

# **1 Konzeptionelle Vorüberlegungen zur Entwicklung eines psychologischen Liaisondienstes in der Primärversorgung**

## **1.1 Zur Versorgungssituation psychisch und psychosomatisch Erkrankter in der hausärztlichen Praxis**

Seit Jahrzehnten bestätigen repräsentativ angelegte Prävalenzstudien die Annahme, dass etwa 25–30 % der Patienten einer Allgemeinarztpraxis unter psychischen oder psychosomatischen Erkrankungen leiden (Dilling & Weyrer, 1978; Goldberg & Bridges, 1988; Zintl-Wiegand, Cooper, & Krumm; 1980, Tress, Kruse, Heckrath, Schmitz & Alberti, 1999). Nur 7% dieser Patienten jedoch berichten ihren Hausärzten unaufgefordert von solchen Beschwerden (Goldberg & Blackwell 1970). Eine Untersuchung von Marks, Goldberg & Hiller (1979) ergab, dass der Identifikationsindex der Allgemeinärzte für psychisch bzw. psychosomatisch erkrankte Patienten bei ca. 54% anzusetzen ist. Dies bedeutet, dass bei 46% der Patienten die psychische oder psychosomatische Störung unerkannt bleibt. Von den durch die Allgemeinärzte als psychisch krank erkannten Patienten werden wiederum nur 1,7% in fachpsychiatrische Behandlung weitergeleitet (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, 1997). Diese niedrige Überweisungsrate kann als eine unter vielen Ursachen der eingangs erwähnten hohen Prävalenzrate gesehen werden.

Eine durch die WHO in Auftrag gegebene epidemiologische Untersuchung ergab, dass in deutschen Allgemeinarztpraxen 8,6% der Patienten an einer akuten depressiven Episode, 8,5% an einer Angsterkrankung, 7,5% an einer Neurasthenie, 6,3% an einer Alkoholabhängigkeit und 2,1% an einer Somatisierungsstörung erkrankt sind (Linden, Maier, Achberger, Herr, Helmchen & Benkert, 1996). Diese Ergebnisse zeigen, dass das Spektrum psychiatrischer Diagnosen von Patienten in Allgemeinarztpraxen in erster Linie psychoreaktive und sonstige nicht psychotische Störungen umfasst. D.h. es handelt sich in erster Linie um weniger schwere psychische Störungen, die bei frühzeitigem Erkennen und entsprechender Behandlung in vielen Fällen mit einer günstigen Prognose einhergehen dürften.

Ein wichtiges Merkmal von Allgemeinarztpraxen ist, dass die Kontakte des Arztes zu seinen Patienten über sehr lange Zeiträume hinweg bestehen. Etwa 70% der Patienten werden zehn und mehr Jahre vom gleichen Arzt betreut (Kielhorn, 1994a). Berücksichtigt man, dass Allgemeinärzte in der Regel noch weitere Familienangehörige behandeln (Kielhorn, 1994a), ist

davon auszugehen, dass Hausärzte regelhaft über detaillierte Hintergrundinformationen verfügen, wie über die Situation in der Familie und am Arbeitsplatz, akute Lebenskrisen, chronische Konflikte etc.. Auf Grund dieser Tatsache und weil Hausärzte jährlich einen Großteil der Bevölkerung versorgen (jährlich mehr als 90% der Bevölkerung), nehmen Allgemeinärzte eine zentrale Stellung in der Patientenversorgung ein (Linden et al. 1996). Dadurch erfüllen sie bereits unter dem Aspekt der Reichweite ihrer Angebote optimale Voraussetzungen für eine gezielte Zuweisung psychisch Erkrankter zur fachgerechten Psychotherapie (vgl. Schemper, 1994).

Eine Analyse der faktischen Versorgungssituation zeigt jedoch, dass die theoretisch und strukturell gegebenen Möglichkeiten der diagnostischen Früherkennung und der Planung einer angemessenen Weiterbehandlung derzeit nur unzureichend ausgeschöpft werden. Als Grund dafür wird u. a. die Tatsache benannt, dass angehende Mediziner nur unzureichend auf die Anforderungen einer primärärztlichen Tätigkeit vorbereitet werden:

"Funktionelle und psychosomatische Gesundheitsstörungen, sozialmedizinische Aspekte und die gesamte Versorgungsaufgabe im ambulanten Versorgungsbereich und insbesondere der primärärztlichen Tätigkeit werden im Medizinstudium nicht angemessen berücksichtigt." (Badura, Hart & Schellschmidt, 1999, S. 123)

Ein Versuch, diesem Mangel strukturell zu begegnen, ist die seit 1987 eingeführte *Psychosomatische Grundversorgung*, die bisher allerdings weit hinter ihren Erwartungen zurückbleibt. Ursprüngliches Ziel war es, durch eine gezielte Weiterqualifizierung für die niedergelassenen Ärzte ein tieferes Verständnis für eine integrierte Diagnostik und Therapie auf Grundlage einer "Pathologie der Gesamtperson" zu entwickeln und so systematisch seelische Faktoren in die Krankenbehandlung mit einzubeziehen (vgl. Faber & Haarstrick, 1996). Der Anreiz zur Weiterqualifikation im Bereich der psychosomatischen / psychotherapeutischen Versorgung sollte unter anderem dadurch erhöht werden, dass für die Ärzte so die Möglichkeit geschaffen wurde, nach erfolgreich absolvierter Weiterqualifikation, Leistungen aus diesem Versorgungsspektrum im Rahmen der Kassenärztlichen Behandlung abrechnen zu können. Die Einseitigkeit von Diagnostik und Behandlung durch oft rein organmedizinisch orientierte Ärzte sollte durch die Vermittlung einschlägiger psychotherapeutischer Kompetenzen überwunden werden. Rahmen und Umfang der bisherigen Weiterbildungsgänge reichen allerdings aus Sicht der Fachleute längst nicht aus, um die für eine solche Zielsetzung notwendigen Kompetenzen in hinreichendem Umfang zu vermitteln (vgl. Scheerer, 1994).

Die Einführung der Psychosomatischen Grundversorgung wird über den programmatischen Anspruch so lange nicht hinausgehen, wie die finanziellen Voraussetzungen eine auf somati-

sche reduzierte Perspektive nahe legen: Bisher werden 97% der Gesamtvergütung in die somatische Medizin und nur 3% in die psychotherapeutisch/psychosomatische Versorgung investiert (Kielhorn, 1997), und hiervon werden nur ca. 1/3 (1,37% vom Gesamtbudget) im Bereich der psychosomatischen Grundversorgung verausgabt. Nach Tress (1996) werden ca. 30 bis 50% der psychogen erkrankten Patienten in Behandlung bei niedergelassenen Ärzten nicht ausreichend diagnostiziert. Gegen eine angemessene Versorgung dieser Patienten sprechen allerdings auch rein ökonomische Gründe: Unter den gegenwärtigen Abrechnungsbedingungen kann eine Allgemeinpraxis nur dann wirtschaftlich geführt werden, wenn der Arzt an einem Tag 40 - 80 Patientenkontakte hat (vgl. Helmich, 1994). Einem Arzt, der 40 Patienten für acht Stunden zur Verfügung steht, verbleiben im Durchschnitt 12 Minuten pro Behandlung. Solange zudem eine aufwendige Diagnostik mit teuren Apparaten deutlich besser vergütet wird als ein ausführliches Patientengespräch, wird die Leistungserbringung im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung kaum einen ausreichenden Anreiz bieten (Kielhorn, 1997; s. a. Heigl-Evers & Rosin, 1989).

Unter Berücksichtigung dieser Tatsachen verwundert es nicht, wenn Leistungen im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung vergleichsweise selten erbracht werden und Allgemeinärzte durchschnittlich bei nur jedem hundertsten Fall die Differentialdiagnose einer psychosomatischen Erkrankung abrechnen (Kielhorn, 1997), obwohl epidemiologische Feldstudien bei ca. 23% einer Großstadtbevölkerung Versorgungsbedarf im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung bzw. Beratung und Betreuung indizieren (Schepank, 1994). Die Folgen dieser Budgetierungspolitik sind bekannt: Auch heute noch dauert es im Durchschnitt sieben Jahre, bis ein psychoneurotisch-psychosomatisch erkrankter Patient erstmals von einem Experten für Psychotherapie behandelt wird (vgl. Meyer, Richter, Grawe, Schulenburg Graf v. d. & Schulte, 1991). Die systematische Vernachlässigung psychischer und psychosozialer Faktoren des Krankheitsgeschehens wird auch an Zahlen aus anderen Ländern deutlich: In England z.B. werden jährlich 33 000 operative Öffnungen der Bauchhöhle ohne pathologischen Befund durchgeführt (Tress et al., 1999). Diese Form der Fehlversorgung ist allerdings keineswegs nur den Ärzten anzulasten, sondern auch als Produkt des Vergütungssystems ärztlicher Leistungen zu sehen, das langfristig enorme Mehrkosten bedeutet. In Deutschland verursachten *unbehandelte* oder *fehlbehandelte* Patienten mit Angststörungen und Depressionen dreimal so hohe Kosten wie Patienten mit vergleichbaren Störungen, die in spezifischer psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung waren. Gegenüber der behandelten Vergleichsgruppe suchten die unbehandelten oder fehlbehandelten Patienten in

einem Untersuchungszeitraum von sieben Jahren den Hausarzt 2,5 mal so häufig auf (Wittchen & v. Zerssen, 1988). Im amerikanischen Versorgungssystem liegen die Kosten der primärärztlichen Versorgung bei somatisierenden Patienten um das 14-fache höher als bei Durchschnittspatienten (Smith, Monson & Ray, 1986).

Der Anspruch, den rein organmedizinischen Blick zugunsten einer die gesamte Person und Situation des Patienten umfassende Sichtweise zu erweitern, bleibt freilich aufrechterhalten, wie sich auch anhand der Definition von Allgemeinmedizin der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM) zeigen lässt:

"Allgemeinmedizin ist die Akut- und Langzeitbetreuung von kranken Menschen mit körperlichen und seelischen Gesundheitsstörungen und die ärztliche Betreuung von Gesunden unabhängig von Alter und Geschlecht unter besonderer Berücksichtigung der Gesamtpersönlichkeit, der Familie und der sozialen Umwelt" (DEGAM-EntschlieÙung 1982-1990, S.218).

Wenn aber Primärärzte aus den aufgezeigten Gründen derzeit nicht in der Lage sind, diesen Vorstellungen in angemessener Weise nachzukommen, stellt sich die Frage, ob neue Versorgungsformen zu einer angemesseneren Behandlung jener Patienten führen, die derzeit wegen psychischer Probleme die Praxen der niedergelassenen Ärzte füllen. Hier wäre mit Badura (1999) vor allem an *berufsgruppenübergreifende Konzepte* und an eine bessere Koordination von Angeboten des Gesundheitswesens mit denen des Sozialwesens zu denken:

"Versorgungsstandards sollten nicht nur berufsgruppenbezogen, sondern in erster Linie aufgabenbezogen und berufsgruppenübergreifend entwickelt werden. Die Schnittstellen zwischen dem Sozial- und dem Gesundheitswesen bilden heute ebenso große Innovationshindernisse wie die zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, zwischen Gesundheitsförderung, Krankenversorgung, Rehabilitation und Pflege. Die Zusammenarbeit der Heilberufe erweist sich in Krankenversorgung und Pflege als eine noch immer, teilweise dringend verbesserungsbedürftige Aufgabe. (...) Eine verbesserte Zusammenarbeit der Heilberufe sowie der medizinischen und sozialen Dienste ist einerseits eine Aufgabe der Strukturpflege und Strukturentwicklung. Die notwendigen Kompetenzen zu entwickeln und zu fördern, ist andererseits eine Aufgabe der Ausbildung für Gesundheitsberufe" (Badura et al., 1999, S. 400).

## 1.2 Zur Notwendigkeit der Koordination von Angeboten des Sozial- und Gesundheitswesens

Seit Einführung der Psychotherapie als Regelleistung der kassenärztlichen Versorgung besteht für Versicherte, sofern eine *seelische Krankheit* vorliegt, Anspruch auf psychotherapeutische Behandlung als Kassenleistung. In den Psychotherapie-Richtlinien ist geregelt, wann Psychotherapie als Kassenleistung indiziert ist und welche Verfahren als Psychotherapieverfahren zur Anwendung kommen können (kritisch dazu vgl. Helle, 1998). Die als Solidargemeinschaft organisierten gesetzlichen Krankenversicherungen sind verpflichtet, ihren Versicherten und deren Angehörigen den gesetzlichen Erfordernissen entsprechend *ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche* Psychotherapie bereitzustellen. Psychotherapie kann im Rahmen der Kassenärztlichen Versorgung aber nur dann erbracht werden, soweit und solange eine *seelische Krankheit* vorliegt (Psychotherapie-Richtlinien, 1993). Der äußerst eng gefasste Indikationsbereich führt dazu, dass im Rahmen kassenärztlicher Leistungen nur ein kleiner Ausschnitt des psychosozialen Versorgungsbedarfs abgedeckt werden kann und darf. Ein relevanter Teil der Versorgung muss daher außerhalb der kassenärztlichen Leistungen durch Beratungs- und andere Versorgungseinrichtungen erbracht werden, die durch staatliche, kirchliche und freie Träger sowie durch Spenden oder Sponsoren finanziert werden. Daneben gibt es viele Betroffenen- bzw. Selbsthilfegruppen, die ebenfalls Aufgaben in der psychosozialen Versorgung wahrnehmen. Im Gegensatz zu den Leistungserbringern der gesetzlichen Krankenkassen sind die Versorgungseinrichtungen des Sozialwesens nicht dem Konzept der *Krankenbehandlung* verpflichtet und können daher ihre Angebote variabler auf die jeweils vorhandenen Bedürfnisse abstimmen:

"Beratungsarbeit geht - im Unterschied zu einer am Krankheitsbegriff orientierten heilkundlichen Psychotherapie - davon aus, dass das Leben von Individuen, Paaren, Familien und Lebensgemeinschaften, einem Entwicklungsprozess unterworfen ist, bei dem Grenzen zwischen gleichsam notwendigen Krisen und seelischen Fehlentwicklungen fließend sind. (...) Für die Arbeit institutioneller Beratung ist die Beziehung zwischen Berater/Beraterin und Klient/Klientin konstitutiv: Im Schutz einer durch Vertrauen und ganzheitliche Wahrnehmung geprägten Beziehung kann der bzw. die Ratsuchende neue gedankliche und emotionale Sinnzusammenhänge erkennen und neue Verhaltensmöglichkeiten entwickeln und erproben." (Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugend- und Eheberatung / DAJEB e.V., 1994)

Im Gegensatz zur kassenärztlichen Behandlung setzt also Beratung nicht die Identifizierung eines behandlungsbedürftigen Patienten voraus. Dies eröffnet der Beratungsarbeit die Mög-

lichkeit, durch Interdisziplinarität und Multiprofessionalität der Vielfalt und Komplexität von Belastungen und Problemen in ganz anderer Weise gerecht zu werden.

Eine solche Trennung von Beratung und Psychotherapie verliert allerdings an Bedeutung, wenn - wie im österreichischen Psychotherapiegesetz - Psychotherapie nicht auf eine spezifische Krankenbehandlung reduziert wird. In den „Erläuterungen zur Regierungsvorlage“ wird explizit darauf hingewiesen, dass mit der Psychotherapiedefinition des Gesetzes die Gesundheits- und Krankheitsantinomie überwunden werden soll und „dass die Beschränkung der Psychotherapie auf den Bereich der Krankenbehandlung eine Einschränkung darstellen muss“ (Kierein, Pritz & Sonneck, 1991, 119). Ganz anders verhält es sich dagegen in Deutschland, wo mit dem Psychotherapeutengesetz ein auf Krankenbehandlung reduziertes Psychotherapieverständnis festgeschrieben wurde. Im Sinne des Psychotherapeutengesetzes §1Abs.3 ist Psychotherapie "jede mittels wissenschaftlich anerkannter psychotherapeutischer Verfahren vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert". Inwieweit ein solcher Psychotherapiebegriff das Verständnis von Psychotherapie im Sozialwesen verändern wird, bleibt abzuwarten.

Die Annahme einer Diskontinuität zwischen psychischer Gesundheit und psychischer Krankheit ist nicht nur theoretisch und versorgungspolitisch problematisch (vgl. z.B. v. Kardorff, 1978; Keupp, 1979), sie lässt sich in der Praxis auch nicht durchhalten. So ist bekannt, dass im Rahmen beraterischer Tätigkeit häufig Aufgaben übernommen werden, die ebenso in die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen einzuordnen sind (vgl. Klann & Hahlweg, 1994). Unterschiede zwischen Psychotherapie im Sinne der Psychotherapie-Richtlinien und psychosozialer Versorgung finden sich demnach weniger auf der inhaltlichen als auf der formalen, durch Gesetze zu regelnden Ebene (Vogel, 1996). Durch professionell durchgeführte differentialdiagnostische Zuweisung könnte eine systematische Nutzung der bereits vorhandenen Angebotsvielfalt im Bereich der psychosozialen Versorgung erreicht werden, die dem heterogenen Versorgungsbedarf in den Praxen der niedergelassenen Ärzte sehr viel eher gerecht würde. Derzeit bleiben aber die Möglichkeiten einer sinnvollen Verbindung zwischen unterschiedlichen Versorgungsangeboten weitgehend ungenutzt:

"Ausgearbeitete Versorgungskonzepte fehlen ebenso wie eine fundierte Versorgungsforschung und Evaluation, abgesehen von Detailbereichen. Es mangelt an Überschaubarkeit für den Fachmann wie für den Patienten. Real existierende Versorgungsstufen und -verzweigungen sind nur unzureichend bekannt und fast gar nicht miteinander koordiniert." (Schepank, 1994, S. 220)

### 1.3 Möglichkeiten der Integration psychosozialer Aspekte in die primärärztliche Versorgung

Im SGB V hat der Gesetzgeber zwar Möglichkeiten zur Entwicklung und Implementierung innovativer Versorgungsstrukturen und -angebote im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung vorgesehen (vgl. §73a & § 63 ff SGB V), hinsichtlich der Erprobung neuer Versorgungsstrukturen im psychosozialen Bereich werden diese Spielräume derzeit aber kaum genutzt. Eine Literaturrecherche (Datenbanken waren Psyclit, Psyndex & Medline) ergab für Deutschland lediglich vier Hinweise auf Praxismodelle, die eine stärkere Integration von psychosozialen Faktoren in der primärärztlichen Versorgung zum Ziel hatten (Bodenstein, 1994; Cierpka, 1994; Hesse, 1994; Linsenhoff & Bastine, 1982). Nur zwei davon wurden realisiert (Cierpka, 1994; Hesse, 1994).

Bei den beiden *nicht realisierten* Modellen handelte es sich zum einen (nämlich bei Linsenhoff & Bastine, 1982) um die Planung einer „kooperativen Kontaktstelle zur Behandlung von psychischen Störungen“ und im zweiten Fall (Bodenstein, 1994) um das Konzept eines ambulanten Liaisondienstes für Allgemeinmediziner, Internisten und andere im hausärztlichen Bereich tätigen Facharztgruppen. Im ersten Modell war eine Kooperation von niedergelassenen Allgemeinärzten mit Klinischen Psychologen vorgesehen, im zweiten sollten die niedergelassenen Ärzte mit ärztlichen Kollegen kooperieren, die eine psychotherapeutische Zusatzqualifikation aufzuweisen hatten, um in regelmäßig stattfindenden Treffen gemeinsam Behandlungskonzepte zu entwickeln. Während das erste Projekt bei den niedergelassenen Ärzten auf großes Interesse stieß und weniger aus inhaltlichen Gründen scheiterte als wegen der damals noch unklaren berufsrechtlichen Stellung von Psychologischen Psychotherapeuten, musste das zweite Projekt nach der Erprobungsphase aus Mangel an Nachfrage seitens der niedergelassenen Ärzte eingestellt werden.

Die von Linsenhoff und Bastine geplante „kooperative Beratungsstelle“ weist in ihrer Zielsetzung eine große Nähe zu dem in der hier vorliegenden Arbeit beschriebenen Modellversuch „Psychologischer Liaisondienst in der ärztlichen Versorgung“ auf. Zentral für Linsenhoff und Bastine waren fallbezogene Kooperationen zwischen Klinischen Psychologen und Ärzten, die durch die folgenden drei Punkte charakterisiert sein sollten:

- **Gemeindenähe:** Indem der Arzt als wichtigste Anlaufstelle von psychisch Erkrankten zum Vermittler zwischen Patient und Beratungsstelle wird, wird die Schwelle der Inanspruchnahme der Beratungsstelle gesenkt.

- Prävention / Früherkennung: Es wird Chronifizierungen vorgebeugt, da zu Zeitpunkten interveniert wird, zu denen noch Selbsthilfepotentiale bei Patient und Familie bzw. Freundeskreis vorhanden sind.
- Kooperation mit Ärzten: Indem der Patient nicht einfach nur von Psychologen versorgt wird, sondern über dessen Behandlung eine Aussprache mit dem jeweiligen Arzt stattfindet, können Kooperationsbeziehungen entwickelt werden, die einen gegenseitigen Lernprozess bei Arzt und Psychologe möglich machen. Erst diese Gleichordnung schafft die Voraussetzung für die spezifischeren Formen der Weiterbildung.

Im Gegensatz zu den nicht realisierten Modellen fällt bei den realisierten Modellen auf, dass jeweils nur *eine* Praxis beteiligt war:

Das Projekt von Cierpka (1994) ist durch einen sowohl systemischen als auch multiprofessionellen Behandlungsansatz gekennzeichnet: Es kooperierten eine niedergelassene Allgemeinärztin, ein Sozialarbeiter und ein Arzt der Psychosomatik.

Aus der Erfahrung, dass in vielen Fällen die Wahrnehmung des Patienten in den Praxisräumen zu kurz greift, begaben sich die Behandler bei gegebener Indikation an den „sozialen Ort“ des Patienten, seine Familie, mit der dann sog. Familienkonferenzen durchgeführt wurden. Cierpka (1994) berichtet, dass ein solcher Behandlungsansatz nicht nur zu eindrucksvollen Erkenntnissen über die psychosozialen Einflussfaktoren für medizinische Erkrankungen führt, sondern ebenso ein weites Spektrum neuer Interventionsmöglichkeiten eröffnet.

In dem zweiten Projekt (Hesse, 1994) ging die Projektidee vom Arzt selbst aus. Auffallend ist hier sein Engagement über einen sehr langen Zeitraum. In einer ersten Phase setzte er sich durch praxisintegrierte Sozialarbeit dafür ein, das Behandlungsangebot an den Versorgungsbedürfnisse und -notwendigkeiten auszurichten. Innerhalb von 15 Jahren entstand ein Netzwerk von sechs Beratungsstellen in den umliegenden Großgemeinden, dazu vier Teestuben, eine therapeutische Werkstatt, eine betreute Nachsorge-Wohngemeinschaft und in den Schulen der Region ein flächendeckendes Suchtpräventionsprogramm.

Bei einem Vergleich der beiden realisierten Modellen mit den nicht realisierten Modellen fällt auf, dass bei ersteren jeweils nur eine Arztpraxis involviert war, während die beiden nicht realisierten Modelle mit ihren Angeboten mehrere primärärztliche Praxen gleichzeitig bedienen wollten. Es zeigt sich, dass innovative Modellprojekte, die u.a. eine strukturverändernde Zielsetzung verfolgen, keine Chance im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung haben,

wenn die Anzahl der beteiligten Leistungserbringer zu groß wird. Innerhalb dieses starren Systems können Innovationen eher unter Rückgriff auf bereits vorhandene Ressourcen und über Partizipation von Einzelpersonen implementiert werden.

#### 1.4 Konsiliar- und Liaisondienste in der stationären Versorgung

Im Gegensatz zur ambulanten Versorgung ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit in der stationären Versorgung in Form von Konsiliar- und Liaisondiensten sehr viel besser etabliert, was u.a. auf die strukturbedingten Vorteile zurückzuführen ist. Im Rahmen von stationären Behandlungen sind differentialdiagnostische Untersuchungen und Behandlungsempfehlungen, die zum Teil über andere Abteilungen eingeholt werden, an der Tagesordnung.

Bei der Unterscheidung von Konsiliar- und Liaisondiensten sind sowohl historische als auch inhaltliche Aspekte zu berücksichtigen: Während im Konsiliarmodell auf Anforderung ein externer Fachvertreter für einzelne konkrete psychodiagnostische Fragestellungen oder therapeutische Anliegen hinzugezogen wird, ist im Liaisondienst der Fachvertreter unmittelbar in die Stationsarbeit integriert, d.h. er nimmt an Visiten, Stationskonferenzen und Fallvorstellungen teil, steht aber auch dem Behandlerteam als Berater zur Verfügung (vgl. Rudolf, 1995, S.405). Ziel des Liaisonmodells sind Entwürfe von Behandlungskonzepten, die durch enge Zusammenarbeit und Abstimmung der jeweiligen Fachvertreter *gemeinsam* geplant werden und so dem Anspruch einer bio-psycho-sozialen Behandlung gerecht werden sollen. Herzog & Hartmann (1990) bezeichnen den Liaisondienst als *arztzentrierten Ansatz*, was sich vor allem darin ausdrückt, dass der informierende, beratende und supervidierende Kontakt zum somatischen Behandler nicht nur der gemeinsamen Ausarbeitung individueller Behandlungspläne dient, sondern auf einer viel allgemeineren Ebene auch im Sinne eines Fortbildungsauftrages z.B. die Erweiterung der psychosozialen Kompetenzen der Behandler angestrebt wird.

Analog beschreiben die Autoren die Arbeitsweisen im Rahmen des Konsiliarmodells als einen *patientenorientierten Ansatz*, da hier Untersuchung und Behandlung des vorgestellten Patienten im Vordergrund stehen. Zwar wäre ein Austausch unter den Behandlern wünschenswert, er spielt aber im Konsiliarmodell eine eher randständige Rolle, da es sich in erster Linie um eine Entlastung der somatisch arbeitenden Ärzte ohne Fortbildungseffekt handelt.

Zusammenfassend können die wesentlichen Unterschiede von Konsiliar- und Liaisondienst mit Herzog & Hartmann (1990) folgendermaßen beschrieben werden:

„**Konsiliarmodell:** ausschließlich anfragebezogene Stellungnahme zu Diagnose und Therapieindikation, kaum eigene Durchführung einer Therapie, je nach Verhältnis ein

Übernahmeangebot; oft ohne direkte Kommunikation mit dem Überweiser. **Laisiomodell:** anfrageunabhängige, regelmäßige mindestens 1x wöchentliche Präsenz des CL-Praktikers\* im somatischen Arbeitsbereich, Teilnahme an Visiten, Stationsbesprechungen, etc.; informeller Austausch möglich, aktives Benennen von Problemen, Identifikation von abklärungsbedürftigen Patienten durch den Konsiliar, bedarfsweise Durchführung von Therapien und/oder Anleitung des Somatikers, Beratung/Unterstützung/Weiterbildung des medizinischen Teams, auch bei Teamkonflikten etc.“ (Herzog & Hartmann 1990, S. 282) .

Historisch betrachtet reicht die Tradition der Konsiliardienste weit zurück bis in die 30 Jahre des letzten Jahrhunderts. Mit Unterstützung der Rockefeller Foundation wurden damals an US-amerikanischen Lehrkrankenhäuser die ersten Konsiliardienste eingerichtet. Es ist nicht weiter verwunderlich, dass Konsiliar- und Liaisonstätigkeit in den USA vor allem mit Einführung der Fallpauschalen einen deutlichen Aufschwung erlebt hatten. Gilt es doch als erwiesen, dass die Verweildauer von stationär untergebrachten Patienten durch diese Dienste nachweislich reduziert wird und somit auch Kosten eingespart werden. Mittlerweile sind in den USA 25% der amerikanischen Psychiater mit konsiliarischen Aufgaben betraut (vgl. Herzog & Stein, 1999). Während der letzten 10 Jahre ist die Liaisonstätigkeit allerdings im Zuge immer knapper werdender Mittel drastisch zurückgegangen (Schüßler, 1997).

Im Gegensatz zu den USA, wo die Konsiliar- und Liaisondienste eng mit der psychiatrischen Tradition verbunden sind, was sich auch darin ausdrückt, dass sie von American Psychiatric Association als psychiatrische Teildisziplin anerkannt wurden, stehen diese Dienste in Europa in der Tradition der psychosomatischen Medizin, die sich nicht aus der psychiatrischen, sondern aus der inneren Medizin entwickelte (vgl. Herzog & Stein, 1999). Diese unterschiedliche Herkunft spiegelt sich auch in den jeweiligen Versorgungsschwerpunkten wider: In den USA konzentrieren sich Liaisondienste vorrangig auf Patienten mit Psychosen und hirnrorganischen Störungen, während sie in Europa den Fokus mehr auf psychosomatische und psychotherapeutische Aspekte der Versorgung legen.

Auf europäischer Ebene haben sich die Aktivitäten zur Etablierung von Konsiliar- und Liaisondiensten seit den 80er Jahren deutlich verstärkt. Ausgangspunkt bildet eine Arbeitsgruppe (European Consultation Liaison Workgroup; ECLW), die im Rahmen einer multizentrischen Studie Ausstattung, Ausrichtung und Verfügbarkeit von Liaison- und Konsiliardiensten in Europa ermittelte. Ergebnisse dieser Untersuchung zeigen, dass die tatsächliche Versorgungspraxis in Europa schlecht ist. Belegt wird dies durch eine durchschnittliche Konsultationsrate,

---

\* CL steht für Konsiliar- und Liaisondienst; diese Abkürzung kommt aus der englischsprachigen Literatur.

die zwischen 0,3% und 2,9% liegt und der selbst bei vorsichtiger Schätzung ein Bedarf von 10% gegenüberzustellen ist (Schübler, 1997).

Unter Berücksichtigung dieses Missverhältnisses ist es nicht weiter verwunderlich, dass gefordert wird, psychosoziale Versorgungsaspekte noch stärker in den Behandlungsablauf einzubinden (vgl. Herzog, Stein & European Liaison Workgroup (ECLW) 1994; Pontzen, 1990, 1994; Söllner & Lampe, 1997).

Letztlich handelt es sich hierbei um keine neuen Erkenntnisse: Schon Ende der 80er Jahre wies die Psychiatrie-Enquete-Kommission in ihrem Abschlußbericht auf die Unterversorgung insbesondere von Patienten mit psychosomatischen Beschwerden hin und empfahl, an Allgemeinkrankenhäusern vordringlich psychosomatische Liaisondienste einzurichten (Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutische / psychosomatischen Bereich, 1988).

Innerhalb Europas beschreitet gegenwärtig Österreich hinsichtlich der Berücksichtigung psychosozialer Faktoren in der stationären Behandlung ganz neue Wege (vgl. Ringler, 1997). In den neunziger Jahren wurde eine Novelle verfasst, in der explizit die Bereitstellung von psychotherapeutischen Leistungen in Kliniken gefordert wird:

"In Krankenanstalten, in denen dies aufgrund des Anstaltszweckes und des Leistungsangebotes erforderlich ist, ist eine ausreichende psychotherapeutische Versorgung sowie eine ausreichende klinisch psychologische und gesundheitspsychologische Betreuung vorzusehen." (Novelle zum Bundes-KAG vom November 1993 bzw. das Landesgesetz für Wien vom 1. März 1995, §22a).

In den Erläuterungen (§11b der Novelle des KAG 1080 der Beilagen zu den stenographischen Protokollen des Nationalrates XVIII. GP) heißt es dazu wörtlich:

"Dies trägt der Erkenntnis Rechnung, dass Erkrankungen im Kontext mit arbeits-, lebensgeschichtlich-, psychosozial- und umweltbedingten Faktoren entstehen. Im Fall psychosomatischer Erkrankungen ist die ärztliche Hilfe gemeinsam mit der psychotherapeutischen und klinisch-psychologischen die notwendige, angemessene, indizierte und damit einzig effektive zur Verfügung stehende Behandlungsform. Darüber hinaus soll die Tatsache Berücksichtigung finden, dass körperliche Krankheiten und Behinderungen sowie daraus resultierende Spitalaufenthalte nicht nur eine physische Beeinträchtigung darstellen, sondern in der Regel auch mit psychischen Belastungen verbunden sind, die den Krankheitsverlauf entsprechend mitbeeinflussen."

Eine solche gesetzliche Verankerung stellt die unterschiedlichen an der stationären Versorgung Beteiligten, wie Träger, Leitung, Ärzte und Psychologen, nicht nur vor der Aufgabe verstärkt entsprechende Versorgungsangebote zu etablieren, sondern für diese auch geeignete Qualitätsstandards zu entwickeln (vgl. Innsbrucker Modell; Söllner et al., 1997).

Obwohl in Publikationen und Vorträgen immer wieder die offensichtlichen Vorzüge des Liaisonmodells gegenüber dem Konsiliarmodell betont werden, ist sowohl in Deutschland als auch den übrigen EU-Staaten nach wie vor das klassische Konsiliarmodell vorherrschend. Liaisondienste finden sich gegenwärtig überwiegend in psychosomatischen und medizinpsychologischen Abteilungen von universitären Einrichtungen (Herzog & Hartman, 1990). Für die ansonsten geringe Verbreitung sind verschiedene Ursachen zu nennen. Neben der unzureichenden Finanzierung existiert gemessen an Bedarf und Inanspruchnahme oft ein nur unzureichendes Stellendeputat zur effektiven Implementierung und Durchführung von Liaisondiensten (vgl. Herzog & Stein, 1999).

Ganz anderer Art sind die Probleme gelagert, die sich während des Prozesses der Implementation von Liaisondiensten ergeben. Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass es sich bei ihrer Einrichtung um einen äußerst komplexen Implementationsprozess handelt, bei dem es utopisch wäre, von vornherein bei allen Beteiligten große Akzeptanz vorauszusetzen (Pontzen, 1990). Die Denk- und Handlungskontexte der verschiedenen Mitarbeiter einer Klinik sind sehr unterschiedlich und die jeweiligen Motive, die zu der Teilnahme eines solchen Liaisonmodells führen, sind in der Regel nicht nur komplex, sondern auch widersprüchlich. Diese komplexen und zum Teil auch widersprüchlichen Motive, stellen eine hohe Anforderung an die Liaisonstätigkeit, der eine Art „Doppelrolle“ zukommt. Einerseits beteiligt sich der Liaisonarzt als Fachkollege an der Behandlung, andererseits hat er den Auftrag, seine Kollegen bei ihrer Tätigkeit zu supervidieren. Zwar werden solche „Doppelbeziehungen“ in den ethischen Richtlinien für Supervision in Großbritannien (für den deutschen Sprachraum liegen noch keine einheitlichen Richtlinien vor) nicht explizit abgelehnt, aber immerhin als „zu vermeiden“ eingestuft (vgl. Übersicht: Auckenthaler, 1999). Es bleibt abzuwarten, ob sich diese Form der kollegialen Supervision (Intervision) von schulmedizinisch geprägten Experten durch ihre psychosomatischen bzw. psychologischen Fachkollegen langfristig bewähren bzw. durchsetzen können wird. In der Regel werden gerade für supervisorische Aufgaben externe Supervisoren als günstiger eingeschätzt, da sie von den Beteiligten leichter als unparteiisch und unbefangen akzeptiert werden, so dass mögliche Fehler oder bisher übersehene Behandlungsaspekte mit größerer Offenheit eingestanden und besprochen werden können.

Für ein Gelingen der Implementation folgern Dahlbender et al. (1994), dass zunächst konsensfähige und alltagspraktikable Arbeitsformen gefunden werden müssen, auf deren Grundlage dann die jeweiligen insgeheimen Hoffnungen, Vorbehalte und Befürchtungen ausge-

tauscht werden können, um so allmählich miteinander bedarfs- und situationsadäquate Kooperationsgrundlagen erarbeiten zu können.

Das langfristige Ziel eines Liaisondienstes soll die strukturelle Verankerung der verschiedenen psychosozialen Betreuungsangebote innerhalb der regulären Versorgung und die organisatorische und konzeptionelle Bündelung unter dem Dach des Zentrums des Liaisondienstes sein. Im Idealfall sollten diese Dienste dann nicht nur als Schnittstellen innerhalb der unterschiedlichen stationären Versorgungsangebote, sondern auch zwischen stationärer und ambulanter Versorgung insgesamt fungieren. Es ist allerdings davon auszugehen, dass selbst bei optimistischer Einschätzung der zukünftigen Entwicklung eine Verbesserung der Behandlungsplanung und -durchführung zwischen stationären und ambulanten Leistungserbringern in erster Linie unidirektional von der stationären Akutbehandlung zur ambulanten Nachbehandlung und nicht umgekehrt verlaufen wird.

Daher bedürfen integrierte psychosomatische Versorgungskonzepte im Krankenhaus dringend der Ergänzung durch entsprechende ambulante Versorgungsangebote (vgl. Schmeling-Kludas & Jung-Eckardt, 1999).

Es bleibt abzuwarten, ob dieser hohe Anspruch, der nach einer grundsätzlichen Veränderung der impliziten Störungstheorien der meisten rein somatisch arbeitenden Ärzte verlangt und nur mit der Einsicht, dass neue Versorgungsformen in den somatischen Abteilungen entwickelt und etabliert werden müssen, verwirklicht werden kann, die Zukunft der stationären Versorgung in Deutschland prägen wird.

## 1.5 Ziele eines psychologischen Liaisondienstes in der Primärversorgung

Aus den beschriebenen Modellprojekten der Primärversorgung (siehe Kapitel 1.3) und den Erfahrungen hinsichtlich der Einrichtung und Durchführung von Liaisondiensten in der stationären Versorgung (siehe Kapitel 1.4) lassen sich für die Implementierung eines Liaisondienstes in die Primärversorgung folgende Aspekte herleiten:

- Liaisondienste können nicht "von oben" eingesetzt werden. Sie müssen sich auf der Basis der Kooperation zwischen Ärzten und Liaison-Psychologen entwickeln.
- Ein solcher Prozess benötigt neben dem grundsätzlichen Willen und der Bereitschaft der Beteiligten zur Zusammenarbeit vor allem auch Zeit.
- Eine regelmäßige Reflexion der Kooperation und der zu erwartenden Rivalitäten und Verunsicherungen ist eine Grundbedingung für eine befriedigende Zusammenarbeit und die angestrebte Verbesserung der Patientenversorgung.

Analog zum Liaisondienst in der stationären Behandlung soll durch Einbindung eines Liaison-Psychologen in die primärärztliche Versorgung eine neue Versorgungsstruktur geschaffen werden, die ein Gegengewicht zur Medikalisierung psychosozialer Probleme darstellt und so Chronifizierung vermeiden soll. Eine solche Veränderung innerhalb der primärärztlichen Versorgungsstruktur sollte im Sinne des Prinzips „*Kompetenzsteigerung durch Integration*“ nicht nur eine Verbesserung des Versorgungsangebotes für die Patienten darstellen, sondern auch den Kompetenzbereich der Primärärzte und der anderen an der primärärztlichen Versorgung beteiligten Berufsgruppen erweitern. Die in der Primärversorgung arbeitenden Liaison-Psychologen sollten darüber hinaus als Bindeglied zwischen den Angeboten des Gesundheitswesens und des Sozialwesens fungieren. Dies stünde in guter Übereinstimmung mit dem Positionspapier der KBV (1998b), in dem dafür plädiert wird, die Qualität der Primärversorgung durch optimale Nutzung von Diagnose- und Behandlungsangeboten des Gesundheitssystems innerhalb und außerhalb der kassenärztlichen Versorgung zu verbessern.

Im Einzelnen werden durch die Einbindung eines Liaison-Psychologen in die primärärztliche Versorgung folgende Ziele angestrebt:

- Früherkennung und Prävention von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen;
- Verbesserung der differentiellen Indikation und fachgerechten Zuweisung zur psychotherapeutischen/psychiatrischen Weiterbehandlung;

- Gezielte Berücksichtigung psychosozialer Belastungsfaktoren in der Behandlungsplanung;
- Sensibilisierung des Primärarztes und der weiteren Beschäftigten der primärärztlichen Praxis für eine stärkere Berücksichtigung psychosozialer Belastungsfaktoren und psychischer Komorbidität bei der Diagnose und Behandlung von körperlichen Erkrankungen;
- Optimale Nutzung psychosozialer Versorgungsangebote innerhalb und außerhalb der kassenärztlichen Versorgung;
- Verkürzung von Behandlungszeiten durch Berücksichtigung psychosozialer Belastungsfaktoren in der Behandlung und Verhinderung von Fehlbehandlungen und Chronifizierungen;
- Senkung der Hemmschwelle für Patienten zur Inanspruchnahme von psychologischer Beratung, da diese vor Ort in der hausärztlichen Praxis angeboten würde.

Eine solche Veränderung innerhalb der primärärztlichen Versorgungsstruktur kann nicht nur zu einer Verbesserung des Versorgungsangebotes für Patienten mit psychischen und psychosomatischen Problemen beitragen, sondern würde auch das Problemverständnis aller in der primärärztlichen Versorgung beteiligten Professionen erweitern und deren Zusammenarbeit fördern.

Mit der Einbindung eines Liaison-Psychologen in die Primärpraxis werden demnach folgende Vorteile erwartet:

- Eine gelingende Kooperation zwischen Primärarzt und Liaison-Psychologe wird die bisher nur unzureichend wahrgenommene Schnittstelle der organisch-medizinischen und psychosozialen Behandlungsbedürfnisse in der primärärztlichen Versorgung effizienter berücksichtigen können.
- Der Liaison-Psychologe steht nicht nur für Weiterbehandlung und Vermittlung der Patienten an entsprechende Versorgungseinrichtungen zur Verfügung, sondern fungiert auch als Berater für das gesamte Praxisteam.

Da derzeit so gut wie keine Erfahrungen über die Einrichtung von Liaisondiensten in der Primärversorgung vorliegen, sollte mit diesem Modellprojekt „Psychologischer Liaisondienst in der ärztlichen Primärversorgung“ eine Erfahrungs- und Datenbasis geschaffen werden, die Grundlage für weitergehende konzeptionelle Überlegungen sein könnte.