherung und der Gegenstandnähe. Die berichteten Ergebnisse der Arbeit sind jedoch derzeit noch als vorläufig zu betrachten und bedürfen der Validierung (insbesondere der ökologischen und der weiteren Konstruktvalidierung) und der Überprüfung des Geltungsbereichs (Fischer 2000; Steinke 2005). Das in der Grounded Theory

für einen Abschluss der Datenerhebung geforderte Kriterium der „theoretischen Sättigung“ (Glaser/Strauss 2008) ist noch nicht erreicht, da die Autorinnen davon ausgehen, dass eine weitere Datenerfassung noch weitere Aspekte gelungener versus prekärer gesundheitlicher Versorgung von NutzerInnen mit den beschriebenen psychischen Beeinträchtigungen aufzeigen wird. Weitere Datensätze aus der Teilstudie 1, die u.a. die Perspektiven von Professionellen auf die Versorgungssituation von NutzerInnen mit Suchterfahrungen, Störungen aus dem depressiven Formenkreis oder weiteren Marginalisierungserfahrungen erfassen, könnten Aufschluss über Hintergründe der Versorgungsprobleme, mit denen die NutzerInnen konfrontiert werden, geben. Eine besondere Bedeutung messen wir der Validierung der bislang erhobenen Befunde zur Beziehungsgestaltung zwischen professionellen VersorgerInnen und NutzerInnen zu. Hier haben sich in der vorliegenden Arbeit erneut relevante Diskrepanzen zwischen dem Desiderat nach einer evidenzbasierten professionellen Haltung und den diesbezüglichen Versorgungserfahrungen der befragten NutzerInnen gezeigt. In diesem Bereich deutet sich damit ein Bedarf nach strukturellen Verbesserungen in der Aus- und Fortbildung der entsprechenden Professionen an.

Acknowledgements

Die Autorinnen danken ganz herzlich Dipl. Päd. Stephanie Fürst, Dipl. Psych. Rita Selz und Dr. Dipl. Psych. Ellena Huse für das Redigieren des Artikels sowie Anja Ludewig, Sivia Kekeisen und Ann Christin Gruschwitz, die die Daten für diesen Artikel im Rahmen ihrer wissenschaftlichen Abschlussarbeit erhoben haben.

Anmerkungen

- 1 Lediglich 0,2% der BundesbürgerInnen sind nicht krankenversichert (Statistisches Bundesamt 2008).
- 2 7-Tage Punktprävalenz nach ICD 9 in der longitudinalen Upper Bavarian Study (vgl. Fichter/Meller 2008).
- 3 Anzahl der BundesbürgerInnen im Jahr 2008, <http://www.deutschland.de> (5. Juli 2010).
- 4 Vgl. <http://www.kompetenznetze-medizin.de> (28. Juni 2010).
- 5 Nach der Übersichtsarbeit von Becker und Abholz (2005) liegt die Erkennensrate von Depressionen bei HausärztInnen in der BRD bei 17–85%.
- 6 In Abgrenzung von alternativmedizinisch geprägten Institutionen wie z.B. einer anthroposophischen Klinik.
- 7 Zum Stand der Implementierung von Case Management in Deutschland vgl. Löcherbach (2003).
- 8 Im Gegensatz zur Teilstudie 2.

Literatur

- Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (Hrsg.) (2008): Aus Fehlern lernen. Profis aus Medizin und Pflege berichten. Bonn.
- Arah, O. A./Klazinga, N. S./Delnoij, D. M. J./Ten Asbroek, H. A./ Custers, T. (2003): Conceptual frameworks for health systems performance: a quest for effectiveness, quality, and improvement. In: *International Journal for Quality in Health Care*, 5. Jg., H. 5, S. 377–398.
- Becker, N./Abholz, H.-H. (2005): Prävalenz und Erkennen von depressiven Störungen in deutschen Allgemeinarztpraxen – eine systematische Literaturübersicht. In: *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 81. Jg., H. 11, S. 474–481.
- Bermejo, I./Friedrich, C./Härter, M. (2008): Ambulante psychotherapeutische Versorgung depressiver Patienten. Ergebnisse einer standardisierten Befragung in psychotherapeutischen Praxen. In: *Psychotherapeut*, 53. Jg., H. 4, S. 260–267.
- Buddeberg, C. (2004): *Psychosoziale Medizin*. 3. Auflage Berlin.
- Clade, H. (2000): Evidenzbasierte Patientenversorgung: Ein rationales Entscheidungsinstrument. <http://www.aerzteblatt.de/archiv/25348/> (5. Juli 2010).
- Deutscher Ärztetag (2006): Entschlüsseungen zum Tagesordnungspunkt II: Behandlung von Menschen mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen: gegen Stigmatisierung – für Stärkung der ärztlichen Psychotherapie. Dokumentation: Deutscher Ärztetag. <http://www.aerzteblatt.de/archiv/51762/> (5. Juli 2010).
- Dennert, G./Wolf, G. (2009): Gesundheit lesbischer und bisexueller Frauen. Zugangsbarrieren im Versorgungssystem als gesundheitspolitische Herausforderung. In: *FEMINA POLITIKA*, 13. Jg., H. 1, S. 48–59.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) (2004): Rahmenkonzept Integrierte Versorgung Depression. http://www.klinischepsychologie-psychotherapie.de/dateien/IV_Rahmenkonzept-Dezember2004-PPT.pdf (9. September 2009).
- Deutscher Bundestag (1975): Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland – Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung – Zusammenfassung. Auszug aus dem Bericht der Sachverständigen-Kommission. Drucksache 7/4200. <http://media.dgppn.de/mediadb/media/dgppn/pdf/enquete/zusammenfassungbundestagsdrucksache7-4200.pdf> (5. Juli 2010).
- Donabedian, A. (1966): Evaluating the quality of medical care. In: *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44. Jg., H. 3, S. 166–203.
- Europäische Union (2000): Charta der Grundrechte der Europäischen Union (2000/C 364/01). http://www.europarl.europa.eu/charter/default_de.htm (28. Juni 2010).
- Fengler, C./Fengler, T. (1980): *Alltag in der Anstalt*. Rehbürg-Loccum.
- Fichter, M. M./Meller, I. (2008): Psychiatrische Epidemiologie. In: Möller, H.-J./Laux, G./Kapfhammer, H.-P. (Hrsg.): *Psychiatrie und Psychotherapie*. Band 1. Berlin, S. 55–70.
- Fischer, G. (2000): *KÖDOPS – Kölner Dokumentationssystem für Psychotherapie und Traumabehandlung*. Köln/Much.
- Foucault, M. (1969): *Wahnsinn und Gesellschaft: eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft*. Frankfurt a.M.
- Friemel, S./Bernert, S./Angermeyer, M. C./König, H.H. (2005): Die direkten Kosten von depressiven Erkrankungen in Deutschland. Ergebnisse aus dem European Study of Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED) Projekt. In: *Psychiatrische Praxis*, 32. Jg., H. 4, S. 113–121.
- Frydlich, T. (2009): Soziale Phobie. In: Margraf, J./Schneider, S. (Hrsg.): *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*. Band 2: Störungen im Erwachsenenalter – Spezielle Indikationen – Glossar. Heidelberg, S. 45–64.
- Glaser, B. G./Strauss, A. (2008): *Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung*. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle.

- Goffman, E. (1961): *Asylums. Essays on the Social Situation of Mental Patients and other Inmates*. Chicago.
- Groß, D. (2006): Determinanten erfolgreicher Netzwerkarbeit. In: Univation Institut für Evaluation (Hrsg.): *Evaluation von Netzwerkprogrammen – Entwicklungsperspektiven einer Evaluationskultur*. Köln, S. 57–65.
- Gruschwitz, A. C. (2008): Professionelle und soziale Netzwerke in der Versorgung depressiver Menschen. Unveröffentlichte wissenschaftliche Hausarbeit an der Pädagogischen Hochschule Freiburg.
- Hand, I. (2006): Verhaltenstherapie der Angststörungen. In: Bassler, M./Boerner, J./Hand, I./Kapfhammer, H. P./Laux, G. (Hrsg.): *Angststörungen*. Stuttgart, S. 194–224.
- Hegerl, U./Althaus, D./Niklewski, G./Schmidtke, A. (2003): Optimierte Versorgung depressiver Patienten und Suizidprävention: Ergebnisse des „Nürnberger Bündnisses gegen Depression“. In: *Deutsches Ärzteblatt*, 100. Jg., H. 42, S. A-2732–2737.
- Kardorff, E. v. (1998): Kooperation, Koordination und Vernetzung. Anmerkungen zur Schnittstellenproblematik in der psychosozialen Versorgung. In: Röhrle, B./Sommer, G./Nestmann, F. (Hrsg.): *Netzwerkintervention*. Tübingen, S. 203–222.
- Kekeisen, S. (2008): Netzwerk psychiatrisch-psychosozialer Versorgung bei depressiven Erkrankungen. Unveröffentlichte Diplomarbeit im Diplomstudiengang Erziehungswissenschaft an der Pädagogischen Hochschule Freiburg.
- Kordy, Hans (2008): Psychosoziale Versorgungsforschung. Eine wissenschaftliche und politische Herausforderung. In: *Psychotherapeut*, 53. Jg., H. 4, S. 245–253.
- Lambert, M. J./Barley, D. E. (2002): Research Summary on the Therapeutic Relationship and Psychotherapy Outcome. In: Norcross, J. C. (Hrsg.): *Psychotherapy Relationships That Work. Therapist Contributions and Responsiveness to Patients*. New York, S. 17–32.
- Laux, G. (2008): Depressive Störungen. In: Möller, H.-J./Laux, G./Kapfhammer, H.-P. (Hrsg.): *Psychiatrie und Psychotherapie*. Band 2 Berlin, S. 399–470.
- Lindenmeyer, J. (2007): Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen. Abhängigkeit und schädlicher Gebrauch von Alkohol. In: Leibring, E./Hiller, W./Sulz, S. K. D. (Hrsg.): *Lehrbuch der Psychotherapie*. Band 3: *Verhaltenstherapie*. München, S. 179–190.
- Löcherbach, P. (2003): Einsatz der Methode Case Management in Deutschland: Übersicht zur Praxis im Sozial- und Gesundheitswesen. http://www.case-manager.de/download/cm_praxis.pdf (26 Juli 2010).
- Lützenkirchen, A. (2005): Interdisziplinäre Kooperation und Vernetzung im Gesundheitswesen – eine aktuelle Bestandsaufnahme. In: *Gruppendynamik und Organisationsberatung*, 36. Jg., H. 3, S. 311–324.
- Ludewig, A. (2009): Die Versorgung transidenter Menschen in professionellen Netzwerken. Unveröffentlichte wissenschaftliche Hausarbeit an der Pädagogischen Hochschule Freiburg.
- Luhmann, N. (2002): *Soziale Systeme. Grundriss einer allgemeinen Theorie*. Darmstadt.
- Machleidt, W./Calliess, I. T. (2008): Transkulturelle Aspekte psychischer Erkrankungen. In: Möller, H.-J./Laux, G./Kapfhammer, H.-P. (Hrsg.): *Psychiatrie und Psychotherapie*. Band 1 Berlin, S. 319–343.
- Mayring, P. (2007): *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. Weinheim/Basel.
- Meulenbelt, A./Wevers, A./van der Ven, C. (1998): *Frauen und Alkohol*. Reinbek bei Hamburg.
- Mielck, A. (2005): *Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion*. Bern.
- Möller-Leimkühler, A. M. (2008): Soziologische und sozialpsychologische Aspekte psychischer Erkrankungen. In: Möller, H.-J./Laux, G./Kapfhammer, H.-P. (Hrsg.): *Psychiatrie und Psychotherapie*. Band 1. Berlin, S. 277–304.
- Murray, J./Corney, R. (1990): Not a medical problem? An intensive study of the attitudes and illness behaviour of low attenders with psychosocial difficulties. In: *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25. Jg., H. 3, S. 159–164.

- Norcross, J. C. (2002): Empirically Supported Therapy Relationships. In: Norcross, J. C. (Hrsg.): *Psychotherapy Relationships That Work. Therapist Contributions and Responsiveness to Patients*. New York, S. 3–16.
- Ommen, O./Ulrich, B./Janssen, C./Pfaff, H. (2007): Die ambulant-stationäre Schnittstelle in der medizinischen Versorgung. Probleme, Erklärungsmodell und Lösungsansätze. *Medizinische Klinik*, 102. Jg., H. 11, S. 913–917.
- Parsons, T. (2001): *The social system* (New. Ed., Repr.). London.
- Pfeifer, B./Preiß, J./Unger, C. (Hrsg.) (2006): *Onkologie integrativ. Konventionelle und komplementäre Therapie*. München.
- Rosenhan, D. (1973): On Being Sane in Insane Places. http://web.archive.org/web/20070107073636/http://www.scottsdalecc.edu/ricker/pests/online_articles/Rosenhan1975.pdf (5. Juli 2010).
- Rössler, W. (2008): Versorgungsstrukturen. In: Möller, H.-J./Laux, G./Kapfhammer, H.-P. (Hrsg.): *Psychiatrie und Psychotherapie*. Band 1. Berlin, S. 938–962.
- Ruesch, J./Bateson, G. (1987): *Communication: the social matrix of psychiatry*. New York.
- Schneewind, K./Schmidt, M. (2002): Systemtheorie in der Sozialpsychologie. In: Frey, D./Irle, M. (Hrsg.): *Theorien der Sozialpsychologie*. Band III: Motivations- Selbst- und Informationsverarbeitungstheorien. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle.
- Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Sport (2006): *Zusammen leben in Berlin. Männlich – weiblich – menschlich. Trans- und Intergeschlechtlichkeit*. Berlin.
- Shipherd, J. C./Green, K. E./Abramovitz, S. (2010): Transgender Clients: Identifying and Minimizing Barriers to Mental Health Treatment. In: *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 14. Jg., H. 2, S. 94–108.
- Siegrist, J. (2005): *Medizinische Soziologie*. München/Jena.
- Steinke, I. (2005): Gütekriterien qualitativer Forschung. In: Flick, U./Kardorff, E. v./Steinke, I. (Hrsg.): *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Reinbek bei Hamburg, S. 319–331.
- Soayka, M. (2008): Störungen durch Alkohol. In: Möller, H.-J./Laux, G./Kapfhammer, H.-P. (Hrsg.): *Psychiatrie und Psychotherapie*. Band 2. Berlin, S. 143–186.
- Statistisches Bundesamt (2008): *Sozialleistungen*. (Fachserie 13, Reihe 1.1.) Wiesbaden.
- Wiswede, G. (2004): *Sozialpsychologie-Lexikon*. München.
- Wörz, M./Foubister, T./Busse, R. (2006): Access to Health Care in the EU Member States. In: *Euro Observer*, 8. Jg., H. 2, S. 1–4.
- Ziguras, S. J./Stuart, G. W. (2000): A meta-analysis of the effectiveness of mental health case management over 20 years. In: *Psychiatric Services*, 51. Jg., H. 11, S. 1410–1421.

