

Entwicklung, Implementation und Evaluation eines psychologischen Liaisondienstes in der ärztlichen Primärversorgung

Mark Helle

Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Philosophie
am Fachbereich Erziehungswissenschaften und Psychologie
der Freien Universität Berlin

Berlin 2002

Gutachter: Prof. Dr. Anna Auckenthaler
Prof. Dr. Dieter Kleiber
Disputation: 12. Juli 2002

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|-----------|
| Zusammenfassung | v |
| Vorwort | vi |
| Einleitung | 1 |
| 1 Konzeptionelle Vorüberlegungen zur Entwicklung eines psychologischen Liaisondienstes in der Primärversorgung | 6 |
| 1.1 Zur Versorgungssituation psychisch und psychosomatisch Erkrankter in der hausärztlichen Praxis | 6 |
| 1.2 Zur Notwendigkeit der Koordination von Angeboten des Sozial- und Gesundheitswesens.... | 10 |
| 1.3 Möglichkeiten der Integration psychosozialer Aspekte in die primärärztliche Versorgung | 12 |
| 1.4 Konsiliar- und Liaisondienste in der stationären Versorgung..... | 14 |
| 1.5 Ziele eines psychologischen Liaisondienstes in der Primärversorgung | 19 |
| 2 Untersuchungsansatz und Methodik | 21 |
| 2.1 Entwicklung und Einordnung des Untersuchungsansatzes..... | 21 |
| 2.2 Erhebungs- und Auswertungsmethoden | 24 |
| 2.2.1 Anamnestische Fragebogenerhebung | 24 |
| 2.2.1.1 Symptom-Checkliste SCL - 90 - R..... | 24 |
| 2.2.1.2 Freiburger Beschwerdeliste FBL..... | 26 |
| 2.2.1.3 Fragebogen zur Abklärung des Psychosomatischen Krankheitsgeschehens FAPK .. | 28 |
| 2.2.1.4 Fragebogen zur sozialen Unterstützung F-SOZU..... | 30 |
| 2.2.2 Katamnestische Fragebogenerhebung | 31 |
| 2.2.2.1 Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens VEV..... | 31 |
| 2.2.2.2 Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung FBB..... | 32 |
| 2.2.3 Befragung der Praxisteams..... | 34 |
| 2.2.3.1 Das Problemzentrierte Interview | 34 |
| 2.2.3.2 Auswertung der Interviews | 37 |
| 3 Durchführung des Liaisondienstes..... | 39 |
| 3.1 Vorbereitungsphase..... | 39 |
| 3.1.1 Kontaktaufnahme zu den Arztpraxen | 39 |
| 3.1.2 Vorbereitung des Praxisteams und der Patienten auf den Liaisondienst..... | 41 |
| 3.2 Durchführungsphase | 42 |
| 3.2.1 Angaben zu den kooperierenden Arztpraxen | 42 |

| | |
|--|-----------|
| 3.2.2 Häufigkeit der Patientenkontakte | 43 |
| 3.2.3 Verteilung der Interventionen..... | 43 |
| 3.2.4 Anlass der Patientenkontakte | 47 |
| 3.2.5 Beschreibung der Aufgaben des Liaisonpsychologen | 49 |
| 3.2.5.1 Kooperation mit Ärzten und Praxisteam | 49 |
| 3.2.5.2 Behandlungsziele und Intervention | 52 |
| 4 Ergebnisse | 55 |
| 4.1 Auswertung der anamnestischen Erhebung..... | 55 |
| 4.1.1 Psychische Befindlichkeit..... | 55 |
| 4.1.2 Körperliche Beschwerden | 57 |
| 4.1.3 Neigung zur Entwicklung psychosomatischer Erkrankungen..... | 60 |
| 4.1.4 Soziale Unterstützung..... | 61 |
| 4.1.5 Häufigkeit des Hausarztbesuches..... | 63 |
| 4.1.6 Zusammenfassung der anamnestischen Erhebung..... | 63 |
| 4.2 Auswertung der katamnestischen Erhebung..... | 64 |
| 4.2.1 Subjektiv erlebte Veränderung im Erleben und Verhalten | 64 |
| 4.2.2 Beurteilung des Liaisondienstes..... | 65 |
| 4.2.3 Veränderung der psychischen und körperlichen Befindlichkeit..... | 65 |
| 4.2.4 Zusammenfassung der katamnestischen Erhebung..... | 67 |
| 4.3 Die Bedeutung des Liaisonmodells aus Sicht der Praxisteams..... | 67 |
| 4.3.1 Strukturell bedingte Probleme in der Primärversorgung | 67 |
| 4.3.2 Der Liaisondienst aus Sicht der Praxisteams..... | 71 |
| 4.3.2.1 Anfangserwartungen..... | 71 |
| 4.3.2.2 Bedenken zu Beginn des Modellversuchs..... | 75 |
| 4.3.2.3 Reaktion der Arzthelferinnen..... | 76 |
| 4.3.2.4 Organisatorische Veränderungen in den Praxen..... | 77 |
| 4.3.2.5 Die Tätigkeit des Liaisonpsychologen aus der Perspektive der Praxisteams | 77 |
| 4.3.2.6 Der Indikationsbereich des Liaisondienstes aus Sicht der Praxisteams..... | 78 |
| 4.3.3 Praktische Umsetzung des Liaisondienstes | 79 |
| 4.3.3.1 Koordination und Behandlungsplanung..... | 79 |
| 4.3.3.2 Einfluss des Liaisondienstes auf die Primärversorgung | 81 |
| 4.3.4 Gestaltungsvorschläge | 83 |
| 4.3.5 Allgemeine Rückmeldung..... | 85 |

| | |
|---|------------|
| 4.3.6 Zusammenfassung der Ergebnisse der Problemzentrierten Interviews..... | 87 |
| 5 Diskussion..... | 89 |
| 5.1 Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse..... | 89 |
| 5.1.1 Zur Schwierigkeit der Suche nach kooperationsbereiten Arztpraxen | 89 |
| 5.1.2 Psychische und psychosoziale Belastungen bei Patienten in der Primärversorgung..... | 90 |
| 5.1.3 Der Aufgabenbereich des Liaisonpsychologen | 91 |
| 5.1.4 Bewertung des Modellversuchs durch die Praxisteams und die Patienten | 95 |
| 5.2 Fazit und Ausblick | 95 |
| Literatur | 98 |
| Abbildungsverzeichnis | 105 |
| Tabellenverzeichnis..... | 106 |
| Anhang..... | 107 |

Zusammenfassung

Die hohen Prävalenzraten psychischer und psychosomatischer Erkrankungen in der Primärversorgung weisen darauf hin, dass die bisherigen Angebote im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung nicht ausreichend sind. Mit der Implementierung eines psychologischen Liaisondienstes in die ärztliche Primärversorgung wurde modellhaft ein Versorgungsangebot geschaffen, das zu einer engeren Verzahnung zwischen Primärärzten und psychotherapeutischen, psychosomatischen und psychiatrischen Leistungserbringern beitragen sollte. Ferner fungierte dieser Dienst als Schnittstelle zwischen Primärärzten und psychotherapeutischen bzw. psychosozialen Leistungserbringern innerhalb und außerhalb der kassenärztlichen Versorgung. Für jeweils ein halbes Jahr wurde dieses Modellprojekt in zwei Primärarztpraxen eingerichtet. Eine anamnestiche Befragung der Patienten belegte die hohe psychosomatische und psychische Belastung, was als Bestätigung eines solchen zusätzlichen Angebotes gewertet werden kann. Während der jeweils sechs Monate, in denen der Liaisonpsychologe mit beiden Praxen kooperierte, kamen insgesamt 165 Patientenkontakte zustande. Sowohl die katamnestiche Erhebung, die mit den im Rahmen dieses Modellprojektes versorgten Patienten durchgeführt wurde, als auch die problemzentrierten Interviews mit den beteiligten Praxis-teams zeigten, dass ein solcher Liaisondienst nicht nur auf große Akzeptanz aller Beteiligten stößt, sondern auch als sinnvolle Ergänzung der Primärversorgung zu werten ist. Gleichzeitig macht diese Arbeit aber auch deutlich, mit welchen Schwierigkeiten die Realisierung einer Implementierung berufsgruppenübergreifender Behandlungskonzepte in der gegenwärtigen kassenärztlichen Versorgung einhergeht.

Die in diesem Modellprojekt gewonnen Erkenntnisse und Erfahrungen stellen eine Ausgangsbasis dar, auf deren Grundlage weitergehende Ansätze, die im größeren Rahmen eine Verbesserung der Primärversorgung anstreben, entwickelt und implementiert werden könnten.

Vorwort

Als ich wegen meines Antrags auf Approbation als Psychologischer Psychotherapeut meinen Hausarzt aufsuchte, um meine körperliche und seelische Eignung zur Ausübung von Psychotherapie feststellen zu lassen, ergab sich ein kurzes Gespräch, das einen ersten Anstoß zur Idee dieser Arbeit bilden sollte. Nicht ohne Ironie machte er mich damals darauf aufmerksam, dass es ein äußerst aufwendiges und kostspieliges Verfahren sei, insbesondere meine seelische Eignung, für eine solche Tätigkeit festzustellen. Daraufhin stellte er mir kurzerhand die gewünschte Bescheinigung aus, reichte mir die Hand und hieß mich als seinen heilkundlichen Kollegen willkommen. Etwas nachdenklich teilte er mir dann mit, dass ich in meiner Eigenschaft als Psychologischer Psychotherapeut für einen großen Teil der Patienten seiner Praxis vermutlich der qualifiziertere Ansprechpartner wäre. Daraufhin erzählte er mir von den vielen Patienten, die regelmäßig seine Praxis frequentieren, für die er aber aus rein schulmedizinischer Perspektive nichts tun kann, da die Ursache ihrer Probleme eindeutig im psychosozialen Umfeld zu suchen seien.

Dass dies so ist, war mir zwar nicht neu, aber von meinem Hausarzt als „Kollege“ angesprochen zu werden und seine Mitteilung, dass ich für viele Patienten der bessere Ansprechpartner wäre, vergegenwärtigte mir einerseits die neue berufsrechtliche Position, die es möglich macht, nicht mehr - wie bisher aus kassenärztlicher Sicht - als Heilhilfsbehandler tätig zu sein, sondern auf kollegialer Ebene mit Humanmedizinerinnen zusammenarbeiten zu können. Andererseits wurde mir in diesem Moment auch deutlich, dass die Kompetenzen eines Allgemeinmediziners und die eines Psychologischen Psychotherapeuten eine hervorragende Ergänzung bilden könnten und eine Bündelung dieser Kompetenzen zu einer effektiveren und stärker patientenorientierten Primärversorgung führen dürfte.

Diese Begegnung bildete den Ausgangspunkt der sich anschließenden Überlegungen, einen psychologischen Liaisondienst in Allgemeinarztpraxen einzuführen. Dass sich diese Idee zu einem konkreten Modellprojekt weiterentwickeln konnte, verdanke ich insbesondere Frau Professor Dr. Anna Auckenthaler, die mich in allen Phasen dieses Projektes sowohl fachlich als auch persönlich mit großer Unterstützung und wichtigen Anregungen begleitete. Vor allem in Zeiten, in denen ich ein Scheitern dieses Vorhabens befürchtete, verstand es Frau Auckenthaler immer wieder, mich auf das Wesentliche dieses Modellprojektes hinzulenken. Auch möchte ich mich bei Herrn Professor Dr. Dieter Kleiber bedanken, der mich sowohl inhaltlich als auch im Bemühen um die Einwerbung von Drittmitteln sehr unterstützte. Dan-

ken möchte ich auch Herrn Professor Dr. Manfred Zaumseil, der es immer wieder verstand, innerhalb kürzester Zeit auf die heiklen Punkte dieses Vorhabens in sehr konstruktiver Weise aufmerksam zu machen. Frau Professor Irmgard Staeuble sei herzlich gedankt, die mit großem Interesse den gesamten Prozess dieses Projektes verfolgte und mir in vielen Gesprächen wichtige Anregungen gab. Ganz besonderen Dank gilt meinen beiden Kollegen Frau Dipl. Psych. Christine Daiminger und Herrn Dr. Burkhard Gusy. In den vielen Gesprächen - auch zwischen „Tür und Angel“ - erhielt ich von beiden immer wieder wichtige Anregungen. Eine sehr große Unterstützung erfuhr ich in der letzten Phase dieser Arbeit von Frau Daiminger, die sich beim Korrekturlesen inhaltlich und auch sprachlich intensiv mit meiner Arbeit auseinandersetzte.

Nicht zuletzt gilt mein besonderer Dank den beiden Ärztinnen und dem Arzt, die mir die Zeit und Aufmerksamkeit einräumten, sich von einer Teilnahme an dem hier durchgeführten Modellprojekt überzeugen zu lassen und mich auf ausgesprochen freundliche Weise in ihren Praxen integrierten. Und schließlich gilt mein Dank auch den beiden Praxisteams, hier vor allem den beiden Arzhelferinnen, die sich als Interviewpartnerinnen zur Verfügung stellten, sowie den Patientinnen und Patienten, die die Fragebögen zur Bewertung des Behandlungsangebots ausgefüllt haben.