

3 Durchführung des Liaisondienstes

3.1 Vorbereitungsphase

3.1.1 Kontaktaufnahme zu den Arztpraxen

Aus dem Telefonbuch wurden nach dem Zufallsprinzip unter der Rubrik „Allgemeinärzte“ 20 Adressen ausgewählt. Die so ausgewählten Ärzte erhielten zunächst postalisch ein Anschreiben (siehe Anhang), in dem sie über das geplante Projekt informiert wurden. Ferner wurde in diesem Anschreiben angekündigt, dass in den nächsten Tagen ein Anruf erfolgen würde, um Details und noch offen gebliebene Fragen zu klären.

Aus der Gruppe der 20 angeschriebenen Arztpraxen konnte letztlich nur eine für die Teilnahme an diesem Projekt gewonnen werden. Diese Quote erscheint vor allem vor dem Hintergrund der Ausführungen zur Versorgungssituation in den Primärpraxen im ersten Teil dieser Arbeit sehr erstaunlich, hätte man doch annehmen können, dass ein Modellprojekt, das an einer solchen Versorgungslücke ansetzt, auf weitaus größere Resonanz stößt. Die drei am häufigsten genannten Gründe für eine Absage waren:

- Raumnot;
- kein Bedarf an der Inanspruchnahme dieses Versorgungsangebotes;
- die Dauer von einem halben Jahr für Implementierung und Durchführung dieses Projektes sei zu kurz.

Für die Durchführung des Liaisondienstes war es notwendig, dem Liaisonpsychologen einen eigenen Behandlungsraum zur Verfügung zu stellen. Zwar ist davon auszugehen, dass unter den ablehnenden Ärzten einige diese Voraussetzung nicht erfüllten, dennoch erweckte die Mehrzahl der Reaktionen eher den Eindruck, dass nicht so sehr äußere Faktoren, sondern viel mehr eine grundsätzlich ablehnende Haltung eine Kooperation unmöglich machte. Einige Ärzte reagierten bei dem angekündigten Telefonat regelrecht empört über dieses Angebot, suggeriere es doch, dass in der Arztpraxis eine unzureichende Versorgung der Patienten bestehe. Einige lehnten das Angebot beispielsweise mit der Begründung ab, dass eine bereits gute Zusammenarbeit mit niedergelassenen Neurologen Versorgungsmodelle dieser Art für sie überflüssig machten. Solche Begründungen zeigen, dass sich die so argumentierenden Ärzte nicht einmal gedanklich auf das Liaisonmodell eingelassen hatten, deckt doch der

Neurologe ein völlig anderes Versorgungsspektrum ab, als es mit dem Liaisondienst beabsichtigt war. Bei dem Großteil der angeschriebenen Ärzte muss von einem gewissen Desinteresse ausgegangen werden, gab es doch so gut wie nie Nachfragen irgendwelcher Art zu diesem geplanten Projekt. Ein großer Teil der Ärzte gab mir bei der telefonischen Kontaktaufnahme das Gefühl, zu der Gruppe lästiger Pharmavertreter zu gehören, die freundlich, aber bestimmt in möglichst kurzer Zeit abzuwimmeln sind, damit sich die Ärzte wieder ihren Patienten zuwenden können. Ferner stellte sich vielfach der Eindruck ein, mit dieser Anfrage einen in berufspolitischer Hinsicht äußerst ungünstigen Zeitpunkt gewählt zu haben: Einerseits ging es bei diesem Projekt um die Mitarbeit eines „Nicht-Arztes“ in einer allgemeinärztlichen Praxis, andererseits fand die Kontaktaufnahme in einer Zeit statt, in der die Allgemeinärzte sowohl fachlich als auch hinsichtlich ihrer Abrechnungspraxis auf breiter öffentlicher Ebene in die Kritik geraten waren.

Das Argument der kurzen Projektdauer, das von einigen Ärzten als Ablehnungsgrund angegeben wurde, ließ sich noch am ehesten nachvollziehen, bedenkt man, dass sich nicht nur die Ärzte, sondern auch das übrige Praxisteam und die Patienten auf ein solches zusätzliches Versorgungsangebot einstellen müssen, was einen nicht unerheblichen zusätzlich Aufwand an Zeit und Energie bedeutet. So mag auch für grundsätzlich kooperationsinteressierte Ärzte das Ergebnis einer Kosten-Nutzen Analyse für die Implementation und Durchführung dieses Projekts ergeben haben, dass - gerechnet auf ein halbes Jahr - ein zu hoher Aufwand zu leisten wäre.

Neben der Arztpraxis, die aus 20 angeschriebenen rekrutiert wurde, konnte eine weitere Arztpraxis auf direkte Empfehlung einer psychologischen Kollegin für die Teilnahme gewonnen werden. Beide Praxen befinden sich in Stadtteilen Berlins mit einem vorwiegend mittelständischen Umfeld.

Auf Grund der Erfahrungen, die während der Rekrutierung der Arztpraxen gemacht wurden, kann davon ausgegangen werden, dass es sich bei den beiden kooperationsinteressierten Arztpraxen eher um *atypische* Arztpraxen handeln muss, zeigte doch die Mehrheit kein Interesse an der Implementation dieses Versorgungsmodells. Anscheinend hatten diese Arztpraxen über viele Jahre hinweg eine Versorgungsroutine etabliert, die in ihren Augen funktioniert und bei der keinerlei Veränderungen notwendig erscheinen. Ferner stehen die Allgemeinärzte, wie im ersten Teil dieser Arbeit ausgeführt, auf Grund des allein ökonomisch bedingten hohen Patientendurchlaufs so sehr unter Druck, dass die Mehrheit vermutlich keine

Möglichkeit sieht, sich mit Veränderungen, wie sie dieses Liaisonmodell vorsieht, auseinander zu setzen.

3.1.2 Vorbereitung des Praxisteam und der Patienten auf den Liaisondienst

Mit den beiden kooperationsinteressierten allgemeinärztlichen Praxen wurde jeweils ein einstündiges Vorbereitungstreffen, an dem das gesamte Praxisteam anwesend war, durchgeführt. Grundlage dieses Treffens war das für die Patienten erstellte Faltblatt (siehe Anhang), das jedem Mitarbeiter als Vorbereitung für diese Besprechung mitgegeben worden war. Darin wurden über folgende drei Themen informiert:

- Was ist das? Liaisondienst in der Arztpraxis.
- Warum einen Liaisondienst?
- Was passiert beim Liaisonpsychologen?

Schlagwortartig wird in diesem Faltblatt darauf hingewiesen, dass sowohl psychische Erkrankungen wie Ängste und Depressionen, aber auch äußere Belastungen wie beispielsweise Stress am Arbeitsplatz oder Verlust einer nahe stehenden Person zu körperlichen Beeinträchtigungen führen und somit Anlass eines Hausarztbesuches sein können. Ziel eines Liaisondienstes sei es nun, durch eine enge Zusammenarbeit mit Ärzten und Praxisteam den Patienten eine optimale Behandlung anzubieten, die den vielfältigen Auslösern der vorliegenden Beschwerden gerecht werden sollen.

In beiden Arztpraxen vermittelte die Reaktion der Arzthelferinnen den Eindruck, dass sie nicht nur sofort verstanden, was Sinn und Zweck dieses Liaisonmodells sein soll, sondern auch, dass sie ziemlich genau zu wissen schienen, welcher Versorgungslücke hier begegnet werden sollte. Die Arzthelferinnen wurden darüber informiert, dass diese Faltblätter für die Patienten sichtbar am Empfang ausliegen sollten, sie aber darüber hinaus auch eigeninitiativ Patienten, bei denen sie die Indikation für gegeben hielten, auf die Möglichkeit, den Liaisonpsychologen aufzusuchen, ansprechen könnten. Ferner wurde den Arzthelferinnen mitgeteilt, dass folgende zwei Aufgaben auf sie zukommen würden:

- Verwaltung der Termine des Liaisonpsychologen;
- Aushändigen des Anamnesefragebogens an die Patienten bei Vermittlung des Ersttermins.

Entgegen meiner ursprünglichen Erwartung signalisierten die Arzthelferinnen von Anfang an großes Interesse und hohe Kooperationsbereitschaft. Wie später aus den Interviews noch hervorgehen wird, scheinen oftmals die Arzthelferinnen diejenigen zu sein, die eher notgedrungen durch Verwicklung in Gespräche bei Ankunft der Patienten oder auch bei der Vereinbarung neuer Termine bislang provisorisch einen Teil dieser psychosoziale Lücke in der primärärztlichen Versorgung zu schließen haben. Vor diesem Hintergrund lässt sich auch das große Kooperationsinteresse der Arzthelferinnen nachvollziehen. Hinsichtlich des Auftrags, die Anamnesebögen an die Patienten auszuhändigen, verhielten sich die Arzthelferinnen jedoch sehr reserviert. Die Vorstellung, Patienten Fragebögen auszuhändigen, die beispielsweise nach depressiven Syndromen oder aggressiv impulsiven Handlungen fragen, schien ihnen unangenehm zu sein. Vordergründig äußerten sie, dass sie bei Nachfragen der Patienten zum Fragebogen überfordert wären, darüber hinaus vermittelten sie aber auch den Eindruck, mit dem gesamten psychodiagnostischen Bereich nicht in Berührung kommen zu wollen.

3.2 Durchführungsphase

3.2.1 Angaben zu den kooperierenden Arztpraxen

In Praxis A arbeiteten eine Ärztin und zwei Arzthelferinnen. Der Liaisondienst wurde in dieser Praxis im Zeitraum vom 01.11.1999 bis zum 17.04.2000 durchgeführt. Abgesehen von den Zeiten, in denen die Praxis feiertagsbedingt bzw. wegen Urlaub geschlossen war oder der Liaisonpsychologe selber in Urlaub war, wurde der Liaisondienst jeweils einen Tag pro Woche angeboten. Insgesamt ergaben sich so für einen Zeitraum von 24 Wochen 16 Tage, an denen der Liaisonpsychologen 64 Patientenkontakte hatte, die sich auf insgesamt 16 Patienten verteilten.

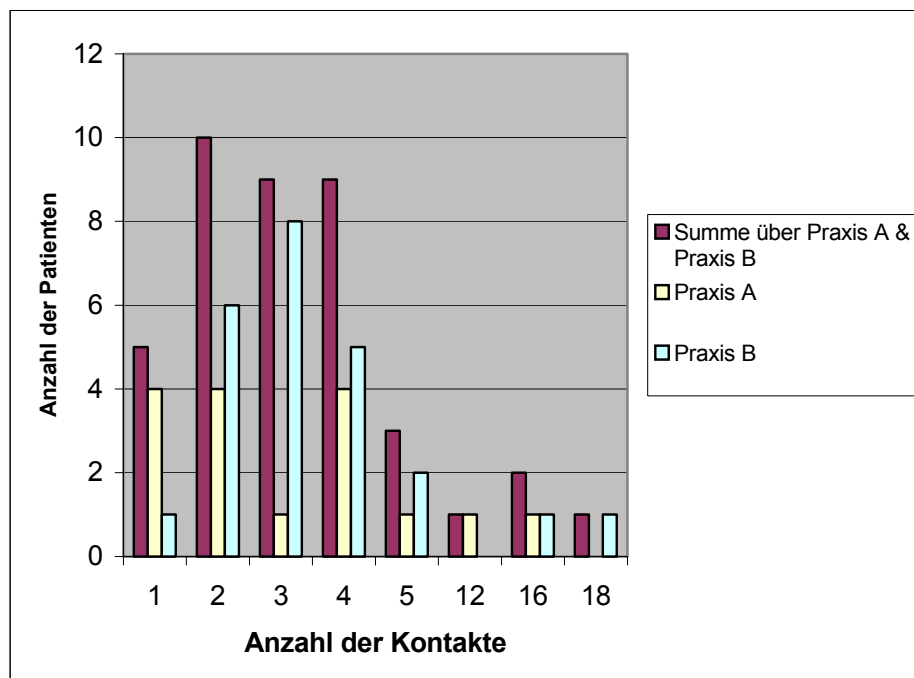
Praxis B war eine Gemeinschaftspraxis und wurde von einer Ärztin und einem Arzt geleitet, die vier Arzthelferinnen beschäftigten. Dieser Praxis stand der Liaisonpsychologe für ein halbes Jahr innerhalb des Zeitraumes vom 01.12.1999 - 31.05.2000 zur Verfügung. Wie in Praxis A war der Liaisonpsychologe auch hier jeweils einen Tag pro Woche anwesend. Insgesamt ergab sich so ein Zeitraum von 27 Wochen, in denen er an 24 Tagen anwesend war und mit 24 Patienten insgesamt 101 Sitzungen durchführte. In der nachfolgenden Tabelle sind diese allgemeinen Angaben für beide Praxen gesondert zusammengefasst.

Tabelle 1: Allgemeine Angaben zur Durchführung des Liaisondienstes

	Zeitraum	Anzahl der Wochen	Anzahl der Patienten	Anzahl der Patientenkontakte
Praxis A	01.11.1999 - 17.04.2000	24	16	64
Praxis B	01.12.1999 - 31.05.2000	27	24	101
Summe			40	165

3.2.2 Häufigkeit der Patientenkontakte

Aus dem untenstehenden Balkendiagramm wird deutlich, dass sich der größte Teil der Patientenkontakte auf maximal fünf Sitzungen erstreckte. Von insgesamt 40 Patienten kam es bei 36 Patienten (90 %) zu fünf und weniger Treffen mit dem Liaisonpsychologen. Die große Lücke zwischen der Kategorie „fünf Kontakte“ und „zwölf Kontakte“ ermöglicht zunächst eine grobe Einteilung in zwei Gruppen. Bei der kleinen Gruppe (n = 4), die zwölf und mehr Treffen hatte, könnte von einer Art Kurzzeittherapie gesprochen werden. Bei der großen Gruppe mit fünf und weniger Kontakten, wurde eine Unterteilung in vier weitere Untergruppen vorgenommen, die im nachfolgenden Kapitel ausführlich dargestellt werden.

Abbildung 3: Verteilung der Patientenkontakte

3.2.3 Verteilung der Interventionen

Um eine Übersicht über die Arten der Interventionen des Liaisonpsychologen zu vermitteln, wurden fünf Kategorien gebildet, die im Folgenden näher beschrieben werden:

Beratung

Unter dieser Kategorie wurden all jene Formen der Intervention subsumiert, in der zunächst keine weitere Vermittlung bzw. Intervention für notwendig erachtet wurde. Hierunter fallen beispielsweise Patienten, die über Partnerschaftsprobleme oder Erziehungsprobleme berichteten, die aber in der Regel nach einem oder zwei Terminen an einem Punkt angelangt waren, von dem sie aus alleine weiterarbeiten wollten bzw. konnten. Es wurden aber auch Patienten dieser Kategorie zugerechnet, die wegen psychischer Beschwerden, wie leichten Ängsten oder leicht depressiven Verstimmungen kamen und in Erfahrung bringen wollten, ob bei ihnen eine Psychotherapie indiziert sei. Diese Patienten wurden jedoch nur dann in diese Kategorie aufgenommen, wenn die Beschwerden gering waren bzw. erst seit kurzer Zeit bestanden, also keine Psychotherapie indiziert war. In der Regel wurde mit diesen Patienten vereinbart, dass sie sich dann wieder einen neuen Termin geben lassen sollten, wenn sich die Symptome entweder verschlechtern sollten oder in absehbarer Zeit nicht verbesserten.

Kurzintervention

Hierunter fielen solche Kontakte, in denen ein bestimmtes Thema, wie Schlaflosigkeit, Antriebsarmut, Ärger am Arbeitsplatz etc. mit dem Ziel fokussiert wurde, in diesem ausgewählten Bereich einen Veränderungsprozess in Gang zu setzen. Diese Intervention konnte sowohl verhaltenstherapeutisch (Führen eines Angsttagebuches, Sokratischer Dialog zur Sensibilisierung für irrationale Überzeugungen) als auch gesprächspsychotherapeutisch orientiert sein. Die Abgrenzung gegenüber der Kategorie „Beratung“ ist hier in dem Fokus auf einen eng umgrenzten Themenbereich zu sehen, den es zu verändern gilt. Entscheidend war hier nicht so sehr das Erreichen einer Veränderung, sondern vielmehr die Initiierung eines Veränderungsprozesses.

Sensibilisierung für Psychotherapie und Weitervermittlung

Vor allem bei Patienten mit psychosomatischen Beschwerden war es oftmals notwendig, diese zunächst für die möglichen psychischen Zusammenhänge ihrer körperlichen Beschwerden zu sensibilisieren. So stellten diese Sitzungen eine Art Vorbereitung auf die später zu vermittelnde Psychotherapie dar.

Vermittlung an andere Leistungserbringer

Bei Patienten, die dieser Kategorie zugeordnet wurden, konnte in der Regel bereits in der ersten Sitzung festgestellt werden, dass andere Leistungserbringer - in erster Linie niedergelassene Psychotherapeuten, aber auch Beratungseinrichtungen - die idealen Fachkräfte für eine weitere Betreuung wären. Zum einen handelte es sich um Patienten, die von sich aus mit dem Anliegen, eine Psychotherapie machen zu wollen, kamen oder sich

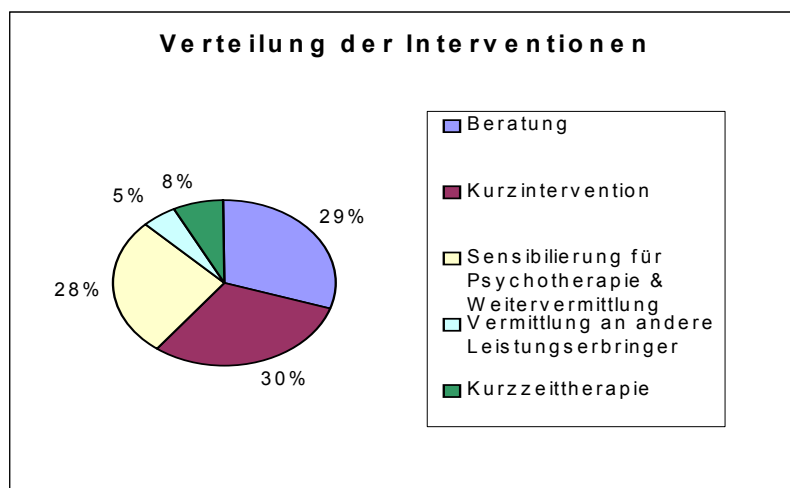
dem Anliegen, eine Psychotherapie machen zu wollen, kamen oder sich konkret nach Eheberatungseinrichtungen, Erziehungsberatungseinrichtungen etc., also Leistungserbringern außerhalb der kassenärztlichen Versorgung erkundigten.

Kurzzeittherapie

Speziell bei Patienten, bei denen anzunehmen war, dass sie außerhalb ihrer hausärztlichen Praxis keine Therapie in Anspruch nehmen würden, obschon davon auszugehen war, dass sie von einer Kurzzeittherapie profitieren würde, wurde eine klientenzentrierte Kurzzeittherapie durchgeführt. Im Gegensatz zur Kategorie „Kurzintervention“ konnte hier auf mehrere Problembereiche fokussiert werden, was sich auch, wie in Abbildung 5 dargestellt, auf die deutlich höhere Anzahl der Sitzungen auswirkt.

Die proportionale Aufteilung dieser Interventionsformen ist im nachfolgenden Kreisdiagramm dargestellt.

Abbildung 4: Verteilung der Interventionen



Der Zusammenhang zwischen der Anzahl der Patientenkontakte und der Art der Intervention wird im nachfolgenden Balkendiagramm wiedergegeben. Die drei Bereiche *Beratung*, *Kurzintervention* und *Sensibilisierung für Psychotherapie* nehmen in der Auftretenshäufigkeit in etwa den gleichen Umfang ein. Deutlich seltener ergaben sich die beiden Interventionsformen *Vermittlung an andere Leistungserbringer* und *Kurzzeittherapie*. Bei dieser Betrachtung ist jedoch auf die inhaltliche Nähe der beiden Kategorien „Sensibilisierung für Psychotherapie und Weitervermittlung“ und „Vermittlung an andere Leistungserbringer“ zu verweisen. In der Primärversorgung scheint es nur selten der Fall zu sein, dass Patienten unmittelbar an andere Leistungserbringer aus dem Bereich der psychosozialen Versorgung weitervermittelt werden

können. Die Regel ist eher, dass diese Patienten für die psychischen Zusammenhänge ihrer rein körperlich erlebten Beschwerden zunächst sensibilisiert werden müssen. Hierin ist auch die Ursache zu sehen, weshalb in der Umsetzung des Liaisondienstes häufig weitaus mehr Sitzungen pro Patient durchgeführt wurden, als in der theoretischen Konzeption ursprünglich angenommen wurde.

Abbildung 5: Verteilung der Interventionen auf die Anzahl der Patientenkontakte

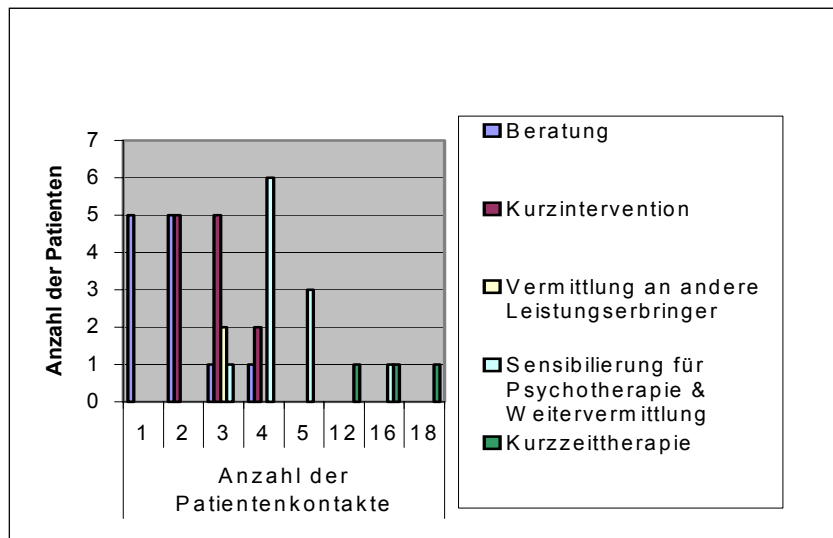


Abbildung 5 verdeutlicht, dass erwartungsgemäß systematische Zusammenhänge zwischen Art der Intervention und Anzahl der Patientenkontakte bestehen. Eine Reihung der Interventionsform in Abhängigkeit des Aufwands, ausgedrückt in der Anzahl der Patientenkontakte, ist in Tabelle 2 abgebildet:

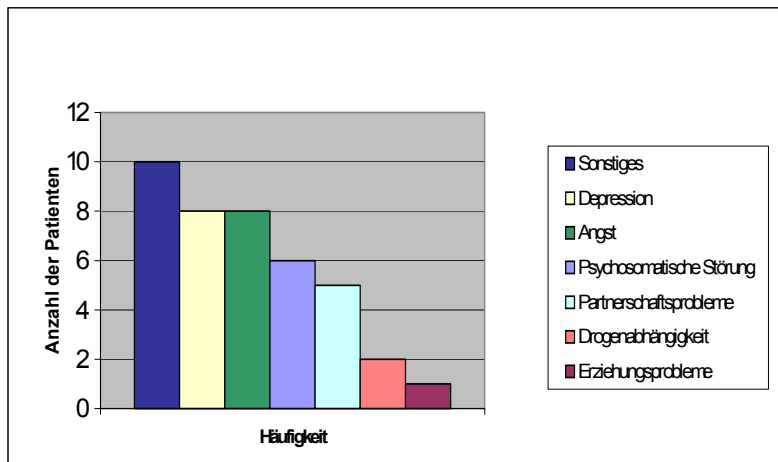
Tabelle 2: Häufigkeit der Patientenkontakte

Interventionsform	\bar{x}	s
Beratung	1,83	0,64
Kurzintervention	2,63	0,69
Vermittlung an andere Leistungserbringer	3,00	0,00
Sensibilisierung für Psychotherapie und Weitervermittlung	5,27	1,79
Kurzzeittherapie	15,33	1,67

3.2.4 Anlass der Patientenkontakte

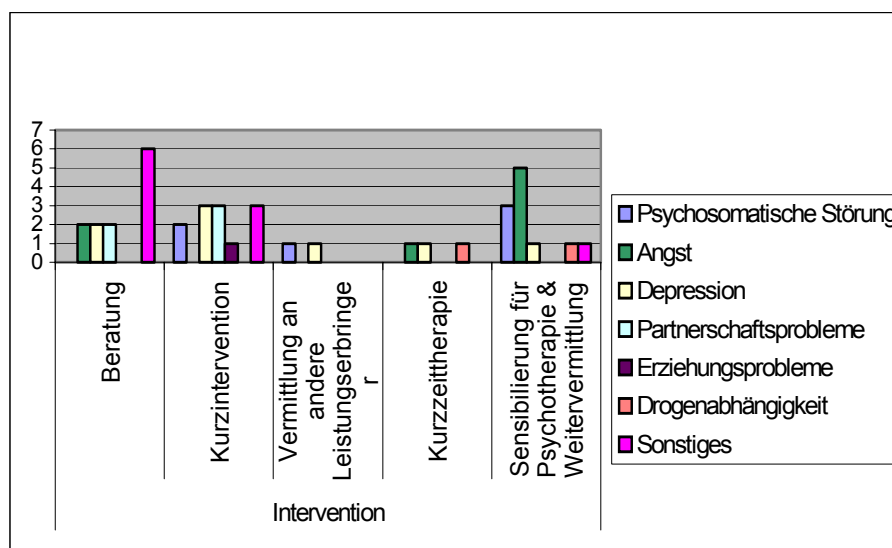
Die Anlässe der Kontaktaufnahme der Patienten wurden in sieben Kategorien unterteilt. Wie aus Abbildung 6 hervorgeht ist die Restkategorie die am häufigsten zugeordnete Kategorie, was als Zeichen für die hohe Heterogenität der Kontaktanlässe zu werten ist. Unter diese Kategorie fallen beispielsweise Patienten mit leichten akuten Beschwerden, die beispielsweise wissen wollten, ob bei ihren gegenwärtigen Problemen eine Psychotherapie indiziert sei. Es finden sich hierunter aber auch Patienten, die von den Hausärzten zur diagnostischen Abklärung zum Liaisonspsychologen geschickt wurden, bei denen aber keine behandlungsbedürftigen psychischen Symptome festgestellt wurden. Auf Grund der kleinen Fallzahlen wäre eine feinere Untergliederung dieser Kategorie auf Kosten der Übersichtlichkeit gegangen. Aus diesem Grund wurden auch die Bereiche Angst, Depression bzw. psychosomatische Störung nicht weiter in sich untergliedert. So wurden beispielsweise sowohl Patienten mit einfachen Phobien als auch Patienten mit Panikattacken oder auch generalisierter Angststörung unter der Kategorie „Angst“ subsumiert.

Abbildung 6: Anlass des Kontaktes



Die nachfolgende Abbildung macht deutlich, dass kein Zusammenhang zwischen Anlass des Kontaktes und Art der Intervention erkennbar ist, was allerdings unter den gegebenen Bedingungen nicht weiter verwundern sollte, bedenkt man, wie breit die einzelnen Kategorien gefasst wurden. So ist diese Abbildung eher als Modell für zukünftige Projekte mit höheren Fallzahlen zu sehen. Bei einer Aufteilung von 40 Patienten über sieben Typen von Kontaktanlässen und fünf Interventionsformen ist die Zellenbesetzung so gering, dass ein Vorhandensein systematischer Zusammenhänge nicht prüfbar bzw. erkennbar ist.

Abbildung 7: Zusammenhang zwischen Anlass und Intervention



Nachdem ein Überblick über die rein beschreibenden Fakten dieses Liaisonmodells gegeben wurde, soll im Folgenden die inhaltliche Ausgestaltung des Liaisondienstes dargestellt werden.

3.2.5 Beschreibung der Aufgaben des Liaisonpsychologen

3.2.5.1 Kooperation mit Ärzten und Praxisteam

Die praktische Umsetzung des Liaisondienstes in beiden Arztpraxen stellt einen weiteren Beleg für die vielfach beobachteten Unterschiede zwischen Theorie und Praxis dar. Deutlich wurde dies nicht nur auf Grund der unterschiedlichen Praxistypen (Gemeinschaftspraxis vs. Einzelpraxis), sondern auch durch die jeweils unterschiedlichen Kooperationsformen, die sich mit jedem der drei Ärzte herausgebildet hatten. Die theoretische Auseinandersetzung und Vorbereitung des Liaisondienstes im Vorfeld der Realisierung war vor allem geprägt von berufsgruppenbezogenen Vorüberlegungen. Von diesen ausgehend wurden die entsprechenden Kompetenzen der Allgemeinärzte und des Liaisonpsychologen abgeleitet und typische Schnittstellen im Versorgungsangebot herausgearbeitet. Während also auf theoretischer Ebene im Sinne einer prototypischen Dyade Arzt - Liaisonpsychologe gedacht wurde, ergab die Umsetzung drei höchst individuelle Dyaden, die nicht nur von unterschiedlichen fachlichen Einstellungen, sondern auch von ihren spezifischen persönlichen Konstellationen geprägt waren und sich so individuell auf die jeweilige Zusammenarbeit auswirkten. Hinsichtlich der unterschiedlichen Praxisstrukturen konnten folgende Auswirkungen auf den Liaisondienst beobachtet werden:

In der Gemeinschaftspraxis war der gesamte Praxisbetrieb bereits auf *zwei* „Behandler“ (Dr. K. und Dr. A.) ausgerichtet. Dies bedeutet, dass sich nicht nur die beiden Ärzte regelmäßig absprachen, sondern auch die Arzthelferinnen darauf achteten, an wen welche Information weiterzugegeben war. Bereits vor Implementierung des Liaisondienstes bestand hier also eine gewisse Routine hinsichtlich Organisation und Kommunikation, die auf mehr als einen Behandler ausgerichtet war. Es existierte also bereits vor der Implementierung des Liaisondienstes ein Kommunikationsnetzwerk, das durch das Hinzukommen eines dritten „Behandlers“ (den Liaisonpsychologen) weitaus geringerer Modifikation bedurfte als dies in der Einzelpraxis der Fall war. In der Einzelpraxis (Dr. G.) dagegen waren sämtliche Abläufe auf die eine Ärztin ausgerichtet, die über so gut wie alles durch ihre Arzthelferinnen informiert wurde und wiederum selber darüber entschied, welche Information weitergegeben wurden und welche nicht. Als Folge dieser unterschiedlichen Vorgaben lassen sich pointiert die Unterschiede hinsichtlich der Integration des Liaisonpsychologen in den beiden Praxen so ausdrücken, dass in der Gemeinschaftspraxis das Behandlerteam um einen Liaisonpsychologen lediglich erweitert wurde, was hinsichtlich der grundsätzlichen Abläufe keine größeren Veränderungen mit

sich brachte, während in der Einzelpraxis der Liaisonpsychologe als *ein* weiterer Behandler tätig wurde und dadurch eher autonom und unabhängig von der Allgemeinärztin arbeitete.

Vor Beginn der Durchführung dieses Modellversuchs wurden in beiden Praxen regelmäßige wöchentliche Treffen zu festen Terminen zwischen Ärzten und Liaisonpsychologen vereinbart. Dies stellte sich jedoch im alltäglichen Praxisbetrieb als zu zeitaufwendig dar. So wurden je nach Bedarf individuell Termine vereinbart, um Fragen oder Informationen bzgl. einzelner Patienten auszutauschen. Die Gemeinschaftspraxis verfügte über ein Computernetzwerk, so dass der Liaisonpsychologe wesentliche Informationen wie beispielsweise Behandlungsziele oder konkrete Absprachen mit den Patienten eingeben konnte und diese so für das gesamte Praxisteam abrufbar waren. Letztlich erwies sich dies als eine effiziente Kommunikationsform zwischen Ärzten, Arzhelferinnen und Liaisonpsychologen, da jeder für sich entscheiden konnte, zu welchem Zeitpunkt welche Information zu welchem Patienten abgerufen werden sollte. Ein Vergleich mit der Einzelpraxis kann als Bestätigung für die Vorzüge eines solchen Computernetzwerks gewertet werden, da hier der Austausch zwischen Ärztin und Liaisonpsychologe weitaus weniger intensiv war. Wie aus dem Interview hervorging, hatte sich die Ärztin der Einzelpraxis allerdings auch bewusst zurückgehalten, da sie sich nicht in das Behandlungsangebot des Liaisonpsychologen *einmischen* wollte. Einige Jahre vor Durchführung dieses Projektes hatte diese Ärztin den Raum, der jetzt dem Liaisonpsychologen zur Verfügung stand, für längere Zeit an eine Psychologische Psychotherapeutin vermietet. So ist es gut möglich, dass sie die Kooperationsform, die sich während jener Zeit bewährt hatte, auf die Art der Zusammenarbeit mit dem Liaisonpsychologen übertragen hatte. Diese Tatsache macht deutlich, wie sehr Vorerfahrungen der Allgemeinärzte mit psychotherapeutisch arbeitenden Kollegen und daraus abgeleitete Erwartungen den Prozess der Implementierung entscheidend mitbeeinflussen können. Hier hätte speziell in der ersten Phase der Durchführung - wie ursprünglich auch geplant - eine regelmäßige gemeinsame Reflexion der Tätigkeit und Erwartungen mehr Transparenz schaffen können.

Über zwei Wege erhielten die Patienten einen Termin beim Liaisonpsychologen:

- der behandelnde Arzt vermittelte den Termin;
- der Patient organisierte sich selbständig einen Termin.

Patienten, die sich selbständig einen Termin organisierten, bildeten zunächst die Ausnahme. Im Verlauf konnte jedoch eine sukzessive Zunahme der selbständigen Inanspruchnahme

durch die Patienten beobachten werden, was vor allem auf Mundpropaganda unter den Patienten und weniger auf die ausgelegten Faltblätter zurückzuführen war.

In den Fällen, in denen die Patienten durch den Arzt zum Liaisonpsychologen geschickt wurden, war entgegen der Erwartung eine konkrete Fragestellung an den Liaisonpsychologen von Seiten der Ärzte eher die Ausnahme. Der typische Fall war, dass die Ärzte psychische Symptome oder akute Belastungen meist entweder im familiären Umfeld oder im Arbeitsumfeld feststellten und daraufhin die Indikation für die liaisonpsychologische Tätigkeit stellten. Während der Begriff „Liaison“ auf einen interdisziplinären Ansatz hinweist, in dem Arzt und Psychologe *gemeinsam* die Behandlung durchführen, zeigte sich in der Praxis, dass eine Umsetzung dieses Anspruchs die Ausnahme bildete. In der Regel handelte es sich eher um eine Übergabe der Behandlung des Arztes an den Liaisonpsychologen. Dieser verwendete dann die erste Sitzung darauf, gemeinsam mit dem Patienten sein Anliegen bzw. die geeignete Interventionsform und das anzustrebende Interventionsziel herauszuarbeiten.

In beiden Praxen entwickelte sich während der Durchführung des Liaisondienstes eine gute Zusammenarbeit mit den Arzthelferinnen. Jedoch beschränkten sich deren Aufgaben in erster Linie auf die Vermittlung und Verwaltung der Termine und der Ausgabe der Anamnesebögen an jene Patienten, die einen Termin beim Liaisonpsychologen hatten. Neben dieser organisatorischen Zusammenarbeit waren in der Konzeption des Liaisondienstes eigentlich regelmäßige Team- und Fallsupervisionen vorgesehen, was bedauerlicherweise aus strukturell und zeitlich bedingten Hindernissen nicht umgesetzt werden konnte. Ansatzweise ergaben sich Kontakte mit einzelnen interessierten Arzthelferinnen, die sich nach einzelnen Patienten erkundigten oder nach Rat fragten, wie sie sich bestimmten Patienten gegenüber verhalten sollten. Einige Fragen oder auch Anmerkungen bezogen sich auf die Computereinträge des Liaisonpsychologen zu einzelnen Patienten. So zeigten einige der Arzthelferinnen ein deutliches Interesse hinsichtlich der Arbeit des Liaisonpsychologen, was sich in Form dieser Kontakte ausdrückte und so zumindest ansatzweise in Richtung Fallsupervision wiesen. Gleichzeitig verstanden sich die Arzthelferinnen aber nicht als zum Behandlersteam zugehörig, so dass es sowohl bei ihnen als den Ärzten vermutlich Irritationen ausgelöst hätte, wenn sie im Rahmen von Fallsupervisionen als Teil eines solchen Teams angesprochen worden wären. Die Arzthelferinnen waren in erster Linie für organisatorische Aufgaben der Praxis zuständig und führten ärztlich angewiesen ausgewählte Maßnahmen, wie beispielsweise Blut abnehmen oder Verband wechseln, durch. Diagnostische und behandlingstechnische Fragen besprachen die Patienten mit den Ärzten. Gingen Kontakte bzw. Gespräche zwischen Arzthelferin und

Patient über diesen Rahmen hinaus, hatten sie stets informellen Charakter, so dass diese nicht ohne weiteres systematisch in eine Fallsupervision hätten eingebracht werden können. Insgesamt stellte sich allerdings der Eindruck ein, dass bei längerer Dauer des Projektes auch die Fallsupervision immer mehr Raum hätte einnehmen können. Jedoch waren die vorgefunden Strukturen in beiden Praxen nicht auf einen Austausch dieser Art ausgerichtet, so dass die anfänglichen Erwartungen hinsichtlich dieser Aufgaben des Liaisonpsychologen als unrealistisch eingestuft werden müssen.

3.2.5.2 Behandlungsziele und Intervention

Im Abschnitt 4.2.3 „Verteilung der Interventionen“ wurde bereits ein Überblick über die Kategorien der Interventionsformen gegeben und die Häufigkeit der jeweiligen Inanspruchnahme dargestellt. Die überwiegende Mehrheit der Patienten war noch nie zuvor in psychotherapeutischer Behandlung gewesen, was sich vor allem im Erstgespräch bemerkbar machte. Für viele war es eine völlig neue Erfahrungen, ein Anamnesegespräch in Länge von 30 bis 50 Minuten zu führen. So viel Zeit können Hausärzte ihren Patienten allein aus abrechnungstechnischen Gründen nur in Ausnahmefällen zu Verfügung stellen. Für einige Patienten war dieser erste Kontakt von einer gewissen Angst begleitet, da sie fürchteten, dass der „Experte für psychische Störungen“ zum Ergebnis kommen könnte, dass sie *verrückt* seien. So war denn auch während des Erstgesprächs die Frage der Patienten, ob sie denn nun psychisch krank seien oder nicht, keine Seltenheit. Geprägt von ihren bisherigen Erfahrungen aus der ärztlichen Behandlung, zeigten sich die meisten Patienten eher reaktiv und passiv, was sich konsequenterweise auch in der Hierarchie innerhalb der Beziehung zwischen Patient und Liaisonpsychologe widerspiegelte. Auch wenn der Liaisonpsychologe keinen weißen Kittel trug, wurde er von den meisten Patienten mit „Herr Doktor“ angesprochen. Die Zuweisung einer mit Autorität versehenen Expertenrolle zwang den Liaisonpsychologen zunächst zu einer entsprechend direktiven Art der Beziehungsgestaltung, die nur nach und nach - und dies auch nicht in alle Fällen - aufgelockert werden konnte. Diese Erstkontakte gestalteten sich völlig anders als es beispielsweise der Fall ist, wenn Klienten eine Beratungseinrichtung oder psychotherapeutische Praxis aufsuchen. Im Gegensatz zu den Patienten einer Allgemeinarztpraxis sind diese bereits an dem Punkt angelangt, eine Beziehung zwischen ihren Beschwerden und möglichen psychischen Ursachen sehen zu können. Bei den Patienten der Allgemeinarztpraxen stellte ein solches Verständnis für die eigenen Beschwerden einen völlig neuen Aspekt dar. Natürlich ist hier auch zu berücksichtigen, dass ein Zusammenhang zwischen rein körperlichen Beschwerden und psychischen Ursachen wesentlich schwieriger zu

erkennen bzw. einzugestehen ist, als wenn sich die Beschwerden unmittelbar in Form von psychischen Belastungen ausdrücken. Dennoch fiel auf, dass die Mehrzahl der Patienten sehr schnell in der Lage war, mit großer Offenheit von sich und ihrem privaten Umfeld zu berichten. Hier könnte die Tatsache, dass vorher keinerlei Überlegungen zu möglichen psychischen und psychosozialen Zusammenhängen angestellt wurden, als Vorteil gewertet werden, da sie hinsichtlich des Verlaufs der Gespräche in eine solche Richtung überrascht werden konnten. In vielen Fällen erschloss sich den Patienten der Zusammenhang zwischen Beschwerden und psychischer Belastung allein durch ihre eigenen Erzählungen und nur in Ausnahmefällen durch direkte Hinweise seitens des Liaisonpsychologen. So war beispielsweise eine Patientin, die sich in regelmäßigen Abständen wegen Kopfschmerzen krankschreiben ließ, gegen Ende des Gesprächs selber erstaunt, wie viel sie über die problematische Beziehung zwischen sich und ihrem Ehemann erzählt hatte. Eine solche Erfahrung legte es dann auch für sie nahe, ihre Kopfschmerzen als einen wesentlichen Bestandteil dieser Dynamik zu verstehen.

Zusammenfassend lässt sich über die erste Phase der Kontaktaufnahme zwischen Patient und Liaisonpsychologen sagen, dass diese vor allem davon geprägt war, dem Patienten zu verstehen zu geben, dass

- ihm Zeit gegeben wird, Probleme, Konflikte etc. ausführlich zu erzählen,
- er nicht nur die Fragen des Liaisonpsychologen zu beantworten hat, sondern er selber auch Themen einbringen kann,
- Verlauf und Ergebnis zunächst völlig offen sind und
- seine eigenen Wünsche hinsichtlich der Frage nach weiteren Terminen oder Weiterbehandlung durch eine andere Person (Psychotherapie, Beratungseinrichtung etc.) von ganz entscheidender Bedeutung sind.

Diese Aufzählung deutet an, wie unterschiedlich innerhalb ein und derselben Praxis die Patientenkontakte bei dem Liaisonpsychologen und dem Allgemeinarzt verliefen.

Im Verlauf der Erstgespräche ergaben sich für den Liaisonpsychologen in der Regel deutliche Hinweise, wie nach seiner Einschätzung günstigerweise weiterverfahren werden sollte. Diese unterbreitete er den Patienten gegen Ende des Gesprächs als seine eigene persönliche Einschätzung. Unmittelbar danach wurde der Patient nach *seiner* Einschätzung gefragt. In der Folge einigten sich beide darauf, wie sie nun verbleiben wollen. Typische Ausgänge der Erstgespräche waren:

- Der Patient möchte nach diesem Gespräch etwas Zeit verstreichen lassen und sich dann - sofern der Wunsch besteht - einen weiteren Termin geben lassen.

- Es soll ein weiteres Gespräch vereinbart werden.
- Ein weiteres Gespräch ist nicht nötig, da der Liaisonpsychologe den Patienten an einen Psychotherapeuten, Psychiater oder andere Leistungserbringer vermitteln wird, so dass er den Patienten dann telefonisch kontaktieren wird.

Wie im Abschnitt zur Häufigkeit der Patientenkontakte bereits dargestellt wurde, überstieg die Anzahl der Kontakte nur selten vier Sitzungen. Speziell die Vermittlung an niedergelassene Psychotherapeuten gestaltete sich äußerst schwierig: In vielen Fällen waren die psychotherapeutischen Praxen so überfüllt, dass gar keine Termine mehr angenommen wurden. In der Regel musste man sich zufrieden geben, wenn innerhalb des nächsten Vierteljahres ein Termin zum Erstgespräch vergeben wurde.