

Anhang A: Anschreiben

FREIE UNIVERSITÄT BERLIN

Fachbereich
Erziehungswissenschaft, Psychologie
und Sportwissenschaft
Institut für Klinische Psychologie, Psychologische
Diagnostik und Gemeindepsychologie, WE 09

Mark Helle, Dipl.Psychologe

Freie Universität Berlin
Diplomstudiengang Psychologie, WE 09, Habelschwerdter Allee 45, 14195 Berlin

FU | **BERLIN**

Tel.: 030/838 6524
Fax: 030/838 49 45
E-Mail: mhelle@zedat.fu-berlin.de

Frau
Dr. med Muster
Strasse
PLZ Berlin

Berlin, den

Studie: Psychosoziale und psychische Belastungen bei Patienten in der Primärversorgung

Sehr geehrter Frau Dr.

am Institut für Klinische Psychologie, Psychologische Diagnostik und Gemeindepsychologie der Freien Universität Berlin planen wir gegenwärtig die Implementierung und Evaluation des Modellprojektes "Liaisondienst in der Primärversorgung". In enger Kooperation mit interessierten Ärzten aus der Primärversorgung soll ein Liaisondienst, wie er sich bereits in vielen Allgemeinkrankenhäusern sehr gut bewähren konnte, nun auch auf den ambulanten Bereich übertragen werden, um so psychische und psychosoziale Belastungsfaktoren intensiver in die Behandlung integrieren zu können. Mit diesem Vorhaben setzen wir unmittelbar an dem Positionspapier der KBV (1998) an, in dem dafür plädiert wird, die Qualität der Primärversorgung durch optimale Nutzung von Diagnose- und Behandlungsangeboten des Gesundheitssystems innerhalb und außerhalb der kassenärztlichen Versorgung zu verbessern.

Um ein Gelingen dieses Modellvorhabens zu gewährleisten, soll nun im Vorfeld eine Studie durchgeführt werden, in der wir durch den systematischen Einbezug kooperationsinteressierter Primärärzte und deren Patienten einen besseren Einblick in die Situation der Primärversorgung erhalten wollen. Durch den direkten Austausch mit den Primärärzten hoffen wir, im Modellvorhaben einen Liaisondienst konzipieren zu können, der unmittelbar an den Versorgungsbedürfnissen der Patienten ansetzt und mit der Alltagsroutine der Allgemeinarztpraxis kompatibel ist.

Mit dieser vorbereitenden Studie gilt es unter anderem folgende Vorarbeiten zu leisten:

- Etablierung eines Screening-Verfahrens zur Erhebung psychischer und psychosozialer Belastungsfaktoren;
- Entwicklung von Verfahren zur Ermittlung des Bedarfs an Liaisonstätigkeit in Allgemeinarztpraxen;
- Erfassung typischer Fragestellungen, in denen von ärztlicher Seite der Liaisondienst in Anspruch genommen würde;
- Erfassung von Versorgungslücken, die durch Angebote außerhalb der kassenärztlichen Versorgung aufgefüllt werden könnten;

Der zeitliche Aufwand für die Teilnahme an dieser Studie soll sowohl für Sie als auch für Ihre Patienten möglichst gering gehalten werden. Ich würde mich sehr freuen, wenn Sie den Gewinn sehen könnten, der für Sie mit der Teilnahme an der Untersuchung verbunden ist: Daten über die psychischen und psychosoziale Situation Ihrer Patienten, Hinweise zu psychischen und psychosomatischen Aspekten des Behandlungsanlasses sowie eine detaillierte Rückmeldung über das Ausmaß der Zufriedenheit Ihrer Patienten in Hinblick auf die verschiedenen Arbeitsbereiche und -abläufe in Ihrer Praxis.

Selbstverständlich haben Sie auch die Möglichkeit, eigene Anregungen und Interessen einzubringen, falls Sie sich für eine Teilnahme an der Untersuchung entscheiden.

Details der Untersuchung würde ich gerne in einem persönlichen Gespräch mit Ihnen besprechen.

Um aber erst einmal zu erfahren, ob Sie überhaupt zur einer Teilnahme bereit sind, werde ich mich in den nächsten Wochen telefonisch mit Ihnen in Verbindung setzen.

Ich hoffe sehr, Ihr Interesse an dieser Studie geweckt zu haben und verbleibe

mit freundlichen Grüßen

M. Helle

Anhang B: Faltblatt

Was ist das?

Liaisondienst in der Arztpraxis

In der Allgemeinarztpraxis steht ein psychotherapeutisch erfahrener Kollege, der den Arzt in der Behandlung unterstützt, zur Verfügung.

Dieser Kollege ist dann zuständig, wenn außer der körperlichen Erkrankung seelische Belastungen hinzukommen, die sich auf den Krankheitsverlauf ungünstig auswirken.

Der Arzt behandelt weiterhin die körperliche Erkrankung, und der Praxis-Psychologe sucht in Gesprächen mit dem Patienten nach Möglichkeiten, eine Verringerung dieser zusätzlichen Belastungen herbeizuführen.

Ziel eines Liaisondienstes ist, daß Arzt, Psychologe und Arzthelferinnen in der Versorgung der Patienten eng zusammenarbeiten und dadurch ein optimale Behandlung anbieten.

In unserer Praxis wird Herr Helle, Dipl.Psychologe und Psychotherapeut, für die Dauer des Modellvorhabens als Praxis-Psychologe mitarbeiten.

Wie bekommt man einen Termin beim Praxis-Psychologen?

Herr Helle wird jeden Mittwoch von 9.00 - 11.00 Uhr und von 12.00 - 18.00 Uhr in unserer Praxis den Patienten zu Verfügung stehen. Entweder lassen Sie sich selber einen Termin bei Herrn Helle geben oder Frau Dr. K. und Herr Dr. A. werden Ihnen einen Termin empfehlen.

Warum einen Liaisondienst?

Die Gesundheit kann aus ganz unterschiedlichen Gründen beeinträchtigt sein. Z.B. durch:

- Ängste
- Depressionen
- **Stress am Arbeitsplatz (Mobbing)**
- **Krisen in der Partnerschaft**
- **Stress durch Erziehungsschwierigkeiten**
- **ständiger Streit in der Verwandtschaft oder Nachbarschaft.**
- **Drogenmißbrauch oder -abhängigkeit**

All diese seelischen Belastungen können sich auf Entstehung und Verlauf von körperlichen Erkrankungen auswirken. Deshalb ist es sinnvoll, auch solchen Belastungsquellen mit Aufmerksamkeit zu begegnen und diese in der weiteren Behandlung zu berücksichtigen.

Genau dies ist das Ziel eines Liaisondienstes in der Arztpraxis.

Was kostet das?

Dieser Modellversuch wird durch die Kooperation mit der Freien Universität Berlin ermöglicht, so daß weder Ihnen, den gesetzlichen Krankenkassen noch der Kassenärztlichen Vereinigung zusätzliche Kosten entstehen.

Begleitforschung

Dieses Projekt wird wissenschaftlich durch die Freie Universität Berlin begleitet. Alle in diesem Zusammenhang erhobenen Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Zum Schluß

Wir möchten uns an dieser Stelle für Ihr Interesse bedanken und hoffen, daß dieses Modellprojekt einen wesentlichen Beitrag leisten kann, das Versorgungsangebot für unsere Patienten weiter zu verbessern.

Dr. K. Dr. A. Mark Helle
Ärzte für Innere Medizin Dipl.Psych., Psychotherapeut

Was passiert beim Praxis-Psychologen?

In einem gemeinsamen Gespräch wird zwischen Praxis-Psychologen und Patient besprochen, in welchen Bereichen die Belastungen/Schwierigkeiten liegen.

Folgende Möglichkeiten kommen z.B. in Betracht:

- **das erste Gespräch reicht aus, und man wartet ab, ob sich die Schwierigkeiten legen;**
- **es werden weitere Gespräche vereinbart;**
- **es wird eine einschlägige Beratungseinrichtung empfohlen;**
- **es wird ein Termin bei einem niedergelassenen Psychotherapeuten vermittelt;**

Liaisondienst in der Arztpraxis

ein Modellversuch in
Kooperation mit dem

Institut für Klinische
Psychologie
der
Freien Universität Berlin

Sehr geehrte Patientin, Sehr geehrter Patient,

in der nächsten Zeit werden Sie in unserer Praxis eine Veränderung feststellen, über die wir Sie mit dieser Broschüre gerne informieren möchten.

Anhang C: Anamnestischer Fragebogen

Sehr geehrte Patientin,

Sehr geehrter Patient,

soeben haben Sie diesen Fragebogen erhalten. Wie Sie der ausliegenden Broschüre: "**Liaisondienst in der Arztpraxis**" entnehmen können, beteiligt sich unsere Praxis gegenwärtig in Kooperation mit dem Institut für Klinische Psychologie der Freien Universität Berlin an diesem Modellvorhaben.

In diesem Zusammenhang ist auch dieser Fragebogen von großem Interesse. Wir wollen feststellen, ob wir so schneller und effizienter auf Ihre Beschwerden und Belastungen aufmerksam werden.

Ferner soll dieser Fragebogen für die Aus- und Bewertung dieses Modellvorhabens verwendet werden.

Die Bearbeitungsdauer beträgt ca. 25 Minuten. Wir würden uns freuen, wenn Sie sich diese Zeit nehmen könnten und versuchen, jede Frage zu beantworten.

Der Fragebogen ist in folgende Bereiche unterteilt:

- 1. Fragen zu körperlichen Beschwerden**
- 2. Fragen zu Verhaltensweisen und Einstellungen**
- 3. Fragen zu Beschwerden im Erleben und Verhalten**
- 4. Fragen zu zwischenmenschlichen Beziehungen**

Nun noch zum Datenschutz:

Hier in der Praxis ist es wichtig, daß wir die Ergebnisse des Fragebogens den Patienten zuordnen können. Diese Daten unterliegen selbstverständlich wie alle anderen Informationen der ärztlichen Schweigepflicht.

Sobald die Daten für wissenschaftlichen Zwecke verwendet werden, wird das Deckblatt abgerissen, so daß außerhalb der Praxis die Anonymität garantiert ist.

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Patientenfragebogen

Name: _____ männl.
weibl.

Vorname: _____

Datum: _____

geboren
am: _____

Ausbildung:

Hauptschule
Realschule
Abitur
abgeschlossenes Studium

	fast tägl.	etwa 3x Woche	etwa 2x Monat	etwa 2x Jahr	prak- tisch nie
14. Haben Sie Herzschmerzen?					
15. Bekommen Sie beim Treppensteigen Herzklopfen?					
16. Bekommen Sie beim Treppensteigen Atemnot?					
17. Haben Sie das Gefühl erstickender Enge in der Brust?					
18. Haben Sie einen empfindlichen Magen?					
19. Haben Sie Völlegefühle?					
20. Haben Sie Sodbrennen?					
21. Haben Sie Übelkeit?					
22. Haben Sie Blähungen?					
23. Haben Sie Verstopfung?					
24. Haben Sie Bauchschmerzen?					
25. Haben Sie ein Druckgefühl im rechten Oberbauch?					
26. Juckt Ihre Nase?					
27. Niesen Sie, auch wenn Sie nicht erkältet sind?					
28. Haben Sie Halsschmerzen auch wenn Sie nicht erkältet sind?					
29. Haben Sie Schwierigkeiten beim Schlucken?					
30. Haben Sie das Gefühl einen Kloß im Hals zu haben?					
31. Räuspern Sie sich, auch wenn Sie nicht erkältet sind?					
32. Husten Sie, auch wenn sie nicht erkältet sind?					
33. Juckt Ihre Kopfhaut?					
34. Haben Sie feuchte Hände?					
35. Schwitzen Sie auch an kühlen Tagen?					
36. Haben Sie plötzlich Schweißausbrüche?					
37. Spüren Sie Druck unter den Augen?					
38. Haben Sie Nackenschmerzen?					
39. Haben Sie Schulterschmerzen?					
40. Haben Sie Kreuzschmerzen?					
41. Haben Sie Schmerzen in den Armen?					
42. Haben Sie Mißempfindungen an Ihren Armen oder Händen (z.B. Kribbeln, Prickeln, Taubheit)?					
43. Haben Sie Mißempfindungen an Ihren Beinen oder Füßen (z.B. Kribbeln, Prickeln, Taubheit)?					
44. Haben Sie Schmerzen in den Beinen?					

	fast tägl.	etwa 3x Woche	etwa 2x Monat	etwa 2x Jahr	prak- tisch nie
45. Spüren Sie, daß Ihr ganzer Körper verkrampft ist ?					
46. Stellen Sie fest, daß Sie sich während des Arbeitens verkrampfen?					
47. Verkrampfen Sie sich beim Schreiben?					
48. Stellen Sie fest, daß Sie ungeschickt hantieren?					
49. Sind Ihre Hände häufig zittrig, z.B. beim Anzünden einer Zigarette oder beim Halten einer Tasse?					

Welche körperliche Beschwerden sind während der letzten Zeit aufgetreten?

50. Bemerken Sie, daß Ihre Hände ruhelos sind?					
51. Bemerken Sie, daß Ihre Füße ruhelos sind?					
52. Bemerken Sie unwillkürliches Zucken um Ihr Auge?					
53. Spüren Sie unwillkürliches Zucken um Ihren Mund?					
54. Kommt es vor, daß Sie unwillkürlich auf die Lippen beißen?					
55. Bemerken Sie unwillkürliches Zucken Ihrer Schultern?					

Wie stark sind folgende körperliche Beschwerden?

	sehr stark	stark	mittel	kaum	prak- tisch nicht
56. Sind Sie wetterfühlig?					
57. Spüren Sie es am ganzen Körper, wenn Sie sich über etwas aufregen?					
58. Kommen Ihnen in bestimmten Situationen die Tränen?					
59. Kommt es vor, daß Sie in bestimmten Situationen stottern?					
60. Erröten Sie?					
61. Bleibt Ihnen in aufregenden Situationen die Luft weg, so daß Sie erst wieder ganz tief Atem holen müssen?					
62. Spüren Sie bei Aufregung Herzklopfen?					
63. Pflügt sich bei Ihnen in aufregenden Situationen Stuhldrang einzustellen?					
64. Beginnen Sie bei Aufregung zu zittern oder bekommen Sie "weiche Knie"?					
65. Sind Sie lichtempfindlich gegenüber hellem Kunstlicht oder Sonnenlicht?					

	sehr stark	stark	mittel	kaum	praktisch nicht
66. Sind Sie lichtempfindlich gegenüber Flackerlicht oder wiederholtem Wechsel von hell zu dunkel?					
67. Sind Sie farbenempfindlich auf grelle Farben oder Farbgegensätze?					
68. Sind Sie geräuschempfindlich für laute Geräusche und Töne?					
69. Sind Sie geruchsempfindlich gegenüber bestimmten Gerüchen?					
70. Riechen Sie Gerüche, die andere nicht wahrnehmen?					
71. Sind Sie geschmacksempfindlich, so daß Sie Ihr Essen nur schwach würzen?					
72. Sind Sie empfindlich gegenüber unbequemer Kleidung?					
73. Sind Sie empfindlich gegen Kälte?					
74. Haben Sie selbst bei warmer Witterung kalte Hände?					
75. Haben Sie empfindliche Haut?					

Wie stark sind die folgende körperlichen Beschwerden?

	Sehr stark	stark	mittel	kaum	praktisch nicht
76. Haben Sie trockene Haut?					
77. Reagieren Sie empfindlich auf Blütenpollen, Hausstaub oder andere Stoffe?					
78. Sind Sie schmerzempfindlich?					
79. Haben Sie das Gefühl, im Streß zu sein?					
80. Haben Sie sich in der letzten Zeit Sorgen um Ihre Gesundheit gemacht?					

Spezielle Beschwerden während der letzten Zeit
(Art? Häufigkeit? Intensität Dauer?)

81. Falls Sie einen Beruf ausüben: Stufen Sie bitte den Grad Ihrer beruflichen Belastung ein.	gering <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> sehr stark				
82. Wie schätzen Sie Ihren Gesundheitszustand während der letzten Zeit ein? Mein Gesundheitszustand ist	sehr gut <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> schlecht				
Welche Medikamente nehmen Sie?	fast tägl.	etwa 3x Woche	etwa 1x Woche	etwa 1x Monat	prak- tisch nie
83. Schlaf- oder Beruhigungsmittel					
84. Andere Medikamente					
85. Homöopathische oder alternative Präparate					
Wie oft waren Sie im letzten Jahr beim	etwa 1x Woche	etwa 1x Monat	etwa 1x Halb- jahr	etwa 1x Jahr	nie
86. Hausarzt?					
87. Facharzt?					
88. Zahnarzt?					
99. Wie oft waren Sie bisher im Krankenhaus? (ohne Unfälle, bei Frauen ohne Entbindungen)	<input type="text"/>				
100. Wie oft waren Sie zu einer Kur? (in einer Klinik von der Kasse finanziert / bezuschußt)	<input type="text"/>				
101. Haben Sie eine chronische, behandlungsbedürftige Krankheit?	Ja <input type="checkbox"/>		Nein <input type="checkbox"/>		

2. Fragen zu Verhaltensweisen und Einstellungen

Bitte lesen Sie sich die nun folgenden Fragen aufmerksam durch und wählen Sie die Antwort aus, die am ehesten für Sie zutrifft

	stimmt ↓	stimmt nicht ↓	keine Meinung ↓
1. Man muß seine Interessen auch manchmal gegen die durchsetzen, die am längeren Hebel sitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Bei Unstimmigkeiten ist es besser, zurückzustecken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Wenn man Konflikte hat, sollte man sie auch ansprechen, z.B. wenn man sich mit seinem Partner schlecht versteht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Wenn mich an meiner Umgebung etwas stört, gerate ich ganz oft durcheinander	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Aus heftigen Diskussionen halte ich mich lieber heraus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Oft denke ich mir es ganz anders als so, wie ich es dann wirklich tue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ich bin der Meinung, daß man auch verändern kann, was einen stört	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Eine Veränderung meines jetzigen Lebens würde mir Angst machen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ich habe noch viele Dinge in meinem Leben vor, die ich noch tun will	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Im allgemeinen glaube ich, daß die Menschen schlecht sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Meistens setze ich das durch, was ich mir vorgenommen habe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Oft habe ich das Gefühl, von außen irgendwie bedroht zu sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Meistens, wenn ich mit etwas nicht einverstanden bin, sage ich auch meine Meinung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ich habe kein Vertrauen in die Zukunft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Konflikte vermeidet man am besten so, indem man Auseinandersetzungen aus dem Wege geht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Für die Zukunft der Menschen sehe ich schwarz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Ich kann manchmal auch Dinge tun, ohne mir vorher den Kopf darüber zerbrochen zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Es widerstrebt mir innerlich, Konflikte auszutragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. In meiner Freizeit habe ich viel Freude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Ich habe oft Angst, verrückt zu werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Ich bin gerne mit anderen Menschen zusammen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Manchmal wäre es besser, schon tot zu sein, als die Wirklichkeit ertragen zu müssen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Wenn Menschen unterschiedliche Meinungen haben, sollen sie diese auch vertreten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Oft fühle ich mich von der Wirklichkeit wie durch eine Wand abgetrennt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Am Leben liegt mir viel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Wenn mir jemand eine Ungehörigkeit sagt, denke ich oft stundenlang später darüber nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Fragen zu Beschwerden im Erleben und Verhalten

Sie finden auf den nächsten Seiten eine Liste von Problemen und Beschwerden, die man manchmal hat. Bitte lesen Sie jede Frage sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie sehr Sie in den **letzten sieben Tagen** durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind. Überlegen Sie bitte nicht erst, welche Antwort den besten Eindruck machen könnte, sondern antworten Sie so, wie es für Sie persönlich zutrifft. Machen Sie bitte hinter jeder Frage nur ein Kreuz in das Kästchen mit der für Sie am besten zutreffenden Antwort. Streichen Sie versehentliche Antworten deutlich durch und kreuzen Sie danach das richtige Kästchen an.
Bitte beantworten Sie jede Frage!

Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter ...?				
überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
1. Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Nervosität oder innerem Zittern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. immer wieder auftauchenden unangenehmen Gedanken, Worten oder Ideen, die Ihnen nicht mehr aus dem Kopf gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ohnmachts- oder Schwindelgefühle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Verminderung Ihres Interesses oder Ihrer Freude an Sexualität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. allzu kritischer Einstellung gegenüber anderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. der Idee, daß irgend jemand Macht über Ihre Gedanken hat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. dem Gefühl, daß andere an den meisten Ihrer Schwierigkeiten Schuld sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Gedächtnisschwierigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Beunruhigung wegen Acht- und Nachlässigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter ...?				
überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
11. dem Gefühl, leicht reizbar und verärgert zu sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Herz- und Brustschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Furcht auf offenen Plätzen oder auf der Straße	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Energielosigkeit oder Verlangsamung in den Bewegungen oder im Denken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Gedanken, sich das Leben zu nehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Hören von Stimmen, die sonst keiner hört	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Zittern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. dem Gefühl, daß man den meisten Menschen nicht trauen kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. schlechtem Appetit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Neigung zum Weinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Schüchternheit oder Unbeholfenheit im Umgang mit dem anderen Geschlecht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. der Befürchtung, ertappt oder erwischt zu werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. plötzlich Erschrecken ohne Grund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Gefühlsausbrüchen, gegenüber denen Sie machtlos waren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Befürchtungen, wenn Sie alleine aus dem Haus gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Selbstvorwürfen gegenüber bestimmten Dingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Kreuzschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. dem Gefühl, daß es Ihnen schwerfällt, etwas anzufangen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter ...?	
	überhaupt nicht ein wenig ziemlich stark sehr stark
29. Einsamkeitsgefühlen	0 1 2 3 4
30. Schwermut	0 1 2 3 4
31. dem Gefühl, sich zu viele Sorgen machen zu müssen	0 1 2 3 4
32. dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren	0 1 2 3 4
33. Furchtsamkeit	0 1 2 3 4
34. Verletzlichkeit in Gefühlsdinge	0 1 2 3 4
35. der Idee, daß andere Leute von Ihren geheimsten Gedanken wissen	0 1 2 3 4
36. dem Gefühl, daß andere Sie nicht verstehen	0 1 2 3 4
37. dem Gefühl, daß die Leute unfreundlich sind oder Sie nicht leiden können	0 1 2 3 4
38. der Notwendigkeit, alles sehr langsam zu tun, um sicher zu sein, daß alles richtig ist	0 1 2 3 4
39. Herzklopfen oder Herzjagen	0 1 2 3 4
40. Übelkeit oder Magenverstimmung	0 1 2 3 4
41. Minderwertigkeitsgefühlen gegenüber anderen	0 1 2 3 4
42. Muskelschmerzen (Muskelkater, Gliederreißen)	0 1 2 3 4
43. dem Gefühl, daß andere Sie beobachten oder über Sie reden	0 1 2 3 4
44. Einschlafschwierigkeiten	0 1 2 3 4
45. dem Zwang, wieder und wieder nachzukontrollieren, was Sie tun	0 1 2 3 4
46. Schwierigkeiten sich zu entscheiden	0 1 2 3 4

Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter ...?	
	überhaupt nicht ein wenig ziemlich stark sehr stark
47. Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug	0 1 2 3 4
48. Schwierigkeiten beim Atmen	0 1 2 3 4
49. Hitzewallungen und Kälteschauern	0 1 2 3 4
50. der Notwendigkeit, bestimmte Dinge, Orte oder Tätigkeiten zu meiden, weil Sie durch diese erschreckt werden	0 1 2 3 4
51. Leere im Kopf	0 1 2 3 4
52. Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen	0 1 2 3 4
53. dem Gefühl, einen Klumpen (Kloß) im Hals zu haben	0 1 2 3 4
54. einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft	0 1 2 3 4
55. Konzentrationsschwierigkeiten	0 1 2 3 4
56. Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	0 1 2 3 4
57. dem Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein	0 1 2 3 4
58. Schweregefühl in den Armen oder den Beinen	0 1 2 3 4
59. Gedanken an den Tod und ans Sterben	0 1 2 3 4
60. dem Drang, sich zu überessen	0 1 2 3 4
61. einem unbehaglichen Gefühl, wenn Leute Sie beobachten oder über Sie reden	0 1 2 3 4
62. dem Auftauchen von Gedanken, die nicht Ihre eigenen sind	0 1 2 3 4
63. dem Drang, jemanden zu schlagen, zu verletzen oder ihm Schmerz zuzufügen	0 1 2 3 4
64. frühem Erwachen am Morgen	0 1 2 3 4

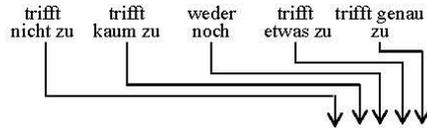
Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter ...?					
überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark	
65. zwanghafter, Wiederholung derselben Tätigkeit wie Berühren, Zählen, Waschen	0	1	2	3	4
66. unruhigem oder gestörtem Schlaf	0	1	2	3	4
67. dem Drang, Dinge zu zerbrechen oder zu zerschmettern	0	1	2	3	4
68. Ideen oder Anschauungen, die andere nicht mit Ihnen teilen	0	1	2	3	4
69. starker Befangenheit im Umgang mit anderen	0	1	2	3	4
70. Abneigungen gegen Menschenmengen, z.B. beim Einkaufen oder im Kino	0	1	2	3	4
71. einem Gefühl, daß alles sehr anstrengend ist	0	1	2	3	4
72. Schreck- und Panikanfällen	0	1	2	3	4
73. Unbehagen beim Essen oder Trinken in der Öffentlichkeit	0	1	2	3	4
74. der Neigung, immer wieder in Erörterungen oder Auseinandersetzungen zu geraten	0	1	2	3	4
75. Nervosität, wenn Sie alleine gelassen werden	0	1	2	3	4
76. mangelnder Anerkennung Ihrer Leistungen durch andere	0	1	2	3	4
77. Einsamkeitsgefühlen, selbst wenn Sie in Gesellschaft sind	0	1	2	3	4
78. so starker Ruhelosigkeit, daß Sie nicht stillsitzen können	0	1	2	3	4

Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter ...?					
überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark	
79. dem Gefühl, wertlos zu sein	0	1	2	3	4
80. dem Gefühl, daß Ihnen etwas Schlimmes passieren wird	0	1	2	3	4
81. dem Bedürfnis, laut zu schreien oder mit Gegenständen zu werfen	0	1	2	3	4
82. der Furcht, in der Öffentlichkeit in Ohnmacht zu fallen	0	1	2	3	4
83. dem Gefühl, daß die Leute Sie ausnutzen, wenn Sie es zulassen würden	0	1	2	3	4
84. sexuellen Vorstellungen, die ziemlich unangenehm für Sie sind	0	1	2	3	4
85. dem Gedanken, daß Sie für Ihre Sünden bestraft werden sollten	0	1	2	3	4
86. schreckenerregenden Gedanken und Vorstellungen	0	1	2	3	4
87. dem Gedanken, daß etwas ernstlich mit Ihrem Körper nicht in Ordnung ist	0	1	2	3	4
88. dem Eindruck, sich einer anderen Person nie so richtig nahe fühlen zu können	0	1	2	3	4
89. Schuldgefühlen	0	1	2	3	4
90. dem Gedanken, daß irgend etwas mit Ihrem Verstand nicht Ordnung ist	0	1	2	3	4

4. Fragen zu zwischenmenschlichen Beziehungen

In diesem letzten Teil geht es um Ihre Beziehungen zu wichtigen Menschen, also zum Partner, zu Familienmitgliedern, Freunden und Bekannten, Kollegen und Nachbarn. Wir möchten erfahren, wie Sie diese Beziehungen erleben und einschätzen.

Neben jeder Aussage finden Sie fünf Kreise. Kreuzen Sie bitte den Kreis an, der am ehesten Ihrer Zustimmung entspricht.



1. Ich habe Menschen, die sich um meine Wohnung (Blumen, Haustiere) kümmern, wenn ich mal nicht da bin	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
2. Es gibt Menschen, die mich so nehmen, wie ich bin	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
3. Meinen Freunden / Angehörigen ist es wichtig, meine Meinung zu bestimmten Dingen zu erfahren	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
4. Ich wünsche mir von anderen mehr Verständnis und Zuwendung	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
5. Ich kenne einen sehr vertrauten Menschen, mit dessen Hilfe ich in jedem Fall rechnen kann	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
6. Bei Bedarf kann ich mir Werkzeug oder Lebensmittel ausleihen	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
7. Ich habe Freunde / Angehörige, die auch mal gut zuhören können, wenn ich mich aussprechen möchte	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
8. Ich kenne fast niemanden, mit dem ich ausgehe	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
9. Ich habe Freunde / Angehörige, die mich auch einfach mal umarmen	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
10. Wenn ich krank bin, kann ich ohne Zögern Freunde / Angehörige bitten, wichtige Dinge (z.B. Einkaufen) für mich zu erledigen	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
11. Wenn ich mal tief bedrückt bin, weiß ich, zu wem ich gehen kann	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
12. Ich fühle mich oft als Außenseiter	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
13. Es gibt Menschen, die Leid und Freude mit mir teilen	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
14. Bei manchen Freunden / Angehörigen kann ich auch mal ganz ausgelassen sein	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
15. Ich habe einen vertrauten Menschen, in dessen Nähe ich mich sehr wohl fühle	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
16. Ich habe genug Menschen, die mir wirklich helfen, wenn ich mal nicht weiter weiß	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
17. Es gibt Menschen die zu mir halten, auch wenn ich Fehler mache	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
18. Ich wünsche mir Geborgenheit und Nähe	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
19. Es gibt genug Menschen, zu denen ich ein wirklich gutes Verhältnis habe	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
20. Es gibt eine Gemeinschaft von Menschen (Freundeskreis, Clique), zu der ich mich zugehörig fühle	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
21. Durch meinen Freundes- und Bekanntenkreis erhalte ich oft gute Tips (z.B. guter Arzt, wichtige Informationen)	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
22. Es gibt Menschen, denen ich alle meine Gefühle zeigen kann, ohne daß es peinlich wird	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

Sie sind jetzt fertig und können nun den Bogen bei der Arzthelferin abgeben. Vielen Dank!

Anhang D: Katamnestischer Fragebogen

Sehr geehrter Herr / Frau

Wie Sie sich sicherlich erinnern, fand während des letzten halben Jahres in Ihrer Hausarztpraxis ein Modellversuch statt, bei dem ich als Psychologe den Patienten einen Tag pro Woche zur Verfügung stand. In diesem Zusammenhang wurde auch Ihnen von Ihrem Hausarzt ein Termin bei mir vermittelt. Nun ist die Durchführungsphase dieses Projekt beendet und wir wollen in der sich nun anschließenden Bewertungsphase feststellen, ob ein solcher Behandlungsansatz eine sinnvolle Ergänzung des bisherigen Behandlungsangebotes darstellen kann. Hier bin ich auf Ihre Mithilfe angewiesen. Wir sind sehr interessiert zu erfahren, wie zufrieden Sie mit der Behandlung waren.

Um dieses einschätzen zu können, finden Sie einen Fragebogen beigelegt.

Zum einen interessieren wir uns dafür, wie hilfreich Sie dieses Behandlungsangebot insgesamt einschätzen, zum anderen finden Sie aber auch Fragen, in denen Ihre aktuelle Befindlichkeit erfragt wird, um so einen Vergleich zu der Zeit herstellen zu können, bevor Sie diese Behandlung in Anspruch genommen hatten.

Ich habe an Sie nun die Bitte, dass Sie die Fragen möglichst ehrlich und vollständig beantworten.

Jede Kritik – im positiven wie im negativen Sinne – hilft uns auf jeden Fall weiter.

Selbstverständlich interessieren uns auch sehr Ihre Kommentare, für die wir extra einen Platz auf der letzten Seite des Fragebogens vorgesehen haben.

Wenn Sie die Fragen beantwortet haben, stecken Sie bitte diesen Bogen in das frankierte Kuvert, das ich Ihnen beigelegt habe und schicken dieses ab.

Ich möchte mich schon hier ganz herzlich für Ihre Mitarbeit bedanken

Mark Helle

Fragen zur Beurteilung der Behandlung beim Psychologen

Überlegen Sie bitte bei den folgenden Feststellungen, inwieweit Sie Ihrer Meinung nach stimmen oder nicht.

Versuchen Sie dabei, Ihre Meinung offen und ehrlich zu sagen.

Die Feststellung stimmt:
 0 = überhaupt nicht / niemals
 1 = kaum / selten
 2 = teilweise / manchmal
 3 = überwiegend / meistens
 4 = ganz genau / immer

1. Die Behandlung war für mich hilfreich.	0	1	2	3	4
2. Der Psychologe hatte Verständnis für meine Situation.	0	1	2	3	4
3. Die Behandlung ist in allen Punkten optimal verlaufen	0	1	2	3	4
4. Während der Behandlung hatte ich die Befürchtung, dass meine Probleme noch stärker werden könnten	0	1	2	3	4
5. Die vielen Fragebögen waren mir lästig	0	1	2	3	4
6. Ich komme jetzt mit den Menschen in meinem Umfeld besser aus	0	1	2	3	4
7. Ich hatte Vertrauen zu dem Psychologen	0	1	2	3	4
8. Der Psychologe verstand das Wesentliche von meinen Problemen	0	1	2	3	4
9. Der Psychologe hat mich in jeder Hinsicht vollkommen verstanden	0	1	2	3	4
10. Ich fühlte mich in der Praxis unbehaglich.	0	1	2	3	4
11. Ich konnte mit dem Psychologen offen über meine Probleme reden	0	1	2	3	4
12. Einige Dinge im Verlauf der Behandlung haben mich nicht vollständig zufriedengestellt.	0	1	2	3	4
13. Ich habe mich über den Psychologen geärgert	0	1	2	3	4
14. Der Psychologe war mir sympathisch.	0	1	2	3	4
15. Während der Behandlung zweifelt ich daran, ob die Behandlung mir helfen würde.	0	1	2	3	4
16. Ich machte mir Sorgen, dass die Aufzeichnungen über die Behandlung nicht vertraulich behandelt würden.	0	1	2	3	4
18. Ich bin mit der Behandlung zufrieden.	0	1	2	3	4
19. Der Psychologe und ich kamen gut miteinander aus.	0	1	2	3	4
20. Meine Probleme haben sich im Verlaufe der Behandlung gebessert	0	1	2	3	4
	JA	NEIN			
21. Mir wurde eine Psychotherapie vermittelt / empfohlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
22. Ich bin in psychotherapeutischer Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens

Anleitung

Bitte stellen Sie sich den Zeitpunkt vor, als Sie in der Arztpraxis den (ersten) Termin beim Psychologen hatten. Überlegen Sie, was Sie zu diesem Zeitpunkt machten und wie Sie sich fühlten.

Überblicken Sie bitte nunmehr immer den Zeitraum von dem oben erwähnten Termin bis heute.

Bitte prüfen Sie bei den nun nachfolgenden Fragen immer, ob sich bei Ihnen innerhalb dieses Zeitraums eine Änderung in die ein oder andere Richtung vollzogen hat. Das Ausmaß der Änderung geben Sie bitte durch Ankreuzen einer Zahl an.

Hier ein Beispiel:

Änderung						
in gleicher Richtung			keine	in entgegengesetzter Richtung		
+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
stark	mittel	schwach		schwach	mittel	stark

1. Ich bin ruhiger geworden	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
-----------------------------	----	----	----	--------------	----	----	----

Wenn Sie innerhalb des Zeitraums keine Änderung erlebt haben, wenn Sie also weder ruhiger noch unruhiger geworden sind, durchkreuzen Sie bitte die 0 (wie hier in diesem Beispiel).

Wenn Sie eine starke Änderung in entgegengesetzter Richtung erlebt haben, wenn Sie also während des Zeitraums unruhiger geworden sind, durchkreuzen Sie bitte die -3. Wenn Sie eine starke Änderung in die gleiche Richtung erlebt haben, wenn Sie also während des Zeitraums ruhiger geworden sind, durchkreuzen Sie bitte die +3.

	Änderung						
	in gleicher Richtung			keine	in entgegengesetzter Richtung		
	+3 stark	+2 mittel	+1 schwach	0	-1 schwach	-2 mittel	-3 stark
1. Ich fühle mich weniger gehetzt.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
2. Ich rege mich über viele Dinge nicht mehr auf.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
3. Ich weiß jetzt eher, was ich tun will und tun kann.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
4. Ich habe jetzt das Gefühl, in einer Sackgasse zu stecken, aus der ich nicht herauskomme.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
5. Das Leben hat für mich keinen rechten Inhalt mehr.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
6. Ich bin mit mir zufrieden und mache mir weniger Gedanken über mich selbst.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
7. Ich sehe Schwierigkeiten gelassener entgegen.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
8. Ich bin innerlich ruhiger geworden.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
9. Alle Dinge haben jetzt Bedeutung und Leben für mich.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
10. Ich habe weniger Ausdauer und gebe schneller auf.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
11. Ich bin heiterer geworden.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
12. Meine Stimmungen schwanken jetzt stärker als früher.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
13. Ich fühle mich unabhängiger von anderen.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
14. Ich leide nicht mehr unter meiner Unsicherheit.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
15. Im Umgang mit anderen Menschen bin ich ruhiger geworden.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
16. Ich fühle mich weniger beunruhigt, wenn ich an die Zukunft denke.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
17. Diese quälende Ungewissheit ist stärker geworden.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
18. Unerwartete Ereignisse nehme ich gelassener hin.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
19. Ich fühle mich stärker isoliert als früher.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
20. Ich weiß jetzt manchmal nicht mehr, wie es weitergehen soll.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
21. Ich kann es noch nicht verstehen, aber es geht mir seit einiger Zeit besser.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3

	Änderung						
	in gleicher Richtung			keine	in entgegengesetzter Richtung		
	+3 stark	+2 mittel	+1 schwach	0	-1 schwach	-2 mittel	-3 stark
22. Ich kann jetzt freier sprechen.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
23. Ich habe weniger Selbstvertrauen.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
24. Irgendwie sehe ich wieder mehr Sinn in meinem Leben.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
25. Ich fühle mich freier.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
26. Mit Personen des anderen Geschlechts kann ich schlechter Kontakt aufnehmen.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
27. Meine Schwierigkeiten im Umgang mit anderen Menschen haben zugenommen.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
28. Ich bin häufiger niedergestimmt.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
29. Ich fühle mich meinen Aufgaben nicht mehr gewachsen.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
30. Ich bin entspannter.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
31. Ich fühle mich ruhiger und ausgeglichener.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
32. Ich habe ein klareres Bild von mir und meiner Zukunft.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
33. Irgendwie bin ich froh und sehe die Dinge optimistischer.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
34. Ich glaube, dass ich jetzt eher weiß, was für mich wichtig ist.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
35. Ich kann mich jetzt mit meinen Problemen besser abfinden.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
36. Im Gespräch mit anderen fühle ich mich nicht mehr so unsicher.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
37. Ich komme mit mir selbst schlechter aus	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
38. Ich kann das Ungemach des alltäglichen Lebens besser ertragen.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
39. Ich habe keine Angst mehr, in einer Sache zu versagen, die mir gelingen soll.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
40. Es macht mich nicht mehr so unsicher, wenn sich ein anderer mir gegenüber selbstbewusst gibt.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
41. Ich liege nicht mehr im Kriegszustand mit mir selbst.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
42. Ich habe immer größere Schwierigkeiten, mich mit anderen Menschen zu unterhalten.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3

Anhang E: Interviewleitfaden

Interviewleitfaden für das Interview mit den Praxisteams:

Einleitung:

Zunächst möchte ich diese Gelegenheit nutzen, um mich noch einmal herzlich bei Ihnen und Ihrem gesamten Praxisteam zu bedanken, dass dieses Modellprojekt bei Ihnen durchgeführt werden konnte.

Mit diesem Interview möchte ich in Erfahrung bringen, was Ihre Erfahrungen während der Durchführung dieses Modellprojektes waren, wie Sie diese bewerten und welche Anregungen sie für zukünftige Projekte dieser Art mitgeben wollen.

Ich habe dieses Interview als halbstrukturiertes Interview vorbereitet, so dass ich eine Reihe von Fragen, die ich für zentral halte bereits aufgeschrieben habe. Grob ist das Interview in die folgenden vier Abschnitte unterteilt:

1. Welche Erwartungen wurden mit der Ankündigung der Durchführung dieses Modellversuchs geweckt?
2. Wie wurde die Durchführung erlebt?
3. Welchen Einfluss hatte dieses Projekt auf die Praxisabläufe?
4. Was sollte bei zukünftigen Projekten dieser Art berücksichtigt werden?

Kommen wir nun zum ersten Themenblock:

1. Wenn Sie sich erinnern, kam unser erster Kontakt durch ein Anschreiben zustande, in dem ich Ihnen Konzept und Ziele dieses Modellvorhabens grob skizziert hatte. Anschließend verabredeten wir uns zu einem Treffen, in dem ich Sie dann genauer über dieses Vorhaben informierte.
Das Ergebnis unseres Gesprächs war ja Ihre Zustimmung zur Durchführung dieses Projektes in Ihrer Praxis.
 - 1.1 Was waren zu diesem Zeitpunkt ihre Erwartungen an einen Liaisondienst?
 - 1.2 Was hatte Sie dazu veranlasst, der Durchführung dieses Projektes zuzustimmen?
 - 1.3 Welche Bedenken hatten Sie zu diesem Zeitpunkt?
 - 1.4 Für welche Patienten, dachten Sie damals, könnte ein solches Versorgungsangebot sinnvoll sein?
2. Durchführung des Modellprojektes
 - 2.1 Nach welchen Kriterien haben Sie Ihren Patienten, ein Gespräch beim Liaisonpsychologen empfohlen?
 - 2.2 Hatten Sie den Eindruck, dass das Behandlungsangebot des Liaisondienstes in ausreichenden Ausmaß die entsprechenden Patienten erreichte?
 - 2.3 Wie würden Sie das Behandlungsangebot durch den Liaisonpsychologen beschreiben?
 - 2.4 Welche Rückmeldungen haben Sie von diesen Patienten erhalten?
 - 2.5 Wie erlebten Sie die Koordination der Behandlungsplanung und –durchführung?
 - 2.6 Sind Ihnen während der Durchführung dieses Modellversuchs, Veränderungen in Ihrer Praxis aufgefallen?
(Verhalten der Patienten, der Arzthelferinnen etc.)
 - 2.7 Welchen Einfluss hatte dieses zusätzliche Angebot auf *Ihren* Umgang mit den Patienten?
 - 2.8 Welche Auswirkungen (Erfolge/Misserfolge) haben Sie durch die Überweisung der Patienten an den Liaisonpsychologen feststellen können?
 - 2.9 Wie erlebten Sie die Reaktion der Arzthelferinnen auf diesen Modellversuch?
 - 2.10 Halten Sie einen solches Versorgungsangebot in einer primärärztlichen Praxis generell für sinnvoll?

3. Einfluss auf die alltäglichen Praxisabläufe
 - 3.1 Wie sind Sie vor der Einrichtung dieses Modellprojektes in der Regel mit solchen Patienten verfahren, die sie dann - während der Durchführung des Modellprojektes - an den Liaisonpsychologen überwiesen haben?
 - 3.2 Was waren die Vor- bzw. Nachteile der Überweisungsmöglichkeit während der Durchführung dieses Projektes?
 - 3.3 Was wird zur Zeit –also nach Beendigung Projektes- solchen Patienten angeboten? (Zurück zur vorherigen Situation oder trat eine Veränderung ein?)

4. Auf Grund dieser gemachten Erfahrungen, würde mich nun interessieren, wie ihrer Meinung nach ein solcher Versorgungsansatz in *ihrer* Praxis idealerweise gestaltet werden sollte.
 - 4.1 Welche Aspekte sind bei der Implementierung eines solchen Angebotes zu beachten?
 - 4.2 Über welche Qualifikation sollte ein Liaisonpsychologe verfügen?
 - 4.3 Was sollte der konkrete Aufgabenbereich eines Liaisonpsychologen sein?
 - 4.4 Wie sollte der Austausch zwischen Ärzten und Liaisonpsychologen organisiert werden?
 - 4.5 Wie müsste eine Praxis sich organisieren, um ein solches Behandlungsangebot optimal zu integrieren?
 - 4.6 Was sind die Indikationskriterien für die Inanspruchnahme eines solchen Liaisondienstes?