

4 Ergebnisse

4.1 Auswertung der anamnestischen Erhebung

Insgesamt umfasst die Stichprobe 40 Patienten. Von diesen hatten 8 Patienten von vornherein abgelehnt einen Fragebogen auszufüllen, so dass für die weitere Auswertung 32 Patienten verbleiben. Von diesen hatten wiederum einige ganze Abschnitte des Fragebogens nicht ausgefüllt, so dass die Stichprobe zum Teil weniger als 30 Patienten umfasst. Auf Grund dieser Datenlage können die vorliegenden Fragebögen in nur sehr beschränktem Umfang einer statistischen Analyse unterzogen werden. Weder ist es auf Grund dieser kleinen Fallzahlen sinnvoll, Analysen hinsichtlich geschlechtsspezifischer Unterschiede noch unterschiedlicher Behandlungsanlässe sowie weiterer interessanter anderer Unterscheidungskriterien vorzunehmen. In dem hier folgenden Abschnitt werden daher vorwiegend Mittelwerte und Standardabweichungen der einzelnen Fragebogenskalen für die Gesamtstichprobe ermittelt und jeweils mit den Werten der Normstichprobe verglichen. Ferner sollen vor allem anhand korrelationsstatistischer Verfahren Zusammenhänge zwischen einzelnen Skalen der verschiedenen Fragebögen überprüft werden. Insbesondere werden hier Zusammenhänge zwischen körperlicher Befindlichkeit, psychischer Befindlichkeit, sozialer Unterstützung und subjektiver Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes untersucht.

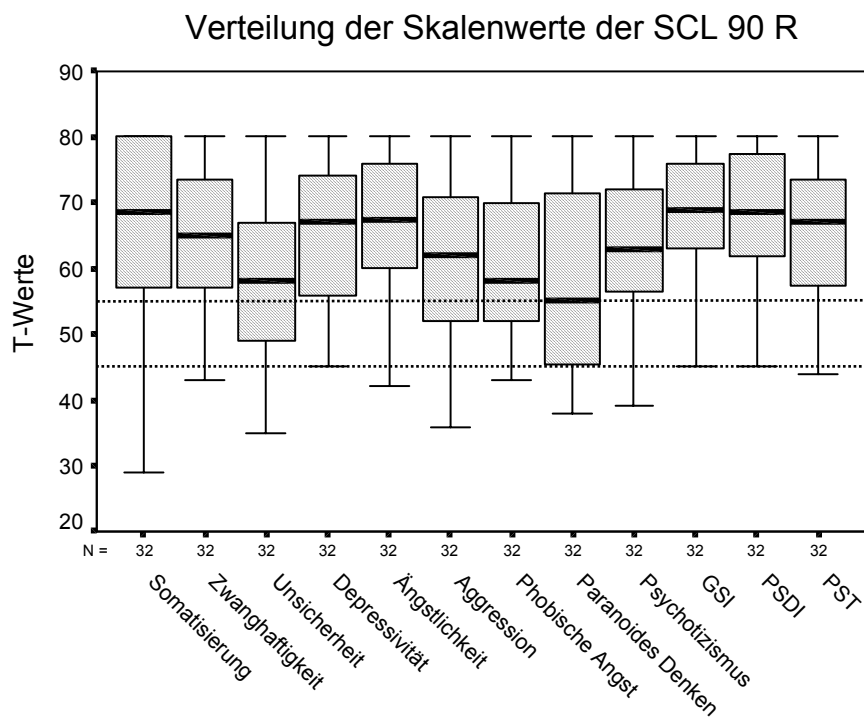
4.1.1 Psychische Befindlichkeit

Bei der Auswertung der SCL – 90 – R werden die Rohwerte in Abhängigkeit von Bildung, Alter und Geschlecht in T-Werte transformiert. Die Werte für die mittleren 40% der Normierungsstichprobe befinden sich zwischen den T-Werten 45 und 55. Über alle Skalen hinweg kann eine deutliche Erhöhung der Werte gegenüber der Normstichprobe festgestellt werden.

Tabelle 3: Verteilung der Mittelwerte der SCL 90 R

	N	\bar{x}	s
Somatisierung	30	65,69	14,28
Zwanghaftigkeit	30	65,63	10,24
Unsicherheit	30	59,09	12,87
Depressivität	30	64,72	10,89
Ängstlichkeit	30	65,47	12,30
Aggressivität	30	60,50	13,18
Phobische Angst	30	60,84	12,73
Paranoides Denken	30	58,41	15,11
Psychotizismus	30	62,66	11,54
GSI	30	68,09	10,90
PSDI	30	67,75	10,50
PST	30	64,78	11,24

Die Verteilung über die einzelnen Skalen hinweg wird in der nachfolgenden Boxplotdarstellung deutlich: Der Median wird durch einen Balken, die mittleren 50% der Stichprobe durch einen Kasten und die mittleren 75% durch die äußeren Begrenzungen dargestellt. Die mittleren 40% der Normierungsstichprobe sind durch gestrichelte Linien gekennzeichnet.

Abbildung 8: Verteilung der Skalenwerte der SCL 90 R

4.1.2 Körperliche Beschwerden

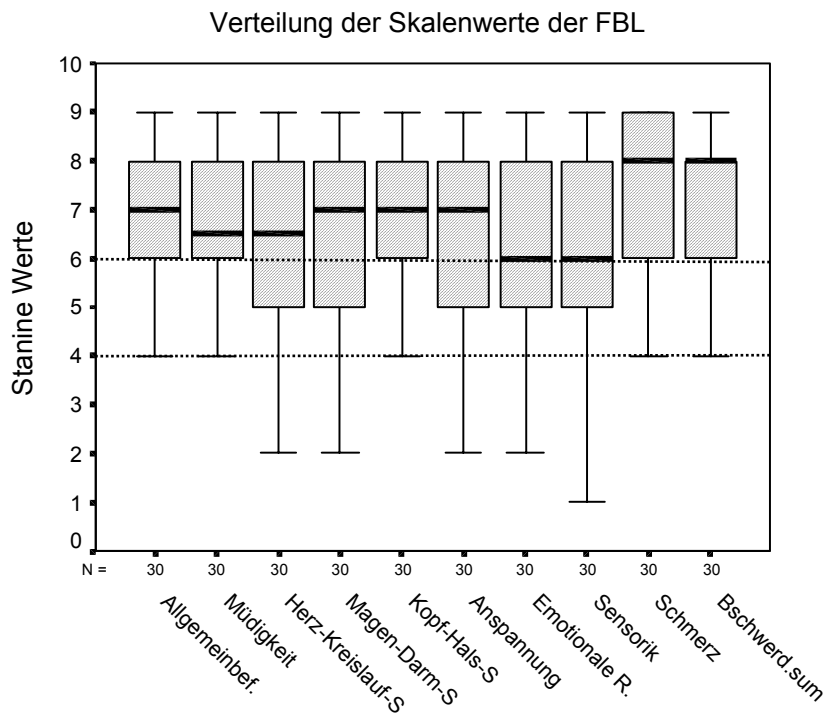
In der Normtabelle der FBL werden die Rohwerte in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht in Stanine-Werte umgerechnet. Die mittleren 54% der Normstichprobe werden durch die Statine-Werte in dem Intervall zwischen 4 und 6 abgebildet. Aus der nachfolgenden Tabelle geht hervor, dass über alle Skalen hinweg die anamnestisch untersuchten Patienten Mittelwerte von 6 und größer aufweisen, also in allen durch die FBL erfassten Beschwerdebereiche oberhalb der mittleren 54% der Normstichprobe liegen.

Tabelle 4: Verteilung der Mittelwerte der FBL

	N	\bar{x}	s
Allgemeinbefinden	30	7,00	1,39
Müdigkeit	30	6,65	1,68
Herz-Kreislauf-Syndrom	30	6,30	1,82
Magen-Darm-Syndrom	30	6,39	2,22
Kopf-Hals-Syndrom	30	6,52	1,57
Anspannung	30	6,26	2,11
Emotionale Reaktivität	30	6,29	2,21
Sensorik	30	6,03	2,03
Schmerz	30	7,16	1,70
Beschwerdesumme	30	7,13	1,65

Die Verteilung über die einzelnen Skalen hinweg wird in der nachfolgenden Boxplotdarstellung deutlich. Analog der Darstellung bei der SCL-90-R bilden die beiden gestrichelten Linien zwischen 4 und 6 die mittleren 54% der Normstichprobe ab.

Abbildung 9: Verteilung der Skalenwerte der FBL



Entsprechend den Erwartungen zeigen die untersuchten Patienten aus den Allgemeinarztpraxen gegenüber der körperlich gesunden Normierungsstichprobe auf allen Dimensionen der FBL deutlich höhere Werte.

Auf Zusatzitems der FBL schätzten die Patienten jeweils auf 5-poligen Skalen ihren Gesundheitszustand (sehr gut - sehr schlecht) und das Ausmaß der beruflichen Belastung (sehr gering - sehr stark) ein.

Die nachfolgenden Tabelle zeigt, dass sich die Patienten sowohl hinsichtlich ihrer Gesundheit als auch ihrer beruflichen Situation eher als belastet ($< 2,5$) erleben.

Tabelle 5: Berufliche Belastung und Gesundheitszustand

	N	\bar{x}	s
Berufliche Belastung	22	3,59	1,53
Gesundheitszustand	29	3,79	1,08

Auf Grund der kleinen Fallzahlen war es nicht möglich, im Rahmen eines varianzanalytischen Designs diese beiden Items in Form von Faktoren genauer zu untersuchen. Aus diesem Grund wurden über alle Skalenwerte hinweg Korrelationen nach Pearson hinsichtlich der

beruflichen Belastung und der Einschätzung des Gesundheitszustandes gerechnet. Die nachfolgende Tabelle gibt die Korrelationskoeffizienten (nach Pearson)* wieder:

Tabelle 6: Korrelationsmatrix FBL - Skalen mit Gesundheitszustand bzw. berufl. Belastung

	N	berufl Belastung	Gesundheitszust.
Allgemeinbefinden	22	,15	,35
Müdigkeit	22	,06	,50**
Herz-Kreislauf-Syndrom	22	,20	,26
Magen-Darm-Syndrom	22	,21	,29
Kopf-Hals-Syndrom	22	,01	,08
Anspannung	22	-,15	,40*
Emotionale Reaktivität	22	-,26	,38*
Sensorik	22	,18	,30
Schmerz	22	-,08	,17
Beschwerdesumme	22	,01	,40*

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

Während keine der Beschwerdeskalen auf systematische Zusammenhänge zur subjektiven Einschätzung der beruflichen Belastung hinweisen, ergeben vier Skalen signifikante Korrelationen mit der subjektiven Einschätzung des Gesundheitszustandes. Interessanterweise handelt es sich hier nicht um Skalen, die auf konkrete körperliche Beschwerden hinweisen sondern um solche, die auf das Vorhandensein von psychischer Belastung hindeuten: Müdigkeit, Anspannung und emotionale Reaktivität. Dies lässt die Vermutung zu, dass das subjektive Gesundheitsempfinden vor allem durch das Ausmaß psychischer Belastung und weniger durch die Intensität bzw. Häufigkeit körperlicher Beschwerden bestimmt wird.

In der folgenden Korrelationsmatrix wird der Zusammenhang zwischen der subjektiven Einschätzung des Gesundheitszustands bzw. der beruflichen Belastung und den Dimensionen der SCL-Skalen dargestellt.

Tabelle 7: Korrelationsmatrix SCL 90 R und Gesundheitszustand bzw. berufl. Belastung

	Soma.	Zwang.	Unsich.	Depr.	Ängst.	Aggr.	Phob.	Paran.	Psychot.	GSI	PSDI	PST	
Gesundheitszustand.	r	,57**	,12	,14	,31	,44*	,28	,54**	,12	,13	,43*	,25	,36
	n	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29
berufliche Belastung	r	-,03	-,09	,04	-,16	-,21	-,05	-,20	-,06	,13	-,14	-,12	-,02
	n	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22

* Alle nachfolgenden Korrelationen wurden nach Pearson unter Anwendung der in Tabelle 6 angegebenen Signifikanzniveaus errechnet

Es können hier keinerlei systematische Zusammenhänge zwischen dem Ausmaß der beruflichen Belastung und den Skalen der SCL festgestellt werden. Dagegen korrelieren folgende Dimensionen der SCL signifikant mit der subjektiven Einschätzung des Gesundheitszustandes:

- Somatisierung: einfache körperliche Belastung bis hin zu funktionellen Störungen;
- Ängstlichkeit: körperlich spürbare Nervosität bis hin zu tiefer Angst;
- Phobische Angst: leichtes Gefühl von Bedrohung bis hin zur massiven phobischen Angst;
- GSI (global severity index): allgemeine psychische Belastung;

Der gefundene Zusammenhang zwischen Somatisierung und subjektiver gesundheitlicher Beeinträchtigung wurde bereits in einer Untersuchung von v. Zerssen (1986) mit einem Korrelationskoeffizienten von $r=0.68$ festgestellt. Die anderen beiden Dimensionen Ängstlichkeit und phobische Angst deuten auf einen Zusammenhang zwischen Ängsten im Allgemeinen und dem Gefühl einer beeinträchtigten Gesundheit hin.

4.1.3 Neigung zur Entwicklung psychosomatischer Erkrankungen

Die Skala Realitätsbezug zeigte gegenüber der Normstichprobe eine deutliche Abweichung in negative Richtung. Dies bedeutet, dass in der hier untersuchten Patientenstichprobe der Realitätsbezug gegenüber der *gesunden* Normierungsstichprobe deutlich geringer ausgeprägt war, was nach Koch (1981) als höhere Neigung zur Entwicklung psychosomatischer Erkrankungen zu werten ist.

In der nachfolgenden Tabelle werden Mittelwerte und Standardabweichung der Patientendaten und der gesunden Kontrollgruppe einander gegenübergestellt:

Tabelle 8: Verteilung der Mittelwerte des FAPK

	N	\bar{x}	s
Kontrollgruppe	77	21.82	3.57
Patienten	25	14.28	5.14

Die hier vorgefundenen Werte korrespondieren mit den Mittelwerten, die die Autoren des FAPK für Patienten mit funktionellen Beschwerden ($\bar{x} = 16.50$; $s = 5.03$) und neurotisch depressive Patienten ($\bar{x} = 12.65$; $s = 5.18$) gefunden haben (vgl. Koch, 1981).

Auch hier ist es auf Grund der kleinen Fallzahlen nicht zulässig, störungsspezifisch die Verteilung der Werte dieser Skalen zu betrachten. So hebt sich zwar die Gruppe, die wegen Partnerschaftsproblemen den Liaisondienst aufgesucht hat mit einem Mittelwert von 19.33 deutlich gegenüber den anderen Subgruppen ab. Da sich aber in dieser Kategorie nur drei Patienten befinden, ist es nicht möglich, hieraus irgendwelche generalisierende Schlüsse zu ziehen.

4.1.4 Soziale Unterstützung

In der nachfolgenden Tabelle werden für die einzelnen Dimensionen des F-SOZU Mittelwerte und Standardabweichungen wiedergegeben. Da für diesen Test noch keine Normdaten zur Verfügung stehen, wurden als Orientierung die Werte wiedergegeben, die Sommer & Fydrich (1989) aus einer Untersuchung von Holzbrecher (1987) an einer *nicht-klinischen* Stichprobe zitieren. Es handelt sich hierbei um ca. 3000 Einwohner einer Gemeinde, die nach Repräsentativitätskriterien ausgewählt wurden. Auf allen Dimensionen zeigen die Daten der Patienten ein geringfügig niedrigeres Ausmaß an sozialer Unterstützung. Der einzige Wert der mehr als eine Standardabweichung von der Normalbevölkerung abweicht, ist der, der das Ausmaß der Zufriedenheit bzgl. der sozialen Unterstützung wiedergibt. So lässt sich schlussfolgern, dass zwar keine großen Unterschiede hinsichtlich der wahrgenommenen sozialen Unterstützung beider Gruppen bestehen, die Patienten aber insgesamt unzufriedener über ihr soziales Umfeld sind. So scheint die Quantität nicht aber die subjektiv wahrgenommene Qualität der sozialen Unterstützung beider Gruppen überein zu stimmen.

Tabelle 9: Verteilung der Mittelwerte der F-SOZU

Stichprobe	Dimension	N	\bar{x}	s
Patienten	Gesamtwert	31	3,97	0,87
Normalbevölkerung			4,25	0,57
Patienten	Emotionale Unterstützung	31	4,16	0,98
Normalbevölkerung			4,27	0,66
Patienten	Praktische Unterstützung	31	4,26	0,91
Normalbevölkerung			4,33	0,53
Patienten	Soziale Integration	31	3,92	1,51
Normalbevölkerung			3,95	0,62
Patienten	Zufriedenheit mit sozialer Unterstützung	31	2,06	1,01
Normalbevölkerung			3,65	,86
Patienten	Vertrauensperson	31	4,55	0,82
Normalbevölkerung			4,45	,85

Über die Korrelation des Gesamtwertes des F-SOZU mit den Dimensionen der SCL-90-R soll überprüft werden, inwieweit systematische Zusammenhänge zwischen psychischer Befindlichkeit und sozialer Unterstützung bestehen. Die Ergebnisse sind in der nachfolgenden Tabelle wiedergegeben.

Tabelle 10: Korrelationsmatrix SCL 90 R und Soziale Unterstützung

soziale Unterstützung		Soma.	Zwang.	Unsich.	Depr.	Ängst.	Aggr.	Phob.	Paran.	Psychot.	GSI	PSDI	PST
r		-.21	.23	-.55**	-.38*	-.10	-.19	-.36*	-.38*	-.37*	-.40*	-.20	-.44*
n		31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31

Signifikante Korrelationen ergaben sich auf den Dimensionen: Soziale Unsicherheit, Depressivität, Ängstlichkeit, Phobisches Denken, Paranoides Denken und Psychotizismus. Wie oben bereits ausgeführt, kann die systematische Abnahme der sozialen Unterstützung in Abhängigkeit der Zunahme psychischer Symptome als Folge psychischer Belastung verstanden werden, die mit einem allgemeinen sozialen Rückzug einhergeht begreifen. Es kann aber ebenso gut davon ausgegangen werden, dass mit einem geringeren Ausmaß an sozialer Unterstützung eine höhere Wahrscheinlichkeit einhergeht, auf den mit der SCL-90-R erhobenen Dimensionen belastet zu sein.

4.1.5 Häufigkeit des Hausarztbesuches

Hier sollte der Frage nachgegangen werden, ob globale Dimensionen, wie sie im Anamnesefragebogen erhoben wurden, in Zusammenhang mit der Häufigkeit der Hausarztbesuche stehen. Aus der Freiburger Beschwerdeliste wurde die Dimension „Allgemein körperliches Befinden“ aus der SCL 90 R die Dimension „Allgemeine psychische Befindlichkeit und aus der F-SOZU der Gesamtwert sowie die Dimension „Verfügbarkeit einer Vertrauensperson“ gewählt.

Tabelle 11: Korrelationsmatrix Hausarztbesuch und psychische bzw. körperliche Befindlichkeit

		Allgemeinb efinden	GSI	F-SOZU Gesamtwert	Vertrauens person	FAPK
Häufigkeit der Hausarztbesuche	r	-.10	.27	.01	-.44*	-,15
	n	31	31	31	31	31

Während weder bei der körperlichen und psychischen Befindlichkeit noch beim Ausmaß der sozialen Unterstützung und des Realitätsbezuges keine Beziehung zur Häufigkeit der Hausarztbesuche hergestellt werden konnte, ergab die Korrelation mit „Verfügbarkeit einer Vertrauensperson“ einen signifikanten negativen Zusammenhang. D.h. je weniger ein Patient über eine Vertrauensperson verfügt, umso häufiger besucht er seinen Hausarzt. Weder das körperliche Allgemeinbefinden noch psychische Befindlichkeit und allgemeine soziale Unterstützung zeigen einen signifikanten Zusammenhang mit der Häufigkeit der Hausarztbesuche.

4.1.6 Zusammenfassung der anamnestischen Erhebung

Die Daten der anamnestisch untersuchten Patienten zeigen im Vergleich zu der Normierungsstichprobe sowohl hinsichtlich der psychischen Symptomatik (SCL-90-R) als auch hinsichtlich der körperlichen Belastung (FBL) deutlich erhöhte Werte. Speziell das Ausmaß an körperlicher Belastung beeindruckt vor dem Hintergrund, dass von Seiten der Primärärzte bei diesen Patienten weder eine somatische Behandlung durchgeführt wurde noch eine somatische Diagnose gestellt wurde. So ist die subjektiv erlebte körperliche Beeinträchtigung der Patienten in erster Linie vor dem Hintergrund der psychischen Belastung zu verstehen. Dieser Zusammenhang wird zum einen durch die erhöhten Werte der Skala „Realitätsbezug“ aus dem FAPK, zum anderen durch die signifikanten Korrelationen zwischen dem Ausmaß subjektiver Gesundheitsbeeinträchtigung und der einzelnen Dimensionen der SCL-90-R bestätigt. Diese Ergebnisse machen deutlich, dass die subjektive Wahrnehmung des körperlichen Wohlbefindens untrennbar mit der psychischen Befindlichkeit verbunden ist. Ebenso konnten systematische Zusammenhänge zwischen dem Ausmaß an sozialer Unterstützung und psychi-

scher Befindlichkeit bzw. körperlicher Beschwerden gefunden werden, was als Hinweis für die Bedeutung eines intakten sozialen Umfeldes für die Gesamtbefindlichkeit gewertet werden kann.

4.2 Auswertung der katamnestischen Erhebung

Nach Abschluss des Liaisondienstes wurden alle Patienten, die im Rahmen des Modellversuchs liaisonpsychologisch versorgt wurden, ca. 3 Monate nach Abschluss der Durchführungsphase angeschrieben. In diesem Anschreiben wurden die Patienten gebeten, den beiliegenden Fragebogen, der aus den beiden bereits beschriebenen Fragebögen, SCL-90-R und FAPK, sowie den Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung (FBB) und den Veränderungsfragebogen des Erlebens und des Verhaltens (VEV), auszufüllen. Die Fragebögen, die bereits in der anamnestischen Befragung zum Einsatz kamen, dienten der Erfassung möglicher Veränderung. Nach ca. drei Wochen trafen von insgesamt 40 angeschriebenen Patienten insgesamt nur neun zum Teil auch unvollständig ausgefüllte Fragebögen wieder ein. Es erfolgte ein weiteres Anschreiben an jene Patienten, die noch nicht geantwortet hatten. Von den 31 zum zweitenmal Angeschriebenen sandten weitere vier Patienten die Fragebögen zurück, so dass die Gesamtzahl der katamnestisch erhobenen Patientendaten lediglich einen Stichprobenumfang von 13 beträgt. Die relativ schlechte Antwortquote von nur 32,5% bedeutet eine deutliche Einschränkung hinsichtlich der Generalisierbarkeit der katamnestisch erhobenen Daten. So ist es denkbar, dass diese 13 Patienten eine Gruppe bilden, die ganz besonders positiv zu diesem Versorgungsmodell standen und daher auch die Motivation aufbrachten, die Fragebögen zu bearbeiten, was zu einer systematischen Verzerrung der Ergebnisse führen würde.

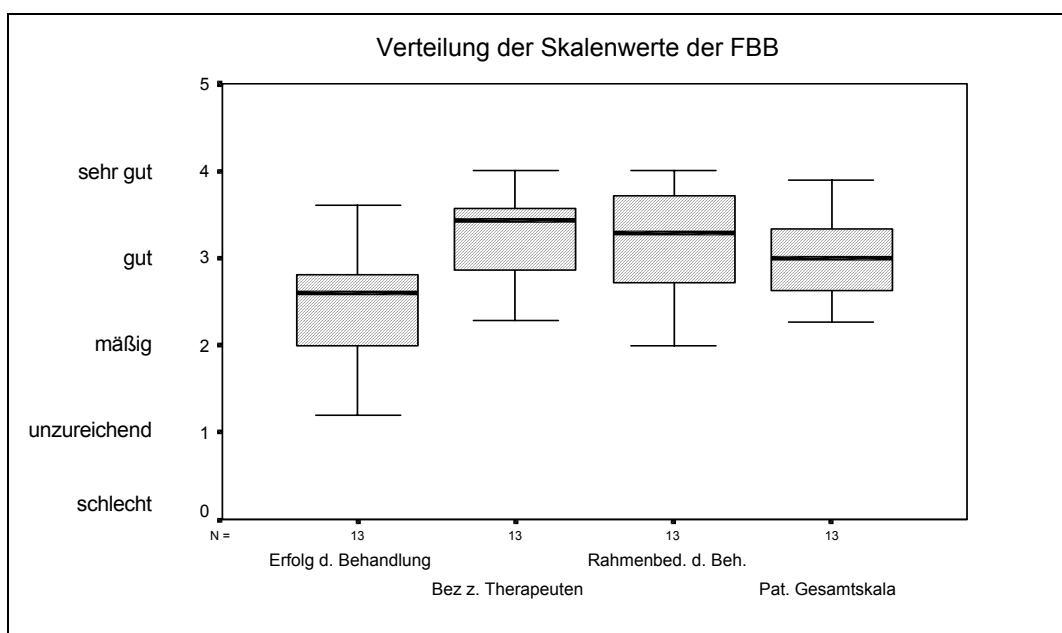
4.2.1 Subjektiv erlebte Veränderung im Erleben und Verhalten

Die Auswertung des VEV ergab einen Mittelwert von 180,13 und eine Standardabweichung von 23,80. Der kritische Wert mit dem man bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% eine positive Veränderung annehmen kann liegt nach Zielke (1978) bei 187. Von einer negativen Veränderung sollte bei Werten von 149 und weniger gesprochen werden. So scheint ein Teil der Patienten deutlich von dem Liaisondienst profitiert zu haben, während ein anderer Teil keine eindeutige Veränderung feststellen konnte. Zur genaueren Analyse der vorliegenden Ergebnisse wurden die Patienten nach den von Zielke (1978) angegebenen kritischen Werten aufgeteilt: Danach fiel keiner der Patienten in die Kategorie „negative Veränderung“, der größte Teil (N=10) fiel in die Kategorie „keine Veränderung“ und der kleinere Teil (N= 3) fiel in die Kategorie „positive Veränderung“.

4.2.2 Beurteilung des Liaisondienstes

Die Ergebnisse der mit dem FBB katamnestisch befragten Patienten sind in Abbildung 10 in Form von Boxplots graphisch dargestellt. Auf allen vier Dimensionen liegen die Mittelwerte im Bereich „gut“, so dass von einer insgesamt guten Akzeptanz dieses Modellversuchs von Seiten der Patienten ausgegangen werden kann. Der niedrigste Wert ($\bar{x} = 2,37$, $s = 1,02$), der aber auch die größte Streuung aufweist, findet sich auf der Skala „Erfolg der Behandlung“. Dieses Ergebnis korrespondiert gut mit Mittelwert und Standardabweichung der mit dem VEV erhobenen Daten. Zum einen bildet die vergleichsweise größere Streuung die Heterogenität der Kontaktnlässe der Patienten ab, zum anderen befinden sich unter den Befragten auch Patienten, deren Beschwerden bereits über Jahre bestehen, so dass innerhalb des Katamnesezeitraums nicht mit einer deutlichen Besserung der Symptomatik zu rechnen war, was sich wiederum auf die Bewertung auswirken dürfte.

Abbildung 10: Verteilung der Skalenwerte der FBB



4.2.3 Veränderung der psychischen und körperlichen Befindlichkeit

Zur Auswertung der Fragebogendaten, die sowohl vor dem ersten Gesprächstermin mit dem Liaisonpsychologen als auch katamnestisch erhoben wurden, wurde eine zweifaktorielle Varianzanalyse mit Wiederholungsmessung durchgeführt. Da einer der katamnestisch befragten Patienten, diesen Teil des Fragebogens nur sehr unvollständig ausgefüllt hatte, reduziert sich die ohnehin schon sehr kleine Stichprobe auf zwölf Patienten. Weiterhin gilt, dass auf Grund der sehr kleinen Fallzahlen, dieser Teil der Auswertung lediglich exemplarischen

Charakter haben kann. Daher wurde aus dem Fragebogen des SCL-90-R nur das globale Maß „psychische Befindlichkeit“ herangezogen und auf die Auswertung der weiteren Skalen verzichtet.

In der nachfolgenden Tabelle werden Mittelwerte und Standardabweichung zu den beiden Messzeitpunkten für die Skala „Realitätsbezug“ aus dem FAPK und die Skala „Befindlichkeit“ aus der SCL-90-R wiedergegeben:

Tabelle 12: Verteilung der Mittelwerte der Wiederholungsmessung

	N		t ₁	t ₂
Realitätsbezug (FAPK)	12	\bar{x}	15,67	17,08
		s	4,94	6,14
Psychische Belastung (SCL-90-R)	12	\bar{x}	69,58	63,92
		s	5,93	13,11

Aus der Tabelle geht hervor, dass sich beide Mittelwerte in erwarteter Richtung verändern: Der Realitätsbezug nimmt zu und das Ausmaß an psychischer Belastung nimmt ab. Die Ergebnisse der Varianzanalyse sind in der nachfolgenden Tabelle dargestellt.

Tabelle 13: Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Wiederholungsmessung

Q.d.V.	QS	df	M.d.Q.	F	p
FAPK	30421,69	1	30451,69	183,34***	.000
Fehler	1827,06	11	166,10		
SCL-90-R	54,19	1	54,19	2,35	.153
Fehler	253,56	11	23,05		
FAPK * SCL90-R	150,52	1	150,52	5,95*	.033
Fehler	278,23	11	25,29		

Die Varianzanalyse ergab zwei signifikante F-Werte. Zum einen nahm der Realitätsbezug der Patienten über den gemessenen Zeitraum signifikant zu. Der zweite signifikante F-Wert ergibt sich aus der Interaktion der beiden Variablen und ist in der umgekehrten Polung von SCL-90-R und FAPK begründet, so dass eine Interpretation dieses Effekts nicht sinnvoll ist.

4.2.4 Zusammenfassung der katamnestic Erhebung

Insgesamt sprechen die katamnestic erhobenen Daten dafür, dass der Liaisondienst von den Patienten ausgesprochen positiv aufgenommen wurde. Vor allem die Rahmenbedingungen als auch die Beziehung zum Liaisonpsychologen, wie sie mit dem FBB erhoben wurden, erhielten ausgesprochen positive Bewertungen. Auf der Ebene der psychischen Befindlichkeit konnte dagegen weder eindeutig positive noch eindeutig negative Veränderung festgestellt werden. Auf der anderen Seite veränderte sich der Realitätsbezug, mit dem die Neigung zur Ausbildung psychosomatischer Störungen einhergeht, in eine positive Richtung. Wie bereits erwähnt, bleibt die Aussagekraft dieser Ergebnisse jedoch auf Grund der kleinen Fallzahlen deutlich eingeschränkt.

4.3 Die Bedeutung des Liaisonmodells aus Sicht der Praxisteam

4.3.1 Strukturell bedingte Probleme in der Primärversorgung

Der erste Teil der Interviews galt dem Ziel, einen Einblick in die alltägliche Versorgungssituation der beiden kooperierenden Arztpraxen zu gewinnen. Während in Überblicksarbeiten immer wieder auf den Missstand des psychosozialen Versorgungsangebots in der Primärversorgung hingewiesen wird, sollte nun auf konkreter Ebene in Erfahrung gebracht werden, ob in den an diesem Modellprojekt beteiligten Praxen ein ähnlicher Missstand vorzufinden ist und wenn ja, wie sich dieser auf die Versorgungspraxis der drei befragten Ärzte auswirkt.

Übereinstimmend nennen die Ärzte als zentrales Problem den ständigen Zeitdruck, unter dem sie ihre Patienten zu versorgen haben. Einerseits sehen sie die Ursache in dem gegenwärtigen Abrechnungssystem, welches, um eine wirtschaftliche Führung der Praxis zu gewährleisten, einen extrem hohen Patientendurchlauf erfordert. Eine weitere Ursache sehen sie aber auch in der Größe ihres Patientenstamms. Sollen den anderen Patienten nicht unerträglich lange Wartezeiten zugemutet werden, kann nur sehr wenig Zeit für jeden einzelnen Patienten aufgewendet werden. Hierbei handelt es sich um eine Situation, die sich in den letzten Jahren noch weiter zugespitzt hat. Dr. K aus der Gemeinschaftspraxis berichtet, dass es ihr früher noch möglich war, bei Bedarf auch längere Gespräche mit einzelnen Patienten zu führen bzw. diese gesondert für einen Gesprächstermin einzubestellen. In den letzten Jahren habe sich jedoch aus abrechnungstechnischen und somit wirtschaftlichen Gründen die Problematik des ständigen Zeitdrucks so sehr verschärft, dass sie solche Gesprächsangebote im Grunde gar nicht mehr machen kann.

*Z.B. so wie es früher bei mir durchgeführt wurde, dass ich bei mir Patienten noch mal einbestellt habe an einem anderen Tag für ein längeres Gespräch, habe ich eigentlich gar nicht mehr. (Dr. K)**

Drastischer beschreibt Dr. A, ebenfalls Arzt in der Gemeinschaftspraxis, die gegenwärtige Situation.

Die wirtschaftlichen Zwänge gehen zurzeit in Richtung Massenabfertigung.

Alle drei befragten Ärzte zeigten bei diesem Thema nicht nur Verärgerung über diese Entwicklung, sondern ließen auch eine gewisse resignative Haltung erkennen. Zum Beispiel betonen die beiden langjährig erfahrenen Hausärztinnen, Dr. G (Einzelpraxis) und Dr. K, die Wichtigkeit der persönlichen Kontakte zu ihren Patienten. Nun aber werden sie in eine Situation gebracht, in der diese Form des Versorgungsangebots immer stärker in Konflikt mit ihrem Interesse gerät, die Praxis auch wirtschaftlich zu führen. So ziehen sie die aus ihrer Sicht notwendige, aber auch traurige Konsequenz, Gespräche dieser Art, auch dann wenn sie für notwendig erachtet werden, nicht mehr regulär anzubieten.

Für die 12 Punkte, die ich da kriege pro Patient, sind vielleicht 12 Pfennig oder was. Wozu dann? Davon kann ich nicht leben. Und das wäre dann der wirtschaftliche Standpunkt, der sich ja erst in den letzten Jahren da so entwickelt hat. Früher war das ja durchaus möglich, dass man da Gespräche abrechnen konnte. (Dr. G)

Das ist dann auch nicht mehr freudvoll für uns, weil es halt auch nicht mehr honoriert wird. (Dr. K)

Dr. A gibt an, dass er bei wirtschaftlicher Führung der Praxis maximal 15 Minuten für den einzelnen Patienten aufwenden darf. Da aber der Anteil der Patienten mit psychischen, psychosozialen oder auch psychosomatischen Beschwerden sehr hoch ist, und diese Patienten eine besonders zeitintensive Zuwendung erfordern, besteht für ihn von vornherein die Notwendigkeit, sich solchen Problembereichen gegenüber abzugrenzen, da er ansonsten seinen vorgegebenen Zeitrahmen nicht einhalten würde.

Deswegen haben wir nicht die Zeit uns intensiv gesprächsmäßig mit den Patienten im größeren Stil auseinander zusetzen. Da aber der Anteil der Patienten die eben psychologische Ursachen, Probleme haben, die in die organischen Sachen mit rein spielen, sehr hoch ist, würde das völlig unseren Rahmen sprengen, wenn wir jedem versuchen würden in der Richtung gerecht zu werden.

Alle drei Ärzte betonen den Widerspruch zwischen ihrem eigenen Anspruch als primärärztliche Behandler und der durch das Abrechnungssystem geforderten Behandlungspraxis. Unter

* Es gilt folgende Zuordnung zu den Praxen: Praxis A: Dr. G (Ärztin), S (Arzthelferin)
Praxis B: Dr. K (Ärztin), Dr. A (Arzt), F (Arzthelferin)

den gegenwärtigen Bedingungen ist es ihnen nicht mehr möglich, ihren Patienten die Zuwendung zu geben, die sie eigentlich für notwendig erachten.

Weitere Probleme stellen sich den Ärzten, wenn sie ihre Patienten an Leistungserbringer der kassenärztlichen Versorgung wie ärztliche und psychologische Psychotherapeuten, Psychiater und Neurologen weitervermitteln wollen. Das erste Problem sehen sie in den unzumutbaren Wartezeiten für ihre Patienten, bis diese einen Ersttermin erhalten. Die häufige Folge ist dann, dass sich die Patienten nicht genügend oder gar nicht erst um einen Therapieplatz bemühen. Nicht selten sieht sich beispielsweise Dr. A gezwungen, die Behandlung dann selber weiterzuführen, obwohl er der Überzeugung ist, dass solche Patienten bei psychotherapeutisch ausgebildeten Kollegen besser aufgehoben wären. Diese schwierige und aufwendige Vermittlung führt dann dazu, dass er aus Not und trotz besseren Wissens psychische oder psychosoziale Probleme medikamentös behandeln muss:

Da war das Hauptproblem bisher, dass es schwer ist Plätze zu bekommen. Also wenn jemand gerade verlassen wurde von seinem Partner oder jemand seinen Job verloren hat und deswegen akut Probleme hatte, hat das manchmal Wochen bis Monate gedauert bis die einen Platz hatten ... Und dann müssen wir eben häufig Sachen aus Zeitmangel auch machen, wovon wir nicht so richtig überzeugt sind - sprich medikamentöse Behandlung und Beruhigungsmittel, Antidepressiva oder so, die sicherlich an dem eigentlichen Thema vorbeigehen.

Ein weiteres Problem in Zusammenhang mit der Überweisung an niedergelassene psychotherapeutisch arbeitende Kollegen sieht Dr. A in der Tatsache, dass er keinerlei Information über Behandlungsverlauf und Behandlungsergebnis dieser Patienten erhält. Es bedarf einer gewissen Vertrautheit und Offenheit, wenn Hausarzt und Patient übereinstimmend an den Punkt gelangen, dass eine Psychotherapie indiziert ist. Umso unbefriedigender erlebt es Dr. A, wenn er nach Ablauf der Psychotherapie über keinerlei Anhaltspunkte verfügt, seinen Patienten auf den Verlauf oder Ergebnis dieser Psychotherapie ansprechen zu können. Was zuvor Ausgangspunkt eines Konsenses war, könnte nun Gefahr laufen, vom Patienten als Indiskretion verstanden zu werden.

Nach einem Jahr kommt dann der Patient und sagt, meine Therapie ist zu Ende, und dann steht man praktisch ohne eine Rückkoppelung da, und dass, denke ich, sollte man aufweichen. Und ideal eben durch so ein Liaisonmodell.

Dr. K berichtet, dass es zwar möglich ist, bei gravierenden akuten Problemen, wie beispielsweise Suizidalität, Patienten auch kurzfristig an Psychiater überweisen zu können. Jedoch steht sie deren Behandlungsangebot eher skeptisch gegenüber, da diese aus ihrer Sicht zu schnell Psychopharmaka verschreiben. Diese Einschätzung scheinen ihre Patienten zu

teilen, was sich darin äußert, dass sich viele gar nicht erst auf die pharmakologische Behandlung ihrer Probleme einlassen.

Na, sagen wir mal, ich schicke nicht so unbedingt jeden zum Psychiater, wegen dieser furchtbaren Tabletten, die sie (die Patienten, MH) dann immer nicht nehmen dann.

Zum Teil führt Dr. K selber Kurzinterventionen im Rahmen von NLP-Techniken durch, macht aber gleichzeitig deutlich, dass solche Behandlungsangebote eigentlich eine Behinderung des Praxisablaufs darstellen.

Das Eingehen auf psychosoziale Belastungen oder auch psychosomatische Aspekte einer Erkrankung scheint nicht nur - wie eben dargestellt - aus zeitlichen und wirtschaftlichen Gründen problematisch: Alle drei befragten Ärzte betonen, dass sie sich für einen solchen Versorgungsbereich nicht ausreichend ausgebildet fühlen.

Wir stoßen ganz schnell an unsere Grenzen, was so Psychologie, Gesprächsführung mit Patienten angeht und haben das auch als Bereicherung aufgefasst, dass wir da jemand haben, an den wir die Patienten weiterreichen können(Dr. A)

Nicht, es sind sehr zeitintensive Gespräche, die erfordern dann, dass es psychisch ist und dass man dann denkt, der Fachmann ist da vielleicht kompetenter, kann das besser und kann denen dann auch letzten Endes helfen. (Dr. G)

Na ja, ich schleppe die (Patienten mit psychosozialen, psychischen oder psychosomatischen Problemen, M.H.) durch. Letzten Endes versuche ich immer wieder das Thema Psychogenese vielleicht anzusprechen. aber fühle mich gleichzeitig auch damit überfordert, weil ich diese Ausbildung nicht habe. (Dr. G)

Diese Aussagen verdeutlichen, dass sich die Ärzte für den Bereich der psychosozialen Versorgung nicht mit der notwendigen Kompetenz ausgestattet sehen und ihn bestenfalls nur provisorisch abdecken können. Dr. K ergänzt hierzu, dass diese Kompetenz nicht nur erworben werden muss, sondern auch durch Routine und externe Supervision ständig gepflegt werden sollte, was allerdings im Rahmen ihres Praxisalltags gar nicht möglich wäre.

Aber sie brauchen halt eigentlich Übung und immer drin bleiben und brauchen auch eigentlich für solche Sachen eine Supervision. Ich denke, das ist im Rahmen dieser Praxis gar nicht möglich und man wird dann nicht so ganz den Leuten gerecht.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass alle drei interviewten Ärzte bestätigen, in ihrem Patientenstamm einen sehr hohen Anteil an Patienten mit psychisch und psychosozial bedingten Belastungen zu haben. Nicht nur aus wirtschaftlichen und zeittechnischen Gründen, sondern auch auf Grund mangelnder Kompetenz und Routine, sehen sich die Ärzte nicht in der Lage, eine in ihren Augen adäquate Versorgung für diese Patienten anbieten zu können. Die hohe Auslastung der psychotherapeutisch arbeitenden Kollegen und die Neigung vieler Psy-

chiater zur Medikalisierung psychischer Probleme führen dazu, dass die Hausärzte diese Patienten weiterhin behandeln müssen. Die Ärzte machen deutlich, dass dies für sie eine sehr unbefriedigende Situation darstellt.

4.3.2 Der Liaisondienst aus Sicht der Praxisteams

In diesen Teil der Auswertung gehen all jene Äußerungen ein, die sich thematisch auf die Phase der Implementation dieses Modellvorhabens beziehen.

Die Ausführungen der Interviewpartner zu diesem Themenbereich lassen sich in folgende Unterpunkte einordnen:

- erste Reaktionen bei der Darlegung des Modellvorhabens,
- Annahmen über die Tätigkeit eines Liaisonpsychologen und
- erste Vorstellungen darüber, welche Patienten für einen solchen Liaisondienst in Frage kommen.

4.3.2.1 Anfangserwartungen

Vor dem Hintergrund der oben dargestellten Ausgangssituation ist es nicht weiter verwunderlich, dass die Ärzte insgesamt sehr positiv auf die Möglichkeit eines niedrigschwelligen Angebotes zur psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung für die Patienten ihrer Praxis reagierten. Als besonders günstig werteten sie vor allem die Tatsache, dass der Psychologe in der *eigenen* Praxis arbeitet, so dass ein Fortbestehen des Kontaktes mit ihren Patienten gewährleistet war. Ferner rechneten sie von Seiten der Patienten mit einer geringen Hemmschwelle hinsichtlich der Inanspruchnahme, da diese in ihrer vertrauten Umgebung bleiben können.

Es sind ja viele Vorbehalte gegen so eine Art von Therapie. Da habe ich mir dann schon etwas erhofft, dass man da zumindest durch einen engeren Kontakt diese Schwelle zumindest reduziert oder eben auch überschreiten kann, wenn jemand dann so zusagen in der Praxis ansprechbar ist. (Dr. G)

Zu Beginn des Modellversuchs bestand bei keinem der drei befragten Ärzte die Vorstellung, dass die Behandlungsplanung und -durchführung gemeinsam mit dem Liaisonpsychologen besprochen und abgestimmt werden würde. Vielmehr orientierten sie sich an der gängigen Praxis der kassenärztlichen Versorgung. Im Vordergrund stand die Erwartung, dass Patienten an einen Psychotherapeuten überwiesen werden, der selbstständig in ihrer Praxis mitarbeitet und nur geringe Berührungspunkte zwischen Arzt und Psychotherapeut bestehen würden. Durch die Anwesenheit des Liaisonpsychologen, so die Erwartung der Ärzte, könnte nun der

gesamte Bereich der psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung an den Psychologen abgegeben werden.

Also ich dachte, dass du oder der Psychologe, der in die Praxis kommt, arbeitet wie ein niedergelassener Psychologe, also Patienten mitbehandelt, psychotherapeutisch oder psychologisch, und praktisch von unserer Arbeit abgekoppelt ist. Und dass wir praktisch die Patienten überweisen, die dann erst mal diese psychotherapeutische Schiene gehen und mit uns erst mal nichts mehr zu tun haben. (Dr. A)

Bemerkenswerterweise stammt diese Äußerung von demselben Arzt, der zuvor den mangelnden Informationsaustausch mit den niedergelassenen Psychotherapeuten kritisierte. In dieser Widersprüchlichkeit lässt sich das Dilemma der Primärversorger nachvollziehen: In der Vorstellung ihres eigenen Behandlungsangebotes scheinen sie hinsichtlich des Bereiches der psychosozialen Versorgung ständig zwischen Integration und Abgrenzung zu oszillieren. So erleben sie es aus den bereits dargelegten Gründen als äußerst unbefriedigend, wenn sie mehr oder weniger notgedrungen solche Behandlungsaspekte integrieren müssen. Aus dieser Situation heraus vermissen sie dann besonders eine konstruktive Kooperation mit ihren fachärztlichen Kollegen. Mit dem Angebot eines Liaisondienstes in der eigenen Praxis haben sie nun die Möglichkeit, ihren Patienten ausschließlich aus dem Versorgungsspektrum Angebote machen zu können, in denen sie ausgebildet sind und sich kompetent fühlen. Dies führt nun zu der Ausgrenzung psychosozialer Behandlungsaspekte in ihrem eigenen Behandlungsangebot.

Speziell bei den Äußerungen zu den Anfangserwartungen wird das Dilemma „Abgrenzung vs. Integration psychosozialer Behandlungsaspekte“ immer wieder angesprochen. Unter der Annahme einer solchen Arbeitsteilung zwischen Primärarzt und Liaisonpsychologe, ist es dann nachvollziehbar, dass zunächst der Vorteil dieses Modellprojekts auf den kurzen Weg für die Patienten und die allgemeine Zeitersparnis reduziert wurde:

Das ist ja immer wünschenswert, wenn jemand kommt, dass der ja eigentlich sofort auch immer Hilfe haben will oder braucht oder ich glaube, er braucht das. Dass da die kurzen Wege natürlich interessant sind. (Dr. G)

So sahen die Ärzte in dem Liaisondienst eine große Entlastung hinsichtlich ihrer eigenen Arbeit und begrüßten auch, dass nun den Patienten mit psychischen Problemen schnell und unbürokratisch konkrete Hilfe angeboten werden konnte. Als Konsequenz einer solchen Erwartung, die von einer strikten Arbeitsteilung ausgeht, ergibt sich aber auch, dass mit Einführung dieses Liaisonmodells der persönliche Kontakt zwischen Arzt und Patient, der auch von der Thematisierung psychosozialer oder psychischer Belastungen der Patienten geprägt war, in den Hintergrund treten würde. So antizipierten die Ärzte als Folge dieser

Entlastung auch den Verlust einer sehr persönlichen Ebene zwischen sich und ihren Patienten. Dr. K. greift dieses Thema auf und äußert gewisse Vorbehalte gegenüber der Vorstellung, diese beratende Position nun aufgeben zu müssen:

Ich muss auch erst mal sehen, wie läuft das ganze und vielleicht auch so ein Stück abgeben von der beratenden Position, was man ja sonst auch macht. Man kriegt ja dann, wenn man den Patienten abgibt, ein Stück weniger Persönliches zu hören.

Abgesehen davon, dass in der Konzeption des Liaisondienstes, entgegen dieser anfänglichen Erwartung, von einer sehr engen Zusammenarbeit zwischen Primärärzten und Liaisonpsychologe ausgegangen wurde, so dass diese von den Ärzten angenommene Arbeitsteilung gar nicht vorgesehen war, macht die Äußerung von Dr. K deutlich, wie schwierig die Situation ist, in der sich die Allgemeinärzte befinden: Auf der einen Seite stellt das beratende Gespräch eine wichtige persönliche Ebene des Kontaktes zwischen den Ärzten und ihren Patienten dar, so dass ein Delegieren dieses Aufgabenbereichs an eine andere Person auch als Verlust erlebt wird. Gleichzeitig kann aber eine solche Beratung nur in einem zeitlich und inhaltlich äußerst begrenzten Rahmen angeboten werden. Auch hier ist wieder das Dilemma von Abgrenzung und Integration gegenüber psychosozialen Problemen in der primärärztlichen Versorgung angesprochen.

Die Vorstellung eines kooperativen Behandlungsansatzes, in der Arzt und Liaisonpsychologe analog eines multiprofessionellen Behandlungsteams gemeinsam die Behandlung einzelner Patienten planen und durchführen, war bei keinem der Befragten vorhanden. Vielmehr gingen die Ärzte davon aus, den Bereich der psychotherapeutischen bzw. psychosozialen Versorgung komplett an den Psychologen abgeben zu können bzw. zu sollen.

Aber ich denke eben auch, wenn ich es delegiere an jemand anderes, dann mache ich erst mal Pause mit psychotherapeutisch relevanten Gesprächen. Dann denke ich, sollen die das da machen und ich mache hier meine Sachen. (Dr. G)

Diese Äußerung verdeutlicht die anfängliche Erwartung, dass sich für die Dauer des Modellversuchs die Primärversorgung additiv aus einem organmedizinisch arbeitenden Allgemeinmediziner und einem psychotherapeutisch arbeitenden Liaisonpsychologen zusammensetzen würde. Je nach Indikation wäre dann entweder der Arzt oder der Psychologe für den einzelnen Patienten zuständig.

Eine ganz ähnliche Erwartungshaltung, jedoch mit einer anderen Schwerpunktsetzung, scheint bei Frau F, einer Arzthelferin aus der Gemeinschaftspraxis, zu bestehen, wenn sie ausschließlich die organisatorischen Vorteile im Hinblick auf den Liaisondienst sieht. Die Betonung liegt hier eher auf dem Wegfallen eines zeitraubenden Versorgungsbereiches für

die Allgemeinärzte als auf einem besseren Behandlungsangebot für die Patienten. Dadurch dass nun Patienten mit psychischen Belastungen, die häufig mehr Zeit als eingeplant in Anspruch nehmen, an einen Psychologen überwiesen werden, können die Sprechzeiten der Ärzte besser geplant werden, was für die Organisation des Praxisablaufs eine spürbare Entlastung darstellt:

Ja, dass die Leute eben nicht woanders hin müssen und dass den Leuten ja auch, weil viele haben psychische Probleme, wo sie unsere Ärzte im Prinzip ein bisschen aufhalten, was natürlich wichtig ist, aber wo sie ja auch irgendwo blockieren, den ganzen Ablauf und man ihnen nicht so helfen kann in dem Moment.

So ist auch hier ein weiterer Grund zu sehen, warum die Ärzte mit dem Angebot an längere Gespräche gegenüber ihren Patienten sehr zurückhaltend sind. Solche Leistungen sind in der engen Zeitplanung nicht vorgesehen und führen daher auch zum Unmut der Arzthelferinnen, da diese dann die Schwierigkeit haben, diese zeitlichen Verzögerungen organisatorisch wieder aufzufangen.

Bei uns meckern dann die Schwestern, weil es ihnen dann zu lange dauert. Weil dann die anderen Patienten so lange warten müssen. (Dr. K)

Auf die Frage, was für die Ärzte ausschlaggebend war, diesem Projekt zuzustimmen, stand im Vordergrund das Wissen, dass viele ihrer Patienten neben den organischen Beschwerden auch psychische Probleme haben, für die mit diesem Modell ein Ansprechpartner zur Verfügung stehen würde. Die Vorstellung von einem solchen Behandlungsangebot in der eigenen Praxis eröffnete den Ärzten nun die Möglichkeit, ihre Patienten auf mögliche Belastungen und Probleme aus dem psychischen und psychosozialen Umfeld gezielt ansprechen zu können, ohne dabei Gefahr zu laufen, sich tiefer als ursprünglich gewollt auf diese Thematik einlassen zu müssen, da sie ja nun in einem solchen Fall den Patienten an den Psychologen weitervermitteln können.

Weil wir - ich spreche jetzt nur mal für mich - ich meinen Beruf so verstehe, dass eben psychologische Seiten auch mit angesprochen werden müssen und dass ein Großteil der Patienten, die zu uns kommen, psychische Probleme haben und die organischen Symptome ursächlich erst in zweiter Reihe sind oder im Hintergrund stehen. Um das mit abzudecken, fanden wir das gut. (Dr. A)

Ja ich denke, es ist ein gewisser Bedarf immer da und dann kommt man in Schwierigkeiten, wenn man keinen Ansprechpartner hat und das ist natürlich sehr angenehm gewesen, wenn man weiß, es ist jemand da, dass man den auch sofort ansprechen kann, das ist natürlich ein ganz großer Vorteil. (Dr. G)

4.3.2.2 Bedenken zu Beginn des Modellversuchs

Die Auswertung der Interviews in Hinblick auf mögliche Bedenken, die zu Beginn der Durchführung bestanden hatten, ergaben die folgenden drei Kategorien:

- Dauer der Durchführung,
- Integration des Psychologen als „Behandler“ in das Praxisteam und
- Bewältigung der mit der Implementation verbundenen organisatorischen Veränderungen.

Die Ärzte der Gemeinschaftspraxis äußerten gleich zu Beginn Bedenken, dass ein halbes Jahr kaum ausreichen dürfte, um ein solches Modell angemessen integrieren zu können. Sie gingen davon aus, dass ein größerer Zeitrahmen notwendig sei, bis sich die Routinen eingespielt hätten und auch bis die Patienten dieses Versorgungsangebot akzeptieren und in Anspruch nehmen würden. Eine weitere Kritik an der relativ kurzen Dauer dieses Modellprojektes war ferner, dass der Liaisonpsychologe schon sehr bald keine umfangreicheren Betreuungen mehr selber würde übernehmen können, da er diese dann nicht mehr zu Ende führen könnte.

Gerade wenn man gut zusammenarbeitet und die Patienten das annehmen, wäre es nicht gut, wenn es nur so kurz ist. Auch unter der Vorstellung, dass es eine richtige Therapie ist, die den Patienten angeboten wird. (Dr. A)

Für die Arzthelferinnen bedeutete die Einrichtung dieses Dienstes eine deutliche Umstellung im organisatorischen Ablauf. Sowohl die Terminvergabe als auch die Koordination der Behandlungszimmer mussten durch das Liaisonmodell entsprechend modifiziert werden.

Und was meine Bedenken auch so ein bisschen waren, so die Organisation. Weil wir eigentlich sehr viel Durchlauf haben, dann mein Gedankengang mit dem Zimmer frei und dass Sie (der Liaisonpsychologe, MH) dann ein bisschen Ruhe haben und diese Organisation, da hatte ich so ein bisschen Bedenken gehabt. (F)

Die Tatsache, dass ein neuer „Behandler“ in die Praxis kommt, bedeutete für die Arzthelferinnen eine besondere Umstellung, da dieser eher als Vorgesetzter angesehen wird. Auf dieses Thema angesprochen, berichtet die Arzthelferin Frau F, wie unangenehm oft die Hierarchie in der Beziehung Arzt - Arzthelferin zum Ausdruck kommen kann:

Manchmal wenn man mit Ärzten telefoniert, da wird man immer als Arzthelferin nicht für voll genommen. Ich finde, wir engagieren uns, machen Fortbildungen etc. haben einen ausgebildeten Beruf und dass man dann so nieder gemacht wird, dass finde ich dann eigentlich nicht so schön.

Auf Grund solcher Erfahrungen ist die anfängliche Skepsis von Seiten der Arzthelferinnen gegenüber einem neuen Mitarbeiter in der Praxis nicht weiter verwunderlich. Dr. A schätzt

die Situation, in der sich die Arzthelferinnen befinden, wenn ein neuer Mitarbeiter in der Praxis aufgenommen wird, folgendermaßen ein:

Na ja, ich denke mal grundsätzlich, wenn ein neuer Mitarbeiter, „Behandler“, sag ich mal, das ist ja einmal die Behandler und einmal die Zuarbeiter, so würde ich das mal unterteilen - ohne da jetzt eine große Hierarchie daraus machen zu wollen - dann ist es ja immer auch jemand, der so eine gewisse Vorgesetztenfunktion hat. Ich denke, da entstehen Ängste einfach „wer kommt denn da?“ „und was ist denn das für einer“ „was wird denn aus uns?“ oder „wie sollen wir jetzt damit umgehen?“.

Eine Aufteilung des Praxisteam in „Behandler“ und „Zuarbeiter“, wie sie Dr. A. vornimmt, zeigt entgegen seiner ursprünglichen Intention nicht nur feste hierarchische Strukturen, sondern macht auch deutlich, wie wenig die Arzthelferinnen - zumindest offiziell - in die Behandlungsabläufe integriert sind. Unter dem Aspekt, dass eine primärärztliche Praxis ein Wirtschaftsunternehmen ist, in dem die Ärzte die Unternehmer und die Arzthelferinnen deren Angestellte sind, ist dies allerdings unter der Berücksichtigung der Aufteilung von Verantwortung und Risiko nicht weiter verwunderlich.

Bedenken ganz anderer Art wurden von Dr. K hinsichtlich der psychotherapeutischen Qualifikation von Psychologen geäußert. So sei ihr die Zeit noch sehr präsent, in der Psychologen oft ohne adäquate Ausbildung im psychotherapeutischen Bereich tätig waren.

Und in meiner frühen Zeit gab es halt viele Psychologen, die eigentlich nur Psychologie studiert haben, aber psychotherapeutisch tätig waren.

4.3.2.3 Reaktion der Arzthelferinnen

Aus beiden Arztpraxen wurde berichtet, dass das gemeinsame Gespräch zu Beginn der Durchführungsphase eine ausreichende Vorbereitung auf die Durchführung dieses Modellversuchs war. Sowohl die Vorüberlegungen, warum ein solcher Ansatz sinnvoll sein könnte, als auch die damit verbundenen Veränderungen in der Praxis konnte Frau A, Arzthelferin in der Einzelpraxis, realistisch einschätzen:

Ich denke schon, dass Sie das ausführlich gemacht haben. Wir haben ja dann diesen Bogen mit nach Hause genommen und alles da durch geguckt und geschaut, ob da eben irgendwelche Fragen wären. Also von daher war das schon, was uns vorbereitet.

Diese Einschätzung wurde auch von ärztlicher Seite bestätigt.

Also das Praxisteam hat das sehr positiv aufgenommen. (Dr. A)

So scheint die Einführung in das Liaisonmodell für die Arzthelferinnen in beiden Praxen ausreichend gewesen zu sein. Es überwog eindeutig eine wohlwollende bis interessierte

Haltung, so dass bei den Arzhelferinnen entsprechend von einer großen Kooperationsbereitschaft auszugehen war.

4.3.2.4 Organisatorische Veränderungen in den Praxen

Da die Praxen für einen solchen Dienst nicht eingerichtet waren, stellte sich natürlich zunächst das Raumproblem.

Das Problem war so ein bisschen der Raum. Weil wir ja teilweise praktisch zu dritt hier in der Praxis gearbeitet haben und wir eben nur zwei große Besprechungszimmer haben. Da gab es eben so ein bisschen Organisationsbedarf, der natürlich so eine zusätzliche Belastung für das Praxisteam, was ohnehin schon eine hohe Belastung durch die vielen Patienten hat, darstellte. (Dr. A)

In der Praxis, in der nur eine Ärztin, Dr. G, arbeitete, stand ein Bestrahlungsraum, in dem medizinische und andere Geräte abgestellt waren und der nur selten genutzt wurde, zur Verfügung.

Nein, ich hätte Ihnen natürlich lieber ein bequemes Zimmer da zur Verfügung gestellt, als Sie da auf irgendwelche schwankende Stühle da zu sitzen, da neben der Mikrowelle, aber jetzt so vom Praxisablauf - auch das könnte man regeln, dass man sagt, in der Zeit ist halt keine Bestrahlung möglich. (Dr. G)

Eine Arzhelferin machte deutlich, dass es sich doch um eine erhebliche Veränderung des regulären Praxisbetriebs handelte. Sowohl die zusätzlichen Termine als auch die Koordination der Räume war eine Umstellung, die sie in der ersten Zeit doch unter Stress gesetzt hat.

4.3.2.5 Die Tätigkeit des Liaisonpsychologen aus der Perspektive der Praxisteams

Von zentraler Bedeutung für ein Gelingen dieses Liaisondienstes ist, dass sich die Vorstellungen über das Behandlungsangebot des Liaisonpsychologen mit seiner tatsächlichen Arbeitsweise zumindest annähernd decken. Dies ist Voraussetzung, um eine sinnvolle Koordination der psychologischen und primärärztlichen Tätigkeit zu gewährleisten. Um mehr über die vermuteten Arbeitsweisen eines Liaisonpsychologen in Erfahrung zu bringen, wurde jeder Interviewpartner befragt, was er sich nach Abschluss dieses Projekts unter einer liaisonpsychologischen Tätigkeit vorstellt. Die Auswertung der Antworten machte deutlich, dass in den Praxisteams ganz unterschiedliche Vorstellungen bestanden. Zum Teil folgten aber auch Beschreibungen, welche die Arbeitsweise recht genau trafen:

Also erst mal denke ich, hat der Psychologe zugehört, sich das Problem angehört. Der Psychologe hat versucht, den Patienten Lösungswege aufzuzeigen und der Psychologe hat versucht konkret Hilfen in Form von Adressen und Terminen bei anderen Psychologen, Ärzten und Selbsthilfeeinrichtungen zu vermitteln, und als letztes hat der Psychologe die Patienten auch in sofern beeinflusst, als dass die so über ihre alten Grenzen hinaus gedacht haben. (Dr. A)

...die Diagnostik auf diesem Gebiet erweitert wird. Und wenn sich das eben bestätigt, dass Sie ja so freundlich waren, Sie würden ja behilflich sein, bei den Leuten eben selber ein gutes Stück zu machen oder sie weiterzuleiten. Das ist ja schon ein enormer wichtiger Wert, weil dann wird einem ja sehr viel abgenommen. (Dr. K)

...ist da eine weitergehende Psychotherapie dringend oder ist sie vielleicht für die Zukunft schon wichtig, aber jetzt auch nicht ab sofort nötig? (Dr. G)

Vor allem die Arzthelferinnen berichteten von Vorstellungen, die sich nur wenig mit der Tätigkeit des Liaisonpsychologen deckten. So wurde beispielsweise eine Vorstellung geäußert, in der ein aktiver Psychotherapeut bei einem eher passiven Patienten *nachbohrt*, um Probleme aufzudecken.

Sie werden da schon nachgebohrt haben und wie und was, wo seine Probleme liegen ... (S)

Oder es wurde die Vorstellung von einem Psychotherapeuten als Experten geäußert, der auf der Suche nach den *wirklichen* Ursachen der Probleme ist.

...wenn sie (die Patienten, MH) auch mehrere Probleme hatten, dass man versucht hat, direkt die Ursachen dafür zu finden. (F)

Aber auch von ärztlicher Seite wurden zum Teil sehr vage Formulierungen gewählt. So deutet die nachfolgende Äußerung von Dr. G. an, dass im Grunde wenig konkrete Vorstellungen über die Arbeitsweise eines Liaisonpsychologen bestehen.

Sie haben ein Gespräch angeboten und die (die Patienten, MH) haben das in irgendeiner Form genutzt. Und dann kann man ja durch kritische Stellungnahmen oder so etwas an Aussagen oder Fragen da irgendwie weiter zur Diskussion stellen oder eben das auch hinterfragen. (Dr. G)

4.3.2.6 Der Indikationsbereich des Liaisondienstes aus Sicht der Praxisteams

Vor dem Hintergrund der vermuteten Tätigkeit des Liaisonpsychologen war es von besonderem Interesse herauszufinden, bei welchen Patienten die Ärzte im Vorfeld der Durchführung des Modellprojektes die Indikation einer liaisonpsychologischen Behandlung für gegeben hielten.

Die Auswertung erbrachte folgende Kategorien:

- Patienten mit organischen Leiden ohne körperlichen Befund,
- Patienten mit unmittelbar psychischen Beschwerden,
- Patienten mit dem Wunsch nach einer psychologischen Beratung,
- Patienten mit chronifizierter Suchtproblematik und einer akuten psychischen Belastung,
- Patienten mit Beziehungsproblemen und
- Patienten, die sich am Arbeitsplatz als „Mobbing-Opfer“ fühlen.

Die Auswertung der Äußerungen zur Indikation zum Liaisondienst machten ferner deutlich, wie die Ärzte den Prozess der Indikationsstellung verstehen: Sie sehen ihre vordringliche Aufgabe zunächst in der Suche nach möglichen organischen Ursachen für die vorgebrachten Beschwerden. Erst wenn sich kein körperlicher Befund ergibt, darf über Alternativen der Genese und Behandlung nachgedacht werden. In diesem Sinne ist nach Meinung der Ärzte der Liaisondienst für ihre Patienten auch dann erst indiziert ist, wenn keine körperlichen Ursachen festgestellt werden können. Die folgende Aussage von Dr. G. bezieht sich beispielsweise auf einen Patienten mit einer langjährigen Angsterkrankung, der in Zusammenhang mit dieser Störung unter ganz typischen körperlichen Symptomen leidet. Dennoch ist auch hier aus Sicht von Dr. G die Indikation für die Weitervermittlung an den Liaisonpsychologen erst dann gegeben, wenn kein organischer Befund vorliegt:

Na ja, anhaltende chronische immer wiederkehrende Beschwerden, ob das nun ein Herzstich ist oder irgendwie ein Kribbeln in den Fingerspritzen, was zunächst nicht lebensbedrohlich unbedingt aussieht, bei der Untersuchung kommt nichts raus, dann kann ich ja nur rückschliessen, das sind irgendwelche Ängste möglicherweise, die dahinter stecken und immer wieder aktiviert werden oder chronisch da sind.

Ein weiteres Indikationskriterium war das *eigene* Bedürfnis mit den Patienten ein ausführliches Gespräch zu führen.

Das war wahrscheinlich in dem Moment, dass ich paar Leute hatte, wo ich genau wusste, die würde ich ganz gerne zu so einem Gespräch zu mir bitten und immer wegschieben, weil ich keine Zeit habe. (Dr. K)

4.3.3 Praktische Umsetzung des Liaisondienstes

4.3.3.1 Koordination und Behandlungsplanung

Ein zentraler Bestandteil für das Gelingen dieses Projektes ist der regelmäßige Informationsaustausch. Die Ärzte und die Arzthelferinnen sollten - so zumindest der Anspruch - zu jedem

Zeitpunkt möglichst gut sowohl über Stand der Behandlung als auch über die Behandlungsplanung der Patienten, die an den Liaisonpsychologen überwiesen wurden, informiert sein. In der einen Arztpraxis wurden alle wichtige Informationen unmittelbar nach den Patientenkontakten vom Liaisonpsychologen in einen vernetzten Computer eingegeben, so dass sowohl die Ärzte als auch die Arzthelferinnen Berichte, diagnostische Einordnungen, Behandlungsziele etc. jederzeit abrufen konnten. In der anderen Arztpraxis beschränkte sich dieser Informationsaustausch dagegen auf unregelmäßige Gespräche zwischen Liaisonpsychologen und Ärztin, die sich eher spontan oder auf Anregung des Liaisonpsychologen ergaben. So ist es auch nicht weiter verwunderlich, dass in dieser Praxis von Seiten der Arzthelferin der Wunsch geäußert wurde, besser über die einzelnen Patienten informiert zu werden.

In der Praxis dagegen, in der der Informationsaustausch über Computer organisiert war, bestand auf Seiten der Arzthelferin der Wunsch, zu einzelnen Patienten genauer nachfragen zu können. Diese Informationen hätten z.B. in einer wöchentlich stattfindenden Teambesprechung ausgetauscht werden können. Der Vorteil wäre dann auch, dass die Arzthelferinnen selber hätten einschätzen könnten, wie dringlich jetzt bei bestimmten Patienten ein weiterer Termin beim Arzt oder Liaisonpsychologen ist, was die Organisation erheblich erleichtern würde. Die unten wiedergegebene Aussage der Arzthelferin verdeutlicht darüber hinaus, dass sie nicht so recht benennen kann, was die Patienten, die den Liaisonpsychologen aufsuchen, kennzeichnet: Sie haben *Wehwehchen* und sind *komisch*.

Na eigentlich für die meisten reicht ja die Info, des und deswegen sind sie so komisch oder haben immer wieder Wehwehchen und dass wir sie jetzt nicht sofort dran nehmen. (F)

Dr. A fühlte sich insgesamt sehr gut informiert. Er macht auch deutlich, wie wichtig eine gute Absprache ist, um nicht von den Patienten gegeneinander ausgespielt zu werden. Im Verlauf des Interviews erwähnte er mehrfach ein Gespräch, das wir gemeinsam mit einer Patientin geführt hatten. Ziel dieses Gespräches war, der Patientin zu vermitteln, dass ihre diversen körperlichen Beschwerden weder durch eine rein körperliche Behandlung gelindert werden können, da es keinen organischen Befund gibt, noch gegenwärtig durch psychologische Intervention angegangen werden können, da sie deutlich macht, dass sie an ihrer gegenwärtigen familiären Situation, über die sie sich zwar aufs heftigste beklagt, keinerlei Veränderungen wünscht.

Ich fand, du hast immer am gleichen Tag oder eine Woche später erzählt, was da war, du hast im Computer Notizen hinterlassen. Also ich fühlte mich sehr gut im Bilde über die Patienten. Also ich hatte nie das Gefühl, dass man da gegeneinander arbeitet oder dass man sich gegenseitig ausspielt, was wir z.B.

unter uns Ärzten häufig erleben, dass Patienten da hin und her wechseln um bestimmte Leistungen zu kriegen, und dann gehen sie zum einen und dann zum anderen und dann solche Spielchen spielen. ... Es gab eine Patientin, die das versucht hat uns gegen einander auszuspielen und das ist ihr nicht gelungen, was ich auch als Zeichen sehe, dass wir uns gut abgesprochen haben, also die Koordination gut war. (Dr. A)

Die Notwendigkeit eines regelmäßigen Austausches wird unterschiedlich bewertet. Zum Teil wurde rückblickend mehrfach geäußert, dass es durchaus wünschenswert gewesen wäre, mehr Zeit für gegenseitige Absprachen zu haben.

Ursprünglich hatten wir uns ja mal vorgestellt, wenn wir jetzt Zeit genug hätten, dann noch mal von Ihnen mehr Informationen über die Patienten zu bekommen, das hätte ich mir gut vorgestellt, weil ich daraus auch gelernt hätte. Oder ich hätte aus dieser Information den Patienten besser verstehen können (Dr. K)

Von anderer Seite - bezeichnender Weise von der Ärztin, die die Praxis allein führt - wurde dagegen erwähnt, dass eine solche Form des Austauschs in ihrer Praxis gar nicht üblich und von daher kein regelmäßiger Termin für den Austausch notwendig sei. Zum einen ist diese Ärztin auf Grund der allein geführten Praxis gewohnt, ganz ohne die Möglichkeit eines Austausches ihre Patienten zu behandeln, zum anderen wollte sie nicht den Eindruck erwecken, die Arbeit des Liaisonpsychologen kontrollieren zu wollen oder sich gar einzumischen. Erst im Interview konnte aufgelöst werden, dass diese Haltung vom Liaisonpsychologen fälschlicherweise als Desinteresse von Seiten der Ärztin interpretiert wurde.

Also ich meine, wir sind das in der Praxis nicht so gewohnt, diesen ständigen Austausch und ich denke, ich wollte weder Sie beeinflussen noch da neugierig sein sozusagen. (Dr. G)

Es bestand bei keinem der Ärzte der Eindruck, dass sich ihre Patienten mit der Überweisung an den Liaisonpsychologen abgeschoben fühlten. Vielmehr hätten die meisten Patienten diesen Termin mit Interesse wahrgenommen.

Insgesamt schien die Anwesenheit von einem Tag pro Woche ausreichend zu sein. Während in der Gemeinschaftspraxis zwar oftmals die Auslastung so groß war, dass es schwierig war, kurzfristig Termine zu vermitteln, wurden die in der Einzelpraxis angebotenen Termine nur selten voll in Anspruch genommen.

4.3.3.2 Einfluss des Liaisondienstes auf die Primärversorgung

Die Tatsache, dass die Hausärzte in die Kooperation mit einem Liaisonpsychologen einwilligten, machte auch den Patienten deutlich, dass psychotherapeutische und psychosoziale Versorgungsaspekte einen wichtigen Aufgabenbereich in der hausärztlichen

Versorgung darstellen. Die Kontakte mit dem Liaisonpsychologen führten aus Sicht der Ärzte unter anderem dazu, dass viele Patienten für die psychischen Aspekte ihrer Beschwerden sensibilisiert wurden.

Und ich habe bei vielen Patienten, bei wie vielen weiß ich jetzt nicht, aber vom Eindruck her vielen Patienten gemerkt, dass sie eben einfach über die Grenze - oder sagen „o.k., ich habe doch Probleme, um die muss ich mich kümmern. Die sind jetzt so wichtig, dass ich die jetzt angehe“. Das haben die ja vorher zum Teil verdrängt. Das stand ja so einer weiteren Genesung im weitesten Sinne im Wege. Diesen Schritt haben Sie durch mehrere Gespräche geschafft. (Dr. G)

Die Möglichkeit, Patienten in der eigenen Praxis an einen Psychologen zu überweisen, bedeutet auch für die Ärzte andere Umgangsmöglichkeiten mit ihren Patienten. Es bestand nicht mehr - wie bereits beschrieben - von vornherein das Gebot der Abgrenzung gegenüber möglichen psychischen oder psychosozialen Konfliktfeldern, da die Ärzte in solchen Fällen auf den Psychologen in der eigenen Praxis verweisen konnten. Durch dieses zusätzliche Angebot sahen sich die Ärzte zudem nicht mehr verpflichtet, auch bei offensichtlich rein psychisch begründeten Beschwerden die gesamte schulmedizinische Ausschlussdiagnostik durchführen zu müssen.

Ich habe davon auch gelernt und profitiert. Ich bin, glaube ich, mit den Patienten klarer und ich versuche jetzt eher psychologische Probleme auch als solche anzusprechen und bin weniger - früher habe ich mich länger auf dieser schulmedizinischen Ebene aufgehalten und die verlasse ich jetzt viel früher. Weil ich einfach gesehen habe, es bringt was. ... Also es bringt nichts, jetzt die ganze Untersuchungslatte von oben bis unten noch mal durchzumachen, sondern wir machen jetzt hier einen Schnitt und dann konzentrieren wir uns darauf. (Dr. A)

Gleichzeitig war es aber für die Ärzte nun auch möglich, wesentlich früher die Besprechung bzw. Bearbeitung von psychischen und psychosozialen Konflikten zu unterbinden, da die Patienten dann an den Psychologen überwiesen werden konnten.

Ich habe viel früher gesagt: Stop, wir haben hier einen Psychologen in der Praxis. Gehen Sie mit diesem Problem doch zum Psychologen, der kann ihnen da viel besser helfen als ich. (Dr. A)

Dr. A berichtet über Schwierigkeiten, die für ihn vor der Durchführung dieses Modellprojektes entstanden, wenn er gegenüber seinen Patienten die Vermutung äußern wollte, dass möglicherweise psychische Probleme im Vordergrund stehen könnten.

Früher war es bei mir so, dass ich den Eindruck hatte, man muss zuerst sein Gewissen beruhigen - sein medizinisches Gewissen, da ist wirklich nichts und man kann jetzt nicht mehr sofort mit der Tür ins Haus fallen und dem Patienten irgendwelche Probleme unterstellen, und der ist ja dann vielleicht schockiert und denkt: Na ja der schiebt ja alles nur darauf, oder hat keine Lust, sich damit zu beschäftigen.

Auch Dr. K empfand es als eine Erleichterung, nun solche Patienten an den Liaisonpsychologen vermitteln zu können:

...dass ich ein Stück erleichtert war, nach einer gewissen Zeit, nachdem das so angelaufen war. Dass ich das weggeben konnte. Ich war ein Stück freier.

Als Vorteil wurde von ärztlicher Seite gesehen, dass die Patienten, die an den Liaisondienst überwiesen wurden, weiterhin in die Praxis kamen und die Ärzte so zumindest indirekt verfolgen konnten, inwieweit Veränderungen bei den Patienten eintreten. Die Ärzte konnten so vielfach die Erfahrung machen, dass sie mit ihrer Entscheidung, einen Patienten an den Liaisonpsychologen weitervermittelt zu haben, eine *richtige* Entscheidung getroffen hatten. Dies wiederum konnte den Blick für die Indikationsstellung der nachfolgenden Patienten schärfen. Die Berücksichtigung psychischer und psychosoziale Versorgungsaspekte, reduzierte sich nun nicht mehr auf eine lästige zeitaufwendige und umsatzreduzierende Tätigkeit, sondern wurde zu einem sinnvollen Versorgungsaspekt, da nun für diesen Aufgabenbereich eigens eine hierfür ausgebildete Person in der Praxis mitarbeitete.

Es ist doch was anderes, wenn man Patienten wegschickt „gehen Sie mal zum Psychotherapeuten“, den sieht man nicht mehr oder den sieht man nach einem Jahr wieder und dann „ach ja, da war was“. Also man hat keine Rückkoppelung, als wenn man Patienten innerhalb der Praxis wegschickt. Man hört ständig, was mit dem passiert, wie er sich entwickelt. ...Dann hat man auch selber die Rückkoppelung „Aha, die Entscheidung war die Richtige“ und - so geht es mir - dass man dann klarer ist. (Dr. A)

4.3.4 Gestaltungsvorschläge

Hinsichtlich möglicher Gestaltungs- und Verbesserungsvorschläge wurde zunächst auf rein organisatorischer Eben die Schwierigkeit mit den Behandlungsräumen angesprochen. Es wurde mehrfach geäußert, dass ein eigener Raum, der ausschließlich dem Liaisonpsychologen zur Verfügung steht, sehr viel günstiger wäre.

Na, wenn man das langfristig machen würde, wäre es schon sinnvoller. Weil wenn man jetzt Hochbetrieb hat, hat man schon ganz gerne beide Räume. Aber das ist eine Frage, also wenn man sich darauf einstellt, ist es kein Problem mehr. Wir waren ja nun darauf eingestellt und hatten ja gesagt, so können wir es uns am besten vorstellen, dann ist es kein Problem und ich denke, dass sonst müsste man einen anderen Raum halt zusätzlich finden, der ruhig irgendwo ist. (Dr. K)

Auf die Frage, welche Aufgabenbereiche ein Liaisonpsychologe denn idealerweise übernehmen sollte, äußerte ein Arzt den Wunsch nach Ausweitung der bisherigen Tätigkeit. Er schlug vor, dass der Psychologe in der hausärztlichen Praxis Gruppen wie Raucherentwöhnung oder Stressbewältigung anbieten könnte, die von den Patienten privat zu bezahlen wären.

Hinsichtlich der Koordination des Behandlungsangebotes wurde der Vorschlag geäußert, dass der Liaisonpsychologe regelmäßig an den Teambesprechungen teilnehmen sollte. Seine Teilnahme sollte neben der Verbesserung des Informationsaustausches auch für Fortbildungszwecke genutzt werden. Auch die Arzthelferinnen begrüßten ausführlichere Fallbesprechungen.

Vielleicht beispielsweise bei der Teambesprechung, die wir immer donnerstags haben. Dass man da so eine Art Fallbesprechung macht. Dass man eigentlich so ein paar Patienten aufruft, wenn man sagt, sie sind jetzt eben hier und die benehmen sich vielleicht deswegen komisch. (F)

Anders war dagegen die Vorstellung der Ärztin, die allein ihre Praxis führt. Sie bevorzugt, solche Absprachen nur nach Bedarf zu machen. So war es bei ihr auch bisher nicht üblich, sich mit ihren beiden Arzthelferinnen an festen Terminen zu treffen. Wenn sie etwas zu besprechen haben, fänden sie während der regulären Sprechstundenzeiten Gelegenheit sich auszutauschen. Diese bisherige Erfahrung überträgt sie nun auf die Zusammenarbeit mit dem Liaisonpsychologen.

Das, denke ich ist es eigentlich sinnvoll, das nach Bedarf zu machen. So feste Termine, dass bringt ja nichts, wenn jetzt gerade nichts zu besprechen ist und manchmal ist es und dann ist es dringlicher, dass man sich da gleich austauscht.

Eine Ärztin äußerte das Anliegen, dass der Therapeut auch in Notfällen erreichbar sein sollte. Eine weitere Verbesserung wurde darin gesehen, die Patienten in der Form auf dieses Angebot aufmerksam zu machen, dass sich diese auch unabhängig von ihrem Hausarzt direkt einen Termin beim Liaisonpsychologen geben lassen können. Dies war zwar bereits in diesem hier durchgeführten Modell vorgesehen, wurde jedoch von den Patienten äußerst selten in Anspruch genommen.

Dann würde ich gut finden, wenn der Psychologe auch primär angesprochen werden kann, also unter Umgehung des Arztes. Es gibt Patienten, die da Sachen haben, die sie auch mir nicht erzählen wollen als Arzt, sondern wo sie sich vielleicht mal durchringen würden, wenn die Schwelle sehr klein wäre, nur mit einem Psychologen zu sprechen. (Dr. A)

Aus der Gemeinschaftspraxis äußerte ein Arzt den Vorschlag, bei einem langfristig angelegten Liaisondienst die Anwesenheit des Psychologen auf eineinhalb Tage pro Woche auszuweiten, um den vermuteten Bedarf abdecken zu können.

Ferner sollte schon am Praxisschild zu erkennen sein, dass in dieser Praxis ein Psychologe mitarbeitet.

Ich denke, zum ersten sollte schon mal außen an der Praxis klar sein, hier arbeitet ein Psychologe mit. Das ist schon mal wichtig, einfach um schon mal bestimmte Patienten sofort diesen Weg aufzuzeigen, dass sie die Praxis auch dafür in Anspruch nehmen können. Also nicht über die medizinische Schiene da

*rein müssen und mit allen anderen Sachen woanders erst mal hingehen müssen.
(Dr. A)*

Es wurde auch angeregt, dass der Psychologe seine eigene psychotherapeutische Praxis in der Allgemeinarztpraxis hat. Das bedeutet, dass der Psychologe dann mit kassenärztlicher Zulassung in der Primärarztpraxis mitarbeitet und mit eigenem Stempel abrechnen kann.

Hinsichtlich der Qualifikation eines Liaisonpsychologen wurde weniger auf bestimmte therapeutische Verfahren verwiesen als viel mehr auf allgemeine Merkmale wie Menschenkenntnis und Lebenserfahrung, aber auch Überblick über die gängigen psychotherapeutischen Verfahren.

Also, ich denke, der muss so eine All-round Ausrichtung haben. Der darf nicht zu spezialisiert sein. Er sollte alle psychotherapeutische Richtungen, die es gibt, sollte er abdecken. (Dr. A)

Sie waren ja eigentlich, sind ein Mensch, der breit auffangen kann, so breit ansprechbar auch ist. Also auch etwas ausstrahlen, was für viele, für eine breite Patientenpalette gut annehmbar ist. (Dr. K)

4.3.5 Allgemeine Rückmeldung

Alle Beteiligten äußerten sich durchweg positiv sowohl über das Konzept des Liaisondienstes als auch über dessen Realisierung in den Praxen. Als besonderer Vorteil wurde mehrfach herausgestellt, dass der Liaisondienst es möglich machte, innerhalb der eigenen Praxis den Patienten sehr kurzfristig einen Termin beim Psychologen vermitteln zu können.

Da war es ja klar, da liegt es auf der Hand, wenn man medizinisch nicht gefordert wird, kann man die natürlich gleich weiter reichen. Und wenn es eben auf diesem kleinen Dienstweg geht, wenn sie also nur ein Zimmer weitergehen müssen, ist das bei uns natürlich super. (Dr. A)

Ja ich denke, es ist ein gewisser Bedarf da und dann kommt man in Schwierigkeiten, wenn man keinen Ansprechpartner hat und das ist natürlich sehr angenehm gewesen, wenn man weiß, es ist jemand da, dass man den auch sofort ansprechen kann, das ist natürlich ein ganz großer Vorteil. Deswegen scheint dieser Liaisondienst als Theorie irgendwo ideal zu sein. (Dr. G)

Die Ärzte schätzten auch für ihre Patienten ein solches Angebot als sehr sinnvoll ein, da diese nicht nur weiterhin in ihrer vertrauten Umgebung bleiben können, sondern von ihrem Hausarzt an einen Kollegen weiterverwiesen werden, der in der selben Praxis mitarbeitet. So gingen die Ärzte davon aus, dass allein diese Tatsache gerade für Patienten, die zum ersten Mal einen Psychotherapeuten aufsuchen, sehr vertrauensbildend wirken dürfte.

Für die Patienten ist das natürlich äußerst angenehm, wenn sie in vertrauter Umgebung bleiben können, nicht irgendwoanders hingehen. Dass das auch mit unserem Schutz in Führungszeichen im Rücken, dass die da vielleicht sich auf etwas einlassen können. (Dr. G)

Trotz anfänglicher Bedenken schätzen abschließend auch die Arzthelferinnen dieses Projekt als sinnvolle Ergänzung des bisherigen Versorgungsangebotes ein.

Und wenn dann so was direkt in der Praxis angeboten wird und unsere Ärzte sagen, „gucken Sie mal, wir haben jemand hier“, glaube ich, gehen sie eher hin, als wenn man ihnen eine Adresse gibt mit „melden sie sich mal dort und dort“; und dann haben sie vielleicht in vier, fünf Wochen einen Termin; dann schieben sie es weg. (F)

Ich hatte mir da auch vorher so Gedanken darüber gemacht, wenn so etwas mal wieder sein sollte. Also, ich würde es eigentlich ein gute Einrichtung finden. (F)

Der Eindruck, dass dieser Versorgungsansatz auch von den Arzthelferinnen positiv aufgenommen wurde, konnte auch von ärztlicher Seite so eingeschätzt werden.

Also resümierend, zusammenfassend ist mein Eindruck vom Praxispersonal so, dass die das als eine große Bereicherung empfunden haben. Dass die das auch gerne weiter gehabt hätten in der Praxis, dass du als Psychologe hier weiter arbeitest, dass man so etwas grundsätzlich einführt. Dass es dort auch zu einer Entlastung geführt hat, entgegen der ursprünglichen Bedenken. (Dr. A)

Eine Arzthelferin brachte auch die Bedeutung des persönlichen Verhältnisses zwischen Liaisonpsychologen und Arzthelferinnen für ein gutes Gelingen zur Sprache.

Und ich würde sagen, von meiner Sicht her waren Sie mir sehr angenehm und sympathisch. Ich glaube wir konnten miteinander reden. Also, da war es eine gute Zusammenarbeit. Nicht das so mal heraushängen lassen, ich bin jetzt der Studierende und nun springen Sie mal. (F)

Die Interviewpartner wurden auch danach befragt, ob und in welcher Form sie Rückmeldung durch die Patienten erhalten haben bzw. inwieweit sie selber Veränderungen bei den Patienten beobachten konnten. Insgesamt gingen die Befragten davon aus, dass sich dieser Liaisondienst positiv auf die Patienten ausgewirkt hatte. Dennoch wurde auch angemerkt, dass dessen Wirkung zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch gar nicht endgültig zu beurteilen sei, da viele Patienten erst vor kurzem eine Psychotherapie begonnen haben bzw. die durch den Liaisondienst möglicherweise angestoßenen Veränderungsprozesse erst nach mehreren Monaten beobachtbar bzw. mit der notwendigen Gewissheit beurteilbar seien. So ist es auch nicht verwunderlich, dass auf die Frage nach der Auswirkung des Liaisondienstes auf die Patienten, die Befragten eher auf die Stimmung der Patienten Bezug nahmen als konkret beobachtbare Veränderungen zu benennen. Es wurden Beobachtungen dahingehend genannt, dass die meisten Patienten gerne zum Liaisonpsychologen gegangen seien und viele nach den Gesprächen nicht nur gefestigter schienen sondern oft auch den Wunsch äußerten, gerne wieder kommen zu wollen.

Also bis auf eine Patientin, das war diese vorhin genannte Patientin, waren alle Patienten von dem Gespräch sehr positiv beeindruckt. Das ist mal eine

grundsätzliche Rückmeldung, also die haben Sympathie empfunden für dich. (Dr. A)

Aber Zufriedenheit. Also die Patienten sind auch gerne wiedergekommen und haben sich gerne wieder Termine geben lassen. (F)

Dass die so, jetzt nicht glücklich, ich meine sie haben ihre Probleme, aber irgendwie habe ich das Gefühl, irgendwie bisschen leichter gingen sie raus, einfach von der Statur her, dass sie einfach ein bisschen aufrechter gingen. Und wie gesagt, dass sie sich gleich um einen neuen Termin gekümmert haben (F)

Manche waren doch sehr dadurch gestärkt und haben gesagt, da möchte ich gern mal zu ihm gehen oder darf ich noch einen Termin haben. Oder er hat mir eben geholfen, dass ich jetzt doch was weitermachen werde. (Dr. K)

Es wird aber auch eine Gruppe von Patienten beschrieben, die auch durch den Liaisonpsychologen nicht erreichbar schienen.

Die meisten waren ... für die war das eine Hilfe gewesen und die anderen, die wären sowieso ausgewichen oder so. (Dr. K)

4.3.6 Zusammenfassung der Ergebnisse der Problemzentrierten Interviews

Aus den Interviews ging hervor, dass in beiden Praxen der Anteil an psychisch und psychosozial belasteten Patienten als sehr hoch eingeschätzt wird. Sowohl aus rein abrechnungstechnischen Gründen als auch auf Grund mangelnder Kompetenz ist es den Ärzten nicht möglich, diesen Patienten ein adäquates Versorgungsangebot zu machen. Aus diesen Gründen begrüßten sie die Implementierung eines Liaisondienstes und bewerteten dieses Projekt als einen sehr sinnvollen Ansatz. Die Auswertungen der Interviews machten deutlich, dass mit Ärzten und Arzthelferinnen in den Primärpraxen zwei Berufsgruppen vertreten sind, die aus ganz unterschiedlichen Perspektiven die Vorteile des Liaisondienstes benannten. Während für die Ärzte der große Nutzen vor allem darin bestand, nun Patienten mit psychischen, psychosomatischen und auch psychosozialen Belastungen mit der Gewissheit weiterverweisen zu können, diese qualitativ auch gut versorgt zu wissen, beurteilten die Arzthelferinnen die Vorteile des Liaisondienstes aus einer vorwiegend organisatorischen Perspektive: Durch die Anwesenheit des Liaisonpsychologen wurden die Sprechstunden der Ärzte besser kalkulierbar, da diese nun nicht mehr von Patienten mit psychischen und psychosozialen Problemen aufgehalten wurden, was die Organisation der Abläufe innerhalb der Praxis erheblich erleichterte.

Eine Orientierung hin zu einer *gemeinsamen* Entwicklung von Behandlungsplänen, im Sinne einer Integration von somatischen und psychotherapeutischen Versorgungsaspekten - wie eigentlich in diesem Modellversuch vorgesehen -, konnte sich nicht etablieren. Vielmehr führte diese Kooperation zu einer Aufteilung der Patienten in zwei Gruppen: Die mit rein körperlichen Problemen, die weiterhin vom Arzt behandelt wurden, und die Patienten ohne

somatischen Befund, die an den Liaisonpsychologen weiterverwiesen wurden. Auch wenn in der praktischen Umsetzung die Indikation für den Liaisondienst durch die Ärzte in erster Linie über den Ausschluss möglicher vorhandener somatischer Befunde verlief, konnten sie auf theoretischer Ebene eindeutige Patientengruppen benennen, für die sie den Liaisondienst für besonders indiziert halten. Der Wunsch nach einem intensiveren Austausch wurde unterschiedlich bewertet. Während die Ärzte der Gemeinschaftspraxen regelmäßige Termine für Absprachen begrüßten, vertrat die Ärztin der Einzelpraxis die Position, den notwendigen Austausch auch im Praxisalltag ohne eigens dafür festgelegte Termine bewerkstelligen zu können. Die Tatsache, dass ein Liaisonpsychologe anwesend war, erhöhte bei den Ärzten grundsätzlich die Bereitschaft, über mögliche psychische und psychosoziale Belastungen ihrer Patienten nachzudenken und diese auch darauf anzusprechen. Hinsichtlich der Qualifikation von Liaisonpsychologen wurde keine therapieschulenspezifische Orientierung herausgehoben sondern vielmehr Wert auf fundierte praktisch-klinische Erfahrung und einem schulenübergreifenden Psychotherapieverständnis gelegt. Insgesamt wurde dieses Modellprojekt von allen Beteiligten als positiv bewertet.