

## 4. Diskussion

### 4.1. Merkmale der Stichprobe

Hinsichtlich der untersuchten Patientengruppe ist zunächst festzustellen, dass es sich um eine für Konsiliardienste in Allgemeinkrankenhäusern typische Stichprobe handelte:

1. Altersstruktur, Geschlechterverteilung sowie Familienstand und Beschäftigungsstatus entsprachen den aus anderen konsiliarpsychiatrischen Studien berichteten Daten (Arolt et al. 1995, Diefenbacher & Strain 2002, Lang 2006).
2. Wie für psychiatrische Konsiliardienste üblich, wurden auch von den Studienpatienten die meisten aus der Inneren Medizin (72%) und weniger aus der Neurologie (24%) und der Chirurgie (4%) zugewiesen. Auch die Dringlichkeit der Anforderungen (6% cito-Konsile, 78% „innerhalb von 24h“) sowie die mittlere Konsildauer (ca. 80 min) lagen im Bereich der in anderen konsiliarpsychiatrischen Diensten ermittelten Werte (Diefenbacher & Strain 2002, Herzog & Stein 2003c).
3. Etwa ein Drittel der Studienpatienten war anamnestisch schon einmal in ambulanter psychiatrischer Behandlung. Auch diese Verteilung wird in der Literatur berichtet (Saupe & Diefenbacher 1995).

### 4.2. Konkordanz

#### 4.2.1. Kann Kommunikation die Konkordanz erhöhen?

Eine direkte Kommunikation zwischen stationärer Konsiliarbehandlung im Allgemeinkrankenhaus und ambulanter Hausarztbehandlung scheint zu einer höheren Konkordanz zu führen. Der Anruf beim Hausarzt hatte in dieser Studie eine höhere Rate (64%) vollständig umgesetzter psychiatrischer Behandlungsempfehlungen zur Folge, als die Mitgabe eines schriftlichen Konsilberichtes (16%) oder die Informationsweitergabe mittels der Entlassungsepikrise (11%). Der übliche Weg der Informationsweitergabe durch die Entlassungsepikrise führte überdies in 56% der Fälle

zu einer unvollständigen oder Non- Konkordanz. Unter „vollständiger“ Konkordanz wurde hierbei nicht das „blinde Befolgen“ der Empfehlungen, sondern eine adäquate Umsetzung innerhalb eines sinnvollen Handlungsspielraumes verstanden (Popkin et al. 1979). Die dafür festgelegten Kriterien wurden im Kapitel „Methodik“ beschrieben. Die Mitgabe eines schriftlichen Konsiliarberichtes an den Hausarzt führte zu einer deutlich geringeren Konkordanz als ein Telefonkontakt. Offenbar ist das persönliche Gespräch, auch am Telefon, ein wirksameres Mittel zur Sicherung der Konkordanz als schriftliche Mitteilungen. Zudem bietet es die Möglichkeit, Nachfragen zu beantworten und auch fallbezogene Informationen auszutauschen.

Die Studienergebnisse bestätigen das Paradigma von Huyse (1990b), nach dem die Erforschung und Verbesserung der Umsetzung konsiliarpsychiatrischer Empfehlungen von essentieller Bedeutung für die Wirksamkeit von Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie ist: Die psychiatrischen Interventionen können nur wirken, wenn sie von den behandelnden Ärzten auch umgesetzt werden. Allerdings werden die Empfehlungen in Abhängigkeit von der Intervention, auf die sie sich beziehen, in unterschiedlichem Ausmaß umgesetzt. So zeigte sich auch in dieser Studie, dass z.B. die Konkordanz für Medikationsempfehlungen höher ist, als z.B. für Diagnostikempfehlungen: Popkin et al. (1983) fanden hierfür Konkordanzraten von ca. 69 vs. 56%, in der vorliegenden Studie waren es 66% vs. 30%.

Im Folgenden werden die in dieser Studie ermittelten Konkordanzraten für die Umsetzung der verschiedenen Empfehlungen diskutiert.

#### **4.2.2. Konkordanz bei den Medikamentenempfehlungen**

##### **4.2.2.1. Diskussion der Medikamentenempfehlungen**

In der vorliegenden Studie wurden bei ca. 95% der Patienten Medikationsempfehlungen gegeben, davon in ca. 90% Empfehlungen für eine antidepressive Einstellung. Diese Zahl ist im Vergleich zu nationalen und internationalen Übersichten hoch. Dort werden Medikamentenempfehlungen in 49 bis 68% der Fälle genannt (Diefenbacher 1999, Huyse et al. 1990b).

Diese Differenzen könnten durch folgende Umstände erklärt werden:

- Es handelte sich in der vorliegenden Studie um eine selektierte Population von Depressions- und Angstpatienten. Patienten, bei denen eher keine Psychopharmaka empfohlen werden (z.B. Patienten mit somatoformen Störungen oder Betreuungsanfragen), gehörten also nicht zur Studienpopulation.
- Patienten mit leichteren depressiven Verstimmungen, z.B. im Sinn von nicht krankheitswertigen, physiologischen Trauerreaktionen (Arolt 2006), die nach der Konsiliarintervention im Krankenhaus nicht weiter behandlungsbedürftig erschienen, waren ebenfalls nicht in die Studie eingeschlossen worden (siehe Ausschlusskriterien im Abschnitt 2.2.1.).
- Die Behandlung mit Antidepressiva ist bei körperlich kranken Patienten risikoärmer geworden, seitdem die Serotonin-Rückaufnahmehemmer (SSRI) ab Mitte der 1990er Jahre als Behandlungsoption fest etabliert sind (Rasmussen et al. 2003, Louis et al. 2002, Kapfhammer 1999). Dies dürfte sich auf die Verschreibungshäufigkeit ausgewirkt haben (Diefenbacher & Strain 2002).

Bei depressiven Störungen wurde, den Versorgungsleitlinien für die hausärztliche Praxis entsprechend, bei Auswahl des vorrangigen Therapieverfahrens (Medikation vs. Psychotherapie) nach dem Schweregrad und den Präferenzen der Patienten entschieden (Härter et al. 2003). Bei Panikstörungen ist die Therapie mit einem SSRI die erste Wahl (Roy-Byrne et al. 1998). Auch hier wurden aber die Präferenzen der Patienten in die Wahl des vorrangigen Therapieverfahrens einbezogen.

Dass sich fast 90% der Patienten in erster Linie für ein Antidepressivum entschieden, könnte unter anderem am überwiegend biologisch orientierten Krankheitsmodell liegen, das den Patienten im psychoedukativen konsiliarpsychiatrischen Gespräch vermittelt wurde. Hinzu kommen Probleme in der psychotherapeutischen Versorgung: So ist es, aus der eigenen Erfahrung heraus, gerade bei älteren, immobilen und multimorbiden Patienten (z.B. bei Pflegeheimpatienten) kaum möglich, zeitnah eine „aufsuchende“ psychotherapeutische Behandlung im ambulanten Rahmen einzuleiten.

Auch Patienten mit Dysthymien und langdauernden depressiven Anpassungsstörungen erhielten z.T. eine Medikationsempfehlung. Bei entsprechender Indikation (z.B. schwere psychosoziale Konflikte, Persönlichkeitsakzentuierungen) wurde diese auch kombiniert

mit einer Psychotherapieempfehlung. Der Evidenzgrad für eine Psychopharmakotherapie der Dysthymie ist dabei höher als für die depressiven Anpassungsstörungen (Simon 2002, Smith et al. 1998).

Für eine klar strukturierte konsiliarpsychiatrische Medikamentenempfehlung spricht, dass in der Hausarztpraxis die Entscheidung über eine Pharmakotherapie oft nicht, wie empfohlen, an den Schweregrad der Depression angepasst wird: Antidepressiva werden häufig nicht ausreichend hoch dosiert und nicht ausreichend lange verordnet (Schneider et al. 2003, Schulberg et al. 1997).

#### **4.2.2.2. Diskussion der Konkordanz gegenüber den Medikamentenempfehlungen**

Im stationären Bereich fanden sich in der Literatur Konkordanzraten von 68-95% für die Medikationsempfehlungen (Popkin et al. 1979, Billowitz & Friedson 1979, Huysse et al. 1990b). Die Konkordanzraten der vorliegenden Studie lagen bei 66% für die gesamte Studienpopulation, in der Interventionsgruppe „Anruf“ jedoch bei 89% und in der Gruppe „Brief“ bei 70%. In der Kontrollgruppe dagegen wurde eine Konkordanzrate von 32% gefunden.

In den oben genannten Studien wurde die Konkordanz der Stationsärzte im Allgemeinkrankenhaus gemessen, die im direkten persönlichen Kontakt mit dem Konsiliarpsychiater standen. Die ambulanten Hausärzte der vorliegenden Studie hatten nur in der „Anruf“-Gruppe einen telefonischen Kontakt, diejenigen in der „Brief“-Gruppe einen schriftlichen Kontakt mit dem Konsiliarpsychiater. In der Kontrollgruppe bestand der Kontakt nur mittelbar über die Entlassungsepikrise des Stationsarztes.

Die gefundenen Daten weisen darauf hin, dass sich die Konkordanz der Hausärzte für psychiatrische Medikamentenempfehlungen durch ein Telefonat in hohem, durch einen schriftlichen Befund in geringerem Ausmaß steigern lässt. Der übliche Weg der Informationsweitergabe mittels Epikrise führt zu einer geringen Konkordanz für eine Pharmakotherapie bei Patienten mit Depression und Angststörungen.

In Anbetracht der Leitlinienempfehlungen und einer guten Evidenz für die Wirksamkeit von Antidepressiva bei Depression (Härter et al. 2003, Baldwin 2003, Simon 2002) und Angststörungen (Roy-Byrne et al. 1998) scheint eine höhere Konkordanz für die Medikamentenverordnung ein erstrebenswertes Ziel für die ambulante Versorgung zu sein.

### 4.2.3. Konkordanz bei den psychotherapeutischen Empfehlungen

Von den Psychotherapieempfehlungen wurden in der vorliegenden Studie 46% vollständig und 21% teilweise umgesetzt. Auch hier gab es eine Hierarchie der Konkordanz zwischen den Studiengruppen. Während bei der „Anruf“-Gruppe die Konkordanzrate bei 81% lag, betrug sie bei der „Brief“-Gruppe 33% und bei der Kontrollgruppe 22%. Der größte Teil der Patienten wurde vom Hausarzt mit supportiven Gesprächen, im Sinne einer psychosomatischen Grundversorgung behandelt. 15% der Patienten erhielten eine Überweisung zur Verhaltenstherapie.

In den telefonischen Follow-up-Untersuchungen wurde deutlich, dass einige Patienten (N=5) trotz anfänglicher Motivation und Überweisung durch den Hausarzt, u.a. durch lange Wartezeiten auf freie Therapieplätze frustriert, diese Behandlungsoption zurückgestellt hatten.

Eine Übersicht über Konsiliardienste im deutschsprachigen Raum zeigt, dass psychotherapeutische Maßnahmen im weitesten Sinn bei 9-27% der Patienten empfohlen werden (Diefenbacher 1999). Dazu gehören vor allem Empfehlungen für den Umgang mit den Patienten auf der Station (z.B. Beziehungsgestaltung, Aufklärung, Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung). Die Konkordanzraten im stationären Bereich werden für diese Art Empfehlungen mit 21-71% angegeben (Huyse et al. 1990b).

Eine kürzlich publizierte randomisierte Studie aus dem Bereich der Konsiliarpsychosomatik hat die Verbesserung der Kommunikation mit den Hausärzten an einer Stichprobe von 67 Patienten untersucht (de Cruppe et al. 2005). Ziel war es, durch eine verbesserte Kommunikation mit den Hausärzten, die Inanspruchnahme einer ambulanten Psychotherapie im Anschluss an eine stationäre somatische Behandlung zu verbessern. Die Kommunikation der Empfehlungen wurde entweder (telefonisch und schriftlich) durch den Konsiliarpsychiater selbst übernommen oder aber, wie üblich, in die Hände des somatischen Stationsarztes (Epikrise) gelegt. Die Kommunikation mit den Hausärzten war bei de Cruppe et al. allerdings wesentlich extensiver als in der vorliegenden Studie und bezog auch persönliche Folgekontakte und Fallkonferenzen ein.

Die Inanspruchnahme von Psychotherapie ließ sich durch die direkte Kommunikation mit dem Hausarzt nicht erhöhen. Sie lag bei ca. 50%, ohne signifikante Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe. Die direkte Kontaktaufnahme und die Möglichkeit der telefonischen Beratung wurden allerdings von den Hausärzten gern angenommen, und die Integration psychosomatischer Methoden durch die Hausärzte stieg.

Die Autoren argumentieren, dass

- die Inanspruchnahme von Psychotherapie möglicherweise stärker von Patientencharakteristika wie dem subjektiven Leidensdruck oder auch der Offenheit für neue Erfahrungen abhängt als vom Überweisungsverhalten der Hausärzte.
- durch entsprechende Kooperationen und Fortbildungen ein Großteil der psychosomatischen Basisversorgung von den Hausärzten selbst übernommen werden könnte.
- letztlich der hohe Zeitaufwand für die persönliche Kommunikation mit den Hausärzten aber in Bezug auf das Resultat nicht gerechtfertigt sei.

Im Vergleich mit diesen Schlussfolgerungen unterstreichen auch die Ergebnisse der vorliegenden Studie die offenbar vorhandene Bereitschaft der Hausärzte, Patienten mit Depression und Angststörungen durch supportive Gespräche basis-psychotherapeutisch selbst zu behandeln. Die Differenzen zwischen den Interventionsgruppen „Anruf“, „Brief“ und „Kontrolle“ weisen darauf hin, dass sich die praktische Umsetzung dieser Bereitschaft durch einen Telefonkontakt seitens des Konsiliarpsychiaters offenbar verstärken lässt. Die Umsetzung einer fachspezifischen ambulanten Psychotherapie hängt von weiteren Faktoren, wie bestimmten Patientencharakteristika und der Verfügbarkeit freier Psychotherapieplätze ab.

In Ergänzung der Aufwand/Nutzen-Abwägung von de Cruppe et al. scheint eine kürzere Intervention, wie z.B. ein einmaliges Telefonat mit dem Hausarzt, ein vergleichbar effektives, aber eventuell effizienteres Ergebnis bezüglich der Umsetzung ambulanter Psychotherapieempfehlungen zu erbringen.

#### 4.2.4. Konkordanz bei den sozialpsychiatrischen Empfehlungen

Arolt et al. (1995) beschreiben, dass sozialpsychiatrische Empfehlungen im Konsiliardienst eines Universitätsklinikums bei 4,8% der Patienten gegeben wurden. Dazu gehörten Amtsbetreuungen, Eingliederungen in Wohngruppen und Verordnungen von Hauskrankenpflege. In der Studie von Huyse et al. (1990a) wurde bei 6,6% der Konsiliarpatienten die Verlegung in ein Pflegeheim empfohlen. Die Umsetzung dieser Maßnahme erfolgte in 95%.

In der vorliegenden Studie waren die sozialpsychiatrischen Empfehlungen relativ spezifiziert und wurden bei 21% der Patienten gegeben. Vor allem betraf dies tagesstrukturierende Maßnahmen wie den Besuch von Tagesstätten oder betreute Wohnformen (EBW, TWG). Für Patienten mit erheblichen Einschränkungen der alltagspraktischen Fähigkeiten wurde oft die Verordnung einer Hauskrankenpflege empfohlen. Während die Konkordanzrate für die Verordnung einer Hauskrankenpflege 80% betrug, lag sie für die anderen Maßnahmen nur bei 47%.

Die Intervention eines Anrufs beim Hausarzt schien keinen wesentlichen Einfluss auf die Umsetzung sozialpsychiatrischer Empfehlungen zu haben. Wie Huyse et al. (1992) hervorheben, haben Empfehlungen stets eine hohe Konkordanzrate, wenn sie Maßnahmen betreffen, die zum Alltagsrepertoire des betreffenden Arztes gehören. Bei den Hausärzten wäre dies z.B. für die Verordnung von Hauskrankenpflege vorstellbar. Möglicherweise wäre diese bei stark eingeschränkten Patienten auch ohne psychiatrische Empfehlung verordnet worden.

Die Einführung von tagesstrukturierenden Maßnahmen oder therapeutischen Wohnformen scheint hingegen ein Problemfeld zu sein, dass durch patientenbedingte und auch finanzielle Faktoren stark beeinflusst wird. So sind z.B. Tagesstätten für die Patienten kostenpflichtig. Außerdem ist hier ein hohes Maß an Wissen über die Struktur und den Zugang zu den komplementären ambulanten Angeboten notwendig. Es ist vorstellbar, dass eine solche Komplexität mit den Möglichkeiten einer Hausarztpraxis nur schwerlich zu handhaben ist.

Zur Verbesserung der Umsetzung bestimmter sozialpsychiatrischer Empfehlungen müssten andere Interventionen versucht werden. Hammer et al. (1991) berichteten über

eine organisatorische Verschmelzung von ärztlichem C/L-Dienst mit dem Sozialdienst und anderen sozialen Angeboten eines Allgemeinkrankenhauses zu einem „Human Services Department“. Als Stärken des Sozialdienstes wurden hierbei die hohe Kompetenz für den Zugang zu ambulanten Angeboten und die Kontinuität der sozialarbeiterischen Unterstützung, über die Grenzen des stationären Settings hinaus, benannt.

Dies spricht wiederum für eine Ausweitung der multiprofessionellen Struktur von Konsiliar- und Liaisondiensten. Die Vernetzung mit den Sozialpsychiatrischen Diensten der Gesundheitsämter oder die Vermittlung von ambulanten Soziotherapien wären weitere Möglichkeiten.

#### **4.2.5. Konkordanz bei den diagnostischen Empfehlungen**

In der Hausarztbehandlung wurden ca. 70% der labordiagnostischen und 60% der elektrophysiologischen (EKG)- Empfehlungen umgesetzt, jedoch testpsychologische Untersuchungen nur in 15% und eine bildgebende Diagnostik (CCT, MRT) in keinem Fall. Allerdings war hier die Anzahl der Empfehlungen (N=7) sehr gering.

Alle diagnostischen Empfehlungen zusammen erreichten eine Konkordanzrate von ca. 30%. In den oben genannten Konkordanzstudien (Übersicht bei Huyse et al. 1990b) war die Umsetzung der gesamten diagnostischen Empfehlungen etwa doppelt so hoch.

Hierfür könnte es mehrere Gründe geben:

- Die Begründungen für diagnostische Empfehlungen waren bei den oben erwähnten Studien im stationären Bereich von den Konsiliarpsychiatern mit den Stationsärzten persönlich erörtert worden. Bei der vorliegenden Studie geschah dies, in Bezug auf die Hausärzte, nur telefonisch in der „Anruf“-Gruppe, sowie in kurzer schriftlicher Form in der „Brief“-Gruppe.
- Dringliche somatisch- differentialdiagnostische Maßnahmen waren schon während der Indexbehandlung im Allgemeinkrankenhaus durchgeführt worden.
- Es handelte sich labordiagnostisch meist um die Empfehlung von Kontrolldiagnostik bei Medikamenteneinstellung (z.B. Natriumspiegel bei SSRI). In denjenigen Fällen, in denen die Medikation nicht verschrieben worden war, wurden selbstverständlich auch die Kontrollen hinfällig.



- Einige diagnostische Maßnahmen (Bildgebung, Schilddrüsenwerte) sollten dem Ausschluss hirnrorganischer Ursachen affektiver Störungen dienen. Wenn sich die affektive Symptomatik im Therapieverlauf gebessert hatte, bestand evtl. für den Hausarzt keine Indikation mehr zur weiteren Diagnostik.
- Möglicherweise spielten auch Budgetfragen eine Rolle.
- Ausführliche und umfangreiche testpsychologische Untersuchungen werden nur von wenigen Instituten durchgeführt. Die Wartezeiten sind z.T. sehr lang, die Organisation dieser Untersuchungen ist aufwändig.

Popkin et al. (1983) beschreiben das Phänomen, dass für psychiatrische Medikationsempfehlungen eine ähnliche Konkordanz besteht wie zum Beispiel für kardiologische Medikationsempfehlungen. Die Diagnostikempfehlungen der Kardiologen werden jedoch in weit höherem Ausmaß umgesetzt als die der Psychiater. Dies könnte auf ein Problem bei der Wahrnehmung der Psychiatrie als medizinische Fachrichtung in den Augen von somatischen Medizinern hinweisen (Creed 1991). Hinweise darauf finden sich zum Teil schon während des Medizinstudiums (Strebel et al. 2000).

Durch eine Kommunikation am Telefon ließ sich die Konkordanz für Diagnostikempfehlungen nicht signifikant verbessern. Hier könnten die relativ niedrigen Zahlen für die einzelnen Empfehlungen eine statistische Rolle spielen. Andererseits ist es vorstellbar, dass Unterschiede in den differentialdiagnostischen Gewichtungen zwischen Psychiatrie und somatischer Medizin hierbei eine Rolle spielen. Das Gleiche könnte für die Aufmerksamkeit gegenüber unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW) von Psychopharmaka gelten. Für einen Ausgleich solcher Differenzen wären evtl. längerfristige Kooperationen und psychiatrische Fortbildungsangebote nötig.

#### **4.2.6. Konkordanz bei der Facharztüberweisung**

Die Überweisungsempfehlung zum psychiatrisch tätigen Facharzt hatte gruppenübergreifend eine hohe Konkordanz von 82%. Hier schien der Weg der Kommunikation ebenfalls keine Rolle für die Umsetzung zu spielen. Die von Popkin et al. (1979) beschriebene niedrige Konkordanz für konsekutive Empfehlungen ließ sich in

diesem Fall nicht bestätigen: Bei vielen Patienten war die Empfehlung von konsekutiver Art gewesen: „Wenn nach 4-6 Wochen keine Besserung oder sogar eine Verschlechterung eintritt“, sollte zum Facharzt überwiesen werden.

In der klinischen Verlaufskontrolle zeigte sich jedoch bei den meisten Patienten eine Befundbesserung, so dass die Facharztüberweisung tatsächlich nicht erfolgen musste. Auch in der Anzahl nicht umgesetzter Empfehlungen einer unmittelbaren Überweisung fanden sich keine Gruppenunterschiede. Insgesamt waren ca. 40% der Patienten zum Facharzt überwiesen worden, aber 5,5% dieser Patienten hatten diese Überweisung nicht wahrgenommen.

Die Befunde könnten so interpretiert werden, dass es in der Indikationsstellung zur Überweisung wenig Differenzen zwischen dem konsiliarpsychiatrischem Dienst und den Hausärzten gab. Patientenbezogene Faktoren (Non-Compliance) müssen auch hier berücksichtigt werden.

Diese Interpretation wird gestützt durch Studienergebnisse aus der Versorgungsforschung, nach denen 90% der Fachärzte (fachgruppenübergreifend) angaben, die Überweisung des Hausarztes sei aus ihrer Sicht angemessen gewesen. Die Facharztüberweisungen hatten auch aus der Sicht der Patienten ein großes Maß an Zustimmung (83%). Die Indikation zur Überweisung war bei den Hausärzten vor allem begründet durch differentialdiagnostische Fragen, den Wunsch nach fachärztlicher Mitbehandlung und Informationsgewinnung über Therapieoptionen (Rosemann et al. 2006).

Dem gegenüber steht die Bereitschaft von Hausärzten, auch psychiatrische Erkrankungen ihrer Patienten zunächst selbst zu behandeln. Dies wurde in der Hausarztbefragung der vorliegenden Studie von ca. 75% der Hausärzte bekräftigt. Bestätigt wird dies durch verschiedene Studien aus Deutschland, England und den USA: In Hausarztpraxen werden auch Patienten mit psychotischen Störungen und mit schweren rezidivierenden oder chronischen Depressionen (Hull et al. 2002, Schneider et al. 2003) behandelt, zum Teil mit einer hohen Behandlungszufriedenheit der Patienten (Schwenk et al. 2004).

Die Einbindung der Hausärzte in die Behandlung psychischer Störungen ist unter anderem auch deshalb notwendig, weil die ambulante fachärztlich- psychiatrische

Versorgungssituation in Deutschland in regional unterschiedlichem Ausmaß problematisch ist. Dies wird ausführlich bei Eikelmann et al. (2006) diskutiert.

Wie aber bereits in Abschnitt 4.2.2.1. diskutiert, weisen Schneider et al. (2003) darauf hin, dass die hausärztliche Depressionsbehandlung oft nicht im Einklang mit den evidenzbasierten Leitlinien erfolgt (z.B. primärer Einsatz von Phytopharmaka oder Psychotherapie bei schwerer Depression). Dabei konnte in einer US-amerikanischen Studie für die an Leitlinien orientierte Depressionsbehandlung in der Hausarztpraxis eine Überlegenheit durch höhere Remissionsraten gezeigt werden (Schulberg et al. 1996).

Ein Weg aus diesem Dilemma könnte eine engere Verzahnung von hausärztlicher und konsiliarpsychiatrischer Behandlung sein. Eine gute Evidenz für die Wirksamkeit und auch die Kosteneffektivität von "Collaborative Care"- Modellen bei Patienten mit Depression und Angststörungen im Hausarztbereich sprechen dafür (Harpole et al. 2005, Katon et al. 2002).

### **4.3. Mechanismen der Non-Konkordanz**

Nach Huyse et al. (1990b) sind vor allem drei Faktoren für die Non- Konkordanz verantwortlich:

1. der Weg, den die Information vom Konsiliarpsychiater zum Adressaten der Empfehlung nimmt,
2. die Kompetenz („Skills“) des Adressaten, auch als „Nicht-Psychiater“ psychiatrische Interventionen umzusetzen,
3. die Aufmerksamkeit, die der Konsiliarpsychiater der Konkordanz widmet.

Im Folgenden soll versucht werden, die in der Studie gefundenen Fälle von Non-Konkordanz diesen Faktoren zuzuordnen:

1. In der vorliegenden Studie wurde ein höheres Maß an Non-Konkordanz für medikamentöse und psychotherapeutische Empfehlungen vor allem

bei denjenigen Hausärzten gefunden, denen der Befund schriftlich übermittelt worden war. Am ausgeprägtesten war dies, wenn die Entlassungsepikrise das einzige Medium der Informationsweitergabe war. Der Informationsverlust durch die Epikrise kann einen Teil der Non-Konkordanz erklären.

Andererseits konnte belegt werden, dass es keine Unterschiede zwischen den Studiengruppen bezüglich der Vollständigkeit der Informationsweitergabe in der Epikrise gab. Die signifikanten Gruppenunterschiede bei der Konkordanz sind also nicht durch den Informationsverlust bei der Epikrisenübermittlung zu erklären.

Die Studienergebnisse weisen darauf hin, dass die Informationen vom Hausarzt besser wahrgenommen werden, wenn sie nicht nur in Schriftform (Konsiliarbefund bzw. Epikrise) sondern auch, wie in der „Anruf“-Gruppe geschehen, über eine verbale Interaktion zu ihm gelangen. Ein Telefonanruf gibt zudem die Möglichkeit eines fallbezogenen Informationsaustausches, so dass die Empfehlungen evtl. besser in das eigene Behandlungskonzept des Hausarztes integriert werden konnten. Nicht zuletzt könnte ein Anruf ein Signal für die Wichtigkeit von Informationen sein, das wiederum die Wahrnehmung verstärkt.

2. Hohe Raten von Non-Konkordanz wurden in der Vermittlung komplementärer sozialpsychiatrischer Angebote gefunden. Dies war unabhängig von der Kommunikation zwischen Konsiliardienst und Hausarzt.

Hier könnte ein „Skills“-Problem vorliegen, denn die Umsetzung solcher Empfehlungen erfordert eine gute Kenntnis der entsprechenden Angebote. Sind diese Kenntnisse nicht vorhanden, muss mit einem hohen Zeitaufwand für die Umsetzung gerechnet werden, der für die Hausärzte nicht abrechenbar ist.

Bei der Umsetzung der Empfehlung einer supportiven basis-psychotherapeutischen Behandlung gab es Konkordanzraten von maximal

81% in der „Anruf“-Gruppe, jedoch nur 33% bzw. 20% in den beiden anderen Gruppen. Dies weist einerseits auf ein Informationsdefizit hin, andererseits sagen die Daten wenig über Ausmaß und Qualität der basispsychotherapeutischen Intervention aus. In der Literatur wird berichtet, dass es unter den Hausärzten durchaus starke Unterschiede in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Kompetenz gibt (Carr et al. 1997). So ist zu bedenken, dass einige Ärzte die Empfehlung von unterstützender Gesprächsführung (Krankheitsaufklärung, Symptommanagement) als „Nicht-Psychiater“ nicht ohne weiteres umsetzen können (Stoppe 2002).

3. Bei der Umsetzung diagnostischer Empfehlungen wurden zum Teil sehr niedrige Konkordanzraten gefunden. Ein Problem der Informationsweitergabe scheint hier eher nicht vorzuliegen, denn signifikante Gruppenunterschiede, wie sie sich bei anderen Empfehlungen darstellen, fanden sich nicht.

Neben finanziellen Kosten, welche die Hausärzte als „Gatekeeper“ im Gesundheitswesen beachten müssen (Linden et al. 2004), könnte hier das Problem vorliegen, dass bei „Nicht-Psychiatern“ Unsicherheiten über die Überwachung potentieller Neben- und Wechselwirkungen der psychiatrischen Pharmakotherapie bestehen.

Zudem konnten auch andere Studien zeigen, dass eine psychiatrische Konzeptualisierung und Differentialdiagnostik von anderen medizinischen Fächern z.T. weniger gut angenommen wird (Popkin et al. 1983). Sollte dies der Fall sein, liegt hier am ehesten eine „Vernachlässigung“ des Konkordanzproblems vor. Einmalig gegebene Empfehlungen konnten hier offenbar nicht wirksam sein. Eine höhere Aufmerksamkeit bezüglich der Umsetzung wäre seitens der Konsiliarpsychiater, bzw. in den Curricula der psychosomatischen Grundversorgung für Hausärzte nötig.

#### **4.4. Konkordanz und klinischer Verlauf**

Es ist ein Merkmal konsiliarpsychiatrischer Forschung, dass sie auf zwei Aspekte fokussiert: den Patienten selbst und seinen behandelnden Arzt bzw. das behandelnde Team (Katon & Gonzales 1994). Die vorliegende Studie richtet den Fokus vor allem auf die Konkordanz des weiterbehandelnden Arztes und überbrückt damit die Trennung von stationärer und ambulanter Behandlung.

Obwohl die Studie von der Fragestellung und dem Design her keine Behandlungsstudie ist, wurde in den Follow-up-Untersuchungen auch nach dem klinischen Verlauf der Patienten gefragt. Mit den entsprechenden Limitierungen, die eine Verlaufskontrolle per Telefoninterview mit sich bringt, sollen im Folgenden die Ergebnisse der klinischen Verlaufskontrolle diskutiert werden.

##### **4.4.1. Verlauf von Angst und Depression in Abhängigkeit von der Kommunikation zwischen Konsiliarpsychiater und Hausarzt**

Es gab in der gesamten Studienpopulation einen signifikanten Rückgang der Angst- und Depressionswerte, gemessen mit der HADS-D. Dies kann als Zeichen für eine gute Besserung der psychiatrischen Symptomatik gewertet werden. Die Überprüfung der Rohdaten hatte zeigen können, dass die Verbesserungen der HADS-Werte einen tatsächlichen Befund für die gesamte Studienpopulation darstellte und nicht Auswirkung einiger weniger „extremer“ Verläufe war.

Die Besserung von Angst und Depression war in beiden Interventionsgruppen zwar deutlicher ausgeprägt als in der Kontrollgruppe, in der Kovarianzanalyse zeigte sich jedoch, dass dieser Befund durch Unterschiede in Ausgangswerten für Angst und Depression erklärt werden konnte.

Der Nachweis, dass die Verbesserung der Kommunikation mittels Telefonat oder Befundmitgabe direkt zu einem besseren Behandlungsergebnis führt, konnte somit zunächst nicht geführt werden.

#### **4.4.2. Verlauf von Angst und Depression in Abhängigkeit von der Konkordanz des Hausarztes**

Es konnte aber gezeigt werden, dass eine höhere Hausarzt Konkordanz eine positive Auswirkung auf die Verbesserung der psychischen Symptomatik hatte. Wenn die Patienten, deren Hausärzte „vollständig“ oder „überwiegend“ konkordant waren mit denen verglichen wurden, deren Hausärzte „unvollständig“ oder „non- konkordant“ waren, zeigte sich ein statistisch signifikant besserer Verlauf der HADS-Depressionswerte, nicht jedoch der HADS-Angstwerte. Der Effekt einer deutlicheren Besserung der Depressivität bei höherer Konkordanz war in diesem Fall nicht den Unterschieden in den HADS-Ausgangswerten zuzuschreiben. Insofern kann dieser Befund als ein Zeichen dafür gewertet werden, dass eine höhere Konkordanz gegenüber den konsiliarpsychiatrischen Empfehlungen zu einem besseren Behandlungsergebnis führen kann.

Bei Patienten mit Depression und körperlichen Erkrankungen gibt es aus der Literatur unterschiedliche Befunde über den natürlichen Verlauf (d.h. ohne eine spezifische antidepressive Behandlung). So bessert sich ein bei Krankenhausaufnahme bestehendes depressives Syndrom bei 50% der Patienten innerhalb von 3 Tagen spontan. Im Langzeitverlauf nach etwa einem halben Jahr bleiben aber 9-45% der Patienten depressiv (Kathol et al. 1992, Koenig et al. 1988 , Kitchell et al. 1982). Andererseits berichten Koenig et al. (1997), dass depressive Patienten, deren Therapie nicht schon im Krankenhaus initiiert wird, nur in ca. 13% eine entsprechende Behandlung im ambulanten Setting erhalten. Dies spricht einerseits für eine therapeutische Zurückhaltung in den ersten drei Behandlungstagen („watchful waiting“), bei Persistenz der Depression aber für die konsequente Einleitung einer antidepressiven Behandlung.

In der Patientenpopulation der eigenen Studie lag die durchschnittliche Liegezeit bis zur Anforderung des Konsils („lag time“) bei ca. sechs Tagen. So lag also der Konsiltermin für viele Patienten oberhalb der „Marke“ von 3 Tagen. Darüber hinaus wurde bei den Studienpatienten mit Depression und Angststörungen für eine medikamentöse- oder Psychotherapie vor allem dann entschieden, wenn auch die Zeitkriterien nach ICD 10

erfüllt waren. Auf diese Weise wurde in der Studie versucht, die Erkenntnisse über den Spontanverlauf von Depressionen in die Therapieentscheidungen einzubeziehen.

Es ist letztlich aber nicht vollkommen auszuschließen, dass die Verlaufsergebnisse in einigen Fällen durch den natürlichen Spontanverlauf überlagert worden sind.

Die Aussage der vorliegenden Studie, dass ein höherer Grad an Umsetzung von konsiliarpsychiatrischen Empfehlungen zu einem besseren Verlauf führt, wäre aber auch mit den Befunden von Katon et al. (1999) vereinbar. Diese konnten in einer Studie zeigen, dass eine abgestufte und zum Teil auf Telefonberatung beruhende C/L-psychiatrische Intervention im Hausarztbereich das „Outcome“ depressiver Patienten verbesserte („Collaborative Stepped Care“).

#### **4.5. Kritische Bewertung der Methodik**

Bei den Schlussfolgerungen aus den Ergebnissen der Studie müssen eine Reihe von Limitierungen beachtet werden:

1. Die Studie wurde unter „naturalistischen“ Bedingungen eines C/L-Dienstes in einem Versorgungskrankenhaus durchgeführt. Es gab für die Durchführung der Studie keine zusätzlichen Personalressourcen. Das Ausbleiben einer Verblindung ist diesem Umstand geschuldet und eine der hauptsächlichen Limitierungen: Der Studienleiter (R.B.) war bei den meisten Studienpatienten als Konsiliarpsychiater aktiv in die Behandlung involviert und nahm in allen Fällen der Gruppe „Anruf“ den persönlichen Telefonkontakt zu den Hausärzten auf. Nach 6 Wochen führte er selbst das Follow-up-Interview mit den Patienten. Dies stellte für die Patienten eine Kontinuität dar, ein Einfluss auf die Ergebnisse ist jedoch nicht auszuschließen.  
Andererseits zielten die Follow-up-Erhebungen auf das Erfragen konkreter Maßnahmen wie Medikationsverordnung oder Labordiagnostik ab. Zumindest bei diesen „Sachfragen“ dürfte die Verzerrung der Ergebnisse durch Nicht-Verblindung gering sein.  
Auch bestand kein „Erfolgsdruck“. Das heißt, eine Negation der Frage, ob sich der zusätzliche Zeitaufwand eines Telefonates mit dem Hausarzt lohnt, hätte bedeutet, dass der Aufwand den Nutzen nicht rechtfertigt. In Anbetracht der



vorherrschenden Arbeitsintensität im stationären Alltag wäre dies eher eine entlastende Botschaft gewesen.

2. Den angerufenen Hausärzten wurde mitgeteilt, dass die Kontaktaufnahme im Rahmen einer Studie geschieht. Dass der Fokus der Studie auf der Hausarztkongordanz liegt, wurde nicht thematisiert. Es ist trotzdem nicht auszuschließen, dass den Problemen der besprochenen Patienten mehr Aufmerksamkeit geschenkt wurde, weil sie Teilnehmer einer Studie waren. Dies wäre als „sozial erwünschtes Verhalten“ in „Anwesenheit eines externen Beobachters“ aus der Erforschung von Interaktionsprozessen bekannt und kann die Ergebnisse verzerren (Starfield et al. 1979b).
3. In den Follow-up-Untersuchungen sind ausschließlich die Patienten befragt worden, nicht die Hausärzte. Es erfolgte keine Einsicht in die ambulanten Behandlungsunterlagen. Die Follow-up-Daten beruhen folglich einzig auf den Angaben der Patienten. Eine komplexere Erfassung der ambulanten Daten, einschließlich der Einsicht in die ambulante Akte, wäre nach den Prinzipien der Gesundheitsforschung reliabler (Starfield et al. 1979a), jedoch mit einem zusätzlichen Personalaufwand verbunden gewesen.  
Es wurde bei der Studienplanung entschieden, die Patienten nach der Umsetzung der Empfehlungen zu fragen, und nicht die Hausärzte selbst. Dies geht mit den Prinzipien der Psychotherapieforschung konform: Interviews mit dem Behandler, als ausschließliche Methode zur Erforschung einer Intervention, gelten hier als obsolet (APA 1982).  
Eine beidseitige Befragung hätte die Reliabilität der Daten erhöhen können, konnte aber aus Gründen personeller Ressourcen nicht durchgeführt werden.
4. Die Studie wurde an einer selektierten Klientel von Angst- und Depressionspatienten durchgeführt. Dies hat den Vorteil, dass die Werte innerhalb der Studie relativ gut vergleichbar sind. Dass die Aussagen über die Hausarztkongordanz auch auf andere Patientengruppen übertragen werden könnten, die im Konsiliardienst ebenfalls häufig sind (z.B. Patienten mit hirnorganischen Syndromen), kann angenommen werden, ist aber nicht gesichert.

5. In die Studie konnten auch körperlich schwer Kranke eingeschlossen werden. Dies erklärt einen Teil der Dropoutrate von 22% (N=26). Von diesen Patienten waren 46% verstorben und 19% rehospitalisiert (siehe Abschnitt 3.1.7.).
6. Es ist bekannt, dass das Vorliegen einer Depression die Compliance für eine medizinische Behandlung um das Dreifache senken kann (DiMatteo et al. 2000). Nicht nur die Non- Konkordanz von Hausärzten, sondern auch die Non-Compliance der Patienten müssen zu einer Erklärung für nicht umgesetzte Empfehlungen herangezogen werden. Für die Ermittlung der Hausarzt Konkordanz wurde daher der Versuch der Umsetzung durch den Hausarzt als „konkordant“ gewertet, auch wenn der Patient selbst die Intervention nicht umsetzte. Für die Interpretation der Ergebnisse sind aber Interferenzen zwischen arzt- und patientenbedingter Nicht-Umsetzung nicht mit Sicherheit auszuschließen.
7. Telefoninterviews sind in der Marktforschung weit verbreitet und finden auch als weniger kostenintensive Alternative zu „face-to-face“ -Untersuchungen zunehmend in der Medizin- und Gesundheitsforschung Anwendung. Ihre Reliabilität ist in diesen Bereichen durch verschiedene Studien untersucht und bestätigt worden (Galan et al. 2004, Midanik et al. 2003, Sweet 2002).
8. Die Studie selbst hatte einen Einfluss auf die konsiliarpsychiatrischen Empfehlungen: Diese wurden, stärker als im stationären Konsiliardienst üblich, auf die hausärztliche Nachbehandlung „zugeschnitten“. Dies zeigte sich vor allem in der ausführlicheren Dokumentation von Empfehlungen für die ambulante Therapie. Es wurde mehr „über den Rand“ der stationären Behandlung hinaus gedacht:
  - Dosierungsratschläge wurden detaillierter dokumentiert.
  - Die supportive Gesprächsführung durch den Hausarzt wurde meist ausdrücklich empfohlen.
  - Empfehlungen für die Verlaufskontrolle von Laborwerten oder EKG-Ableitungen wurden zumeist explizit dokumentiert.

- Die Empfehlungen für konsekutive Facharztüberweisungen erschienen detaillierter als üblich im Befund. Bei den Empfehlungen zur Facharztüberweisung erfolgte eine enge Orientierung an den Leitlinien.
9. Die Bewertung des klinischen Verlaufs unterliegt ebenfalls einigen Einschränkungen:
- Es gab für einen Verlauf ohne therapeutische Intervention keine Kontrollgruppe, da sich die primäre Fragestellung auf die Hausarztkongordanz bezog. Für diese Frage gab es eine Kontrollgruppe.
  - Die HADS wurde auch in anderen konsiliarpsychiatrischen Studien zur Prozess- und Verlaufsbeurteilung eingesetzt (Meyer et al. 2002, Bodlund et al. 1999), jedoch ist eine telefonische Abfrage der HADS bisher nach unserem Wissen nicht beschrieben.
  - Es werden mit der HADS nur einige der depressiven und ängstlichen Symptome erfragt, eine umfassende klinische Verlaufsbeurteilung ist mit der HADS nicht möglich.
10. Die Ausgangswerte der HADS-Depressions- und Angstscores zeigten im Kruskal-Wallis-Test keinen statistisch signifikanten Unterschied im Gruppenvergleich.
- Trotzdem wurde in der Verlaufsbeurteilung mittels Kovarianzanalyse deutlich, dass die zunächst gefundenen Gruppenunterschiede in den HADS-Verlaufswerten durch die Unterschiede in den Ausgangswerten aufgeklärt werden können. In der Tendenz zeigten sich höhere HADS-Ausgangswerte bei den Depressionsscores in der Kontrollgruppe, ohne statistische Signifikanz zu erreichen. Dies könnte auf Probleme bei der Randomisierung hinweisen, jedoch wurde weder eine ähnliche Tendenz bei den Angstscores gefunden, noch zeigten sich statistisch signifikante Gruppenunterschiede in den soziodemografischen und in den diagnostischen Daten.

## 4.6. Schlussfolgerungen

Zusammenfassend konnten die Hypothesen der Studie wie folgt 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.“*

Die Hypothese konnte bestätigt werden. So wurden bei dieser Verfahrensweise (Kontrollgruppe) im ambulanten Bereich von den Hausärzten z.B. nur 32% der medikamentösen und 20% der psychotherapeutischen Empfehlungen umgesetzt.

2. *„Die direkte Informationsweitergabe konsiliarischer Empfehlungen vom Konsiliardienst an den Hausarzt, in telefonischer oder schriftlicher Form, hat eine erhöhte Konkordanz zur Folge.“*

Sowohl der Telefonkontakt als auch die Befundmitgabe führten zu einer höheren Konkordanz des ambulanten Hausarztes. Dies ließ sich für die medikamentöse Behandlung und die Umsetzung der psychotherapeutischen Empfehlungen nachweisen. Für die sozialpsychiatrischen und diagnostischen Empfehlungen ließen sich keine signifikanten Unterschiede zur Kontrollgruppe feststellen. Die Überweisung zum psychiatrisch tätigen Facharzt wurde in allen Studiengruppen mit einer hohen Konkordanz von ca. 80% umgesetzt.

3. *„Der persönliche Telefonkontakt mit dem Hausarzt führt zu einer höheren Konkordanz als die Mitgabe des schriftlichen Konsiliarbefundes.“*

Für die Umsetzung der medikamentösen und der psychotherapeutischen Empfehlungen konnte ein deutlicher Vorteil des Telefonkontaktes gegenüber einem schriftlichen Befund gezeigt werden. Medikationsempfehlungen wurden in 89 vs. 70%, psychotherapeutische Empfehlungen in 81 vs. 33% umgesetzt.

4. *„Die verbesserte Konkordanz hat ein besseres Outcome bezüglich der depressiven oder ängstlichen Symptomatik zur Folge.“*

Die Depressionswerte zeigten eine statistisch signifikant größere Besserungstendenz bei einer „vollständigen“ oder „überwiegenden“ Konkordanz des Hausarztes. Dies kann, unter Berücksichtigung der methodologischen Einschränkungen (siehe Abschnitt 4.5.) als eine Bestätigung der Hypothese hinsichtlich der depressiven Symptomatik interpretiert werden.