

U. Ehlert

Implementierung von Forschungsvorhaben zur Konsiliar-Liaison-Arbeit bei psychisch auffälligen Patienten im Allgemeinkrankenhaus

Zusammenfassung In der vorliegenden Arbeit wird der Stand der Konsultations-Liaison-Forschung bei psychisch auffälligen Patienten des Allgemeinkrankenhauses dargestellt. Es wird deutlich, daß insbesondere bezüglich des Wirksamkeitsnachweises psychiatrischer oder psychotherapeutischer Interventionen für den deutschsprachigen Forschungsbereich ein Defizit besteht. Anhand eines Modells zu den Einflußfaktoren auf die Konsiliar-Liaison-Arbeit werden (a) die Komplexität der Untersuchungsbedingungen und (b) die verschiedenen Forschungsmethoden aufgezeigt. Für die Verknüpfung von praxis- und forschungsrelevanten Fragestellungen wird ein entsprechender Kriterienkatalog vorgestellt.

Schlüsselwörter: Konsiliar-Liaison-Arbeit, Forschungsstrategien, Forschungsmethoden, Evaluationsforschung.

Implementation of research programs in consultation – liaison work

Abstract The present paper summarizes the state of the art concerning research in consultation liaison services at the general hospital. Up to now research oriented evaluation of the effects of consultation liaison work is rarely assessed in German-speaking countries. Catamnestic surveys or control group designs are nearly missing. The complexity of research influencing factors of the setting are presented in a model. This model is used to derive strategies and goals for the implementation of consultation-liaison research at the general hospital. Special emphasis is attached to the link between service related assignments and research interests.

Keywords: Consultation-liaison-services, research strategies, research methods, evaluation.

Mise en oeuvre de projets de recherche sur le travail de consultation et de liaison accompli en faveur de patients souffrant de troubles psychiques dans des services hospitaliers généraux

Résumé Les statistiques concernant la prévalence de problèmes psychiques (psychiatriques, psychosomatiques et fonctionnels) indiquent des chiffres variant de 15 à 20% pour la population globale, de 25% pour les patients bénéficiant de l'offre médicale de base fournie en ambulatoire et de 30% pour les patients hospitalisés dans des services généraux. Cette même prévalence peut atteindre 60% pour les patients hospitalisés dans les services de médecine interne et de chirurgie d'un hôpital général. On peut donc dire en simplifiant qu'en ce qui concerne l'ensemble de la population, un patient sur cinq souffre de troubles psychiques; en services ambulatoires de base cette proportion est de un sur quatre et elle est de un sur trois pour les patients hospitalisés. S'il est vrai que toutes ces personnes ne requièrent pas un traitement immédiat, on ne peut négliger d'offrir ce traitement, du fait en particulier que dans la majorité des cas les problèmes psychiques ne sont pas simples troubles passagers. On enregistre une nette tendance à la chro-

nicité, ceci concernant plus particulièrement les états dépressifs et les troubles somatoformes. Il arrive souvent que l'on ne décèle pas les troubles psychiques, ce qui conduit à une utilisation abusive de l'offre médicale dans le contexte du système de santé. C'est pourquoi de nombreux milieux sont d'accord pour demander que les troubles psychiques dont souffrent des patients traités en ambulatoire ou hospitalisés soient dépistés assez tôt.

Trois facteurs influencent le traitement offert aux patients souffrant de problèmes psychiques et hospitalisés dans des services généraux par des spécialistes de la santé mentale (psychothérapeutes, psychiatres): 1) la maladie dont souffre le patient, 2) les caractéristiques et les priorités du service spécialisé et 3) la profession et l'orientation thérapeutique du collaborateur spécialisé. On fait une distinction entre service psychiatrique de consultation et de liaison et service de consultation en médecine psychosomatique et du comportement. Les études concernant l'efficacité du

travail de liaison et de consultation ont eu en majorité pour objet le travail effectué dans le domaine psychiatrique par des services de ce type situés, en autres, en Hollande, en Grande-Bretagne et aux Etats-Unis – mais pas dans des pays de langue allemande. Il est urgent d'entreprendre des études allant plus loin que la simple description du groupe de patients concernés ou de mesures thérapeutiques non-structurées. Suivant l'exemple de Cohen-Cole et al. (1986) et de Wise (1995) on peut définir quatre priorités de recherche pouvant être considérées comme spécifiques du travail de consultation et de liaison: concepts diagnostiques, mécanismes des troubles, méthodes biologiques de traitement et évaluation de mesures thérapeutiques, ainsi qu'aspects liés à l'offre. Dans ce sens, le travail en question doit s'axer aussi bien sur les aspects pratiques de l'offre fournie aux patients que sur la recherche de réponses aux thèmes de recherche mentionnés plus haut.

Le travail pratique de consultation et de liaison implique forcément une collaboration interdisciplinaire entre personnel soignant, médecins et, concernant les mesures complémentaires, thérapeutes. De plus, les spécialistes de la santé mentale doivent être très disponibles, afin que les patients puissent être traités en temps utile. Le degré auquel le travail de consultation et de liaison est accepté dépend pour une bonne part de la formulation et de la justification de diagnostics précis. Il est donc utile de fonder ces derniers sur des classifications courantes (DSM IV ou ICD 10). Il faut que les propositions en matière de thérapie aient un sens pour le médecin traitant et puissent être mises en oeuvre dans un cadre stationnaire. A celles-ci doivent éventuellement s'ajouter des recommandations concernant le traitement une fois que le patient aura quitté l'hôpital. Le traitement psychothérapeutique doit être défini avant tout par la manière dont les troubles se présentent, mais il va aussi dépendre des possibilités offertes (ressources en temps et en personnel). Son objectif global devrait être de communiquer au patient des informations concernant sa maladie et le rôle joué par des facteurs psychiques au niveau de la genèse de ses troubles.

Du point de vue de la recherche, trois groupes de questions sont pertinentes: (1) parmi le grand nombre de questionnaires établis selon des critères scientifiques et d'interviews, il faut choisir celles des procédures standardisées qui permettent de dépister ou d'exclure des syndromes psychiatriques/psychosomatiques. (2) compte tenu du fait que l'on manque d'études scientifiques concernant des interventions brèves menées auprès de patients hospitalisés dans des services généraux et souffrant de problèmes psychiques, il s'agit, en une première étape, d'élaborer des concepts relatifs aux facteurs complexes qui influencent le déroulement de la psychothérapie; dans une deuxième étape il s'agira de concevoir des mesures thérapeutiques adaptées au temps à disposition et aux

indications de traitement pour les groupes de patients concernés. (3) L'efficacité des mesures psychodiagnostiques et psychothérapeutiques devrait être mesurée en effectuant des comparaisons entre (a) le début, (b) la fin du traitement psychothérapeutique ambulatoire, (c) la fin d'une période de catamnèse définie d'avance et (d) un groupe de contrôle convenable. Ces mesures de comparaison doivent tenir compte des appréciations des patients, mais aussi de l'évaluation effectuée par les collaborateurs concernés au niveau somatique et psychothérapeutique.

La mise en oeuvre et l'évaluation du travail de consultation et de liaison sera influencée par un grand nombre de facteurs liés aux patients et à l'institution. Les méthodes de recherche utilisées pour enregistrer des effets spécifiques doivent être choisies en fonction de la complexité des questions posées. La forme la plus révélatrice de recherche dans ce domaine est celle qui consiste à effectuer une analyse d'implémentation, suivie d'une analyse des coûts-bénéfices; il faut toutefois admettre qu'il y a très peu de chances que l'on puisse réaliser un tel projet. La forme de recherche la plus simple consiste à examiner l'efficacité d'une seule mesure d'intervention appliquée à un seul groupe de patients hospitalisés dans un service général. En différenciant progressivement les instruments de mesure et en tenant compte des variables qui interviennent, mais aussi en ajoutant des groupes de contrôle, on peut améliorer la valeur des résultats – mais la complexité des variables à étudier augmente d'autant.

La recherche s'intéressant à évaluer le travail de consultation et de liaison effectué dans des services généraux en est encore à ses débuts; c'est pourquoi il est souhaitable qu'autant d'équipes que possible, dont c'est le domaine d'activité, commencent à activement évaluer leur travail. En plus de collecter des données descriptives concernant les patients examinés et traités, en une première étape on pourrait tenter d'effectuer des mesures des types avant-après (mesures de réussite) dans des groupes de patients sélectionnés et aussi homogènes que possible, ceci en utilisant des questionnaires standardisés. Une fois que l'on aura acquis une certaine routine au niveau de la mise en oeuvre de plans de recherche dans un contexte hospitalier, on pourra ajouter des mesures plus complexes de la réussite du traitement, établir des catamnèses concernant la phase post-hospitalière et inclure des groupes de contrôle à l'étude. Bien que l'évaluation de l'acte thérapeutique implique du travail supplémentaire, il faut savoir que seule l'introduction de ce type d'évaluation peut permettre de situer le travail pragmatique sur des bases scientifiques solides. En procédant de la sorte, on garantit que le travail de consultation et de liaison offert à des patients hospitalisés dans des services généraux et souffrant de problèmes psychiques puisse se poursuivre.

Einleitung

Prävalenzzahlen zu psychischen Störungen¹ in der Allgemeinbevölkerung variieren zwischen 15 und 20% (Meyers et al., 1984; Wittchen et al., 1989). Für Patienten der ambulanten, medizinischen Grundversorgung ergibt ein internationaler Studienvergleich eine mittlere Prävalenz von 25% für psychische Störungen (Schulberg et al., 1987; Shepherd, 1983; van Hemert et al., 1993). Für Patienten im Allgemeinkrankenhaus findet sich eine mittlere Prävalenz von circa 30% (Arolt et al., im Druck; Stühr und Haag, 1989). Bei internistischen und chirurgischen Patienten liegt die Prävalenz zwischen 30 und 60% (Herzog und Hartmann, 1990; Modestin, 1977; Steuber und Müller, 1983). Bei Patienten, die notfallmäßig in das Allgemeinkrankenhaus gelangen, finden sich Prävalenzquoten von 15–37% (Bell et al., 1991; Hawton et al., 1990). Affektive Störungen treten bei geriatrischen Patienten zwischen 9 und 27% auf (Ames und Tuckwell, 1994; Koenig et al., 1988; Rapp et al., 1988), bei Patienten mit funktionellen Störungen zu circa 20% (Mayou und Hawton, 1986; Yingling et al., 1993). Verallgemeinert läßt sich aus den o.g. Zahlen ableiten, daß in der Allgemeinbevölkerung jede fünfte Person psychische Auffälligkeiten zeigt, in der ambulanten medizinischen Grundversorgung jeder vierte Patient psychisch auffällig und im Allgemeinkrankenhaus jeder dritte Patient betroffen ist.

Wenngleich nicht bei allen Patienten des Allgemeinkrankenhauses eine zwingende Notwendigkeit für eine (sofortige) Behandlung der jeweiligen psychischen Störung besteht, so zeigt sich aufgrund der hohen Prävalenzzahlen doch, daß psychische Auffälligkeiten bei Patienten im Allgemeinkrankenhaus nicht marginal sind und – daraus resultierend – nicht ignoriert werden können. Dies gilt insbesondere deshalb, da die psychischen Auffälligkeiten in der Mehrzahl der Fälle keine vorübergehende Störung darstellen. Vielmehr handelt es sich z.B. bei depressiven und somatoformen Störungen um Erkrankungen mit Chronifizierungstendenz (Mayou et al., 1988). Eine frühzeitige Erkennung dieser Störungen durch Ärzte der Grundversorgung erfolgt nur selten (Fink, 1992; Katon et al., 1990; Verhaak und Wennink, 1990). Die Vielzahl diagnostischer und therapeutischer Bemühungen zur Behebung vermeintlich somatischer Störungen bewirkt eine exzessive Nutzung des medizinischen Systems durch die betroffenen Patienten (doctor shopping) ohne einer ursächlichen Behebung der Beschwerden (Bridges und Goldberg, 1985; Kropiunigg, 1987; Smith et al., 1986; Zoccolillo und Cloninger, 1986). Neben der Beeinträchtigung der Lebensqualität dieser

Patienten kommt es zu einer enormen Kostenverursachung zu Lasten der Krankenversicherer und damit letztendlich der Allgemeinheit (Ford, 1992; Glaeske, 1990; Levenson et al., 1990; Shaw und Creed, 1991). Aus den genannten Gründen muß die Früherkennung und – noch besser – die Prävention psychischer Störungen bei Patienten der medizinischen Grundversorgung ein wichtiges Ziel des Gesundheitswesens sein. Dem entsprechend wird eine Behandlung dieser Patienten im Rahmen der stationären, nichtpsychiatrischen Akutversorgung übereinstimmend gefordert (vgl. z.B. Haag et al., 1992). Der hohe Behandlungsbedarf für psychisch auffällige Patienten im Allgemeinkrankenhaus wird nicht nur seitens des psychiatrischen und psychosomatischen Fachpersonals (Mental Health-Mitarbeiter), sondern auch seitens des somato-medizinischen Personals in Allgemeinkrankenhäusern anerkannt (Haag und Stühr, 1994; Thomas und Corney, 1993).

Die Vielzahl behandlungsbedürftiger Störungen läßt sich auf einem Kontinuum anordnen, das von ausschließlich psychiatrischen Erkrankungen über psychosomatische Störungen und funktionelle Erkrankungen bis zu Anpassungsstörungen infolge organischer Grunderkrankungen reicht. Die Zusammenarbeit zwischen Mental Health-Mitarbeitern und somato-medizinischem Personal wird erstens von den jeweiligen Erkrankungen der Patienten, zweitens von den Besonderheiten und Arbeitsschwerpunkten der jeweiligen Fachabteilung und drittens von der Berufsgruppenzugehörigkeit sowie der therapeutischen Ausrichtung des jeweiligen Mental Health-Mitarbeiters beeinflusst.

Es lassen sich drei Formen therapeutischer Arbeit bei der Behandlung psychisch auffälliger Patienten unterscheiden:

1. Traditionell leitet sich die Konsiliar-Liaison-Arbeit aus der Psychiatrie ab (Lipowski, 1991; Mayou, 1989).
2. Im deutschsprachigen Raum ergab sich aus dem Zusammenwirken der psychoanalytischen Psychotherapie und der Inneren Medizin das Arbeitsfeld der Konsiliar-Liaison-Psychosomatik (Herzog und Scheidt, 1991; Pontzen, 1990).
3. Neuere Entwicklungen zeichnen sich im Bereich der Konsiliar-Liaisonarbeit durch die Implementierung verhaltensmedizinischer Methoden ab (Garrick und Loewenstein, 1989).

International wird das Arbeits- und Forschungsgebiet der psychischen Mitversorgung von Patienten der medizinischen Grundversorgung als „Consultation-Liaison-Psychiatry“ bezeichnet und reflektiert die Bedeutung der psychiatrischen Orientierung innerhalb des Arbeitsgebietes (Lipowski, 1988, 1991).

Wenngleich der Bedarf und die Bereitschaft für eine psychotherapeutische Betreuung psychisch auffälliger Patienten im Allgemeinkrankenhaus besteht, kann eine regelhafte Implementierung entsprechender Konsiliar-Liaison-Dienste auf Dauer nur bei erbrachten Wirksamkeitsnachweisen der Interventionen erfolgen. Krankenhausträger und Krankenversicherer werden aufgrund der Kosten, die durch die Einrichtung und Unterhaltung von Konsiliar-Liaison-Diensten entstehen (vgl. Rudolf, 1992; Söllner, 1996), auf diese Effekti-

¹ Im folgenden wird der Begriff „psychische Störungen“ für die Gesamtheit der psychiatrischen, psychosomatischen und funktionellen Störungen verwendet. Untersuchungen, die sich auf einen der drei genannten diagnostischen Teilbereiche psychischer Störungen beziehen, werden als solche explizit benannt. Psychiatrische Erkrankungen umfassen primär Demenzen, schizophrenieformale Erkrankungen, affektive Störungen und Angsterkrankungen. Psychosomatische und funktionelle Erkrankungen beinhalten somatoforme Störungen und psychische Störungen aufgrund eines medizinischen Krankheitsfaktors (DSM-IV).

vitätsnachweise nicht verzichten. Diese Nachweise müssen über die deskriptiven Untersuchungen zur Konsultations-Liaison-Arbeit (vgl. Fritzsche et al., 1994; Huyse et al., 1988) weit hinausgehen. Im folgenden werden entsprechende empirische Arbeiten, die primär aus dem angloamerikanischen Sprachraum stammen, kurz vorgestellt, um daran anschließend „the state of the art“ zu diskutieren und Konsequenzen für künftige Forschungsvorhaben ableiten zu können.

Empirische Untersuchungen zur Effektivitätsprüfung von Konsiliar-Liaisonarbeit bei psychisch auffälligen Patienten im Allgemeinkrankenhaus

Studien zur Prüfung der Effekte therapeutischer Maßnahmen lassen sich entsprechend vier verschiedener Untersuchungsansätze unterteilen.

1. Kosten-Nutzen-Analysen (cost-benefit), die sich auf die monetären Auswirkungen einer Intervention beziehen.
2. Kosten-Effektivitäts-Analysen (cost-effectiveness), bei denen die Kosten den Nutzen einer Intervention gegenübergestellt werden. Dabei können die Kosten in anderen Meßgrößen als die Nutzen dargestellt werden. Pincus (1984) verweist in seiner Diskussion zu Kosten-Effektivitätsuntersuchungen in der Konsultations-Liaison-Forschung darauf hin, daß die Effektivitätsprüfung einer Intervention nur dann sinnvoll ist, wenn sie zu einer Alternativintervention in Relation gesetzt wird. Die Meßgrößen der Effektivität einer Intervention sind an deren Zielen zu orientieren, sollten reliabel, veränderungssensitiv und an zentralen Aspekten der Intervention orientiert sein.
3. Kosten-Effizienz-Analysen (cost-efficiency) dienen dazu, die Wirksamkeit einer Einzelintervention zu erfassen und diese aufgrund der Analyse zu optimieren.
4. Kosten-Kompensationsstudien (cost-offset), mit denen die Veränderung der Kosten nach Durchführung einer Intervention geprüft werden sollen.

Die Durchsicht empirischer Untersuchungen zur Wirksamkeit der Konsiliar-Liaison-Tätigkeit im Allgemeinkrankenhaus ergibt ein Überwiegen (a) von Untersuchungen, die von Psychiatern durchgeführt werden und (b) solcher Arbeiten, deren Ziel im Nachweis eines Einzelaspektes der Effektivität von Konsiliar-Liaisonarbeit liegt.

Beispielsweise wurde die tatsächliche Anwendung psychiatrischer Empfehlungen durch den jeweils behandelnden Arzt von Popkin und Mitarbeitern in verschiedenen Studien geprüft (Popkin et al., 1979, 1981a, b, 1983). Die psychopharmakologische Behandlungsempfehlung von 110 psychiatrischen Konsultationen wurde in 68% der Fälle vom behandelnden Arzt vollständig übernommen, bei 8% teilweise realisiert und in 24% der Fälle abgelehnt. Eine nahezu vollständige Akzeptanz fand sich bei der Empfehlung, ein Medikament abzusetzen, die geringste Akzeptanz erhielt die Verordnung von Tranquilizern. Eine weitere Akzeptanzanalyse von 394 psychiatrischen Konsiliarurteilen bzw. Verordnungen ergab, daß die psychopharmakologischen Empfehlungen in 69% der Fälle angewendet

wurden, die Empfehlungen für eine weiterführende Diagnostik in 56% der Fälle realisiert wurde und die psychiatrische Diagnose bei 43% der Patienten Eingang in den Entlassungsbrief fand. Ein Akzeptanzvergleich zwischen psychiatrischen und kardiologischen Konsiliarempfehlungen zur Medikation ergab, daß kardiologische Empfehlungen signifikant häufiger vom Stationsarzt akzeptiert wurden als psychiatrische Vorschläge; dieser Effekt ließ sich jedoch durch den Zeitpunkt der Konsultation erklären. Je früher der jeweilige Konsiliararzt zur Mitbehandlung hinzugezogen wurde, desto größer war die Wahrscheinlichkeit, daß die medikamentöse Empfehlung vom Stationsarzt übernommen wurde. In den untersuchten Fällen wurde der Kardiologe mehrheitlich früher konsultiert als der Psychiater. Zur systematischen Evaluation der Akzeptanz psychiatrischer Konsultationsempfehlungen bei Patienten des Allgemeinkrankenhauses schlugen die Autoren einen standardisierten Fragenkatalog, das sogenannte „CLOES“ (Consultation-Liaison Outcome Evaluation System) vor. Lanting und Hengeveld (1984) analysierten, entsprechend dem Vorgehen von Popkin et al., 112 konsiliarische Untersuchungsprotokolle, in denen jeweils die Verabreichung von mindestens einem Psychopharmakon empfohlen wurde. Die Ergebnisse lassen sich als eine Replikation der Befunde der amerikanischen Arbeitsgruppe interpretieren, denn die Akzeptanz der psychopharmakologischen Empfehlung lag bei 80%; eine Erwähnung der psychiatrischen Diagnose im Entlassungsbrief fand sich in 49% der Fälle. Van Dyke et al. (1980) berichten, daß die psychopharmakologischen Empfehlungen im Rahmen konsiliar-psychiatrischer Untersuchungen zu 90% im Verlauf der weiteren Behandlung realisiert wurden. Seward et al. (1991) beschreiben eine vergleichbare Übereinstimmungsquote zwischen dem Konsiliarpsychiater und dem behandelnden Stationsarzt bezüglich der psychopharmakologischen Behandlung von 86%. Die psychiatrische Diagnose wurde in dieser Untersuchung in 53% der Entlassungsberichte aufgenommen.

Den Einfluß des Zeitpunktes der psychiatrischen Konsultation auf eine Verkürzung der stationären Verweildauer der Patienten untersuchten Lyons et al. (1986). Mittels regressionsanalytischer Berechnungen fand sich für ein Kollektiv von 419 internistischen und chirurgischen Patienten ein eindeutiger Zusammenhang zwischen frühzeitiger psychiatrischer Konsultation und einer Verkürzung der medizinischen Liegezeit. Der Einfluß einer postoperativen, psychiatrischen Liaisonbetreuung auf die medizinische Liegezeit wurde von Levitan und Kornfeld (1981) untersucht. Der Vergleich der Liegezeiten bezog sich auf 24 geriatrische Patienten mit Oberschenkelfrakturen, die psychiatrisch betreut wurden, und auf 26 Kontrollpatienten, die eine medizinische Routinebehandlung erhielten. In der Gruppe mit Liaisonbetreuung fanden sich 17 Patienten mit psychiatrischen Auffälligkeiten gemäß DSM-III-Kriterien. Die psychiatrische Intervention (primär Psychopharmakotherapie) orientierte sich an dem jeweiligen zugrundeliegenden Störungsbild. Die mittlere Liegezeit betrug für die Patienten der Liaisongruppe 30 Tage, für die Patienten der Kontrollgruppe 42 Tage. Strain et al.

(1994) zitieren in einem Überblicksartikel drei Studien zur psychiatrischen Konsultationsintervention bei geriatrischen Patienten mit Hüftfrakturen. Durch die Verkürzung der mittleren Liegezeit dieser betreuten Patienten errechnete sich eine jährliche Kostenersparnis zwischen 50.000 und 166.000 \$.

Kashner et al. (1992) untersuchten den Kosten-Kompensationseffekt einer psychiatrischen Empfehlung an den behandelnden Hausarzt von Patienten mit einer Somatisierungsstörung. Bei den 73 Patienten der Untersuchung beliefen sich die Behandlungskosten für den Ein-Jahres-Zeitraum vor der Intervention auf durchschnittlich 3808 \$ pro Patient. Davon entfielen circa 10% der Kosten auf eine psychiatrische Behandlung. Bei den 40 Patienten, deren Hausarzt über die Ergebnisse einer psychiatrischen Untersuchung schriftlich informiert wurde, reduzierten sich in den folgenden 12 Monaten die Kosten für somatomedizinische Behandlungsmaßnahmen um durchschnittlich 526 \$ pro Patient. Die Kosten für psychiatrische Behandlungsmaßnahmen stiegen im Mittel um 455 \$, womit sich eine mittlere Reduktion der Gesamtkosten von 71 \$ ergab. Ein Vergleich dieser Befunde mit den Ergebnissen der Patienten, deren Hausarzt keinen psychiatrischen Befundbericht erhielt, erbrachte insofern keine interpretierbaren Ergebnisse, als bei diesen 33 Patienten zum Baseline-Zeitpunkt eine im Mittel deutlich günstigere psychische und physische Verfassung bestand und sich dementsprechend niedrigere Behandlungskosten errechneten.

Bei psychisch auffälligen Patienten eines Allgemeinkrankenhauses wurde der Einfluß einer unstrukturierter, circa zweistündigen psychiatrischen Konsultation auf die medizinische Liegezeit und das Krankheitsverhalten in den drei Monaten nach der Entlassung untersucht (Levenson et al., 1992). 232 Patienten wurden im Verlauf eines Baselinezeitraumes als psychisch auffällige Kontrollpatienten rekrutiert. Weitere 509 Patienten, die psychische Auffälligkeiten zeigten, wurden im Verlauf der Experimentalphase entweder psychiatrisch untersucht und behandelt (256 Patienten) oder dienten als unbehandelte Kontrollpatienten (253 Patienten). Die Erhebung von zwei Kontrollgruppen erfolgte zum Ausschluß potentieller Einflußfaktoren infolge klinikinterner Veränderungen zwischen der Baseline- und der Experimentalphase. Entgegen der Erwartungen zeigte sich, daß bei den Patienten der Experimentalgruppe eine längere Liegezeit, ein höheres Ausmaß an medizinischen Interventionen und höhere Behandlungskosten, auch während des Follow-up-Zeitraumes, entstanden als bei den Patienten der beiden Kontrollgruppen. Als Ursache dieser Effekte nahmen die Autoren das höhere Ausmaß an gravierenden psychischen Störungen in der Experimentalgruppe an.

Der Effekt einer psychiatrischen Konsultation bei psychisch auffälligen geriatrischen Patienten wurde in einem randomisierten Untersuchungsdesign von Cole et al. (1991) geprüft. Patienten, die älter als 65 Jahre waren und psychische Auffälligkeiten entsprechend verschiedener, halbstandardisierter Interviews zeigten, wurden per Zufall einer Behandlungs- (n = 35) und einer Kontrollgruppe (n = 28) zugewiesen. Die psychiatrische Konsulta-

tion beinhaltete eine Patientenexploration, die Befragung von Familienmitgliedern und Stationsmitarbeitern sowie wöchentliche Nachuntersuchungen während des stationären Aufenthaltes. Über den Untersuchungszeitraum hinweg ergaben sich für beide Patientengruppen leichte Verbesserungen der mentalen und psychischen Fähigkeiten, wobei die Behandlungsgruppe tendenziell größere Fortschritte zeigte. Als ein deutliches Verbesserungsmaß für die Patienten der Experimentalgruppe werten die Autoren die Tatsache, daß doppelt so viele Patienten der Kontrollgruppe in ein Alters- oder Pflegeheim entlassen wurden wie Patienten der Behandlungsgruppe.

Hengefeld et al. (1988) boten 70 internistischen Patienten mit einem erhöhten Wert im Beck Depressions-Inventar (Werte > 13) (Beck et al., 1961) eine psychiatrische Intervention an. 33 Patienten erhielten eine individuelle Betreuung, die sich aus einer ausführlichen Exploration, supportiven Gesprächen und einer psychopharmakologischen Behandlung zusammensetzte. 35 Patienten wurden der Kontrollgruppe zugeordnet, die eine ausschließlich medikamentöse Therapie erhielten. Die psychiatrische Intervention erstreckte sich im Mittel auf 3,2 Termine mit einer Gesamtbetreuungszeit von durchschnittlich 107 Minuten. Eine Wiederholungsmessung mit dem Beck-Depressionsinventar konnte bei 17 Patienten der Kontrollgruppe und bei 33 Patienten der Interventionsgruppe kurz vor der Entlassung aus der medizinischen Behandlung durchgeführt werden. Die Patienten der Behandlungsgruppe zeigten eine deutlich stärkere Abnahme der depressiven Gemüthsstimmung gemäß dem Beck Depressions-Inventar (Mittelwerte: pre 20,0; post 13,2) als die Patienten der Kontrollgruppe (Mittelwerte: pre 18,8; post 15,9) und erhielten signifikant seltener eine psychopharmakologische oder analgetische Medikation.

Die Arbeitsgruppe um Lloyd (Chick et al., 1985; Lloyd et al., 1986) beschreibt die Effekte einer psychiatrischen Intervention bei 156 alkoholabhängigen Patienten eines Allgemeinkrankenhauses. Männliche Patienten, die sich erstmals wegen ihrer Alkoholabhängigkeit in das Krankenhaus begeben hatten, eine feste Arbeitsstelle hatten und in einem stabilen sozialen Umfeld lebten, wurden einer Behandlungs- und einer Kontrollgruppe zugewiesen. Während die Kontrollgruppe die medizinische Routinebehandlung erhielt, wurde den Patienten der Behandlungsgruppe ein circa einstündiges Gespräch über ihre Erkrankung und eine schriftliche Informationsbroschüre angeboten. Bei 79,5% der Patienten konnte ein Jahr nach der Entlassung aus der stationären Behandlung eine Follow-up-Befragung durchgeführt und eine Blutprobe zur Bestimmung von Leberenzymparametern abgenommen werden. Von den 65 nachbefragten Patienten der Behandlungsgruppe wurde 52,3% ein problemfreier Umgang mit Alkohol attestiert, wohingegen dies nur auf 33,9% der Kontrollpatienten zutraf.

Bewertung des Forschungsstandes

Der Stand der Konsultations-Liaison-Forschung an Allgemeinkrankenhäusern läßt sich entsprechend der Dif-

ferenzierung von Katon und Gonzales (1994, S. 276) anhand von drei Studiengenerationen beschreiben: Die Untersuchungen der ersten Generation dienten der Häufigkeitsbeschreibung psychischer Störungen und der Erfassung des Behandlungsbedarfs. In den Studien der zweiten Generation wurde die Diagnostik anhand strukturierter Interviews durchgeführt und es erfolgte die Prüfung der Effekte einer Behandlungsempfehlung. In den Untersuchungen der dritten Generation wurden die Behandlungsempfehlungen konkretisiert bzw. die Behandlungseffekte durch die Einführung von Kontrollgruppen überprüft. Studien der ersten Generation existieren sowohl für die psychiatrische als auch für die psychosomatische und vereinzelt für die psychologische Konsultations-Liaison-Arbeit. Untersuchungen zum Einfluß von unstrukturierten Interventionen oder Behandlungsempfehlungen auf den Krankheitsverlauf liegen für psychiatrische Konsiliar-Tätigkeit und in einigen Fällen für psychosomatisch orientierte Dienste vor. Studien der dritten Generation existieren nur für psychiatrische Interventionen, bei denen z.T. neben der psychopharmakologischen Therapie verhaltenstheoretische Methoden eingesetzt wurden. In diesen Studien erfolgte in der Regel jedoch keine randomisierte Patientenzuweisung, wodurch der Behandlungsgruppe gehäuft die Patienten mit den schwerwiegendsten Symptomen zugewiesen wurden, und es durch diese ungünstigen Ausgangswerte zu einer Verzerrung der Therapieeffekte kam.

Der unterschiedliche Forschungsstand zwischen den verschiedenen Formen der Konsiliar-Liaison-Tätigkeit dürfte neben berufspolitischen Gründen nicht unerheblich vom Ausmaß der Theoriebildung in der jeweiligen Subdisziplin abhängig sein. Im Rahmen psychiatrischer Konsiliar-Liaison-Forschung erfolgt die Diagnostik mehrheitlich entsprechend festgelegter, international anerkannter Klassifikationssysteme (DSM-III-R, ICD 10). Diese Klassifikationssysteme wurden primär zur Diagnostik psychiatrischer Störungen entwickelt. Wenngleich Cohen-Cole et al. (1986) davon ausgehen, daß sich anhand dieser Klassifikationssysteme das Patientengut konsiliarisch zugewiesener Patienten nur ungenügend beschreiben läßt, so zeigen doch die vorliegenden empirischen Untersuchungen, daß die Patienten, die psychiatrischen Konsiliar-Liaison-Diensten zugewiesen werden, mehrheitlich charakteristische psychiatrische Störungsbilder aufweisen (vgl. Hengeveld et al., 1984). Die biologische Sichtweise psychiatrischer Störungsbilder ermöglicht dem Konsiliararzt in der Mehrheit der Fälle die Empfehlung einer pharmakologischen Therapie, die sich in entsprechenden Wirksamkeitsuntersuchungen relativ unkompliziert prüfen läßt.

Biopsychosoziale Erklärungskonzepte, die zur Ätiologie und zum Verlauf psychosomatischer Erkrankungen angenommen werden, erfordern die Berücksichtigung einer Vielzahl von psychologischen, soziologischen und neurobiologischen Faktoren (vgl. Williams, 1994). Häfner (1990) verweist darauf, daß die Quantität und Qualität psychosomatischer Forschung unbefriedigend sei und einer der Gründe dafür in der einseitigen Berücksichtigung globaler psychologischer Theorien

bei der Erklärung psychosomatischer Störungen liege. Zur Behebung dieser Misere fordert Häfner zum einen die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen somatischer Medizin und Psychosomatik, zum anderen die Erweiterung des Forschungsrahmens von der klinischen Arbeit auch auf die Grundlagenforschung, um genauere Kenntnisse über die vielschichtigen Zusammenhänge bei der Entstehung und Aufrechterhaltung psychosomatischer Störungen zu gewinnen. Diese Komplexität behavioraler und biologischer Variablen, die ein spezifisches Krankheitsbild bedingen, erfordern wiederum eine mehrdimensionale Behandlung, deren Wirkfaktoren nur in entsprechend komplexen Untersuchungsdesigns geprüft werden können. Eine ungenügende Theoriebildung innerhalb des Fachgebietes der Psychosomatik schlägt sich als Konsequenz auch in der psychosomatischen Konsiliar-Liaison-Arbeit nieder, wodurch sich auch das Fehlen von Effektivitätsstudien (Studien der dritten Generation) erklärt. Die Kritik der fehlenden Theoriebildung trifft nicht nur auf die psychosomatische Forschung zu, sondern auch auf die medizinische Psychologie (vgl. Schmidt, 1992). Zudem führt die erst beginnende Orientierung des psychologischen Berufsstandes im Krankenhausumfeld häufig zu einem pragmatischen Vorgehen bei der Diagnostik und Therapie psychisch mitbedingter Erkrankungen (Wise, 1995).

Forschungsrelevante Fragestellungen

Zur Forschungssituation im Bereich der Konsiliar-Liaison-Psychiatrie schreibt Dimsdale (1991, S. 641): „While consultation-liaison (C-L) psychiatry has blossomed as a psychiatric sub-speciality, C-L research remains relatively underdeveloped. Individual case reports or else small series studies predominate. In contrast, relatively few studies are hypothesis-driven, experimental, or include design features such as blinding or randomization. Now that the field has matured, it is ready for such studies.“

In Anlehnung an Cohen-Cole et al. (1986) sowie Wise (1995) lassen sich vier Forschungsschwerpunkte definieren, die als spezifisch für die Konsultations-Liaison-Arbeit gelten können: Diagnostische Konzepte, Störungsmechanismen, biologische Behandlungsmethoden und Evaluation therapeutischer Maßnahmen sowie Versorgungsaspekte.

1. Diagnostische Systeme

An den herkömmlichen diagnostischen Systemen zur Beschreibung psychischer Störungen, wie dem DSM, wird insofern Kritik geübt, als die Systeme für Patienten ohne schwerwiegende physische Erkrankungen konzipiert wurden (Cohen-Cole et al., 1986). Im Rahmen der Konsultations-Liaison-Arbeit muß bei einer Vielzahl von Patienten der medizinischen Grundversorgung jedoch von einer somato-psychischen Komorbidität ausgegangen werden. In diesen Fällen kann nur schwer entschieden werden, ob psychische Störungen bei somatisch Kranken infolge der Grunderkrankung oder unabhängig davon auftreten. Am Beispiel der Diagno-

stik depressiver Störungen lassen sich drei Positionen differenzieren, wie depressive Symptome bei somatisch Kranken bewertet werden können. Rifkin et al. (1985) verwenden die Standardkriterien der Research Diagnostic Criteria (RDC; Spitzer et al., 1984), unabhängig davon, ob depressive Merkmale der physischen Grunderkrankung zuzuschreiben sind oder nicht. Nach Spitzer et al. (unv. Manuskript, zit. nach Cohen-Cole et al., 1986) ist ein depressives Symptom dann nicht für die Diagnosestellung heranzuziehen, wenn es ein Merkmal der zugrundeliegenden Erkrankung ist. Cavanaugh et al. (1983) gehen davon aus, daß für somatisch erkrankte Patienten eigenständige differentialdiagnostische Kriterien entwickelt werden müssen. Nicht nur bei depressiven Störungen, sondern auch bei Anpassungs- und Persönlichkeitsstörungen, ergeben sich differentialdiagnostische Schwierigkeiten aufgrund der somatopsychischen Komorbidität (Dauncey und Cooper, 1990).

2. Störungsmechanismen

Die Beobachtung psychischer und physischer Symptome bei Patienten der medizinischen Grundversorgung legt Wechselwirkungen zwischen den Krankheitsmerkmalen nahe. Nach Pincus und Rubinow (1985) lassen sich vier verschiedene Kombinationen zwischen den jeweiligen Symptomgruppen formulieren: (a) Es können psychische und somatische Beschwerden unabhängig voneinander auftreten (z.B. Persönlichkeitsstörung und Myokardinfarkt), (b) es bestehen Hypothesen über eine mögliche Kausalität (z.B. Depression und Karzinom-erkrankungen), (c) die psychische und die somatische Störung besitzen eine ähnliche Symptomatologie (z.B. Panikattacken und Mitralklappenprolaps) und (d) es besteht eine kausale Verknüpfung zwischen den Symptomgruppen (z.B. depressive Verstimmung im akuten Schub der Porphyrie). Erkenntnisfortschritte über die Art der Zusammenhänge zwischen psychischen und physischen Symptomen lassen sich nur durch eine gleichzeitige Betrachtung individueller persönlicher und konstitutioneller Faktoren sowie demographischer und soziokultureller Merkmale bei definierten Erkrankungen gewinnen.

3. Evaluation therapeutischer Maßnahmen

Bei Untersuchungen zur Wirksamkeit der Konsiliar-Liaison-Arbeit geht es darum, (a) die direkten Effekte medikamentöser oder psychosozialer Interventionen am Patienten zu erheben und (b) zu prüfen, inwieweit die Empfehlungen des Konsiliarius vom jeweils behandelnden Arzt übernommen werden (vgl. Huyse et al., 1990a, b). Studien zum direkten Wirksamkeitsnachweis beziehen sich in der Regel auf den Einsatz psychopharmakologischer Medikamente bei somatopsychisch komorbiden Patienten des Allgemeinkrankenhauses (z.B. antidepressive Medikation bei Karzinompatienten); diese Effekte werden mit Hilfe von psychometrischen Meßinstrumenten erfaßt. Die indirekte Evaluation der Maßnahmen erfolgt über die Akzeptanzbeurteilung durch die behandelnden Ärzte. Beispiels-

weise berichten Delius et al. (1993) als ein Resultat ihrer psychiatrischen Konsiliararbeit, daß die zuweisenden Ärzte signifikant häufiger eine psychotherapeutische Behandlung, Krisenintervention oder psychosoziale Betreuung der zugewiesenen Patienten durch die psychiatrischen Konsiliarii erwarteten, als dies seitens der Konsiliarii als notwendig erachtet wurde. Auch Rekonsile wurden von den Zuweisern häufiger gewünscht, als es den psychiatrischen Konsiliarii als notwendig erschienen.

Bezüglich des Wirksamkeitsnachweises therapeutischer Maßnahmen im Rahmen der psychiatrischen Konsiliar-Liaison-Forschung führt Wise (1995) als eine bedeutsame Forschungsaufgabe die Entwicklung adäquater statistischer Auswertungsverfahren für die erhobenen Daten an.

4. Versorgungsaspekte

Cohen-Cole et al. (1986) unterteilen die Forschungsaufgaben zu Versorgungsaspekten in (a) klinische Anwendungsforschung und (b) Forschung zu übergeordneten Versorgungsaspekten. Unter den erstgenannten Aspekt fallen Fragestellungen zur Qualität der Patientenzuweisung, zu Zielgruppen (z.B. geriatrische Patienten), zu Meßmethoden für die Bestimmung der Patientenbedürfnisse und zu Untersuchungen, wie die Verantwortlichkeit zwischen Konsiliarius und behandelndem Arzt gegenüber dem Patienten besser definiert werden kann. Übergeordnete Forschungsfragen beziehen sich auf epidemiologische Fragestellungen und auf Kosten-Nutzen-Berechnungen bezüglich der psychiatrischen Konsultations-Liaison-Tätigkeit (Lipowski, 1991).

Verbindung von praxis- und forschungsrelevanten Zielen

Die Vielzahl und Unterschiedlichkeit der Aufgaben, Anforderungen und Forschungsmöglichkeiten für Mental Health-Mitarbeiter im Allgemeinkrankenhaus erfordern eine mehrdimensionale Betrachtung potentieller Arbeitsziele. In der Literatur finden sich von Autoren unterschiedlicher Provenienz Zusammenstellungen über die Aufgaben, die mit psychiatrischer, psychosomatischer oder psychologischer Konsiliar-Liaison-Tätigkeit am Allgemeinkrankenhaus erfüllt werden sollen.

Prochazka und Schmalzriedt (1981) nennen als Aufgaben bei der Patientenversorgung die diagnostische Abklärung und die Erstellung von Behandlungsplänen, die Durchführung psychotherapeutischer Interventionen, die Vermittlung von Patienten an klinikexterne Betreuungsstellen sowie die Durchführung von Forschungsarbeiten. Nach Söllner et al. (1995) sollten im Rahmen der psychotherapeutischen Versorgung im Allgemeinkrankenhaus folgende Aufgaben übernommen werden: Psychotherapeutische Diagnostik, differentielle Indikationsstellung zur Psychotherapie, Motivationsklärung bezüglich einer angezeigten Psychotherapie, psychotherapeutische Beratung und Durchführung einer psychotherapeutischen Behandlung. Goldwurm et al. (1986) verweisen beim Einsatz verhaltensmedizi-

nischer Techniken im Allgemeinkrankenhaus auf die Notwendigkeit der multidisziplinären Zusammenarbeit und auf die Bedeutung der ambulanten Weiterbetreuung der Patienten nach der Entlassung aus dem stationären Setting für den Behandlungserfolg. Strain (1982) fordert für die psychiatrische Konsiliar-Liaisonarbeit ein effektives Vorgehen bei der Zuweisung psychisch auffälliger Patienten, die Einführung von Programmen zur Prävention psychischer Auffälligkeiten, die Durchführung psycho-edukativer Maßnahmen bei Risikopatienten, die Einbeziehung der Angehörigen in die Patientenbetreuung und die ambulante Nachbetreuung von Patienten. Nach Wirsching und Herzog (1989) erstrecken sich die Kernaufgaben der Konsiliar-Liaison-Tätigkeit auf Patientenbetreuung, Mitarbeiter-schulung und Forschungsaufgaben. Die Mitarbeiter-schulung wird von Hales (1985) nicht nur als eine notwendige Aufgabe zur Verbesserung der psychischen Betreuung der Patienten im Allgemeinkrankenhaus angesehen, sondern er führt diese Schulung auch als einen expliziten Wunsch des medizinischen Personals an. Schließlich wird von Sobel (1995) der Aspekt der Kostenreduktion im Gesundheitswesen durch den Einsatz psychosozialer Interventionen bei Patienten mit somatischen Erkrankungen im Sinne von Präventivmaßnahmen angeführt.

Aus der oben genannten Auflistung von Aufgaben und Anforderungen an die Konsiliar-Liaison-Arbeit lassen sich zwei Primärziele ableiten:

1. Diagnostik und Therapie psychischer Auffälligkeiten bei entsprechenden Patienten, wobei hinreichend und eindeutig geprüfte Verfahren zur *standardisierten* Diagnostik und Kurzzeittherapie psychischer Störungen in weiten Bereichen fehlen. Aus diesem Grund sind
2. Forschungsvorhaben zur Entwicklung und Evaluation spezifischer diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen für das Setting „Allgemeinkrankenhaus“ notwendig.

Diese beiden Globalziele beinhalten praxis- und forschungsrelevante Aspekte, die eng miteinander verzahnt sind und bei hinreichender Motivation der Mental Health Mitarbeiter nebeneinander durchgeführt werden können (vgl. Ehlert et al., 1992).

Praxisrelevante Ziele

1. Interdisziplinäre Arbeit

Die Kooperation mit den verschiedenen Berufsgruppen, die an der stationären Patientenversorgung beteiligt sind, stellt aus zwei Gründen eine zwingend notwendige Voraussetzung für eine erfolgreiche KL-Tätigkeit dar: Zum einen ist ein reibungsloser und schneller Informationsaustausch zur gezielten Betreuung der Patienten zu gewährleisten, zum anderen ist die Akzeptanz der Konsiliar-Liaison-Arbeit durch Transparenz bezüglich des Vorgehens zu erhöhen. Zu den Berufsgruppen, mit denen eine Kooperation herzustellen ist, gehören neben Pflegepersonal und Ärzten auch Physiotherapeuten, Hebammen, Krankenhausseelsorger und Sozialarbeiter

(vgl. auch Hammer et al., 1991). Als Mittel der Information dienen neben dem schriftlichen Bericht an den zuweisenden Arzt und dem informellen Gespräch auch Stationskonferenzen (Cierpka, 1981) und die Durchführung von Fortbildungsveranstaltungen (Prochazka und Schmalzriedt, 1981).

2. Schnelle Verfügbarkeit des KL-Dienstes

Zur Forcierung des Behandlungsprozesses der Patienten ist die tägliche Präsenz der Mental Health-Mitarbeiter eine unabdingbare Voraussetzung. Rufbereitschaften außerhalb der regulären Arbeitszeit sowie Wochenend- und Feiertagsrufdienste verbessern die Verfügbarkeit. Die frühzeitige Einbindung des Konsiliarius in die Behandlung der jeweiligen Patienten bewirkt eine Verkürzung der Liegezeiten und damit eine Kostenreduktion der Behandlung (Ackerman et al., 1988).

3. Diagnostisches Vorgehen und Therapieempfehlung

Die Akzeptanz der Konsiliar-Liaison-Tätigkeit wird nicht unerheblich von der Formulierung und Begründung präziser Diagnosen beeinflusst. Die diagnostische Beschreibung sollte deshalb mittels gängiger Klassifikationsschemata (DSM-IV oder ICD 10) erfolgen. Die Erarbeitung von Therapievorschlügen sollte für den behandelnden Arzt nachvollziehbar und im Rahmen des stationären Settings durchführbar sein. Ist es absehbar, daß sich die Behandlung einer bestimmten Störung nicht im Rahmen der aktuellen stationären Behandlung durchführen bzw. abschließen läßt, sollte frühzeitig eine Empfehlung oder die Initiierung weiterführender Therapiemaßnahmen für den nachstationären Zeitraum erfolgen.

4. Kurzzeitintervention

Die psychotherapeutische Behandlung ist vorrangig an dem jeweiligen Störungsbild aber auch an den gegebenen Therapiemöglichkeiten (zeitliche und personelle Ressourcen) zu orientieren. Das generelle Therapieziel der jeweiligen Behandlung besteht in der Vermittlung von Informationen über die Krankheit und über die Beteiligung psychischer Faktoren an der Genese der Beschwerden. Dieses Vorgehen soll dazu beitragen, dem Patienten Möglichkeiten aufzuzeigen, sein eigenes körperliches und psychisches Befinden zu beeinflussen und zu kontrollieren (Kris, 1981). Nach Reinecker (1987, S. 126) stellt die Vermittlung eines, für den Patienten plausiblen, Krankheitsmodells eine entscheidende kognitive und motivationale Voraussetzung für den psychotherapeutischen Erfolg dar. Ferner sollen dem Patienten Verhaltensweisen (z.B. Vermeidung von Risikoverhalten, Vermittlung kommunikativer Fertigkeiten, Verbesserung sozialer Kompetenzen) und Methoden (z.B. Entspannungstraining, Problemlösetraining) aufgezeigt werden, die dem Ziel dienen, Krankheitssymptome zu lindern oder ein Rezidiv zu präventieren (Kütemeyer, 1988). Weiterhin sollen persönliche Ressourcen insbesondere der Patienten aktiviert werden, bei denen gegebene Lebensbedingungen und Belastungen

(z.B. aufgrund chronischer Erkrankungen) zu bewältigen sind (Beutel, 1989; Beutel und Muthny, 1988). Die Erzeugung einer Motivation zur Teilnahme an einer ambulanten oder stationären psychotherapeutischen Weiterbetreuung (niedergelassene Psychiater und Psychotherapeuten, Psychosomatische Fachkliniken) gilt als ein weiteres wichtiges Therapieziel für den Großteil des Patientengutes (vgl. Braun und Weidhaas, 1994; Freyberger und Speidel, 1976).

Forschungsrelevante Ziele

1. Diagnostikbezogene Fragestellungen

Aus der Vielzahl der, nach wissenschaftlichen Kriterien erstellten, Fragebögen und Interviews sind solche standardisierten Verfahren auszuwählen, die der Früherkennung bzw. dem Ausschluß psychiatrisch/psychosomatischer Krankheitsbilder dienen. Bei Fragestellungen, die sich auf settingspezifische Anforderungen beziehen, wie z.B. ein Screeninginstrument für die Patientenauswahl durch die zuweisenden Ärzte, sind ggf. spezielle, auf die klinische Situation zugeschnittene, Meßinstrumente zu entwickeln. Unter der Perspektive der verhaltensmedizinischen Diagnostik erscheint es sinnvoll, psychobiologische Meßverfahren (wie z.B. endokrine Parameter) zur Prüfung von Fragestellungen, die sich auf die Stressreagibilität ausgewählter Patientengruppen beziehen, auszuwählen und zu erproben (vgl. Ehlert et al., 1994).

2. Entwicklung therapeutischer Konzepte

Aufgrund des Mangels an wissenschaftlichen Untersuchungen zu Kurzzeitinterventionen bei psychisch auffälligen Patienten im Allgemeinkrankenhaus sind in einem ersten Schritt Konzepte zur Komplexität der Faktoren, die auf das psychotherapeutische Geschehen Einfluß nehmen, zu entwickeln und daraus resultierend, in einem zweiten Schritt therapeutische Maßnahmen zu konzipieren, die am Behandlungszeitraum und der Behandlungsindikation der jeweiligen Patientengruppe orientiert sind.

3. Evaluation der psychotherapeutischen Maßnahmen

Die Effizienz der psychodiagnostischen und psychotherapeutischen Maßnahmen sollte anhand von Vergleichsmessungen zwischen (a) dem Beginn, (b) dem Ende der stationären psychotherapeutischen Betreuung, (c) dem Ende eines definierten Katamnesezeitraumes sowie (d) unter Einbeziehung einer geeigneten Kontrollgruppe erfolgen. Die Vergleichsmessungen sollten neben den Patientenurteilen auch die Einschätzungen der beteiligten somatischen und psychotherapeutischen Behandler enthalten.

Die Komplexität der zu berücksichtigenden Variablen bei der Planung und der Evaluation einer Intervention ist in Abb. 1 zusammengestellt. Ausgangspunkt der Überlegungen ist in jedem Fall der Patient mit seinen krankheits- und persönlichkeitsbezogenen Merkmalen. Die Analyse und Bewertung dieser Fakto-

ren bilden die primäre Entscheidungsbasis für die psychotherapeutische Intervention. Da bei der Mehrheit der Patienten, die dem KL-Dienst eines Allgemeinkrankenhauses vorgestellt werden, eine psychische und/oder somatische Ko- oder Multimorbidität vorliegt, sind die somatischen Behandlungsmaßnahmen ebenso zu berücksichtigen wie das Ausmaß an Beeinträchtigung der Patienten durch möglicherweise chronische, somatische Erkrankungen. Bei bestimmten Störungen können krankheitsverursachende oder -aufrechterhaltende Faktoren in der sozialen Umgebung des Patienten liegen. In diesem Fall sind die entsprechenden Bezugspersonen in die therapeutische Betreuung mit einzubeziehen.

Die Entscheidung für ein bestimmtes Vorgehen wird jedoch nicht nur von patientenbezogenen Merkmalen, sondern auch von institutionellen Faktoren wie z.B. abteilungsbezogenen Merkmalen beeinflusst. So unterscheidet sich die Art der Patientenbetreuung in Abhängigkeit davon, ob es sich um eine operative oder eine nichtoperative Fachabteilung handelt. Im erstgenannten Fall bildet die Operation ein so gravierendes Ereignis, daß die psychotherapeutische Intervention durch die somatische und psychische Belastung des Patienten infolge der operativen Maßnahme in jedem Fall beeinflusst wird. Auch die Dauer der medizinischen Liegezeit variiert in Abhängigkeit von der jeweiligen Fachabteilung. So dürfte bei einem Patienten mit einer Angststörung die Liegezeit auf einer Station der internistischen Abteilung deutlich länger sein als bei einem vergleichbaren Angstpatienten der chirurgischen oder gynäkologischen Fachabteilung. Wenngleich bei beiden Patienten eine vergleichbare Behandlung zur Behebung der Angstsymptomatik vonnöten wäre, müßte die jeweilige Behandlung an den abteilungsspezifischen Gegebenheiten, wie z.B. der mittleren Verweildauer oder der qualitativ und quantitativ unterschiedlichen Patientenzuwendung durch das behandelnde medizinische Personal orientiert werden.

Zusammenfassend läßt sich feststellen, daß die Implementation und Evaluation von Konsiliar-Liaisonarbeit von einer Vielzahl unterschiedlicher patienten- und institutionsbezogener Merkmale beeinflusst wird. Die *Untersuchungsmethoden* zur Erfassung spezifischer Effekte sind in Abhängigkeit von der Komplexität der Forschungsfragestellung auszuwählen. Eine Auswertung der Literatur zu Forschungsmethoden im Bereich der Konsiliar-Liaison-Arbeit im Allgemeinkrankenhaus führt zu einer Zweiteilung der Ansätze: Zum einen wird die Notwendigkeit der Implementationsforschung (Koch und Siegrist, 1988), zum anderen die Wichtigkeit der Kosten-Effektivitätsforschung (Lyons et al., 1985) angeführt.

Bei der Implementationsforschung geht es um eine Prozeßanalyse mittels derer dokumentiert wird, inwieweit auf Makro- und Mikroebene ein Konsiliar-Liaison-Dienst in einem Allgemeinkrankenhaus eingeführt und tatsächlich realisiert wird. Es werden (a) die förderlichen und hinderlichen Bedingungen der Implementierung, (b) die Konzeption und die Ziele des Konsiliar-Liaison-Dienstes sowie (c) die tatsächliche Umsetzung in praktische Arbeit detailliert beschrieben. Nach Koch

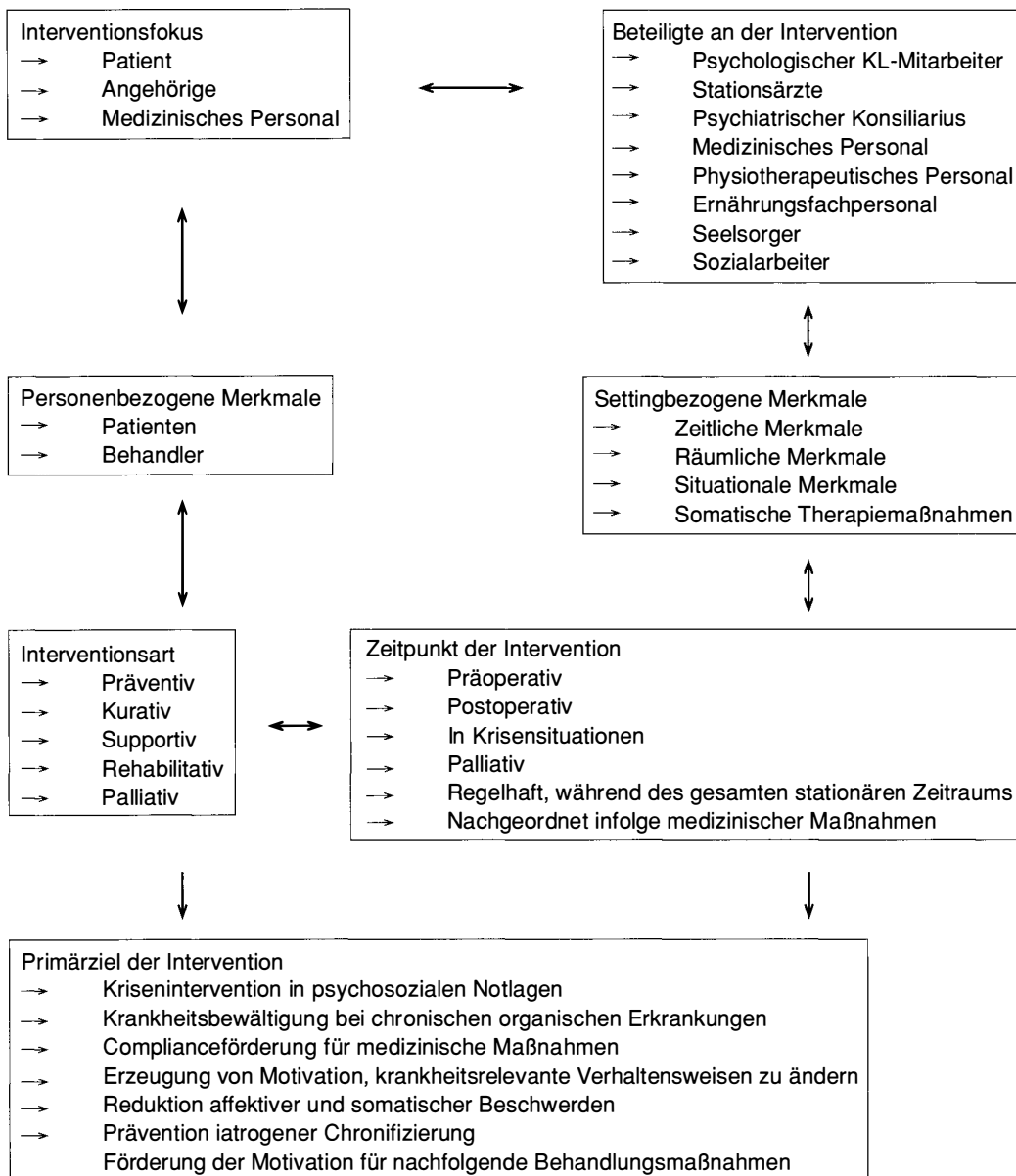


Abb. 1. Schaubild zu den Einflussfaktoren auf psychotherapeutische Interventionen bei psychisch auffälligen Patienten des Allgemeinkrankenhauses

und Siegrist (1988) stellt die Implementationsforschung eine entscheidende Voraussetzung für die Evaluationsforschung der KL-Arbeit dar, da nur die erfolgreiche Realisierung geplanter Konsiliar-Liaison-Programme sinnvolle Aussagen bezüglich der Effektivität der Programme zulassen.

Mit Kosten-Effektivitätsstudien (s.o.) wird darauf abgezielt, möglichst umfassend die materiellen und immateriellen Behandlungskosten zu erfassen und diese den Effekten der Behandlung gegenüber zu stellen (Yates, 1994). Nach Huyse (1991) und Mendelson (1984) bezieht sich eine derartige multidimensionale Kosten-Nutzen-Analyse auf biologische, psychologische, soziale und ökonomische Faktoren. Lyons et al. (1985) führen an, daß die Qualität derartiger Untersuchungsansätze entscheidend von der Reliabilität, Änderungssensitivität und Validität der eingesetzten Meßinstrumente abhängt.

Neuere Arbeiten zu den Effekten psychotherapeutischer Interventionen bei unterschiedlichen Patientengruppen werden auch unter den Schlagworten „Qualitätssicherung“ und „Qualitätsmanagement“ zusammengefaßt. Im Rahmen derartiger Studien werden ausgewählte Kostenparameter (z.B. Krankheitsfehltag am Arbeitsplatz, Häufigkeit von Arztbesuchen, Ausmaß verordneter Psychopharmaka) den Effekten einer Psychotherapie (subjektive Urteile der Patienten) gegenübergestellt (Scheidt und Wirsching, 1996) bzw. Maßnahmen zur Optimierung psychotherapeutischen Handelns im Gesamtkontext der Patientenbetreuung geprüft (Ringler, 1995). Qualitätssicherungsstudien zu Konsiliar-Liaison-Arbeit im Allgemeinkrankenhaus finden sich in der Planung (Herzog et al., 1995).

Kosten-Nutzenanalysen, bei denen neben den Kosten der Behandlung auch die Kosten aus den Konsequenzen der Behandlung in die Analyse einbezogen

werden, lassen sich nach Bühringer und Hahlweg (1984) in der Realität kaum umfassend erstellen. Unter Berücksichtigung der Vielzahl von Einflußfaktoren, die in Abb. 1 dargestellt sind, erscheint die Beurteilung der Effektivität des diagnostischen und psychotherapeutischen Prozesses im Rahmen der KL-Arbeit auch ohne Berechnung der Kosten hochkomplex.

Folgende Konsequenzen lassen sich formulieren: Die aufschlußreichste Form eines Forschungsvorhabens zur Konsiliar-Liaison-Arbeit ist durch die Erstellung einer Implementationsanalyse mit einer nachfolgenden Kosten-Nutzenanalyse gegeben, wobei zu berücksichtigen ist, daß die Realisierungschancen eines derartigen Projektes sehr gering sind. Die einfachste Form eines Forschungsvorhabens zur Konsultations-Liaison-Arbeit ergibt sich aus der Wirksamkeitsprüfung einer *einzelnen* Interventionsmaßnahme bei *einer* ausgewählten Patientengruppe des Allgemeinkrankenhauses. Mit fortschreitender Differenzierung der Meßinstrumente und der Einbeziehung intervenierender Variablen sowie der Hinzunahme von Kontrollgruppen erweitert sich einerseits die Aussagekraft der Ergebnisse, andererseits die Komplexität der zu untersuchenden Variablen.

Da im deutschsprachigen Raum die Evaluationsforschung in der Konsiliar-Liaison-Arbeit am Allgemeinkrankenhaus noch in ihren „Kinderschuhen steckt“, sind möglichst viele Arbeitsgruppen, die sich an Allgemeinkrankenhäusern mit Konsiliar-Liaison-Arbeit beschäftigen, dazu aufzufordern, aktiv eine Evaluation ihrer Tätigkeit einzuführen. Neben einer Erfassung der untersuchten und behandelten Patienten anhand deskriptiver Merkmale können in einem ersten Schritt bei ausgewählten, möglichst homogenen Patientengruppen „Erfolgsmessungen“ anhand von Pre-Postmessungen durch standardisierte Fragebögen (vgl. beispielsweise Westhoff, 1993) durchgeführt werden. Mit zunehmender Routine bei der Etablierung von Untersuchungsplänen im Krankenhaussetting lassen sich komplexere Erfolgsmaße, poststationäre Katamneseuntersuchungen und Kontrollgruppen in die Untersuchungen einführen. Wenngleich die Evaluation des therapeutischen Handelns mit zusätzlichem Arbeitsaufwand einhergeht, sollte bedacht werden, daß nur die Einführung einer Therapieevaluation dazu beiträgt, die pragmatische Arbeit auf solide wissenschaftliche Beine zu stellen und damit eine Sicherung des Fortbestandes der Konsiliar-Liaisonarbeit bei psychisch auffälligen Patienten des Allgemeinkrankenhauses ermöglicht wird.

Literatur

Ackerman AD, Lyons JS, Hammer JS, Larson DB (1988) The impact of coexisting depression and timing of psychiatric consultation on medical patients' length of stay. *Hospital Community Psychiatry* 39: 173–176

Ames D, Tuckwell V (1994) Psychiatric disorders among elderly patients in a general hospital. *Med J Australia* 160: 671–675

Arolt V, Driessen M, Bangert-Verleger A, Neubauer H, Schürmann A, Seibert W. Psychische Störungen bei internistischen und chirurgischen Krankenhauspatienten: Prävalenz und Behandlungsbedarf. *Nervenarzt* (in Druck)

Beck AT, Wars CH, Mendeson M, Mock J, Erbaugh J (1961) An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 4: 53–63

Bell G, Reinstein DZ, Rajiyah G, Rosser R (1991) Psychiatric screening of admissions to an accident and emergency ward. *Br J Psychiatry* 158: 554–557

Beutel M (1989) Was schützt Gesundheit? Zum Forschungsstand und der Bedeutung von personalen Ressourcen in der Bewältigung von Alltagsbelastungen und Lebensereignissen. *Psychother Psychosom Med Psychologie* 39: 452–462

Beutel M, Muthny FA (1988) Konzeptualisierung und klinische Erfassung von Krankheitsverarbeitung – Hintergrundtheorien, Methodenprobleme und künftige Möglichkeiten. *Psychother Med Psychologie* 38: 19–27

Braun M, Weidhaas HJ (1994) Aspekte der Kooperation zwischen ambulanter Psychotherapiepraxis und Psychosomatischer Fachklinik. In: Zielke M, Sturm J (Hrsg) *Handbuch Stationäre Verhaltenstherapie*. Beltz Psychologie Verlags Union, Weinheim, S 1008–1015

Bridges K, Goldberg DP (1985) Somatic presentation of DSM-III psychiatric disorders in primary care. *J Psychosom Res* 29: 563–569

Bühringer G, Hahlweg K (1984) Untersuchungen zur Effektivität psychologischer Behandlungen in der Krankenversorgung. *Psychologische Heilkunde. Möglichkeiten, Nutzen, Kosten*. Sektion Klinische Psychologie im Berufsverband Deutscher Psychologen: Dokumentation: 4. Forum für Klinische Psychologie, Bonn, S 17–20

Cavanaugh S, Clark DC, Gibbons RD (1983) Diagnosing depression in the hospitalized medically ill. *Psychosomatics* 24: 809–815

Chick J, Lloyd G, Crombie E (1985) Counselling problem drinkers in medical wards: A controlled study. *Br Med J* 290: 965–967

Cierpka M (1981) Die teamzentrierte psychosomatische Konsiliartätigkeit auf einer chirurgisch-septischen Station. *Münch Med Wochenschr* 123: 1539–1542

Cohen-Cole SA, Pincus HA, Stoudemire A, Fiester SJ (1986) Recent research development in consultation psychiatry. *Gen Hospital Psychiatry* 8: 316–330

Cole MG, Fenton FR, Engelsmann F, Mansouri I (1991) Effectiveness of geriatric psychiatry consultation in an acute care hospital: a randomized clinical trial. *J Am Geriatric Soc* 39: 1183–1188

Dauncey MK, Cooper JE (1990) Diagnostic problems in liaison psychiatry and the ICD 10. *J Psychosom Res* 34: 287–294

Delius P, Schurmann A, Arolt V, Schuffelgen-Daus U, Dilling H (1993) Indikation psychiatrischer Konsile: Eine fallbezogene Parallelbefragung von Psychiatern und behandelnden Ärzten. *Psychologie und Praxis* 20: 218–223

Dimsdale JE (1991) Challenges, problems, and opportunities in consultation-liaison psychiatry research. *Psychiatric Medicine* 9: 641–648

Dyke C van, Rice D, Pallet P, Leigh H (1980) Psychiatric consultation: compliance and level of satisfaction with recommendations. *Psychother Psychosom* 33: 14–24

Ehlert U, Locher P, Hanker J (1994) Psychoendokrinologische Untersuchungen bei Frauen mit chronischen Unterbauchbeschwerden. In: Kantenich H, Rauchfuß M, Diederichs P (Hrsg) *Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe*. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, S 202–212

Ehlert U, Lupke U, Hellhammer D (1992) Verhaltensmedizin im Allgemeinkrankenhaus: I. Zielgruppe und Rahmenbedingungen. *Verhaltensmodifikation und Verhaltensmedizin* 13: 235–259

Fink P (1992) Surgery and medical treatment in persisting somatizing patients. *J Psychosom Res* 36: 439–447

Ford CV (1992) Illness as a lifestyle. The role of somatization in medical practice. *Spine* 17 [Suppl 10]: 338–343

Freyberger H, Speidel H (1976) Die supportive Psychotherapie in der klinischen Medizin. *Bibliotheca Psychiatrica* 152: 146–169

Fritzsche K, Stein B, Herzog T, Huysse FJ, Malt UF, Lobo A, ECLW (1994) Psychosomatischer und psychiatrischer Kon-

- siliardienst bei Patienten über 60 Jahre – Unterschiede und Gemeinsamkeiten. In: Lamprecht F, Johnen R (Hrsg) Salutogenese. Ein neues Konzept in der Psychosomatik? Verlag für Akademische Schriften, Frankfurt, S 469–482
- Garrick TR, Loewenstein RJ (1989) Behavioral medicine in the general hospital. *Psychosomatics* 30: 123–134
- Glaeske G (1990) Die Behandlung psychosomatischer Erkrankungen in der ambulanten Versorgung. *Praxis der klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 10: 99–105
- Goldwurm CF, Rovetto F, Sardo A (1986) Towards the establishment of a behavioural medicine centre in a general hospital. *Activitas Nervosa Superior* 28: 77–78
- Haag A, Pontzen W, Wirsching M (1992) Psychosomatik am Allgemeinkrankenhaus: Seit langem gefordert, kaum realisiert. *D Ärzteblatt* 89: 3428–3431
- Haag A, Stuhr U (1994) Psychosomatik und Kooperation im Allgemeinkrankenhaus. *Pflegezeitschrift* 47: 654–658
- Häfner H (1990) Hat die Psychosomatik als eigenes Fach eine Existenzberechtigung? *Psychother Med Psychologie* 40: 327–336
- Hales RE (1985) The benefits of a psychiatric consultation-liaison service in a general hospital. *Gen Hospital Psychiatry* 7: 214–218
- Hammer JS, Strain JJ, Lyons JS (1991) Health service delivery and research outcomes of a common departmental structure for psychiatric consultation-liaison and social work services at a university hospital. *Gen Hospital Psychiatry* 13: 95–104
- Hawton K, Mayou R, Feldman E (1990) Significance of psychiatric symptoms in general medical patients with mood disorders. *Gen Hospital Psychiatry* 12: 296–302
- Hengeveld MW, Ancion FAJM, Rooymans HGM (1988) Psychiatric consultation with depressed medical inpatients: a randomized controlled cost-effectiveness study. *Internat J Psychiatry Med* 18: 33–43
- Hengeveld MW, Rooymans HGM, Vecht van den Bergh R (1984) Psychiatric consultations in a Dutch University hospital: a report on 1814 referrals, compared with a literature review. *Gen Hospital Psychiatry* 6: 271–279
- Herzog T, Hartmann A (1990) Psychiatrische, psychosomatische und medizinpsychologische Konsiliar- und Liaison-tätigkeit in der Bundesrepublik Deutschland. *Der Nervenarzt* 61: 281–293
- Herzog T, Huyse FJ, Malt UF, Cardoso G, Creed F, Lobo A, Rigatelli M (1995) Quality assurance (QA) in consultation liaison psychiatry and psychosomatics. Development and implementation of an European QA system. In: Baert AE (ed) *European Union biomedical and health research. The BIOMED I program*. IOS Press, Amsterdam, pp 525–526
- Herzog T, Scheidt C (1991) Consultation/liaison psychiatry and psychosomatics in Germany: separate or united? *Nordic J Psychiatry* 45: 423–431
- Huyse FJ (1991) Consultation/liaison psychiatry: the state of the art and future developments. *Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift* 45: 405–422
- Huyse FJ, Hengeveld MW, Strain JJ, Hammer JS, Zwaan T (1988) Interventions in consultation-liaison psychiatry: the development of a schema and checklist for operationalized interventions. *Gen Hospital Psychiatry* 10: 88–101
- Huyse FJ, Strain JJ, Hammer JS (1990a) Interventions in consultation/liaison psychiatry. Part I: Patterns of recommendations. *Gen Hospital Psychiatry* 12: 213–220
- Huyse FJ, Strain JJ, Hammer JS (1990b) Interventions in consultation/liaison psychiatry. Part II: Concordance. *Gen Hospital Psychiatry* 12: 221–231
- Kashner TM, Rost K, Smith GR, Lewis S (1992) An analysis of panel data. The impact of a psychiatric consultation letter on the expenditures and outcomes of care for patients with somatization disorder. *Medical Care* 30: 811–821
- Katon W, Gonzales J (1994) A review of randomized trials of psychiatric consultation-liaison studies in primary care. *Psychosomatics* 35: 268–278
- Katon W, Korff M von, Lin E, Lipscomb P, Russo J, Wagner E, Polk E (1990) Distressed high utilizers of medical care. DSM-III-R diagnoses and treatment needs. *General Hospital of Psychiatry* 12: 355–362
- Koch U, Siegrist B (1988) Psychosomatische Dienste in medizinischen Kliniken – die Kooperationsfrage unter forscherscher Perspektive. In: Bräutigam W (Hrsg) *Kooperationsformen somatischer und psychosomatischer Medizin*. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, S 81–97
- Koenig HG, Meador KG, Cohen HJ, Blazer DG (1988) Depression in elderly hospitalized patients with medical illness. *Arch Intern Med* 148: 1929–1936
- Kris K (1981) Psychiatric consultation in the management of patient ambivalence interfering with the doctor-patient relationship. *Am J Psychiatry* 138: 194–197
- Kropiunigg U (1987) Psychosomatische Patientenkarrieren nach stationärer Psychotherapie: Behandlungseffekte. *Psychother Psychosom Med Psychologie* 37: 343–346
- Kütemeyer M (1988) Früherkennung psychogener Schmerzen. Eine Darstellung psychosomatischer Probleme. *Bayrisches Ärzteblatt* 10: 544–550
- Lanting RHH, Hengeveld MW (1984) Outcome of psychiatric consultation in a Dutch university hospital. *Psychosomatics* 25: 619–625
- Levenson JL, Hamer RM, Rossiter LF (1992) A randomized controlled study of psychiatric consultation guided by screening in general medical inpatients. *Am J Psychiatry* 149: 631–637
- Levenson JL, Hamer RM, Rossiter LF (1990) Relation of psychopathology in general medical inpatients to use and cost of services. *Am J Psychiatry* 147: 1498–1503
- Leviton SJ, Kornfeld DS (1981) Clinical and cost benefits of liaison psychiatry. *Am J Psychiatry* 138: 790–793
- Lipowski ZJ (1988) Linking mental and medical health care: an unfinished task. *Psychosomatics* 29: 249–253
- Lipowski ZJ (1991) Consultation liaison psychiatry 1990. *Psychother Psychosom* 55: 62–68
- Lloyd G, Chick J, Crombie E, Anderson S (1986) Problem drinkers in medical wards: consumption patterns and disabilities in newly identified male cases. *Br J Addiction* 81: 789–795
- Lyons JS, Hammer JS, Strain JJ, Fulop G (1986) The timing of psychiatric consultation in the general hospital and length of hospital stay. *Gen Hospital Psychiatry* 8: 159–162
- Lyons JS, Hammer JS, Wise TN, Strain JJ (1985) Consultation-liaison psychiatry and cost-effectiveness research. A review of methods. *Gen Hospital Psychiatry* 7: 302–308
- Mayou R (1989) The history of general hospital psychiatry. *Br J Psychiatry* 155: 764–776
- Mayou R, Hawton K (1986) Psychiatric disorder in the general hospital. *Br J Psychiatry* 149: 172–190
- Mayou R, Hawton K, Feldman E (1988) What happens to medical patients with psychiatric disorder? *J Psychosom Res* 32: 541–549
- Mendelson G (1984) Psychosocial factors and the management of physical illness: a contribution to the cost-containment of medical care. *Australian and New Zealand J Psychiatry* 18: 211–216
- Meyers IK, Weissmann MM, Tischler GL (1984) Six month prevalence of psychiatric disorders in three communities. *Arch Gen Psychiatry* 41: 959–967
- Modestin J (1977) Psychiatrische Morbidität bei intern-medizinisch hospitalisierten Patienten. *Schweiz Med Wochenschr* 107: 1354–1361
- Pincus HA (1984) Making the case for consultation-liaison psychiatry. *Gen Hospital Psychiatry* 6: 173–179
- Pincus HA, Rubinow DR (1985) Research at the interface of psychiatry and medicine. In: Pincus HA, Pardes H (eds) *The*

- integration of neuroscience and psychiatry. American Psychiatric Press, Washington D.C.
- Pontzen W (1990) Psychosomatische Konsiliar- und Liaisondienste. In: Neun H (Hrsg) Psychosomatische Einrichtungen. Was sie (andere) machen und wie man sie finden kann. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen, S 73–81
- Popkin MK, Mackenzie TB, Hall RCW, Garrard J (1979) Physicians' concordance with consultants' recommendations for psychotropic medication. Arch Gen Psychiatry 36: 386–389
- Popkin MK, Mackenzie TB, Callies AL (1981a) Improving the effectiveness of psychiatric consultation. Psychosomatics 22: 559–563
- Popkin MK, Mackenzie TB, Callies AL, Cohn JN (1981b) An interdisciplinary comparison of consultation outcomes. Psychiatry vs. cardiology. Arch Gen Psychiatry 38: 821–825
- Popkin MK, Mackenzie TB, Callies AL (1983) Consultation-liaison outcome, evaluation system. I. Consultant-consultee interaction. Arch Gen Psychiatry 40: 215–219
- Prochazka R, Schmalzriedt L (1981) Psychologie im Allgemein-Krankenhaus. In: Berufsverband Deutscher Psychologen (Hrsg) Handbuch der Angewandten Psychologie, Bd 2. Verlag Moderne Industrie, Landsberg, S 972–984
- Rapp SR, Parisi SA, Walsh DA (1988) Psychological dysfunction and physical health among elderly medical inpatients. J Consult Clin Psychol 56: 851–855
- Reinecker H (1987) Differentielle Effekte der Vermittlung plausibler Ätiologie- und Änderungsmodelle. In: Nutzinger DO, Pfersman D, Welan T, Zapotoczky HG (Hrsg) Herzphobie: Klassifikation, Diagnostik und Therapie. Enke, Wien, S 26–135
- Rifkin A, Reardon G, Siris S, Karagji B, Kim YS, Hackstaff L, Endicott W (1985) Trimipramine in physical illness with depression. J Clin Psychiatry 46: 4–8
- Ringler M (1995) Qualitätsmanagement in der Psychotherapie: Umsetzungsmöglichkeiten und Probleme. Psychother Forum 3: 207–213
- Rudolf G (1992) Versorgungsforschung: Ergebnisse und Zukunftsperspektiven. In: Tress W (Hrsg) Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in Deutschland. Verlag für Medizinische Psychologie im Verlag Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen, S 83–94
- Scheidt CE, Wirsching M (1996) Qualitätssicherung in der ambulanten Fachpsychotherapie- erste Ergebnisse einer Untersuchung in 40 psychotherapeutischen Fachpraxen. Mitteilungen und Diskussionsforum der Mitglieder des Deutschen Kollegiums für psychosomatische Medizin, S 67–73
- Schmidt LR (1992) Psychologische Aspekte medizinischer Maßnahmen: Umfang, Bedingungen, Forschungs- und Praxisprobleme. In: Schmidt LR (Hrsg) Jahrbuch der Medizinischen Psychologie, Bd 7. Psychologische Aspekte medizinischer Maßnahmen. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, S 3–30
- Schulberg HC, McClelland M, Burns BJ (1987) Depression and physical illness: the prevalence, causation, and diagnosis of comorbidity. Clin Psychol Rev 7: 145–167
- Seward LN, Smith GC, Stuart GW (1991) Concordance with recommendations in a consultation-liaison psychiatry service. Australian New Zealand J Psychiatry 25: 243–254
- Shaw J, Creed F (1991) The cost of somatization. J Psychosom Res 35: 307–312
- Shepherd M (1983) Mental disorder and primary care in the United Kingdom. J Public Health Policy 4: 83–88
- Smith GR, Monson RA, Ray DC (1986) Psychiatric consultation in somatization disorder. A randomized controlled study. N Eng J Med 314: 1407–1413
- Sobel DS (1995) Rethinking medicine: improving health outcomes with cost-effective psychosocial interventions. Psychosom Med 57: 234–244
- Söllner W (1996) Psychotherapie im Krankenhaus: Bedarf und Kostenschätzung für die psychotherapeutische Versorgung in den öffentlichen Krankenanstalten am Beispiel Tirols. Psychother Forum 4: 53–40
- Spitzer RL, Endicott J, Robins E (1984) Forschungs-Diagnose Kriterien (RDC). Beltz, Weinheim
- Steuber H, Müller P (1983) Psychisch Kranke in einem internistischen Krankenhaus – Ergebnisse einer Umfrage. Psychologie Praxis 9: 20–23
- Strain JJ (1982) Needs for psychiatry in the general hospital. Hospital and Community Psychiatry 33: 996–1001
- Strain JJ, Hammer JS, Fulop G (1994) APM task force report on psychosocial interventions in the general hospital inpatient setting: A review of cost-offset studies. Psychosomatics 35: 253–263
- Stuhr U, Haag A (1989) Eine Prävalenzstudie zum Bedarf an psychosomatischer Versorgung in den Allgemeinen Krankenhäusern Hamburgs. Psychother Med Psychologie 39: 273–281
- Thomas RV, Corney RH (1993) Working with community mental health professionals: a survey among general practitioners. Br J Gen Practice 43: 417–421
- Verhaak PF, Wennink HJ (1990) What does a doctor do with psychosocial problems in primary care? Internat J Psychiatry Med 20: 151–162
- Westhoff G (1993) Handbuch psychosozialer Meßinstrumente. Hogrefe Verlag für Psychologie, Göttingen
- Williams RB (1994) Neurobiology, cellular and molecular biology, and psychosomatic medicine. Psychosom Med 56: 308–315
- Wirsching M, Herzog T (1989) Aktuelle Entwicklungen im Konsiliar-/Liaisonbereich: Informationen, Begriffsklärungen, Perspektiven. Psychother Psychosom Med Psychologie 39: 41–44
- Wise TN (1995) Consultation-liaison research: the use of differing perspectives. Psychother Psychosom 63: 9–21
- Wittchen H-U, Hand I, Hecht H (1989) Prävalenz, Komorbidität und Schweregrad von Angststörungen – Ergebnisse der Münchner Follow-up Studie (MFS). Z Klin Psychologie 18: 117–133
- Yates BT (1994) Toward the incorporation of costs, cost-effectiveness analysis, and cost-benefit analysis into clinical research. J Consul Clin Psychol 62: 729–736
- Yingling KW, Wulsin LR, Arnold LM, Rouan GW (1993) Estimated prevalences of panic disorder and depression among consecutive patients seen in an emergency department with acute chest pain. J Gen Intern Med 8: 231–235
- Zoccolillo MS, Cloninger CR (1986) Excess medical care of women with somatization disorder. Southern Med J 79: 532–535

Korrespondenz: Dr. rer. nat. Ulrike Ehlert, Forschungszentrum für Psychobiologie und Psychosomatik, Universität Trier, Friedrich-Wilhelm-Straße 23, D-54294 Trier, Bundesrepublik Deutschland.

Dr. rer. nat. Ulrike Ehlert, geb. 1960, Studium der Psychologie und Soziologie an der Universität Trier. Dipl.-Psych. 1984 an der Universität Trier, Promotion 1988, Verhaltenstherapeutin und Supervisorin. Seit 1988 wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Universität Trier, Forschungszentrum für Psychobiologie und Psychosomatik. Leiterin der Verhaltensmedizinischen Dienste der Universität Trier am Herz-Jesu-Krankenhaus und dem Mutterhaus der Borromäerinnen, Trier. Forschungsschwerpunkte: Verhaltensmedizinische Konsiliar-Liaison-Arbeit am Allgemeinkrankenhaus, psychoendokrinologische Untersuchungen in der Gynäkologie und Geburtshilfe.