

5 Diskussion

5.1 Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse

Ziel dieser Arbeit war es, durch Implementation und Durchführung eines psychologischen Liaisondienstes in der Primärversorgung, empirisch fundierte Erkenntnisse in Form von Erfahrungen und Daten zu gewinnen, die einerseits eine Beurteilung dahingehend ermöglichen sollen, inwieweit eine Fortführung bzw. Ausweitung eines solchen Versorgungsansatzes sinnvoll erscheint. Andererseits diene dieser Modellversuch aber auch der Erfassung entscheidender Faktoren, die für die Phasen der Implementation und Durchführung von Relevanz sind.

5.1.1 Zur Schwierigkeit der Suche nach kooperationsbereiten Arztpraxen

Das in dieser Arbeit vorgestellte Modellprojekt war in seiner ursprünglichen Planung zunächst mit weitaus mehr Arztpraxen vorgesehen. Da jedoch dieser Ansatz analog der beiden nicht realisierten Modelle (vgl. Kapitel 1.3) in dieser Form zu scheitern drohte, näherte sich das Modellprojekt konzeptionell immer mehr den beiden realisierten Modellen (Cierpka, 1994; Hesse, 1994) an. Die Reduzierung des Projekts auf nur zwei Allgemeinarztpraxen kann im Nachhinein als bedeutender Vorteil gewertet werden, da dies eine Zusammenarbeit in einem sehr viel persönlicheren Rahmen ermöglichte und dadurch individuell auf die Fragen und Anliegen der niedergelassenen Ärzte eingegangen werden konnte. Beispielsweise zeigte Dr. G grundsätzlich Interesse an einer Kooperation, war sich jedoch unsicher, ob ihre Patienten ein solches Versorgungsangebot annehmen würden. Innerhalb dieses Rahmens bestand nun die Möglichkeit auf ihre Skepsis einzugehen und eine Befragung bei den Patienten ihrer Praxis zur Eruiierung des Bedarfs durchzuführen. Zwar bedeutete dieser Vorgang einen zusätzlichen Aufwand, konnte jedoch den notwendigen Nachweis erbringen, so dass sich Dr. G auf die Durchführung des Modellprojektes einlassen wollte.

Die Ankündigung einer Entlastung hinsichtlich der Betreuung der Patienten, die psychische Probleme haben, scheint allein - so zumindest die hier gemachten Erfahrungen - keineswegs für die Einrichtung eines solchen Dienstes auszureichen. Dies wird deutlich, wenn man zur Kenntnis nimmt, dass von 20 angeschriebenen Arztpraxen 19 eine Kooperation ablehnten.

Es stellt sich die Frage, auf welche Ursachen die Ablehnung der großen Mehrheit der kontaktierten Ärzte zurückzuführen ist. Die verschiedenen Gespräche, die ich im Verlauf der Suche

nach kooperationsinteressierten Ärzten zu diesem Thema führte, machen deutlich, dass Primärärzte so sehr in ihre Praxisroutinen eingebunden sind, dass in der Regel nur wenig Freiraum bleibt, sich mit Themen bzw. Angeboten dieser Art auseinanderzusetzen. Ein weiterer, wesentlicher Punkt ist mit Sicherheit auch darin zu sehen, dass dieses Kooperationsangebot nicht von einem ärztlichen Kollegen ausging. Für niedergelassene Ärzte stellt die Tatsache, dass seit Einführung des Psychotherapeutengesetzes neben den Ärzten eine zweite Berufsgruppe zur Ausübung der Heilkunde im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung berechtigt ist, eine Veränderung dar, die einer längeren Gewöhnung bedarf. Bisher war ihnen im Rahmen des Kassenarztrechts nur die Zusammenarbeit mit ärztlichen Kollegen und Heilhilfsbehandlern gestattet, eine Zusammenarbeit mit Heilpraktikern sogar unter Androhung des Entzugs ihrer Niederlassung untersagt. Es ist davon auszugehen, dass allein vor diesem berufspolitischen Hintergrund, das Kooperationsangebot durch einen Psychologischen Psychotherapeuten, auf *kollegialer* Ebene die primärärztliche Tätigkeit zu unterstützen, Irritationen ausgelöst haben dürfte. Zum einen sollte die primärärztliche Versorgung um eine Kompetenz ergänzt werden, über die in der Außendarstellung Allgemeinärzte bereits verfügen (vgl. DEGAM-Entscheidung 1092-1990, S.218), zum anderen stellt sich die Frage, ob dieser spezifische Kompetenzbereich der Profession Psychologie in der öffentlichen Wahrnehmung so eindeutig zugeordnet wird. Solange Psychologen gemeinsam mit Journalisten, Tanzlehrern und Designern den „Kulturberufen“ zugeordnet werden (Bundesverband der Freien Berufe, 1999), kann nicht davon ausgegangen werden, dass dies in der Wahrnehmung der Ärzte so ohne weiteres der Fall ist.

Auf Folgen ganz anderer Art machte Dr. K. im Interview aufmerksam als sie feststellte, dass für sie dieser Liaisondienst auch ein „Abgeben“ von der beratenden Position bedeutet, was sie mit der Sorge verknüpfte, nicht mehr so viel von ihren Patienten mitzubekommen. So mag auch bei einigen Primärärzten die Befürchtung entstanden sein, dass ihre Leistungen in einem solchen Modell auf rein somatische Behandlungsaufgaben reduziert würden. Abgesehen von diesen Bedenken scheint die Vorstellung eines multiprofessionell-integrativen Behandlungsansatzes jenseits jeder Vorstellung aber auch Erfahrung der meisten kassenärztlich niedergelassener Ärzte zu sein.

5.1.2 Psychische und psychosoziale Belastungen bei Patienten in der Primärversorgung

Die in dieser Arbeit anamnestisch erhobenen Ergebnisse stellen einen weiteren Beleg dafür dar, dass in der Primärversorgung ein dringender Bedarf um die Erweiterung psychosozialer und psychotherapeutischer Behandlungsangebote besteht. Die überwiegende Mehrheit der

befragten Patienten schätzte sich in ihrer psychischen Befindlichkeit als stark beeinträchtigt ein. Aber auch hinsichtlich ihrer körperlichen Gesundheit gaben diese Patienten durchweg Beeinträchtigungen an. Die signifikant positiven Korrelationen zwischen dem Ausmaß der subjektiv erlebten Beeinträchtigung ihres Gesundheitszustandes und der Neigung zur Somatisierung, dem Ausmaß phobischen Erlebens sowie der Ängstlichkeit, lassen die Notwendigkeit erkennen, die primärärztliche Versorgung durch einen psychologischen Liaisondienst zu ergänzen.

Neben psychischer und somatischer Befindlichkeit spielt auch das soziale Netzwerk dieser Patienten eine wichtige Rolle. Der enge Zusammenhang zwischen Ausmaß an psychischer Belastung mit der Unzufriedenheit und geringen Verfügbarkeit an sozialer Unterstützung, bestätigt die wichtige protektive Funktion sozialer Ressourcen. Ferner konnte belegt werden, dass die subjektive Beurteilung der eigenen sozialen Situation einen entscheidenden Einfluss auf die Häufigkeit der Hausarztbesuche hatte: Patienten, die unzufrieden über die Verfügbarkeit ihrer Vertrauenspersonen sind, besuchten unabhängig von ihrer körperlichen und psychischen Befindlichkeit ihren Hausarzt deutlich häufiger als Patienten, die angeben, zufrieden hinsichtlich dieser Verfügbarkeit zu sein. Dies bestätigt die These, dass Allgemeinärzte nicht nur einen medizinischen, sondern auch einen sozialen Auftrag in unserer Gesellschaft übernehmen. Dies ist zumindest die Art und Weise, wie Patienten die Primärversorgung in Anspruch nehmen. Anders stellt sich die Situation aus Sicht der Ärzte dar, die diese sozialen Aspekte ihres Behandlungsauftrages eher als Behinderung ihrer eigentlichen Tätigkeit wahrnehmen. Die Ärzte gaben in den Interviews an, dass viele ihrer Patienten auf Grund psychosozialer Belastungen in ihre Praxis kommen, solche Anliegen aber sowohl aus rein wirtschaftlichen Gründen als auch auf Grund mangelnder Kompetenz nicht im notwendigen Umfang thematisiert bzw. weiter verfolgt werden können. Dies führt zu der paradoxen Situation, dass sich Behandlungs- bzw. Versorgungsanliegen der Patienten und die jeweiligen Angebote durch die Ärzte nicht entsprechen können. Genau diese Versorgungslücke konnte optimal durch den Liaisondienst geschlossen werden.

5.1.3 Der Aufgabenbereich des Liaisonpsychologen

Ein wichtiger Aspekt in diesem Modell stellt die Kooperation von Ärzten und Liaisonpsychologen sowie die Koordination der jeweiligen Behandlungsangebote dar. In der praktischen Umsetzung stellte sich allerdings heraus, dass ein größerer Zeitraum notwendig ist, um die Ärzte mit der Arbeitsweise eines Liaisonpsychologen vertraut zu machen. Ein Indiz dafür, dass die Ärzte nicht ausreichend mit dem Aufgabenbereich des Liaisonpsychologen vertraut

waren, stellten die öfters - zumindest für den Liaisonpsychologen - nicht immer nachvollziehbaren Kriterien dar, nach denen einzelnen Patienten ein Termin bei dem Liaisonpsychologen vermittelt wurde. Die Indikation für die Ärzte, war nicht immer nur die Vermutung möglicher psychosozialer Probleme, sondern oft allein die Feststellung, dass keine körperlichen Beeinträchtigungen im Vordergrund standen, was mit der Erwartung einherging, dass diese Patienten viel Zeit in Anspruch nehmen würden, ohne dass die Ärzte abrechenbare Leistungen geltend machen könnten. In diesen Fällen war die Indikation also daher gegeben, weil die Ärzte ihrerseits kein konkretes Behandlungsangebot machen konnten. Bezeichnenderweise bestand hier ärztlicherseits auch selten Interesse zu erfahren, zu welchen Ergebnissen die Gespräche mit dem Liaisonpsychologen geführt haben. Auf Grund dieses mangelnden Austauschs ist eine gewisse Gefahr zu sehen, den in der ambulanten Versorgung bestehenden Bruch zwischen rein somatischer und psychotherapeutischer Behandlung innerhalb der Praxisräume durch dieses Liaisonmodell fortzusetzen, so dass die eigentliche Absicht, Ärzte und Praxisteams für psychosoziale Versorgungsaspekte zu sensibilisieren, nicht eingelöst würde. Bei dieser eher pessimistischen Betrachtung sollte allerdings der Zeitfaktor nicht unterschätzt werden. In der ersten Phase der Durchführung ist zwar zunächst davon auszugehen, dass die bisher erprobten und bewährten Arbeitsweisen der Allgemeinmediziner in ihrer gewohnten Weise weitergeführt werden, so dass sich Veränderungen speziell hinsichtlich der Kooperation mit einem Liaisonpsychologen nur über längere Zeiträume hinweg entwickeln können. Für diesen letzten Aspekt finden sich in den Interviews auch Bestätigungen in dem Sinne, dass allein durch die Anwesenheit des Liaisonpsychologen die Bereitschaft deutlich angewachsen war, nicht nur den Blick auf mögliche psychische Belastungen zu richten, sondern die Patienten auch direkt auf diese anzusprechen. Der vermutete Vorteil, ein solches Versorgungsangebot in der hausärztlichen Praxis einzurichten, da die Patienten so an ihrem vertrauten Ort bleiben können und auch davon ausgehen können, dass ihr Hausarzt weiterhin gut über sie informiert bleibt, konnte sich bestätigen. So erweckte keiner der Patienten, die zum Liaisonpsychologen kamen, den Eindruck, sich in irgendeiner Weise vom Arzt abgeschoben zu fühlen.

Die lange Dauer, bis es sonst zur fachgerechten Behandlung von psychosomatisch erkrankten Patienten kommt, ist vor diesem Hintergrund nicht ausschließlich den Ärzten anzulasten, sondern liegt mit vermutlich auch in der Hemmschwelle vieler Patienten, sich einer neuen Person in neuer Umgebung anzuvertrauen. Dies zeigte sich auch in den Fällen, in denen der Liaisonpsychologe den Patienten eine Psychotherapie vermitteln wollte. Viele Patienten

äußerten den Wunsch, nachdem sie nun schon ein gewisses Vertrauen hergestellt hatten, am liebsten diese Therapie in der hausärztlichen Praxis bei dem Liaisonpsychologen durchführen zu wollen. So nachvollziehbar dieser Wunsch auch ist, konnte im Rahmen dieses Liaisondienstes nur in Ausnahmefällen und auch nur bei Kurzzeittherapien diesem Wunsch entsprochen werden, da ansonsten zu wenig Kapazität für die anderen Patienten geblieben wäre.

Als großer Vorteil dieses Dienstes stellte sich vor allem die Möglichkeit der differentiellen Psychotherapieindikation heraus. Bereits im Vorfeld konnte der Liaisonpsychologe mit den Patienten besprechen, welches der Verfahren hier die größere Aussicht auf Erfolg haben dürfte und sie auf die Besonderheiten des jeweiligen Behandlungsansatzes vorbereiten. Ein weiterer Vorteil ist ebenfalls darin zu sehen, dass der Liaisonpsychologe schon im Vorfeld Kontakt zu den Psychotherapeuten aufnehmen und abklären konnte, ob bzw. ab wann ein Therapieplatz verfügbar ist. So konnte die für Patienten sonst oft mühsame und auch frustrierende Suche nach einem Therapieplatz deutlich abgekürzt werden. Die Vermittlung von Psychotherapieplätzen stellte sich für den Liaisonpsychologen als zeitintensiver als erwartet heraus, da es enorm schwierig war, Psychotherapeuten zu finden, die in absehbarer Zeit freie Therapieplätze anbieten konnten. In der ursprünglichen Planung dieses Projektes war eine zentrale Vermittlungsstelle vorgesehen, die über eine Datenbank verfügen sollte, in der Status hinsichtlich freier Therapieplätze, Spezialisierung auf bestimmte Störungen und weitere Informationen systematisch festgehalten und ständig aktualisiert werden sollten. Vor dem Hintergrund dieser Erfahrungen scheint, unabhängig von einem Liaisondienst, eine solche Vermittlungsstelle eine dringend notwendige Einrichtung in der kassenärztlichen Versorgung zu sein.

Die in diesem Modellprojekt gemachten Erfahrungen deuten an, dass sehr vielfältigen Aufgaben auf einen Liaisonpsychologen zukommen. Neben einer entsprechenden beruflichen Qualifikation sind darüber hinaus sehr gute Kenntnisse über die Angebote der Leistungserbringer innerhalb und außerhalb der kassenärztlichen Versorgung notwendig. Nicht nur sollte ein Liaisonpsychologe selber Psychotherapien durchführen können, sondern er sollte auch mit den gängigen Psychotherapieverfahren vertraut sein, um so in der Lage zu sein, mit der notwendigen Kompetenz die differentielle Indikation zur Psychotherapie stellen zu können. Um die Schnittstelle in der Primärversorgung zwischen somatischen, psychosozialen und psychotherapeutischen Behandlungsangeboten adäquat ausfüllen zu können, sollte ein Liaisonpsychologe nicht nur Erfahrung in der Zusammenarbeit mit Ärzten einbringen können, sondern ebenso die Arbeitsweisen in Beratungsstellen kennen. Ferner

wird vom Liaisonpsychologen erwartet, dass er in den Praxisteams supervisorische Aufgaben übernehmen kann.

Unter Berücksichtigung der gegenwärtig vorhandenen Ausbildungsbedingungen verlangt ein solches Anforderungsprofil nicht nur, dass ein Psychologiestudiengang mit Schwerpunkt Klinische Psychologie absolviert wurde, sondern darüber hinaus, eine Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten abgeschlossen wurde, eine Supervisionsausbildung vorgewiesen werden kann, sowie auf ausreichende berufspraktische Erfahrungen in medizinischen Einrichtungen aber auch Beratungseinrichtungen zurückgeblendet werden kann. Mit der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten oder auch zum Supervisor sind allerdings mehrjährige zeit- und kostenaufwendige Zusatzausbildungen angesprochen, die jede für sich als eigenständige berufsqualifizierende Ausbildung anzusehen ist. Es ist davon auszugehen, dass Psychologen, die diese Zusatzqualifikationen vorweisen können, sich selber hinsichtlich einer liaisonpsychologischen Tätigkeit als überqualifiziert einschätzen dürften.

Dieser Versorgungsansatz wird wohl nur dann eine Zukunft haben können, wenn liaisonpsychologische Tätigkeit mit einem eigenständigen Beruf und einem hierfür qualifizierenden Ausbildungsgang verknüpft wird.

Es müsste sich hierbei um Studiengang handeln, der gezielt über praktische Ausbildungseinheiten Kenntnisse über die im Rahmen der Primärversorgung relevanten Leistungserbringer vermittelt und durch theoretische und praxisorientierte Unterrichtseinheiten angehende Liaisonpsychologen mit der notwendigen, psychotherapeutischen, supervisorischen und beraterischen Kompetenz ausstattet.

Hinsichtlich der hochschulpolitischen Rahmenbedingungen stehen die Optionen, einen solchen Ausbildungsgang zu entwickeln, sehr gut. Im Bestreben dem Studium eine stärkere berufsqualifizierende Funktion zukommen zu lassen, wird immer stärker auf die Einrichtung von Bachelor- und Masterstudiengänge gedrängt. Auch wird die Notwendigkeit erkannt, Ausbildungsgänge einzurichten, die berufsübergreifende Kompetenzen vermitteln. So weist die Kultusministerkonferenz daraufhin, dass vor dem Hintergrund sich auflösender fester beruflicher Typisierungen sowie sich ändernder fachlicher Qualifikationsanforderungen der Vermittlung von inter- und transdisziplinären Fähigkeiten und Schlüsselqualifikationen eine besondere Bedeutung zukommt (KMK, Beschluss von 14.04.2000).

Aber nicht nur die Orientierung hin zu berufsqualifizierende Bachelor- und Masterstudiengänge, sondern auch in der Revision der Rahmenordnung für die Diplomprüfung im Fach Psychologie wird bewusst auf Flexibilisierung gesetzt, um den

Instituten so die Möglichkeit völlig neuartiger Schwerpunktprofile und damit einzigartiger Kompetenz- und Profilbildungen zu eröffnen. So wird als Ziel der Revision explizit genannt:

„eine größere Flexibilität in der Gestaltung des Hauptstudiums mit der Möglichkeit der Profilbildung für Institute durch das Angebot neuer Anwendungsfächer und spezieller, insbesondere auch interdisziplinärer Vertiefungsfächer" (KMK, 27.05.2002)

So würde ein Institut mit dem Schwerpunktprofil „Liaisonpsychologie“ nicht nur eine Chance für eine gezielte und qualifizierte Vorbereitung für eine spätere liaisonpsychologische Tätigkeit bedeuten, sondern darüber hinaus die Möglichkeit eröffnen, diesen Versorgungsansatz und das damit verbundenen Anforderungsprofil kontinuierlich wissenschaftlich zu begleiten.

5.1.4 Bewertung des Modellversuchs durch die Praxisteams und die Patienten

Insgesamt lässt sich festhalten, dass das in der vorliegenden Untersuchung vermittelte Liaisonmodell von den Ärzten, den Arzthelferinnen und den Patienten sehr positiv aufgenommen wurde. In der Nachbefragung bewerteten die Patienten das liaisonpsychologische Behandlungsangebot insgesamt mit „gut“. Die Praxisteams machten deutlich, dass ein psychologischer Liaisondienst sowohl eine sinnvolle Ergänzung des bestehenden Behandlungsangebotes als auch eine wichtige Entlastung für die Ärzte bedeutete.

5.2 Fazit und Ausblick

Der in diesem Modellversuch durchgeführte Versorgungsansatz ist erstmalig bei niedergelassenen Ärzten eingerichtet worden, so dass eines der zentralen Anliegen dieser Arbeit darin bestand, zunächst einmal festzustellen, ob eine Kooperation zwischen Liaisonpsychologe und Primärarzt überhaupt zu realisieren ist. Arbeiten dieser Art haftet immer ein gewisses Risiko an, da auf Grund der fehlenden Vorerfahrungen unmöglich alle Unwägbarkeiten im Vorfeld erfasst werden können. Dies bedeutet, dass sich als Ergebnis auch ein Scheitern dieses Versorgungsmodells hätte herausstellen können. Letztendlich ist es dem Umstand der geringen Resonanz der angeschriebenen Allgemeinärzte zu verdanken, dass nur mit zwei Praxen Kooperationen eingegangen werden konnten, was aber den entscheidenden Vorteil mit sich brachte, dieses Modellvorhaben in der Umsetzungsphase mit sehr viel mehr Flexibilität den jeweiligen Praxisbedingungen anpassen zu können. Die sehr unterschiedlichen Erfahrungen in den beiden Praxen machten deutlich, dass die Vorstellung eines liaisonpsychologischen Moduls, das unter Befolgung ausgearbeiteter Phasen und

Regeln in jeder primärärztlichen Praxis implementiert werden könnte, zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch keine realistische Chance haben dürfte. Vielmehr zeigte sich, wie sehr das primärärztliche Umfeld, in das der Liaisonpsychologe eintritt, bereits von den jeweiligen persönlichen Stilen der Primärärzte geprägt ist, so dass eine gelungene Integration liaisonpsychologischer Tätigkeit nur unter Berücksichtigung dieser sehr individuellen Komponenten stattfinden kann. Um das Potenzial einer solchen Kooperation optimal ausschöpfen zu können, ist daher ein weitaus größerer Zeitraum notwendig als hier im Modellvorhaben vorgesehen war. Zunächst müssen Liaisonpsychologe und Allgemeinarzt mit ihren jeweiligen Behandlungsansätzen gegenseitig ausreichend vertraut sein, um in einem nächsten Schritt eine optimale Abstimmung ihrer jeweiligen Versorgungsangebote zu entwickeln. Dennoch sprechen die Ergebnisse dieser Arbeit, insbesondere die Rückmeldungen der Ärzte, Arzthelferinnen und Patienten aber auch die eigenen Erfahrungen als Liaisonpsychologe dafür, weiter an einer Integration liaisonpsychologischer Dienste in die Primärversorgung zu arbeiten.

Um eine Ausweitung dieses Ansatzes erreichen zu können, wird auf ganz unterschiedlichen Ebenen, beginnend bei den Primärärzten, weiter über die kassenärztlichen Vereinigungen und bis hin zu den gesetzlichen Krankenkassen nicht nur inhaltliche Überzeugungsarbeit zu leisten sein, sondern auch empirisch nachzuweisen sein, dass ein psychologischer Liaisondienst nicht nur eine sinnvolle Ergänzung des primärärztlichen Behandlungsangebotes darstellt, sondern auch zu bedeutsamen Einsparungen der Behandlungskosten führen wird. Vor dem Hintergrund immer weiter steigender Ausgaben des Gesundheitssystems ist dieser letzte Punkt hinsichtlich der Zukunft eines solchen Versorgungsmodells als zentral einzustufen. Neben dieser inhaltlichen Überzeugungsarbeit wird ein solcher Versorgungsansatz jedoch nur dann eine Perspektive haben, wenn sich innerhalb des kassenärztlichen Systems eine grundsätzliche Bereitschaft zu einem berufsübergreifenden Denken und Handeln entwickelt. Es ist zu erwarten, dass bei dem Bestreben multiprofessionelle Versorgungsansätze zu implementieren auf kassenärztlicher Seite weniger die Vorteile für die Patienten gesehen werden, sondern vielmehr Machtpositionen und Standesinteressen verteidigt werden. Die Gründung des Gesundheitsparlaments im November 2001 deutet allerdings an, dass sich mittlerweile bei den Vertretern verschiedener Gesundheitsberufe eine große Basis gebildet, die mit Nachdruck neue Wege in der gesundheitlichen Versorgung einfordert. Ihre Gründung wurde aus der Erfahrung heraus geboren, dass innovative Versorgungsansätze, die einen Beitrag zur Veränderungen des Gesundheitssystems leisten, oft von den entsprechenden Behörden, Wirtschafts- oder Standeslobbies auf Eis, tot geredet oder verschwiegen werden. Um diese Hürde zu um-

gehen hat sich ein Netzwerk von nicht-regierungsgebundenen Organisationen (NGOs) zu einem Gesundheitsparlament mit dem Ziel zusammengeschlossen, eine neue politische Kultur der interdisziplinären Kommunikation und des ganzheitlich-verantwortungsbewußten Handelns zu schaffen. In der Berliner Charta für ein soziales Gesundheitswesen wird betont, dass die Hausärzte herausgefordert sind, für Menschen mit körperlichen, seelischen und sozialen Problemen einen selbständigen und selbstbestimmten Alltag zu gestalten. Ferner wird darauf hingewiesen, dass die positiven Erfahrungen aus integrierten Versorgungsprojekten im System zu wenig Anerkennung und strukturelle Förderung erhalten. Daher empfiehlt das Gesundheitsparlament die Ausarbeitung eines Aktionsplanes zur seelischen Gesundheit, mit dem die bisherige Unter- und Fehlversorgung transparent würde und so eine nachhaltige Verbesserung der Situation erreicht werden soll.

Es lassen sich demnach sowohl in Hinblick auf eine qualifizierende liaisonpsychologische Ausbildung als auch auf eine Veränderung des derzeitigen Gesundheitssystems Ansätze erkennen, die möglicherweise in nicht allzu ferner Zukunft eine liaisonpsychologische Tätigkeit zum festen Bestandteil der Primärversorgung werden lassen könnte.

Dieser Prozess könnte mit Sicherheit beschleunigt werden, wenn zusätzliche Evidenz für die Vorteile dieses Versorgungsansatzes geschaffen würden. So wäre eine Fall-Kontroll-Studie sinnvoll, in der hinsichtlich Patientenstamm und Versorgungsangebot vergleichbare Arztpraxen beteiligt werden. Können Daten einer solchen Studie die zu erwartenden Kosteneinsparungen belegen und nachweisen, dass diese auf den psychologischen Liaisondienst zurückzuführen sind, stünden die Aussichten für eine systematische Integration dieses Liaisonmodells in die Primärversorgung sehr gut. Eine solche Perspektive lässt erahnen, dass über relativ lange Zeiträume hinaus gedacht werden muss, um innovative Versorgungskonzepte in die kassenärztliche Versorgung zu integrieren.