

Einleitung

Auf Grundlage einer verallgemeinernden Zusammenfassung verschiedener Prävalenzstudien ist davon auszugehen, dass in der Allgemeinbevölkerung jede fünfte *Person*, in der ambulanten medizinischen Grundversorgung jeder vierte *Patient* und im Allgemeinkrankenhaus jeder dritte *Patient* psychische Auffälligkeiten zeigt (Ehlert, 1997). Obwohl demnach der Versorgungsbedarf an psychodiagnostischer, psychotherapeutischer und psychosozialer Interventionen im ambulanten Bereich der niedergelassenen Ärzte als sehr hoch einzustufen ist, lassen sich in der ambulanten medizinischen Versorgung kaum Ansätze erkennen, die eine Erweiterung um eine psychosoziale Dimension anstreben. Zwar wird auf einer sehr allgemeinen Ebene die Notwendigkeit einer Verbesserung des Behandlungsangebotes in der ambulanten Versorgung gesehen, was sich derzeit in der stärkeren Vernetzung der Praxen widerspiegelt (KBV Kontext, 1998a); dies soll Kommunikation und somit Kooperation unter den Behandlern der verschiedenen fachärztlichen Disziplinen fördern. Der Fokus liegt hier allerdings weniger auf der Verbesserung eines psychosozialen Versorgungsangebotes - im Sinne einer Integration von psychosozialer Versorgung in die medizinische Versorgung - sondern auf der Verbesserung des Informationsaustauschs und der Zuweisungsmodi unter den verschiedenen niedergelassenen allgemeinärztlichen und fachärztlichen Behandler. Der Großteil der Primärversorger steht mit einer in der Regel einseitig organmedizinischen Ausbildung einer äußerst heterogenen Gruppe von Patienten gegenüber. Eine vereinfachte Darstellung, die auf die diagnostischen Schwierigkeiten, mit denen vor allem Allgemeinärzte sich auseinandersetzen haben, aufmerksam macht, wird durch das unten abgebildete Vierfelderschema (Brähler & Scheer, 1983) veranschaulicht:

Abbildung1: Vierfelderschema zur Diagnostik

		Körperlicher Befund	
		vorhanden	nicht vorhanden
Körperlicher Beschwerden	vorhanden	„Normale“ Kranke	Problem- patienten
	nicht vorhanden	scheinbar Gesunde	Gesunde

Die Information, die der Arzt benötigt, um zwischen „normal Kranken“ und „Problempatienten“ zu differenzieren, kann in den seltensten Fällen über apparative Messungen erhoben werden, sondern wird in der Regel über das Gespräch vermittelt. Für ein hausärztliches Gespräch ermittelte Ahrens (1976) eine Gesamtdauer von 5,76 Minuten, wobei der diagnoseorientierte Gesprächsabschnitt 3,2 Minuten in Anspruch nimmt. Da meistens der Arzt das Gespräch dominiert, wird dem Patienten durchschnittlich eine Minute eingeräumt, seine Beschwerden zu schildern. Eine solche Aufteilung der Gesprächsanteile führt dazu, dass deutlich mehr Beschwerden vom Arzt angesprochen als vom Patienten spontan geäußert werden.

Auch wenn diese Studie nicht mehr als aktuell betrachtet werden kann - immerhin stammt sie aus den 70er Jahren - lassen die gegenwärtigen Prävalenzraten psychisch und psychosomatisch Erkrankter in der Primärversorgung kaum Anlass zur Hoffnung geben, dass sich in der Zwischenzeit wesentliche Veränderungen zur Verbesserung dieser Situation ergeben hätten. Zwar wird in den letzten Jahren von Seiten des Gesundheitsministeriums die Forderung immer lauter, die hausärztliche Versorgung entscheidend zu stärken und ins Zentrum der ambulanten Versorgung zu rücken. Aber sowohl die gegenwärtige finanzielle Lage des Bundes als auch das in sich starre Abrechnungssystem der gesetzlichen Krankenkassen lassen kaum hoffen, dass von dieser Seite die dringend notwendigen Veränderungen in naher Zukunft in Angriff genommen werden. Eine zusätzliche Hürde stellt mit Sicherheit die gegenwärtige Qualität der medizinischen Ausbildung dar, die nicht ausreichend für die primärärztlichen Aufgaben qualifiziert. Doch Veränderungen auf struktureller Ebene der kassenärztlichen Versorgung als auch auf curricularer Ebene der medizinischen Ausbildung werden allein jedoch nicht ausreichen können, dem heterogenen Versorgungsbedarf der Patienten in den Primärpraxen gerecht zu werden. Vielmehr sind innovative Versorgungskonzepte gefragt, die speziell in Hinblick auf die psychosomatischen und psychosozialen Versorgungsanliegen der Patienten ein deutlich verbessertes Angebot schaffen.

Das im Rahmen dieser Arbeit durchgeführte Modellprojekt „Psychologischer Liaisondienst in der ärztlichen Primärversorgung“ stellt einen solchen Ansatz dar: Durch Integration von psychotherapeutischer Kompetenz in die Primärversorgung soll ein Weg aufgezeigt werden, Patienten eine qualitativ höherwertige Versorgung anzubieten. Der Prozess der Implementierung, die Durchführung und die Evaluation eines psychologischen Liaisondienstes, welcher über jeweils ein halbes Jahr in zwei Allgemeinarztpraxen im Berliner Raum angeboten wurde, bilden das Kernstück dieser Arbeit. Vorbilder waren hierbei insbesondere die in der stati-

onären Versorgung entwickelten Liaisondienste, die in den letzten Jahren immer mehr an Bedeutung gewannen. Innerhalb der Primärversorgung Deutschlands stellt das Projekt „Psychischer Liaisondienst in der Primärversorgung“ zwar die Entwicklung einer innovativen Versorgungsstruktur dar, der zu Grunde liegende Ansatz dagegen ist nicht neu, sondern wird in anderen europäischen Ländern und auch in den USA als *der* Lösungsweg gesehen, auf die Probleme des Gesundheitswesens und die daraus resultierenden Herausforderungen zu reagieren. Daher lässt sich dieses Vorhaben als eine Umsetzung des "Care Management" - Konzeptes verstehen, das seit Beginn der 90er Jahre in Großbritannien und USA als Eckpfeiler einer qualifizierten Versorgung gesehen wird. Ziel des Care Management ist die Herstellung einer bedarfsgerechten Versorgung, die nicht nur durch Vermeidung von Über- und Unterversorgung zur Kostenbegrenzung beiträgt, sondern auch den individuellen Wünschen und Bedürfnissen der Nutzer Rechnung trägt (Schaeffer, 1999). Care Management setzt auf ein partnerschaftliches Miteinander aller Beteiligten im Gesundheits- und Sozialwesen. Für dieses Liaisonmodell ist eine spezifische Form des Care Management von besonderem Interesse: das sog. "Case Management". Ziel ist die Entwicklung eines hilfeorientierten, person- und situationsbezogenen Netzwerks, in dem der Klient in seiner Umgebung und den sozialen Dienste eingebunden ist. In Anlehnung an dieses Modell wäre der Liaisonpsychologe - zumindest was seine Aufgaben in der Patientenversorgung angeht - als eine Art "Case Manager" zu verstehen.

Der erste Teil dieser Arbeit beschäftigt sich mit der Versorgungssituation in den Primärarztpraxen. Ein besonderer Fokus liegt hier auf der Versorgung von Patienten mit psychischen und psychosomatischen Beschwerden. Zum einen soll deutlich gemacht werden, wie groß der Anteil der Patienten mit psychosomatischen und psychischen Störungen in der Primärversorgung ist, zum anderen wird darauf hingewiesen, wie sehr diese hohe Prävalenz auch als systembedingte Konsequenz einzuordnen ist. Ein wichtiger Aspekt stellt die mangelhafte Verzahnung des Leistungssystems der gesetzlichen Krankenkassen mit den Leistungserbringern aus dem Sozialsystem wie Beratungsstellen, Selbsthilfeeinrichtungen etc. dar. Hierbei wird verdeutlicht, dass das vorhandene Versorgungspotenzial - Sozial- und Gesundheitswesen zusammengenommen – in nur sehr geringem Umfang ausgeschöpft wird. Dennoch kann auf wenige Projekte verwiesen werden, die neue Wege in der Primärversorgung beschreiten. Von den insgesamt vier Projekten konnten jedoch nur zwei praktisch umgesetzt werden. Im folgenden Abschnitt werden Funktion und Aufgaben eines Liaisondienstes in der stationären Versorgung dargestellt und gegenüber dem Konsiliardienst abgegrenzt. Am Ende der theore-

tischen Ausführungen werden zusammenfassend die Ziele aufgeführt, die mit der Implementation und Durchführung eines Liaisondienstes in der Primärversorgung verfolgt werden.

In Kapitel 2 wird der Untersuchungsansatz vorgestellt. Nach einer Übersicht zum Ablauf des Modellvorhabens werden die Fragebögen, die zur anamnestischen und katamnestischen Untersuchung der Patienten eingesetzt wurden, beschrieben. Eine Darstellung der Entwicklung der Problemzentrierten Interviews, welches zum Ende des Projektes mit den beteiligten Ärzten und Arzthelferinnen durchgeführt wurden, beendet diesen Abschnitt.

Kapitel 3 stellt die Durchführung des Modellprojekts „Psychologischer Liaisondienst in der ärztlichen Primärversorgung“ dar. Einerseits wird hier der schwierige Prozess der Kontaktaufnahme zu den Primärärzten beschrieben, zum anderen wird auf deskriptiver Eben zusammengefasst, wie viele Patienten insgesamt im Rahmen des Liaisondienstes betreut wurden, was die Kontaktanlässe waren und welche Formen von Interventionen der Liaisonpsychologe durchführte. Die Ausführungen veranschaulichen das breite Spektrum der Anliegen, mit denen die Patienten den Liaisonpsychologen aufsuchten, sowie die besonderen Probleme, die die Integration eines derartigen Versorgungsangebots in die Abläufe einer allgemeinärztlichen Praxis, wie z.B. in Bezug auf die Einrichtung regelmäßiger gemeinsamer Absprachen hinsichtlich Behandlungsplanung und -koordination, mit sich bringen.

Kapitel 5 umfasst die Ergebnisdarstellung: Sowohl die Ergebnisse der anamnestischen und katamnestischen Fragebogenerhebung als auch die Auswertung der Interviews werden hier vorgestellt. Es wird ein Einblick gegeben, welchen Belastungen die Patienten auf körperlicher und psychischer Ebene zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme des Liaisondienstes ausgesetzt waren und in welchem Ausmaß sie in ihrem sozialen Umfeld über unterstützende Ressourcen verfügten. Aus den Daten der katamnestischen Erhebung wird abgeleitet werden, inwieweit bei den Patienten Veränderungen hinsichtlich ihrer körperlichen und psychischen Befindlichkeit festgestellt werden konnten, aber auch, wie die Patienten insgesamt ein solches Versorgungsangebot in ihrer hausärztlichen Praxis retrospektiv bewerteten. Die Problemzentrierten Interviews vermitteln einen Eindruck, wie die Implementation und die Durchführung des Liaisondienstes aus Sicht der Ärzte und Arzthelferinnen erlebt und bewertet wurde.

In der Diskussion werden Untersuchungsansatz, Durchführung und Ergebnisse des Projekts „Psychologischer Liaisondienst in der ärztlichen Primärversorgung“ zusammenfassend aufgegriffen und kritisch reflektiert. Es wird diskutiert, inwieweit es wünschenswert ist, einen psychologischen Liaisondienst in die Primärversorgung zu integrieren, und die notwendigen

Qualifikationen erörtert, über die zukünftige Liaisonpsychologen verfügen müssten, um die anstehenden Aufgaben erfolgreich bewältigen zu können.