

# **Konsiliarpsychiatrie im Allgemeinkrankenhaus und ambulante Hausarztbehandlung -**

**Lässt sich durch eine verbesserte Kommunikation die Konkordanz von Hausärzten gegenüber konsiliarpsychiatrischen Empfehlungen erhöhen?**

## **1. Einleitung**

Die vorliegende kontrollierte und randomisierte Studie beschäftigt sich mit der Frage, ob eine verbesserte Kommunikation zwischen psychiatrischem Konsiliardienst im Allgemeinkrankenhaus und ambulanten Hausärzten zu einer höheren Konkordanz führt. In der Studie wird geprüft, ob eine direkte telefonische Kontaktaufnahme oder die Mitgabe eines schriftlichen Konsilbefundes geeignete Interventionen sind, die zu einer besseren Umsetzung von psychiatrischen Empfehlungen in der hausärztlichen Praxis führen. Dies wird an einer selektierten Studienpopulation von Patienten mit Depression und Angststörungen untersucht, die dem psychiatrischen Konsiliardienst von internistischen, chirurgischen und neurologischen Stationen eines Allgemeinkrankenhauses überwiesen wurden.

Nachfolgend wird ein kurzer Überblick über die bisher vorliegende Literatur zu dieser Problematik gegeben.

### **1.1. Der Begriff der Konkordanz**

#### **1.1.1. Was ist Konkordanz?**

Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie (C/L-Psychiatrie) kann nur effektiv sein, wenn die Vorschläge des C/L-Psychiaters von den Konsilianforderern auch umgesetzt werden. Für diese Umsetzung konsiliarischer Empfehlungen hat Popkin den Begriff der Konkordanz eingeführt. Im deutschsprachigen Raum wird zum Teil analog dazu der Begriff „Therapeuten-Compliance“ verwendet (Linden & Bohlken 1992). Konkordanz bedeutet nicht ein „blindes“ Befolgen von Anweisungen, sondern die Umsetzung von Empfehlungen innerhalb eines diagnostischen und therapeutischen Handlungsspielraumes. Konkordanz beruht auf einer kollegialen Interaktion von

Konsiliarius und Konsilianforderer. Die Sicherung einer guten Konkordanz ist eines der Kernziele konsiliarpsychiatrischen Handelns (Popkin et al. 1979).

### **1.1.2. Konkordanz im stationären Setting**

Die Konkordanz im stationären Setting wurde in mehreren Studien detailliert untersucht (Popkin et al. 1979, Billowitz & Friedson 1979). Popkin et al. (1983) entwickelten einen standardisierten Algorithmus zur Messung der Konkordanz. Auf dieser Grundlage konnten Huyse et al. (1990b) folgende Übersicht geben:

- Eine hohe Konkordanz haben Medikamentenempfehlungen (Umsetzung in 68-95%).
- Ebenfalls eine hohe Konkordanz haben Empfehlungen, die sich auf Tätigkeiten beziehen, die zum Alltagsrepertoire des somatischen Mediziners gehören (z.B. Entlassungsplanung, Intensivierung der medizinischen Behandlung).
- Basale psychotherapeutische Empfehlungen (z.B. Patientenaufklärung), die Einbeziehung der Familie, sowie medizinisch-diagnostische Empfehlungen erreichen mittlere Konkordanzraten (55-68%).
- Niedrige Konkordanzraten (unter 50%) haben kommunikationsintensive Empfehlungen (z.B. den Hausarzt zu kontaktieren) und solche, die im Stationsalltag wiederholt umgesetzt werden müssten (z.B. Reorientierung verwirrter Patienten, Orientierungshilfen).

Huyse et al. (1990b) schlussfolgerten, dass angesichts der stark differierenden Konkordanzraten, sowohl in der konsiliarpsychiatrischen Forschung, als auch im klinischen Alltag, das Problem der Konkordanz eine hohe Aufmerksamkeit erhalten müsse: Die Umsetzung konsiliarpsychiatrischer Empfehlungen kann grundsätzlich positive Auswirkungen z.B. auf die Krankenhausliegedauer, die Wiederaufnahmerate und die Patientenzufriedenheit haben. Die hierzu vorliegenden Kosten-Effektivitätsstudien erbrachten bisher aber widersprüchliche Ergebnisse (de Araujo Andreoli et al. 2003).

### **1.1.3. Konkordanz im ambulanten Setting**

Eine kürzlich publizierte Studie aus dem Bereich der Konsiliarpsychosomatik hat unter dem Aspekt der Kommunikation und Kooperation von stationärem Konsiliardienst und

ambulanten Hausärzten eine Stichprobe von 67 Patienten untersucht (de Cruppe et al. 2005). Die Umsetzung der empfohlenen Psychotherapie lag bei ca. 50%. Einen stärkeren positiven Effekt hatte die Kommunikation jedoch offenbar auf den Einsatz psychosomatischer Interventionen durch die Hausärzte selbst.

Für die Frage nach der ambulanten Umsetzung von im stationären Bereich begonnenen Therapien ist die Datenlage jedoch insgesamt nicht gut. Dies bestätigt die Einschätzung von Eikelmann & Harter (2006), dass sich „randomisierte und kontrollierte Untersuchungen und longitudinale systemübergreifende Beobachtungen“ in Deutschland „wenig finden lassen“.

#### **1.1.4. Die Informationsweitergabe von der stationären in die ambulante Behandlung durch die Epikrise**

In einer retrospektiven Durchsicht von 144 Entlassungsepikrisen, fanden Schnyder et al. (1997), dass das psychiatrische Konsil zwar in fast 84% der Epikrisen „irgendwie“ erwähnt, aber die gestellte Diagnose nur bei 67% richtig genannt wird. Die Empfehlungen erscheinen in der Epikrise mit unterschiedlicher Gewichtung:

- psychopharmakologische Medikation: 81%
- Überweisung zum ambulanten Psychiater: 67%
- sozialarbeiterische Mitbehandlung und Familienkontakt: 40%.

Die Wahrscheinlichkeit der Nennung in der Epikrise sinkt, je länger der stationäre Aufenthalt andauerte. Die Autoren vermuten, dass bei Patienten mit längeren Aufenthaltsdauern häufiger Interaktionsprobleme mit dem medizinischen Personal Inhalt des psychiatrischen Konsils waren. Dies würde möglicherweise als nicht relevant für die ambulante Weiterbehandlung angesehen.

#### **1.1.5. Non-Konkordanz und Möglichkeiten der Verbesserung von Konkordanz**

Nach Huyse et al. (1990b) sind die wichtigsten Faktoren für Non-Konkordanz:

1. eine schlechte Übermittlung der Empfehlungen (Kommunikationsproblem)
2. Schwierigkeiten von „Nicht-Psychiatern“ mit der Umsetzung von psychiatrischen Empfehlungen (Kompetenzproblem)
3. Vernachlässigung des Faktors der Konkordanz durch die Konsiliarpsychiater selbst (Aufmerksamkeitsproblem).

Möglichkeiten der Konkordanzverbesserung liegen in behavioralen und edukativen Interventionen (Haynes et al 1979).

- Ersteres könnte zum Beispiel eine kurze und klar verständliche Formulierung des Befundes sein. Die Empfehlungen sollten sich handlungsrelevant aus der Diagnose herleiten. Die Empfehlungen sollten auf den Anforderer „zugeschnitten“ werden. Als wirksam erweisen sich auch arbeitsteilige Verträge zwischen Konsiliarpsychiater und Stationsarzt: „Ich übernehme dieses, dann machen Sie jenes“.
- Letzteres sind z.B. Fortbildungsveranstaltungen, Handouts oder die Einführung einer psychiatrischen Liaisonpflege in das Team einer somatischen Station.

Über die Verbesserung der Konkordanz im ambulanten Setting gibt es nur wenige Daten: Von einer Verbesserung diagnostischer und therapeutischer Kompetenz von Hausärzten durch eine C/L-psychiatrische Kooperation berichten Bodlund et al. (1999). Diesen Effekt konnten Carr et al. nicht nachweisen (1997). Grundsätzlich ist vorstellbar, dass z.B. gemeinsame Qualitätszirkel von „Nicht-Psychiatern“ und Psychiatern, wie sie in Deutschland bereits existieren, über einen Zuwachs an psychiatrischer Kompetenz auch die Konkordanz steigern.

## **1.2. Konsiliar- und liaisonpsychiatrische Versorgungsmodelle**

### **1.2.1. Konsiliar- und Liaisondienste im Allgemeinkrankenhaus**

Die Entwicklung der Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie im engeren Sinne begann Ende der 20er Jahre des letzten Jahrhunderts in den USA, wo in rascher Folge psychiatrische Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern gegründet wurden. Dies brachte eine enge Verknüpfung von somatischer Medizin und Psychiatrie mit sich.

In Europa begann diese Entwicklung wesentlich später und verlief als ausgesprochen heterogener Prozess. Die Anfänge einer eigentlichen europäischen Konsiliarpsychiatrie finden sich erst in den 1960er Jahren mit der konsiliarpsychiatrischen Behandlung von Suizidenten in England (Mayou 1998).

In Deutschland kam es erst in den 1980er Jahren, ausgelöst durch die Psychiatrie-Enquête (Deutscher Bundestag 1975), zum Aufbau psychiatrischer Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern. Dies bereitete den Nährboden für die Entwicklung einer konsiliarisch- psychiatrischen Tätigkeit (Diefenbacher 2004b).

### **1.2.2. Das Konsiliarmodell**

In der klinischen Praxis überwiegt in Europa und auch in Deutschland das „klassische“ Konsiliarmodell (Huyse et al. 2001, Herzog & Hartmann 1990): Hierbei entscheidet der somatische Stationsarzt, bei welchem Patienten er eine behandlungsbedürftige psychische Störung in Erwägung zieht und ein Konsil für indiziert hält.

In diesem Modell untersucht der Konsiliarpsychiater den Patienten und gibt, vor allem dem Stationsarzt, Empfehlungen, z.B. zur Medikation, zu einer weiteren diagnostischen Abklärung oder zum Symptommanagement auf der Station.

Beim „klassischen“ Konsiliarmodell sind der Beratung des behandelnden Teams und der Planung der ambulanten oder stationären psychiatrischen Weiterbehandlung zeitlich und personell oft enge Grenzen gesteckt. Dies bedeutet meist eine Reduktion auf die notwendigsten Versorgungserfordernisse, es wird nur die „Spitze des Eisbergs“ psychischer Komorbidität erfasst (Diefenbacher et al. 2004b, Huyse et al. 2001).

### **1.2.3. Das Liaisonmodell**

Das Liaisonmodell beinhaltet die Integration eines Psychiaters in das Behandlungsteam der somatischen Station oder Ambulanz. Er wird hierdurch schon früh in die Behandlung einbezogen. Dadurch können auch psychopharmakologische, psychotherapeutische und soziale Therapiestrategien frühzeitig in den Behandlungsplan integriert werden (de Jonge et al. 2000). Ein wesentlicher Aspekt von Liaison-tätigkeit ist die Arbeit mit dem gesamten Team, d.h. Stationsärzten und Pflegepersonal.

Liaisonmodelle sind personal- und damit auch kostenintensiver und werden zumeist in spezialisierten Settings wie Schmerzambulanzen, in der Transplantationsmedizin oder an Universitätskliniken angetroffen.

Eine besondere Form der Liaison, die unter den Bedingungen der DRG (Diagnosis Related Groups) wieder stärker in Betracht kommt, ist die Einrichtung von Medizinisch-Psychiatrischen Stationen (MPU), auf denen komorbide Patienten gleichermaßen internistisch und psychiatrisch behandelt werden (Diefenbacher 2004a). Deter et al. (2004) berichten über ein integriertes Modell, bei dem ausgewählte Patienten auf somatischen Stationen eine vorwiegend psychosomatische Behandlung erhalten.

#### **1.2.4. “Collaborative Care”-Modelle**

Besonders in den USA haben sich im Rahmen von Forschungsprojekten „Collaborative Care“-Modelle als wirksam und kosteneffektiv bei Patienten im Hausarztbereich erwiesen (Harpole 2005, Katon 2002). Hierbei werden Patienten in enger Zusammenarbeit ihres Hausarztes mit einem ambulanten C/L-Psychiater behandelt. Des Weiteren sind zumeist noch eine Kurzzeitpsychotherapie durch einen klinischen Psychologen oder eine psychiatrische Pflegekraft Bestandteil der Behandlung. In Deutschland könnten sich solche Kooperationen, z.B. in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) oder aber aus der konsiliarischen Versorgung von Krankenhäusern und Pflegeheimen durch niedergelassene ambulante Psychiater heraus, ebenfalls entwickeln (Diefenbacher 2004a).

### **1.3. Psychische Störungen in der hausärztlichen Praxis und im Allgemeinkrankenhaus**

#### **1.3.1. Epidemiologische Daten und Überweisungsraten**

Im hausärztlichen Bereich kommen laut einer WHO-Studie aus den 1990er Jahren behandlungsbedürftige psychische Störungen bei ca. 25% der Patienten vor (Üstün und Sartorius 1990). Bis zu 80% der Menschen mit psychischen Störungen suchen zunächst den Hausarzt auf (Gater et al. 1991). Dies mag zum einen an der vorwiegend somatischen Interpretation der Symptome durch die Patienten selbst liegen, oft aber auch an einem langjährig gewachsenen Vertrauensverhältnis zum Hausarzt (Fritze et al. 1998). In der deutschen Substichprobe der WHO-Studie zeigte sich, dass in der Hausarztpraxis depressive Störungen, generalisierte Angststörungen und Neurasthenie am häufigsten sind. Auf den weiteren Rängen folgen Alkoholabhängigkeit, Somatisierungsstörung sowie Agoraphobie und Panikstörung (Linden et al. 1996).

Ein WHO-Survey von 2004 konnte zeigen, dass auch in den entwickelten Industrieländern nur etwa die Hälfte aller schweren psychischen Erkrankungen behandelt wird. Die Dunkelziffer für leichtere Erkrankungen wird vermutlich noch höher liegen (WHO 2004). Dem gegenüber werden die Prävalenzen psychischer Erkrankungen in medizinischen Einrichtungen mit bis zu 50% angegeben. Hieraus

ergibt sich die Chance, in Allgemeinkrankenhäusern psychische Erkrankungen zu erkennen und einer Behandlung zuzuführen (Arolt et al. 1997, Querido et al. 1959). Den Allgemeinkrankenhäusern kommt also eine „Filterfunktion“ bei der Fallfindung psychischer Erkrankungen zu (Diefenbacher 2006). Die häufigsten Störungen im stationären Bereich sind depressive Störungen, Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit sowie psychoorganische Störungen (Arolt et al. 1995, Huyse et al. 2001).

Dies wird kontrastiert durch die niedrige Rate von 1-2% Überweisungen an den psychiatrischen Konsiliardienst in Allgemeinkrankenhäusern (Huyse et al. 2001). Hierfür gibt es verschiedene Gründe: Einerseits nehmen somatische Mediziner psychische Erkrankungen ihrer Patienten nicht ausreichend wahr, andererseits wären die C/L-Dienste auch personell meist nicht ausreichend ausgestattet, um höhere Überweisungsraten handhaben zu können (Diefenbacher 2006).

Aus der Sicht nichtpsychiatrischer Ärzte wurden niedrige Überweisungsraten z.B. mit einer schlechten zeitnahen Verfügbarkeit psychiatrischer Konsiliarier, sowie der für „Nicht-Psychiater“ häufig mangelnden Verständlichkeit von psychiatrischen Befunden und Empfehlungen begründet (Creed 1991). Letzteres ließe sich durch ein spezialisiertes konsiliarpsychiatrisches Training sicher verbessern. Ein entsprechendes Curriculum hat die europäische Fachgesellschaft für Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie EACLPP vorgelegt (Soellner&Creed 2007).

Auch Vorbehalte von Patientenseite sollten bei der Betrachtung niedriger Überweisungsraten einbezogen werden. Windgassen et al. (1997) beschrieben, dass ca. 30% der Patienten vor einem psychiatrischen Konsil äußerten, dieses als „überflüssig“ zu betrachten. Acht Prozent befürchteten „ausgefragt“ zu werden. Es kann angenommen werden, dass die niedrigen Überweisungsraten psychisch Erkrankter zum Teil durch eine Stigmatisierung psychischer Störungen bedingt sind. Diesem Umstand könnte durch Liaisonmodelle entgegengewirkt werden (Diefenbacher 2006).

### **1.3.2. Die mehrdimensionale Rolle des Hausarztes**

Der Hausarzt nimmt eine wichtige Rolle in der Versorgung psychisch Kranker ein:

- Der Hausarzt fungiert als „Gatekeeper“ an der Eintrittspforte zum System der Gesundheitsversorgung. Häufig findet hier der Erstkontakt psychisch Erkrankter mit einem professionellen Helfer statt (Gater et al. 1991, Druss 2002).
- Oft übernehmen die Hausärzte die Behandlung von psychischen Erkrankungen selbst. Erleichtert wird dies durch die verbesserten Therapiemöglichkeiten, z.B. die Gabe von Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRI) bei Depression, die einfacher zu handhaben ist als die Therapie mit trizyklischen Antidepressiva (TZA) (Diefenbacher & Strain 2002, Druss 2002).
- Der Hausarzt koordiniert im weiteren Verlauf die Diagnostik, evtl. Facharzt- und Krankenhausüberweisungen bis hin zu ambulanten Versorgungshilfen (z.B. Hauskrankenpflege). Er übernimmt somit auch die Funktion des „Case Managers“ (Linden et al. 2004).

Die Aufgabe, einen Patienten über einen langen Zeitraum zu begleiten, seine Lebensumstände und sozialen Beziehungen, seine psychische und physische Konstitution zu kennen, ist eines der wesentlichen Merkmale der Hausarztstätigkeit (Starfield 1992). Sie ist der wichtigste Prädiktor dafür, dass der Arzt bei einem Patienten das Entstehen einer psychischen Erkrankung wahrnimmt und adäquat behandelt (Gulbrandsen et al. 1997, Druss et al. 2000).

#### **1.4. Depression und Angststörungen im Allgemeinkrankenhaus und in der hausärztlichen Praxis**

##### **1.4.1. Depression**

###### **1.4.1.1. Prävalenzen im stationären und ambulanten Setting**

Die Häufigkeit der Depression wird mit 5-15 % aller Patienten in der Hausarztpraxis angegeben (Lyness et al. 1999, Linden et al. 1996). Wegen der hohen krankheitsbedingten Belastungen wird die Depression im Jahre 2020 laut der „Burden of Disease Study“ von WHO und Weltbank vermutlich nach den Herz-Kreislaufkrankungen die zweite Stelle unter den Behinderung verursachenden Erkrankungen (Weber et al. 2006) einnehmen. Die direkten und indirekten Krankheitskosten gleichen denen der koronaren Herzkrankheit (Judd 1995). Fast 80%

der Patienten sind schon bei einer mittelschweren Depression arbeitsunfähig (Mintz et al. 1992), 15% sterben an Suizid (Lejoyeux et al. 1994).

Trotzdem werden nur etwa 55% der Depressionen in der allgemeinärztlichen Praxis diagnostiziert und 20% adäquat behandelt (Lepine et al. 1997, Henry 1993). Dies trifft auch für die Situation in Deutschland zu (Wittchen & Pittrow 2002, Linden et al. 1996). Im Allgemeinkrankenhaus liegt die Prävalenz depressiver Störungen zwischen 15% auf internistischen und bis zu 50% auf neurologischen Stationen (Arolt 2004).

Dies weist wiederum auf die Chance hin, im Krankenhaus depressive Patienten zu diagnostizieren und eine adäquate Behandlung einzuleiten.

#### **1.4.1.2. Diagnostische und therapeutische Besonderheiten im Konsiliardienst**

Die Diagnostik depressiver Störungen bei körperlich Kranken ist dadurch erschwert, dass „klassische Symptome“, wie gedrückte Stimmung oder Schuldgefühle, oft nicht im Vordergrund stehen und andere Symptome sich mit denen körperlicher Erkrankungen überschneiden (Schmerzen, Appetitlosigkeit, Erschöpfbarkeit). Die ICD-10-Kriterien sind deshalb mitunter im Konsiliardienst erschwert anwendbar (s. dazu Arolt & Rothermundt 2004).

Nicht selten muss im Konsiliardienst auch die Unterscheidung zwischen „physiologischer“ Trauer und depressiven Anpassungsstörungen getroffen werden. Im Verlauf chronischer Erkrankungen entwickeln sich zudem häufig chronifizierte Depressionen, bei denen die Abgrenzung von langdauernder Anpassungsstörung zu Dysthymie schwer fällt. Die Problematik der Konstruktvalidität der Diagnose „Anpassungsstörung“ wird in der Literatur kontrovers diskutiert (Niklewski & Lehfeld 2004, Strain et al. 1998, Snyder & Strain 1990).

Bei der Therapieentscheidung muss bedacht werden, dass etwa 50% der bei Aufnahme bestehenden schweren depressiven Syndrome bei Patienten im Allgemeinkrankenhaus nach etwa drei Tagen spontan abklingen (Kathol & Wenzel 1993). Andererseits können Erkrankungen aus dem Spektrum depressiver Störungen auch bei leichterer Ausprägung eine hohe Belastung darstellen. Sie können den Verlauf und die Mortalität körperlicher Erkrankungen nachweislich negativ beeinflussen (Smith et al. 1998, Glassmann & Shapiro 1998).

Smith et al. (1998) berichteten über die Behandlung von 1360 Konsiliarpatienten mit Erkrankungen aus dem depressiven Spektrum im Allgemeinkrankenhaus: bei 59% der „Majoren“ Depressionen, 40% der Dysthymien, 36% der organisch affektiven Störungen und 17% der Anpassungsstörungen wurde ein Antidepressivum verschrieben. Wegen ihrer guten Verträglichkeit sind SSRI in der Depressionsbehandlung bei körperlicher Komorbidität meist Mittel der ersten Wahl (Baldwin et al. 2003, Simon 2002, Kapfhammer 1999).

Ein Algorithmus zur Auswahl der Therapiemethoden im ambulanten Setting wird in den „Versorgungsleitlinien zur Diagnostik und Therapie depressiver Störungen in der hausärztlichen Praxis“ des Kompetenznetzes „Depression/Suizidalität“ vorgelegt (Härter et al. 2003).

#### **1.4.1.3. Kooperation in der ambulanten hausärztlichen Depressionsbehandlung**

Bei Patienten im Hausarztbereich sind kooperative Behandlungen durch Hausärzte in Zusammenarbeit mit psychiatrisch tätigen Fachärzten oder Psychologen nachweislich erfolgreich und einer alleinigen Hausarztbehandlung überlegen (Schulberg et al. 1996). Harpole et al. (2005) konnten zeigen, dass selbst Patienten mit schweren und multiplen körperlichen Erkrankungen von einer solchen „Collaborative Care“-Behandlung profitieren.

Eine prospektive, doppelblinde und randomisierte Studie aus den Niederlanden wies nach, dass sich durch eine kognitiv-verhaltenstherapeutische Kurzzeitbehandlung bei Hausarztpatienten mit subsyndromalen Depressionen das Risiko zur Ausbildung einer Major Depression signifikant senken ließ (Smit et al. 2006).

Diese Ergebnisse sind nicht ohne weiteres auf die Bedingungen des deutschen Gesundheitssystems übertragbar. Sie sprechen jedoch für eine Intensivierung der Kooperation von C/L-Psychiatrie und Allgemeinmedizin bei depressiven Störungen.

#### **1.4.2. Angststörungen**

##### **1.4.2.1. Prävalenzen im stationären und ambulanten Setting**

In der Hausarztpraxis zählt die generalisierte Angststörung mit 8,6% zu den drei häufigsten psychischen Störungen. Für die Panikstörung werden Prävalenzen von 4-8%

angegeben (Spitzer et al. 1994). Ein großer Teil (bis zu 70%) der Patienten suchte bis zu zehn verschiedene Ärzte auf, bevor die richtige Diagnose gestellt wurde (Roy-Byrne et al. 1998).

Im Allgemeinkrankenhaus liegt die Prävalenz für Angststörungen, abhängig von Patientenpopulation und Erhebungsinstrumenten, zwischen 2,25 und 6% (Arolt 2004, Maguire et al. 1974). Sie gehören, nach depressiven und hirnorganischen Störungen sowie Abhängigkeitserkrankungen, zu den häufigsten psychischen Erkrankungen bei Patienten mit körperlichen Erkrankungen im Allgemeinkrankenhaus. Fast die Hälfte aller Patienten mit koronarer Herzerkrankung hat eine Panikstörung (Bankier et al. 2002, Fleet et al. 2000).

#### **1.4.2.2. Diagnostische und therapeutische Besonderheiten im Konsiliardienst**

Differentialdiagnostische Probleme im Konsiliardienst kann die Abgrenzung zu organischen Angststörungen bereiten (z.B. bei Hyperthyreose, Hyperkortisolismus oder auch Temporallappenepilepsien), bei denen es vor allem auf die Behandlung der körperlichen Grunderkrankung ankommt (Deckert 2004). Andererseits gibt es auch hier Überschneidungen zu den Anpassungsstörungen, deren Problematik weiter oben diskutiert wurde.

Zudem treten ängstliche Symptome oft im Rahmen von Depressionen auf.

Differentialdiagnostische Probleme können dazu führen, dass eigenständige Angsterkrankungen nicht erkannt und behandelt, sondern unter „Depression“ subsumiert werden (Brieger & Marneros 2005).

Angststörungen verursachen nicht nur eine hohe Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, z.B. von Notfalleinrichtungen oder aufwändiger Organdiagnostik. Sie begünstigen auch die Entstehung von Abhängigkeitserkrankungen, Depressionen und somatoformen Störungen (Katon 1996, Levenson et al. 1990).

Praxisnahe Leitlinien zur Therapie von Panikstörungen im Hausarztbereich haben Roy-Byrne et al. (1998) vorgelegt. Es wird vor allem eine Kombination von psychoedukativen und verhaltensmedizinischen Interventionen mit der Verordnung eines SSRI empfohlen. Jedoch führt z.T. die richtige Diagnose einer Panikstörung oft nicht zu einer adäquaten

Behandlung. Hierfür scheinen auch patientenbezogene Gründe vorzuliegen. So hatten Neurotizismus und das Vorliegen einer Agoraphobie einen stärkeren prädiktiven Wert für ein schlechteres Outcome als arztbezogene Charakteristika wie Fortbildungswissen oder Spezialisierung (Roy-Byrne et al. 2002).

#### **1.4.2.3. Kooperation in der ambulanten hausärztlichen Behandlung von Angststörungen**

Dies spricht für stärkere patientenbezogene Interventionen, beispielsweise in enger Kooperation von Hausarzt und C/L-Psychiater. Katon et al. (2002) zeigten in einer Studie an 115 Patienten mit Panikstörung, dass eine relativ kurze Intervention mittels Psychoedukation und Medikation durch den Hausarzt und maximal zwei Visiten bei einem Psychiater im Rahmen eines „Collaborative Care“-Projektes nicht nur zu einer signifikanten Symptomreduktion, sondern auch zu einer Kostenersparnis führen kann. Trotz des finanziellen Mehraufwandes durch die psychiatrischen Visiten und die Medikation konnte eine Senkung der gesamten Gesundheitskosten erreicht werden.

### **1.5. Herleitung der Hypothesen**

Aus der Übersicht über den bisherigen Stand der Literatur sollen im Folgenden einige Kernaussagen herausgestellt werden, aus denen sich die Hypothesen der vorliegenden Studie ableiten:

- Psychische Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung werden häufig nicht adäquat behandelt und führen zu hoher subjektiver Belastung, Folgeerkrankungen und hohen Gesundheitskosten.
- Im Allgemeinkrankenhaus bietet sich durch die hohe Prävalenz psychischer Störungen die Chance, diese zu erkennen und eine entsprechende Therapie einzuleiten.
- Psychiatrische Konsiliar- und Liaisondienste können hierbei einen fachkompetenten Beitrag leisten. Dessen Wirksamkeit ist aber abhängig von der Umsetzung ihrer Empfehlungen durch die somatischen Ärzte und von der Informationsübermittlung in die ambulante Weiterbehandlung.

- Der Grad der Umsetzung (Konkordanz) hängt in komplexer Weise von vielen Faktoren ab, für bestimmte Konsiliarempfehlungen kann die Konkordanz jedoch unter 50% liegen.
- Damit im Einklang steht, dass die Erwähnung konsiliarischer Empfehlungen in den Arztbriefen zum Teil defizitär ist.
- Für eine Reihe häufiger psychischer Erkrankungen, wie Depression und Angststörungen, existieren evidenzbasierte Behandlungsleitlinien für die hausärztliche Praxis. Diese werden aber häufig nicht umgesetzt.
- In einer Reihe von Studien konnte gezeigt werden, dass eine Kooperation von Hausärzten mit Konsiliar- und Liaisonpsychiatern bei psychischen Erkrankungen wie Depression und Angststörungen eine wirksame und kosteneffektive Behandlung leisten kann.

In der vorliegenden Studie sollen folgende Hypothesen geprüft werden:

1. „Die übliche Praxis, die Informationsweitergabe über die psychiatrischen Empfehlungen für die ambulante Weiterbehandlung dem Stationsarzt in der Entlassungsepikrise zu überlassen, führt zu einer defizitären Konkordanz der weiterbehandelnden Hausärzte.“
2. „Die direkte Informationsweitergabe konsiliarischer Empfehlungen vom Konsiliardienst an den Hausarzt, in telefonischer oder schriftlicher Form, hat eine erhöhte Konkordanz zur Folge.“
3. „Der persönliche Telefonkontakt mit dem Hausarzt führt zu einer höheren Konkordanz als die Mitgabe des schriftlichen Konsiliarbefundes.“
4. „Die verbesserte Konkordanz hat ein besseres Outcome bezüglich der depressiven oder ängstlichen Symptomatik zur Folge.“