

Psychosoziale und psychotherapeutische Versorgung in der hausärztlichen Praxis

Bestandsaufnahme und Vorschläge zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der Primärversorgung

Zusammenfassung: Die hohen Prävalenzraten psychischer und psychosomatischer Erkrankungen in der Primärversorgung weisen darauf hin, daß die bisherigen Angebote im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung nicht ausreichend sind. Die Implementierung eines Liaisondienstes in die Primärversorgung würde zu einer engeren Verzahnung zwischen Primärärzten und psychotherapeutischen, psychosomatischen und psychiatrischen Leistungserbringern beitragen. Ferner könnte ein solcher Dienst als Schnittstelle zwischen psychotherapeutischen bzw. psychosozialen Leistungserbringern innerhalb und außerhalb der kassenärztlichen Versorgung fungieren. Auf seiten der Krankenkassen wären dadurch Kosteneinsparungen und auf seiten der Versicherten eine bessere Nutzung der vorhandenen psychotherapeutischen und psychosozialen Angebote erwartbar.

Schlüsselwörter: Primärversorgung, Psychotherapeutische Versorgung, Psychosomatische Grundversorgung, care management, Konsiliar-Liaisondienst

Counseling and psychotherapy in general medical care

Abstract: The high prevalence rates of psychological and psychosomatic illnesses in primary care confirm, that the services within public health care provision are not sufficient. The implementation of a consultation liaison-service in primary care would lead to a closer cooperation between doctors working in primary care and professionals from psychological, psychosomatic, and psychiatric fields. Such a liaison-service could function as a point of intersection between psychological or psychotherapeutic services within and outside of the public health care system. From the perspective of health insurance companies, this would result in more cost-effectiveness, and for the insured party it would offer the chance of making better use of the available psychotherapeutic and psychological services.

Keywords: Primary care, provision of psychotherapy, basic psychosomatic care provision, care management, consultation-liaison-service

1. Zur Versorgungssituation psychisch und psychosomatisch Erkrankter in der hausärztlichen Praxis

Seit Jahrzehnten bestätigen repräsentativ angelegte Prävalenzstudien die Annahme, daß etwa 25-30% der Patienten einer Allgemeinarztpraxis unter psychischen oder psychosomatischen Erkrankungen leiden (Dilling, Weyerer & Enders, 1978; Goldberg & Bridges, 1988; Zintl-Wiegand, Cooper & Krumm, 1980; Tress, Kruse, Heckrath, Schmitz & Alberti, 1999). Gleichzeitig ist bekannt, daß die Kontakte des Allgemeinarztes zu seinen Patienten über sehr lange Zeiträume hinweg bestehen. Etwa 70% der Patienten werden zehn und mehr Jahre vom gleichen Arzt betreut (Kielhorn, 1994). Berücksichtigt man, daß Allgemeinärzte in der Regel noch weitere Familienangehörige behandeln (Kielhorn, 1994), ist davon auszugehen, daß Hausärzte regelhaft über detaillierte Hintergrundinformationen verfügen, wie die Situation in der Familie und am Arbeitsplatz, akute Lebenskrisen, chronische Konflikte etc. Aufgrund dieser Tatsache und weil Hausärzte jährlich einen Großteil der Bevölkerung versorgen (jährlich mehr als 90% der Bevölkerung), nehmen Allgemeinärzte eine zentrale Stellung in der Patientenversorgung ein.

Dadurch erfüllen sie bereits unter dem Aspekt der Reichweite ihrer Angebote optimale Voraussetzungen für eine gezielte Zuweisung psychisch Erkrankter zur fachgerechten Psychotherapie (vgl. Schepank, 1994).

Eine Analyse der faktischen Versorgungssituation zeigt jedoch, daß die theoretisch und strukturell gegebenen Möglichkeiten der diagnostischen Früherkennung und der Planung einer angemessenen Weiterbehandlung derzeit nur unzureichend ausgeschöpft werden (Wesiack, 1989). Als Gründe dafür wird u.a. die Tatsache benannt, daß angehende Mediziner nur unzureichend auf die Anforderungen einer primärärztlichen Tätigkeit vorbereitet werden:

„Funktionelle und psychosomatische Gesundheitsstörungen, sozialmedizinische Aspekte und die gesamte Versorgungsaufgabe im ambulanten Versorgungsbereich und insbesondere der primärärztlichen Tätigkeit werden im Medizinstudium nicht angemessen berücksichtigt.“ (Badura, Hart & Schellschmidt, 1999, S. 123)

Ein Versuch, diesem Mangel strukturell zu begegnen, ist die seit 1987 eingeführte *Psychosomatische Grundversorgung*, die allerdings weit hinter ihren Erwartungen zurückbleibt. Ursprüngliches Ziel war hier, bei niedergelassenen Ärzten ein tieferes Verständnis für eine integrierte Diagnostik und Therapie auf Grundlage einer „Pathologie der Gesamtperson“ zu entwickeln und seelische Faktoren in die Krankenbehandlung mit einzubeziehen (vgl. Faber & Haarstrick, 1996). Zum einen sollte ein Anreiz zur Weiterqualifikation im Bereich der psychosomatischen/psychotherapeutischen Versorgung angeboten werden, zum anderen wurde die Möglichkeit geschaffen, diese Leistungen im Rahmen der Kassenärztlichen Behandlung abzurechnen. Der Einseitigkeit von Diagnostik und Behandlung durch oft rein organmedizinisch orientierte Ärzte sollte durch die Vermittlung einschlägiger psychotherapeutischer Kompetenzen überwunden werden. Rahmen und Umfang der bisherigen Weiterbildungsgänge reichen allerdings aus Sicht der Fachleute längst nicht aus, um die für eine solche Zielsetzung notwendigen Kompetenzen in hinreichendem Umfang zu vermitteln (vgl. Scheerer, 1994).

Die Einführung der Psychosomatischen Grundversorgung wird über den programmatischen Anspruch so lange nicht hinausgehen, wie die finanziellen Voraussetzungen eine auf somati-

sche reduzierte Perspektive nahelegen: Bisher werden 97% der Gesamtvergütung in die somatische Medizin und nur 3% in die psychotherapeutisch/psychosomatische Versorgung investiert (Kielhorn, 1997) und hiervon wiederum werden nur ca. 1/3 (1,37% vom Gesamtbudget) im Bereich der psychosomatischen Grundversorgung verausgabt. Hinzu kommt, daß eine Allgemeinpraxis derzeit nur dann wirtschaftlich geführt werden kann, wenn der Arzt an einem Tag 4080 Patientenkontakte hat (vgl. Helmich, 1994). Einem Arzt, der 40 Patienten für acht Stunden zur Verfügung steht, verbleiben im Durchschnitt zwölf Minuten pro Behandlung. Solange zudem eine aufwendige Diagnostik mit teuren Apparaten deutlich besser vergütet wird als ein ausführliches Gespräch mit dem Patienten, wird die Leistungserbringung im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung kaum einen ausreichenden Anreiz bieten (Kielhorn, 1997; s.a. Heigl-Evers & Rosin, 1989).

Deshalb verwundert es nicht, wenn Leistungen im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung vergleichsweise selten erbracht werden und wenn Allgemeinärzte durchschnittlich bei jedem hundertsten Fall die Differentialdiagnose einer psychosomatischen Erkrankung abrechnen (Kielhorn, 1997), obwohl epidemiologische Feldstudien bei ca. 23% einer Großstadtbevölkerung Versorgungsbedarf im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung bzw. Beratung und Betreuung indizieren (Schepank, 1994). Die Folgen dieser Budgetierungspolitik sind bekannt: Auch heute noch dauert es im Durchschnitt sieben Jahre, bis ein psychoneurotisch-psychosomatisch erkrankter Patient erstmals von einem Experten für Psychotherapie behandelt wird (vgl. Meyer, et al., 1991). Die systematische Vernachlässigung psychischer und psychosozialer Faktoren des Krankheitsgeschehens wird auch an Zahlen aus anderen Ländern deutlich: In England z.B. werden jährlich 33 000 operative Öffnungen der Bauchhöhle ohne pathologischen Befund durchgeführt (Tress et al., 1999). Diese Form der Fehlversorgung ist also keineswegs nur den Ärzten anzulasten, sondern auch als Produkt des Systems der kassenärztlichen Versorgung zu sehen, das langfristig enorme Mehrkosten bedeutet. In Deutschland verursachten um nur ein Beispiel zu nennen – *unbehandelte* oder *fehlbehandelte* Patienten mit Angststörungen und Depressionen drei mal so hohe Kosten wie Patienten, die in spezifischer psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung waren. Gegenüber der behandelten Vergleichsgruppe suchten die unbehandelten oder fehlbehandelten Patienten in einem Untersuchungszeitraum von sieben Jahren den Hausarzt 2,5 mal so häufig auf (Wittchen & v. Zerssen, 1988). Im amerikanischen Versorgungssystem liegen die Kosten der primärärztlichen Versorgung bei somatisierenden Patienten um das 14-fache höher als bei Durchschnittspatienten (Smith, Monson & Ray, 1986).

Der Anspruch, den rein organmedizinischen Blick zugunsten einer die gesamte Person und Situation des Patienten umfassende Sichtweise zu erweitern, bleibt freilich aufrechterhalten, wie sich auch anhand der Definition von Allgemeinmedizin der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM) zeigen läßt:

„Allgemeinmedizin ist die Akut- und Langzeitbetreuung von kranken Menschen mit körperlichen und seelischen Gesundheitsstörungen und die ärztliche Betreuung von Gesunden unabhängig von Alter und Geschlecht unter besonderer Berücksichtigung der Gesamtpersönlichkeit, der Familie und der sozialen Umwelt“ (DEGAM-Entschließung 1982-1990, S. 218).

Wenn aber Primärärzte aus den aufgezeigten Gründen derzeit nicht in der Lage sind, diesen Vorstellungen in angemessener Weise nachzukommen, stellt sich die Frage, ob neue Versorgungsformen zu einer angemesseneren Behandlung jener Patienten führen, die derzeit wegen

psychischer Probleme die Praxen der niedergelassenen Ärzte füllen. Hier wäre aus unserer Sicht vor allem an *berufsgruppenübergreifende Konzepte* und an eine bessere Koordination von Angeboten des Gesundheitswesens mit denen des Sozialwesens zu denken:

„Versorgungsstandards sollten nicht nur berufsgruppenbezogen, sondern in erster Linie aufgabenbezogen und berufsgruppenübergreifend entwickelt werden. Die Schnittstellen zwischen dem Sozial- und dem Gesundheitswesen bilden heute ebenso große Innovationshindernisse wie die zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, zwischen Gesundheitsförderung, Krankenversorgung, Rehabilitation und Pflege. Die Zusammenarbeit der Heilberufe erweist sich in Krankenversorgung und Pflege als eine noch immer, teilweise dringend, verbesserungsbedürftige Aufgabe. (...) Eine verbesserte Zusammenarbeit der Heilberufe sowie der medizinischen und sozialen Dienste ist einerseits eine Aufgabe der Strukturpflege und Strukturentwicklung. Die notwendigen Kompetenzen zu entwickeln und zu fördern, ist andererseits eine Aufgabe der Ausbildung für Gesundheitsberufe“ (Badura et al., 1999, S. 400).

2. Zur Notwendigkeit der Koordination von Angeboten des Sozialwesens und des Gesundheitswesens

Seit Einführung der Psychotherapie als Regelleistung der kassenärztlichen Versorgung besteht für Versicherte, sofern eine *seelische Krankheit* vorliegt, Anspruch auf psychotherapeutische Behandlung als Kassenleistung. In den Psychotherapie-Richtlinien ist geregelt, wann Psychotherapie als Kassenleistung indiziert ist und welche Verfahren als Psychotherapieverfahren zur Anwendung kommen können (kritisch dazu vgl. Helle, 1998). Die als Solidargemeinschaft organisierten gesetzlichen Krankenversicherungen sind verpflichtet, ihren Versicherten und deren Angehörigen den gesetzlichen Erfordernissen entsprechend ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Psychotherapie bereitzustellen. Psychotherapie kann im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung aber nur dann erbracht werden, soweit und solange eine *seelische Krankheit* vorliegt (Psychotherapie-Richtlinien, 1993). Der äußerst eng gefaßte Indikationsbereich führt dazu, daß im Rahmen kassenärztlicher Leistungen nur ein kleiner Ausschnitt des psychosozialen Versorgungsbedarfs abgedeckt werden kann und darf. Ein relevanter Teil der Versorgung muß daher außerhalb der kassenärztlichen Leistungen durch Beratungs- und andere Versorgungseinrichtungen abgedeckt werden, die durch staatliche, kirchliche und freie Träger sowie durch Spenden oder Sponsoren finanziert werden. Daneben gibt es viele Betroffenen- bzw. Selbsthilfegruppen, die ebenfalls Aufgaben in der psychosozialen Versorgung wahrnehmen. Im Gegensatz zu den Leistungserbringern der gesetzlichen Krankenkassen sind die Versorgungseinrichtungen des Sozialwesens allerdings nicht dem Konzept der *Krankenbehandlung* verpflichtet und können daher ihre Angebote variabler auf die jeweils vorhandenen Bedürfnisse abstimmen:

„Beratungsarbeit geht – im Unterschied zu einer am Krankheitsbegriff orientierten heilkundlichen Psychotherapie – davon aus, daß das Leben von Individuen, Paaren, Familien und Lebensgemeinschaften, einem Entwicklungsprozeß unterworfen ist, bei dem Grenzen zwischen gleichsam notwendigen Krisen und seelischen Fehlentwicklungen fließend sind. (...) Für die Arbeit institutioneller Beratung ist die Beziehung zwischen Berater/Beraterin und Klient/Klientin konstitutiv: Im Schutz einer durch Vertrauen und ganzheitliche Wahrnehmung

geprägten Beziehung kann der bzw. die Ratsuchende neue gedankliche, emotionale und Sinnzusammenhänge erkennen und neue Verhaltensmöglichkeiten entwickeln und erproben.“ (Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugend- und Eheberatung/DAJEB e.V., 1994)

Im Gegensatz zur kassenärztlichen Behandlung setzt also Beratung nicht die Identifizierung eines behandlungsbedürftigen Patienten voraus. Dies eröffnet der Beratungsarbeit die Möglichkeit, durch Interdisziplinarität und Multiprofessionalität der Vielfalt und Komplexität von Belastungen und Problemen in ganz anderer Weise gerecht zu werden.

Eine solche Trennung von Beratung und Psychotherapie verliert allerdings an Bedeutung, wenn – wie im österreichischen Psychotherapiegesetz – Psychotherapie nicht auf eine spezifische Krankenbehandlung reduziert wird. In den Erläuterungen zur Regierungsvorlage wird explizit darauf hingewiesen, daß mit der Psychotherapiedefinition des Gesetzes die Gesundheits- und Krankheitsantinomie überwunden werden soll und daß die Beschränkung der Psychotherapie auf den Bereich der Krankenbehandlung eine Einschränkung darstellen muß“ (Kierein, Pritz & Sonneck, 1991, S. 119). Ganz anders verhält es sich dagegen in Deutschland, wo mit dem Psychotherapeutengesetz ein auf Krankenbehandlung reduziertes Psychotherapieverständnis geschaffen wurde. Im Sinne des Psychotherapeutengesetzes §1 Abs. 3 ist Psychotherapie „jede mittels wissenschaftlich anerkannter psychotherapeutischer Verfahren vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert“. Inwieweit ein solcher Psychotherapiebegriff das Verständnis von Psychotherapie im Sozialwesen verändern wird, bleibt abzuwarten.

Die Annahme einer Diskontinuität zwischen psychischer Gesundheit und psychischer Krankheit ist nicht nur theoretisch und versorgungspolitisch problematisch (vgl. z.B. Kardorff, 1978; Keupp, 1979), sie läßt sich in der Praxis auch nicht durchhalten. So ist bekannt, daß im Rahmen beraterischer Tätigkeit häufig Aufgaben übernommen werden, die ebenso in die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen einzuordnen sind (vgl. Klann & Hahlweg, 1994). Unterschiede zwischen Psychotherapie im Sinne der Psychotherapie-Richtlinien und psychosozialer Versorgung finden sich demnach weniger auf der inhaltlichen als auf der formalen, durch Gesetze zu regelnden Ebene (Vogel, 1996). Durch professionell durchgeführte differentialdiagnostische Zuweisung könnte eine systematische Nutzung der bereits vorhandenen Angebotsvielfalt im Bereich der psychosozialen Versorgung erreicht werden, die dem heterogenen Versorgungsbedarf in den Praxen der niedergelassenen Ärzte sehr viel besser gerecht würde. Derzeit bleiben aber die Möglichkeiten einer sinnvollen Verbindung zwischen unterschiedlichen Versorgungsangeboten weitgehend ungenutzt:

„Ausgearbeitete Versorgungskonzepte fehlen ebenso wie eine fundierte Versorgungsforschung und Evaluation, abgesehen von Detailbereichen. Es mangelt an Überschaubarkeit für den Fachmann wie für den Patienten. Real existierende Versorgungsstufen und – verzweigungen sind nur unzureichend bekannt und fast gar nicht miteinander koordiniert.“ (Schepank, 1994, S. 220).

3. Merkmale und Ziele des Liaisonmodells

Auf der Grundlage einer verallgemeinernden Zusammenfassung verschiedener Prävalenzstudien ist davon auszugehen, daß in der Allgemeinbevölkerung jede fünfte Person, in der

ambulanten medizinischen Grundversorgung jeder vierte Patient und im Allgemeinkrankenhaus jeder dritte Patient psychische Auffälligkeiten zeigt (Ehlert, 1997). Obwohl demnach der Versorgungsbedarf an psychodiagnostischer, psychotherapeutischer und psychosozialer Interventionen im ambulanten Bereich der niedergelassenen Ärzte nur unwesentlich geringer ist als im stationären Bereich, lassen sich in der ambulanten medizinischen Versorgung kaum Ansätze erkennen, die eine Erweiterung um eine psychosoziale Dimension anstreben. Zwar wird auf wesentlich allgemeinerer Ebene die Notwendigkeit einer Verbesserung des Behandlungsangebotes in der ambulanten Versorgung gesehen, was sich derzeit in der stärkeren Vernetzung von ambulanten Praxen widerspiegelt (KBV Kontext, 1998); dies soll Kommunikation und somit Kooperation unter den Behandlern der verschiedenen fachärztlichen Disziplinen fördern. Der Fokus liegt hier allerdings weniger auf der Verbesserung eines psychosozialen Versorgungsangebotes im Sinne einer Integration von psychosozialer Versorgung in die medizinische Versorgung – sondern auf der Verbesserung des Informationsaustauschs und der Zuweisungsmodi unter den verschiedenen niedergelassenen allgemeinärztlichen und fachärztlichen Behandlern. Bei der Einrichtung solcher Praxisnetze bleiben die Ärzte also unter sich, versuchen aber immerhin, besser miteinander zu kooperieren.

Berücksichtigt man, welche große Rolle psychosoziale Belastungsfaktoren auch bei körperlichen Erkrankungen spielen, reicht aber eine bessere Kooperation allein nicht aus. Dies wurde bereits in vielen stationär versorgenden allgemeinmedizinischen und internistischen Einrichtungen erkannt und findet seinen Ausdruck derzeit u.a. darin, daß inzwischen Liaisondienste als dem klassischen Konsiliarmodell weit überlegen gelten und sie deshalb als der bessere Ansatz empfohlen werden.

Während im Konsiliarmodell auf Anforderung ein externer Fachvertreter für bestimmte diagnostische Fragestellungen oder therapeutische Anliegen hinzugezogen wird, handelt es sich beim Liaisondienst um einen Fachvertreter, der in die Stationsarbeit integriert ist, an Visiten, Stationskonferenzen und Fallvorstellungen teilnimmt und auch dem Team als Berater zur Verfügung steht (vgl. Rudolf, 1995, S. 405). Ziel des Liaisonmodells sind Entwürfe von Behandlungskonzepten, die durch enge Zusammenarbeit und Abstimmung der jeweiligen Fachvertreter gemeinsam geplant werden und dem Anspruch einer bio-psycho-sozialen Behandlung wirklich gerecht werden sollen.

Liaisonmodelle sind immer fächerübergreifend; neben der Einbeziehung von Ärzten aus der Psychosomatik wird z.T. auch explizit die Einbeziehung von Psychologen gefordert. In Österreich ist diese Forderung inzwischen auch gesetzlich verankert:

„In Krankenanstalten, in denen dies aufgrund des Anstaltszweckes und des Leistungsangebotes erforderlich ist, ist eine ausreichende psychotherapeutische Versorgung sowie eine ausreichende klinisch psychologische und gesundheitspsychologische Betreuung vorzusehen.“ (Novelle zum Bundes-KAG vom November 1993 bzw. das Landesgesetz für Wien vom 1. März 1995, §22a).

In den Erläuterungen zum §11b der Novelle des KAG 1080 der Beilagen zu den stenographischen Protokollen des Nationalrates XVIII. GP heißt es dazu wörtlich: „Dies trägt der Erkenntnis Rechnung, daß Erkrankungen im Kontext mit arbeits-, lebensgeschichtlich-, psychosozial- und umweltbedingten Faktoren entstehen. Im Fall psychosomatischer Erkrankungen ist die ärztliche Hilfe gemeinsam mit der psychotherapeutischen und klinisch-

psychologischen die notwendige, angemessene, indizierte und damit einzig effektive zur Verfügung stehende Behandlungsform. Darüber hinaus soll die Tatsache Berücksichtigung finden, daß körperliche Krankheiten und Behinderungen sowie daraus resultierende Spitalaufenthalte nicht nur eine physische Beeinträchtigung darstellen, sondern in der Regel auch mit psychischen Belastungen verbunden sind, die den Krankheitsverlauf entsprechend mitbeeinflussen.“

Bisher scheint sich aber hierzulande nur innerhalb der stationären Versorgung die Erkenntnis durchzusetzen, daß psychosoziale Versorgungsaspekte stärker in den Behandlungsablauf eingebunden werden müssen (vgl. Herzog, Stein & European Liaison Workgroup (ECLW) 1994; Pontzen, 1990, 1994; Soellner & Lampe, 1997). Es ist freilich nicht einzusehen, warum diese Erkenntnis im ambulanten Bereich nicht gelten sollte. Integrierte psychosomatische Versorgungskonzepte im Krankenhaus bedürfen dringend der Ergänzung durch entsprechende Versorgungsangebote im ambulanten Bereich (vgl. Schmeling-Kludas & Jung-Eckardt, 1999).

4. Möglichkeiten der Integration psychosozialer Aspekte in die primärärztliche Versorgung

Im SGB V hat der Gesetzgeber zwar Möglichkeiten zur Entwicklung und Implementierung innovativer Versorgungsstrukturen und -angebote im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung vorgesehen (vgl. §73a & §63 ff SGB V), hinsichtlich der Erprobung neuer Versorgungsstrukturen im psychosozialen Bereich werden diese Spielräume derzeit aber kaum genutzt. Unsere Literaturrecherchen (Datenbanken waren Psyclit, Psynex & Medline) ergaben für Deutschland lediglich vier Hinweise auf Praxismodelle, die eine stärkere Integration von psychosozialen Faktoren in der primärärztlichen Versorgung zum Ziel hatten (Bodenstein, 1994; Cierpka, 1994; Hesse, 1994; Linsenhoff & Bastine, 1982). Nur zwei davon wurden realisiert (Cierpka, 1994; Hesse, 1994).

Bei den beiden *nicht realisierten* Modellen handelte es sich zum einen (nämlich bei Linsenhoff & Bastine, 1982) um die Planung einer kooperativen Kontaktstelle zur Behandlung von psychischen Störungen und im zweiten Fall (Bodenstein, 1994) um das Konzept eines ambulanten Liaisondienstes für Allgemeinmediziner, Internisten und andere im hausärztlichen Bereich tätige Facharztgruppen. Im ersten Modell waren Psychologen vorgesehen, im zweiten sollten die niedergelassenen Ärzte mit ärztlichen Kollegen kooperieren, die eine psychotherapeutische Zusatzqualifikation aufzuweisen hatten, um in regelmäßig stattfindenden Treffen gemeinsam Behandlungskonzepte zu entwickeln. Während das erste Projekt bei den niedergelassenen Ärzten auf großes Interesse stieß und weniger aus inhaltlichen Gründen scheiterte als wegen der damals noch unklaren berufsrechtlichen Stellung von Psychologischen Psychotherapeuten, mußte das zweite Projekt nach der Erprobungsphase aus Mangel an Nachfrage eingestellt werden.

Die beiden *realisierten* Modelle machen deutlich, daß die Implementierung eines Liaisondienstes nur gelingen kann, wenn Allgemeinärzte einen spürbaren Nutzen darin sehen. In beiden Projekten war jeweils nur eine Allgemeinpraxis involviert, in einem Projekt (Hesse, 1994) ging die Projektidee vom Arzt selbst aus. Auffallend ist sein Engagement über einen

langen Zeitraum. In einer ersten Phase setzte er sich durch praxisintegrierte Sozialarbeit dafür ein, seine Patienten entsprechend deren Versorgungsbedürfnisse und -notwendigkeiten zu versorgen. Innerhalb von 15 Jahren entstand ein Netzwerk von 32 Gruppen, sechs Beratungsstellen in den umliegenden Großgemeinden, dazu vier Teestuben, eine therapeutische Werkstatt, eine betreute Nachsorge-Wohngemeinschaft und ein flächendeckendes Suchtpräventionsprogramm in den Schulen der Region.

An den beiden realisierten Projekten läßt sich ablesen, daß vieles möglich sein könnte, wenn bei Primärärzten Interesse und Motivation zur Neugestaltung der Praxisroutine geweckt werden kann. Die Erfahrungen in Heidelberg (Linsenhoff & Bastine, 1982) geben immerhin zur Hoffnung Anlaß, daß ein ähnlicher Versuch heute, also nach der Verabschiedung des Psychotherapeutengesetzes gelingen könnte. Vor diesem Hintergrund wird gegenwärtig am Institut für Klinische Psychologie, Psychologische Diagnostik und Gemeindepsychologie der Freien Universität Berlin an der Realisierung des Modellvorhabens „Liaisondienst in der Primärversorgung“ gearbeitet. Ziel ist die Integration von sog. Liaison-Psychologen in die primärärztliche Versorgung. Dabei sollen – als Ableitung aus den Erfahrungen der o.g. Projekten – folgende Aspekte beachtet werden:

- Liaisondienste kann man nicht „von oben“ einsetzen. Sie müssen sich auf der Basis der Kooperation zwischen Ärzten und Liaison-Psychologen entwickeln.
- Dieser Prozeß benötigt neben dem grundsätzlichen Willen und der Bereitschaft der Beteiligten zur Zusammenarbeit vor allem auch Zeit.
- Eine regelmäßige Reflexion der Kooperation und der zu erwartenden Rivalitäten und Verunsicherungen ist eine Grundbedingung für eine befriedigende Zusammenarbeit und die angestrebte Verbesserung der Patientenversorgung.

Analog zum Liaisondienst in der stationären Behandlung würde durch die Einbindung eines Liaison-Psychologen in die primärärztliche Versorgung eine neue Versorgungsstruktur geschaffen, die ein Gegengewicht gegen die Medikalisierung psychosozialer Probleme darstellen könnte. Eine solche Veränderung innerhalb der primärärztlichen Versorgungsstruktur sollte im Sinne des Prinzips „Kompetenzsteigerung durch Integration von Versorgern“ nicht nur eine Verbesserung des Versorgungsangebotes für die Patienten darstellen, sondern auch den Kompetenzbereich der Primärärzte und der anderen an der primärärztlichen Versorgung beteiligten Berufsgruppen erweitern. Sie wäre damit in guter Übereinstimmung mit dem Positionspapier der KBV (1998), 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.

Die in der Primärversorgung arbeitenden Liaison-Psychologen könnten als Bindeglied zwischen den Angeboten des Gesundheitswesens und des Sozialwesens fungieren.

Im einzelnen sollen durch die Einbindung eines Liaison-Psychologen in die primärärztliche Versorgung folgende Ziele erreicht werden:

- Früherkennung und Prävention von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen
- Verbesserung der differentiellen Indikation und fachgerechten Zuweisung zur psychotherapeutischen/psychiatrischen Weiterbehandlung

- Gezielte Integration psychosozialer Belastungsfaktoren in die Behandlungsplanung
- Sensibilisierung des Primärarztes und der weiteren Beschäftigten der primärärztlichen Praxis für eine stärkere Berücksichtigung psychosozialer Belastungsfaktoren und psychischer Komorbidität bei der Diagnose und Behandlung von körperlichen Erkrankungen
- Optimale Nutzung psychosozialer Versorgungsangebote innerhalb und außerhalb der kassenärztlichen Versorgung
- Verkürzung von Behandlungszeiten durch Integration psychosozialer Belastungsfaktoren in die Behandlung und Verhinderung von Fehlbehandlungen und Chronifizierungen
- Senkung der Hemmschwelle für Patienten zur Inanspruchnahme von psychologischer Beratung, da diese vor Ort in der hausärztlichen Praxis angeboten würde

Dieses Modellvorhaben bedeutet zwar innerhalb der Primärversorgung in Deutschland die Entwicklung einer innovativen Versorgungsstruktur, der zu Grunde liegende Ansatz dagegen ist nicht neu, sondern wird in anderen europäischen Ländern und in den USA als der Lösungsweg gesehen, um auf die Probleme des Gesundheitswesens und die daraus resultierenden Herausforderungen zu reagieren. Es läßt sich als Versuch einer Umsetzung des „Care Management“-Konzeptes verstehen, das seit Beginn der 90er Jahre in Großbritannien und USA als Eckpfeiler einer qualifizierten Versorgung gesehen wird. Ziel des Care Management ist die Herstellung einer bedarfsgerechten Versorgung, die nicht nur durch Vermeidung von Über- und Unterversorgung zur Kostenbegrenzung beiträgt, sondern auch den individuellen Wünschen und Bedürfnissen der Nutzer Rechnung trägt (Schaeffer, 1999). Care Management setzt auf ein partnerschaftliches Miteinander aller Beteiligten im Gesundheits- und Sozialwesen. Für unser Projekt ist eine spezifische Form des Care Management von besonderem Interesse: das sog. „Case Management“. Ziel ist die Entwicklung eines hilfeorientierten, person- und situationsbezogenen Netzwerks, in dem der Klient, seine Umgebung und die sozialen Dienste eingebunden sind. In Anlehnung an dieses Modell wäre der Liaisonpsychologe als ein Art „Case Manager“ zu verstehen.

Mit der geplanten Gesundheitsreform 2000 soll die hausärztliche Versorgung eine entscheidende Stärkung erfahren und ins Zentrum der ambulanten Versorgung rücken. Die Unterstützung der Primärärzte durch Liaison-Psychologen könnte aus unserer Sicht einen Beitrag dazu leisten, daß damit auch eine qualitativ andere Patientenversorgung verbunden wäre. Das würde allerdings Psychologen mit einem sozialwissenschaftlichen Verständnis von klinischer Psychologie und von Psychotherapie voraussetzen.

LITERATUR:

- Badura, B., Hart, D. & Schellschmidt, H. (1999). *Bürgerorientierung des Gesundheitswesens: Selbstbestimmung, Schutz, Beteiligung. Gutachten im Auftrag des Ministeriums für Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen*. Baden-Baden: Nomos.
- Bodenstein, D. (1994). Projekt eines ambulanten Liaisondienstes für Allgemeinmediziner, Internisten und andere im hausärztlichen Bereich tätige Facharztgruppen. In M. Geyer & R. Hirsch (Hrsg.), *Psychotherapie in der psychosomat. Grundversorgung* (S. 66-69). Leipzig, Heidelberg: Barth.
- Bundeskrankenanstaltsgesetz (1993). *Novelle zum Bundeskrankenanstaltengesetz vom November* (1993).

- Cierpka, M. (1994). Familienmedizinische Aspekte in der ärztlichen Primärversorgung. In M. Geyer & R. Hirsch (Hrsg.), *Psychotherapie in der psychosomatischen Grundversorgung* (S. 113-119). Leipzig, Heidelberg: Barth.
- Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugend- und Eheberatung/DAJEB e.V. (Hrsg.). (1994). *Beratungsführer. Die Beratungsstellen in Deutschland – ihre Leistungen, ihre Träger, ihre Anschriften*. Bonn: Bundesministerium für Familie und Senioren.
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin (1990). *Entschließungen der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin*. Köln.
- Dilling, H., Weyerer, S. & Enders, I. (1978). Patienten mit psychischen Störungen in der Allgemeinpraxis und ihre psychiatrische Überweisungsbedürftigkeit. *Monographien aus dem Gesamtgebiete der Psychiatrie*, 17, 135-160.
- Ehlert, U. (1997). Implementierung von Forschungsvorhaben zur Konsiliar-Liaison-Arbeit bei psychisch auffälligen Patienten im Allgemeinkrankenhaus. *Psychotherapie Forum*, 5, 73-85.
- Faber, F. R. & Haarstrick, R. (1996). *Kommentar. Psychotherapie-Richtlinien. Gutachterverfahren in der Psychotherapie. Psychosomatische Grundversorgung*. München: Jungjohann.
- Goldberg, D. P. & Bridges, K. (1988). Somatic presentations of psychiatric illness in primary care setting. *Journal of Psychosomatic Research*, 32, 2, 137-144.
- Heigel-Evers, A. & Rosin, U. (1989). Psychotherapie in der ärztlichen Praxis. In A. Heigel-Evers, U. Rosin (Hrsg.), *Psychotherapie in der ärztlichen Praxis* (S. 11-41). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Helle, M. (1998). 30 Jahre Psychotherapie-Richtlinien: Entstehung, Entwicklung und Folgen. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*, 3, 153-162.
- Helmich, P. (1994). Der Hausarzt als Psychosomatiker. In Uexküll, T. von, R. Adler, W. Bertram, A. Haag, J. M. Herrmann & K. Koehle (Hrsg.), *Integrierte Psychosomatische Medizin in Praxis und Klinik*, Schattauer, Stuttgart (S. 83-92). voell. ueberarb. u. erw. Aufl.: 2.
- Herzog, T., Stein, B., European Liaison Workgroup (ECLW). (1994). Psychotherapeutische-psychosomatische Konsiliar-/Liaisondienste: Entwicklungen, empirische Befunde, Perspektiven für die Praxis und Forschung. *Psychologie in der Medizin*, 5/2, 10-18.
- Hesse, E. (1994). Die Hausarztpraxis als Zentrum des sozialen Netzes – „Das Brinkumer Modell“. In Uexküll T. von, R. Adler, W. Bertram, A. Haag, J. M. Herrmann & K. Koehle (Hrsg.), *Integrierte Psychosomatische Medizin in Praxis und Klinik*, Schattauer, Stuttgart (S. 93-102). voell. ueberarb. u. erw. Aufl.: 2.
- Hesse, E. (1997). Aufgaben des Hausarztes im ambulanten Team. In P. Helmich, R. Nöring, J. in der Schmitt, U. Schwantes, H. Seelbach & W. Sohn (Hrsg.), *Primärärztliche Patientenbetreuung* (S. 300-311). Stuttgart: Schattauer.
- Kardoff, E. v. (1978). Modellvorstellungen über psychische Störungen: Gesellschaftliche Entstehung, Auswirkungen, Probleme. In H. Keupp & M. Zaumseil (Hrsg.), *Die gesellschaftliche Organisation psychischen Leidens* (S. 539-589). Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Keupp, H. (1979) *Normalität und Abweichung*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung. (1998a). Die Entwicklung neuer Versorgungsstrukturen. *KBV Kontext, Spezial*.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung. (1998b). Projekte zur Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung. *KBV Kontext*, 9.
- Kielhorn, R. (1994). Die Stellung der Psychosomatischen Grundversorgung in der kassenärztlichen Versorgung: Konzept und Wirklichkeit in der Praxis. In M. Geyer & R. Hirsch (Hrsg.),

- Psychotherapie in der psychosomatischen Grundversorgung (S. 3-10). Leipzig, Heidelberg: Barth.
- Kielhorn, R. (1997). Psychotherapie in der ärztlichen Praxis. In P. L. Janssen, M. Cierpka & P. Buchheim (Hrsg.), *Psychotherapie als Beruf* (S. 185-206). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Kierein, M., Pritz, A. & Sonneck, G. (1991). *Psychologengesetz. Psychotherapeutengesetz. Kurzkommentar*. Wien: Orac.
- Klann, N. & Hahlweg, K. (1994). Bestandsaufnahmen in der institutionellen Ehe-, Familien- und Lebensberatung. *Schriftenreihe des BMFSuJ (Bd. 48.2)*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Linsenhoff, A. & Bastine, R. (1982). Modell einer kooperativen Kontaktstelle zur Behandlung psychischer Störungen. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 2, 257-273.
- Meyer, A.-E., Richter, R., Grawe, K., Schulenburg Graf v.d., J.-M., Schulte, B. (1991). Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes. Im Auftrag des Bundesministeriums für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit.
- Pontzen, W. (1990). Zehn Jahre psychosomatische Abteilung am Allgemeinkrankenhaus. Rückblick und Perspektiven. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 40, 346-350.
- Pontzen, W. (1994). Psychosomatischer Konsiliar- und Liaisondienst. *Psychotherapeut*, 39, 322-326.
- Psychotherapie-Richtlinien (1993) In Faber, F. R., Haarstrick, R. (1996). *Kommentar. Psychotherapie-Richtlinien. Gutachterverfahren in der Psychotherapie. Psychosomatische Grundversorgung*. München: Jungjohann.
- Rosin, U. (1989). Psychotherapeutische Einstellung und die Gabe von Psychopharmaka in der ärztlichen Praxis. In A. Heigel-Evers, U. Rosin (Hrsg.), *Psychotherapie in der ärztlichen Praxis* (S. 84-103). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Rosin, U. (1994). Geben und Nehmen von Psychopharmaka im Rahmen der Psychosomatischen Grundversorgung. In M. Geyer & R. Hirsch (Hrsg.), *Psychotherapie in der psychosomatischen Grundversorgung* (S. 52-55). Leipzig, Heidelberg: Barth.
- Rudolf, G. (1995) *Psychotherapeutische Medizin. Ein einführendes Lehrbuch auf psychodynamischer Grundlage*. Stuttgart: Enke.
- Schaeffer, D. (1999) Care Management – Pflegewissenschaftliche Überlegungen zu einem aktuellen Thema. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 7, 3, 233-251.
- Scheerer, S. (1994). Psychosomatische Grundversorgung zwischen Idealismus und Marketing. In M. Geyer & R. Hirsch (Hrsg.), *Psychotherapie in der psychosomatischen Grundversorgung* (S. 11-14). Leipzig, Heidelberg: Barth.
- Schepank, H. (1994). Die Versorgung psychogen Kranker aus epidemiologischer Sicht. *Psychotherapeut*, 39, 220-229.
- Schmelling-Kludas, Ch. & Jung-Ekardt, G. (1999). Integrierte internistisch-psychosomatische Patientenbehandlung im Allgemeinen Krankenhaus. Follow-up-Untersuchung zur Krankheitsbewältigung 3 Monate nach Entlassung. *Psychotherapeut*, 44, 13-19.
- Smith, G.R., Monson, R.A. & Ray, C.A. (1986). Psychiatric consultation in somatization disorder: a randomized controlled study. *New England Journal of Medicine*, 314, 1407-1413.
- Soellner, W. & Lampe, A. (1997). Arzt, Patient und Psychotherapeut. Interaktion und Kooperation im Krankenhaus unter beziehungsanalytischen Gesichtspunkten. In F. Herberth & J. Maurer (Hrsg.), *Die Veränderung beginnt im Therapeuten. Anwendungen der Beziehungsanalyse in der psychoanalytischen Theorie und Praxis* (S. 187-202). Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel.
- Tress, W., Kruse, J., Heckrath, C. & Alberti, L. (1996). Psychosomatische Grundversorgung in der Praxis. Erhebliche Anforderungen an niedergelassene Ärzte. *Deutsches Ärzteblatt*, 93, 10, 597-601.

- Tress, W., Kruse, J., Heckrath, C., Schmitz, N. & Alberti, L. (1999) Die Versorgung psychisch Kranker in hausärztlichen Praxen. In B. Badura & J. Siegriest (Hrsg.), *Evaluation im Gesundheitswesen* (S. 325-338). München: Juventa.
- Vogel, H. (1996). Psychotherapie in der ambulanten Gesundheitsversorgung – eine kritische Übersicht. *Aktuelles aus der Sozial- und Gesundheitspolitik*, 28, 1, 105-126.
- Wesiack, W. (1989). Der Allgemeinarzt als Psychosomatiker. In A. Heigel-Evers, U. Rosin (Hrsg.), *Psychotherapie in der ärztlichen Praxis* (S. 126-141). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Wittchen, H. U. & Zerssen v., D. (1988). *Verläufe behandelter und unbehandelter Depressionen und Angststörungen*. Berlin: Springer.
- Zintl-Wiegand, A. Cooper, B. & Krumm, B. (1980). *Psychisch Kranke in der ärztlichen Allgemeinpraxis*. Weinheim: Beltz.

Angaben zu den Autoren:

Helle, Mark, Dipl.-Psych., Psychologischer Psychotherapeut, Jg. 1964, Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Klinische Psychologie, Psychologische Diagnostik und Gemeindepsychologie, Freie Universität Berlin (Fb 12; WE 09). *Arbeits- und Forschungsschwerpunkte*: Klinische Psychologie, psychosoziale Versorgung.

Auckenthaler, Anna, Prof. Dr. phil. habil., Dipl.-Psych., Professorin für Psychologie am Institut für Klinische Psychologie, Psychologische Diagnostik und Gemeindepsychologie, Freie Universität Berlin (Fb 12; WE 09); Psychotherapeutin und Supervisorin (DGSv; DGVt; GwG); Ausbilderin in Gesprächspsychotherapie (GwG). *Arbeits- und Forschungsschwerpunkte*: Klinische Psychologie und Psychotherapie, Paartherapie und Paarberatung, Supervision, psychosoziale Versorgung.

Kleiber, Dieter, Prof. Dr. phil. habil., Dipl.-Psych., Jhg. 1950, Professor für Psychologie; Institut für Prävention und psychosoziale Gesundheitsforschung; Freie Universität Berlin (Fb 12; WE 09). *Arbeits- und Forschungsschwerpunkte*: Sozialepidemiologie, Gemeinde- und Gesundheitspsychologie, psychosoziale Versorgungsfragen, Klinische Psychologie u. Psychotherapie, sozialwissenschaftliche AIDS- und Drogenforschung.

Anschrift der AutorInnen:

Freie Universität Berlin (Fb 12; WE 09)
Institut für klinische Psychologie
Habelschwerdter Allee 45
14195 Berlin
E-Mail: mhelle@zedat.fu-berlin.de