

Aus der Abteilung für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik  
des Evangelischen Krankenhauses „Königin Elisabeth Herzberge“  
Akademisches Lehrkrankenhaus  
der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

**„Konsiliarpsychiatrie im Allgemeinkrankenhaus  
und ambulante Hausarztbehandlung -  
Lässt sich durch eine verbesserte Kommunikation die  
Konkordanz von Hausärzten gegenüber konsiliarpsychiatrischen  
Empfehlungen erhöhen?“**

zur Erlangung des akademischen Grades  
Doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät  
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Ronald Burian

aus Berlin

Gutachter: 1. Prof. Dr. med. A. Diefenbacher  
2. Prof. Dr. M. Linden  
3. Prof. Dr. med. V. Arolt

Datum der Promotion: 01.06.2008

## Inhaltsverzeichnis

<b>1. Einleitung</b>	<b>1</b>
1.1. Der Begriff der Konkordanz	1
1.1.1. Was ist Konkordanz?	1
1.1.2. Konkordanz im stationären Setting	2
1.1.3. Konkordanz im ambulanten Setting	2
1.1.4. Die Informationsweitergabe von der stationären in die ambulante Behandlung durch die Epikrise	3
1.1.5. Non- Konkordanz und Möglichkeiten der Verbesserung von Konkordanz	3
1.2. Konsiliar- und liaisonpsychiatrische Versorgungsmodelle	4
1.2.1. Konsiliar- und Liaisondienste im Allgemeinkrankenhaus	4
1.2.2. Das Konsiliarmodell	5
1.2.3. Das Liaisonmodell	5
1.2.4. “Collaborative Care“-Modelle	6
1.3. Psychische Störungen in der hausärztlichen Praxis und im Allgemeinkrankenhaus	6
1.3.1. Epidemiologische Daten und Überweisungsraten	6
1.3.2. Die mehrdimensionale Rolle des Hausarztes	7
1.4. Depression und Angststörungen im Allgemeinkrankenhaus und in der hausärztlichen Praxis	8
1.4.1. Depression	8
1.4.1.1. Prävalenzen im stationären und ambulanten Setting	8
1.4.1.2. Diagnostische und therapeutische Besonderheiten im Konsiliardienst	9
1.4.1.3. Kooperation in der ambulanten hausärztlichen Depressionsbehandlung	10
1.4.2. Angststörungen	10
1.4.2.1. Prävalenzen im stationären und ambulanten Setting	10

1.4.2.2. Diagnostische und therapeutische Besonderheiten im Konsiliardienst	11
1.4.2.3. Kooperation in der ambulanten hausärztlichen Behandlung von Angststörungen	12
1.5. Herleitung der Hypothesen	12
<b>2. Methodik</b>	<b>14</b>
2.1. Allgemeine Durchführungsbedingungen	14
2.1.1. Rahmenbedingungen	14
2.1.2. Die Arbeitweise des psychiatrischen Konsiliardienstes im KEH	14
2.1.3. Kooperation mit den somatischen Abteilungen	15
2.1.4. Informed Consent der Patienten und Bestätigung durch das Ethikkomitee	15
2.1.5. Überprüfung der Einschlusskriterien	16
2.2. Studienprocedere	16
2.2.1. Zeitlicher Ablauf und Randomisierung	16
2.2.2. Der Studienverlauf als Fließschema	18
2.2.3. Das Vorgehen in den randomisierten Gruppen	19
2.2.3.1. Interventionsgruppe A („Anruf“)	19
2.2.3.2. Interventionsgruppe B („Brief“)	19
2.2.3.3. Kontrollgruppe N („Normales Vorgehen“)	19
2.2.4. Telefoninterviews als Follow-up-Untersuchung	20
2.3. Messinstrumente und Skalen	20
2.3.1. Basisdokumentation	20
2.3.2. Hospital Anxiety and Depression Scale, deutsche Version (HADS- D)	21

2.4. Statistische Methoden	21
2.4.1. Beschreibung der Patientenpopulation	21
2.4.2. Operationalisierung der Konkordanz	22
2.4.2.1. Kriterien der Konkordanz	22
2.4.2.2. Einteilung in Umsetzungsmodalitäten für die einzelnen Empfehlungen	22
2.4.2.3. Zusammenführung der einzelnen Umsetzungsmodalitäten zu einer „globalen“ Beschreibung der Konkordanz	23
2.4.3. Auswertung der Entlassungsepikrisen	24
2.4.4. Die Beurteilung des Verlaufes mittels der HADS	24
<b>3. Ergebnisse</b>	<b>26</b>
3.1. Beschreibung der Studienpopulation und des Konsilprozesses	26
3.1.1. Patientenpopulation und soziodemographische Daten	26
3.1.1.1. Patientenpopulation	26
3.1.1.2. Alter, Geschlecht und Wohnort	27
3.1.1.3. Lebenssituation, Familienstand, Beschäftigungsstatus und Versicherungsverhältnis	27
3.1.2. Zuweisende Abteilungen	28
3.1.3. Lagtime und Dringlichkeit der Konsilanforderungen	29
3.1.4. Konsildauer und Zeitaufwand für die Studien- Intervention	29
3.1.5. Psychiatrische Morbidität und Vorbehandlung	30
3.1.6. Somatische Morbidität	32
3.1.7. Follow-up nach 4-6 Wochen und Dropouts	35
3.2. Untersuchung der Konkordanz	36
3.2.1. Die Konkordanz der Hausärzte in der globalen Bewertung	36
3.2.2. Konkordanz bei den Medikamentenempfehlungen	38
3.2.2.1. Konsiliarische Medikationsempfehlungen	38
3.2.2.2. Hausarzt Konkordanz bei der Medikation	40
3.2.3. Konkordanz bei den Psychotherapieempfehlungen	42
3.2.3.1. Konsiliarische Empfehlungen für Psychotherapie	42

3.2.3.2. Hausarzt Konkordanz bei der Psychotherapie	43
3.2.4. Sozialpsychiatrische Interventionen	44
3.2.4.1. Konsiliarische sozialpsychiatrische Empfehlungen	44
3.2.4.2. Hausarzt Konkordanz bei sozialpsychiatrischen Empfehlungen	45
3.2.5. Diagnostische Empfehlungen	46
3.2.5.1. Konsiliarische Empfehlungen für eine ambulante Diagnostik	46
3.2.5.2. Hausarzt Konkordanz bei diagnostischen Empfehlungen	47
3.2.6. Facharztüberweisung	48
3.2.6.1. Konsiliarische Empfehlung einer Facharztüberweisung	48
3.2.6.2. Hausarzt Konkordanz bei Empfehlung einer Facharztüberweisung	49
3.3. Die Informationsweitergabe durch die Epikrise	51
3.3.1. Berücksichtigung der psychiatrischen Empfehlungen in den Entlassungsepikrisen	51
3.3.2. Verhältnis von Informationsweitergabe in der Epikrise und Hausarzt Konkordanz	53
3.4. Outcome-Parameter	
3.4.1. Der Verlauf von Angst und Depressivität im Beobachtungszeitraum	54
3.4.2. Beziehungen zwischen Hausarzt Konkordanz und Outcome	59
3.5. Befragung der angerufenen Hausärzte	63

<b>4. Diskussion</b>	64
4.1. Merkmale der Stichprobe	64
4.2. Konkordanz	64
4.2.1. Kann Kommunikation die Konkordanz erhöhen?	64
4.2.2. Konkordanz bei Medikamentenempfehlungen	65
4.2.2.1. Diskussion der Medikamentenempfehlungen	65
4.2.2.2. Diskussion der Konkordanz gegenüber den Medikamentenempfehlungen	67
4.2.3. Konkordanz bei den psychotherapeutischen Empfehlungen	68
4.2.4. Konkordanz bei den sozialpsychiatrischen Empfehlungen	70
4.2.5. Konkordanz bei den diagnostischen Empfehlungen	71
4.2.6. Konkordanz bei der Facharztüberweisung	72
4.3. Mechanismen der Non- Konkordanz	74
4.4. Konkordanz und klinischer Verlauf	
4.4.1. Verlauf von Angst und Depression in Abhängigkeit von der Kommunikation zwischen Konsiliarpsychiater und Hausarzt	77
4.4.2. Verlauf von Angst und Depression in Abhängigkeit von der Konkordanz des Hausarztes	78
4.5. Kritische Bewertung der Methodik	79
4.6. Schlussfolgerungen	83
<b>5. Zusammenfassung</b>	85
<b>6. Literaturverzeichnis</b>	87
<b>7. Anhang</b>	96
Erfassungsbögen I-IV	96
Erklärung	106
Lebenslauf	107
Danksagung	108