

2 Untersuchungsansatz und Methodik

2.1 Entwicklung und Einordnung des Untersuchungsansatzes

Das ursprünglich geplante Modellprojekt (Konzeptualisierung: Helle, Auckenthaler & Kleiber Wissenschaftsbereich Psychologie, Freie Universität Berlin) sah vier Liaisonpsychologen vor, die insgesamt 20 Hausarztpraxen betreuen sollten. Liaisonpsychologen und Forscher sollten zwar eng miteinander kooperieren, es war aber eine klare Aufgabenteilung zwischen der praktischen Durchführung und der Evaluation des Liaisondienstes vorgesehen. Da dieses Vorhaben nicht finanziert und daher auch nicht realisiert werden konnte – was sich bereits als ein erstes Ergebnis der vorliegenden Arbeit interpretieren lässt –, mussten u. a. auch die personelle Trennung von praktischer Durchführung und Evaluation aufgehoben werden. Beide Aufgaben wurden vom Autor dieser Arbeit wahrgenommen.

In der so veränderten Version des Projekts war nun vorgesehen mit vier Hausarztpraxen, in denen der Liaisonpsychologe über einen Zeitraum von einem halben Jahr jeweils einen halben Tag pro Woche mitarbeiten würde, zu kooperieren. Zunächst sollte eine zufällig ausgewählte Anzahl von Allgemeinarztpraxen ein Anschreiben (siehe Anhang) erhalten, in dem über das Modellvorhaben informiert und eine telefonische Kontaktaufnahme angekündigt werden sollte. Über diese Telefonate sollten dann die kooperationsinteressierten Praxen ermittelt und ein persönlicher Termin vereinbart werden, um das gesamte Praxisteam über das Modellvorhaben zu informieren. Als Grundlage dieser Informationsveranstaltung sollte ein für die Patienten erstelltes Faltblatt dienen, das über den Liaisondienst und die damit verbundenen Leistungsangebote informiert (siehe Anhang). Ziel der Informationsveranstaltung sollte es sein, allen Beteiligten eine Vorstellung davon zu vermitteln, welche Aufgaben und Absichten mit diesem Modellprojekt einhergehen und was dies für die jeweiligen Arbeitsroutinen bedeuten würde. Das Modellprojekt war so angelegt, dass sich der Liaisondienst flexibel auf die jeweiligen Besonderheiten der einzelnen Praxen (Größe und Qualifikation des Praxisteams, Merkmale des Patientenstamms, Wünsche und Vorstellungen der Ärzte) einstellen sollte, so dass viele Details des Modellvorhabens erst im individuellen Prozess der Durchführung geklärt werden würden. Um während der Durchführungsphase ausreichend Möglichkeiten für den Austausch zwischen Praxisteam und Liaisonpsychologe zu haben, war ein fester wöchentlicher Termin eingeplant.

Fest eingeplant war auch, dass jeder Patient aufgefordert werden sollte, vor dem ersten Kontakt mit dem Liaisonpsychologen einen Anamnesefragebogen auszufüllen. Dieser setzt sich aus unterschiedlichen in der klinischen Praxis erprobten und bewährten Fragebögen zusammen (s. u., Kapitel 2.2.1). Ferner sollten alle Patienten, die den Liaisondienst in Anspruch genommen hatten, drei Monate nach Abschluss der Durchführungsphase katamnestisch (siehe Kapitel 2.2.2) befragt werden.

Um die Erwartungen, Erfahrungen und auch Bewertungen der am Modellprojekt beteiligten Praxisteams zu erheben, waren nach Abschluss der Projektdurchführung problemzentrierte Interviews mit den Ärzten und Arzthelferinnen vorgesehen. Die Erfahrungen, die der Liaisonpsychologin selber während des gesamten Prozesses, von der Rekrutierung über die Implementation, die Durchführung bis hin zur katamnestischen Erhebung machen würde, sollten als Datenquelle für die Einschätzung der Implementationschancen von Liaisondiensten generell genutzt werden.

Das Besondere dieses Untersuchungsansatzes ist in der engen Verknüpfung von Interventionsstrategie und Innovationsforschung zu sehen, was auf Gemeinsamkeiten zu Forschungsansätzen aus der Tradition der Handlungsforschung hindeutet (vgl. Lewin, 1953). Ein zentrales Merkmal ist hier, dass der Wissenschaftler selbst zum Handelnden im sozialen Feld wird und so der gesamte Forschungsprozess eine engere Berücksichtigung der Einheit von Theorie und Praxis ermöglicht. Während in einem klassisch-experimentellen Forschungsdesign jede Modifikation des Liaisonmodells während der Durchführungsphase als Nicht-Konstanzhaltung der Versuchsbedingungen zu werten und daher abzulehnen wäre, eröffnet der hier gewählte Untersuchungsansatz die Möglichkeit, mit allen Beteiligten in einen Prozess der *gemeinsamen* Umsetzung und Anpassung des Modells einzutreten. Eine solche Art der Umsetzung scheint vor allem vor dem Hintergrund der Tatsache, dass gegenwärtig keinerlei Vorerfahrungen mit psychologischen Liaisondiensten in der Primärversorgung bestehen, sinnvoll. Im Sinne der Handlungsforschung ist davon auszugehen, dass der aktive Einbezug der 'Feldsubjekte' und ihre dadurch ausgelöste Auseinandersetzung mit ihren bisherigen Praxisroutinen zu Veränderungen der bisherigen Wahrnehmung und Einschätzung eigener Handlungen beitragen wird. Die 'Feldsubjekte' werden so zu Erforschern ihrer eigenen Angelegenheiten (Klüver & Krüger, 1972, S. 76 f.).

Damit konnten in dem ursprünglich nur aufgrund der finanziell schlechten Rahmenbedingungen des Projekts gewählten Untersuchungsansatz schließlich sogar besondere Chancen gesehen werden. Durch die Teilnahme des Forschers an den sozialen Prozessen in den Arzt-

praxen rückten nämlich noch weitere Aspekte möglicher Verbesserungen der Patientenversorgung ins Blickfeld. Es sollte nun auch untersucht werden, welchen Einfluss ein psychologischer Liaisondienst auf habitualisierte Umgangsformen zwischen Ärzten, Arzthelferinnen und Patienten haben könnte. Solche Erweiterungen der ursprünglichen Forschungsfragen aufgrund der Erfahrungen und Beobachtungen des Forschers „im Feld“ sind vor dem Hintergrund der Prinzipien der Handlungsforschung nicht nur legitim, sondern sogar wünschenswert. Die Datensammlung wird hier als prozesshafter Ablauf gesehen, dessen Phasen zyklisch miteinander verbunden sind:

Abbildung 2: Forschungs-Aktions-Zyklus

Informations- sammlung	Diskurs, Reflexion	Handlungsorien- tierungen, Entscheidung	Handeln, Ausführung der Handlung
Forschungsteil		Aktionsteil	
z y k l i s c h			

(aus Spöhrig, 1989, S.23)

Der Anspruch der Handlungsforschung bringt mit sich, dass sie sich in der Regel an den Methoden der qualitativen Forschung ausrichtet. Zum einen wird immer wieder die Rückbindung an den Situationskontext gesucht, zum anderen sind die in der quantitativen Forschung als „Störvariablen“ bezeichneten Einflüsse in der Handlungsforschung eher als *überraschende* Ereignisse zu verstehen, welche wiederum Bedeutung für den weiteren Forschungsprozess haben können.

Während also diese dynamischen Aspekte des Untersuchungsansatzes, die vor allem durch den interaktiven Prozess der Implementierung und Durchführung des Projekts gekennzeichnet sind, an die Tradition der Handlungsforschung anknüpfen, beinhaltet darüber hinaus der hier entwickelte Ansatz auch gewisse statische Momente, wenn z.B. auf einer eher grundsätzlichen Ebene die Bewertung des Liaisonmodells vorgenommen wird. Dieser Teil des Untersuchungsansatzes weist deutliche Parallelen zu Ansätzen aus der Evaluationsforschung auf.

Evaluationsforschung versteht sich als systematische Anwendung von sozial- und wirtschaftswissenschaftlichen Forschungsstrategien zur Unterstützung von Entscheidungsprozessen bei der Planung und Durchführung von Angeboten oder Programmen im Ausbildungs-, Sozial- und Gesundheitsbereich (vgl. Bengel 1995). Als anwendungsorientierter Forschungszweig mit Schwerpunkt in den Sozialwissenschaften verwendet die Evaluationsforschung wissenschaftliche Methoden und Techniken zur Bewertung von Maßnahmen mit dem Ziel, den

Nutzen oder Schaden dieser Maßnahmen empirisch aufzuzeigen und zu einer rationalen Planung und Entscheidungsfindung beizutragen.

Dieser Teil des Untersuchungsansatzes ist mit dem Ziel verknüpft, analog einer Prozessevaluierung festzustellen, inwieweit das theoretisch entwickelte Liaisonmodell in der Praxis umsetzbar bzw. sinnvoll ist und welche Modifikationen notwendig sind, um es praxistauglich werden zu lassen. Und im Sinne einer Ergebnisevaluierung soll abschließend beurteilt werden, ob Aufwand und Nutzen eines solchen Versorgungsansatzes in einem angemessenen Verhältnis stehen.

2.2 Erhebungs- und Auswertungsmethoden

2.2.1 Anamnestische Fragebogenerhebung

Alle Patienten, die den Liaisondienst in Anspruch nahmen wurden gebeten, einen Fragebogen, der aus verschiedenen einzelnen bereits publizierten Fragebögen zusammengestellt war, auszufüllen. Folgende Dimensionen wurden erfasst:

- psychische Befindlichkeit,
- körperliche Syndrome,
- Neigung zur Entwicklung psychosomatischer Erkrankungen und
- soziale Unterstützung.

Diese anamnestisch erhobenen Daten dienen nicht nur der Charakterisierung der Patienten, die einen solchen Dienst in Anspruch nehmen, sondern stellen für die Arbeit des Liaisonpsychologen eine wichtige Informationsgrundlage dar, da die Ergebnisse der Auswertung als diagnostische Hintergrundinformation systematisch in die Gespräche aber auch in mögliche Behandlungsempfehlungen miteinbezogen werden konnten.

2.2.1.1 *Symptom-Checkliste SCL - 90 - R*

Mit der von Franke (1995) herausgegebenen Adaptation der Symptom-Checkliste (SCL-90-R; Derogatis, 1977) handelt es sich um einen Fragebogen, der die diagnostische Lücke zwischen zeitlich extrem variabler Befindlichkeit und zeitlich überdauernder Persönlichkeitsstruktur füllt. Anhand neunzig vorgegebener körperlicher und psychischer Symptome wird in einem Zeitfenster von sieben Tagen die subjektiv empfundene Beeinträchtigung auf einer Skala von 0 „überhaupt nicht“ bis 4 „sehr stark“ erfasst. Die jeweiligen Angaben zu den einzelnen Symptomen lassen sich im Prozess der Auswertung zu Syndromen zusammenfassen.

Der Vorteil einer solchen standardisierten Selbstbeurteilung ist vor allem darin zu sehen, in ökonomisch vertretbarem Aufwand gezielt aus einer größeren Stichprobe nicht nur die Gruppen belasteter Probanden, Patienten oder Klienten herauszufiltern, sondern für diese auch eine diagnostische Erstzuordnung vornehmen zu können. Dennoch ist auch hier zu berücksichtigen, dass die Aussagekraft der Testauswertung durch Störeinflüsse wie persönlicher Antwortstil oder Antworttendenz im Sinne „sozialer Erwünschtheit“ erheblich geschmälert werden kann.

Die psychische Befindlichkeit wird auf neun Skalen abgebildet, zu denen jeweils nach Geschlecht, Alter und Bildungsgrad differenziert, normierte Standardwerte vorliegen.

Das Symptomprofil lässt sich anhand der folgenden Subskalen abbilden:

- Skala 1: *Somatisierung (somatization)*: einfache körperliche Belastung bis hin zu funktionellen Störungen;
- Skala 2: *Zwanghaftigkeit (obsessive-compulsive)*: leichte Konzentrations- und Arbeitsstörungen bis hin zur ausgeprägten Zwanghaftigkeit;
- Skala 3: *Unsicherheit im Sozialkontakt (interpersonal sensitivity)*: leichte soziale Unsicherheit bis hin zum Gefühl völliger persönlicher Unzulänglichkeit;
- Skala 4: *Depressivität (depression)*: Traurigkeit bis hin zur schweren Depression;
- Skala 5: *Ängstlichkeit (anxiety)*: körperlich spürbare Nervosität bis hin zu tiefer Angst;
- Skala 6: *Aggressivität / Feindseligkeit (anger-hostility)*: Reizbarkeit und Unausgeglichenheit bis hin zu starker Aggressivität mit feindseligen Aspekten;
- Skala 7: *Phobische Angst (phobic anxiety)*: leichtes Gefühl von Bedrohung bis hin zur massiven phobischen Angst;
- Skala 8: *Paranoides Denken (paranoid ideation)*: Misstrauen und Minderwertigkeitsgefühle bis hin zu starkem paranoidem Denken;
- Skala 9: *Psychotizismus (psychoticism)*: mildes Gefühl der Isolation und Entfremdung bis hin zur dramatischen Evidenz der Psychose.

Drei globale Kennwerte geben Auskunft über das allgemeine Antwortverhalten in der Bearbeitung des Fragebogens:

- *GSI (global severity index)*: allgemeine psychische Belastung;
- *PSDI (positive symptom distress index)*: Intensität der Antworten;
- *PST (positive symptom total)*: Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt.

Reliabilität:

In einer von Derogatis (1977) durchgeführten Untersuchung zur Reliabilität an ambulanten Psychiatriepatienten ohne therapeutische Behandlung streute die Retest-Reliabilität bei einem Zeitintervall von einer Woche zwischen $r_{\min} = 0.78$ und $r_{\max} = 0.90$. Eine weitere Untersuchung (vgl. Edwards et al., 1978) erbrachte ähnliche Ergebnisse, so dass die Retest-Reliabilität des SCL-90-R mit *gut* einzustufen ist.

Die interne Konsistenz (Cronbachs α) kann mit einer Streuung zwischen $r_{\min} = 0.77$ und $r_{\max} = 0.90$ ebenfalls als *gut* bezeichnet werden (vgl. Derogatis et al., 1976, Franke, 1995).

Validität:

Aus der langen Entwicklungsgeschichte dieses Verfahrens, die vom Wechselspiel aus Theorie und Praxis geprägt war, lässt sich Augenschein- und logische Validität ableiten (vgl. Franke, 1995).

Abschließend lässt sich sagen, dass es sich um ein Verfahren handelt, welches auf eine lange Entwicklungszeit zurückblicken kann und große internationale Verbreitung gefunden hat. So gilt die SCL-90-R als ein Verfahren, das sich in der Praxis bewährt hat, auch wenn ihre testtheoretische Güte nicht unumstritten ist (vgl. Rief & Fichter, 1992; Rief et al. 1991).

2.2.1.2 Freiburger Beschwerdeliste FBL

Die Freiburger Beschwerdeliste FBL (Fahrenberg, 1994) ist ein standardisierter Selbstbeurteilungsfragebogen und wurde als Ergänzung des Freiburger Persönlichkeitsinventars FPI (Fahrenberg, Hampel, R. & Selg, H. 1994) konstruiert. Mit Ausnahme der Sexualfunktionen wurden alle größeren körperlichen Funktionsbereiche aufgenommen: Herz-Kreislauf, Magen-Darm-Funktionen, Motorik (Tics, Unruhe) Sensorik (Empfindlichkeit gegenüber verschiedenen Reizen), Schmerzen (Gliedermaßen und Rücken, Missempfindungen), Reizerscheinungen im Kopf-Hals-Bereich und im Bereich der Haut. Darüber hinaus wurden verschiedene Allgemeinbeschwerden (Mattigkeit, Kopfschmerzen, Appetitmangel) und Zeichen körperlicher Anspannung (Schlafstörungen, Schweißausbrüche, körperliche Verkrampfung) berücksichtigt. Schließlich wurden auch körperliche Begleiterscheinungen von Emotionen einbezogen (Erröten, Herzklopfen bei Aufregung u. a.).

In der FBL wird ausschließlich nach der Häufigkeit der Beschwerden gefragt: fast täglich / etwa 3-mal in der Woche / etwa 2-mal im Monat / etwa 2-mal im Jahr / nie. Analysen mit

anderen Datensätzen ergaben für die Modi „Häufigkeit“ und „Intensität“ hinsichtlich der Faktorenstruktur, der Konfigurationsähnlichkeit und der Interkorrelation der Skalenwerte so hohe Übereinstimmungen, dass der Antwortmodus der Häufigkeit als ausreichend angesehen wurde (Fahrenberg, 1994a).

Die 80 Items zu den körperlichen Beschwerden sind zu 10 Skalen und zur Beschwerdesumme als elfte Skala additiv zusammengefasst, wobei ein hoher Testwert für viele und häufige Beschwerden im betreffenden Bereich steht. Das Beschwerdeprofil wird auf folgenden Skalen abgebildet:

- Allgemeinbefinden
- Emotionale Reaktivität
- Herz-Kreislauf
- Magen-Darm
- Kopf-Hals Reizsyndrom
- Anspannung
- Sensorik
- Schmerz
- Motorik
- Haut
- Beschwerdesumme

Nach Abfrage der einzelnen körperlichen Symptome folgen mit jeweils fünfstufigen Items Fragen zur:

- Beruflichen Belastung (gering bis sehr stark),
- Einschätzung des Gesundheitszustandes (sehr gut bis schlecht),
- Zufriedenheit mit finanzieller Situation (sehr zufrieden bis unzufrieden),
- Einnahme von Schlaf- und Beruhigungsmitteln (fast tägl. bis praktisch nie),
- Häufigkeit der Besuche beim Hausarzt (etwa 1 x Woche bis nie),
- Häufigkeit der Besuche beim Facharztarzt (etwa 1 x Woche bis nie),
- Häufigkeit der Besuche beim Zahnarzt (etwa 1 x Woche bis nie).

Im letzten Abschnitt folgen drei weitere Fragen:

- Wie oft waren Sie bisher im Krankenhaus (ohne Unfälle, bei Frauen ohne Entbindungen)?
- Wie oft waren Sie zur Kur (in einer Klinik von der Kasse finanziert (bezuschusst)?
- Haben Sie eine chronische behandlungsbedürftige Krankheit? (ja/nein).

Es handelt sich bei der FBL um einen standardisierten Fragebogen, der an einer repräsentativen Bevölkerungstichprobe nach Alter und Geschlecht differenziert normiert wurde.

Reliabilität:

Die Retestreliabilität streute in zwei katamnesticen Untersuchungen deren Zeitintervall ein bzw. zwei Jahre betrug zwischen $r_{\min} = 0.50$ und $r_{\max} = 0.75$ (vgl. Medert-Dornscheidt & Myrtek, 1977; Myrtek & Welsch, 1990).

Die verhältnismäßig hohen Stabilitätskoeffizienten sprechen entweder dafür, dass mit der FBL relativ überdauernde Persönlichkeitsmerkmale erfasst werden oder dass sich typische Belastungen in Zusammenhang mit chronischen Erkrankungen niederschlagen.

Die interne Konstistenz (Cronbachs α) streute zwischen $r_{\min} = 0.70$ und $r_{\max} = 0.87$ (Hampel & Fahrenberg, 1982).

Insgesamt kann mit den vorliegenden Ergebnissen die Reliabilität der FBL als *gut* eingestuft werden.

Validität:

Die mehrfach replizierten Korrelationen zwischen FBL und anderen Beschwerdelisten bzw. Persönlichkeitsinventaren können zum einen als Bestätigung dafür gesehen werden, dass körperliche Beschwerden als ein relativ konsistentes und zeitlich relativ stabiles Persönlichkeitsmerkmal anzusehen sind, zum anderen aber auch, dass dieses Persönlichkeitsmerkmal von der FBL erfasst wird (vgl. Brähler & Scheer, 1983; Hampel & Fahrenberg, 1982). In gruppenstatistischen Untersuchungen, in denen beispielsweise Herz-Kreislauf-Patienten mit Gesunden verglichen wurden (Statusvalidierung), konnten die zu erwartenden Unterschiede an den entsprechenden Skalenprofilen nachvollzogen werden (vgl. Hampel & Fahrenberg, 1982).

2.2.1.3 Fragebogen zur Abklärung des Psychosomatischen Krankheitsgeschehens FAPK

Der FAPK (Koch, 1981) wurde mit dem Ziel entwickelt, die subjektiven Anteile beim Zustandekommen oder der Aufrechterhaltung von Gesundheitsstörungen einschätzen zu können. Für die Konstruktion des FAPK stellt die Vorstellung eines „gelungenen Realitätsbezuges“ im Prozess der Auseinandersetzung zwischen Mensch und seiner Umwelt eine zentrale Kategorie im Kontext des psychosomatischen Krankheitsgeschehens dar. Dieser subjektiv intendierte Realitätsbezug wird vor allem in der psychischen Verarbeitung von Widersprüchen gesehen, die sich dem Individuum in seinem Bezogensein auf die äußere Realität bei der Verfolgung seiner persönlichen und gesellschaftlichen Handlungsziele ergeben. Hierbei sind die psychischen Bezüge einer körperlichen Symptombildung nicht ausschließlich ins Subjekt verlegt.

Ausschlaggebend sind jene inadäquaten Problemlösungsstrategien gegenüber Widersprüchen im Alltagsleben, die zu einer streng subjektbezogenen symptomatischen Ersatzlösung führen. Der FAPK wurde zunächst als Forschungsinstrument mit dem Ziel entwickelt, hinsichtlich des subjektiv-psychischen Realitätsbezugs solche Persönlichkeitsstrukturen abzubilden, die bei der Herausbildung entsprechender Symptome mitbeteiligt sein könnten. Ziel war also, solche Einstellungen und Verhaltenstendenzen zu ermitteln, die einen Zusammenhang mit bereits festgestellten Symptomen psychosomatischer Krankheiten oder funktioneller Beschwerden bilden. Da die Sinnhaftigkeit psychosomatischer Symptome oder funktioneller Beschwerden in vielen Fällen gerade darin besteht, dass die körperliche oder als solche empfundene Störung für Außenstehende wie den Betroffenen scheinbar keine psychische Qualität besitzt, wird mit dem FAPK angestrebt, aus dem vom Patienten selbst beschriebenen subjektiv intendierten Realitätsbezug jene Strukturen hervorzuheben, die als mögliche Bezüge einer psychosomatischen Verarbeitung von Konflikten bei der Realitätsanpassung des Betroffenen in Frage kommen können. Dieser Fragebogen besteht aus insgesamt 177 Aussagen, die in Hinblick auf die eigene Person auf den drei Stufen: stimmt / stimmt nicht / keine Meinung eingeschätzt werden.

Anhand der folgenden 10 Subskalen lassen sich individuelle Profile erstellen:

- Belastungsfaktoren
- Realitätsbezug
- Phantasie (soziales Vorstellungsvermögen)
- Soziale Anpassung
- Abwehr sexueller Empfindungen
- Hypochondrie
- Emotionale Beziehungsleere
- Aggression
- Aggressionsunfähigkeit
- Regression

Reliabilität:

Die interne Konsistenz (Cronbachs α) streute in der Gesamtstichprobe zwischen $r_{\min} = 0.70$ und $r_{\max} = 0.86$ (vgl. Koch, 1981). Somit kann die Reliabilität als *gut* eingestuft werden.

Validität:

Der FAPK konnte jeweils zwischen den klinischen Gruppen mit psychosomatischen, funktionellen bzw. neurotischen Symptomen differenzieren, so dass von einer ausreichenden differentiellen Validität auszugehen ist (vgl. Koch, 1981).

Ferner wurde in der Validierungsstudie zum FAPK überprüft, inwieweit die einzelnen Skalen zwischen den unterschiedlichen Patientengruppen (Psychosomatisch Erkrankte (allgemein), Funktionelle Beschwerden, Psoriatiker) aber auch „gesunde“ Kontrollprobanden differenzieren. Da die Skala „Realitätsbezug“ am deutlichsten zwischen den „Gesunden“ und den „psy-

chosomatisch Erkrankten“ differenzieren konnte, wurde aus ökonomischen Überlegungen ausschließlich diese Skala in die anamnestische Erstbefragung aufgenommen.

Bei der Ergebnisdarstellung wird dies insofern zu berücksichtigen sein, als dass sowohl die Reliabilität als auch die Validität für den FAPK in seiner spezifischen gesamten Itemabfolge der Originalausgabe dieses Fragebogens ermittelt wurden und nur unter Konstanthaltung dieser Bedingung als geltend angenommen werden können. Da aber die Integration des gesamten Fragebogens in die anamnestische Erhebung für die Probanden nicht zumutbar war, wurde unter Abwägung der Vor- und Nachteile beschlossen, ausschließlich die Dimension „Realitätsbezug“ in die Erhebung aufzunehmen.

2.2.1.4 Fragebogen zur sozialen Unterstützung F-SOZU

Ziel dieses Erhebungsinstrumentes ist die Abbildung des individuellen sozialen Netzwerkes der Probanden. Soziale Unterstützung wird charakterisiert durch Ausmaß und Art der Hilfeleistung, die der Proband bei der Bewältigung von Lebensproblemen und Lebensbelastungen aus seiner natürlichen sozialen Umwelt erhält bzw. zu erhalten erwartet, wobei insbesondere der subjektiven Wahrnehmung von sozialer Unterstützung Bedeutung zukommt. Bei dem F-SOZU (Sommer & Fydrich, 1989) stehen drei Aspekte sozialer Unterstützung im Vordergrund:

- Emotionale Unterstützung
- Praktische Unterstützung
- Soziale Integration (z.B. Zugehörigkeit zu einem Freundeskreis)

In der hier durchgeführten Untersuchung wurde aus ökonomischen Gründen die Kurzform des F-SOZU (Fydrich, Sommer, Menzel & Höll, 1987) verwendet, die gegenüber der langen Fassung (54 Items) aus 22 Items besteht. Anhand dieses Fragebogens soll die generalisierte Erfahrung mit und Verfügung von sozialer Unterstützung bzw. sozialer Belastung eingeschätzt werden. Die Items liegen in Aussageform vor und werden von den Probanden auf einer 5-stufigen Ratingskala (von „trifft genau zu“ bis „trifft nicht genau zu“) eingeschätzt. Die Autoren wählten solche Items für die Kurzform aus, die eine mittlere Schwierigkeit und eine hohe Trennschärfe als auch Markierungs-Items der ersten Faktorenanalyse darstellten. Für die Kurzform liegen bislang keine gesonderten Untersuchungen zur Reliabilität und Validität vor, so dass im Folgenden die Ergebnisse zur langen Version des F-SOZU dargestellt werden.

Reliabilität:

Sommer & Fydrich (1989) geben an, dass die interne Konsistenz (Cronbachs α) in der Mehrzahl der Untersuchungen über $r = .80$ lag und somit als *gut* einzustufen ist. Daten zur Retest-Reliabilität liegen zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht vor.

Validität:

Die Inhaltsvalidität ist als gegeben anzusehen, da im Laufe der Entwicklung des Fragebogens nur solche Items aufgenommen wurden, die von 19 wissenschaftlich tätigen Psychologen im Rahmen einer Expertenvalidierung in Hinblick des Konstruktes „Soziale Unterstützung“ als valide eingestuft wurden.

Es wurde mehrere Untersuchungen zur faktoriellen und zur differentiellen Validität durchgeführt, die hier nicht im Einzelnen berichtet werden sollen (vgl. Sommer & Fydrich, 1989). Die beiden Autoren kommen in der Bewertung der bisher vorliegenden Untersuchung zum Schluss die Validität des F-SOZU als *zufrieden stellend* zu bezeichnen.

2.2.2 Katamnestische Fragebogenerhebung

Nach Abschluss des Modellversuchs wurden alle Patienten postalisch durch einen weiteren Fragebogen befragt. Ein Teil dieses Fragebogens war identisch mit der anamnestisch durchgeführten Erhebung, so dass Daten für eine Prä-Post-Messung zur Verfügung standen. Anhand varianzanalytischer Verfahren mit Wiederholungsmessung sollte so untersucht werden, inwieweit signifikante Veränderungen stattgefunden haben. Ferner wurde der katamnestischen Erhebung ein Fragebogen zum subjektiven Veränderungserleben beigelegt, so dass es möglich war, objektiv erfasste Veränderungen mit den subjektiv wahrgenommenen Veränderungen in Beziehung zu setzen. Der letzte Teil des Fragebogens diente der Evaluation des Modellversuchs.

2.2.2.1 Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens VEV

Der Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV) dient der Erfassung von Stärke und Richtung der Veränderungen im Erleben und Verhalten von Patienten nach Beendigung einer Psychotherapie, wobei die Veränderungskriterien aus der Veränderungstheorie und dem Erfahrungskonzept der Klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie nach C. Rogers abgeleitet wurden. Es handelt sich hierbei um eine retrospektive Befragung, in der die Patienten 42 Aussagen dahingehend bewerten sollen, ob sich im Verlauf der Therapie diesbezüglich:

- a) keine Veränderung,

- b) eine Veränderung in positive Richtung (stark, mittel, schwach) oder
- c) eine Veränderung in negative Richtung (stark, mittel, schwach) eingestellt hat.

Nähere Angaben zur Itemsammlung und Itemselektion des VEV sind ausführlich in Zielke & Kopf-Mehnert (1978) dargestellt. In der Faktorenanalyse ergab sich eine 1-Faktorenlösung. Der positive Pol dieses Generalfaktors ist durch „Entspannung, Gelassenheit und Optimismus im Erleben und Verhalten“ gekennzeichnet und dessen negativer Pol entsprechend durch „Spannung, Unsicherheit und Pessimismus im Erleben und Verhalten“. Ein Summenscore über alle Items gibt das Ausmaß der Veränderung im Erleben und Verhalten seit Beginn der Intervention wieder.

Reliabilität:

Die interne Konsistenz (Cronbachs α) liegt bei $r = 0.99$. In einer Nacherhebung (8 Wochen) wurde die Retest-Reliabilität mit $r = .61$ ermittelt. Die vorliegenden Ergebnisse deuten an, dass es sich bei dem VEV um ein sehr homogenes Messinstrument handelt dessen Reliabilität als gut bewertet werden kann.

Validität:

Die im Rahmen der Reliabilitätsbestimmung zusammengestellten Testparameter und Stabilitäts- bzw. Konsistenzkoeffizienten wurden von den Autoren als eindeutige Nachweise der Konstruktvalidität des VEV gewertet. Ausführliche Angaben zu der Übereinstimmungsvalidität der diskriminanten- und faktoriellen Validität finden sich bei Zielke & Kopf-Mehnert (1978). So kommen die Autoren in ihrer Zusammenfassung zum Schluss, dass der VEV den herkömmlichen Validitätskriterien genügt.

2.2.2.2 Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung FBB

Die Fragebögen zur Beurteilung der Behandlung (FBB) wurden von Mattejat & Remschmidt (1998) mit dem Ziel entwickelt, systematisch die subjektiv wahrgenommene Versorgungsqualität zu erfassen. Dieses Erhebungsinstrument wurde speziell zur Therapieevaluation und zur Qualitätssicherung der psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Behandlung von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien entwickelt. Mit drei verschiedenen Fragebögen werden die Behandlungsqualität im Urteil von Patienten, Eltern und Therapeuten erfasst. In allen drei Beurteilungsgruppen werden jeweils die zwei Hauptaspekte, Qualität des Behand-

lungserfolgs (Ergebnisqualität) und Qualität des Behandlungsverlaufs (Prozessqualität) abgebildet.

In der Konzeption des FBB wurde angestrebt, diesen sowohl für alle diagnostischen Gruppen als auch für alle Therapieformen und -modalitäten in der Behandlung von Kinder und Jugendlichen anzuwenden. Dieses breite Einsatzspektrum war auch das ausschlaggebende Kriterium, den FBB als eines der Instrumente zur Evaluation des Liaisondienstes einzusetzen. Eine Besonderheit dieses Verfahrens ist in der multiperspektivischen Erfassung der Ergebnis- und Prozessqualität zu sehen.

Neben neu formulierten Items wurden bei der Konstruktion des FBB auch Items aus der von Remschmidt & Schmidt (1988) durchgeführten Therapieevaluationsstudie herangezogen. Nähere Angaben zur Gewinnung und Selektion der Items finden sich bei Mattejat & Remschmidt (1998).

In der hier vorliegenden Untersuchung musste auf Grund der Rahmenbedingungen allerdings auf diesen multiperspektivischen Ansatz verzichtet werden, so dass ausschließlich die Version des Patienten-Fragebogens zum Einsatz kam. Ferner ist der FBB auf die Evaluation der Behandlung von Kindern und Jugendlichen in einer psychiatrischen Klinik zugeschnitten, so dass gewisse Veränderungen in der Formulierung einzelner Items notwendig waren, um diesen Fragebogen entsprechend der hier bestehenden Rahmenbedingungen anzupassen:

1. Während im Original von *Klinik* gesprochen wird, wird in der angepassten Version der Ort der Behandlung nicht näher spezifiziert, da sich der Kontext der Befragung eindeutig auf die Behandlung durch den Psychologen in der Hausarztpraxis bezieht.
2. Statt wie im Original von *Therapeut* wird in der modifizierten Version von *Psychologen* gesprochen, da dies in den Hausarztpraxen die offizielle Bezeichnung für den Liaisonpsychologen war.
3. In einer Frage wird im Original speziell die Qualität des Auskommens in der *eigenen Familie* erfragt. Diese angesprochene soziale Umgebung wurde in der modifizierten Version auf die *Menschen im unmittelbaren Umfeld* des Patienten ausgeweitet.
4. Eine Frage zur Akzeptanz der Videoaufzeichnung wurde in der modifizierten Version gestrichen, da kein Video zum Einsatz kam.

Auf Grund dieser vorgenommenen Veränderung und des Verzichts auf die multiperspektivische Erfassung, sollten die Aussagen zur Reliabilität und Validität des FBB in Hinblick auf die Übertragbarkeit der hier verwendeten Version kritisch betrachtet werden. Im Prozess der Abwägung von Vor- und Nachteilen erschien es jedoch sinnvoller, einen bereits evaluierten

Fragebogen durch minimale Veränderungen für die eigene Evaluation anzupassen, als einen völlig neuen Fragebogen zu konstruieren, bei dem noch keinerlei Erprobung in der Praxis stattgefunden hat. In den nachfolgenden Ausführungen zum FBB wird daher ausschließlich auf die Version der Patientenbefragung Bezug genommen, da nur diese Version auch hier zum Einsatz kam.

Mit der Patienten-Version des FBB lassen sich die folgenden drei Skalen abbilden:

1. Erfolg der Behandlung
2. Beziehung zum Therapeuten
3. Rahmenbedingungen der Behandlung

Reliabilität:

In der klinischen Stichprobe streute die interne Konsistenz (Cronbachs α) zwischen $r_{\min} = 0.63$ und $r_{\max} = 0.92$. Im Rahmen einer katamnestischen Untersuchung, die 11 bis 37 Monate nach Entlassung aus der stationären Behandlung durchgeführt wurde, streute die Retest-Reliabilität zwischen $r_{\min} = 0.36$ und $r_{\max} = 0.75$.

Insgesamt lässt sich auf Grund der Datenlage die Reliabilität für die Patientenversion des FBB als *befriedigend* einstufen. Hinsichtlich der katamnestischen Untersuchung sollte einschränkend angemerkt werden, dass es nicht weiter verwundert, wenn die subjektive Evaluation der psychiatrisch stationären Behandlung eines Patienten 1 bis 2 Jahre nach Entlassung Abweichungen gegenüber dem Eindruck unmittelbar nach Behandlungsende aufweist. So könnten die Skalen mit niedrigen Retest-Reliabilitäten auch als Hinweise auf die Veränderung der Beurteilungsperspektive bewertet werden.

Validität:

Zur Validität des FBB machen die Autoren keine Angaben (vgl. Mattejat & Remschmidt, 1998).

2.2.3 Befragung der Praxisteams

2.2.3.1 Das Problemzentrierte Interview

Um einen Eindruck zu erhalten, wie die Ärzte und Arzthelferinnen diesen Modellversuch erlebt haben, wie sie einen solchen Versorgungsansatz bewerten und was ihre Verbesserungsvorschläge sind, wurden drei Monate nach Ablauf der Durchführungsphase mit den Beteiligten das von Witzel (1985) entwickelte *Problemzentrierte Interview* durchgeführt.

Diese Methode zählt neben dem *narrativen Interview*, der *Gruppendiskussion* und der *Teilnehmenden Beobachtung* zu den bekanntesten Erhebungsverfahren in der qualitativen sozialwissenschaftlichen Forschung. Die folgenden drei Kriterien, anhand derer Spöhring (1989) diese Erhebungsmethode charakterisiert, veranschaulichen, warum sich dieses Verfahren für die vorliegende Fragestellung eignet:

Problemzentrierung: „Die Untersuchung beginnt am Ausgangspunkt einer vom Forscher wahrgenommenen gesellschaftlichen Problemstellung, einschließlich deren 'objektiver Rahmenbedingungen', sowie des 'Alltagskontextes der Subjekte', von dem aus aber die Befragten selbst zum guten Teil die infragestehenden Problemstellungen in ihren Zusammenhängen entwickeln“ (Spöhring, 1989, S. 177).

In diesem Zusammenhang bilden die individuellen Erfahrungen der am Projekt Beteiligten den Ausgangspunkt.

Gegenstandsorientierung: „Hiermit ist die - eigentlich selbstverständliche - Forderung angesprochen, dass die zur Bearbeitung der festgelegten Problemstellung geeigneten Erhebungsverfahren ausgewählt werden, statt bedenkenlos ('instrumentorientiert') eine 'Zergliederung theoretischer Vorannahmen in messtechnisch machbare und isolierte Variablen' vorzunehmen“ (Spöhring, 1989, S. 178).

Aus diesem Grund schien die Wahl des Problemzentrierten Interviews als Erhebungsverfahren besonders geeignet, da es einen systematischen Zugang zu den subjektiven Erfahrungen und Bewertungen der Beteiligten ermöglicht.

Prozessorientierung: „Mit einer prozessualen Betrachtung der 'Gesamtgestaltung des Forschungsablaufes' sowie auch des sich entwickelnden - Untersuchungsgegenstandes selbst wird die Aufforderung zu einer 'flexiblen', 'schrittweisen', 'entdeckenden' Vorgehensweise im Sinne der datenbasierten 'begründeten Theoriebildung' verbunden“ (Spöhring, 1989, S. 178).

Dieser letzte Punkt kann in der geforderten Form nicht Eingang in das hier durchgeführte Problemzentrierte Interview finden, da sich die Interviewthemen vor allem retrospektiv auf das Erlebte im Modellversuch beziehen. Dennoch finden sich Aspekte dieser Forderung wieder, wenn es um Ideen zur Weiterentwicklung dieses Versorgungsansatzes geht.

Ein weiteres wichtiges Merkmal des Problemzentrierten Interviews ist die *Offenheit*: Die Interviewten sollen frei ohne vorgegebene Antwortalternativen antworten können. Dies bringt folgende Vorteile mit sich:

- Es ist überprüfbar, ob der Interviewte die Fragen verstanden hat.
- Die Befragten können ihre ganz subjektiven Perspektiven und Deutungen offen legen.
- Die konkreten Bedingungen der Interviewsituation können thematisiert werden.

Es wurde ein Interviewleitfaden (siehe Anhang) entworfen, der sich in seiner formalen Struktur an der Chronologie der Abläufe des Modellvorhabens orientiert. In erster Linie diente dieser Leitfaden als eine Art Checkliste. Die enthaltenen Themen und Fragen wurden jedoch während des Interviews person- und situationsabhängig variabel angepasst. Zentrale Themen der im Problemzentrierten Interview erhobenen Daten waren:

1. Welche Erwartungen wurden mit der Zusage zu diesem Modellprojekt geweckt? Mit der Kooperationszusage lagen bei den Ärzten und Arzthelferinnen gewisse Vorstellungen vor, was dieser Modellversuch bewirken könnte und wie die konkrete Umsetzung aussehen würde. Es sollte herausgefunden werden, inwieweit diese geweckten Vorstellungen, wie erwartete Umsetzung und vermuteter Nutzen von den tatsächlichen Erfahrungen während der Durchführung des Projektes abweichen bzw. übereinstimmen.
2. Was waren die Erfahrungen während der Durchführung des Modellprojektes und wie werden diese bewertet?

Folgende Punkte sollten hier besonders berücksichtigt werden:

- a) Kooperation mit dem Liaisonpsychologen;
 - b) Erweitertes Behandlungsangebot in der eigenen Praxis;
 - c) Koordination der Behandlungsplanung und -durchführung;
 - d) Rückmeldungen durch Patienten;
 - e) Rückmeldungen durch Arzthelferinnen;
 - f) Auswirkungen auf das eigene Behandlungsangebot;
3. Welchen Einfluss hatte das Modellprojekt auf die Praxisabläufe?
 - a) Wie sind die Ärzte vor der Einrichtung dieses Modellprojektes in der Regel mit solchen Patienten verfahren, die sie während der Durchführung des Modellprojektes an den Liaisonpsychologen überwiesen haben?
 - b) Was waren die Vor- / Nachteile der Überweisungsmöglichkeit während der Durchführung dieses Projektes?
 - c) Was wird zurzeit - also nach Beendigung des Projektes - solchen Patienten angeboten?
 4. Welche Vorschläge können für eine Durchführung zukünftiger Modellprojekte dieser Art gemacht werden?

Auf Grund ihrer Erfahrungen, sind die Interviewpartner in der Lage einzuschätzen, wie ihrer Meinung nach ein solcher Versorgungsansatz evtl. günstiger gestaltet

werden könnte. Diese Angaben sollten sich konkret auf die Bedingungen der *eigenen* Praxis beziehen.

- a) Welche Aspekte sind bei der Implementierung eines solchen Angebotes zu beachten?
- b) Über welche Qualifikation sollte ein Liaisonpsychologe verfügen?
- c) Was sollte der konkrete Aufgabenbereich eines Liaisonpsychologen sein?
- d) Wie sollte der Austausch zwischen Ärzten und Liaisonpsychologen organisiert werden?
- e) Wie müsste sich eine Praxis organisieren, um ein solches Behandlungsangebot optimal zu integrieren?
- f) Was sind die Indikationskriterien für die Inanspruchnahme eines solchen Liaisondienstes?

2.2.3.2 Auswertung der Interviews

Die Interviews wurden mit Kassettenrekorder aufgezeichnet und anschließend transkribiert. Als Auswertungsmethode der problemzentrierten Interviews wurde die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (1983 / 2000) verwendet. Dieses Verfahren wird nach Spöhrig (1989, S.201) der empirischen Sozialforschung zugerechnet und insoweit von geisteswissenschaftlich-hermeneutischen Verstehenslehren abgegrenzt, als es „(...) systematisch, d.h. durch die Erarbeitung und Verwendung eines präzisen Kategoriensystems, als es regelgeleitet, also intersubjektiv nachvollziehbar, und als es theoriegeleitet, d.h. in ihren Rückschlüssen auf die außertextliche soziale Realität von expliziten Annahmen ausgehend eine explizite Argumentation durchführt“. Zur Analyse sprachlichen Materials nennt Mayring (1983/2000) drei Grundformen des Interpretierens:

- Zusammenfassung: Ziel der Analyse ist es das Material so zu reduzieren, dass die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben, durch Abstraktion einen überschaubaren Korpus zu schaffen, der immer noch Abbild des Grundmaterials ist.
- Explikation: Ziel der Analyse ist es, zu einzelnen fraglichen Textteilen (Begriffe, Sätzen, ...) zusätzliches Material heranzutragen, das das Verständnis erweitert, das die Textstelle erläutert, erklärt, ausdeutet.
- Strukturierung: Ziel der Analyse ist es, bestimmte Aspekte aus dem Material herauszufiltern, unter vorher festgelegten Ordnungskriterien einen Querschnitt durch das Material zu legen oder das Material aufgrund bestimmter Kriterien einzuschätzen.

Vor allem der Prozess der induktiven Kategorienbildung ließ die qualitative Inhaltsanalyse für das vorliegende Datenmaterial als besonders geeignet erscheinen. Innerhalb der Logik der qualitativen Inhaltsanalyse werden Kategorisierungsdimension und Abstraktionsniveau vorab definiert. Mit dem so entwickelten Kategoriensystem findet ein erster Materialdurchgang statt, bei dem, sofern notwendig, induktiv weitere Kategorien gebildet werden. Dies wiederum führt zu einer erneuten Überarbeitung des gesamten Kategoriensystems, um die innere Logik zu überprüfen. Sowohl die Entwicklung des Kategoriensystems als auch die Auswertung der Interviews wurden mit Winmax (Kuckartz, 1999), einer Software zu computergestützten Analyse qualitativer Daten, durchgeführt.