

Aus der Neurologischen Klinik
des SHG-Klinikums Merzig
Lehrkrankenhaus der Universitätsklinik
des Saarlandes, Homburg/Saar
Leiter: Prof. Dr. Matthias Strittmatter

**Notwendigkeiten und Anforderungen an
neurologische und psychiatrische Konsile
in einem Schwerpunktkrankenhaus
„Wege zum guten Konsil“**

Dissertation zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
der Medizinischen Fakultät
der UNIVERSITÄT DES SAARLANDES

2006

vorgelegt von Bernd A. Wunn

geb. am 28. 7. 1960 in Schönenberg-Kübelberg

Meiner Mutter gewidmet

Inhaltsverzeichnis

	Seite
1. <u>Zusammenfassung und Summary</u>	1
2. <u>Einleitung</u>	3
3. <u>Material und Methodik</u>	14
3.1 Ärztebefragung	14
3.2 Konsilauswertung	15
3.3 Statistische Auswertung	18
4. <u>Ergebnisse</u>	19
4.1 Basisdaten	19
4.2 Korrelationen	36
4.3 Medizinische Inhalte der Konsile	49
4.3.1 Häufigkeiten Psychiatrie	51
4.3.2 Häufigkeiten Neurologie	62
4.4 Ärztebefragung	81
4.4.1 Aufbau	81
4.4.2 Befragungsergebnisse	82
5. <u>Diskussion</u>	90
5.1 Erwartungen an die Konsiliaruntersuchungen	91
5.2 Inanspruchnahme der Konsiliare	93
5.3 Latenzen	95
5.4 Formale Mängel bei Anforderung und Erstellung der Konsile	97
5.5 Diagnoseverteilung der psychiatrischen Konsile	102
5.6 Sonderfall Suizidalität ?	105
5.7 Diagnoseverteilung der neurologischen Konsile	107
5.8 Konsequenzen der Konsiliaruntersuchungen	111
5.9 Optimierungsmöglichkeiten	114
5.10 Wege zum guten Konsil	121
6. <u>Literaturverzeichnis</u>	122
7. <u>Anlagen: Konsilschein, Abbildungs- und Tabellenverzeichnis</u> .	127
8. <u>Publikation, Dank</u>	132
9. <u>Lebenslauf</u>	133

1. Zusammenfassung

Untersucht wurde das neurologische und psychiatrische Konsilaufkommen eines Jahres (neurologische Konsile: n = 435, psychiatrische Konsile: n = 259) in einem Schwerpunktkrankenhaus sowohl unter formalen als auch inhaltlichen Aspekten. Gleichzeitig wurden die Erwartungen an die Konsile analysiert, Wege zur Optimierung beleuchtet und in Beziehung zur (hinsichtlich des konsilneurologischen Arbeitsfeldes eher spärlichen) Literaturlage gesetzt.

Trotz zum Teil beträchtlicher formaler Mängel im Ablauf war die Zufriedenheit der Konsilnutzer im wesentlichen gegeben; ein Einfluß dieser formalen Konsilmängel auf das Konsilergebnis (Befunderstellung, Diagnosestellung und Darlegung differentialtherapeutischer Konsequenzen) konnte nicht gefunden werden. Oft beklagte Probleme wie beispielsweise zu lange Latenzen zwischen Anforderung und Erbringung des Konsils konnten nicht nachgewiesen werden. So wurden die psychiatrischen Konsile durchschnittlich in 1,15 Tagen erledigt, die neurologischen nach 1,3 Tagen. Die häufigsten Diagnosegruppen bei den psychiatrischen Konsilen waren ICD 10: F40–F48 („neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“ 27,4 %), F30–F39 („Affektive Störungen“ 20,1 %) sowie F00-F09 („organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen“ 19,3 %). Bei den neurologischen Konsilen führten mit 15,5 % die „Allgemeinsymptome“ (ICD 10: R 50-69), gefolgt von den „zerebrovaskulären Krankheiten“ (I60-69) mit 15,4 % sowie der Gruppe G50-59 („Krankheiten der Nerven, Nervenwurzeln und -plexus“) mit 12,2 %.

Sowohl bei den neurologischen als auch bei den psychiatrischen Patienten handelt es sich bei den konsiliarisch gesehenen Fällen um ein von der stationär versorgten Klientel abweichendes Patientengut, wobei die Diagnosestruktur der konsilpsychiatrisch gesehenen Patienten am ehesten der teilstationär versorgten Patientengruppe entsprach.

Als Wege zum „guten Konsil“ könnten insbesondere regelmäßige Konsilkonferenzen sowie die Erarbeitung von Konsilstandards sowie die Entwicklung einer speziellen Kommunikationskultur dienen, um Schnittstellenprobleme weitgehend zu minimieren

Insgesamt stellte sich die Konsiltätigkeit in beiden untersuchten Abteilungen als eine mengenmäßig nicht unerhebliche Arbeitsbelastung von zusammen 20 Arztarbeitswochen per annum dar.

2. Summary

Requirements and standards on psychiatric and neurological c-/l-activities in a general hospital – ways to the excellent consultation

The study examines all occurring neurological and psychiatric consultation activities during one year (neurological consultations: n = 435, psychiatric consultations: n = 259) in a general hospital both under formal and substantial aspects. Also the expectations to the consulting interventions were analyzed, lit up ways to optimization of the consulting service and set in relationship with the (regarding the neurological consultation-liaison field rather meager) literature base. Despite partially considerable formal deficiencies in the consultation processes the satisfaction of the involved professionals was given in the substantial; an influence of these formal deficiencies on the result of the consultation (clinical and psychiatric status, diagnoses and statements regarding differential-therapeutic consequences) could not be found. Often deplored problems as for example too long latencies between requesting and carrying out of the consultations could not be proven. The psychiatric consultations were carried out on the average within 1,15 days, the neurological consultations within 1,3 days.

The most common diagnostic groups found in the psychiatric consultations were ICD 10: F40-F48 (neurotic, stress-related and somatoform disorders 27.4 %), F30-F39 (“affective disorders” 20.1 %) as well as F00-F09 (“organic, including symptomatic, mental disorders” 19.3 %). On the neurological side led the “general symptoms and signs” (ICD 10: R 50-69) with 15,5 %, followed by the “cerebrovascular diseases” (I60-69) with 15,4 % as well as the group of G50-59 (“nerve, nerve root and plexus disorders“) with 12,2 %. Both – the psychiatric as well as the neurological – examined patient collectives diverged from the inpatients seen in the services, while the diagnostic structure of the c/l-psychiatric collective corresponded most to the psychiatric group treated in the day-clinic.

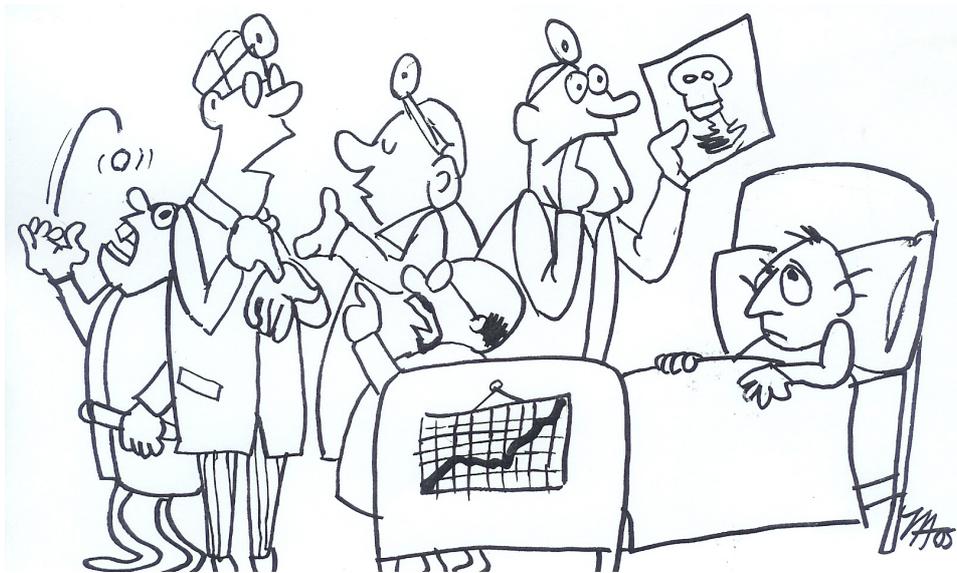
Ways to the "excellent consultation" could be seen in regular c-/l-meetings, in the elaboration of c-/l-standards and guidelines as well as in the development of a special communication culture, in order to minimize interface problems to a large extent. Altogether the c-/l-activities in both examined departments presented themselves as a quantitatively not insignificant working load of together 20 doctor work weeks per year.

2. Einleitung

Das Konsilium, die Beratung verschiedener Ärzte mit unterschiedlichem Erfahrungshintergrund am Krankenbett, stellt von jeher eine wichtige Maßnahme zur Optimierung der medizinischen Versorgung eines Patienten dar.

Als Konsil bezeichnet man die beratende Hinzuziehung eines Arztes einer anderen Fachabteilung bei der Betreuung von Patienten im Krankenhaus. Der beauftragte Arzt, auch als Konsiliarus bezeichnet, legt seine Empfehlungen zur Diagnostik und/oder Therapie üblicherweise in schriftlicher Form nieder.

Heute, im Zeitalter der weitgehenden Spezialisierung und Differenzierung der medizinischen Disziplinen ist die Hinzuziehung von Fachkollegen notwendiger denn je. Konsiliaruntersuchungen machen einen großen Bestandteil der ärztlichen Tätigkeit in Kliniken aus.



Die „klassische“ Beratschlagung der Ärzte am Krankenbett ist in dieser Form jedoch heute in den meisten Kliniken nicht mehr die Regel; im Krankenhausalltag wird der Konsiliarus entweder telefonisch informiert oder aber schriftlich, vielleicht auch schon elektronisch hinzugezogen und macht sich dann selbstständig ans Werk.

Ausgangspunkt der vorliegenden Untersuchung war die strukturelle und inhaltliche Konsilsituation in unserem Schwerpunktkrankenhaus, dem Klinikum Merzig. Das Krankenhaus umfaßt die Hauptfachabteilungen Innere Medizin, Chirurgie,

Neurologie, Psychiatrie, Pädiatrie und Gynäkologie, je eine Tagesklinik für Erwachsenen- sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie eine Belegabteilung HNO und Urologie mit insgesamt 316 stationären Betten.

Zum soziodemographischen Hintergrund ist zu berichten, daß Merzig als Kreisstadt mit insgesamt 31.049 Einwohnern¹ dem Landkreis Merzig-Wadern (106.462 Einwohner) vorsteht.

Eine Besonderheit des Klinikstandortes Merzig ist, daß sich an gleicher Stelle über ein Jahrhundert lang bis 1998 das psychiatrische Landeskrankenhaus befand, welches im Zuge der saarländischen Psychiatriereform zur Gänze aufgelöst wurde. Die somatischen Fachabteilungen kamen nach entsprechenden großzügigen Umbau- und Neubaumaßnahmen zusätzlich auf das Gelände der ehemaligen zentralen Landesnervenklinik. Die Psychiatrie hat an dieser Stelle somit eine langjährige Tradition, ebenso die Neurologie, welche sich als kleine Abteilung bereits zu Landeskrankenhauszeiten auf dem Gelände befand. Die psychiatrische Klinik (54 stationäre Betten, 15 tagesklinische Plätze sowie eine Institutsambulanz) in unserem Schwerpunktkrankenhaus hat die psychiatrische Pflichtversorgung für den gesamten Landkreis Merzig-Wadern übernommen. Auch die neurologische Klinik mit Stroke Unit mit 50 stationären Betten ist die einzige im Landkreis.

Konsiliarische Tätigkeit ist einerseits auch in unserer Klinik eine Selbstverständlichkeit, die alltäglich erledigt wird, andererseits jedoch ein steter Quell von Unzufriedenheit, Mißvergnügen und Reibereien zwischen den Berufsgruppen und den verschiedenen Abteilungen.

Da ist zum einen die wohlvertraute Klage seitens mancher ärztlicher Kollegen, in der Flut der anfallenden Konsile regelrecht zu ertrinken, zum anderen die Unzufriedenheit mit der konsiliarischen Dienstleistung der Nachbardisziplin. Es dauere zu lange, bis das Konsil erledigt wird, es finde keine Kommunikation statt, die konsiliarischen Empfehlungen seien entweder nicht hilfreich, nicht nachvollziehbar oder nicht leserlich. Konsilanforderungen verschwinden andererseits manchmal auf erstaunliche Weise, bleiben im Sekretariat liegen oder werden aus sonstigen Gründen nicht erledigt.

¹ Quelle: Statistisches Landesamt des Saarlandes

Vor diesem Hintergrund waren folgende Fragestellungen von Interesse:

1. Wie hoch ist die objektive Belastung der ärztlichen Mitarbeiter durch Konsiliarbeit?
2. Welche Mängel gibt es in formaler und inhaltlicher Hinsicht?
3. Wenn Mängel vorhanden sind, wie wirken sie sich auf die Patientenversorgung aus?
4. Wie ist die Verteilung der Diagnosen der konsiliarisch gesehenen Patienten? Um welche Patienten handelt es sich eigentlich?
5. Welche quantitative Rolle spielt das Thema Suizidalität?
6. Unterscheidet sich die Konsilleistung bei den jeweiligen Diagnosegruppen, bspw. im Hinblick auf die Latenz²?
7. Gibt es Unterschiede im Konsilianforderungsverhalten der verschiedenen Disziplinen und wenn ja, welche?
8. Gibt es Unterschiede im Konsilerbringungsverhalten der beiden untersuchten Abteilungen Neurologie und Psychiatrie?

Im Lichte der vorgefundenen Ergebnisse soll dann versucht werden, Konsequenzen im Hinblick auf Optimierungsmöglichkeiten der Konsiliarbeit im untersuchten Krankenhaus zu ziehen.

Sichtet man die Literatur zum Thema Konsiliarwesen, fällt auf, daß dieses über Jahrzehnte hinweg offensichtlich ein Stiefkind der systematisierten Analyse war. Erst in den letzten 15 Jahren rückt das Thema des interdisziplinären ärztlichen Arbeitens mehr und mehr in den Fokus des wissenschaftlichen Interesses. Gerade im amerikanischen und englischen Sprachraum hat sich dabei die Konsiliarpsychiatrie zu einer fast eigenständigen Disziplin mit Fachverbänden, Ausbildungsregularien, Tagungen etc. entwickelt. Sogar eine internationale Dachorganisation ist entstanden, die IOCLP (International Organization for Consultation-Liaison Psychiatry) (SMITH, 2003), um die Konsiliarpsychiatrie als eigenständige Fachrichtung weiterzuentwickeln.

Im Vergleich zwischen Deutschland und den USA ist dort in den letzten 30 Jahren ein eigenständiges psychiatrisches Teilgebiet entstanden mit umfangreicher

² Als Latenz bezeichnen wir den Zeitraum zwischen Anforderung und Erbringung des Konsils.

Versorgung und Forschung. Das Versorgungsangebot amerikanischer Konsiliare erscheint dabei umfassender als hierzulande: Sie nehmen sich offensichtlich mehr Zeit, machen mehr Konsiliarbesuche und kümmern sich häufiger um die nervenärztliche oder psychotherapeutische Anschlußbehandlung der Patienten (ROTHERMUND et al., 1997).

Hierzulande ist das Thema Konsiliarwesen zumindest im Hinblick auf die psychiatrische Fachrichtung im wesentlichen von der Arbeitsgruppe um DIEFENBACHER ausgewertet worden. Dieser gibt 1999 folgende Definitionen zur Konsiliarpsychiatrie:

Konsiliar-Liaison-Psychiatrie (im folgendem gemäß dem internationalen Sprachgebrauch kurz CL oder CL-Psychiatrie genannt) ist der Bereich des psychiatrischen Fachgebietes, der sich der Diagnostik und Therapie von Patienten mit somatopsychischer Komorbidität widmet, die primär wegen einer körperlichen Erkrankung auf eine nichtpsychiatrische Station im Allgemeinkrankenhaus oder ein Universitätsklinikum aufgenommen worden sind.

Unter *Konsiliarpsychiatrie* versteht man dabei die dem klassischen Konsultationsmodell folgende Hinzuziehung eines Psychiaters durch einen Arzt einer anderen Fachgruppe, der eine Empfehlung für die Versorgung eines Patienten erhalten will, die er dann meistens selbst ohne ein weiteres Tätigwerden des Psychiaters umsetzen wird.

In Abgrenzung hierzu versteht er die *Liaisonpsychiatrie* als eine intensivere Mitbetreuung durch den Psychiater, der regelhaft, d. h. auch ohne besondere Anforderung, auf einer somatischen Station oder in einer somatischen Abteilung präsent ist und ggf. bereits tätig geworden ist, noch bevor der somatische Kollege eine entsprechende Anforderung gestellt hat.

Das Konsultationsmodell stellt ebenso wie das Liaisonmodell einen Prägnanztyp der entsprechenden Tätigkeit dar; fließende Übergänge sind eher die Regel, wobei allerdings der Prägnanztyp Konsultation bei weitem überwiegt.

Bereits 1986 wird bei KISKER et al. festgestellt, daß die Erwartungen an den Konsilpsychiater weit über traditionelle psychiatrische Kompetenz hinausgehen.

In einer fallbezogenen Parallelbefragung psychiatrischer Konsile beschreiben DELIUS et al. 1993 die oftmals stark vom Selbstverständnis der Psychiater divergierenden Erwartungen bei den Nichtpsychiatern an Konsilleistungen: Letztere erwarten im wesentlichen eine „psychotherapeutische Behandlung, Krisenintervention oder psychosoziale Betreuung“, wobei die Psychiater viel öfter die „Entlastung der Stationsatmosphäre“ als wichtig ansehen. „Die emotionale Aufladung der Stationsatmosphäre braucht nicht thematisiert zu werden, wenn die Spannung als Teil der psychiatrischen Erkrankung gesehen werden kann.“ Die „berufsunerfahrenen Somatiker pochen auf eine psychodynamische Therapieherangehensweise“, wo diese vom Psychiater als nicht indiziert gesehen wird. Von besonderer Bedeutung sei die Pflege und Würdigung des „Triadischen Kontaktes“ zwischen behandelndem Arzt, dem Patient und dem Psychiater. Nicht bestätigt wurde in dieser Arbeit die These, daß psychiatrische Konsile als Transportmittel unbewußter Verlegungs-/Distanzierungswünsche eine Rolle spielen würden.

AROLT berichtete 1995 über eine 7-Jahres-Studie an der Medizinischen Universität Lübeck (Lübecker Allgemeinkrankenhausstudie, LAK-Studie), wo zwischen 1983 und 1989 insgesamt 5.334 psychiatrische Konsile unter anderem hinsichtlich Fragestellung und Diagnoseverteilung untersucht wurden. Gefunden wurde eine deutliche Zunahme der Konsile im Studienzeitraum, was vor dem Hintergrund einer zunehmenden Akzeptanz von CL-Psychiatrie überhaupt gesehen wurde. Eine durchschnittliche psychiatrische Konsilanforderungsrate zwischen 2,3% - 3,6% aller Patienten des Klinikums wurde festgehalten. Auffälliger Befund sei dabei gewesen, daß in Deutschland die Neurologen insgesamt weniger psychiatrische Konsile anfordern, was im Zusammenhang mit der Weiterbildungsordnung gesehen wurde.

1997 stellt AROLT, wiederum unter Bezugnahme auf die LAK-Studie, fest, daß „die derzeitige konsiliarische Versorgung von somatisch kranken Patienten mit psychischen Störungen“ immer noch „unzureichend“ ist, wobei die Prävalenzraten gut mit Untersuchungen aus dem angloamerikanischen, aber auch dem deutschen Sprachraum übereinstimmen. Er verweist dabei auf „eine Reihe von Untersuchungen, die belegen, daß eine psychiatrische Komorbidität meist mit

einer verlängerten Dauer des Krankenhausaufenthalts assoziiert ist. Rechtzeitige psychiatrische Interventionen scheinen zu einer Verkürzung der Liegezeit und zu Kostenersparnissen zu führen“.

Eine möglichst präzise Diagnostik sowie eine frühzeitige und sachgerechte Behandlung, schreibt er 2003 im Hinblick auf die Untergruppe der depressiven Störungen bei körperlichen Erkrankungen, erhöht die Lebensqualität der Patienten, mindert aber vermutlich auch einige der negativen Auswirkungen auf den Verlauf der somatischen Erkrankung, wobei ein direkter Einfluß auf die Prognose bisher nicht überzeugend gezeigt werden konnte.

Seit 1992 finden bei den Treffen der DGPPN regelmäßige wissenschaftliche Meetings zum Thema Konsiliarpsychiatrie statt. Im Juni 2004 setzte sich eine Tagung der EACLPP (European Association for Consultation Liaison Psychiatry and Psychosomatics) in Berlin mit Fragen der zukünftigen Entwicklung, Organisationsentwicklung, Qualitätsmanagement und diagnostischer Instrumente in der CL-Psychiatrie auseinander (EACLPP, 2004).

FELD untersuchte 1997 psychiatrische Konsile als einige der wenigen Arbeiten auch in formaler Hinsicht und fand einen Konsilumfang zwischen 9 und 80 Zeilen. Festgestellt wurde in dieser Arbeit, daß psychiatrische Konsile die stationären Verweildauern um ca. 2 Tage verkürzen, Gründe hierfür jedoch nicht genannt.

MORF untersuchte 1998 das psychiatrisch-psychosomatische Konsilium aus Sicht der Patienten und fand bemerkenswerte direkte Auswirkungen des Konsilkontaktes: 45,6% fühlen sich unmittelbar nach dem Konsil besser. 68,1% der Patienten bewerteten den psychiatrischen Konsilkontakt als gut bis sehr gut. 30,1 % der Patienten wollten noch mehr Gespräche. Bei 57,8% der Patienten hatte sich die Einstellung zur Psychiatrie verändert.

Ebenfalls 1998 stellte ROSSMANITH fest: “Konsiliarpsychotherapie beruht auf dem integrativem Konzept der Ganzheitsmedizin“.

HERZOG et al. stellen 2003 fest, daß die psychische Komorbidität internistischer Patienten im Sinne einer ICD-Diagnose des Kapitels F mehr als 35% betrage und fordern eine deutliche Ausweitung der Behandlungsangebote, welche zudem niederschwellig sein, eine individuell gestufte Behandlung ermöglichen und das Wissen und die Kompetenz systematisch einbeziehen sollten.

FRITZSCHE et al. untersuchten 2003 das Patientengut einer neurologischen Universitätsabteilung und fanden eine psychiatrische Komorbidität nach ICD-10 F- Kriterien von 35%, allerdings nur eine Behandlungsrate von 27%. Sie stellten fest, daß die Umsetzung notwendiger psychotherapeutischer Interventionen einer komplexen Interaktion zwischen Patientenbedürfnissen und institutionellen Faktoren unterworfen ist. 2006 wurden diese Zahlen von der gleichen Autorengruppe (FRITZSCHE et al.) sogar noch höher veranschlagt: 44% der untersuchten Patienten (neu aufgenommene Patienten eines Universitätsklinikums auf den Abteilungen Gastroenterologie, hämatologische Onkologie, Strahlentherapie, Neurologie, Dermatologie) hatten mindestens eine behandlungsbedürftige psychische Störung nach ICD 10. In der Experteneinschätzung wurde bei 41% ein psychotherapeutischer Behandlungsbedarf gesehen.

2003 erschienen die Leitlinien zur Konsiliarpsychiatrie und -psychotherapie auf der Basis verschiedener Studien zum Thema. Deutlich wird hier die zunehmende Bedeutung des Qualitätsmanagements in der CL-Versorgung; es laufen hierzu Studien an zur Entwicklung, Implementierung und Evaluation, ferner sind Studien zur Wirksamkeit von CL-Interventionen überhaupt geplant (LEITLINIEN, 2003).

LANGE unterstrich 2004, daß die richtige Diagnose eine Fixierung auf körperliche Beschwerden und die Entwicklung hin zu teuren und leidvollen Patientenkarrerien verhindern kann. Wichtig erschien auch ihm, die konsiliarische Triade zu erhalten, die unbewußten Erwartungen auf Seiten des Anforderers nicht zu deuten. Er hielt fest, „Konsilarbeit kann sehr zehrend sein.“ Es handele sich oftmals um eine „recht isolierte Tätigkeit in schwierigem Setting mit wenig Rückmeldung und oft geringem Prestige“.

Blickt man auf die europäische und die internationale Datenlage zur CL-Psychiatrie, so sind vielerlei Entwicklungen zum Thema Konsiliarpsychiatrie zu verzeichnen. In Österreich ist diese zweifach verwurzelt, einerseits in der langen österreichischen Tradition der Psychosomatik, andererseits in der Psychiatriereformbewegung in den 70er Jahren des zwanzigsten Jahrhunderts. Auch dort kümmert sich eine CL-Arbeitsgruppe der Österreichischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie um Fragen der Konsiliarpsychiatrie (RIESSLAND-SEIFERT, 2004). Grundlegende Standpunktbestimmungen und Koordinationsarbeit leistet hier insbesondere KAPFHAMMER, der 2005 in einem Überblicks-Editorial die Arbeit des C-/L-Psychiaters im Spannungsfeld zwischen Konsultations- und Liaisonansatz umreißt.

In der Schweiz war lange Zeit schlecht definiert, was CL-Psychiatrie überhaupt ist. Obwohl flächendeckend an den dortigen Spitälern vorhanden, sieht sie sich in ständiger Abgrenzung zur Psychosomatik und erlebt sich, wie CADUFF et al. 2004 schreiben, unter ständigem Druck seitens der Nichtpsychiater hinsichtlich Geschwindigkeit und Notfallabdeckung.

DE JONGE et al. untersuchten 2001 die Überweisungsmuster von neurologischen Patienten an CL-Dienste an insgesamt 33 europäischen Kliniken und fanden eine signifikante Unterschätzung der psychiatrischen Komorbidität heraus. Zudem werde die Indikation für eine psychiatrische Konsiluntersuchung meist zu spät gestellt. Sie plädierten für ein standardisiertes Überweisungsverfahren, um Patienten, die einer "Nicht-Standard-Behandlung" bedürfen, möglichst frühzeitig, am besten zeitnah zur stationären Aufnahme überhaupt, zu entdecken.

SMITH aus Australien hält 1998 fest, daß psychiatrische Komorbidität bei somatischen Patienten die eigentliche Manifestation psychiatrischer Erkrankung überhaupt ist und unterstreicht die erheblichen Implikationen in Richtung Morbidität, Mortalität und Gesundheitskosten. Er fordert eine Erweiterung des klassischen psychiatrischen Blickwinkels, der im wesentlichen immer noch auf die Psychosen gerichtet sei, durch effektiven Ausbau von Ausbildung und Training im Bereich CL-Psychiatrie.

Eine weitere australische Arbeit (HARMON et al., 2000) vergleicht die Ergebnisse eines integrierten psychiatrischen Dienstes, der schon bei der Aufnahme des Patienten eingeschaltet wird mit der herkömmlichen CL-Praxis und findet dabei eine wesentlich höhere „Entdeckungsrate“ psychiatrischer Komorbiditäten, verbunden mit einer wesentlich größeren diagnostischen Bandbreite, wenn der Psychiater frühzeitig mit einbezogen wird.

Aus Korea wird berichtet, daß seit der Etablierung einer nationalen Organisation für CL-Psychiatrie innerhalb der neuropsychiatrischen Fachgesellschaft das Interesse an CL-Aktivitäten wie auch die entsprechenden Forschungsbemühungen um ein vielfaches gestiegen seien. Ein großes Problem stellt dort wohl noch die verbreitete Stigmatisierung psychisch Kranker sowie die fehlende Bezahlung psychiatrischer Konsilleistungen dar (LEE et al., 2003).

Der grundsätzliche Beitrag der CL-Psychiatrie auf die medizinische Praxis im Hinblick auf Kosten-Nutzen-Analysen, Ausbildung, ethische Fragestellungen oder beispielsweise die Versorgung von „End-of-Life-Patienten“ wurde von KORNFELD (2002) beschrieben.

Die neurologische Konsiliararbeit wird im Gegensatz zur mittlerweile international recht elaborierten CL-Psychiatrie als eigenständige Disziplin nirgends definiert. Konsiliarisches Arbeiten scheint sich hier mühelos in die Bandbreite möglicher diagnostischer und therapeutischer neurologischer Tätigkeiten zwischen Ambulanz, Praxis und stationärem Arbeiten einzufügen. WELTER wundert sich 1998 über eine überaus geringe Zahl von neurologischen Konsilen in einem ländlichen Krankenhaus und führt dies darauf zurück, daß apparative Maßnahmen durch Fremddisziplinen vorgenommen werden und beklagt überdies, daß so gut wie keine Untersuchungen zu neurologischer Konsiltätigkeit vorliegen.

Eher werden wiederum die psychiatrisch-psychotherapeutischen Notwendigkeiten eines neurologischen Patientengutes thematisiert, wie von CARSON et al. (2000), welche in einem Kollektiv von 300 neurologischen Neuaufnahmen in 47 % der Fälle die DSM-IV-Kriterien für Angst- oder depressive Störung erfüllt sa-

hen oder zuletzt von REUBER et al. (2005), welche zwischen 10 und 30 % Patienten mit funktionellen Symptomen finden, Störungsbildern also, bei denen kein organpathologisches Korrelat gefunden werden kann. Sie weisen ebenfalls auf die Notwendigkeit einer frühzeitigen Erkennung dieser Patientengruppe hin und auf die Effektivität einer möglichst eng verzahnten Kooperativität zwischen Neurologen, Psychiatern und nachbetreuenden Allgemeinärzten, um einer Chronifizierung dieser Störungen mit entsprechenden sozialen Folgekosten vorzubeugen.

In einer anderen Arbeit aus dem gleichen Jahr (2000) untersuchten ebenfalls CARSON et al. suizidale Symptome in einem neurologischen Patientengut. Erstaunlichstes Ergebnis war hier, daß nicht etwa, wie zu vermuten gewesen wäre, Suizidalität am ehesten bei Patienten mit langdauernden, progressiv zu einer Behinderung führenden Erkrankung auftritt, sondern in eindeutiger Weise mit den Kriterien einer „major depression“ in Zusammenhang steht.

COSTELLO et al. (2005) beschrieben drei wesentliche Auswirkungen einer konsiliarneurologischen Tätigkeit auf das Management klinischer Fälle:

1. Stellung einer de-novo-Diagnose bei vorliegenden „aktiven“ neurologischen Symptomen (40,7% der Konsilkontakte)
2. Signifikanter Diagnoseshift bei vorbehandelten Patienten (bei 11,1 % der Konsile).
3. Fachliche Beratung in der Behandlungsführung bei länger bestehender neurologischer Diagnose (in 48,2% der Fälle).

In unserer Untersuchung wurde zunächst versucht, die diffus wirkende Unzufriedenheit der Kollegen mit der Konsilsituation quantitativ zu erfassen. Mithilfe eines Fragebogens wurden sie gebeten, ihre Erfahrungen und Einschätzungen zu der Konsilarbeit der beiden untersuchten Disziplinen Neurologie und Psychiatrie festzuhalten sowie ihre Erwartungen hinsichtlich Optimierungsmöglichkeiten darzulegen.

Sodann galt es, einen quantitativen Überblick über das Konsilvolumen zu erhalten, wobei als Untersuchungszeitraum das Jahr 2003 festgelegt wurde. Durch-

schläge aller schriftlich festgehaltenen Konsile werden zentral in den beiden Abteilungen archiviert und bilden somit die Konsilarbeit der jeweiligen Abteilung ab.

Die geleisteten Konsile wurden hinsichtlich formaler und inhaltlicher Kriterien ausgewertet.

Benutzt wurde der in unserer Klinik gebräuchliche Diagnoseschlüssel nach ICD10 in der 10. Revision, herausgegeben vom DIMDI.

3. Material und Methodik

3. 1. Ärztebefragung

Im Rahmen einer hausinternen Befragung wurde an sämtliche Ärzte unseres Schwerpunktkrankenhauses, insgesamt 64, ein Fragebogen ausgegeben, welcher anonymisiert ausgewertet wurde.

Der Einleitungstext war folgender:

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege!

Im Rahmen einer hausinternen Untersuchung der Konsiltätigkeiten möchte ich Sie heute um 5 Minuten Ihrer Aufmerksamkeit bitten. Nachfolgender Fragebogen soll Ihre persönlichen Einschätzungen und Reaktionen zu den psychiatrischen und neurologischen Konsilen erfassen. Mit der Beantwortung der Fragen, die möglichst spontan erfolgen sollte, würden Sie mir sehr helfen, letztlich um die Qualität der Konsile im Sinne einer optimalen Patientenversorgung zu verbessern.

Gestellt wurden fünf Fragen:

Wenn Sie bitte an die neurologischen und psychiatrischen Konsile denken, die auf Ihre Anforderung in den letzten zwei Jahren im Hause erbracht wurden, wie beurteilen Sie diese ...

1. *hinsichtlich der Reaktionszeit (Dauer zwischen Anforderung und Erbringung)?*
2. *hinsichtlich dem formalen Konsilaufbau (z. B. Leserlichkeit)?*
3. *hinsichtlich der Befunderhebung?*
4. *hinsichtlich der Diagnosestellung?*
5. *hinsichtlich der diagnostischen und therapeutischen Relevanz für Ihr Handeln?*

Die Beantwortung erfolgte entsprechend der Schulnoten von 1 (sehr gut) bis 6 (sehr schlecht).

Zuletzt wurde auf dem Fragebogen die Möglichkeit einer Freitexteingabe gegeben:

Wenn Sie mal einen Augenblick an die Konsile der beiden genannten Abteilungen denken, welche Wünsche, welche Kritik oder welche Anregungen fallen Ihnen spontan ein zu den neurologischen/psychiatrischen Konsilen?

3. 2. Konsilbewertung

Zur Auswertung kamen sämtliche sogenannten Konsilscheine sowohl der psychiatrischen als auch der neurologischen Abteilung des Klinikums Merzig aus dem Jahre 2003, wie sie als Duplikate in den jeweiligen Ablagen in den Chefsekretariaten vorgefunden wurden.

Es handelte sich dabei um 259 psychiatrische Konsile sowie 435 neurologische Konsile.

Das in unserem Hause verwendete Konsilformular (siehe Anlage) umfaßt im oberen Teil – also dem von der anfordernden Seite auszufüllenden - folgende Angaben:

1. *Patientendaten*
2. *Anfordernder Arzt*
3. *Station*
4. *Daum und Unterschrift*
5. *Anamnese*
6. *Vorbefunde: (EKG, Röntgenfilme, Laborbefunde) und*
7. *Gezielte Fragestellung.*

Im unteren Teil, welcher handschriftlich von der konsilleistenden Seite auszufüllen ist, finden sich folgende vorgegebene Kategorien:

1. *Anamnese/Befund*
2. *Diagnose*
3. *Therapievorschlag*
4. *Zusätzliche Untersuchungen*
5. *Datum*
6. *Unterschrift/Konsilarzt*

Vor dem Hintergrund der Fragestellung wurden diese Scheine sowohl nach formalen als auch nach inhaltlichen Kriterien ausgewertet. Erfasst wurden

1. Konsultierende Abteilung: Psychiatrie – Neurologie
2. Anfordernde Abteilung
 - a. Psychiatrie
 - b. Neurologie
 - c. Innere
 - d. Chirurgie
 - e. Gynäkologie
 - f. Belegstation
 - g. Unklar
 - h. Intensiv
 - i. Zentrale Patientenaufnahme
 - j. Pädiatrie
 - k. Saarländische Klinik für forensische Psychiatrie
 - l. Fremdklinik
 - m. Sonstige
3. Personendaten
 - a. vollständig
 - b. teilweise
 - c. fehlend
4. Alter des Patienten in Jahren
5. Geschlecht
 - a. männlich
 - b. weiblich
6. Fragestellung
 - a. vorhanden
 - b. unklar
 - c. unleserlich
 - d. fehlend

7. Arzt anfordernd
- a. genannt
 - b. Unterschrift und genannt
 - c. nicht genannt
 - d. nur Unterschrift
8. Latenz in Tagen
9. Arzt erbringend
- a. genannt
 - b. Unterschrift und genannt
 - c. nicht genannt
 - d. nur Unterschrift
10. Konsiltext formal
- a. leserlich
 - b. teilweise leserlich
 - c. weitgehend unleserlich
 - d. unleserlich
11. Befund
- a. vorhanden
 - b. nicht vorhanden
12. Diagnose
- a. gestellt
 - b. nicht gestellt
13. Therapieempfehlung
- a. ja
 - b. nein
 - c. unklar
14. Übernahmeempfehlung
- a. ja
 - b. nein
15. Diagnostikempfehlung
- a. ja
 - b. nein

16. Erbringerstatus
- a. Assistenzarzt
 - b. Oberarzt
 - c. Chefarzt
17. Suizidalität
- a. Keine Suizidalität
 - b. Suizidalität
 - c. Vorsätzliche Selbstbeschädigung (X60 – X84)
18. Diagnosegruppen nach ICD 10

3. 3. Statistische Auswertung

Die statistische Auswertung erfolgte in mehreren Teilschritten: Auf der deskriptiven Ebene überwiegend durch Kreuztabellierung bei nominalen Variablen, um möglicherweise schon Auffälligkeiten in bestimmten Zellkombinationen zu entdecken.

Bei intervallskalierten Variablen wurden die deskriptiven Maße Mittelwert und Standardabweichung benutzt.

In allen für die Fragestellungen relevanten Einzelfällen erfolgte eine statistische Absicherung durch χ^2 -Tests beziehungsweise Korrelationen und Varianzanalysen, wobei als statistische Signifikanzgrenze $p = 0,05$ gesetzt wurde.

Als Statistik-Programm wurde SPSS 12.0 verwendet. Unterstützung bei der Berechnung der statistischen Kennwerte wurde freundlicherweise durch Dr. Christoph Paulus von der Universität des Saarlandes, Fachrichtung empirische Humanwissenschaft, gewährt.

4. Ergebnisse

4. 1. Basisdaten

Ausgewertet wurden insgesamt 694 Konsile des Jahres 2003, davon 259 psychiatrische sowie 435 neurologische. Das Durchschnittsalter der psychiatrisch untersuchten Patienten betrug 57,4 Jahre, das der neurologischen Patienten 62,2 Jahre.

Im Vergleich hierzu seien folgende Zahlen genannt:

Die psychiatrische Klinik versorgte im Untersuchungszeitraum insgesamt 1181 stationäre und 176 teilstationäre Patienten; die Psychiatrische Institutsambulanz brachte es im Erfassungszeitraum auf 1.593 Behandlungsscheine. In der Neurologie wurden 1.734 Patienten stationär behandelt. Das Gesamtklinikum behandelte im Jahre 2003 insgesamt 12.100 stationäre Patienten.

Die Prävalenzzahl psychiatrischer Konsile betrug somit für gesamte Haus 2,37%, diejenige für neurologische Konsile 4,19%.

Die Verteilung der Konsile auf die unterschiedlichen Abteilungen sah wie folgt aus:

Tabelle 1 Gesamtverteilung der Konsile

	Fallzahl stationär	Psychiatrische Konsile			Neurologische Konsile		
		Konsil-Anzahl	Absolute Inanspruchnahme In Prozent	Relative Inanspruchnahme In Prozent	Konsil-Anzahl	Absolute Inanspruchnahme In Prozent	Relative Inanspruchnahme In Prozent
Psychiatrie	1.181	----	----	----	24	5,5	2,0
Neurologie	1.734	88	34,0	5,1	----	----	----
Innere	3.525	90	34,7	2,6	170	39,1	4,8
Chirurgie	2.531	37	14,3	1,5	96	22,1	3,8
Gynäkologie	1.531	6	2,3	0,4	27	6,2	1,8
Belegstation	1.065	1	,4	0,1	12	2,8	1,1
unklar	----	4	1,5	----	24	5,5	----
Intensiv	379	25	9,7	6,6	48	11,0	12,7
ZPA	----	8	3,1	----	13	3,0	----
Pädiatrie	1.327	0	0	0	7	1,6	0,5
SKFP	----	0	0	0	12	2,8	----
Fremdklinik	----	0	0	0	1	,2	----
sonstige	----	0	0	0	1	,2	----
Gesamt		259	100,0	----	435	100,0	----

Die Hauptmenge der psychiatrischen Konsile, über zwei Drittel, wurden also auf den Abteilungen Innere und Neurologie, erst dann gefolgt von der Chirurgie, geleistet, während die Neurologen mehr als 60 % ihrer Konsilleistungen auf Innere und Chirurgie erbrachten. Bemerkenswert ist unseres Erachtens insbesondere die Zahl von 34 % auf der Neurologie erbrachten psychiatrischen Konsilen.

Nach Arolt 1995 werden hierbei für die absolute und die relative Inanspruchnahme hierbei folgende Definitionen zugrundegelegt:

Absolute Inanspruchnahme: prozentualer Anteil einzelner Abteilungen am Gesamtaufkommen der Konsile der Fachabteilung.

Relative Inanspruchnahme: prozentualer Anteil von Konsilen auf die Anzahl der Fallzahlen der jeweiligen Abteilungen.

Aufgeschlüsselt nach dem „Erbringerstatus“ wurden die Konsile wie folgt erbracht:

Tabelle 2 Erbringerstatus der Konsile

	Chefarzt	Oberarzt	Assistenzarzt	Gesamt	Chefarzt	Oberarzt	Assistenzarzt	Gesamt
	<i>absolut</i>				<i>prozentual</i>			
Psychiatrie	0	91	168	259	0 %	35,1 %	64,9 %	100 %
Neurologie	25	105	305	435	5,7 %	24,2 %	70,1 %	100 %

Die „Hauptlast“ der Konsilarbeit ruht also in beiden Abteilungen auf den Schultern der Assistenzärzte, in der Neurologie trotz Beteiligung des Chefarztes noch mehr als in der Psychiatrie.

Die Verteilung der Konsile nach Geschlechtern wird in den Tabellen 3 und 4 abgebildet.

Tabelle 3 Geschlechtsverteilung Psychiatrische Konsile

		Geschlecht		Gesamt
		Männer	Frauen	
Anfordernde Abteilung	Neuro	46	42	88
	Innere	40	50	90
	Chirurgie	15	22	37
	Gyn	0	6	6
	Beleg	1	0	1
	unklar	1	2	3
	intensiv	10	15	25
	ZPA	3	5	8
Gesamt		116	142	258
%		45 %	55 %	100 %

Tabelle 4 Geschlechtsverteilung Neurologische Konsile

		Geschlecht		Gesamt
		Männer	Frauen	
Anfordernde Abteilung	Psych	15	9	24
	Innere	76	92	168
	Chirurgie	42	54	96
	Gyn	0	27	27
	Beleg	7	5	12
	unklar	9	15	24
	intensiv	31	16	47
	ZPA	6	7	13
	Pädiatrie	4	3	7
	SKFP	11	1	12
	Fremdklinik	0	1	1
	sonstige	0	1	1
Gesamt		201	231	432
%		46,5 %	53,5 %	100 %

Tabelle 5 zeigt die Latenzen, also die Zeit von Anforderung bis zur Erbringung des Konsils in Tagen:

Tabelle 5 Latenzen im Überblick

		Erbringende Abteilung				Gesamt
		Psych		Neuro		
		Anzahl	%	Anzahl	%	
Latenz (in Tagen)	0	112	47,2	148	49,3	260
	1	53	22,3	70	23,4	123
	2	33	13,8	23	7,7	56
	3	20	8,4	19	6,3	39
	4	10	4,2	17	5,6	27
	5	7	2,9	17	5,6	24
	6	2	0,8	1	0,3	3
	7	1	0,4	0	0	1
	8	0	0	2	0,6	2
	9	0	0	1	0,3	1
	10	0	0	1	0,3	1
	12	0	0	1	0,3	1
	13	0	0	1	0,3	1
	Gesamt		238	100	301	100

69,5 % der psychiatrischen und 72,7 % der neurologischen Konsile wurden also entweder am Anforderungstag selbst oder am Folgetag erbracht.

Die Durchschnittslatenz bezogen auf alle anfordernden Abteilungen, beträgt bei den psychiatrischen Konsilen 1,15 d (Minimum 0, Maximum 7 d, Std.-Abw. 1,46), bei den neurologischen Konsilen 1,3 d (Minimum 0 d, Maximum 13 d, Std.-Abw. 1,98).

Aufgeschlüsselt nach den Zielabteilungen ergibt sich folgendes Bild:

Tabelle 6 Durchschnittslatenzen Psychiatrische Konsile

	n	MW	SA	Min	Max
Beleg	1	0	.	0	0
unklar	3	0	0	0	0
ZPA	8	0	0	0	0
Intensiv	25	0,04	0,2	0	1
Gyn	6	0,17	0,408	0	1
Chirurgie	37	0,97	1,323	0	7
Innere	79	1,46	1,448	0	5
Neuro	79	1,52	1,632	0	6
Gesamt	238	1,15	1,464	0	7

Am schnellsten sind die Psychiater damit (berücksichtigt man die Fallzahlen) in der ZPA und der Intensivstation zur Stelle; am meisten Zeit lassen sie sich bei Konsiliaruntersuchungen auf der Neurologie und der Inneren.

Tabelle 7 Durchschnittslatenzen Neurologische Konsile

	n	Mittelwert	SA	Minimum	Maximum
Fremdklinik	1	,00	.	0	0
sonstige	1	,00	.	0	0
ZPA	13	,08	,277	0	1
intensiv	38	,13	,343	0	1
unklar	7	,29	,488	0	1
Chirurgie	70	,79	1,273	0	5
Pädiatrie	5	1,00	1,732	0	4
Gyn	19	1,11	1,410	0	5
Psych	17	1,24	1,678	0	5
Innere	116	1,78	1,684	0	6
Beleg	4	2,50	2,082	0	5
SKfP	10	6,60	4,858	0	13
Gesamt	301	1,30	1,981	0	13

In Tabelle 7 wird deutlich, daß die Neurologen erwartungsgemäß am schnellsten zur ZPA und zur Intensivstation kommen, auch auf der Chirurgie relativ schnell vor Ort sind und deutlich länger als die Psychiater brauchen, um auf der Inneren zu erscheinen, wo das Hauptkontingent der Konsile zu leisten sind.

Im folgenden werden die Konsilanforderungsscheine ausschließlich nach formalen Kriterien betrachtet.

Auf der **Anfordererseite** sind folgende Daten von Interesse:

Sind auf dem Anforderungsschein die Patientendaten angegeben?

Tabelle 8 Angabe der Patientendaten auf Anforderungsschein für psychiatrische Konsile

		Patientendaten			Gesamt
		vollständig	teilweise	fehlend	
Anfordernde Abteilung	Neuro	78	7	3	88
	Innere	79	10	0	89
	Chirurgie	33	4	0	37
	Gyn	5	1	0	6
	Beleg	0	1	0	1
	unklar	0	2	2	4
	intensiv	23	2	0	25
	ZPA	0	6	2	8
Gesamt		218	33	7	258
%		84,5	12,8	2,7	100

Tabelle 9 Angabe der Patientendaten auf Anforderungsschein für neurologische Konsile

		Patientendaten			Gesamt
		vollständig	teilweise	fehlend	
Anfordernde Abteilung	Psych	18	6	0	24
	Innere	148	16	6	170
	Chirurgie	75	18	3	96
	Gyn	25	2	0	27
	Beleg	10	2	0	12
	unklar	1	20	3	24
	intensiv	32	10	6	48
	ZPA	1	11	1	13
	Pädiatrie	5	1	1	7
	SKFP	8	2	2	12
	Fremdklinik	1	0	0	1
	sonstige	0	1	0	1
	Gesamt		324	89	22
%		74,5	20,5	5,0	100

Dies bedeutet, daß auf 25,5% der neurologischen und auf 15,5% der psychiatrischen Konsilanforderungen die Personendaten lediglich teilweise oder überhaupt nicht angegeben waren.

Ist die Fragestellung auf der Konsilanforderung überhaupt erkennbar, bspw. leserlich?

Tabelle 10 Erkennbarkeit der Fragestellung Psychiatrische Konsilanforderungsscheine

		Fragestellung				Gesamt
		vorhanden	unklar	unleserlich	fehlend	
Anfordernde Abteilung	Neuro	65	4	8	11	88
	Innere	67	10	5	8	90
	Chirurgie	28	7	0	2	37
	Gyn	3	2	0	1	6
	Beleg	0	0	0	1	1
	unklar	2	1	0	1	4
	intensiv	18	1	0	6	25
	ZPA	4	0	0	4	8
Gesamt		187	25	13	34	259
%		72,2	9,7	5,0	13,1	100

Tabelle 11 Erkennbarkeit der Fragestellung Neurologische Konsilanforderungsscheine

		Fragestellung				Gesamt
		vorhanden	unklar	unleserlich	fehlend	
Anfordernde Abteilung	Psych	16	2	0	6	24
	Innere	128	20	3	19	170
	Chirurgie	63	12	14	7	96
	Gyn	20	4	0	3	27
	Beleg	6	1	3	2	12
	unklar	3	3	0	18	24
	intensiv	28	7	4	9	48
	ZPA	7	1	0	5	13
	Pädiatrie	5	0	0	2	7
	SKFP	12	0	0	0	12
	Fremdklinik	1	0	0	0	1
	sonstige	1	0	0	0	1
Gesamt		290	50	24	71	435
%		66,7	11,5	5,5	16,3	100

Bei den psychiatrischen Konsilanforderungen war somit immerhin zu 72,2 % eine Fragestellung erkennbar, bei den restlichen blieb diese unklar, war unleserlich oder fehlte ganz, auf den neurologischen Anforderungsscheinen war die Fragestellung nur in zwei Drittel der Fälle eindeutig erkennbar.

Ist auf dem Konsilschein der anfordernde Arzt ersichtlich?

Tabelle 12 Erkennbarkeit der anfordernden Arztes bei Psychiatrischen Konsilen

		Arzt anfordernd				Gesamt
		genannt	Unterschrift + genannt	nicht genannt	nur Unterschrift	
Anfordernde Abteilung	Neuro	10	57	9	12	88
	Innere	16	55	5	14	90
	Chirurgie	5	28	1	3	37
	Gyn	2	3	1	0	6
	Beleg	1	0	0	0	1
	unklar	0	1	2	1	4
	intensiv	0	11	5	9	25
	ZPA	0	4	4	0	8
Gesamt		34	159	27	39	259
%		13,1	61,4	10,4	15,1	100

Tabelle 13 Erkennbarkeit der anfordernden Arztes bei Neurologischen Konsilen

		Arzt anfordernd				Gesamt
		genannt	Unterschrift + genannt	nicht genannt	nur Unterschrift	
Anfordernde Abteilung	Psych	2	12	6	4	24
	Innere	35	110	8	17	170
	Chirurgie	11	78	6	1	96
	Gyn	1	19	3	4	27
	Beleg	4	5	3	0	12
	unklar	3	0	17	4	24
	intensiv	2	32	9	5	48
	ZPA	1	7	3	2	13
	Pädiatrie	0	3	2	2	7
	SKFP	1	7	0	4	12
	Fremdklinik	0	0	0	1	1
	sonstige	1	0	0	0	1
Gesamt		61	273	57	44	435
%		14,0	62,8	13,1	10,1	100

Nur auf 61,4 % der psychiatrischen bzw. 62,8 % der neurologischen Konsilanforderungen war der anfordernde Arzt namentlich genannt und hat den Schein unterschrieben.

Auf der **konsilerbringenden Seite** sieht es in formaler Hinsicht wie folgt aus:

Wie ist der Konsiltext formal aufgebaut, ist er überhaupt zu lesen?

Tabelle 14 Formaler Aufbau des Konsiltextes Psychiatrische Konsile

		Konsiltext formal				Gesamt
		leserlich	teilweise	weitgehend unleserlich	unleserlich	
Anfordernde Abteilung	Neuro	74	12	2	0	88
	Innere	79	7	4	0	90
	Chirurgie	31	5	1	0	37
	Gyn	5	1	0	0	6
	Beleg	1	0	0	0	1
	unklar	4	0	0	0	4
	intensiv	22	1	2	0	25
	ZPA	7	1	0	0	8
Gesamt		223	27	9	0	259
%		86,1	10,4	3,5	0	100

Tabelle 15 Formaler Aufbau des Konsiltextes Neurologische Konsile

		Konsiltext formal				Gesamt
		leserlich	teilweise	weitgehend unleserlich	unleserlich	
Anfordernde Abteilung	Psych	18	4	2	0	24
	Innere	76	63	29	2	170
	Chirurgie	71	17	8	0	96
	Gyn	15	9	3	0	27
	Beleg	8	0	4	0	12
	unklar	14	5	5	0	24
	intensiv	26	10	12	0	48
	ZPA	9	3	1	0	13
	Pädiatrie	4	2	1	0	7
	SKFP	10	2	0	0	12
	Fremdklinik	0	1	0	0	1
	sonstige	1	0	0	0	1
Gesamt		252	116	65	2	435
%		57,9	26,7	14,9	0,5	100

Die Psychiater brachten also immerhin 86,1 % als leserlich zu bezeichnende Konsile zustande, bei den Neurologen war dieser Anteil mit 57,9 % deutlich geringer.

Ist der konsilerbringende Arzt ersichtlich?

Tabelle 16 Nennung des konsilerbringenden Arztes Psychiatrische Konsile

		Arzt erbringend				Gesamt
		genannt	Unterschrift + genannt	nicht genannt	nur Unterschrift	
Anfordernde Abteilung	Neuro	8	13	0	67	88
	Innere	1	16	0	73	90
	Chirurgie	0	14	0	23	37
	Gyn	0	2	0	4	6
	Beleg	0	0	0	1	1
	unklar	0	1	0	3	4
	Intensiv	2	4	0	19	25
	ZPA	1	1	0	6	8
Gesamt		12	51	0	196	259
%		4,6	19,7	0	75,7	100

Tabelle 17 Nennung des konsilerbringenden Arztes Neurologische Konsile

		Arzt erbringend				Gesamt
		genannt	Unterschrift + genannt	nicht genannt	nur Unterschrift	
Anfordernde Abteilung	Psych	0	5	0	19	24
	Innere	1	90	1	78	170
	Chirurgie	0	66	0	30	96
	Gyn	1	10	1	15	27
	Beleg	0	7	0	5	12
	unklar	0	10	0	14	24
	Intensiv	0	27	0	21	48
	ZPA	0	5	0	8	13
	Pädiatrie	0	3	0	4	7
	SKFP	1	2	0	9	12
	Fremdklinik	0	1	0	0	1
	sonstige	0	1	0	0	1
	Gesamt		3	227	2	203
%		0,7	52,2	0,4	46,7	100

Auf den psychiatrischen Konsilen war das Kriterium „der erbringende Arzt ist genannt und hat unterschrieben“ nur zu 19,7 % erfüllt, bei den neurologischen hingegen zu 52,2 %.

Wurde durch den Konsiliarius ein Befund erstellt?

Tabelle 18 Vorhandensein Befund Psychiatrische Konsile

		Befund		Gesamt
		vorhanden	nicht vorhanden	
Anfordernde Abteilung	Neuro	79	9	88
	Innere	86	4	90
	Chirurgie	34	3	37
	Gyn	5	1	6
	Beleg	0	1	1
	unklar	3	1	4
	intensiv	24	1	25
	ZPA	8	0	8
Gesamt		239	20	259
%		92,3	7,7	100

Tabelle 19 Vorhandensein Befund Neurologische Konsile

		Befund		Gesamt
		vorhanden	nicht vorhanden	
Anfordernde Abteilung	Psych	20	4	24
	Innere	166	4	170
	Chirurgie	94	2	96
	Gyn	25	2	27
	Beleg	12	0	12
	unklar	24	0	24
	Intensiv	47	1	48
	ZPA	12	1	13
	Pädiatrie	7	0	7
	SKFP	12	0	12
	Fremdklinik	1	0	1
	sonstige	1	0	1
	Gesamt		421	14
%		96,8	3,2	100

In 92,3% der psychiatrischen und in 96,8 % der neurologischen Konsilfälle wurde ein Befund erstellt.

Wurde durch den Konsiliarius eine Diagnose gestellt?

Tabelle 20 Vorhandensein Diagnose Psychiatrische Konsile

		Diagnose		Gesamt
		gestellt	nicht gestellt	
Anfordernde Abteilung	Neuro	79	9	88
	Innere	84	6	90
	Chirurgie	33	4	37
	Gyn	6	0	6
	Beleg	1	0	1
	unklar	3	1	4
	Intensiv	22	3	25
	ZPA	7	1	8
Gesamt		235	24	259
%		90,7	9,3	100

Tabelle 21 Vorhandensein Diagnose Neurologische Konsile

		Diagnose		Gesamt
		gestellt	nicht gestellt	
Anfordernde Abteilung	Psych	17	7	24
	Innere	123	47	170
	Chirurgie	75	21	96
	Gyn	14	13	27
	Beleg	9	3	12
	unklar	16	8	24
	Intensiv	30	18	48
	ZPA	9	4	13
	Pädiatrie	4	3	7
	SKFP	11	1	12
	Fremdklinik	1	0	1
	sonstige	1	0	1
Gesamt		310	125	435
%		71,3	28,7	100

Der Anteil der mit einer eindeutigen Diagnose versehenen Konsile lag bei den Neurologen bei 71,3 %, bei den Psychiatern hingegen bei 90,7 %.

Wurde durch den Konsiliarius eine Therapieempfehlung ausgesprochen?

Tabelle 22 Vorhandensein Therapieempfehlung Psychiatrische Konsile

		Therapieempfehlung		Gesamt
		ja	nein	
Anfordernde Abteilung	Neuro	76	12	88
	Innere	81	9	90
	Chirurgie	33	4	37
	Gyn	6	0	6
	Beleg	1	0	1
	unklar	2	2	4
	Intensiv	23	2	25
	ZPA	6	2	8
Gesamt		228	31	259
%		88	12	100

Tabelle 23 Vorhandensein Therapieempfehlung Neurologische Konsile

		Therapieempfehlung		Gesamt
		ja	nein	
Anfordernde Abteilung	Psych	17	7	24
	Innere	106	64	170
	Chirurgie	64	32	96
	Gyn	16	11	27
	Beleg	5	7	12
	unklar	12	12	24
	intensiv	28	20	48
	ZPA	6	7	13
	Pädiatrie	5	2	7
	SKFP	9	3	12
	Fremdklinik	1	0	1
	sonstige	0	1	1
Gesamt		269	166	435
%		61,8	38,2	100

Der psychiatrische Konsiliarius sprach also in 88 % aller Konsilfälle eine Therapieempfehlung aus, der Neurologe hingegen lediglich in 61,8 % seiner Konsile.

Wurde durch den Konsiliarius die Übernahme in die eigene Abteilung empfohlen?

Tabelle 24 Übernahmeempfehlungen auf Psychiatrischen Konsilen

		Übernahmeempfehlung		Gesamt
		ja	nein	
Anfordernde Abteilung	Neuro	12	76	88
	Innere	16	74	90
	Chirurgie	6	31	37
	Gyn	0	6	6
	Beleg	0	1	1
	unklar	1	3	4
	Intensiv	7	18	25
	ZPA	1	7	8
Gesamt		43	216	259
%		16,6	83,4	100

Tabelle 25 Übernahmeempfehlungen auf Neurologischen Konsilen

		Übernahmeempfehlung		Gesamt
		ja	nein	
Anfordernde Abteilung	Psych	3	21	24
	Innere	22	148	170
	Chirurgie	8	88	96
	Gyn	1	26	27
	Beleg	1	11	12
	unklar	1	23	24
	Intensiv	2	46	48
	ZPA	1	12	13
	Pädiatrie	0	7	7
	SKFP	0	12	12
	Fremdklinik	0	1	1
	sonstige	0	1	1
	Gesamt		39	396
%		9,0	91,0	100

Die Psychiater empfahlen also auf 16,6 % ihrer Konsile eine Übernahme in die eigene Abteilung, die Neurologen lediglich bei 9 %.

Wurde vom Konsiliarius eine weiterführende Diagnostik empfohlen?

Tabelle 26 Diagnostikempfehlungen Psychiatrische Konsile

		Diagnostikempfehlung		Gesamt
		ja	nein	
Anfordernde Abteilung	Neuro	6	82	88
	Innere	16	74	90
	Chirurgie	0	37	37
	Gyn	0	6	6
	Beleg	0	1	1
	unklar	1	3	4
	Intensiv	3	22	25
	ZPA	2	6	8
Gesamt		28	231	259
%		10,8	89,2	100

Tabelle 27 Diagnostikempfehlungen Neurologische Konsile

		Diagnostikempfehlung		Gesamt
		ja	nein	
Anfordernde Abteilung	Psych	13	11	24
	Innere	117	53	170
	Chirurgie	57	39	96
	Gyn	13	14	27
	Beleg	9	3	12
	unklar	17	7	24
	Intensiv	32	16	48
	ZPA	9	4	13
	Pädiatrie	5	2	7
	SKFP	7	5	12
	Fremdklinik	1	0	1
	sonstige	1	0	1
Gesamt		281	154	435
%		64,6	35,4	100

Die Psychiater empfahlen also lediglich in 10,8 % der Fälle eine weiterführende Diagnostik, die Neurologen hingegen mit 64,6% in der Mehrzahl ihrer Konsilfälle.

Um die „formale Leistung“ der beiden untersuchten Abteilungen Neurologie und Psychiatrie hinsichtlich ihrer Konsilberbringung zu verdeutlichen und etwaige Unterschiede im Konsilgebaren beider Abteilungen besser darzustellen, seien die bislang genannten Ergebnisse in den Tabellen 28 bis 34 vergleichend zusammengestellt:

Tabelle 28 Vergleich Erbringernennungen Neurologie/Psychiatrie:

		Erbringende Abteilung				Gesamt
		Psych		Neuro		
		n	%	n	%	n
Arzt erbringend	genannt	12	4,6	3	0,7	15
	Unterschrift + genannt	51	19,7	227	52,2	278
	nicht genannt	0	0	2	0,5	2
	nur Unterschrift	196	75,7	203	46,6	399
Gesamt		259	100	435	100	694

Tabelle 29 Vergleich formaler Konsilaufbau Neurologie/Psychiatrie

		Erbringende Abteilung				Gesamt
		Psych		Neuro		
		n	%	n	%	
Konsiltext formal	leserlich	223	86,1	252	57,9	475
	teilw. leserlich	27	10,4	116	26,7	143
	weitgehend unleserlich	9	3,5	65	14,9	74
	unleserlich	0	0	2	0,5	2
Gesamt		259	100	435	100	694

Tabelle 30 Vergleich Befunderstellung Neurologie/Psychiatrie

		Erbringende Abteilung				Gesamt
		Psych		Neuro		
		n	%	n	%	
Befund	vorhanden	239	92,3	421	96,8	660
	nicht vorhanden	20	7,7	14	3,2	34
Gesamt		259	100	435	100	694

Tabelle 31 Vergleich Diagnosestellung Neurologie/Psychiatrie

		Erbringende Abteilung				Gesamt
		Psych		Neuro		
		n	%	n	%	
Diagnose	gestellt	235	90,7	310	71,3	545
	nicht gestellt	24	9,3	125	28,7	149
Gesamt		259	100	435	100	694

Tabelle 32 Vergleich Therapieempfehlung Neurologie/Psychiatrie

		Erbringende Abteilung				Gesamt
		Psych		Neuro		
		n	%	n	%	
Therapieempfehlung	ja	228	88	269	61,8	497
	nein	31	12	166	38,2	197
Gesamt		259	100	435	100	694

Tabelle 33 Vergleich Übernahmeempfehlung Neurologie/Psychiatrie

		Erbringende Abteilung				Gesamt
		Psych		Neuro		
		n	%	n	%	
Übernahmeempfehlung	ja	43	16,6	39	9,0	82
	nein	216	83,4	396	91,0	612
Gesamt		259	100	435	100	694

Tabelle 34 Vergleich Diagnostikempfehlung Neurologie/Psychiatrie

		Erbringende Abteilung				Gesamt
		Psych		Neuro		
		n	%	n	%	
Diagnostikempfehlung	ja	28	10,8	281	64,6	309
	nein	231	89,2	154	35,4	385
Gesamt		259	100	435	100	694

Zusammenfassend ergeben sich aus Tabelle 28 bis 34 folgende Befunde:

1. Hinsichtlich des formalen Konsilaufbaus war der neurologische Konsiliarier, welcher mit 52,2 % seine Konsile eindeutig mit Unterschrift und Nennung seines Namens im Klartext abschloß, in diesem Kriterium also korrekter als der Psychiater, welcher in über 75 % der Fälle lediglich seine Unterschrift ohne Klartextnennung seines Namens hinterließ.
2. In punkto Leserlichkeit waren die psychiatrischen Konsile hingegen den neurologischen eindeutig überlegen; in 96,5 % der Fälle waren diese gut bzw. weitgehend gut leserlich. Bei den Neurologen fanden sich immerhin 14,9 % als weitgehend unleserlich zu kategorisierende Konsile, zwei (0,5%) mußten gar als unleserlich eingestuft werden, als leserlich konnten hier nur 57,9 % der erbrachten Konsile erkannt werden.
3. Bei der Befunderstellung konnte hinwiederum kein Unterschied zwischen den Abteilungen gefunden werden; dieser war auf 92,3 % (Psychiatrie) bzw. 96,8 % (Neurologie) aller Konsile vorhanden.
4. Eine Diagnose stellte der Psychiater in 90,7 % der Fälle, der Neurologe mit 71,3 % jedoch deutlich seltener.
5. Auch hinsichtlich einer Therapieempfehlung war der Neurologe mit 61,8 % deutlich zurückhaltender als der Psychiater, der eine solche in 88 % seiner Konsile abgab.
6. Eine Empfehlung zur Übernahme des konsiliarisch untersuchten Patienten in die eigene Abteilung sprach der Neurologe mit 9 % deutlich seltener aus als der Psychiater, welcher dies in immerhin in 16,6 % seiner Konsilfälle tat.
7. Am deutlichsten unterschieden sich jedoch psychiatrische und neurologische Konsiliare im Hinblick auf eine weiterführende Diagnostik. Sprach sich der psychiatrische Konsiliarier lediglich in 10,8 % der Konsile hierfür aus, empfahl der Neurologe eine solche in fast zwei Drittel (64,6 %) seiner untersuchten Konsilfälle.

4. 2. Korrelationen

In einem weiteren Schritt wurde untersucht, wie die erfaßten Variablen miteinander in welcher Verbindung standen. Führt bspw. gut ausgefüllte Anforderungsscheine mit erkennbaren Patientendaten und hinreichend formulierten Fragestellungen zu besseren Ergebnissen hinsichtlich Befunderhebung, Diagnosestellung oder Therapieempfehlungen als schlecht ausgefüllte? Zu überprüfen war also die Hypothese, daß Anforderungsscheine minderer Güte zu schlechteren Konsilergebnissen führen als korrekt ausgefüllte Anforderungsscheine.

Die beiden folgenden Tabellen stellen den Zusammenhang zwischen formaler Fragestellung und dem Befund dar:

Tabelle 35 Zusammenhang Fragestellung – Befund psych. Konsile

		Befund		Gesamt
		vorhanden	nicht vorhanden	
Fragestellung	vorhanden	171	16	187
	unklar	25	0	25
	unleserlich	12	1	13
	fehlend	31	3	34
Gesamt		239	20	259

($X^2 = 2,33$; $df = 3$; n. s.; entspricht einem Korrelationswert $\Phi = 0,03$; $df = 1$)

Tabelle 36 Zusammenhang Fragestellung – Befund neurol. Konsile

		Befund		Gesamt
		vorhanden	nicht vorhanden	
Fragestellung	vorhanden	279	11	290
	unklar	47	3	50
	unleserlich	24	0	24
	fehlend	71	0	71
Gesamt		421	14	435

($X^2 = 4,70$; $df = 3$; n. s.; entspricht einem Korrelationswert $\Phi = 2,79$; $df = 1$)

Die Tabellen 35 und 36 zeigen, daß sich kein Zusammenhang zwischen formalem Aufbau der Fragestellung und der Befunderhebung darstellen ließ. Die Konsilleistung hinsichtlich Befunderhebung war unabhängig von einer vorhandenen, unklaren, unleserlichen oder gar fehlenden Fragestellung.

Die Beziehungen zwischen Fragestellung und Diagnosestellung bilden sich wie folgt ab:

Tabelle 37 Zusammenhang Fragestellung – Diagnose psych. Konsile

		Diagnose		Gesamt
		gestellt	nicht gestellt	
Fragestellung	vorhanden	170	17	187
	unklar	23	2	25
	unleserlich	11	2	13
	fehlend	31	3	34
Gesamt		235	24	259

($X^2 = 0,64$; $df = 3$; n. s.; entspricht einem Korrelationswert $\Phi = 0,02$; $df = 1$)

Tabelle 38 Zusammenhang Fragestellung – Diagnose neurol. Konsile

		Diagnose		Gesamt
		gestellt	nicht gestellt	
Fragestellung	vorhanden	210	80	290
	unklar	31	19	50
	unleserlich	15	9	24
	fehlend	54	17	71
Gesamt		310	125	435

($X^2 = 3,97$; $df = 3$; n. s.; entspricht einem Korrelationswert $\Phi = 0,02$; $df = 1$)

Die Tabellen 37 und 38 zeigen, daß auch kein Zusammenhang zwischen der „Güte der Fragestellung“ und der Stellung einer Diagnose durch den Konsilarzt bestand, es also unerheblich für die Diagnosestellung war, ob eine Fragestellung formuliert war.

Im folgenden wird der Zusammenhang zwischen Fragestellung und Therapieempfehlung dargestellt:

Tabelle 39 Zusammenhang Fragestellung – Therapieempfehlung psych. Konsile

		Therapieempfehlung		Gesamt
		ja	nein	
Fragestellung	vorhanden	161	26	187
	unklar	24	1	25
	unleserlich	12	1	13
	fehlend	31	3	34
Gesamt		228	31	259

($X^2 = 2,71$; $df = 3$; n. s.; entspricht einem Korrelationswert $\Phi = 1,28$; $df = 1$)

Tabelle 40 Zusammenhang Fragestellung – Therapieempfehlung neurol. Konsile

		Therapieempfehlung		Gesamt
		ja	nein	
Fragestellung	vorhanden	179	111	290
	unklar	29	21	50
	unleserlich	13	11	24
	fehlend	48	23	71
Gesamt		269	166	435

($X^2 = 1,91$; $df = 3$; n. s.; entspricht einem Korrelationswert $\Phi = 0,33$; $df = 1$)

Ein Zusammenhang zwischen Vorhandensein, Fehlen oder Unklarheit bei der Fragestellung und einer Therapieempfehlung durch den Konsilarzt ließ sich ebenfalls nicht herstellen. Eine fehlende Fragestellung führte nicht signifikant zu einer „Nicht-Therapieempfehlung“.

Folgende Zusammenhänge zwischen Fragestellung und Übernahmeempfehlung konnten dargestellt werden:

Tabelle 41 Zusammenhang Fragestellung – Übernahmeempfehlung psych. Konsile

		Übernahmeempfehlung		Gesamt
		ja	nein	
Fragestellung	vorhanden	30	157	187
	unklar	3	22	25
	unleserlich	2	11	13
	fehlend	8	26	34
Gesamt		43	216	259

($\chi^2 = 1,62$; $df = 3$; n. s.; entspricht einem Korrelationswert $\Phi = 0,77$; $df = 1$)

Tabelle 42 Zusammenhang Fragestellung – Übernahmeempfehlung neurol. Konsile

		Übernahmeempfehlung		Gesamt
		ja	nein	
Fragestellung	vorhanden	28	262	290
	unklar	6	44	50
	unleserlich	2	22	24
	fehlend	3	68	71
Gesamt		39	396	435

($\chi^2 = 2,70$; $df = 3$; n. s.; entspricht einem Korrelationswert $\Phi = 2,79$; $df = 1$)

Auch hier konnte kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Güte der Fragestellung und einer gegebenen oder nichtgegebenen Übernahmeempfehlung gesehen werden.

Der Zusammenhang zwischen Fragestellung und Diagnostikempfehlung stellt sich wie folgt dar:

Tabelle 43 Zusammenhang Fragestellung – Diagnostikempfehlung psych. Konsile

		Diagnostikempfehlung		Gesamt
		ja	nein	
Fragestellung	vorhanden	19	168	187
	unklar	3	22	25
	unleserlich	1	12	13
	fehlend	5	29	34
Gesamt		28	231	259

($X^2 = 0,78$; $df = 3$; n. s.; entspricht einem Korrelationswert $\Phi = 0,42$; $df = 1$)

Tabelle 44 Zusammenhang Fragestellung – Diagnostikempfehlung neurol. Konsile

		Diagnostikempfehlung		Gesamt
		ja	nein	
Fragestellung	vorhanden	186	104	290
	unklar	28	22	50
	unleserlich	14	10	24
	fehlend	53	18	71
Gesamt		281	154	435

($X^2 = 5,19$; $df = 3$; n. s.; entspricht einem Korrelationswert $\Phi = 1,54$; $df = 1$)

Auch ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Güte der Fragestellung und einer etwaigen Übernahmeempfehlung ließ sich nicht herstellen.

Wie wirkt sich die Latenz, also die Zeit zwischen Anforderung und Konsilerbringung auf Befund, Diagnose, Therapieempfehlung, Übernahmeempfehlung und Diagnostikempfehlung aus? Überprüft werden sollte die Vermutung, daß sich eine längere Latenz hinsichtlich dieser Variablen ungünstig auswirkt, „länger liegendebliebene Konsile“ hinsichtlich der Güte der Konsilleistung eine schlechtere Qualität aufweisen.

Korrelation Latenz – Befund:

Tabelle 45 Zusammenhang Latenz – Befund psych. Konsile

		Befund		Gesamt
		vorhanden	nicht vorhanden	
Latenz	0	99	13	112
	1	49	4	53
	2	32	1	33
	3	20	0	20
	4	8	2	10
	5	7	0	7
	6	2	0	2
	7	1	0	1
Gesamt		218	20	238

($X^2 = 7,28$; $df = 7$; n. s.; entspricht einem Korrelationswert $\Phi = 2,04$; $df = 1$)

Tabelle 46 Zusammenhang Latenz – Befund neurol. Konsile

		Befund		Gesamt	
		vorhanden	nicht vorhanden		
Latenz	0	146	2	148	
	1	65	5	70	
	2	23	0	23	
	3	19	0	19	
	4	17	0	17	
	5	16	1	17	
	6	1	0	1	
	8	2	0	2	
	9	1	0	1	
	10	1	0	1	
	12	1	0	1	
	13	1	0	1	
	Gesamt		293	8	301

($X^2 = 8,90$; $df = 11$; n. s.; entspricht einem Korrelationswert $\Phi = 0,06$; $df = 1$)

Tabellen 45 und 46 zeigen, daß sich die Latenz auf den Befund nicht auswirkte.

Korrelation Latenz – Diagnose:

Tabelle 47 Zusammenhang Latenz – Diagnose psych. Konsile

		Diagnose		Gesamt
		gestellt	nicht gestellt	
Latenz	0	97	15	112
	1	47	6	53
	2	33	0	33
	3	19	1	20
	4	10	0	10
	5	7	0	7
	6	2	0	2
	7	0	1	1
Gesamt		215	23	238

($X^2 = 17,36$; $df = 7$; n. s.; entspricht einem Korrelationswert $\Phi = 2,03$; $df = 1$)

Tabelle 48 Zusammenhang Latenz – Diagnose neurol. Konsile

		Diagnose		Gesamt	
		gestellt	nicht gestellt		
Latenz	0	104	44	148	
	1	44	26	70	
	2	20	3	23	
	3	14	5	19	
	4	15	2	17	
	5	8	9	17	
	6	1	0	1	
	8	2	0	2	
	9	1	0	1	
	10	1	0	1	
	12	1	0	1	
	13	1	0	1	
	Gesamt		212	89	301

($X^2 = 15,03$; $df = 11$; n. s.; entspricht einem Korrelationswert $\Phi = 1,03$; $df = 1$)

Auch ein Zusammenhang zwischen der Latenz und der Diagnosestellung konnte nicht hergestellt werden; die 9 nicht gestellten neurologischen Diagnosen am fünften Tag sind als statistische Ausreißer zu bewerten. Die Hypothese, daß, je längere Zeit vergeht, eine diagnostische Zuordnung unklarer oder schwieriger würde, läßt sich nicht verifizieren.

Korrelation Latenz – Therapieempfehlung:

Tabelle 49 Zusammenhang Latenz – Therapieempfehlung psych. Konsile

		Therapieempfehlung		Gesamt
		ja	nein	
Latenz	0	99	13	112
	1	42	11	53
	2	32	1	33
	3	18	2	20
	4	9	1	10
	5	7	0	7
	6	2	0	2
	7	1	0	1
Gesamt		210	28	238

($X^2 = 7,98$; $df = 7$; n. s.; entspricht einem Korrelationswert $\Phi = 1,57$; $df = 1$)

Tabelle 50 Zusammenhang Latenz – Therapieempfehlung neurol. Konsile

		Therapieempfehlung		Gesamt	
		ja	nein		
Latenz	0	91	57	148	
	1	39	31	70	
	2	14	9	23	
	3	8	11	19	
	4	13	4	17	
	5	8	9	17	
	6	0	1	1	
	8	0	2	2	
	9	1	0	1	
	10	1	0	1	
	12	1	0	1	
	13	1	0	1	
	Gesamt		177	124	301

($X^2 = 13,19$; $df = 11$; n. s.; entspricht einem Korrelationswert $\Phi = 0,04$; $df = 1$)

Der Zusammenhang zwischen der Latenz und der Therapieempfehlung war ebenfalls ein zufälliger; die 9 nicht gegebenen neurologischen Therapieempfehlungen am 5. Tag entsprechen den nicht gestellten Diagnosen.

Korrelation Latenz – Übernahmeempfehlung:

Tabelle 51 Zusammenhang Latenz – Übernahmeempfehlung psych. Konsile

		Übernahmeempfehlung		Gesamt
		ja	nein	
Latenz	0	21	91	112
	1	10	43	53
	2	3	30	33
	3	2	18	20
	4	0	10	10
	5	2	5	7
	6	0	2	2
	7	0	1	1
Gesamt		38	200	238

($X^2 = 5,97$; $df = 7$; n. s.; entspricht einem Korrelationswert $\Phi = 1,96$; $df = 1$)

Tabelle 52 Zusammenhang Latenz – Übernahmeempfehlung neurol. Konsile

		Übernahmeempfehlung		Gesamt
		ja	nein	
Latenz	0	8	140	148
	1	10	60	70
	2	4	19	23
	3	4	15	19
	4	5	12	17
	5	2	15	17
	6	0	1	1
	8	0	2	2
	9	0	1	1
	10	0	1	1
	12	0	1	1
	13	0	1	1
	Gesamt		33	268

($X^2 = 15,23$; $df = 11$; n. s.; entspricht einem Korrelationswert $\Phi = 2,51$; $df = 1$)

Erwartungsgemäß wurden Übernahmeempfehlungen in der Mehrzahl bei Konsilen ausgesprochen, welche zeitnah, also mit geringer Latenz, absolviert wurden. „Spät-übernahmeempfehlungen“ bei Konsilen, welche nach dem 5. Tag erfolgten, wurden weder durch die Psychiater noch die Neurologen ausgesprochen.

Korrelation Latenz – Diagnostikempfehlung:

Tabelle 53 Zusammenhang Latenz – Diagnostikempfehlung psych. Konsile

		Diagnostikempfehlung		Gesamt
		ja	nein	
Latenz	0	12	100	112
	1	8	45	53
	2	1	32	33
	3	4	16	20
	4	0	10	10
	5	0	7	7
	6	0	2	2
	7	0	1	1
Gesamt		25	213	238

($X^2 = 7,42$; $df = 7$; n. s.; entspricht einem Korrelationswert $\Phi = 0,93$; $df = 1$)

Tabelle 54 Zusammenhang Latenz – Diagnostikempfehlung neurol. Konsile

		Diagnostikempfehlung		Gesamt	
		ja	nein		
Latenz	0	106	42	148	
	1	42	28	70	
	2	14	9	23	
	3	11	8	19	
	4	12	5	17	
	5	11	6	17	
	6	1	0	1	
	8	1	1	2	
	9	0	1	1	
	10	1	0	1	
	12	1	0	1	
	13	0	1	1	
	Gesamt		200	101	301

($X^2 = 9,89$; $df = 11$; n. s.; entspricht einem Korrelationswert $\Phi = 1,29$; $df = 1$)

Die Empfehlung zu weiterführender Diagnostik war unabhängig von der Zeitnähe der Konsile zum Anforderungszeitpunkt und wurde, wie andernorts dargelegt, in der Mehrzahl der neurologischen Konsilfälle, von den Psychiatern hingegen seltener ausgesprochen.

Zusammenfassend läßt sich nach den Tabellen 45 bis 54 zeigen, daß lediglich die Übernahmeempfehlungen einen Zusammenhang mit der Latenz dahingehend aufweisen, daß sie bei den „Frühkonsilen“ (Tag 1 bis 5 nach Anforderung) ausgesprochen wurden, bei späteren Konsilen von beiden Fachgruppen jedoch nicht mehr. Die Kriterien Befund, Diagnose, Therapieempfehlung und Diagnostikempfehlung waren latenzunabhängig gleichmäßig verteilt.

Welche Zusammenhänge lassen sich ablesen zwischen dem formalem Konsilaufbau und Befund, Diagnose, Therapieempfehlung sowie Diagnostikempfehlung?

Formaler Konsilaufbau – Befunderhebung:

Tabelle 55 Zusammenhang Konsilaufbau – Befunderhebung psych. Konsile

		Befund		Gesamt
		vorhanden	nicht vorhanden	
Konsiltext formal	leserlich	205	18	223
	teilweise	26	1	27
	weitgehend unleserlich	8	1	9
Gesamt		239	20	259

($X^2 = 0,79$; $df = 2$; n. s.; entspricht einem Korrelationswert $\Phi = 0,93$; $df = 1$)

Tabelle 56 Zusammenhang Konsilaufbau – Befunderhebung neurol. Konsile

		Befund		Gesamt
		vorhanden	nicht vorhanden	
Konsiltext formal	leserlich	243	9	252
	teilweise	114	2	116
	weitgehend unleserlich	62	3	65
	unleserlich	2	0	2
Gesamt		421	14	435

($X^2 = 1,41$; $df = 3$; n. s.; entspricht einem Korrelationswert $\Phi = 0,002$; $df = 1$)

Formaler Konsilaufbau – Diagnosestellung:

Tabelle 57 Zusammenhang Konsilaufbau – Diagnosestellung psych. Konsile

		Diagnose		Gesamt
		gestellt	nicht gestellt	
Konsiltext formal	leserlich	203	20	223
	teilweise	23	4	27
	weitgehend unleserlich	9	0	9
Gesamt		235	24	259

($X^2 = 1,93$; $df = 2$; n. s.; entspricht einem Korrelationswert $\Phi = 0,006$; $df = 1$)

Tabelle 58 Zusammenhang Konsilaufbau – Diagnosestellung neurol. Konsile

		Diagnose		Gesamt
		gestellt	nicht gestellt	
Konsiltext formal	leserlich	184	68	252
	teilweise	78	38	116
	weitgehend unleserlich	46	19	65
	unleserlich	2	0	2
Gesamt		310	125	435

($X^2 = 2,11$; $df = 3$; n. s.; entspricht einem Korrelationswert $\Phi = 0,25$; $df = 1$)

Formaler Konsilaufbau – Therapieempfehlung:

Tabelle 59 Zusammenhang Konsilaufbau – Therapieempfehlung psych. Konsile

		Therapieempfehlung		Gesamt
		ja	nein	
Konsiltext formal	leserlich	197	26	223
	teilweise	23	4	27
	weitgehend unleserlich	8	1	9
Gesamt		228	31	259

($X^2 = 0,23$; $df = 2$; n. s.; entspricht einem Korrelationswert $\Phi = 0,06$; $df = 1$)

Tabelle 60 Zusammenhang Konsilaufbau – Therapieempfehlung neurol. Konsile

		Therapieempfehlung		Gesamt
		ja	nein	
Konsiltext formal	leserlich	147	105	252
	teilweise	71	45	116
	weitgehend unleserlich	49	16	65
	unleserlich	2	0	2
Gesamt		269	166	435

($X^2 = 7,62$; $df = 3$; n. s.; entspricht einem Korrelationswert $\Phi = 6,26$; $df = 1$)

Formaler Konsilaufbau – Übernahmeempfehlung:

Tabelle 61 Zusammenhang Konsilaufbau – Übernahmeempfehlung psych. Konsile

		Übernahmeempfehlung		Gesamt
		ja	nein	
Konsiltext formal	leserlich	32	191	223
	teilweise	8	19	27
	weitgehend unleserlich	3	6	9
Gesamt		43	216	259

($X^2 = 5,94$; $df = 2$; n. s.; entspricht einem Korrelationswert $\Phi = 5,56$; $df = 1$)

Tabelle 62 Zusammenhang Konsilaufbau – Übernahmeempfehlung neurol. Konsile

		Übernahmeempfehlung		Gesamt
		ja	nein	
Konsiltext formal	leserlich	22	230	252
	teilweise	14	102	116
	weitgehend unleserlich	3	62	65
	unleserlich	0	2	2
Gesamt		39	396	435

($X^2 = 3,09$; $df = 3$; n. s.; entspricht einem Korrelationswert $\Phi = 0,33$; $df = 1$)

Formaler Konsilaufbau – Diagnostikempfehlung:

Tabelle 63 Zusammenhang Konsilaufbau – Diagnostikempfehlung psych. Konsile

		Diagnostikempfehlung		Gesamt
		ja	nein	
Konsiltext formal	leserlich	25	198	223
	teilweise	1	26	27
	weitgehend unleserlich	2	7	9
Gesamt		28	231	259

($X^2 = 2,67$; $df = 2$; n. s.; entspricht einem Korrelationswert $\Phi = 0,003$; $df = 1$)

Tabelle 64 Zusammenhang Konsilaufbau – Diagnostikempfehlung neurol. Konsile

		Diagnostikempfehlung		Gesamt
		ja	nein	
Konsiltext formal	leserlich	150	102	252
	teilweise	77	39	116
	weitgehend unleserlich	52	13	65
	unleserlich	2	0	2
Gesamt		281	154	435

($X^2 = 10,84$; $df = 3$; n. s.; entspricht einem Korrelationswert $\Phi = 10,31$; $df = 1$)

Der formale Konsilaufbau hatte, wie die Tabellen 55 bis 64 zeigen, keinen Einfluß auf Befund, Diagnose, Therapieempfehlung sowie Diagnostikempfehlung. Formal bemängelbare Konsile waren somit inhaltlich nicht schlechter als korrekt ausgefüllte.

4. 3. Medizinische Inhalte der Konsile und deren Verteilung

Neben diesen formalen Aspekten wurde untersucht, worum es bei den geleisteten Konsilen inhaltlich geht. Hierfür wurden aus den vorhandenen Angaben retrospektiv Diagnosegruppen nach ICD 10 gebildet und die Konsilscheine dementsprechend ausgewertet. Für die psychiatrischen Patienten wurde zusätzlich das Item „Suizidalität“ diagnoseunabhängig erfaßt; für beide Abteilungen wurde darüber hinaus der „Erbringerstatus“ – (Chefarzt/Oberarzt oder Assistenzarzt) festgehalten.

Die diagnostischen Gruppierungen für die **Psychiatrie** zeigt Tabelle 65:

Tabelle 65 Erfasste Diagnosegruppen Psychiatrie

ICD 10	
----	Keiner Diagnosegruppe zuzuordnen
F00-F09	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
F10-F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F20-F29	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
F30-F39	Affektive Störungen
F40-F48	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
F50-F59	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
F60-F69	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F70-F79	Intelligenzminderung
F80-F89	Entwicklungsstörungen
F90-F98	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
F99	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen
----	Keine Suizidalität
----	Suizidalität
(X60-X84)	Vorsätzliche Selbstbeschädigung (Suizidversuch)

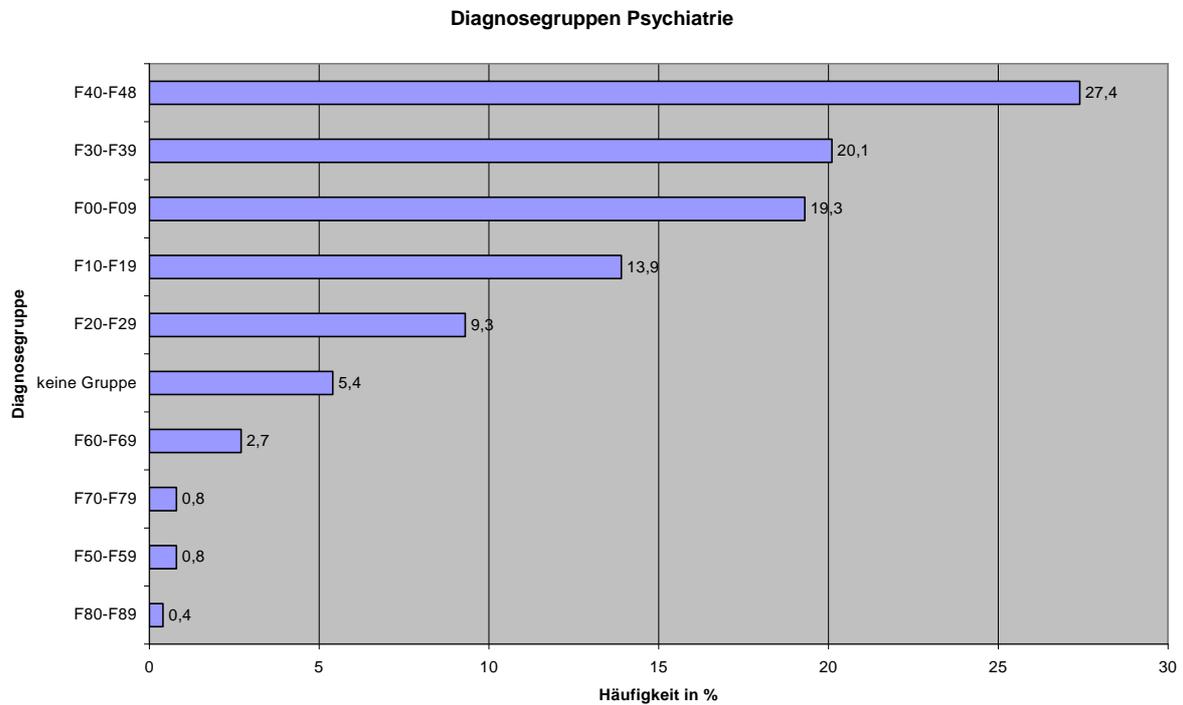
Die Diagnosegruppen für die **Neurologie** zeigt Tabelle 66:

Tabelle 66 Erfasste Diagnosegruppen Neurologie

I60-I69	Zerebrovaskuläre Krankheiten
G00-G09	Entzündliche Krankheiten des Zentralnervensystems
G10-G13	Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen
G20-G26	Extrapyramidale Krankheiten und Bewegungsstörungen
G30-G32	Sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems
G35-G37	Demyelinisierende Krankheiten des Zentralnervensystems
G40-G47	Episodische und paroxysmale Krankheiten des Nervensystems
G50-G59	Krankheiten von Nerven, Nervenwurzeln und Nervenplexus
G60-G64	Polyneuropathien und sonstige Krankheiten des peripheren Nervensystems
G70-G73	Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels
G80-G83	Zerebrale Lähmung und sonstige Lähmungssyndrome
G90-G99	Sonstige Krankheiten des Nervensystems
(A80-A89)	Virusinfektionen des Zentralnervensystems
C 70	Bösartige Neubildung der Meningen
C 71	Bösartige Neubildung des Gehirns
C 72	Bösartige Neubildung des Rückenmarkes, der Hirnnerven und anderer Teile des Zentralnervensystems
(R25-R29)	Symptome, die das Nervensystem und das Muskel-Skelett-System betreffen
(R50-R69)	Allgemeinsymptome
T36-50	Intoxikation
R40	Somnolenz, Stupor, Koma
S00 – S09	Verletzung des Kopfes (z. B. Commotio etc.)

4. 3. 1. Häufigkeiten Psychiatrie

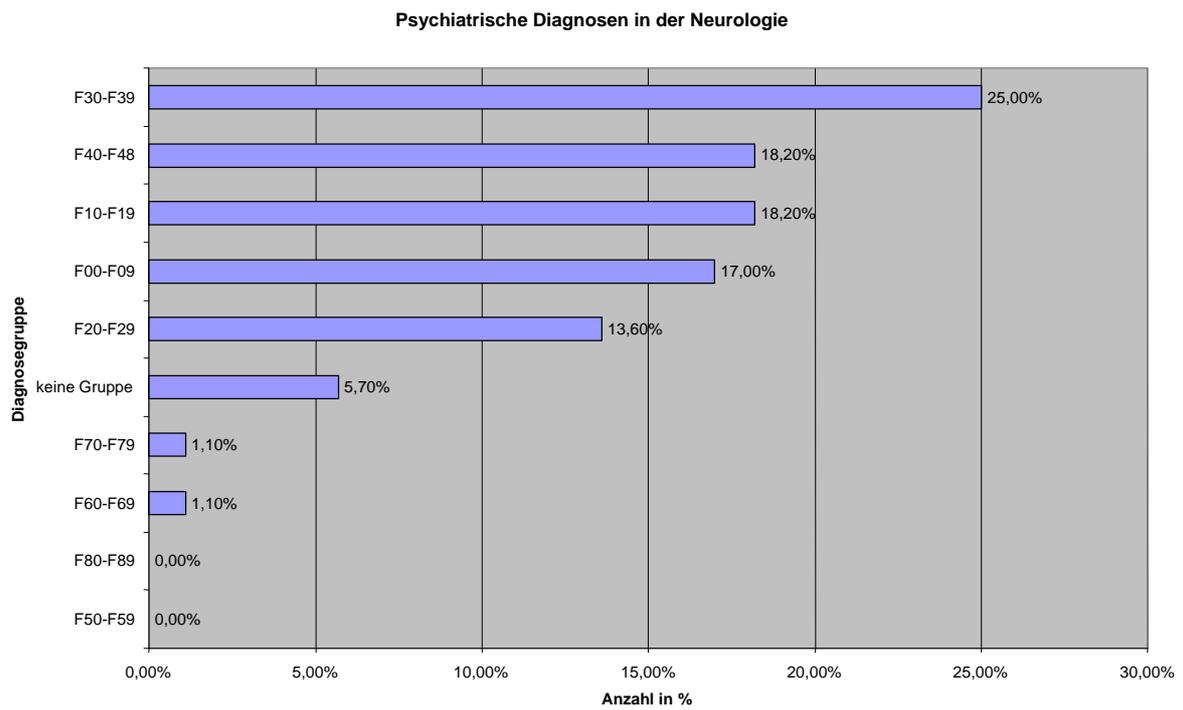
Abbildung 1 Häufigkeit Diagnosegruppen Psychiatrie



Die eindeutig größte Gruppe bei den untersuchten Patienten wurde, wie Abbildung 1 zeigt, den „neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen“ zugeordnet, gefolgt von den affektiven und den organischen Störungen. Erst an vierter Stelle kamen die Patienten mit Suchterkrankungen, gefolgt von den Patienten aus der F20-Reihe, also den psychotischen Störungen.

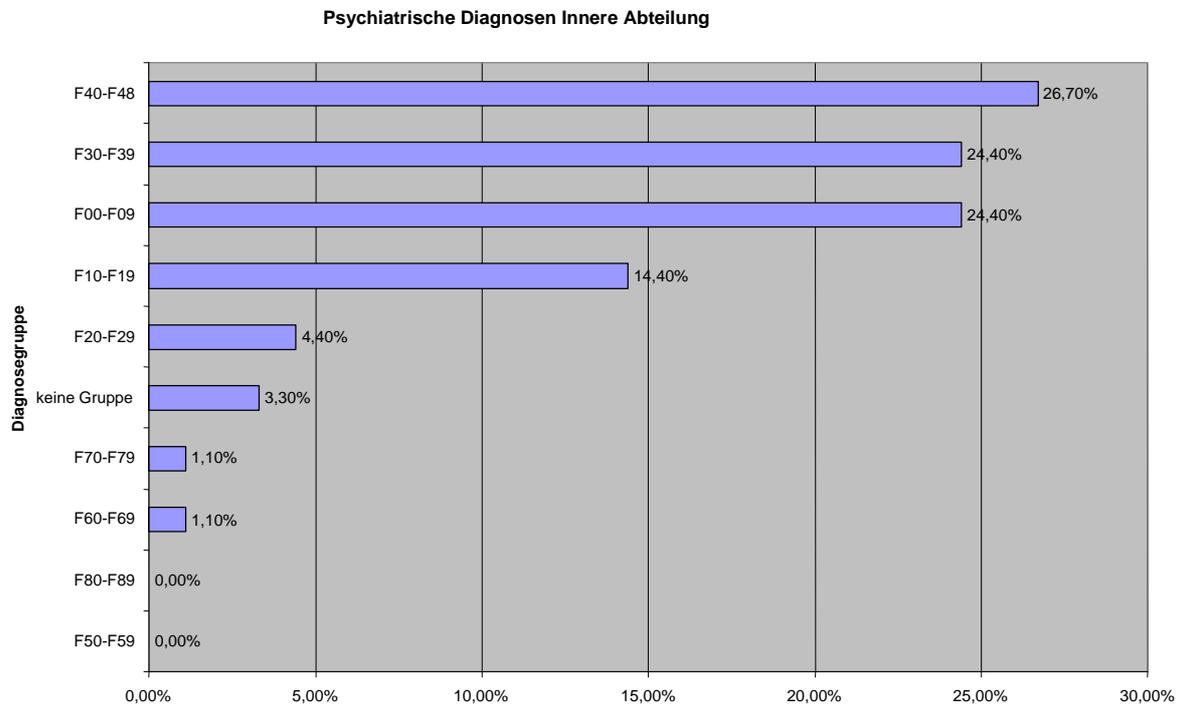
Aufgeschlüsselt nach den Abteilungen ergibt sich hier ein differenziertes Bild:

Abbildung 2 Häufigkeit psychiatrischer Diagnosegruppen bei neurologischen Patienten



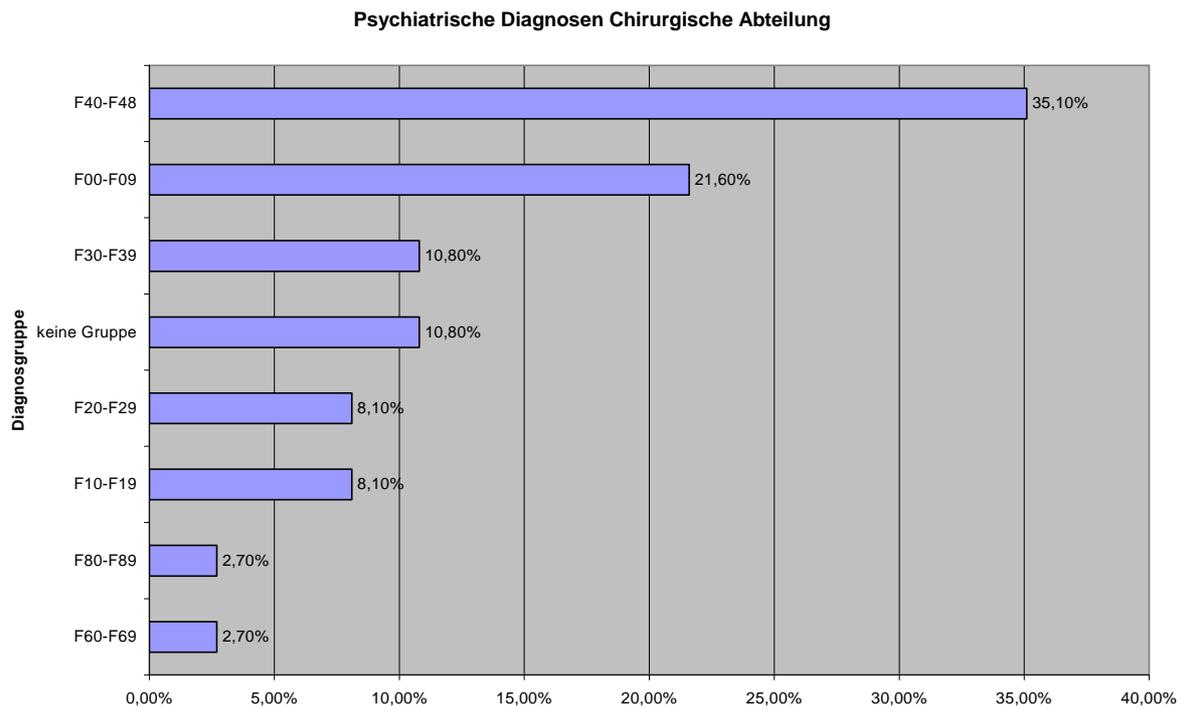
Die größte Gruppe ist in der Neurologie (Fallzahl n = 88) also die der affektiven Störungen, welche auch die Gruppe der Depressionen umfaßt.

Abbildung 3 Häufigkeit psychiatrischer Diagnosegruppen bei internistischen Patienten



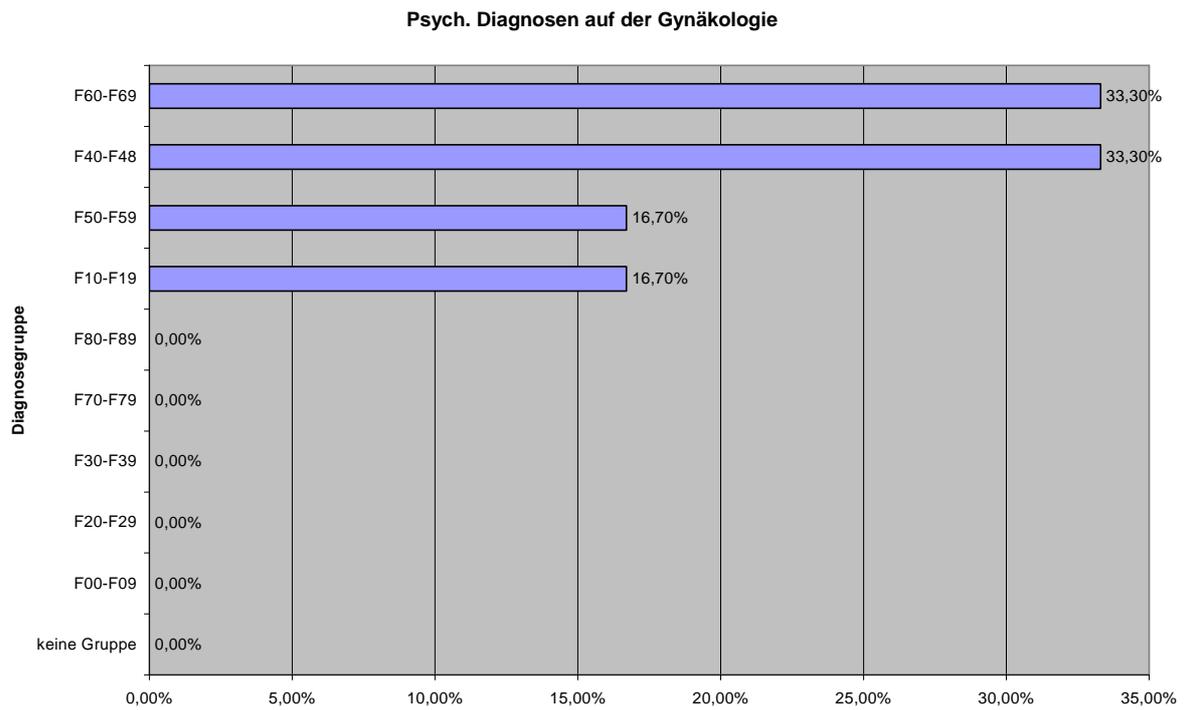
In der Inneren Abteilung (Fallzahl n = 90) sind wieder die F4er Diagnosen führend; die Abhängigkeitserkrankungen finden sich erst an vierter Stelle.

Abbildung 4 Häufigkeit psychiatrischer Diagnosegruppen bei chirurgischen Patienten



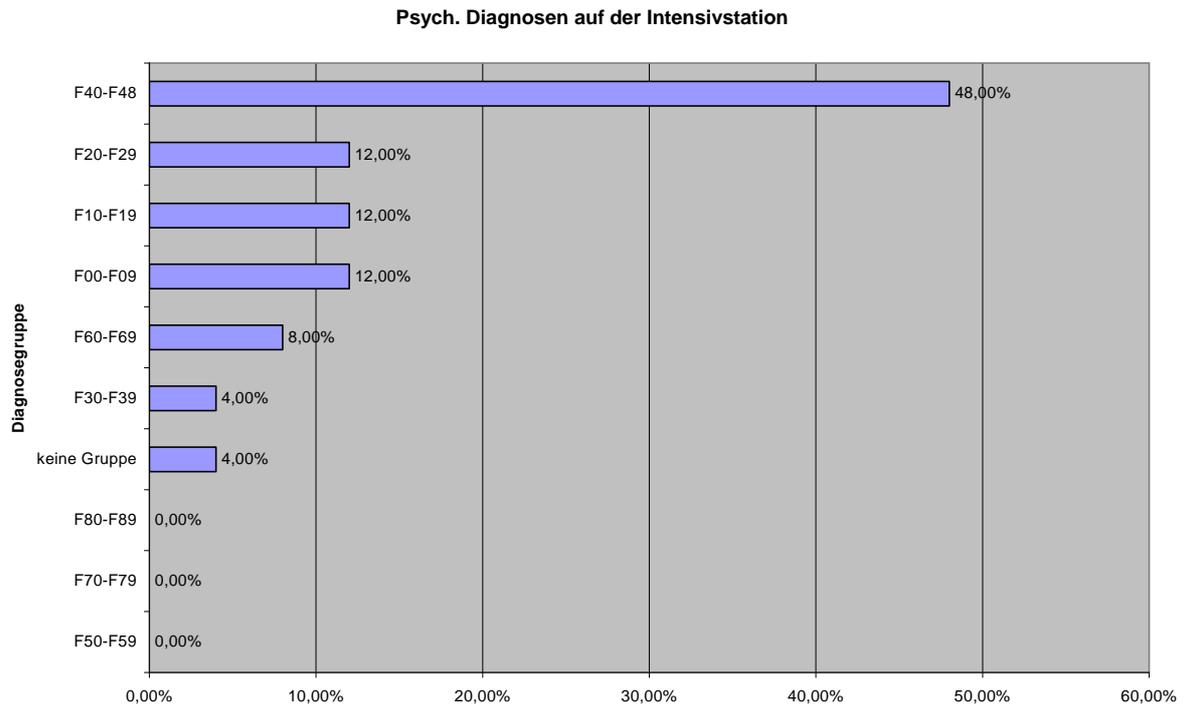
In der Chirurgie (Fallzahl 37) führen bei weitem die Belastungsstörungen im weiteren Sinne (F40 - 48), gefolgt von den organischen Störungen. Bemerkenswert auch hier, daß die Abhängigkeitsstörungen erst auf Platz 6 liegen.

Abbildung 5 Häufigkeit psychiatrischer Diagnosegruppen bei gynäkologischen Patientinnen



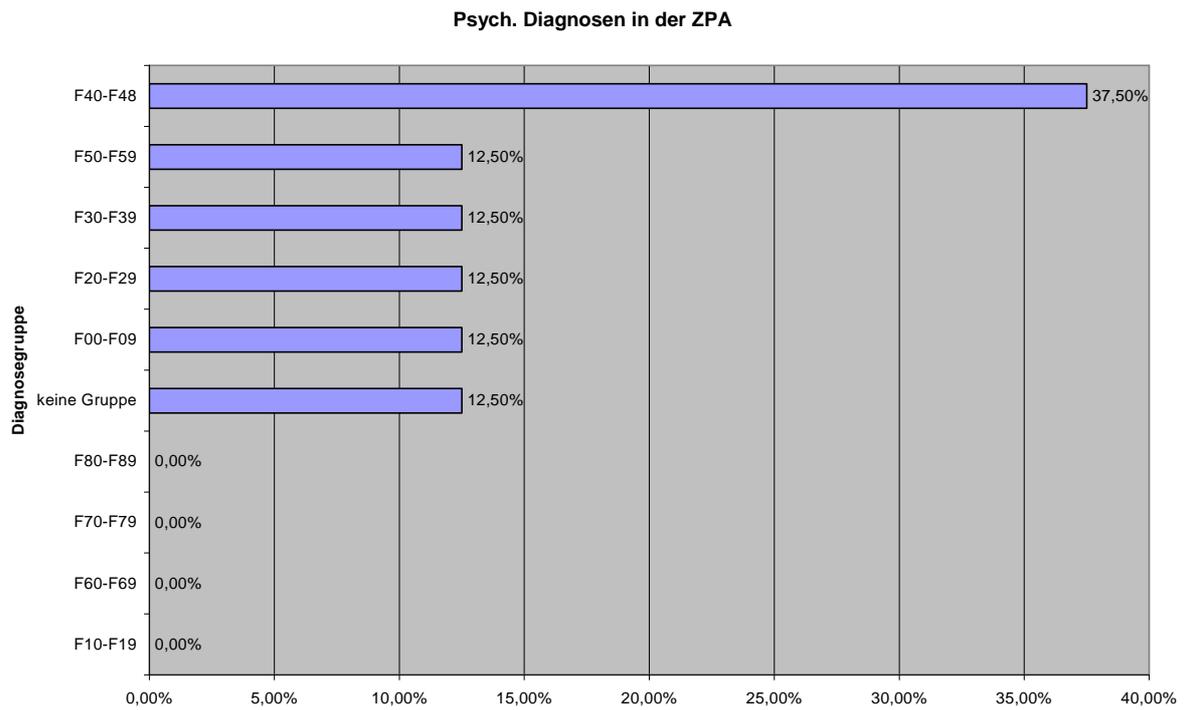
Bei einer sehr geringen Fallzahl (n= 6) auf der Gynäkologie kommt zu der F4-Gruppe erstmals die Gruppe F6 (Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen) hinzu.

Abbildung 6 Häufigkeit psychiatrischer Diagnosegruppen bei Patienten auf Intensivstation



Bei einer Fallzahl von 25 führen auf der Intensivstation wieder die Patienten aus der F4er Reihe, diesmal gefolgt von den psychotischen, den abhängigen und den organischen Patienten.

Abbildung 7 Häufigkeit psychiatrischer Diagnosegruppen in der Zentralen Patientenaufnahme



Auch in der Zentralen Patientenaufnahme waren bei einer Fallzahl von 8 die Patienten aus der F4er Reihe (neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen) wieder führend.

Setzt man die psychiatrischen Diagnosegruppen in Beziehung zu den einzelnen Abteilungen, will man also wissen, wie sich die diagnostischen Gruppen im Klinikum verteilen, ergibt sich folgendes Bild. Grau unterlegt ist in Tabelle 67 der Ort im Krankenhaus, wo die meisten Patienten aus einer Diagnosegruppe vorgefunden wurden.

Tabelle 67 Relative Diagnoseverteilung psychiatrischer Konsilfälle nach Abteilung

Diagnosegruppen		Anfordernde Abteilung								Gesamt
		Neuro	Innere	Chirurgie	Gyn	Beleg	unklar	intensiv	ZPA	
keine Gruppe	Anzahl	5	3	4	0	0	0	1	1	14
	% von Gruppe	35,7%	21,4%	28,6%	,0%	,0%	,0%	7,1%	7,1%	100,0%
F00-F09	Anzahl	15	22	8	0	0	1	3	1	50
	% von Gruppe	30,0%	44,0%	16,0%	,0%	,0%	2,0%	6,0%	2,0%	100,0%
F10-F19	Anzahl	16	13	3	1	0	0	3	0	36
	% von Gruppe	44,4%	36,1%	8,3%	2,8%	,0%	,0%	8,3%	,0%	100,0%
F20-F29	Anzahl	12	4	3	0	0	1	3	1	24
	% von Gruppe	50,0%	16,7%	12,5%	,0%	,0%	4,2%	12,5%	4,2%	100,0%
F30-F39	Anzahl	22	22	4	0	1	1	1	1	52
	% von Gruppe	42,3%	42,3%	7,7%	,0%	1,9%	1,9%	1,9%	1,9%	100,0%
F40-F48	Anzahl	16	24	13	2	0	1	12	3	71
	% von Gruppe	22,5%	33,8%	18,3%	2,8%	,0%	1,4%	16,9%	4,2%	100,0%
F50-F59	Anzahl	0	0	0	1	0	0	0	1	2
	% von Gruppe	,0%	,0%	,0%	50,0%	,0%	,0%	,0%	50,0%	100,0%
F60-F69	Anzahl	1	1	1	2	0	0	2	0	7
	% von Gruppe	14,3%	14,3%	14,3%	28,6%	,0%	,0%	28,6%	,0%	100,0%
F70-F79	Anzahl	1	1	0	0	0	0	0	0	2
	% von Gruppe	50,0%	50,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
F80-F89	Anzahl	0	0	1	0	0	0	0	0	1
	% von Gruppe	,0%	,0%	100,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
Gesamt	Anzahl	88	90	37	6	1	4	25	8	259
	% von Gruppe	34,0%	34,7%	14,3%	2,3%	,4%	1,5%	9,7%	3,1%	100,0%

Es zeigt sich nach Tabelle 67 eine diagnosegruppenunabhängige Verteilung der psychiatrischen Patienten im Klinikum mit jeweiliger Häufung in der inneren und neurologischen Abteilung.

Suizidalität:

Diagnosegruppenunabhängig wurde bei den psychiatrischen Konsilen das Item „Suizidalität“ erfaßt, wobei eine Differenzierung zwischen Z. n. Suizidversuch und noch vorhandener Suizidalität vorgenommen wurde.

Bei 5,4 % (n = 14) aller psychiatrisch konsiliarisch gesehenen Patienten (n= 259) lag ein Suizidversuch vor. Dennoch wurde lediglich bei 1,9 % (n= 5) der Fälle zum Zeitpunkt der Konsiluntersuchung noch eine Suizidalität gesehen. Bei 92,7 % der Patienten spielte das Thema Suizidalität keine Rolle.

Bei den erfolgten Suizidversuchen sah die Zuordnung zu den Diagnosegruppen wie folgt aus:

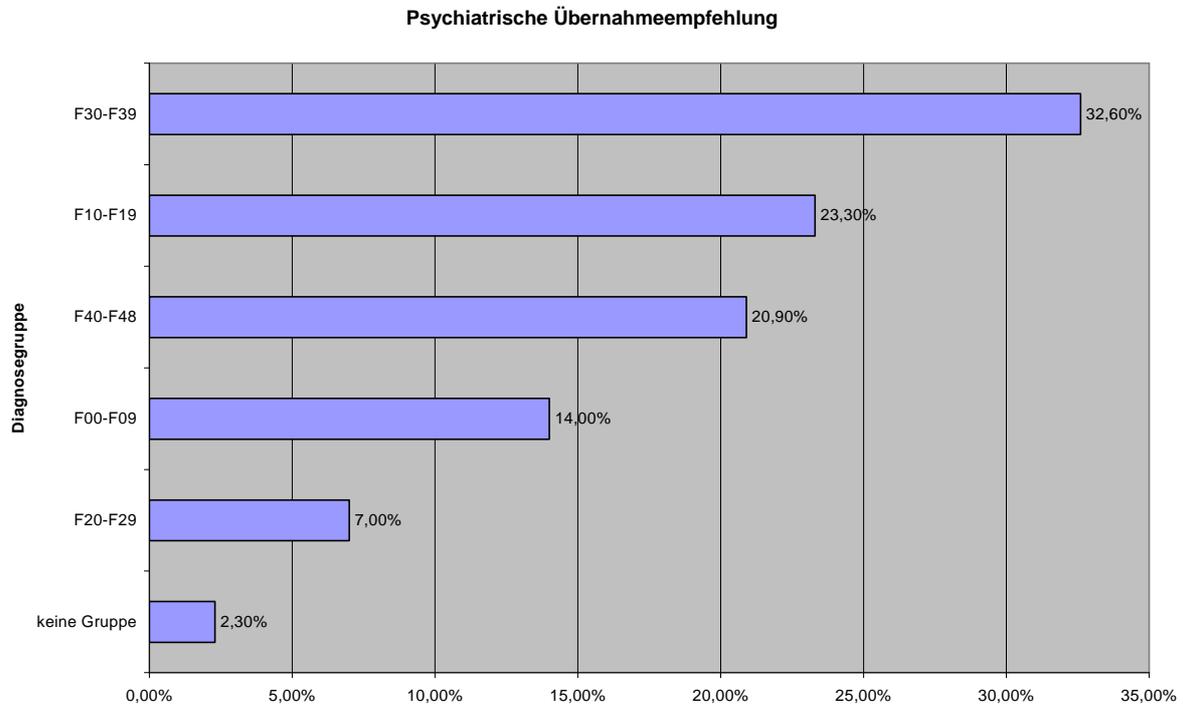
Tabelle 68 Suizidversuche nach Diagnosegruppen

Diagnosegruppe	Anzahl der Patienten n
F40-F48	9
F20-F29	2
F10-F19	1
F30-F39	1
F60-F69	1

11 der 14 Patienten wurden nach einem Suizidversuch auf der Intensivstation gesehen, die übrigen drei auf der Chirurgie.

Bei welchen Patienten sprach der psychiatrische Konsiliarius eine Übernahmeempfehlung aus?

Abbildung 8 Psychiatrische Übernahmeempfehlungen nach Diagnosegruppen



Die Übernahme empfahl der psychiatrische Konsiliarius in insgesamt 43 Fällen, entsprechend 16,6% der gesamten Konsiluntersuchungen. Der größte Anteil fiel dabei auf die affektiven Störungen, gefolgt von den Suchterkrankungen sowie den F4er Patienten.

Wie schnell erfolgte die psychiatrische Konsilerbringung in Beziehung zur diagnostizierten Störungsgruppe?

Tabelle 69 Beziehung zwischen Latenz und diagnostischer Zuordnung psych. Konsile

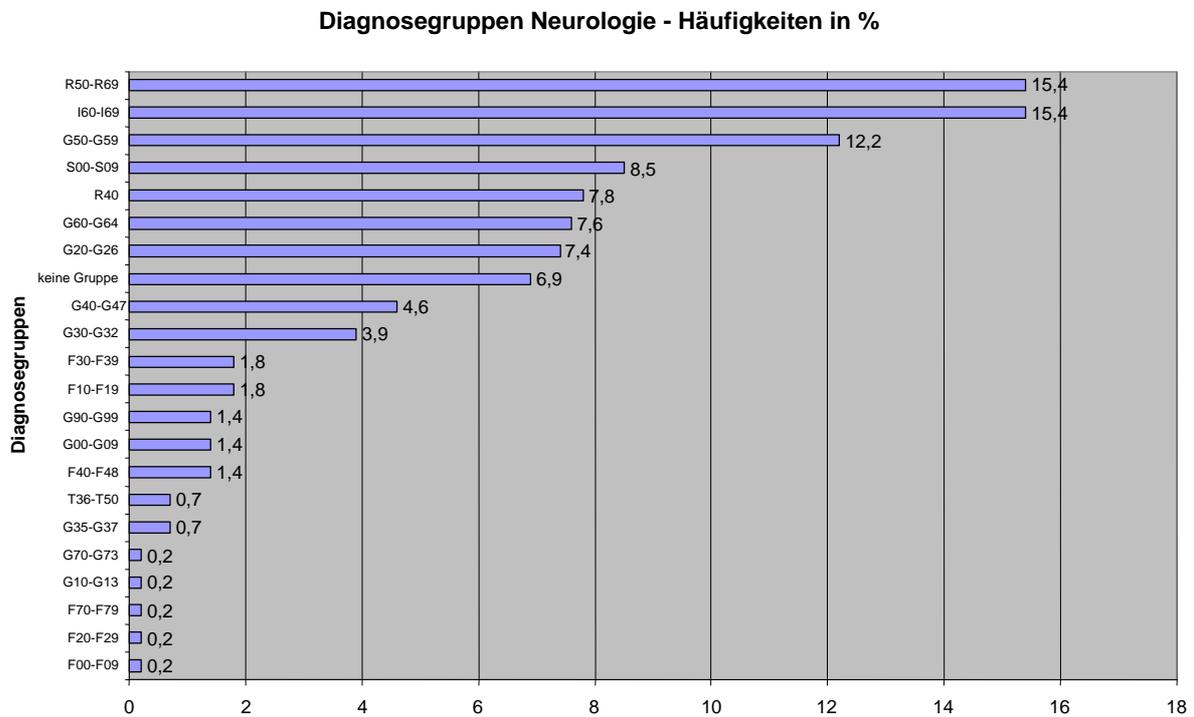
	n	Mittelwert	SA	Minimum	Maximum
F50-F59	2	0	0	0	0
F80-F89	1	0	.	0	0
F60-F69	7	0,71	1,113	0	3
F20-F29	21	0,86	1,526	0	6
F00-F09	45	0,91	1,221	0	4
F70-F79	1	1	.	1	1
F40-F48	67	1,01	1,409	0	5
F10-F19	31	1,48	1,61	0	6
F30-F39	49	1,49	1,543	0	5
keine Gruppe	14	1,5	1,829	0	7
Gesamt	238	1,15	1,464	0	7

(F = 1,133; df₁ = 9; df₂ = 228; n. s.)

Am schnellsten – im Mittel nach 0,71 Tagen - wurden demnach Patienten mit Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen konsiliarisch gesehen, gefolgt von Patienten mit einer psychotischen Störung aus der F2er Gruppe – 0,86 Tage Latenz -, am längsten brauchten die Patienten ohne Gruppenzugehörigkeit und diejenigen mit einer affektiven Störung, bis sie den Psychiater zu Gesicht bekamen. Im Durchschnitt brauchte es 1,15 Tage nach Anmeldung, bis das angeforderte psychiatrische Konsil erledigt worden war. Eine Signifikanz dieser Daten war nicht gegeben.

4. 3. 2. Häufigkeiten Neurologie

Abbildung 9 Häufigkeit Diagnosegruppen Neurologie

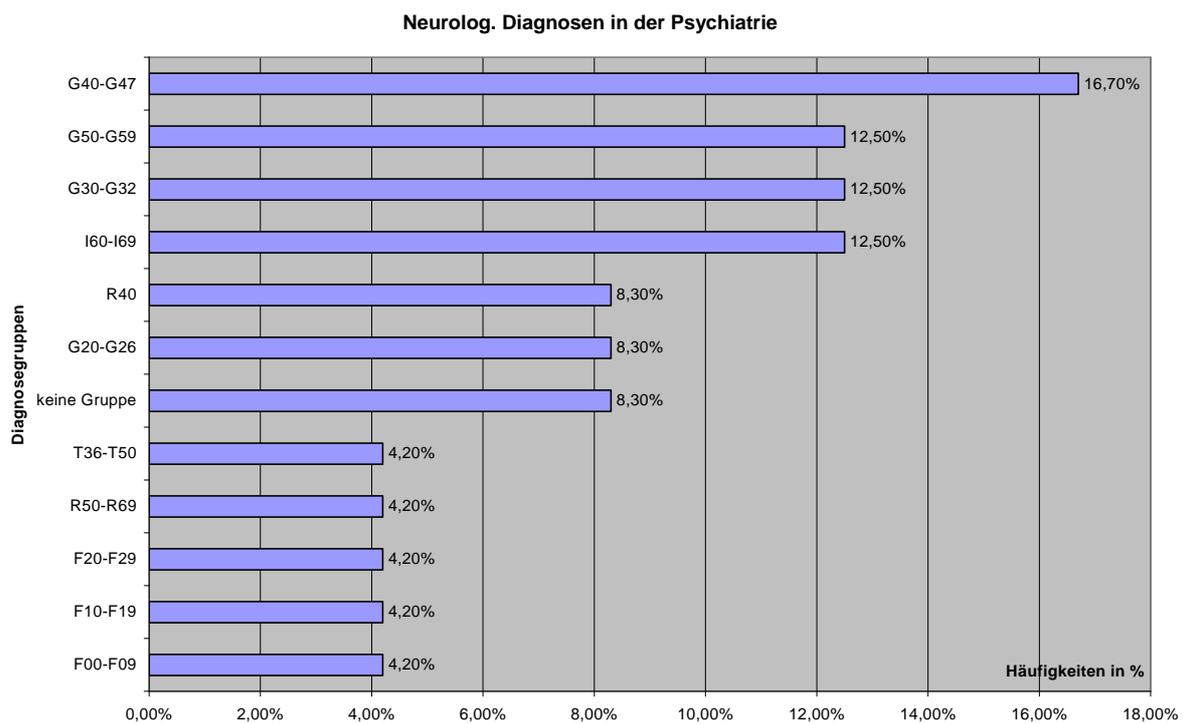


Bei einer Gesamtzahl von insgesamt 435 neurologischen Konsilfällen entfiel die größte Gruppe mit 15,4 % neben den cerebrovaskulären Ereignissen (ebenfalls 15,4%) auf die der Allgemeinsymptome wie Fieber, unklarer Schmerz, Synkope etc.

Am dritthäufigsten waren die peripher-neurologischen Erkrankungen (Nerven, Nervenwurzeln und Plexus) mit 12,2%, gefolgt von Verletzungen des Kopfes (einschl. Commotio) mit 8,5% und der Gruppe der quantitativen Bewußtseinsstörungen (Somnolenz, Stupor, Koma) mit 7,8%.

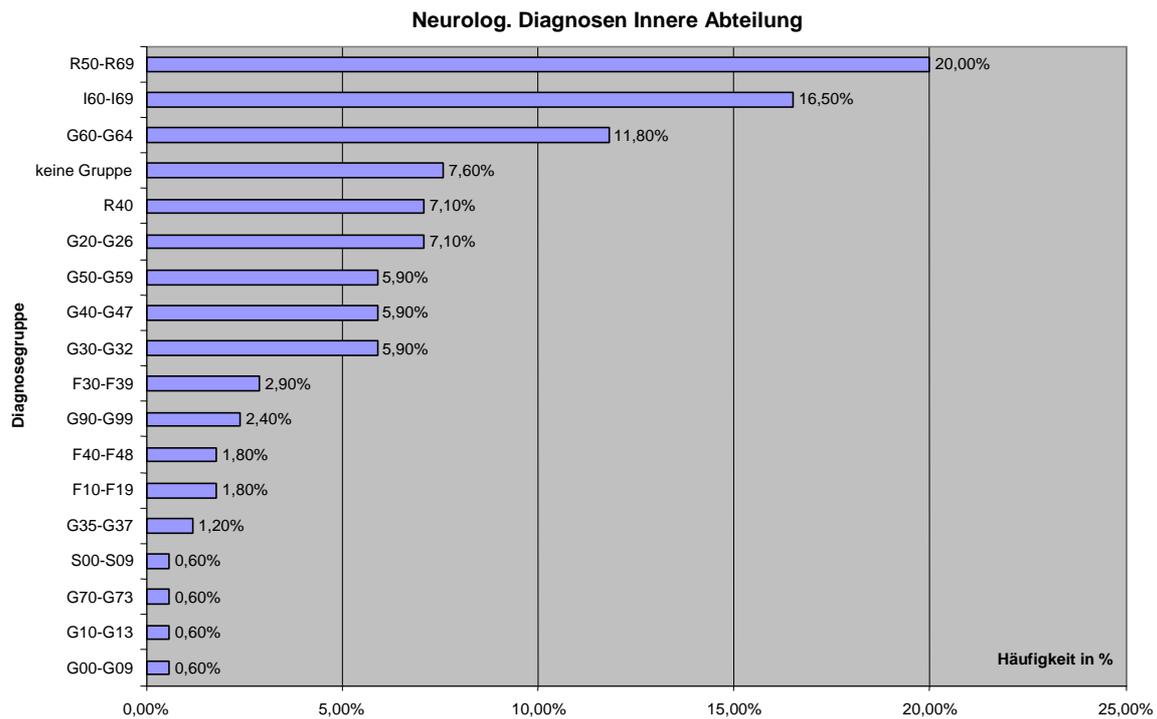
Aufgeschlüsselt nach den einzelnen Abteilungen, ergibt sich das in den nachfolgenden Abbildungen dargestellte Bild.

Abbildung 10 Häufigkeit neurologischer Diagnosegruppen bei psychiatrischen Patienten



Bei den insgesamt 24 neurologischen Konsilen in der psychiatrischen Abteilung entfiel die größte Gruppe auf die Anfallsereignisse, gefolgt von den peripheren Erkrankungen sowie den cerebrovaskulären Krankheiten. Die übrigen Diagnosen verteilten sich wie in der Tabelle angegeben.

Abbildung 11 Häufigkeit neurologischer Diagnosegruppen bei internistischen Patienten

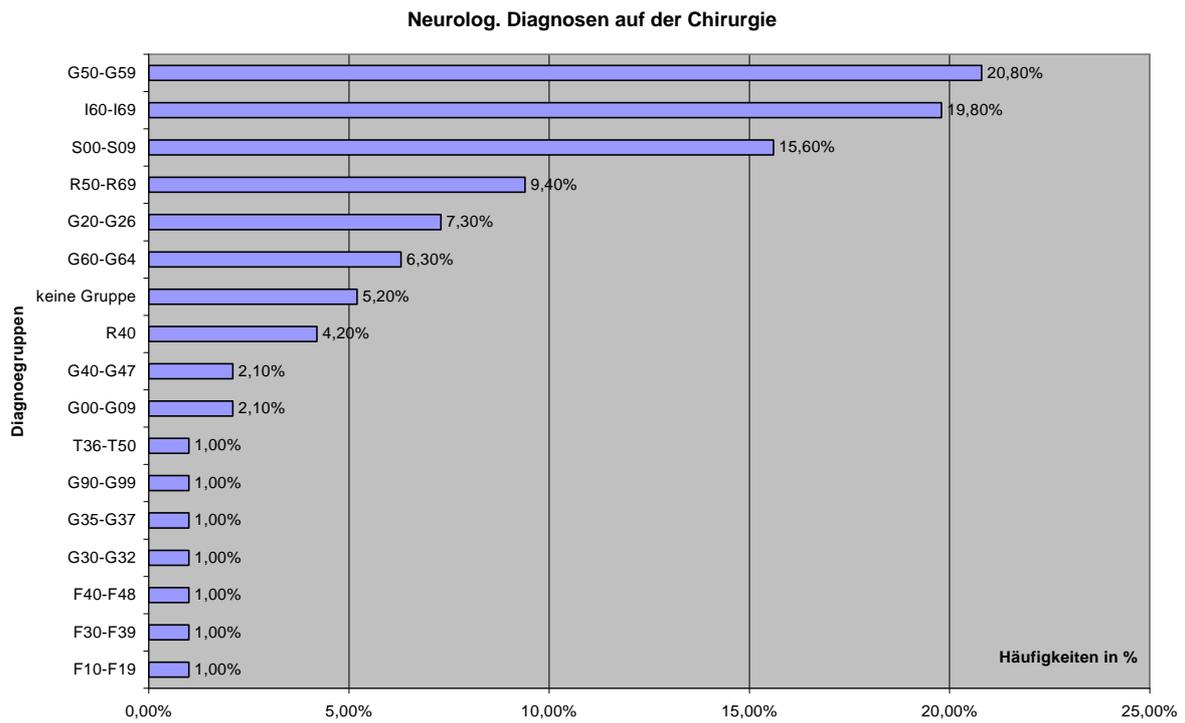


In der Inneren Abteilung wurden insgesamt 170 Patienten neurologisch untersucht, die Hauptgruppe bildeten hier die der Allgemeinsymptome.

Am zweithäufigsten waren die cerebrovaskulären Ereignisse, gefolgt von den Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems.

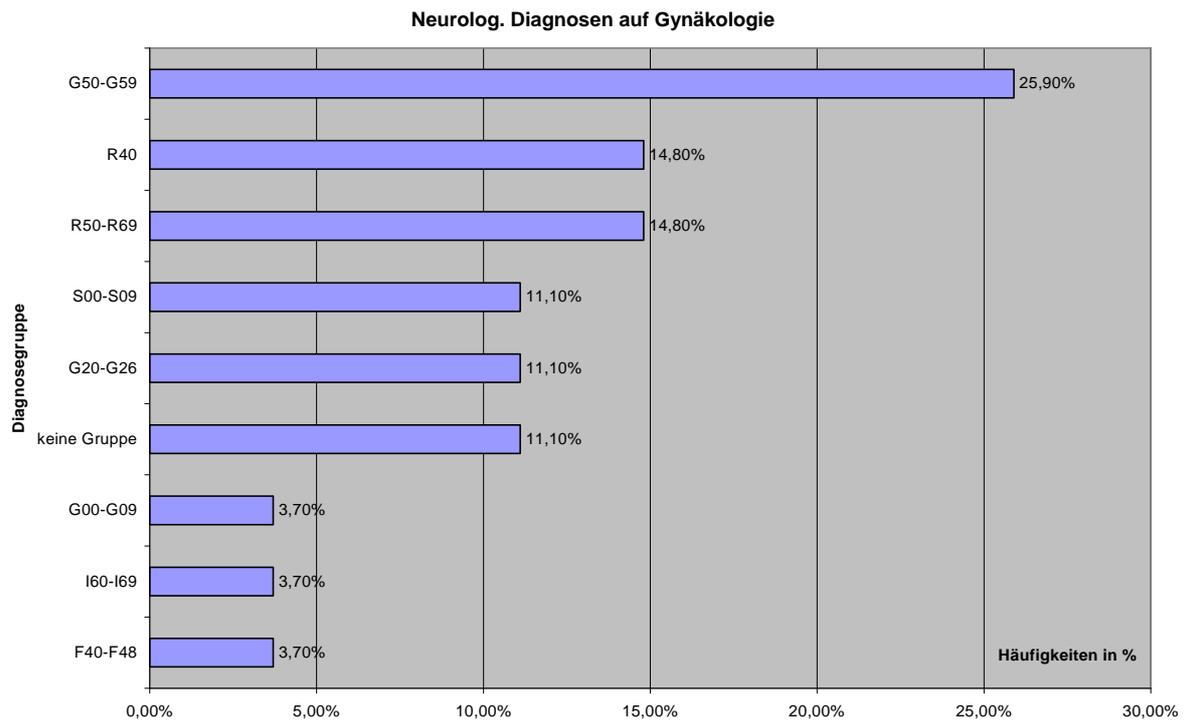
Die nichtgruppierbaren Diagnosen lagen hier mit 7,6% bereits an vierter Stelle.

Abbildung 12 Häufigkeit neurologischer Diagnosegruppen bei chirurgischen Patienten



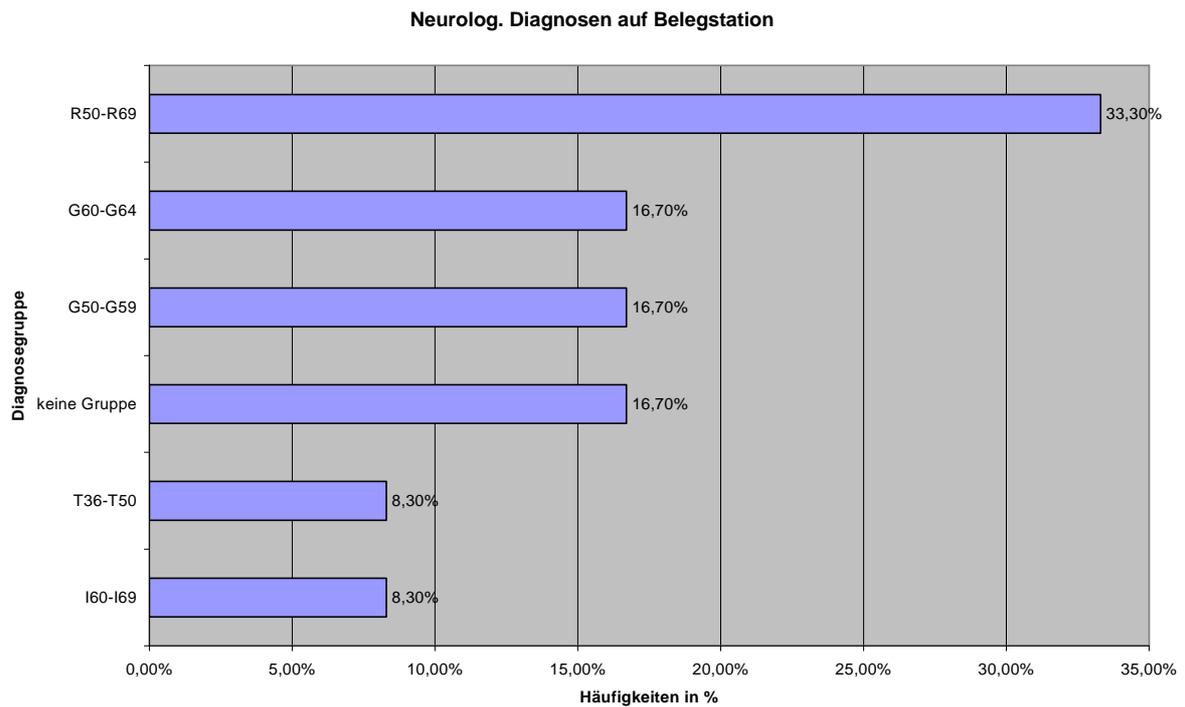
Auf der Chirurgie führten mit 20,8% die Nerven-, Nervenwurzel- und Plexus-Erkrankungen, gefolgt von den vaskulären Zerebralereignissen mit 19,8% und den Verletzungen des Kopfes (15,6%) Die Gesamtzahl der Konsile betrug 96.

Abbildung 13 Häufigkeit neurologischer Diagnosegruppen bei gynäkologischen Patientinnen



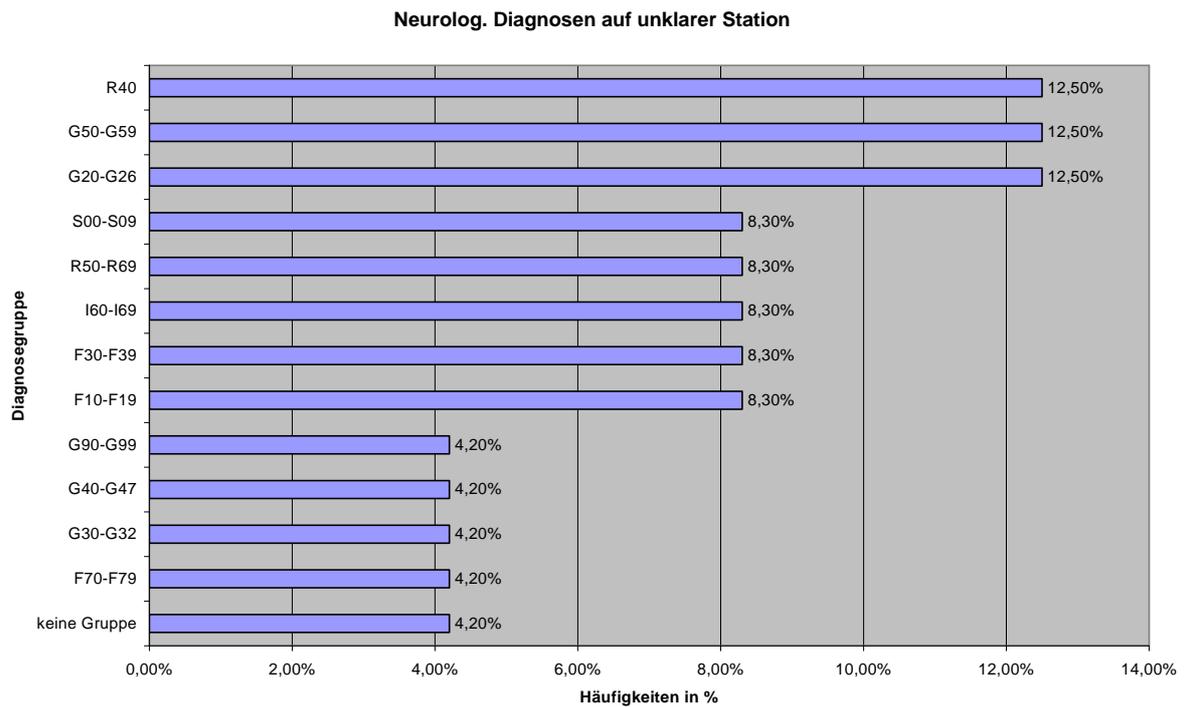
Von den 27 neurologischen Konsilen in der Gynäkologie entfiel die größte Gruppe (25,9%) auf die peripher-neurologischen Erkrankungen, gefolgt von Somnolenz, Stupor und Koma mit 14,8% und den Allgemeinsymptomen (ebenfalls 14,8%).

Abbildung 14 Häufigkeit neurologischer Diagnosegruppen bei Patienten auf der Belegstation



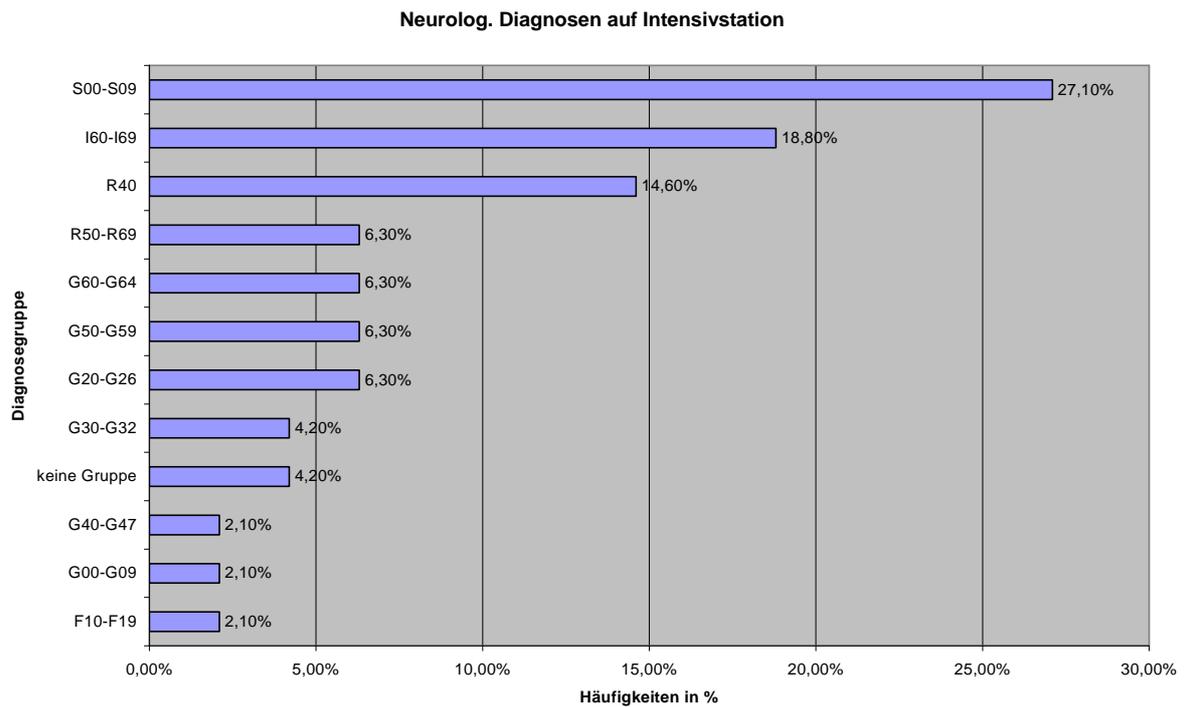
Von den 12 Fällen auf der Belegstation entfiel ein Drittel auf die Allgemeinsymptome, der Rest verteilte sich wie in Abbildung 14 angegeben.

Abbildung 15 Häufigkeit neurologischer Diagnosegruppen auf unklarer Station



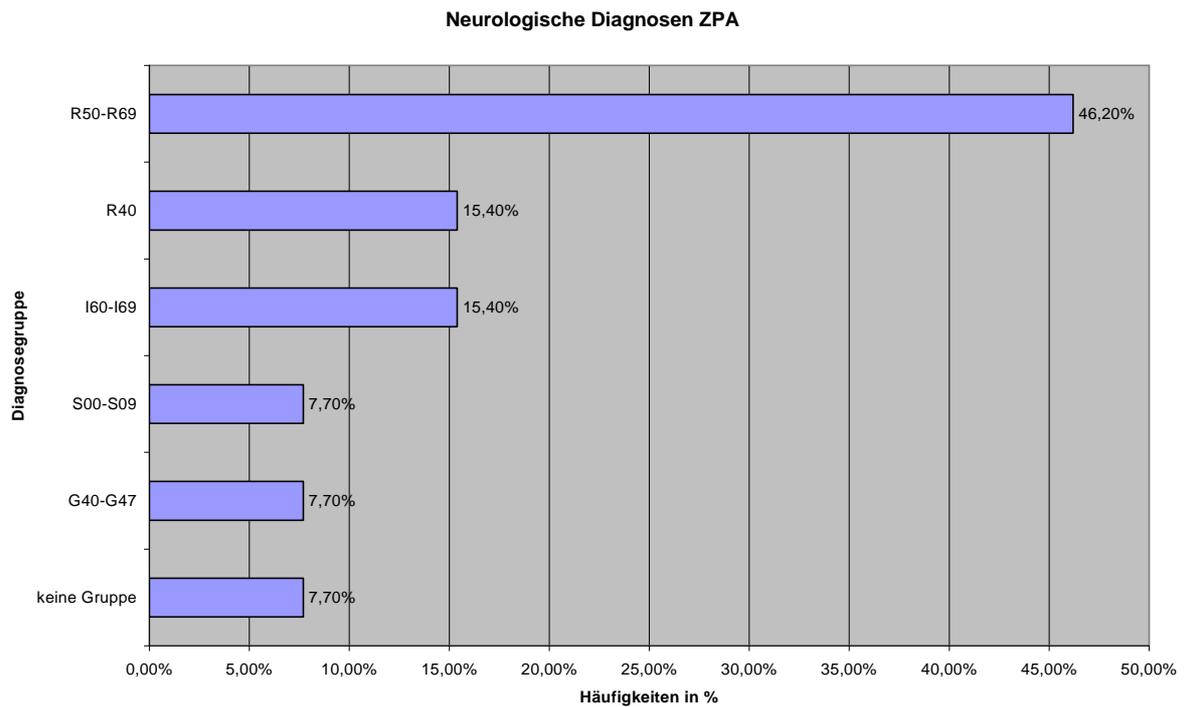
Bei den 24 Fällen, bei denen sich die anfordernde Abteilung nicht rekonstruieren ließ, war die Verteilung wie aus Abbildung 15 ersichtlich eine gleichmäßige.

Abbildung 16 Häufigkeit neurologischer Diagnosegruppen bei Patienten auf der Intensivstation



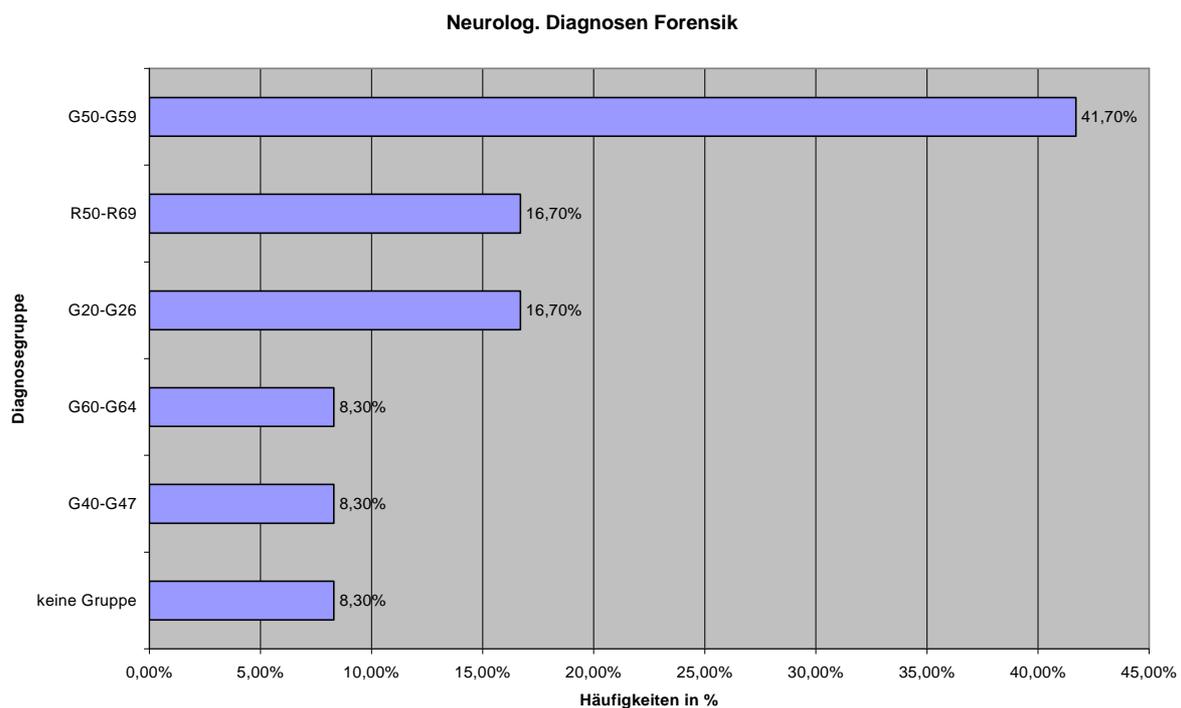
Auf der Intensivstation führten mit 27,10% die Kopfverletzungen, gefolgt von den cerebrovaskulären Ereignissen (18,8%) sowie den Bewußtseinsstörungen mit 14,6%. Die Gesamtfallzahl auf Intensivstation betrug 48.

Abbildung 17 Häufigkeit neurologischer Diagnosegruppen in der Zentralen Patientenaufnahme



Knapp die Hälfte der 13 in der zentralen Patientenaufnahme neurologisch gesehe-
nen Patienten litt an Allgemeinsymptomen (46,2%), gefolgt von Bewußtseinstörun-
gen und cerebrovaskulären Ereignissen (jeweils 15,4%).

Abbildung 18 Häufigkeit neurologischer Diagnosegruppen bei forensischen Patienten



Aus der neben dem Schwerpunktkrankenhaus gelegenen Forensischen Klinik wurden im Indexzeitraum 12 Patienten neurologisch gesehen, davon handelte es sich bei einem Großteil (41,7%) um Erkrankungen von Nerven, Nervenwurzeln und Plexus. Die übrige Verteilung ist der Tabelle zu entnehmen.

Aus einer Fremdklinik wurde ein Fall gesehen, welcher der Gruppe I 60 – I 69 (zerebrovaskuläre Erkrankungen) zugeordnet wurde.

Aus der nachfolgenden Tabelle Nr. 70 lässt sich – analog zu Tabelle 67 bezüglich der psychiatrischen Patientenverteilung - ablesen, wie sich die neurologischen Erkrankungen auf die unterschiedlichen konsilianfordernden Abteilungen verteilen. Grau unterlegt ist jeweils die führende Abteilung der jeweiligen neurologischen Erkrankung. Es zeigt sich eine gleichmäßige Verteilung der neurologischen Störungsbilder.

Tabelle 70 Relative Diagnoseverteilung neurologischer Konsilfälle nach Abteilung

Anfordernde Abteilung

Diagnosegruppen		Psych	Innere	Chirurgie	Gyn	Beleg	unklar	Intensiv	ZPA	Pädiatrie	SKIP	Gesamt
keine Gruppe	Anzahl	2	13	5	3	2	1	2	1	0	1	30
	% von Gruppe	6,7%	43,3%	16,7%	10,0%	6,7%	3,3%	6,7%	3,3%	,0%	3,3%	100,0%
F00-F09	Anzahl	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	% von Gruppe	100,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
F10-F19	Anzahl	1	3	1	0	0	2	1	0	0	0	8
	% von Gruppe	12,5%	37,5%	12,5%	,0%	,0%	25,0%	12,5%	,0%	,0%	,0%	100,0%
F20-F29	Anzahl	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	% von Gruppe	100,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
F30-F39	Anzahl	0	5	1	0	0	2	0	0	0	0	8
	% von Gruppe	,0%	62,5%	12,5%	,0%	,0%	25,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
F40-F48	Anzahl	0	3	1	1	0	0	0	0	1	0	6
	% von Gruppe	,0%	50,0%	16,7%	16,7%	,0%	,0%	,0%	,0%	16,7%	,0%	100,0%
F70-F79	Anzahl	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	% von Gruppe	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
I60-I69	Anzahl	3	28	19	1	1	2	9	2	1	0	67
	% von Gruppe	4,5%	41,8%	28,4%	1,5%	1,5%	3,0%	13,4%	3,0%	1,5%	,0%	100,0%
G00-G09	Anzahl	0	1	2	1	0	0	1	0	1	0	6
	% von Gruppe	,0%	16,7%	33,3%	16,7%	,0%	,0%	16,7%	,0%	16,7%	,0%	100,0%
G10-G13	Anzahl	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	% von Gruppe	,0%	100,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
G20-G26	Anzahl	2	12	7	3	0	3	3	0	0	2	32
	% von Gruppe	6,3%	37,5%	21,9%	9,4%	,0%	9,4%	9,4%	,0%	,0%	6,3%	100,0%
G30-G32	Anzahl	3	10	1	0	0	1	2	0	0	0	17
	% von Gruppe	17,6%	58,8%	5,9%	,0%	,0%	5,9%	11,8%	,0%	,0%	,0%	100,0%
G35-G37	Anzahl	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	3
	% von Gruppe	,0%	66,7%	33,3%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
G40-G7	Anzahl	4	10	2	0	0	1	1	1	0	1	20
	% von Gruppe	20,0%	50,0%	10,0%	,0%	,0%	5,0%	5,0%	5,0%	,0%	5,0%	100,0%
G50-G59	Anzahl	3	10	20	7	2	3	3	0	0	5	53
	% von Gruppe	5,7%	18,9%	37,7%	13,2%	3,8%	5,7%	5,7%	,0%	,0%	9,4%	100,0%
G60-G64	Anzahl	0	20	6	0	2	0	3	0	1	1	33
	% von Gruppe	,0%	60,6%	18,2%	,0%	6,1%	,0%	9,1%	,0%	3,0%	3,0%	100,0%
G70-G73	Anzahl	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	% von Gruppe	,0%	100,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
G90-G99	Anzahl	0	4	1	0	0	1	0	0	0	0	6
	% von Gruppe	,0%	66,7%	16,7%	,0%	,0%	16,7%	,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
R50-R69	Anzahl	1	34	9	4	4	2	3	6	1	2	67
	% von Gruppe	1,5%	50,7%	13,4%	6,0%	6,0%	3,0%	4,5%	9,0%	1,5%	3,0%	100,0%
T36-T50	Anzahl	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	3
	% von Gruppe	33,3%	,0%	33,3%	,0%	33,3%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
R40	Anzahl	2	12	4	4	0	3	7	2	0	0	34
	% von Gruppe	5,9%	35,3%	11,8%	11,8%	,0%	8,8%	20,6%	5,9%	,0%	,0%	100,0%
S00-S09	Anzahl	0	1	15	3	0	2	13	1	2	0	37
	% von Gruppe	,0%	2,7%	40,5%	8,1%	,0%	5,4%	35,1%	2,7%	5,4%	,0%	100,0%
Gesamt	Anzahl	24	170	96	27	12	24	48	13	7	12	435
	% von Gruppe	5,5%	39,1%	22,1%	6,2%	2,8%	5,5%	11,0%	3,0%	1,6%	2,8%	100,0%

Bemerkenswert war der Vergleich der Diagnosestrukturen zwischen konsiliarisch gesehenen und den stationären (in der Psychiatrie auch noch den teilstationären) Fällen.

Tabelle 71 Diagnosestruktur Psychiatrie im Vergleich (%)

ICD 10		Konsil	teilstationär	stationär
----	Keiner Diagnosegruppe zuzuordnen	5,4	0	0
F00-F09	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	19,3	2,3	7,8
F10-F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	13,8	6,9	37,9
F20-F29	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	9,3	13,3	19,9
F30-F39	Affektive Störungen	20,1	37,6	15,6
F40-F48	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	27,4	39,3	15,1
F50-F59	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	0,8	0,6	0,3
F60-F69	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	2,7	0	1,1
F70-F79	Intelligenzminderung	0,8	0	1,4
F80-F89	Entwicklungsstörungen	0,4	0	0
F90-F98	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	0	0	0
	Sonstige Diagnosen	0	0	0,9
Summe (%)		100	100	100

Tabelle 72 „Hitliste“ Diagnosegruppen Konsilfalle Psychiatrie

ICD 10		%	Rang
F40-F48	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	27,4	1
F30-F39	Affektive Störungen	20,1	2
F00-F09	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	19,3	3
F10-F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	13,8	4
F20-F29	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	9,3	5
----	Keiner Diagnosegruppe zuzuordnen	5,4	56
F60-F69	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	2,7	7
F50-F59	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	0,8	8
F70-F79	Intelligenzminderung	0,8	9
F80-F89	Entwicklungsstörungen	0,4	10

Tabelle 73 „Hitliste“ Diagnosegruppen Psychiatrie stationär

ICD 10		%	Rang
F10-F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	37,9	1
F20-F29	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	19,9	2
F30-F39	Affektive Störungen	15,6	3
F40-F48	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	15,1	4
F00-F09	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	7,8	5
F70-F79	Intelligenzminderung	1,4	6
F60-F69	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	1,1	7
	Sonstige Diagnosen	0,9	8
F50-F59	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	0,3	9
----	Keiner Diagnosegruppe zuzuordnen	0	10

Tabelle 74 „Hitliste“ Diagnosegruppen Psychiatrie teilstationär

ICD 10		%	Rang
F40-F48	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	39,3	1
F30-F39	Affektive Störungen	37,6	2
F20-F29	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	13,3	3
F10-F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	6,9	4
F00-F09	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	2,3	5
F50-F59	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	0,6	6
----	Keiner Diagnosegruppe zuzuordnen	0	7
F60-F69	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	0	8
F70-F79	Intelligenzminderung	0	9
F80-F89	Entwicklungsstörungen	0	10

Wie an anderer Stelle gezeigt, war die größte Gruppe bei den psychiatrisch konsiliarisch untersuchten Patienten den „neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen“ zuzuordnen, gefolgt von den affektiven und den organischen Störungen. Erst an vierter Stelle kamen die Patienten mit Suchterkrankungen, gefolgt von den Patienten aus der F20-Reihe, also den psychotischen Störungen.

Bei den stationär behandelten psychiatrischen Patienten (Fallzahl n = 1.141) überwogen mit 37,9 % (gemessen an den Fallzahlen/Entlassungsdiagnosen) eindeutig die Patienten mit einer suchtmittelassoziierten Störung. Die zweitgrößte Gruppe bildete mit 19,9% die F20er Reihe (psychotische Störungen), erst dann gefolgt von den affektiven (15,6%) und neurotischen Störungen (15,1%). Die organischen Störungen landeten mit 7,8% an fünfter Stelle.

Führend bei den teilstationär psychiatrisch behandelten Patienten (n = 173) war die Gruppe der neurotischen Störungen (39,3%), dicht gefolgt mit 37,6% von den affektiven Störungen. Mit 13,3% landeten die psychotischen Störungen an dritter Stelle, gefolgt von den mit 6,9% hier erstaunlich niedrig repräsentierten suchtbedingten Störungen. Die organischen Störungen spielten im teilstationären Setting mit 2,3% nur eine untergeordnete Rolle.

Im direkten Vergleich läßt sich somit die Aussage treffen, daß das psychiatrisch konsiliarisch gesehene Patientengut tendenziell am ehesten (bis auf die Ausnahme der mit fast 20% konsiliarisch stark vertretenen organischen Störungen) mit dem tagesklinisch versorgten Patientengut zu vergleichen ist, hingegen in seiner Zusammensetzung stark von dem stationär-psychiatrisch versorgten Patientengut abweicht.

Tabelle 75 Diagnosestruktur Neurologie im Vergleich (%) Konsil/stationär

ICD 10		Konsil	stationär
----	Keiner Diagnosegruppe zuzuordnen	6,9	0
I60-I69	Zerebrovaskuläre Krankheiten	15,4	22,5
G00-G09	Entzündliche Krankheiten des Zentralnervensystems	1,4	0,9
G10-G13	Systematrophien, die vorw. das Zentralnervensystem betreffen	0,2	0,5
G20-G26	Extrapyramidale Krankheiten und Bewegungsstörungen	7,4	4,5
G30-G32	Sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems	3,9	0,7
G35-G37	Demyelinisierende Krankheiten des Zentralnervensystems	0,7	3,9
G40-G47	Episodische und paroxysmale Krankheiten des Nervensystems	4,6	33,1
G50-G59	Krankheiten von Nerven, Nervenwurzeln und Nervenplexus	12,2	3,4
G60-G64	Polyneuropathien und sonstige Krankheiten des peripheren Nervensystems	7,6	3,2
G70-G73	Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels	0,2	0,5
G80-G83	Zerebrale Lähmung und sonstige Lähmungssyndrome	0	0,7
G90-G99	Sonstige Krankheiten des Nervensystems	1,4	4,0
A80-A89	Virusinfektionen des Zentralnervensystems	0	0
C 70	Bösartige Neubildung der Meningen	0	0,1
C 71	Bösartige Neubildung des Gehirns	0	0,5
R25-R29	Symptome, die das Nervensystem und das Muskel-Skelett-System betreffen	0	0,5
R50-R69	Allgemeinsymptome	15,5	3,1
T36-50	Intoxikation	0,7	0,4
R40	Somnolenz, Stupor, Koma	7,8	0,5
S00 – S09	Verletzung des Kopfes (z. B. Commotio etc.)	8,5	0,6
M40 – 54	Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	0	4,3
H 80 – 83	Krankheiten des Innenohrs	0	1,9
I 10	Essentielle Hypertonie	0	0,6
F00-F09	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	0,2	3,5
F10-F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	1,8	0,5
F20-F29	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	0,2	0,3
F30-F39	Affektive Störungen	1,8	1,2
F40-F48	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	1,4	2,8
F70-F79	Intelligenzminderung	0,2	0
----	Sonstige Diagnosen	0	1,3
	Summe	100	100

Betrachtet man die in Tabelle 75 aufgezeigte Diagnosestruktur, fallen folgende Sachverhalte auf:

Waren bei den neurologischen Konsilfällen die cerebrovaskulären Ereignisse sowie die Allgemeinsymptome mit jeweils 15,4 % führend, spielten die Allgemeinsymptome auf der neurologischen Station mit 3,1% (10. Stelle) nur eine untergeordnete Rolle.

Mehr als die Hälfte der stationär neurologisch behandelten Patienten lassen sich der insgesamt uneinheitlichen und Krankheitsbilder von Epilepsie, Migräne über Kopfschmerz bis hin zu TIA und Schlafstörungen umfassenden Gruppe der „episodischen und paroxysmalen Krankheiten“ (33,1%) sowie den zerebrovaskulären Erkrankungen (22,5%) zuordnen.

Die stationär führende Diagnosegruppe „episodisch und paroxysmal“ kommt im konsiliarisch gesehenen Patientengut mit 4,6% erst an neunter Stelle.

Die konsiliarisch drittgrößte Gruppe „Nerven, Nervenwurzeln und Plexus“ (12,2%) ist stationär mit 3,4% gänzlich anders repräsentiert.

Die viertgrößte Konsilfallgruppe „Verletzung des Kopfes“ (8,5%) sowie die an fünfter Stelle rangierende Gruppe „Somnolenz, Stupor, Koma“ (7,8%) ist stationär-neurologisch quasi gar nicht repräsentiert (0,6% resp. 0,5%).

Auf der anderen Seite ist hinwiederum bemerkenswert, daß die stationär mit 4,3% immerhin noch viertgrößte Gruppe der „Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens“ konsiliarisch in keinem einzigen Fall auftaucht. Bei diesen Erkrankungen scheint neurologischer Rat von den Nachbardisziplinen nicht benötigt zu werden.

Tabelle 76 „Hitliste“ Diagnosegruppen Konsilfälle Neurologie

ICD 10		%	Rang
R50-R69	Allgemeinsymptome	15,5	1
I60-I69	Zerebrovaskuläre Krankheiten	15,4	2
G50-G59	Krankheiten von Nerven, Nervenwurzeln und Nervenplexus	12,2	3
S00 – S09	Verletzung des Kopfes (z. B. Commotio etc.)	8,5	4
R40	Somnolenz, Stupor, Koma	7,8	5
G60-G64	Polyneuropathien und sonstige Krankheiten des peripheren Nervensystems	7,6	6
G20-G26	Extrapyramidale Krankheiten und Bewegungsstörungen	7,4	7
----	Keiner Diagnosegruppe zuzuordnen	6,9	8
G40-G47	Episodische und paroxysmale Krankheiten des Nervensystems	4,6	9
G30-G32	Sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems	3,9	10

Tabelle 77 „Hitliste“ Diagnosegruppen stationär Neurologie

ICD 10		%	Rang
G40-G47	Episodische und paroxysmale Krankheiten des Nervensystems	33,1	1
I60-I69	Zerebrovaskuläre Krankheiten	22,5	2
G20-G26	Extrapyramidale Krankheiten und Bewegungsstörungen	4,5	3
M40 - M54	Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	4,3	4
G90-G99	Sonstige Krankheiten des Nervensystems	4,0	5
G35-G37	Demyelinisierende Krankheiten des Zentralnervensystems	3,9	6
F00-F09	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	3,5	7
G50-G59	Krankheiten von Nerven, Nervenwurzeln und Nervenplexus	3,4	8
G60-G64	Polyneuropathien und sonstige Krankheiten des peripheren Nervensystems	3,2	9
R50-R69	Allgemeinsymptome	3,1	10

Im folgenden wird die Beziehung zwischen der Latenz, also der Schnelligkeit der Konsilerledigung und der neurologischen Diagnosegruppe dargestellt:

Tabelle 78 Beziehung zwischen Latenz und diagnostischer Zuordnung neurol. Konsile

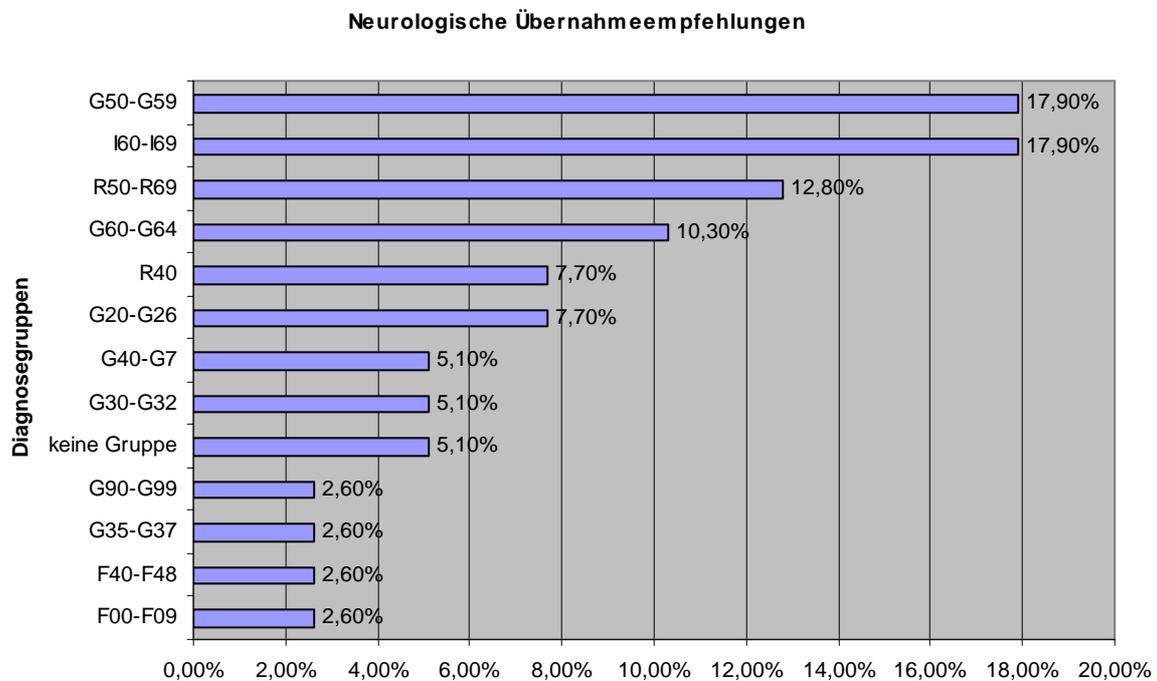
ICD 10	n	Mittelwert	SA	Minimum	Maximum
F10-F19	6	0	0	0	0
F20-F29	1	0		0	0
G00-G09	3	0,33	0,577	0	1
R40	27	0,48	1,122	0	5
G90-G99	3	0,67	1,155	0	2
S00-S09	28	0,71	1,384	0	5
I60-I69	47	0,85	1,351	0	5
G35-G37	2	1	1,414	0	2
G40-G7	15	1	1,195	0	3
G70-G73	1	1		1	1
G30-G32	13	1,08	2,139	0	6
keine Gruppe	23	1,39	2,148	0	8
R50-R69	48	1,48	1,81	0	8
G50-G59	37	1,68	2,369	0	10
F40-F48	4	2	2,309	0	4
G10-G13	1	2		2	2
G20-G26	17	2,41	2,83	0	12
F30-F39	2	2,5	3,536	0	5
T36-T50	2	2,5	3,536	0	5
G60-G64	21	2,76	2,879	0	13
Gesamt	301	1,3	1,981	0	13

(F = 1,936; df₁ = 19; df₂ = 281; n. s.)

Am schnellsten waren die Neurologen, wie sich aus Tabelle 78 ergibt – abgesehen von den 6 Intoxikationsfällen und einem Fall aus der Reihe Psychosen aus der F 20-er Reihe - bei den Fällen von entzündlichen Hirnerkrankungen zur Stelle, den Bewußtseinsstörungen und Kopfverletzungen, am längsten brauchten die Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems, bis sie des Neurologen angesichtig wurden. Im Durchschnitt waren alle neurologischen Konsile in 1,3 Tagen erledigt. Ebenso wie bei den psychiatrischen Latenzauswertungen sind jedoch auch diese Werte nicht signifikant.

In welchen Fällen empfahl der neurologische Konsiliarius eine Übernahme?

Abbildung 19 Neurologische Übernahmeempfehlungen nach Diagnosegruppen



Von den 39 neurologischen Übernahmeempfehlungen entfielen 17,9% auf die Nerven-, Wurzel- und Plexuserkrankungen, genauso oft waren es cerebrovaskuläre Erkrankungen, gefolgt von den Allgemeinsymptomen mit 12,8%.

4. 4. Ärztebefragung

4. 4. 1. Aufbau

Im Rahmen einer hausinternen Befragung wurde an sämtliche Ärzte unseres Schwerpunktkrankenhauses, insgesamt 64, ein Fragebogen ausgegeben, welcher anonymisiert ausgewertet wurde.

Der Einleitungstext war folgender:

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege!

Im Rahmen einer hausinternen Untersuchung der Konsiltätigkeiten möchte ich Sie heute um 5 Minuten Ihrer Aufmerksamkeit bitten. Nachfolgender Fragebogen soll Ihre persönlichen Einschätzungen und Reaktionen zu den psychiatrischen und neurologischen Konsilen erfassen. Mit der Beantwortung der Fragen, die möglichst spontan erfolgen sollte, würden Sie mir sehr helfen, letztlich um die Qualität der Konsile im Sinne einer optimalen Patientenversorgung zu verbessern.

Gestellt wurden sodann fünf Fragen:

Wenn Sie bitte an die neurologischen und psychiatrischen Konsile denken, die auf Ihre Anforderung in den letzten zwei Jahren im Hause erbracht wurden, wie beurteilen Sie diese ...

- 1. hinsichtlich der Reaktionszeit (Dauer zwischen Anforderung und Erbringung)?*
- 2. hinsichtlich dem formalen Konsilaufbau (z. B. Leserlichkeit)?*
- 3. hinsichtlich der Befunderhebung?*
- 4. hinsichtlich der Diagnosestellung?*
- 5. hinsichtlich der diagnostischen und therapeutischen Relevanz für Ihr Handeln?*

Die Beantwortung erfolgte entsprechend der Schulnoten von 1 (sehr gut) bis 6 (sehr schlecht).

Zuletzt wurde auf dem Fragebogen die Möglichkeit einer Freitexteingabe gegeben:

Wenn Sie mal einen Augenblick an die Konsile der beiden genannten Abteilungen denken, welche Wünsche, welche Kritik oder welche Anregungen fallen Ihnen spontan ein zu den neurologischen/psychiatrischen Konsilen?

4. 4. 2. Befragungsergebnisse

Der Rücklauf betrug 40 von 64 ausgegebenen Bögen, entsprechend 62,5 %.

Die Antworten im Einzelnen:

Tabelle 79 Zufriedenheit mit der Reaktionszeit Psychiatrie/Neurologie

Frage 1 (Reaktionszeit)	Psychiatrie		Neurologie	
	n	%	n	%
Note:				
1	3	9,4	3	9,4
2	19	59,4	15	46,9
3	6	18,7	10	31,3
4	3	9,4	1	3,1
5	1	3,1	2	6,2
6	0	0	1	3,1
Gesamt	32*	100	32	100
Durchschnittsnote	2,4		2,6	

* Die von 40 abweichende Gesamtzahl 32 ist dadurch zu erklären, daß die neurologischen und psychiatrischen Kollegen ihre eigene Abteilung nicht bewerteten.

Abbildung 20 Zufriedenheit mit der Reaktionszeit Vergleich Psychiatrie/Neurologie

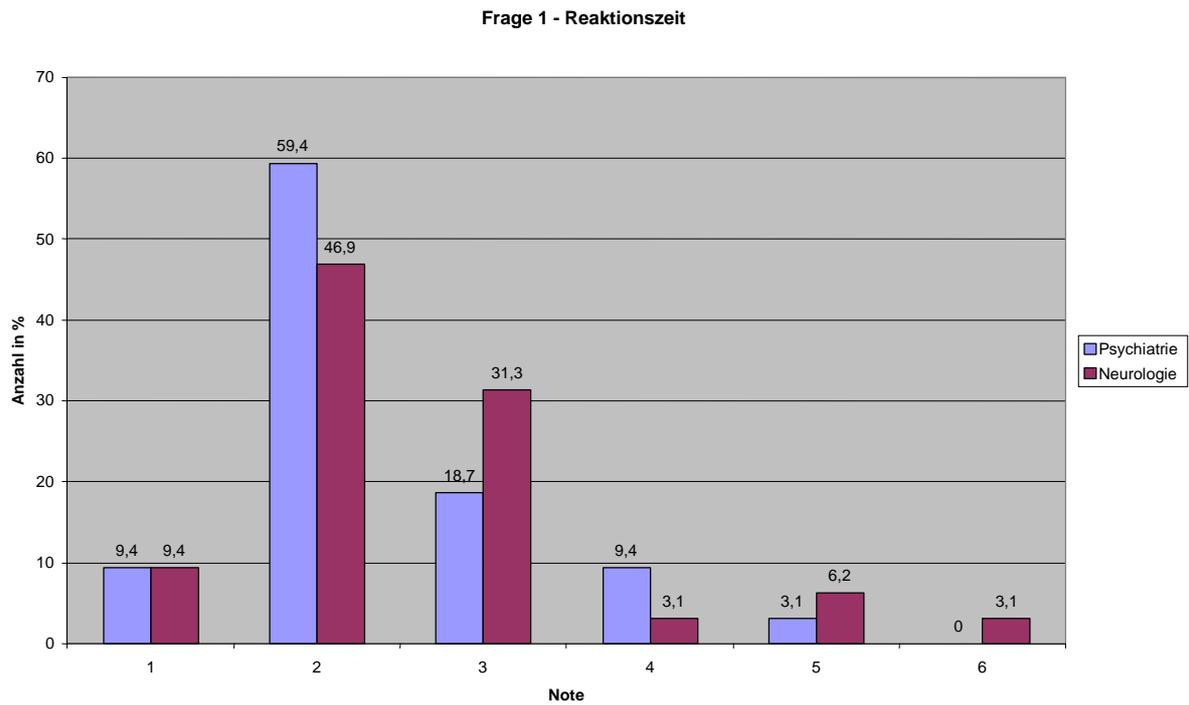


Tabelle 80 Zufriedenheit mit dem formalen Konsilaufbau Psychiatrie/Neurologie

Frage 2 (Formaler Aufbau)	Psychiatrie		Neurologie	
	n	%	n	%
Note:				
1	6	18,7	5	15,6
2	14	43,8	14	43,8
3	6	18,7	5	15,6
4	3	9,4	5	15,6
5	3	9,4	3	9,4
6	0	0	0	0
Gesamt	32	100	32	100
Durchschnittsnote	2,5		2,6	

Abbildung 21 Zufriedenheit mit dem formalen Konsilaufbau Vergleich Psychiatrie/Neurologie

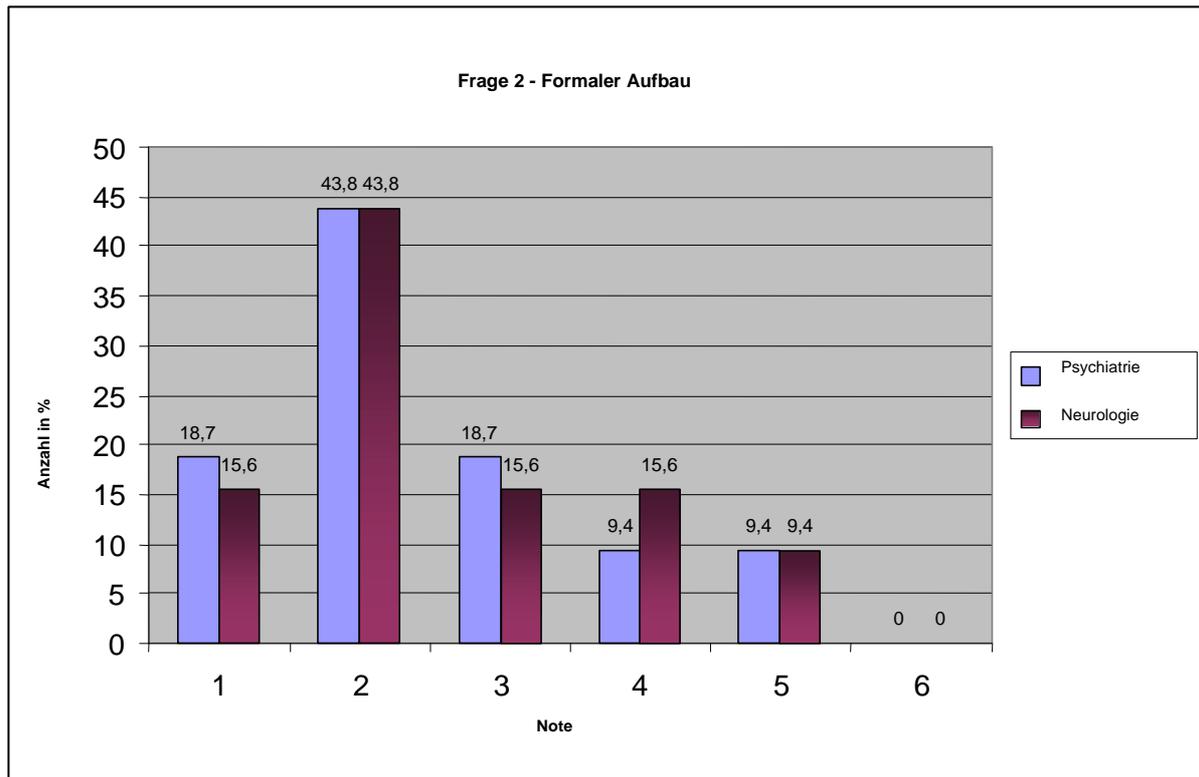


Tabelle 81 Zufriedenheit mit der Befunderhebung Psychiatrie/Neurologie

Frage 3 (Befunderhebung)		Psychiatrie		Neurologie	
		n	%	n	%
Note:	1	7	21,9	12	37,5
	2	19	59,4	15	46,9
	3	3	9,4	3	9,4
	4	1	3,1	0	0
	5	1	3,1	2	6,2
	6	1	3,1	0	0
Gesamt		32	100	32	100
Durchschnittsnote		2,2		1,9	

Abbildung 22 Zufriedenheit mit der Befunderhebung Vergleich Psychiatrie/Neurologie

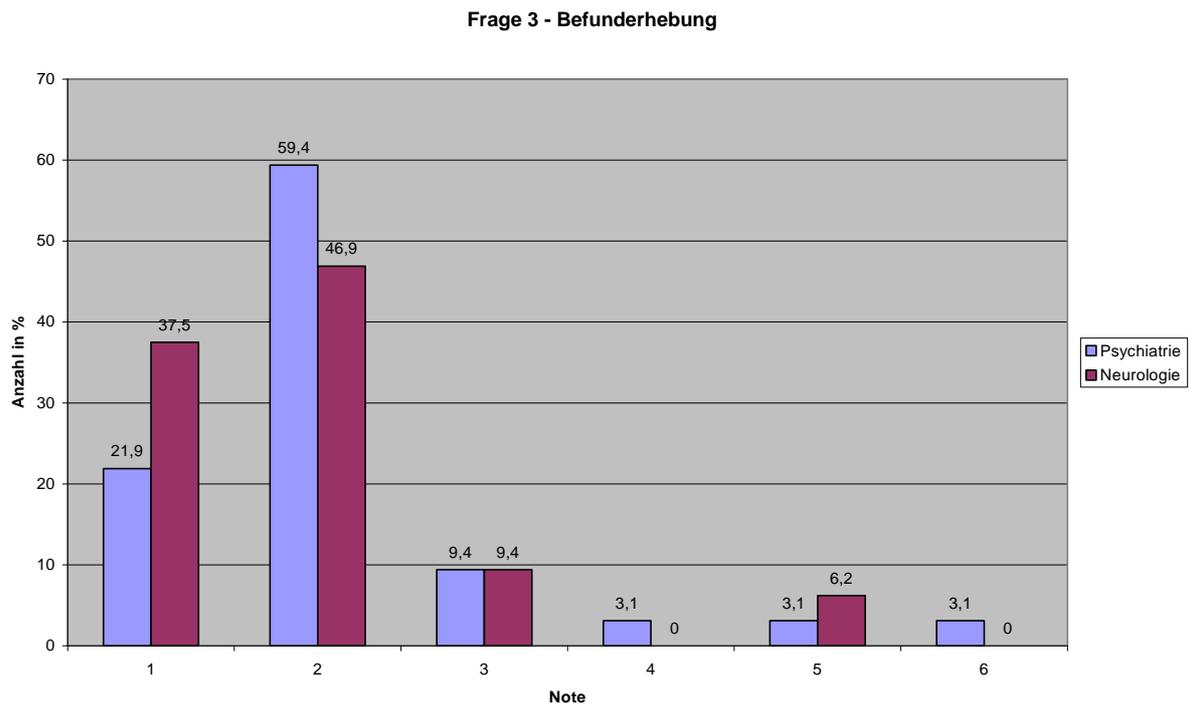


Tabelle 82 Zufriedenheit mit der Diagnosestellung Psychiatrie/Neurologie

Frage 4 (Diagnosestellung)		Psychiatrie		Neurologie	
		n	%	n	%
Note:	1	6	18,7	7	21,9
	2	20	62,5	20	62,5
	3	3	9,4	3	9,4
	4	3	9,4	1	3,1
	5	0	0	1	3,1
	6	0	0	0	0
Gesamt		32	100	32	100
Durchschnittsnote		2,1		2,0	

Abbildung 23 Zufriedenheit mit der Diagnosestellung Vergleich Psychiatrie/Neurologie

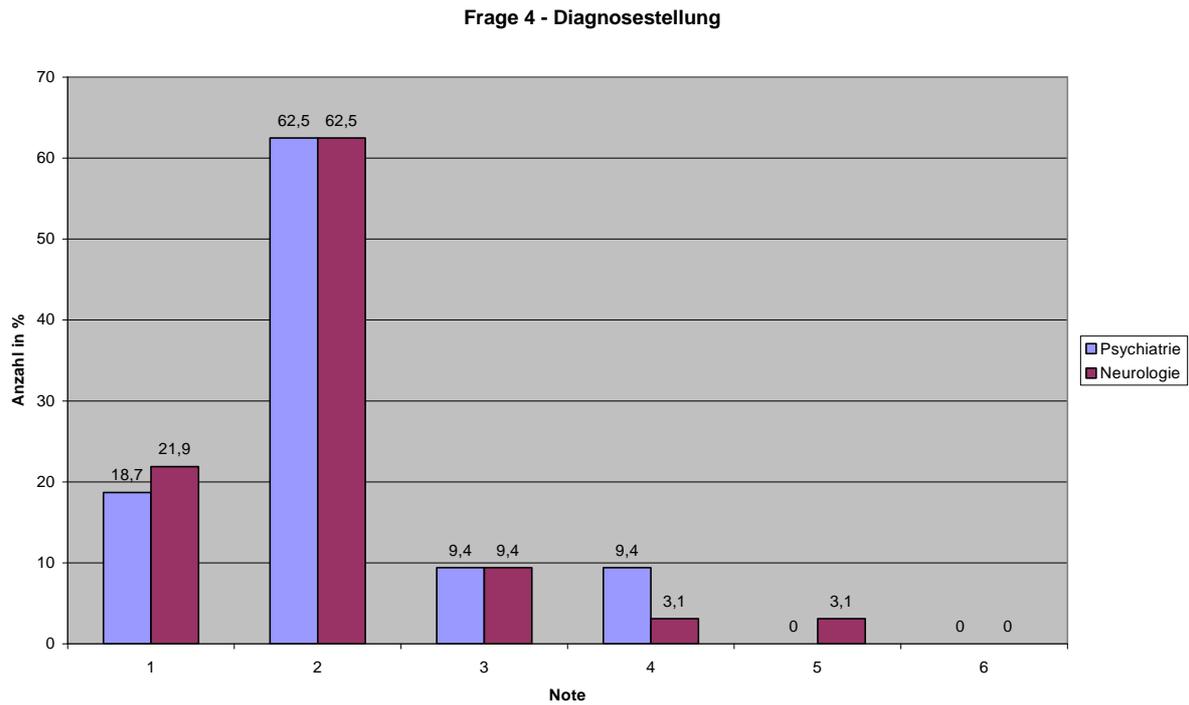


Tabelle 83 Zufriedenheit mit der Relevanz des Konsils Psychiatrie/Neurologie

Frage 5 (Relevanz)		Psychiatrie		Neurologie	
		n	%	n	%
Note:	1	8	25,0	9	28,2
	2	15	47,0	16	50,0
	3	5	15,6	4	12,5
	4	1	3,1	2	6,2
	5	1	3,1	1	3,1
	6	2	6,2	0	0
	Gesamt	32	100	32	100
Durchschnittsnote		2,3		2,1	

Abbildung 24 Zufriedenheit mit der Relevanz des Konsils Vergleich Psychiatrie/Neurologie

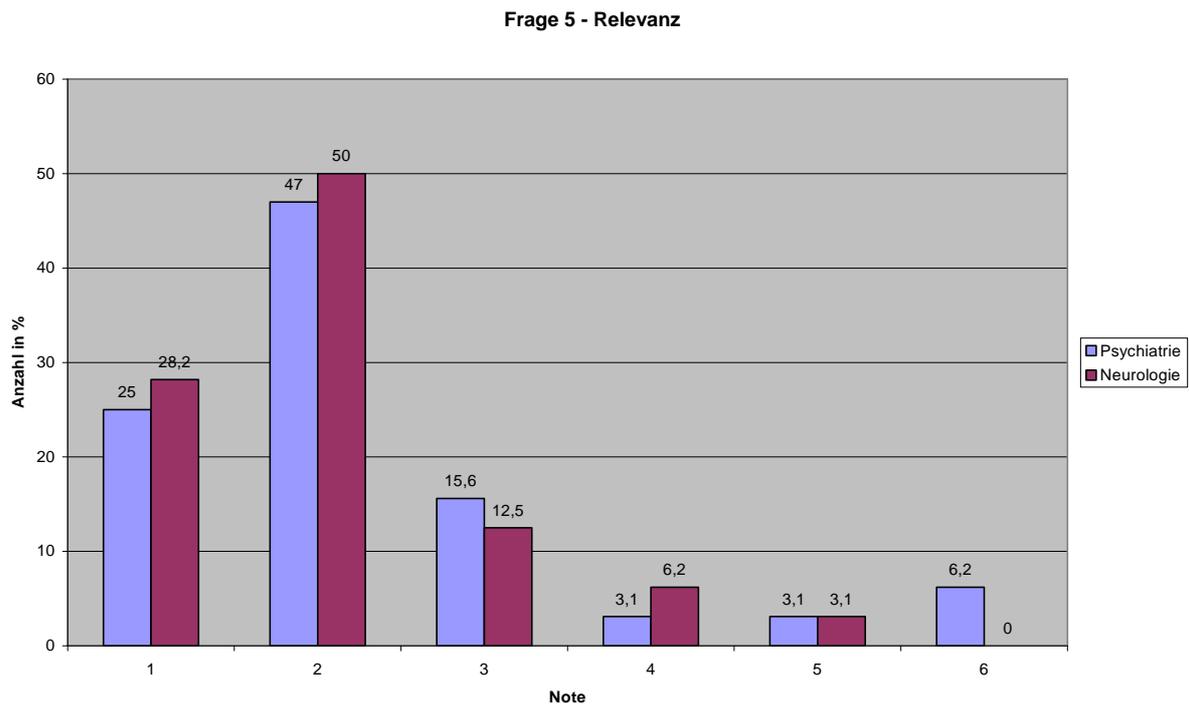


Tabelle 84 Übersicht Konsilzufriedenheit nach Variablen Psychiatrie/Neurologie

	Psychiatrie	Neurologie
Reaktionszeit	2,4	2,6
Formaler Aufbau	2,5	2,6
Befunderhebung	2,2	1,9
Diagnosestellung	2,1	2,0
Relevanz	2,3	2,1
Durchschnittsnote	2,3	2,2

Betrachtet man die Bewertungen der Kollegen der neurologischen und psychiatrischen Konsilen global, so darf mit der Gesamtdurchschnittsnote 2,2 für die Neurologie und 2,3 für die Psychiatrie mit einer guten Zufriedenheit ausgegangen werden. Am besten bewertet wurden die neurologischen Konsilärzte hinsichtlich ihrer Befunderhebung (1,9), die psychiatrischen im Hinblick auf ihre Diagnosestellung (2,1). Am kritischsten sahen die Kollegen die Kriterien Reaktionszeit (N: 2,6; P: 2,4) und formaler Konsilaufbau (N: 2,6; P: 2,5), bei den neurologischen Konsilen mehr noch als bei den psychiatrischen.

Zur Verdeutlichung der Kritikpunkte und Anregungen dienten die auf der folgenden Seite zusammengetragenen Freitexteinträge.

Freitexteinträge:

Hinsichtlich der psychiatrischen Konsile:

Bessere Kooperation im Falle von Fremd-/Eigengefährdung und Weglauftendenzen im Sinne einer zügigeren unkomplizierteren Übernahme des Patienten auf die psychiatrische Abteilung
Wir sind zufrieden
Persönliches Gespräch zwischen den behandelnden Kollegen und dem Konsiliarius ergäbe konkretere Informationen und Behandlungsstrategien. Für die spezielle Situation auf der Intensivstation wäre es gut, wenn sich einigen wenige Kollegen in diese Problematik einarbeiten würden. Die Effektivität wäre besser, unnötige Zweitkonsile vielleicht vermeidbar.
Keine wesentlichen Kritikpunkte
Übernahme bei Demenz mit Selbstgefährdung, Aggression: Etwas permissivere Haltung, mehr Verständnis, daß auf neurolog. Stationen oft die Sicherheit nicht gewährleistet werden kann.
In der Regel gut verwendbar. Klare Richtung. Festlegung auf Dg. und Th.
Zum Teil Anamnese zu ausführlich, klinischer Befund zu wenig davon abgesetzt, z. T. Diagnose fehlend, z. T. unverständlich hohe, um nicht zu sagen exorbitante Medikamenten-Dosisempfehlungen
Erhaltung der guten kollegialen Beziehungen; Aufrechterhaltung der Kommunikation. Bessere Übernahmemöglichkeiten bei Alkoholentzugskrampfanfällen
Gelegentlich verzögerte Antwort
Konsile werden für die Kinderklinik (fast) ausnahmslos vom Haus Linicus (Kinder- und Jugendpsychiatrie) geleistet, so daß ich hierzu keine qualifizierte Beurteilung vornehmen kann.
Bessere Zusammenarbeit und mehr Engagement wären wünschenswert
Bis jetzt von Ihnen noch kein psychiatrisches Konsil erlebt, da erst seit ½ Jahr hier tätig
Hoffentlich werden sie auf dem gleichen (besten) Level bleiben; in so vielen Fällen bleibt die Psychiatrie die ultima ratio.....
Bitte um leserliche Schrift! Zum Teil muß man zu lange auf Konsile warten
Gelegentlich dauert es mehrere Tage bei „normalen“ Konsilen, niemals aber, wenn es mit den Kollegen als „dringend“ angemeldet wurde.
Konstant zu selten (Kinderklinik)
Das Gespräch scheint den Patienten viel zu nutzen bzw. sie zu entlasten und oft die Ursache/Zusammenhänge von somatischen Beschwerden aufklären zu helfen

Hinsichtlich der neurologischen Konsile:

Die Befundungen der neurophysiologischen Untersuchungen, die uns dann zu weiterem Handeln veranlassen, dauern leider gelegentlich 2 – 3 Tage
Wir sind zufrieden
Persönliches Gespräch zwischen den behandelnden Kollegen und dem Konsiliarius ergäbe konkretere Informationen und Behandlungsstrategien. Für die spezielle Situation auf der Intensivstation wäre es gut, wenn sich einigen wenige Kollegen in diese Problematik einarbeiten würden. Die Effektivität wäre besser, unnötige Zweitkonsile vielleicht vermeidbar.
Reaktionszeit könnte verbessert werden.
Bin zufrieden; keine wesentlichen Kritikpunkte
Wenig hilfreich. Selten zeitnah. Keine klaren Aussagen.
Sollten durch den FA erfolgen (sind doch oft von Mitarbeitern mit neurologischer Vorbildung angefordert worden)
Empfehlung (auch in KTQ): Name und Piepsnummer des Konsiliarius immer angeben. Qualität variiert sehr stark abhängig von durchführender Person. Werden von uns selten angefordert – meist nur mit Frage der Übernahme.
Bin zufrieden
Gute Zusammenarbeit mit Herrn Dr. A. Habe bei neurolog. Konsil (Untersuchung) viel gelernt.
Bitte um leserliche Schrift! Zum Teil muß man zu lange auf Konsile warten
Gelegentlich dauert es mehrere Tage bei „normalen“ Konsilen, niemals aber, wenn es mit den Kollegen als „dringend“ angemeldet wurde.

5. Diskussion

Die vorliegende Analyse diente der retrospektiven Untersuchung der psychiatrischen und neurologischen Konsiliartätigkeit in einem Schwerpunktkrankenhaus sowohl in formaler als auch in inhaltlicher Hinsicht sowie daraus abzuleitender Schlußfolgerungen hinsichtlich etwaiger Optimierungsansätze. Ausgewertet wurden sämtliche Konsilvorgänge eines Jahres (2003), zunächst, um einen quantitativen Überblick über das Konsilvolumen zu erhalten. Die in den beiden Abteilungen zentral vorgehaltenen Durchschläge aller schriftlich festgehaltenen Konsile wurden dafür herangezogen. Qualitative Merkmale der Konsilanforderung wie auch der Konsilerbringung wurden definiert und erfaßt. Im wesentlichen kann davon ausgegangen werden, daß durch diese Herangehensweise eine objektive Übersicht der Konsiltätigkeit der Klinik entsteht, wenngleich natürlich mündliche Absprachen, die nirgends dokumentiert sind, nicht erfaßt werden konnten – ein methodischer Mangel des retrospektiven Ansatzes, auf den bereits AROLT hingewiesen hat.

Inhaltlich wurde die Diagnosestruktur der Konsile beleuchtet sowie mit denjenigen des stationären wie auch teilstationären Patientenguts (im Falle der Psychiatrie) verglichen. Benutzt wurde der in unserer Klinik gebräuchliche Diagnoseschlüssel nach ICD10 in der 10. Revision, herausgegeben vom DIMDI.

Darüberhinaus wurde versucht, die diffus wirkende Unzufriedenheit der Krankenhausärzte mit der Konsilsituation quantitativ zu erfassen. Mithilfe eines Fragebogens wurden sie gebeten, ihre Erfahrungen und Einschätzungen zu der Konsilarbeit der beiden untersuchten Disziplinen Neurologie und Psychiatrie festzuhalten sowie ihre Erwartungen hinsichtlich Optimierungsmöglichkeiten darzulegen.

Aus den vorliegenden Daten sowie im Vergleich zur Literatur sollen unter anderem Kriterien für ein „optimales Konsil“ erarbeitet werden. Wie die insgesamt wenig ergiebige nationale Literaturlage zeigt, ist diese Problematik bislang kaum statistisch ausgewertet worden.

5. 1. Erwartungen an die Konsiliaruntersuchungen

Die grundsätzliche Erwartung an einen Konsiliarius ist sicherlich die, daß dieser rasch herbeieilen möge und seine fachliche Stellungnahme zur mehr oder weniger deutlich formulierten Problemstellung abgibt.

Die Erwartungen an ein Konsil sind im wesentlichen sicherlich mit denjenigen an einen Arztbrief zu vergleichen: NIECKE et al. (2004) formulieren im Rahmen einer Auswertung von 200 neurologischen Entlassungsbriefen in diesem Kontext die Kriterien

- Geschwindigkeit der Berichterstattung
- Beachtung der Leserperspektive
- Entfrachtung von irrelevanten Inhalten

zur Optimierung dieser wesentlichen ärztlichen Leistung und sprechen dabei von einer notwendigen „konsequenten Schnittstellenpflege“.

Neben der rein diagnostischen Leistung, welche im Hinblick auf differentialtherapeutische Strategien dabei vom Konsilarzt, in unserem Falle vom neurologischen noch eher als vom psychiatrischen, erwartet werden, spielen dabei gerade hinsichtlich des psychiatrischen Konsils noch weitergehende Erwartungen eine Rolle. Diese fächern sich, wie DELIUS et al. schon 1993 dargestellt haben, auf zwischen dem Wunsch nach psychotherapeutischer Behandlung für den Patienten, nach reiner Krisenintervention, nach psychosozialer Betreuung bis hin zur Beratung beispielsweise im Hinblick auf die Einleitung einer Betreuung nach dem Betreuungsgesetz. Nicht bestätigt wurde von diesen Autoren die Hypothese, daß der psychiatrische Konsilwunsch als Transportmittel unbewußter Verlegungs- oder Distanzierungswünsche fungiere. Allerdings, so DELIUS et al. weiter, pochen berufsunerfahrene Somatiker dabei eher auf eine psychodynamische Herangehensweise, welche vom Psychiater dann als nicht indiziert erachtet wird und verlangen auch öfter Rekonsile als vom Psychiater indiziert gesehen. Hierzu sei allerdings unter dem Abschnitt Konsequenzen der Konsiluntersuchungen noch weiteres ausgeführt.

In unserer Untersuchung konnten diese Motivationen durch die Auswertungen der vorgefundenen Konsilscheine nicht systematisch erfaßt werden. Hierfür ist ein prospektiver Ansatz das geeignetere Instrument.

Um dennoch einen Überblick über die Einstellung der Klinikärzte und Erwartungen zu den untersuchten Konsilvorgängen zu gewinnen, führten wir eine Befragung der Ärzte in unserem Klinikum durch. Im Vordergrund stand dabei die Zufriedenheit der Konsilanforderer mit der Konsilleistung, in formaler (Reaktionszeit, formaler Aufbau des Konsils) wie auch inhaltlicher Hinsicht (Befunderhebung, Diagnosestellung, Relevanz des Konsils für ihr eigenes therapeutisches Handeln).

Die globale Zufriedenheit der Kollegen nach Schulnoten lag dabei für die psychiatrischen Konsile bei 2,4, für die neurologischen bei 2,6. Im gleichen Bereich lag die Zufriedenheit hinsichtlich des formalen Aufbaus der Konsile (Psychiatrie 2,5, Neurologie 2,6). Etwas besser bewerteten die befragten Kollegen, die im übrigen mit einem bemerkenswert hohen Rücklauf von 62,5 % geantwortet haben, die Zufriedenheit mit dem Befund (Psychiatrie 2,2, Neurologie 1,9), mit der gestellten Diagnose (Psychiatrie 2,1, Neurologie 2,0) und mit der therapeutischen Relevanz der Konsile (Psychiatrie 2,3, Neurologie 2,1). Die bei der Konsilscheinanalyse gefundenen formalen Mängel, welche eine ungünstigere Gesamtbewertung der Konsile durch die Kollegen hätten erwarten lassen können, wurden offensichtlich durch andere positivere Aspekte des Konsilleistungsvorganges in Richtung Zufriedenheit relativiert. Letztlich hat die abgegebene Gesamtbewertung mit der Schulnote „knapp gut“ dann doch positiv erstaunt.

In den Freitexteinträgen fanden sich dann aber auch als Einzelstimmen verschiedene Kritikpunkte im Hinblick auf die ja objektiv gefundenen formalen Mängel (Leserlichkeit, zu lange Reaktionszeit), überwiegend jedoch wurde der Wunsch nach verbesserter Kommunikation ausgedrückt. Dies deckt sich auch mit der von BENDER et al. erhobenen Forderung, daß jeglicher Konsiluntersuchung ein kollegiales interdisziplinäres Informationsgespräch vorangestellt sein sollte, mit voller Einsicht in die gesamten Untersuchungsergebnisse sowie mit Einbeziehung der pflegerischen Mitarbeiter, einer Forderung, welcher im klinischen Alltag sicher nicht immer nachgekommen werden kann. Oft gilt hier sicherlich, wie AROLT gerade im Hinblick auf psychiatrische Konsiluntersuchungen formuliert, das „Konsil als Krisenbewältigung bei geringem Zeitaufwand“.

5. 2. Inanspruchnahme der Konsiliare

Betrachtet man das reine Konsilvolumen von 259 psychiatrischen und 435 neurologischen Konsilen, ergibt sich in Beziehung zur Gesamtzahl der im Indexzeitraum stationär behandelten Patienten von 12.100 eine Prävalenzzahl von 2,37 % (psychiatrische Konsile) bzw. 4,19 % für neurologische Konsile. Letztere deckt sich im wesentlichen mit der von WELTER 1998 erhobenen Zahl (4,5 – 5 %).

Im Falle der Psychiatrie korreliert diese gut mit der in der Literatur zu findenden Größenordnung; so berichtet AROLT unter Bezug auf die sogenannte LAK-Studie von einer Durchschnittsprävalenzzahl zwischen 2,3 und 3,6 %.

Man muß jedoch davon ausgehen, daß die Prävalenzrate psychiatrischer komorbider Störungen weitaus höher zu veranschlagen ist. Nach AROLT weisen immerhin 15 % aller Menschen mit einer körperlichen Erkrankung allein krankheitswertige depressive Störungen auf; bei Patienten mit chronischen und schwereren Erkrankungen, die ja in einem stationären Krankengut durchaus zu vermuten sind, liegt diese sogar bei 30 – 40 %.

KAPFHAMMER berichtet 2004, daß 25 % aller stationären Patienten eines Allgemeinkrankenhauses alkoholbezogene Störungen aufweisen, 15 % der Alkoholkranken behandlungsbedürftige depressive Störungen haben. 2005 beschreibt KAPFHAMMER die Ratlosigkeit im therapeutischen Umgang mit somatisierenden Patienten, die an „medizinisch unerklärten körperlichen Symptomen“ leiden und deren Anteil am Patientengut eines Allgemeinarztes oder Internisten bis zu 40 % beträgt.

In diesem Lichte ist die Zahl der Patienten, die einem psychiatrischen Konsil zugeführt werden, erstaunlich gering. Allerdings ist die psychiatrische Inanspruchnahme in starkem Maße abhängig von der Qualität der Kooperation zwischen Konsilpsychiater und konsilanfordernden Kollegen (AROLT, 1995).

Betrachtet man die absolute psychiatrische Inanspruchnahme in unserer Erhebung, so fällt auf, daß neben dem erwartbar größten Anteil (34,7 %) in der Inneren Abteilung ein fast gleich großer Anteil der psychiatrischen Konsile auf der Neurologie erbracht wurde. Die relative Inanspruchnahme – in Bezug auf die geringere stationäre Fallzahl – betrug mit 5,1% (Neuro) versus 2,6 % (Innere) sogar das doppelte. Wenn auch 35 % aller neurologischen Patienten eine

psychiatrische Diagnose aufweisen (FRITZSCHE et al., 2003), erstaunt dieser Anteil dennoch, da, bedingt durch das deutsche Ausbildungscurriculum für Neurologen, ein psychiatrisches Basis-Know-how in einer neurologischen Abteilung grundsätzlich zu unterstellen wäre. Andererseits mag dieser Anteil auch Ausdruck der in unserer Klinik engen organisatorischen und personellen Verflechtung sowie eines grundsätzlich positiven kollegialen Miteinanders zwischen den Abteilungen sein.

Die Chirurgie wird von den Psychiatern – absolut gesehen – erst an dritter Stelle aufgesucht (14,3 %); die Neurologen sind dort mit absolut 22,1% schon häufiger zugange. Die mit 1,5 % recht niedrige relative psychiatrische Inanspruchnahme ist angesichts der oben aufgezeigten hohen Prävalenz bspw. von alkoholbedingten Störungen bemerkenswert wenig ausgeprägt. Erklärungsmöglichkeiten wären hier einerseits in klinikbedingten Faktoren wie bspw. niedrigere Verweildauern oder dem Fallpauschalensystem zu sehen, andererseits in der geringeren Sensibilisierung für psychiatrische Fragestellungen. Verbesserungsansätze beispielsweise durch regelhaften interdisziplinären Austausch könnten hier eventuell positive Effekte zeigen.

Die größte relative neurologische Inanspruchnahme weist mit 12,7 % erwartbar die Intensivstation auf, allerdings wird in Bezug zur Patientenzahl mit 6,6 % relativer Inanspruchnahme der Psychiater dorthin am häufigsten gerufen.

Von den sogenannten Hauptfachabteilungen ist die Gynäkologie diejenige, die sowohl den Psychiater (0,4 %) als auch den Neurologen (1,8 %) am wenigsten benötigt.

5. 3. Latenzen

Ein wichtiges Thema bei der Erörterung der Konsilproblematik ist die Frage, wie schnell ein Konsil nach der Anforderung erbracht werden soll. Jedem klinisch Tätigen ist die Klage, der Konsiliarius eile nicht schnell genug herbei, wohlvertraut. Bei aus unserer Umfrage grundsätzlich herauszulesender Zufriedenheit fallen jedoch auch dort vereinzelt drastische Mißfallenskundgebungen ins Auge. Im Routinefall wird in unserem Hause das Konsil „angemeldet“, der Schein ausgefüllt und/oder der Konsilwunsch dem jeweiligen Chefarztsekretariat oder einem persönlich bekannten Kollegen telefonisch vorgetragen – und dann wird auf das Konsil gewartet.

Eine Systematik ist hier nicht zu erkennen; eine Dringlichkeitsregelung, wie sie bspw. DIFENBACHER 2002 beschreibt (*cito* = innerhalb einer Stunde, *hodie* = noch am gleichen Tag, *Routine* = regulär, möglichst morgen) besteht bei uns nicht. Interessant ist in diesem Zusammenhang, daß dort, wo eine solche Regelung besteht, die Zahl der Routinekonsile drastisch zurückgegangen ist, es also erwartet wurde, daß dem Konsilwunsch in fast 90 % der Fälle sofort bzw. noch am gleichen Tag entsprochen werde, was ja nicht unbedingt klinischer Erfordernis entspricht (ebenda).

Die Datenlage zur Frage der Latenz zwischen Konsilanforderung und -erbringung ist im übrigen ausgesprochen schütter; bei FIEBIGER et al. findet sich lediglich der Hinweis, daß 94 % der psychiatrischen Konsile in Görlitz innerhalb drei Tagen geleistet worden sind; einer Multicenter-Studie aus Italien (GALA et al., 1999) zur CL-Situation in 17 Hospitälern ist die Aussage zu entnehmen, daß „die meisten“ Konsile innerhalb von 2 Tagen erbracht wurden, davon seien 22 % als dringend eingestuft worden.

Wir konnten zeigen, daß in unserer Klinik die psychiatrischen Konsile durchschnittlich in 1,15 Tagen erledigt wurden, die neurologischen in 1,30 Tagen. Die Spannbreite betrug dabei bei den Psychiatern zwischen 0 und 7 Tagen, bei den Neurologen zwischen 0 und 13 Tagen. Die überaus langen Latenzen bei den Neurologen entsprechen dabei jedoch ganz wenigen hochelektiven Einzelfällen aus der benachbarten forensischen Klinik.

Die Klage über allzulange Konsilwartezeiten kann also eindeutig widerlegt werden.

Schlüsselt man die Zahlen nach den anfordernden Abteilungen auf, ergibt sich erwartungsgemäß die kürzeste Wartezeit auf psychiatrische Konsile in der Zentralen Patientenaufnahme (0 d), wo die Patienten subito gesehen werden, um danach in die zuständige Abteilung weitergeleitet zu werden sowie auf der Intensivstation (0,04 d), wo es sich meist um akut interventionsbedürftige Situationen wie Intoxikationen oder Suizidalität dreht. Auch die Neurologen sind an den genannten Orten am schnellsten zur Stelle (ZPA 0 d, Intensiv 0,13 d) .

Am längsten wartet im Schnitt der neurologisch-stationäre Patient (1,52 d) auf die psychiatrische Konsilversorgung, gefolgt vom internistischen Patienten (1,46 d). Schon etwas länger muß der internistische Patient auf den Neurologen warten (1,78 d), am längsten jedoch – allerdings wie oben erwähnt bei geringer Fallzahl – der forensische Patient (6,6 d).

Schlüsselt man die Patienten nach den diagnostischen Gruppen auf, fragt also, welcher Patient mit welcher Diagnose wie lange auf den Konsiliarier wartet, ergibt sich ein differenziertes Bild. Am längsten wartet der depressive Patient (1,49 d) auf den Psychiater, wohingegen dieser bei Patienten mit Verhaltens- und Persönlichkeitsstörungen am schnellsten zur Stelle ist (0 – 0,7 d). Dies mag durchaus als Ausdruck der Feuerwehrfunktion des Psychiaters zu sehen sein, der bei auffälligem, forderndem oder sonstwie unbotmäßigen Verhalten zügig konsultiert wird. Der depressive Patient hingegen leidet eher still vor sich hin, greift nicht in den Stationsablauf ein - das Konsil wird dann sicherlich nicht als besonders dringend angemeldet (bzw. telefonisch untermauert). Interessant wäre in diesem Zusammenhang auch die sogenannte „Lagtime“, wie sie DIEFENBACHER (1999) aus amerikanischen Untersuchungen berichtet, also die Zeit zwischen Aufnahme des Patienten bis zur Konsilanmeldung, welche jedoch mit unserem Ansatz nicht erfaßt wurde.

Auf Seiten der Neurologie ist es der Patient mit „Polyneuropathien und sonstige Krankheiten des peripheren Nervensystems“, der am längsten auf den Konsiliarier wartet (2,76 d), wohingegen erwartungsgemäß der intoxizierte, kopfverletzte oder an Meningitis erkrankte Patient am raschesten konsiliarneurologisch gesehen wird (0 – 0,3 d).

5. 4. Formale Mängel bei Anforderung und Erstellung der Konsile

Da im Unterschied zu einem Liaisondienst beim klassischen Konsildienst, wie er in unserer Klinik vorhanden ist, die Kollegen der verschiedenen Fachdisziplinen nicht am Krankenbett, zum Wohle des Patienten ihre sich ergänzenden Fachkompetenzen austauschend, zusammentreffen, bedarf es eines Regulariums, in welcher Weise das Konsilbegehren zum Konsiliarius gelangt, ebenso natürlich darüber, wie dessen Einschätzungen und Empfehlungen wieder zurück zum Anforderer zurückfließen. In unserer Klinik geschieht dies wie wohl in den allermeisten anderen - elektronische Verfahren sind in der Literatur im wesentlichen noch nicht zu finden - mithilfe des sogenannten Konsilscheins (siehe Anlage), welcher vom Anforderer im oberen Drittel auszufüllen, dann an den Konsiliarius zu leiten ist, worauf dieser dann das untere Zweidrittel ausfüllt und dem Anforderer wieder zukommen läßt.

Wer kennt sie nun aber denn nicht, die unvollständig ausgefüllten Konsilscheine, die schlampigen, nicht leserlichen Fragestellungen oder aber die konsiliari-schen Empfehlungen, die mangels Leserlichkeit oder unvollständigen Vorhandenseins beim besten Willen nicht umzusetzen sind?

Da die von BENDER et al. erhobene Forderung „Das Konsiliargespräch mit dem Patienten sollte immer von einem vorausgehenden Informationsgespräch mit dem behandelnden Arzt und dem Stationspersonal sowie einer nachfolgenden mündlichen Information über Diagnostik und Therapievorschläge begleitet sein. Bei reduziertem oder fehlendem persönlichen Kontakt zwischen Konsiliar und überweisender Klinik kann der schriftliche Konsiliarbericht leicht ein Befundpapier werden, das lediglich zur Vervollständigung der Krankenakte beiträgt“ (ebenda) nach klinischer Erfahrung auch nicht stets und überall umgesetzt wird, ist hier eine Fehlerquelle bzw. ein Qualitätsmangel zu vermuten, welcher, so unsere Überlegung, Auswirkungen auf die Patientenversorgung im Sinne nicht oder unzureichend umgesetzter Konsilempfehlungen haben könnte.

Folglich haben wir uns bei unserer Untersuchung diesen formalen Aspekten des Konsilwesens zugewandt.

Beginnend bei den Personendaten fanden wir, daß bei den psychiatrischen Konsilanforderungen diese in 15,5 % der Fälle nur teilweise vorhanden waren oder ganz fehlten; auf den Anforderungen, welche zu den Neurologen gingen,

betrug dieser Anteil sogar 25,5 %. In diesen Fällen muß der Konsiliarius sicher über höhergradige navigatorische und sonstige kommunikative Fähigkeiten verfügen, um überhaupt den richtigen Patienten auszumachen.

Fragt sich der Konsiliarius dann, was mit dem Patienten anzustellen ist, ist er auf eine möglichst präzise Fragestellung angewiesen. Eine nach unseren Kriterien vollständige Fragestellung war auf den psychiatrischen Konsilanforderungen immerhin zu 72,2 % ablesbar, der Rest blieb unklar (9,7 %), unleserlich (5 %) oder fehlte zur Gänze (13,1 %).

Auf den neurologischen Anforderungsscheinen existierte sogar nur in zwei Drittel (66,7 %) der Fälle eine eindeutige Fragestellung, in 16,3 % der Fälle fehlte sie hier ganz, blieb trotz geschriebener Worte trotzdem unklar (11,5 %) oder war wieder nicht zu entziffern (5,5 %).

Gründe mag es für diesen Sachverhalt einige geben, entschuldbar oder nicht. Zu denken wäre an die Hektik in der Klinikroutine, die Dringlichkeit des Arbeitens beispielsweise auf der Intensivstation, eine gewisse Schreibfaulheit bei den Kollegen, im Einzelfall geringe deutsche Sprachkenntnisse. Vielleicht verläßt man sich auf die Intuition des Konsiliarius, der schon rausfinden wird, was dem Patienten fehlt, oder aber man hat doch – was wir mit unserem Untersuchungsansatz nicht messen können – über das geschriebene Blatt hinweg miteinander kommuniziert. Möglicherweise spielen jedoch auch eine gewisse innere Distanziertheit zu den fachfremden Sachverhalten und klinischen Entitäten eine Rolle, wenn nicht gar, insbesondere hinsichtlich der Psychiatrie, eine heftige Fremdheit diesem Fach gegenüber, wie sie immer wieder trotz Zusammenwachsens der Somatik und der Psychiatrie, bei manchen Kollegen anzutreffen ist.

Zu fordern wäre denn ja auch, daß der Konsilanforderer seinen Namen in Klartext nennt und – auch im Hinblick auf forensische Aspekte – seine Anforderung mit seiner Unterschrift abschließt.

Halbwegs verständlich wäre ja noch, wie wir es bei den psychiatrischen Anforderungen zu 15,1 % fanden, bei den neurologischen zu 10,1 %, wenn der Anforderer nur unterschreibt, und sich darauf verläßt, daß der Konsiliarius daraus schon den richtigen Kollegen ableiten kann – was jedoch bei den Arztunterschriften gemeinhin nicht immer zu leisten ist. Daß aber gar nicht ersichtlich ist, weder per Unterschrift noch per Klartext, wer denn nun ein Konsil begehrt – dieses fanden wir bei 13,1 % der neurologischen und 10,4 % der psychiatrischen

Konsilanforderungen – ist weder unter qualitativen noch kollegial-atmosphärischen Gesichtspunkten nachvollziehbar. Von unnötiger und vermeidbarer Arbeitsbelastung braucht hier gar nicht erst gesprochen zu werden. Bleibt nur zu hoffen, daß die von GELDER et al. 1996 erhobene Forderung, im Konsilkontext immer mit den Schwestern zu sprechen und volle Einsicht in alle vorhandenen Untersuchungsergebnisse zu nehmen, umgesetzt wird.

Aber wie sieht es auf der anderen Seite aus, der Erbringerseite? Sind hier die Niederschriften und Empfehlungen leserlich, nachvollziehbar und umsetzbar?

Schön wäre es. Immerhin bringen die Psychiater in unserem Untersuchungsgut zu 86,1 % leserliche Konsile zustande, als gänzlich unleserlich brauchte hier keiner der Scheine eingestuft zu werden. Teilweise leserlich waren 10,4 % der psychiatrischen Konsile, weitgehend unleserlich aber immer noch 3,5 %.

Die Neurologen fallen mit 57,9 % als voll leserlich zu kategorisierenden Konsilen demgegenüber deutlich ab; 0,5 % waren unleserlich, der Rest weitgehend unleserlich (14,9 %) bzw. teilweise leserlich (26,7 %).

Methodenkritisch sei in diesem Zusammenhang erwähnt, daß die Kategorisierung in punkto Leserlichkeit eine gewisse subjektive Komponente in sich birgt. Bei der Analyse von fast 700 Konsilscheinen war hier eine deutliche Gewöhnung an manch abenteuerliche Arzthandschrift festzustellen im Sinne einer gegen Ende der Auswertung zunehmenden Habituation bzw. besseren Kalibrierung oder höheren Toleranzschwelle. Wäre diese Analyse von verschiedenen Drittuntersuchern vorgenommen worden, hätte sich möglicherweise das Anforderungsprofil an eine „leserliche Handschrift“ noch verschärft.

Ein weiterer bemerkenswerter Befund war, daß das Kriterium „Der konsilerbringende Arzt ist im Klartext genannt und hat unterschrieben“ bei den psychiatrischen Konsilen nur zu 19,7 % erfüllt wurde, bei den neurologischen immerhin zu 52,2 %. Andererseits hat diese Forderung bislang in der untersuchten Klinik jedoch noch niemand erhoben und in einem relativ kleinen Kollegium kennt man mit der Zeit die Unterschriften und kann sie den Kollegen zuordnen. Ein Qualitätsmangel von minderer Konsequenz, mag man deshalb an dieser Stelle festhalten.

Wendet man sich der Frage zu, ob die an ein Konsil implizit immer gestellte Anforderung, nämlich derjenigen nach einem Befund und möglichst einer (Verdachts-)Diagnose, erbracht wurde - im Grunde der Frage, ob der Konsiliarius

seine Arbeit denn richtig gemacht hat - fanden wir diese bei den Psychiatern (in 92,3 % der Fälle Befund vorhanden) sowie bei den Neurologen (hier war in 96,8 % ein Befund erstellt worden) weitgehend erfüllt. In den Fällen ohne jeglichen Befund wurde meist eine Übernahmeempfehlung ausgesprochen oder der Gesamtaufbau des Konsilscheins sah nach einer intensiven mündlichen Kommunikation zwischen Anforderer und Konsiliarier aus.

Hinsichtlich einer Diagnose durch den Konsiliarier stellten wir fest, daß eine solche durch den Psychiater zu 90,7 % gestellt wurde, durch den Neurologen allerdings nur in 71,3 % der Fälle. Erklärbar mag dies durch die wesensmäßige Verschiedenheit der beiden Fächer sein. Der Psychiater hat im Grunde sein wichtigstes Diagnosewerkzeug, nämlich sich selbst, immer dabei und kann meist anhand des klinischen Befundes und des psychobiosozialen Kontextes zu einer diagnostischen Einschätzung gelangen. Der neurologische Kollege hingegen benötigt oft den Einsatz verschiedener weiterführender Diagnoseverfahren, bis er sich auf eine diagnostische Einschätzung festlegen kann. Dementsprechend sind auch seine Diagnostikempfehlungen, wie weiter unten aufgezeigt, im Vergleich zum psychiatrischen Konsiliarier wesentlich häufiger und umfangreicher.

Dies drückt unter anderem nach unserer Auffassung die in den vergangenen Jahrzehnten unterschiedliche fachliche Entwicklung der beiden einst sich sehr nahestehenden Disziplinen aus.

Faßt man die Kritik an den untersuchten Konsilen in formaler Hinsicht zusammen, bleibt festzuhalten, daß trotz einer hohen „Mängelquote“ beide Abteilungen mit ihrem Konsilgebaren ihren Hausaufgaben, nämlich der Erstellung einer fachlichen Einschätzung, Befundung und Diagnose im wesentlichen nachkommen.

In einem weiteren Schritt haben wir darüberhinaus untersucht, inwieweit sich die gefundenen formalen Mängel auf die Konsequenzen der Konsiluntersuchung auswirken.

Die Hypothese war: Formal und inhaltlich mangelhaft ausgefüllte Konsilanforderungen bzw. Konsile, welche erst nach langer Latenz erbracht werden, führen zu schlechteren Konsilergebnissen bzw. zu für den Patienten letztlich schlechterem Output. Hierzu suchten wir nach Korrelationen zwischen Kriterien „Fragestellung – Befunderstellung“, „Fragestellung - Diagnosestellung“, „Fragestellung

– Therapieempfehlung, „Fragestellung – Übernahmeempfehlung“, „Fragestellung - Diagnostikempfehlung“ ebenso wie solchen zwischen „Latenz – Befunderstellung“, „Latenz - Diagnosestellung“, „Latenz – Therapieempfehlung, „Latenz – Übernahmeempfehlung“ und „Latenz - Diagnostikempfehlung“.

Ein statistischer Zusammenhang ließ sich hier jedoch in keinem Falle nachweisen. Somit kann die genannte Hypothese, daß schlechtere Konsilanforderungen zu schlechteren Konsilergebnissen führen, verworfen werden, zumindest nach unserem Untersuchungsansatz. Eine nicht zu unterstützende Schlußfolgerung wäre hier jedoch auch die, daß es letztlich egal sei, ob eine Anforderung gut oder schlecht ist, wenn das Ergebnis das gleiche bleibt.

Weitere prospektive Untersuchungen müßten sich hier anschließen, welche auch solche Variablen wie die „Lagtime“ – die Zeit also zwischen Aufnahme und Konsilanforderung oder die im amerikanischen Sprachraum so genannte „Length of stay - LOS“, die Gesamtaufenthaltsdauer des Patienten in der Klinik also, mit einbeziehen. Während die von uns untersuchten formalen Kriterien in der Literatur bislang noch nicht zu finden sind, gibt es im Hinblick auf die Auswirkungen insonderheit psychiatrischer Konsiltätigkeit auf diese Parameter nur äußerst wenige und zum Teil widersprüchliche Hinweise. Während FELD bspw. mit Verweis auf STRAIN 1997 berichtet, daß psychiatrische Konsile die Verweildauer um durchschnittlich 2 Tage senken, finden CAMUS et al. hier 2003 keinen Zusammenhang. Auf neurologischer Seite sind diese Zusammenhänge nach unseren Recherchen bislang noch nicht untersucht.

5. 5. Diagnoseverteilung der psychiatrischen Konsile

Die diagnostische Klassifikation erfolgte bei unserer Untersuchung post hoc, indem den deskriptiven Diagnosen, wie sie auf dem Konsilschein vorgefunden wurden, die entsprechenden Diagnosegruppen aus dem ICD 10-Katalog zugeordnet wurden. Dies entspricht den internationalen Gepflogenheiten solcher klinischer Studien. Die Anwendung des von GALEAZZI 2004 vorgeschlagenen DCPR-Systems (Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research) erschien einerseits wegen der fehlenden Ausdehnbarkeit auf die neurologischen Gruppen, andererseits wegen der dann nicht möglichen Vergleichbarkeit wenig praktikabel. Zudem lagen die Diagnosen aus dem stationären Bereich in dieser Verschlüsselung vor.

Global weitaus führend waren mit 27,4 % die Diagnosen aus dem F4er Bereich, also der Gruppe der „neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen“, gefolgt von den affektiven Erkrankungen (F3, 20,1 %) sowie den organischen Störungen (F0, 19,3 %). Aufgesplittert nach den konsiliarisch aufgesuchten Abteilungen war dies bis auf der Neurologie, wo mit 25 % die „rein affektiven“ Störungen (F3) überwogen, überall der Fall.

Letzterer Befund, nämlich die überproportionale Vorkommenshäufigkeit von depressiven Erkrankungen auf der Neurologie deckt sich im übrigen mit dem bekannten klinischen Inanspruchnahmeverhalten vieler Patienten, die mit einer bewußt erlebten oder aber „larvierten“ depressiven Symptomatik mit im Vordergrund stehenden somatischem Beschwerdekomples lieber in die Neurologie als in die Psychiatrie gehen. FRITZSCHE schreibt 2003, daß in seinem untersuchten neurologischen Patientengut 35 % eine psychiatrische Diagnose hatten. EKSTRAND et al. fanden hierzu 2004 heraus, daß 25 % der Patienten mit einer neurologischen Diagnose zusätzlich an einer komorbiden psychiatrischen Störung leiden, unter den neurologisch nicht klassifizierbaren Patienten auf der Neurologie 43 % sowie unter den Kopfschmerzpatienten sogar 57 %. ROTENHAUSLER und KAPFHAMMER (2003) sprechen in diesem Zusammenhang von den depressiven Störungen bei körperlich Kranken als den am häufigsten verkannten und nicht ausreichend behandelten psychischen Erkrankungen.

Die in unserer stationären Psychiatrie im gleichen Untersuchungszeitraum mit 37,9 % eindeutig führende Gruppe der suchtassoziierten Störungen (F1) lag im

konsiliarisch gesehenen Patientengut mit 13,9 % erst an vierter Stelle und war damit ebenso wie die Kerngruppe der klassischen psychiatrischen Erkrankungen, der psychotischen Störungen aus dem F2er Bereich, mit 9,3 % deutlich unterrepräsentiert.

Die konsiliarisch an dritter Stelle zu findenden organischen Störungen (F0) bilden sich im stationär versorgten Patientengut ebenfalls deutlich geringer ab (7,8%, Rang 5). Dieser Befund steht auch im Einklang mit der in den letzten Jahren zunehmen ins Blickfeld geratenen Bedeutung der Demenzerkrankungen, welche in diese Gruppe fallen. WETTERLING und JUNGHANNS schreiben schon 2000, daß bei ihrer Untersuchung eines universitätskonsiliarpsychiatrischen Patientenguts bei den über 65jährigen Patienten die häufigste Diagnose eine Demenz war. Diese sieht ja der Psychiater im stationären Arbeitsfeld eher seltener und meist erst dann, wenn Symptome wie Unruhe, Agitiertheit oder Wahn zu den kognitiven Störungen hinzukommen. Die meisten Patienten dieser Gruppe laufen, auch dies in Einklang mit unseren Zahlen, in den Inneren Abteilungen, den Neurologien oder aber bei entsprechenden Komplikationen auf der Chirurgie auf.

Es ist also zusammenfassend bei dem konsiliarpsychiatrisch gesehenen Patientengut eine deutlich anders zusammengesetzte Diagnosestruktur mit Überwiegen von Belastungs- und neurotischen Störungen sowie den affektiven Syndromen zu beschreiben, welche am ehesten der teilstationär versorgten Patientengruppe entspricht. Fehlend waren bei uns, wie auch von HUYSE et al. im internationalen Vergleich beschrieben, die Selbstverletzungspatienten, die in allen anderen untersuchten europäischen Ländern wesentlich häufiger gesehen wurden.

Dies alles steht im Einklang mit anderen Untersuchungen. Schon WOLFERSDORF et al beschrieben 1994 die psychogenen Reaktionen und die neurotischen Störungen als die bei weitem größte Gruppe unter den konsiliarpsychiatrisch untersuchten internistisch hospitalisierten Patienten. Eine vergleichbare Diagnosestruktur konsiliarpsychiatrischer Patienten findet sich auch 2001 bei HENN (2000), ebenso bei GALA et al. (1999), FIEBIGER et al. (1997), AGHANWA (2002) oder DIEFENBACHER (2002), welcher letzterer im übrigen an gleicher Stelle darauf hinweist, daß der Anteil der psychotischen Störungen mit

um 7 % (bei uns 9,3 %) im konsiliarpsychiatrischen Arbeitsfeld oft beschrieben werden.

Aus dieser bei uns wie andernorts aufzufindenden Verschiedenheit der konsiliarisch untersuchten von den stationären Patienten die Rechtfertigung für ein eigenständiges Teilgebiet Konsiliarpsychiatrie abzuleiten, erscheint uns dennoch nicht nachvollziehbar. Eher schon mag diese spezielle diagnostische Struktur der Konsiliarpatienten dazu angetan sein, den Konsildienst als verpflichtend für alle in Ausbildung zum Psychiater befindlichen Assistenzärzte zu definieren, um einen vollständigen Überblick im Fachgebiet zu erlangen.

5. 6. Sonderfall Suizidalität?

Das Thema Suizidalität respektive die Versorgung von Patienten nach einem Suizidversuch ist eines der zentralen Aufgabenfelder der Psychiatrie. Nach BRON (2000) werden bundesweit jährlich über 100.000 Suizidpatienten versorgt. Bei circa 80 bis 90 Prozent aller Suizidhandlungen handelt es sich dabei um Intoxikationen, die relativ häufig auf Intensivstationen behandelt werden müssen (ebenda). Auch PAJONK bestätigt 2000 diese Zahl und beschreibt überdies 2001 einen Suizidalitätsanteil von 33 % unter den im Rettungsdienst gesehenen psychiatrischen Notfällen, welche wiederum bis zu 15 % der Notarzteinsätze begründen. In der schon zitierten Lübecker Allgemeinkrankenhausstudie hält AROLT (1995) fest, daß bei 25 % aller psychiatrischen Konsile Suizidalität als Anforderungsgrund auftauchte.

Demgegenüber war der Anteil der suizidalitätsbezogenen Fragestellungen in unserer Untersuchung mit 5,4 % aller psychiatrischer Konsile relativ gering. 11 von den 14 im Untersuchungszeitraum konsiliarpsychiatrisch gesehenen Patienten befanden sich dabei auf der Intensivstation, die übrigen 3 auf der Chirurgie. Diese Zahlen sind sicherlich Ausdruck der an unserem Haus sehr niedrigschwellig arbeitenden psychiatrischen Abteilung, welche, eventuell nach Screening durch die Zentrale Patientenaufnahme, Suizidpatienten, so sie nicht intensiv überwachungsbedürftig sind, primär aufnimmt und versorgt. Da diese stationären Patienten nicht systematisch als Suizidversuch verschlüsselt werden, kann kein direkter Vergleich zwischen stationären und konsiliarisch versorgten Suizidfällen erfolgen. Statistisch gehen diese Patienten dann in der F4er Gruppe (dort als „Anpassungsstörung“ verschlüsselt) auf. Dies war denn auch mit 9 von 14 konsiliarisch gesehenen Suizidfällen die größte diagnostische Gruppe.

Ein bemerkenswerter Befund war zudem, daß zwar bei 5,4 % der Konsilpatienten ein Suizidversuch vorlag, zum Zeitpunkt der psychiatrischen Untersuchung allerdings nur noch bei 1,9% eine weiter bestehende Suizidalität festgehalten wurde. Dies deckt sich mit der von BRON (2000) beschriebenen Erfahrung, daß sich Suizidpatienten auffallend schnell von weiteren Suizidabsichten distanzieren, also rasch einen vordergründig kooperativen und „reueigen“ Eindruck erwecken. Die hohe Rezidivquote macht jedoch den Ernst dieser Situation deut-

lich (ebenda) und zeigt die Grenzen eines psychiatrischen Konsiliardienstes auf. Die Trennung in eine somatische Behandlung durch den Intensivmediziner und eine psychiatrisch-psychotherapeutische Betreuung durch den psychiatrischen Konsiliararzt ist zwar auch heute noch die häufigste Vorgehensweise, jedoch läßt dieses Modell Mängel erkennen, die aus der strikten Trennung der ärztlichen Verantwortung resultieren (BRON 2000). Ungünstig wirkt sich aus, daß sich das auf der Intensivstation tätige Personal durch die Delegation an den Psychiater nicht mehr in ausreichendem Maße verantwortlich fühlt und sich deshalb nicht auf die eigentlich notwendige Kommunikation mit dem Patienten einläßt. Das ist für den Suizidpatienten enttäuschend und impliziert die Gefahr, daß er sich nur begrenzt motivieren läßt, mit dem konsiliarisch tätigen Psychiater ein offenes Gespräch zu führen, das nicht nur Alibicharakter hat (ebenda). Zu einer deutlichen Verbesserung der Versorgung von Suizidpatienten ist es durch die Liaison-Psychiatrie auf internistischen Intensivstationen gekommen. Bei diesem Modell wird das gesamte medizinische Team durch den hinzugezogenen Psychiater beraten und erhält eine Supervision. Der Liaison-Psychiater arbeitet eng mit den Ärzten und dem Pflegepersonal der Intensivstation zusammen und ist relativ leicht erreichbar, wenn seine Mitarbeit bei besonderen Problemen gewünscht wird (ebenda).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, daß in unserem untersuchten konsiliarpsychiatrischen Patientengut das Thema Suizidalität einerseits im Vergleich zu anderen Erhebungen unterrepräsentiert ist, andererseits an die Grenzen der konsiliarpsychiatrischen Tätigkeit führt, möglicherweise jedoch Ausdruck des guten stationär-psychiatrischen Versorgungsangebotes an unserer Klinik ist .

5. 7. Diagnoseverteilung der neurologischen Konsile

Während es eine Reihe von Untersuchungen zu Struktur und Effizienz des *psychiatrischen* Konsiliardienstes an Kliniken unterschiedlichen Versorgungsgrades gibt, liegen nur sehr wenige Publikationen zur *neurologischen* Konsiliar-tätigkeit vor. Dies schreiben WELTER et al. schon 1998 und daran hat sich bis heute nichts geändert. In dieser Arbeit umreißen sie die konsiliarneurologische Tätigkeit in einem Allgemeinkrankenhaus im Hinblick auf die Umsetzung der neurologischen Konsiliarempfehlungen beispielhaft am Schädel-Hirn-Trauma I. Grades, schwerpunktmäßig unter dem Aspekt der Zusammenarbeit Klinikarzt-Hausarzt. Eine lediglich grobe diagnostische Klassifikation verrät hier das Führen der Diagnose „Intrazerebrale Ischämie“.

In unserer Untersuchung lag global erstaunlicherweise die Rubrik „Allgemeinsymptome“ – darunter subsumiert waren Fieber, unklarer Schmerz, Synkope etc. (ICD R50 – 69) – mit 15,4% gleichauf führend mit der erwartbar großen Gruppe der cerebrovaskulären Ereignisse (I 60 – 69), einem „klassischen“ stationär-neurologischen Arbeitsfeld. Unklare Syndrome also, nicht zuzuordnende Beschwerdebilder, auf der Inneren Abteilung mit 20 % der Konsilfälle absolut führend, zu denen der Neurologe, möglicherweise im Rahmen differentialdiagnostischer Ausschlußbemühungen oder aber im Sinne einer defensivmedizinischen Grundhaltung hinzugezogen wird?

Am dritthäufigsten waren unter den konsiliarneurologischen Patienten dann diejenigen mit einer peripher-neurologischen Erkrankung (G50 – 59) zu finden (12,2 %), wobei diese Diagnosegruppe relativ am häufigsten auf der Gynäkologie (25,9 %) sowie auf der Chirurgie (20,8 %) anzutreffen war.

Die Patienten aus der Gruppe S00 – S09 (Verletzungen des Kopfes) waren erwartbar am häufigsten auf der Intensivstation (27,1 %) vertreten, insgesamt hatten sie einen Anteil am konsiliarneurologischen Gesamtvolumen von 8,5 %.

Im Mittelfeld der Häufigkeiten lagen global Koma, Stupor, Somnolenz (insgesamt 7,8 % der Konsilfälle), die Polyneuropathien und sonstigen peripheren Erkrankungen (7,6 %), die extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen (7,4 %) sowie bemerkenswerterweise auch die Störungsbilder, welche keiner diagnostischen Gruppe zuzuordnen waren, immerhin 6,9 %.

Erst an neunter Stelle der Gesamthäufigkeit (4,6 %) standen die sogenannten „episodischen und paroxysmalen Krankheiten des Nervensystems“ (G40 – 47), einer aus unserer Sicht im ICD10 recht unglücklich definierten Gruppe, die solch verschiedene Erkrankungen wie beispielsweise die Epilepsie, die Migräne, den Kopfschmerz, die TIA oder Schlafstörungen subsumiert. Im klinischen Alltag wird die Gruppe der G40er im allgemeinen jedoch mit der Epilepsie in Verbindung gebracht. Generell sei in diesem Zusammenhang auf die umständliche Handhabbarkeit des ICD10-Systems im Bereich der Neurologie hingewiesen, in welchem neurologisch relevante Diagnosen zwischen den Abschnitten A, C, G, I, R, S und T weit verstreut sind.

Die sogenannten paroxysmalen Erkrankungen aus der G4er Gruppe, um wieder auf einen der Berührungspunkte zwischen Neurologie und Psychiatrie zurückzuführen, waren jedoch bei den in der Psychiatrie gesehenen Konsilfällen mit 16,7 % deutlich führend, verständlich bei der Inzidenz organischer Störungen, epileptischer Psychosen oder „paroxysmaler Komplikationen“ wie epileptischen Geschehnissen unter einer klassischen Neuroleptikabehandlung. Neben diesem Thema waren es vornehmlich die Fälle von „Krankheiten von Nerven, Nervenwurzeln und Nervenplexus G50 - 59“, die „sonstigen degenerativen Erkrankungen des Nervensystems G30 – 32“ oder die „zerebrovaskulären Erkrankungen I60-69“ mit jeweils 12,5 %, in denen sich der Psychiater konsiliarischen Rat vom Neurologen holte.

Recht selten konsultierte der Psychiater den Neurologen in Fällen von extrapyramidalen Störungen (G20-26), nämlich nur bei 8,3% der neurologisch vorgeestellten Patienten. Dies mag Ausdruck der – vergleicht man die doch recht hohe Auftretenswahrscheinlichkeit extrapyramidaler Störungen beispielsweise unter Neuroleptikabehandlung – hohen eigenen Kompetenz der Psychiater bei diesen Störungen sein.

Widmet man die Aufmerksamkeit dem Vergleich der konsiliarneurologisch gesehenen mit den stationär-neurologisch versorgten Patienten, fällt, ähnlich zur aufgezeigten psychiatrischen Situation, eine doch deutlich unterschiedliche Diagnosestruktur ins Auge: Sind es vornehmlich die sogenannten „Allgemeinsymptome“, welche, die „Hitliste“ anführend, den Neurologen konsiliarisch beanspruchen, tauchen diese, nach entsprechendem Screening nur noch mit 3,9 % an zehnter Stelle unter dem stationär-neurologischen Patientengut auf. Statio-

när beschäftigt sich der Neurologe erstrangig (zu 33,1 %) mit den episodischen und paroxysmalen Krankheiten, welche hinwiederum konsiliarisch von ihm erst an neunter Stelle gesehen werden. Die zerebrovaskulären Erkrankungen sind hingegen in beiden Gruppen an zweiter Stelle zu finden, während die peripheren Erkrankungen von Nerven, Nervenplexus und –wurzeln, die der Neurologe konsiliarisch am dritthäufigsten (12,2%) sieht, stationäre Behandlung nur noch zu 3,4% benötigen und dort den Rang 8 einnehmen. Handelt es sich hier sicherlich in den meisten Fällen um Krankheitsbilder, die ambulant versorgt werden können.

Die viertgrößte Konsilfallgruppe „Verletzung des Kopfes“ (8,5%) sowie die an fünfter Stelle rangierende Gruppe „Somnolenz, Stupor, Koma“ (7,8%) ist stationär-neurologisch quasi gar nicht repräsentiert (0,6% resp. 0,5%). Diese Patienten werden je nach Schwere des Krankheitsbildes entweder intensivmedizinisch weiterbetreut, neurochirurgisch weiterverlegt oder auf der Allgemeinchirurgie behandelt. Im stationär-neurologischen Patientengut taucht diese Syndromgruppe dann auch deshalb nicht mehr auf, weil sie je nach pathogenetischem Hintergrund (bspw. postiktal, ischämisch oder metabolisch) entsprechend verschlüsselt wird.

Ein bemerkenswerter Befund ist auch, daß die stationär mit 4,3% immerhin noch viertgrößte Gruppe der „Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens“ konsiliarisch in keinem einzigen Fall auftaucht. Dies läßt den Schluß zu, daß diese Patienten entweder primär von außen in die Neurologie kommen und dann dort versorgt werden oder aber vom Chirurgen aus dessen Perspektive ohne weitere Hinzuziehung neurologischer Kompetenz behandelt werden. Hier bildet sich das klassische Thema des Wirbelsäulenpatienten im Spannungsfeld, um es nicht fachliche Konkurrenz zu nennen, zwischen Chirurgen und Neurologen ab.

Vergleiche zu anderen Analysen hinsichtlich einer konsiliarneurologischen Diagnoseverteilung sind schwierig, da diese kaum gemacht wurden. Lediglich BARRERO-HERNANDEZ et al. (2003) geben diesbezüglich einen Überblick und finden in ihrem Kollektiv mit 24,3% die Diagnose „stroke“ führend, gefolgt von „epilepsy“ (13,7%) und „dementia“ (11,7%). Das Phänomen unserer führend gefundenen „Allgemeinsymptome“ wurde dort also nicht beschrieben.

Betrachtet man zusammenfassend das neurologische – stationär wie konsiliarisch vorzufindende – Diagnosespektrum, so handelt es sich der Natur des Fachgebietes entsprechend hier um eine größere diagnostische Fächerung als beim psychiatrischen mit einer Reihe von Akzentverschiebungen stationär/konsiliarisch wie auch einer deutlichen Schnittstellenproblematik Psychiatrie-Neurologie.

Insgesamt konnte auch gezeigt werden, daß beide Konsiliardienste in ihrer jetzigen Form für die Patientenversorgung notwendig sind. Aufgrund der aufgezeigten inhaltlichen Unterschiede hinsichtlich der diagnostischen Zusammensetzung des Patientengutes ist ein Wegfall eines der Dienste nicht denkbar. Der Psychiater wird selektiv hinzugezogen, wenn es um rasche Erkennung und adäquates Behandeln einer psychischen Notlage und/oder Erkrankung geht; der Neurologe ist insbesondere als somatischer Differentialdiagnostiker gefragt und kann in der Bandbreite seines Diagnosespektrums, bspw. zur Zuordnung der sogenannten „Allgemeinsymptome“, navigatorische Hilfe leisten.

5. 8. Konsequenzen der Konsiliaruntersuchungen

Ein Konsil bleibt in der Regel nicht folgenlos. Neben einer unmittelbaren Reaktion des Patienten auf den Konsilarzt, welche im Einzelfall beim Auftauchen des Psychiaters in schwerer Bestürzung bestehen kann (GALA et al. fanden 1999 in ihrer Untersuchung heraus, daß ein Drittel der Patienten vorab gar nicht informiert wurden, daß sie ein psychiatrisches Konsil bekommen sollen – eine Erfahrung, welche wohl auch hierzulande mancher Psychiater immer wieder macht), herrscht doch nach dem Konsil meist Zufriedenheit. Der Patient ist glücklich, weil er möglicherweise Entlastung erfahren hat, er in seinem Heilungsprozeß ein Stück weiter gekommen ist oder Entscheidungen über seine weitere Behandlung in Aussicht gestellt bekam (dieser Sachverhalt ist wichtig: Nicht der Konsiliar entscheidet und ordnet etwas an, sondern er empfiehlt etwas; die Umsetzung obliegt dann dem behandlungsführenden Arzt); der konsilianfordernde Arzt ist schlauer, wenn er denn die konsiliarischen Empfehlungen nachvollziehen und ausführen kann.

Aber was genau hinterläßt denn der Konsiliarius am Ende seiner Untersuchung?

Auch dies haben wir beleuchtet, indem wir untersuchten, in welchem Maße der Konsilarzt eine Diagnose und/oder eine Therapieempfehlung hinterließ, eine weiterführende Diagnostik oder gar eine Übernahme in die eigene Abteilung empfahl.

In punkto Diagnosestellung waren sich dabei die psychiatrischen Konsiliarii ihrer Sache offensichtlich deutlich sicherer als ihre neurologischen Kollegen. So legten sich erstere zu 90,7 % auf eine Diagnose fest, während die Neurologen dies nur zu 71,3 % taten. Dafür empfahlen letztere in 64,6 % ihrer Konsilfälle eine weiterführende Diagnostik, wohingegen die Psychiater nur zu 10,8 % Anlaß für weitere z. B. apparative Diagnostik sahen.

Somit sorgen neurologische Konsile in fast zwei Drittel der Fälle für weitere diagnostische Aktivitäten, also auch höhere klinische Beanspruchung sowie eventuell damit verbundene höhere Kosten. Der Psychiater ist hingegen hier offensichtlich kostenverträglicher und legt sich rascher und ohne weitere Maßnahmen auf eine diagnostische Einschätzung fest. Auch hinsichtlich einer Therapieempfehlung erscheint der Psychiater entschlußfreudiger als der Neurologe:

In 88 % der Fälle spricht er eine solche auf dem Konsilschein eindeutig aus, der Neurologe nur zu 61,8 %, was damit korreliert, daß er zur Diagnosefindung öfter eine weiterführende Diagnostik benötigt.

Ein weiterer Unterschied ließ sich hinsichtlich der Übernahme der untersuchten Konsilpatienten in die eigene Abteilung finden. Der Psychiater empfahl in 16,6 % der Fälle die Übernahme, der Neurologe jedoch nur zu 9 %. Dies mag am ehesten Ausdruck der Tatsache sein, daß die vorgefundenen psychiatrischen Sachverhalte und Problemkonstellationen weitaus häufiger der spezifischen Einwirkungsmöglichkeiten eines stationär-psychiatrischen Settings bedürfen, denkt man beispielhaft an die Depressionsbehandlung oder die Detoxifikationen.

Aus unserer Sicht sind dies bemerkenswerte, aber letztlich auch erwartbare Befunde, welche die unterschiedliche Charakteristik der beiden Nachbardisziplinen beleuchten. Vergleichszahlen finden sich hierzu in der Literatur nicht.

Weitere interessante Untersuchungsansätze wären in diesem Zusammenhang wie schon erwähnt der Effekt konsiliarischen Wirkens auf die Gesamtverweildauer (LOS Length of stay) oder aber eine prospektive Kostenerfassung durch die konsiliarbedingt auftretenden Folgeleistungen. Zu vermuten wäre hier, daß sich zumindest der Psychiater eher kostendämpfend (früheres Screening psychiatrischer Comorbiditäten bzw. somatisch kaschierter Diagnosen, weniger Diagnostik, mehr Übernahmen in die üblicherweise wesentlich „billigere“ psychiatrische Abteilung) auswirkt. Auch im Hinblick auf die Einführung des DRG-gestützten Vergütungsverfahrens, welches ja die Psychiatrie bislang noch nicht erfaßt, könnten sich hier interessante Ergebnisse, aber auch Fehlentwicklungen abzeichnen.

Eine inhaltliche Analyse der Therapieempfehlungen oder Interventionen durch den Konsilpsychiater, welche wir nicht vorgenommen haben, könnte die Hypothese überprüfen, daß durch die Entwicklung der neueren atypischen Neuroleptika oder der hochselektiv wirksamen Antidepressiva, welche im Vergleich zu den früheren Trizyklika deutlich nebenwirkungsärmer sind, eine geringere Interaktion mit anderen Stoffgruppen aufweisen und ein breiteres Indikationsspektrum haben, die Verordnung dieser Psychopharmaka enorm zugenommen hat und oftmals das wesentliche Ergebnis einer psychiatrischen Konsiliaruntersuchung ist. Hinweise hierfür gibt schon DIFENBACHER 2002, der ausführt, daß

der Anteil der psychotherapeutischen oder verhaltensorientierten Interventionen sich in den letzten Jahren nicht geändert hat, es dafür jedoch in seinem Untersuchungsgut in jedem zweiten Falle zu einer solchen Psychopharmakonempfehlung gekommen sei. Nach unserem Eindruck dürfte dieser Anteil mittlerweile noch gestiegen sein.

Ebenfalls nicht gesondert erfaßt als eine mögliche Konsequenz von Konsilen haben wir die sogenannten Rekonsile, also ein erneuter konsiliarischer Besuch beim gleichen Patienten. Größenordnungsmäßig spielten diese auch, so der Eindruck bei der Konsilscheinanalyse, keine besondere Rolle. Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang auch eine sowohl von den Untersuchern selbst gemachte wie in der Literatur festgehaltene Erfahrung, z. B. von SIECHE (1995), daß die Notwendigkeit für Rekonsile von den Psychiatern wesentlich seltener als von den somatischen Kollegen gesehen wird.

5. 9. Optimierungsmöglichkeiten

Sowohl aus Sicht des Patienten als auch aus der des Anforderers ist klar, daß ein angefordertes Konsil möglichst schnell, umfassend, kompetent und klar dokumentiert erledigt werden sollte, hängt doch in der Regel einiges für die weitere Behandlung Relevante davon ab. Im großen und ganzen ist dies auch meistens der Fall, wie wir einerseits durch die Analyse unserer Konsilvorgänge nachweisen konnten, andererseits durch die Ärztebefragung mit ihrem im Grunde guten Zufriedenheitsergebnis erfuhren. Man könnte somit zu dem Schluß gelangen, daß mit den Konsilen alles in Ordnung sei.

Dennoch lassen sich aus unserer Untersuchung einige Schlußfolgerungen im Hinblick auf eine noch bessere Gestaltung des Konsilvorgangs ziehen.

Auf der Anfordererseite ist unbedingt zu fordern, daß der Konsilschein ordentlich, lesbar, mit allen Personendaten und vor allem mit einer möglichst präzisen Fragestellung auszufüllen ist, so daß Zeitverluste durch unnötige Rückfragen vermieden werden können. Im Grunde eine Selbstverständlichkeit, die aber auch schon SAUPE und DIEFENBACHER (1997) in ihrem Standardwerk zur praktischen Konsiliarpsychiatrie zu unterstreichen sich veranlaßt sehen. Daß dies nicht immer der Fall war, konnte aufgezeigt werden. Überlegenswert wäre es, den Konsilanforderungsschein mit einer Rubrik über die Dringlichkeitskategorie zu versehen, was allerdings, so belegen die benannten Erfahrungen aus anderen Häusern, dazu führen kann, daß die große Mehrzahl der Anforderungen als dringend klassifiziert und eine normale Bearbeitung dadurch erschwert wird. Hier wären dann regelmäßige klinikübergreifende Konferenzen der Konsilverantwortlichen zur Überprüfung notwendig.

Praktikabler erscheint uns, im Falle besonderer Dringlichkeit, das auf den bürokratischen Weg gebrachte Konsilbegehren per telefonischer oder persönlicher Kontaktaufnahme zusätzlich zu bekräftigen. Daß dieses funktioniert, zeigen die langjährige Erfahrung in unserem Hause wie auch die diesbezüglichen Einlassungen in unserer Befragung, welche neben vereinzelter Kritik im wesentlichen den Wunsch nach persönlicher Kooperation formulierten

Im Grunde sind wir hier schon bei dem Thema Kommunikation, welcher eine zentrale Bedeutung hinsichtlich eines effizienten Konsilgeschehens zukommt.

Seinem Ursprung nach ist das Konsil ja – wenn man das eingangs gezeigte Bild vor Augen hat – die Verständigung von Ärzten mit unterschiedlichem Erfahrungshintergrund über die Erkrankung des Patienten. Organisationsstrukturen und Dokumentationszwänge an heutigen Kliniken führen letztlich dazu, daß dieses „Ärztepalaver“ am Krankenbett so nicht mehr abgehalten, sondern in den beschriebenen und analysierten Konsilvorgang kanalisiert wird. Um so wichtiger erscheint dennoch, daß eine – möglichst direkte – Verständigung der Ärzte untereinander stattfindet. In den LEITLINIEN zur Konsilpsychosomatik und –psychiatrie in Abstimmung mit den AWMF-Fachgesellschaften (2003) werden dementsprechend als wichtige persönliche Voraussetzungen für einen Konsiliar die kommunikativen Kompetenzen neben der Konflikt-, Kooperations- und Integrationsfähigkeit herausgehoben. Das unter Zeitdruck wortlos absolvierte Konsil ist demgegenüber bei weitem nicht das Optimum.

Zu fordern ist, wie bereits von anderen Autoren mehrfach unterstrichen, also stets ein ausführliches Informationsgespräch mit Sichtung der bereits vorliegenden Befunde und Einbezug der pflegerischen Mitarbeiter auf der den Patienten betreuenden Station. Unabdingbar ist dies insonderheit im Falle von suizidalen Patienten auf einer Intensivstation, wie BRON (2000) dies in klarer Weise unterstreicht. Gerade in dieser mehrschichtigen, von vielerlei abgewehrten Gefühlen sowohl auf Seiten des Patienten als auch auf Seiten der professionellen Helfer gekennzeichneten Situation ist Zeit und Verständnis sowie gründliches Miteinandersprechen vonnöten. Überdies steht der psychiatrische Konsiliar, wie DELIUS et al. schon 1993 betonen, oftmals vor der Herausforderung, die Stationsatmosphäre zu entlasten, den Focus also vom Patienten wegzulenken und die Interaktion der Stationsmitarbeiter zu beleuchten. HOFFMANN et al. (1998) halten fest, daß bei der psychiatrischen Konsilsituation in den meisten Fällen fallorientierte Teamkonferenzen indiziert seien.

Aber auch der neurologische Konsilarzt, der ja, wie gezeigt, noch stärker als der Psychiater diagnostische Herausforderungen zu meistern hat, wird ohne ein Mindestmaß an Kommunikation nicht zu einem für den Patienten und seine weitere Behandlung sinnvollen Ergebnis kommen.

Nach allem „Palaver“ jedoch ist auch eine sorgfältige Dokumentation notwendig. Daß diese wiederum in lesbarer und auch ansonsten formal korrekter Form zu geschehen hat, liegt auf der Hand. Wesentlich erscheint uns hier auch ein stan-

dardisierter formaler Aufbau der Konsildokumentation, welcher zu einem erhöhten „Wiedererkennungswert“ in der Krankenakte führt.

Nicht nur zur Vervollständigung der Krankenakte, sondern auch als eine Handlungsgrundlage für den weiterbehandelnden Kollegen und nicht zuletzt als Nachweis für die Verwaltung dient ein ordentlich ausgefüllter Konsilschein. Letzterer Aspekt erscheint uns von nicht zu unterschätzender Bedeutung zu sein, läßt sich doch gerade in Zeiten der überaus knappen Personalbudgetierung auf diese Weise ein nicht unerhebliches Arbeitsfeld von Klinikärzten nachvollziehen und in Personalverhandlungen beispielsweise daraus – überschlägig geschätzt – die Forderung nach einer halben Arztstelle ableiten.

Daß bislang sowohl die Konsilanforderungen als auch die Konsilscheine in handschriftlich zu bearbeitender Form sowohl in der untersuchten Klinik als auch wohl in den meisten anderen vorliegen, ist aus unserer Sicht trotz gelegentlicher Defizite hinsichtlich der Analyse mancher Arzthandschrift kein Mangel. Läßt sich vielleicht noch ein elektronisches Anforderungssystem nachvollziehen, bleibt doch – zumindest für die Psychiatrie - die Niederschrift von Befunden und diagnostischen wie therapeutischen Einschätzungen ein hochindividueller Akt, welcher mit elektronischen Textbausteinen oder Anklickverfahren auf irgendwelchen Computersystemen nicht abgebildet werden kann. Andererseits kann ein solches System für die Exaktheit und Vollständigkeit der Befunddokumentation, wie sie in der Neurologie zu fordern ist, wiederum von Vorteil sein.

Insgesamt bestünde jedoch durchaus die Gefahr, daß eine solche Entwicklung den Aspekt der persönlichen Kommunikation noch mehr in den Hintergrund treten lassen könnte.

Neben der Frage der Kommunikation steht auch die fachliche Qualifikation der Konsilärzte im Mittelpunkt einer Konsildiskussion. Wie wir in unserer Untersuchung gesehen haben, wurden von neurologischer Seite 70,1 % aller Konsile vom Assistenzarzt geleistet, auf psychiatrischer Seite immerhin noch 64,9 %. Nur der Rest wurde von Chef-, Oberarzt, oder einem Facharzt, erledigt. So wichtig es für den in Ausbildung befindlichen Assistenzarzt ist, auch auf dem Gebiet der Konsiliartätigkeit Erfahrungen zu sammeln, bleibt doch die Frage nach der ausreichenden fachlichen Qualifikation zu stellen. Ein spezielles Ausbildungsprogramm für Konsiliarpsychiatrie, wie es DIEFENBACHER (2002) for-

dert und umsetzt, gibt es in unserer Klinik nicht; auch der neurologisch tätige Assistenzarzt sammelt seine Erfahrungen in Konsiliartätigkeit ausschließlich selbst sowie in steter Rücksprache mit seinem Ober- oder Chefarzt. Zu fordern wäre demnach im Sinne eines „guten Konsils“, da nicht alle Konsile von Chef- oder Oberarzt bzw. einem erfahrenen Facharzt zu leisten sind, eine Mindestqualifikation von beispielsweise einem Jahr Assistenzzeit in dem betreffenden Fachgebiet sowie gegebenenfalls eine verpflichtende Oberarzt- oder Chefarzt-rücksprache.

Ein ganz anderes Diskussionsfeld ist die Frage der grundsätzlichen Organisation eines Konsil- oder Liaisondienstes. Während der klassische, auch bei uns vorgefundene Konsildienst für die neurologische Konsiltätigkeit sicherlich meist ausreichend ist, existieren für den Bereich Psychiatrie vielfältige Belege für die Überlegenheit eines sogenannten Liaisondienstes. BRON weist, wie bereits dargelegt, im Zusammenhang mit der Suizidalitätsproblematik darauf hin. Die gezeigte hohe psychiatrische Komorbidität auf Inneren wie auf neurologischen Abteilungen legt den Gedanken eines integriert in diesen Abteilungen mitlaufenden Psychiaters, welcher dann in wesentlich besserer Weise die dargelegten Teamprobleme und supervisorischen Aufgaben bearbeiten könnte, durchaus nahe. Andererseits wird auch die Idee eines neurologischen Liaisondienstes bereits vereinzelt verfolgt (FORBES et al.; 2004) bzw. eine integrierte neuropsychiatrische Herangehensweise zu Patienten beispielsweise mit epileptischen Erkrankungen beschrieben (HILTY et al.; 2005).

Doch zurück zur klassischen Konsilarbeit, wie wir sie hier beleuchten wollen. Diese wurde so vorgefunden wie sie ist, mit einigen Mängeln, doch zur Zufriedenheit der meisten Beteiligten wirkend. Verantwortung und Selbstbewußtsein sollte die Ausübung konsiliarischer Tätigkeit prägen. Wie KONTOS et al. (2003) es formulieren, sollte der Konsiliarus die Verantwortung für seine Diagnose und seine Therapievorschläge übernehmen und dabei auch nicht zögern, vorgefundene therapeutische Regimes zu hinterfragen.

Für die konsiliarpsychiatrische Grundhaltung formulierte DIEFENBACHER (2002) folgende **10 Gebote**, welche im Grunde in gleicher Weise für Konsiliardienste anderer Fachbereiche Gültigkeit haben:

1. Kläre die Dringlichkeit des Konsiliums (Notfall oder Routine).
2. Nimm persönlichen Kontakt zum Anforderer auf.
3. Lege Wert darauf, daß der Patient über die Durchführung des Konsiliums informiert wurde.
4. Falls erforderlich, präzisiere die Fragestellung oder entwickle sie zusammen mit dem Anforderer.
5. Bilde Dir ein eigenes Urteil und verzichte nie auf die eigenhändige Durchsicht der Krankenblattunterlagen.
6. Setze keine psychiatrischen Kenntnisse voraus, verlasse Dich insbesondere nicht darauf, daß alle in Frage kommenden organischen Differentialdiagnosen abgeklärt sind.
7. Verfasse Deinen Befund kurz, spezifisch (orientiert am Zielproblem) und so, daß er auch vom psychiatrischen Laien verstanden und umgesetzt werden kann.
8. Denke daran, daß die Anforderer keine Spezialisten in der Psychopharmakotherapie sind: Kläre also auch sie (und nicht nur den Patienten!) über mögliche UAW auf und informiere über durchzuführende Maßnahmen.
9. Denke daran, konkrete Ratschläge für eine ggf. erforderliche Weiterbehandlung zu geben und wirke darauf hin, daß die psychiatrische Diagnose, falls erforderlich, im Entlassungsbrief aufgenommen wird.
10. Bleibe über Entwicklungen in den von Dir betreuten somatischen Fächern auf dem laufenden.

Organisatorische Anforderungen: Unabdingbar ist, daß das Konsiliarwesen einer Klinikabteilung strukturell und organisatorisch transparent ist. Grundlegend dabei erscheint, daß es *überhaupt* organisiert ist und daß feste Verfahrensabläufe festgelegt sind.

In unserer neurologischen Abteilung besteht eine feste Zuordnung der jeweiligen Stationsärzte mit ihrem Oberarzt zu definierten Stationen und Abteilungen des Restklinikums. Die psychiatrische Abteilung hingegen hat einen der beiden Oberärzte als Konsilarzt benannt, welcher primär ansprechbar ist, allerdings vor dem Hintergrund der streng sektoriellen Abteilungsorganisation, den Konsilauftrag im Einzelfall (beispielsweise wenn der Patient schon im Hause bekannt ist

oder eine stationär-psychiatrische Übernahme ansteht) an den sektoriell zuständigen Assistenzarzt delegieren kann.

Als günstig hat sich folgendes **Konsilablaufscheema** erwiesen:

1. Telefonische Anmeldung des Konsilwunsches nach ärztlicher Anordnung durch das Pflegepersonal an einer definierten Stelle, bspw. dem Chefsekretariat mit Darlegung der Problemlage und der Dringlichkeit.
2. Umgehende Weitergabe dieser Informationen an den zuständigen Konsilarzt.
3. Der Konsilarzt setzt sich zeitnah mit der anfordernden Station telefonisch in Verbindung, erhält ergänzende Informationen und spricht gegebenenfalls bereits mit dem anfordernden Kollegen mit dem Ziel, einen möglichst präzisen Konsiliarauftrag zu erhalten. Wichtig ist in diesem Zusammenhang auch die Information, wie lange die stationäre Behandlung des Patienten überhaupt noch geplant ist. Hiernach wird entschieden, wann und wo die Konsiliaruntersuchung erledigt wird.
4. Nach der Konsiluntersuchung, zu welcher auch zwingend das persönliche Gespräch mit dem betreuenden Pflegepersonal sowie die Sichtung des Krankenblattes mit den bereits erhobenen Befunden gehört, erfolgt die handschriftliche Dokumentation der erhobenen Befunde und therapeutischen oder diagnostischen Vorschläge. Zur namentlichen Rückverfolgbarkeit und aus haftungsrechtlichen Gründen ist dabei wichtig, den Konsilschein mit vollem Namen und Unterschrift abzuschließen. Gleichzeitig wird den Pflegekräften eine kurze Einschätzung übermittelt.
5. Erstrebenswert ist zudem eine persönliche kollegiale Übermittlung des Konsilergebnisses an den anfordernden Arzt.
6. Für Notfallkonsile gilt die Regel, daß der anfordernde Arzt selbst den direkten Kontakt mit dem Konsilarzt aufnimmt.

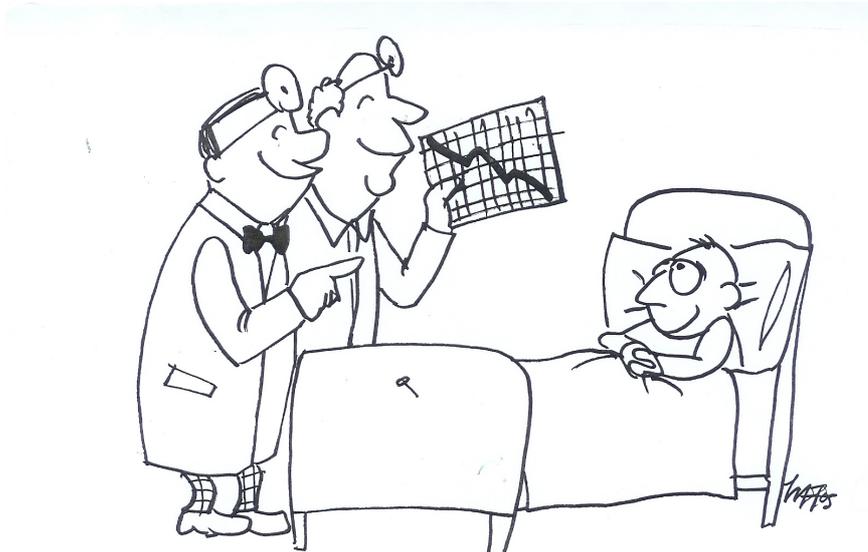
Dieser Ablauf, welcher im wesentlichen in der Forderung nach Disziplin in der Kommunikation mündet, muß allen neu in die Abteilung eintretenden Kollegen detailliert, am besten in Form einer Verfahrensanweisung, vermittelt und gegebenenfalls trainiert werden, was neben der fachlichen Kontrolle einen wesentlichen Qualitätsstandard darstellt. In regelmäßigen Abständen sollten zudem mit den Konsilverantwortlichen aller Klinikabteilungen Konsilkonferenzen stattfin-

den, um allfällige Probleme zu besprechen und die Ablaufprozesse gegebenenfalls zu optimieren (Stichwort Schnittstellenpflege).

Ein wichtiges Arbeitsfeld stellt nach unserer Einschätzung überdies die Frage dar, wann, bei welchen klinischen Gegebenheiten überhaupt ein Konsil eines anderen Fachgebietes angefordert wird. Hilfreich wäre hier die Entwicklung von Konsilstandards respektive „Eskalationsschemata“, welche jedes Fachgebiet für die häufigsten Krankheitsbilder erarbeiten und dann auch in die Nachbardisziplinen hinein kommunizieren müßte. Neben dem Aspekt der Qualitätsverbesserung für den Konsilablauf wäre denn auch hier die Frage einer Konsilvermeidung durch entsprechende Schulung der ärztlichen Mitarbeiter zu diskutieren. Bei knapp 700 Konsilvorgängen im Jahr und einer (konservativen!) Schätzung des Zeitaufwandes von einer Stunde pro Konsil handelt es sich in unserem Untersuchungszeitraum um immerhin 20 Arztarbeitswochen, also um einen nicht unerheblichen personellen Ressourcenverbrauch.

5. 10. Wege zum guten Konsil

Neben den aufgezeigten organisatorischen und strukturellen Voraussetzungen ist vor allem auch eine positive und dem Konsiliarwesen gegenüber aufgeschlossene Grundhaltung für ein optimales konsiliarisches Miteinander notwendig. Konsile sollten nicht als eine lästige, den dichtgedrängten Tagesablauf störende Zusatzverpflichtung aufgefaßt werden, sondern als integraler Bestandteil einer klinischen ärztlichen Tätigkeit. Wo sonst kann man über den Tellerrand des eigenen Fachgebietes hinausschauen, die fachliche Auseinandersetzung mit anderem Denken suchen, wo sieht man unselektiert unbehandelte Krankheitsbilder, welche in vielen Fällen eine differentialdiagnostische Herausforderung darstellen, wenn nicht im Konsiliardienst?



Auf der anderen Seite stellt der Konsildienst auch die Visitenkarte des eigenen Fachgebietes dar, welches so wahrgenommen wird, wie der Konsiliarius auftritt: Im Idealfall rasch verfügbar, besonnen, kompetent, Lösungsmöglichkeiten anbietend und für den Patienten eine ergänzende Hilfe darstellend. Gerade im Hinblick auf die Psychiatrie, welche auch heute in den Nachbardisziplinen immer noch mit Wahrnehmungsproblemen und Vorurteilen zu kämpfen hat, aber auch für die Neurologie, welche oftmals von der Psychiatrie nicht getrennt und mit eigenen Kompetenzen versehen wahrgenommen wird, erscheint dieser Aspekt der Repräsentanz des eigenen Faches von großer Bedeutung.

Insgesamt gilt, wie DIFENBACHER es formuliert: „Demonstrate, not preach our usefulness“, eine Grundhaltung, die für eine erfolgreiche Arbeit von Konsildiensten unabdingbar ist.

6. Literaturverzeichnis

- 1 AGHANWA H. **Consultation-liason psychiatry in Fiji.** Pac Health Dialog. (2002)1:21-28
- 2 AROLT V **Psychiatrischer Konsiliardienst an einem Universitätsklinikum.** Nervenarzt (1995) 66:347-354
- 3 AROLT V, ROTHERMUNDT M **Depressive Störungen bei körperlich Kranken.** Nervenarzt (2003) 74:1033-1054
- 4 AROLT V, DRIESSEN M, DILLING H **Psychische Störungen bei Patienten im Allgemeinkrankenhaus** Dt Ärztebl 1997; 94(20): A-1354-1358
- 5 BARRERO-HERNANDEZ FJ, MUNUZURI-SANZ D, CASADO-TORRES A **A descriptive study of intrahospital neurology service consultations.** Rev Neurol. (2003) 11:1001-1004
- 6 BENDER W, GREIL W, MEYER G **Psychiatrischer Konsiliardienst: Eine 3-Jahres-Übersicht** Münch. Med. Wschr. 124(31):691-692
- 7 BRON B **Vergiftung und Suizid: Wo und wie sollten Suizidpatienten behandelt werden?** Dt Ärztebl (2000)97:A 3027–3029
- 8 CADUFF F, GEORGESCU D **Consultation-liaison psychiatry in Switzerland.** Adv Psychosom Med. (2004)26:25-30
- 9 CAMUS V, VIRET C, PORCHET A, RICCIARDI P, BOUZOURENE K, BURNAND B **Effect of changing referral mode to C-L Psychiatry for noncognitively impaired medical inpatients with emotional disorders.** J Psychosom Res. (2003) 54:579-585
- 10 CARSON AJ, BEST S, WARLOW C, SHARPE M **Suicidal ideation among outpatients at general neurology clinics: prospective study** BMJ (2000) 320:1311-1312
- 11 CARSON AJ, RINGBAUER B, MACKENZIE L, WARLOW C, SHARPE M **Neurological disease, emotional disorder, and disability: they are related: a study of 300 consecutive new referrals to a neurology outpatient department.** J Neurol Neurosurg Psychiatry (2000) 68:202-206
- 12 COSTELLO DJ, RENGANATHAN R, O'HARE A, MURRAY B, LYNCH T **Audit of an inpatient neurology consultation service in a tertiary referral centre: value of the consulting neurologist.** Ir Med J (2005) 5:134-137

- 13 DE JONGE P, HUYSE FJ, HERZOG T, LOBO A, MALT U, OPMEER BC, KUIPER B, KRABBENDAM A **Referral pattern of neurological patients to psychiatric Consultation-Liaison Services in 33 European hospitals.** Gen Hosp Psychiatry (2001) 23:152-157
- 14 DELIUS P, SCHÜRMAN A, AROLT V, SCHÜFFELGEN-DAUS U, DILLING H **Indikation psychiatrischer Konsile:** Eine fallbezogene Parallelbefragung von Psychiatern und behandelnden Ärzten Psychiat. Praxis (1993) 20:218-23
- 15 DIEFENBACHER A **Aktuelle Konsiliarpsychiatrie und –psychotherapie.** Thieme 1999
- 16 DIEFENBACHER A **Consultation-liaison psychiatry in Germany.** Adv Psychosom Med. (2004) 26:1-19
- 17 DIEFENBACHER A, **Konsiliarpsychiatrie** im Allgemeinkrankenhaus 2002
- 18 DIMDI **ICD-10-GM 2004 Systematisches Verzeichnis** 10. Rev. Deutscher Ärzteverlag
- 19 EACLPP THE VII ANNUAL SCIENTIFIC MEETING OF THE EUROPEAN ASSOCIATION FOR CONSULTATION LIAISON PSYCHIATRY AND PSYCHOSOMATICS, Berlin, June 23-24, 2004 **FUTURE DEVELOPMENTS IN CONSULTATION-LIAISON PSYCHIATRY AND PSYCHOSOMATICS**
Tagungsbericht
- 20 EKSTRAND JR, O'MALLEY PG, LABUTTA RJ, JACKSON JL **The presence of psychiatric disorders reduces the likelihood of neurologic disease among referrals to a neurology clinic.** J Psychosom Res. (2004) 57:11-16
- 21 FELD C **Das psychiatrisch-psychosomatische Konsilium.** Zürich, Univ., Diss., 1997
- 22 FIEBIGER D, FICKER F, WINIECKI P, STEIN B, HERZOG T **Der Psychiatrische Konsiliardienst der Klinik für Psychiatrie an der Städtisches Klinik Görlitz GmbH** Psychiat. Praxis 24(1997):129-133
- 23 FORBES R, CRAIG J, CALLENDER M, PATTERSON V **Liaison neurology for acute medical admissions.** Clin Med (2004) 3:290
- 24 FRITZSCHE K, RATZ U, FEDERSCHMIDT H, ZEECK A **Psychosomatischer Liaisondienst in der Neurologie.** Nervenarzt (2003) 74:875-880
- 25 FRITZSCHE K, RATZ U, ZEECK A, BRAUNE S, BURGER T, WIRSCHING M **Need and use of psychotherapeutic interventions within a psychosomatic liaison service in neurology.** Acta Neurol Scand. (2003) 107:285-292

- 26 FRITZSCHE K, SPAHN C, NÜBLING M, WIRSCHING M **Psychosomatischer Liaisondienst am Universitätsklinikum: Bedarf und Inanspruchnahme** Nervenarzt (2006) DOI: 10.1007/s00115-006-2061-7
- 27 GALA C, RIGATELLI M, DE BERTOLINI C, RUPOLO G, GABRIELLI F, GRASSI L **A multicenter investigation of consultation-liaison psychiatry in Italy. Italian C-L Group.** Gen Hosp Psychiatry. (1999) 21:310-317
- 28 GALEAZZI GM, FERRARI S, MACKINNON A, RIGATELLI M **Interrater reliability, prevalence, and relation to ICD-10 diagnoses of the Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research in consultation-liaison psychiatry patients.** Psychosomatics (2004) 45:386-393
- 29 GELDER M, GATH D, MAYOU R, COWEN P **Oxford Textbook of Psychiatry.** Oxford University Press (1996)
- 30 HARMON K, CARR VJ, LEWIN TJ. **Comparison of integrated and consultation-liaison models for providing mental health care in general practice in New South Wales, Australia** Adv Nurs. (2000) 32:1459-1466
- 31 HENN F ET AL. **Kliniken im Zentralinstitut für seelische Gesundheit (ZI) Se** 1063 2000(1)11-17
- 32 HERZOG W, NIKENDEI C, FRIEDERICH HC, LÖWE B, JÜNGER J, EICH W, ZIPFEL S **Internistische Psychosomatik.** Psychotherapeut (2003) 48:348-356
- 33 HILTY DM, BOURGEOIS JA, SUGDEN SG, CHANG CH, SERVIS ME, ALSAADI TM **An integrated neuropsychiatric approach to diagnosis and management of patients with epileptic seizures.** Curr Treat Options Neurol (2005) 5:389-402
- 34 HOFFMANN K, HERRLEN-PELZER S **Konsiliarpsychiatrie in einer Universitätsklinik - aus dem Blickwinkel tiefenpsychologischer Supervisionsarbeit** Psychiat. Praxis (1998) 25:279-283
- 35 HUYSE, HERZOG, LOBO, MALT, OPMEER, STEIN, CARDOSO, CREED, CRESPO, GUIMARÃES-LOPES, MAYOU, VAN MOFFAERT, RIGATELLI, SAKKAS, TIENARI **European consultation-liaison services and their user populations: the European Consultation-Liaison Workgroup Collaborative Study.** Psychosomatics 41:330-338
- 36 KAPFHAMMER HP **Alkohol und Depression in der Konsultation-Liaison-Psychiatrie.** Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie 2004; 5 (3): 30-36
- 37 KAPFHAMMER HP **Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie und –Psychotherapie** Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und klinischer Psychologie (2005) 10:190-192

- 38 KAPFHAMMER HP **Der somatisierende Patient – eine diagnostische und therapeutische Herausforderung** Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und klinischer Psychologie (2005) 10:230-243
- 39 KISKER KP (HRSG.) Psychiatrie der Gegenwart 2. **Krisenintervention, Suizid, Konsiliarpsychiatrie**. Berlin; Heidelberg; New York; Tokio: Springer, 1986
- 40 KONTOS N, FREUDENREICH O, QUERQUES J, NORRIS E **The consultation psychiatrist as effective physician**. Gen Hosp Psychiatry (2003) 25:20-23
- 41 KORNFELD DS **Consultation-Liaison Psychiatry: Contributions to Medical Practice**. AM J Psychiatry (2002) 159:1964-1972
- 42 LANGE P **Herausforderung Psychiatrisches Konsil. Besonderheiten bei der Psychotherapie am Krankenbett**. Der Neurologe & Psychiater (2004) 11:34-35
- 43 LEE C, PAIK IH, LEE SJ, LEE CU, KIM JJ, PAE CU **Consultation-liaison psychiatry in Korea**. Seishin Shinkeigaku Zasshi (2003)105:308-311
- 44 LEITLINIEN PSYCHOSOMATISCHE MEDIZIN UND PSYCHOTHERAPIE IN ABSTIMMUNG MIT DEN AWMF-FACHGESELLSCHAFTEN **Konsiliar- und Liaisonpsychosomatik und –psychiatrie**. Schattauer 2003
- 45 MORF M **Das psychiatrisch-psychosomatische Konsilium aus Sicht des Patienten**. Zürich, Univ., Diss., 1998
- 46 NIECKE G, ABRAGAM A, BEIL C, MEIER U, REUTHER P, SIGEL KO, WENDTLAND B, WALLESCH CW **Arztbriefe neurologischer Kliniken in der Sicht niedergelassener Neurologen und Nervenärzte**. Nervenarzt (2004) 75:558-563
- 47 PAJONK F **Definition, Häufigkeit und Versorgung präklinischer psychiatrischer Notfälle und deren Belastung für das Rettungsdienstpersonal**. Hamburg, Univ., Habil., 2001
- 48 PAJONK FG, BARTELS HH, BIBERTHALER P, BREGENZER T, MOECKE H **Der psychiatrische Notfall im Rettungsdienst - Häufigkeit, Versorgung und Beurteilung durch Notärzte und Rettungsdienstpersonal**. Nervenarzt (2001) 72:685-692
- 49 PAJONK FG, BIBERTHALER P, CORDES O, MOECKE HP **Psychiatrische Notfälle aus der Sicht von Notärzten**. Anaesthesist (1998) 47:588-594
- 50 PAJONK FG, LUBDA J, SITTINGER H, MOECKE H, ANDRESEN B, VON KNOBELSDORFF G **Assessment of psychiatric emergencies by physicians in the pre-hospital emergency medical system. A re-evaluation after 7 years**. Anaesthesist (2004) 53:709-716

- 51 REUBER M, MITCHELL AJ, HOWLETT SJ, CRIMLISK HL, GRUNEWALD RA
Functional symptoms in neurology: questions and answers. J Neurol
Neurosurg Psychiatry (2005) 76:307-314
- 52 RIESSLAND-SEIFERT A. **Consultation-liaison psychiatry in Austria.** Adv
Psychosom Med. (2004) 26:20-24
- 53 ROSSMANITH S **Der psychotherapeutische Konsiliardienst in einem
Unfallkrankenhaus.** Wiener medizinische Wochenschrift 1998, Vol. 148 (15-16):
370-3
- 54 ROTHENHAUSLER HB, KAPFHAMMER HP **Depression in the medically ill:
diagnosis and treatment considerations in C-L psychiatry settings** Fortschr
Neurol Psychiatr. (2003) 71:358-365
- 55 ROTHERMUNDT M, AROLT V, LEVY NB **Deutsche und amerikanische
Konsiliarpsychiater beurteilen ihre Tätigkeit.** Nervenarzt (1997) 68:735-741
- 56 SAUPE R, DIEFENBACHER A **Praktische Konsiliarpsychiatrie und –
psychotherapie.** Enke 1997
- 57 SIECHE A **Das psychiatrische Konsil nach einem Suizidversuch** Tübingen,
Univ., Diss., 1995
- 58 SMITH GC **Consultation-liaison psychiatry: an international perspective.**
Seishin Shinkeigaku Zasshi. (2003) 105:312-319
- 59 SMITH GC **From consultation-liaison psychiatry to psychosocial advocacy:
maintaining psychiatry's scope.** Aust N Z J Psychiatry (1998) 32:753-761
- 60 WELTER FL, MEYER-HOEPFEL W, KUHN W, BÜTTNER T **Neurologische
Konsiliartätigkeit an einem Allgemeinkrankenhaus im ländlichen Raum.**
Nervenarzt (1998) 69:879-885
- 61 WETTERLING T, JUNGHANNS K **Psychiatrischer Konsiliardienst bei älteren
Patienten,** Nervenarzt (2000) 71:559-564
- 62 WETTERLING T, JUNGHANNS K **Gerontopsychiatrischer Konsiliardienst.**
Psychiat Prax (2002) 29:311-314
- 63 WOLFERSDORF M, BURG E, HERRLEN-PELZER S, ADLER G
**Konsiliarpsychiatrie an einer internistischen Klinik - Untersuchung der
Subgruppe der Patienten mit psychogenen Reaktionen und neurotischen
Störungen.** Fortschritte der Medizin (1994) 112:154-158

7. Anlage a: Konsilschein



Trierer Straße 148 · 66663 MERZIG
Telefon 0 68 61 / 705-0

Konsiliaruntersuchung

durch Fachkräfte für

<i>Patientendaten (Etikett)</i>	<i>Anfordernder Arzt:</i>
	<i>Station:</i>
	<i>Datum:</i>
<i>Unterschrift</i>	

Anamnese:

Vorbefunde: EKG, Röntgen-Filme, Laborbefunde

Gezielte Fragestellung:

Anamnese/Befund:

Diagnose:

Therapievorschlagn:

Zusatzuntersuchungen:

Datum

Unterschrift (Konsilarzt)

7. Anlage b: Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Tab. 1	Gesamtverteilung der Konsile
Tab. 2	Erbringerstatus der Konsile
Tab. 3	Geschlechtsverteilung Psychiatrische Konsile
Tab. 4	Geschlechtsverteilung Neurologische Konsile
Tab. 5	Latenzen im Überblick
Tab. 6	Durchschnittslatenzen Psychiatrische Konsile
Tab. 7	Durchschnittslatenzen Neurologische Konsile
Tab. 8	Patientendaten Psychiatrische Konsile
Tab. 9	Patientendaten Neurologische Konsile
Tab. 10	Fragestellung Psychiatrische Konsilscheine
Tab. 11	Fragestellung Neurologische Konsilscheine
Tab. 12	Anfordernder Arzt Psychiatrische Konsile
Tab. 13	Anfordernder Arzt Neurologische Konsile
Tab. 14	Formaler Konsilaufbau Psychiatrische Konsile
Tab. 15	Formaler Konsilaufbau Neurologische Konsile
Tab. 16	Arztnennung Psychiatrische Konsile
Tab. 17	Arztnennung Neurologische Konsile
Tab. 18	Vorhandensein Befund Psychiatrische Konsile
Tab. 19	Vorhandensein Befund Neurologische Konsile
Tab. 20	Vorhandensein Diagnose Psychiatrische Konsile
Tab. 21	Vorhandensein Diagnose Neurologische Konsile
Tab. 22	Vorhandensein Therapieempfehlung Psychiatrische Konsile
Tab. 23	Vorhandensein Therapieempfehlung Neurologische Konsile
Tab. 24	Übernahmeempfehlungen Psychiatrische Konsilen
Tab. 25	Übernahmeempfehlungen Neurologische Konsilen
Tab. 26	Diagnostikempfehlungen Psychiatrische Konsile
Tab. 27	Diagnostikempfehlungen Neurologische Konsile
Tab. 28	Erbringernennungen Psychiatrie vs. Neurologie
Tab. 29	Formaler Konsilaufbau Psychiatrie vs. Neurologie
Tab. 30	Befunderstellung Psychiatrie vs. Neurologie
Tab. 31	Diagnosestellung Psychiatrie vs. Neurologie

Tab. 32	Therapieempfehlung Psychiatrie vs. Neurologie
Tab. 33	Übernahmeempfehlung Psychiatrie vs. Neurologie
Tab. 34	Diagnostikempfehlung Psychiatrie vs. Neurologie
Tab. 35	Zusammenhang Fragestellung/Befund Psychiatrische Konsile
Tab. 36	Zusammenhang Fragestellung/Befund Neurologische Konsile
Tab. 37	Zusammenhang Fragestellung/Diagnose Psychiatrische Konsile
Tab. 38	Zusammenhang Fragestellung/Diagnose Neurologische Konsile
Tab. 39	Zusammenhang Fragestellung/Therapieempfehlung Psych. Konsile
Tab. 40	Zusammenhang Fragestellung/Therapieempfehlung Neurol. Konsile
Tab. 41	Zusammenhang Fragestellung/Übernahmeempfehlung Psych. Konsile
Tab. 42	Zusammenhang Fragestellung/Übernahmeempfehlung Neurol. Konsile
Tab. 43	Zusammenhang Fragestellung/Diagnostikempfehlung Psych. Konsile
Tab. 44	Zusammenhang Fragestellung/Diagnostikempfehlung Neurol. Konsile
Tab. 45	Zusammenhang Latenz/Befund Psychiatrische Konsile
Tab. 46	Zusammenhang Latenz/Befund Neurologische Konsile
Tab. 47	Zusammenhang Latenz/Diagnose Psychiatrische Konsile
Tab. 48	Zusammenhang Latenz/Diagnose Neurologische Konsile
Tab. 49	Zusammenhang Latenz/Therapieempfehlung Psychiatrische Konsile
Tab. 50	Zusammenhang Latenz/Therapieempfehlung Neurologische Konsile
Tab. 51	Zusammenhang Latenz/Übernahmeempfehlung Psychiatrische Konsile
Tab. 52	Zusammenhang Latenz/Übernahmeempfehlung Neurologische Konsile
Tab. 53	Zusammenhang Latenz/Diagnostikempfehlung Psychiatrische Konsile
Tab. 54	Zusammenhang Latenz/Diagnostikempfehlung Neurologische Konsile
Tab. 55	Zusammenhang Konsilaufbau/Befunderhebung Psychiatrische Konsile
Tab. 56	Zusammenhang Konsilaufbau/Befunderhebung Neurologische Konsile
Tab. 57	Zusammenhang Konsilaufbau/Diagnosestellung Psychiatrische Konsile
Tab. 58	Zusammenhang Konsilaufbau/Diagnosestellung Neurologische Konsile
Tab. 59	Zusammenhang Konsilaufbau/Therapieempfehlung Psychiatrische Konsile
Tab. 60	Zusammenhang Konsilaufbau/Therapieempfehlung Neurologische Konsile
Tab. 61	Zusammenhang Konsilaufbau/Übernahmeempfehlung Psychiatrische Konsile
Tab. 62	Zusammenhang Konsilaufbau/Übernahmeempfehlung Neurologische Konsile
Tab. 63	Zusammenhang Konsilaufbau/Diagnostikempfehlung Psychiatrische Konsile
Tab. 64	Zusammenhang Konsilaufbau/Diagnostikempfehlung Neurologische Konsile

Tab. 65	Erfasste Diagnosegruppen Psychiatrie
Tab. 66	Erfasste Diagnosegruppen Neurologie
Tab. 67	Relative Diagnoseverteilung psych. Konsilfälle nach Abteilung
Tab. 68	Suizidversuche nach Diagnosegruppen
Tab. 69	Beziehung Latenz/diagnostische Zuordnung Psychiatrische Konsile
Tab. 70	Relative Diagnoseverteilung neurol. Konsilfälle nach Abteilung
Tab. 71	Diagnosestrukturen Psychiatrie Konsil/teilstationär/stationär
Tab. 72	„Hitliste“ Diagnosegruppen Psychiatrie Konsilfälle
Tab. 73	„Hitliste“ Diagnosegruppen Psychiatrie stationär
Tab. 74	„Hitliste“ Diagnosegruppen Psychiatrie teilstationär
Tab. 75	Diagnosestrukturen Neurologie Konsil/stationär
Tab. 76	„Hitliste“ Diagnosegruppen Neurologie Konsilfälle
Tab. 77	„Hitliste“ Diagnosegruppen Neurologie stationär
Tab. 78	Beziehung Latenz/diagnostische Zuordnung Neurologische Konsile
Tab. 79	Zufriedenheit mit der Reaktionszeit Neurologie/Psychiatrie
Tab. 80	Zufriedenheit mit dem formalem Konsilaufbau Neurologie/Psychiatrie
Tab. 81	Zufriedenheit mit der Befunderhebung Neurologie/Psychiatrie
Tab. 82	Zufriedenheit mit der Diagnosestellung Neurologie/Psychiatrie
Tab. 83	Zufriedenheit mit Relevanz des Konsils Neurologie/Psychiatrie
Tab. 84	Übersicht Konsilzufriedenheit nach Variablen Neurologie/Psychiatrie
Abb. 1	Häufigkeiten Diagnosegruppen Psychiatrie
Abb. 2	Häufigkeit psych. Diagnosegruppen bei neurolog. Patienten
Abb. 3	Häufigkeit psych. Diagnosegruppen bei internistischen Patienten
Abb. 4	Häufigkeit psych. Diagnosegruppen bei chirurgischen Patienten
Abb. 5	Häufigkeit psych. Diagnosegruppen bei gynäkologischen Patientinnen
Abb. 6	Häufigkeit psych. Diagnosegruppen auf Intensivstation
Abb. 7	Häufigkeit psych. Diagnosegruppen in der ZPA
Abb. 8	Psychiatrische Übernahmeempfehlungen nach Diagnosegruppen
Abb. 9	Häufigkeiten Diagnosegruppen Neurologie
Abb. 10	Häufigkeit neurol. Diagnosegruppen bei psychiatrischen Patienten
Abb. 11	Häufigkeit neurol. Diagnosegruppen bei internistischen Patienten
Abb. 12	Häufigkeit neurol. Diagnosegruppen bei chirurgischen Patienten
Abb. 13	Häufigkeit neurol. Diagnosegruppen bei gynäkologischen Patientinnen

Abb. 14	Häufigkeit neurol. Diagnosegruppen auf der Belegstation
Abb. 15	Häufigkeit neurol. Diagnosegruppen auf unklarer Station
Abb. 16	Häufigkeit neurol. Diagnosegruppen auf Intensivstation
Abb. 17	Häufigkeit neurol. Diagnosegruppen in der ZPA
Abb. 18	Häufigkeit neurol. Diagnosegruppen bei forensischen Patienten
Abb. 19	Neurologische Übernahmeempfehlungen nach Diagnosegruppen
Abb. 20	Zufriedenheit mit der Reaktionszeit Neurologie/Psychiatrie
Abb. 21	Zufriedenheit mit dem formalem Konsilaufbau Neurologie/Psychiatrie
Abb. 22	Zufriedenheit mit der Befunderhebung Neurologie/Psychiatrie
Abb. 23	Zufriedenheit mit der Diagnosestellung Neurologie/Psychiatrie
Abb. 24	Zufriedenheit mit Relevanz des Konsils Neurologie/Psychiatrie

8. Publikationen / Dank

- Ø Teilergebnisse der vorliegenden Arbeit wurden in Posterform bei der Werkstatt-Tagung „Psychosomatik und Psychiatrie im Allgemeinkrankenhaus (Vom Notfall zur interdisziplinären Kooperation: Konsiliar- und Liaisondienste im Wandel)“ im Mai 2006 im Klinikum Nürnberg eingereicht und angenommen.

- Ø Mein besonderer Dank geht an erster Stelle an Herrn Professor Dr. med. Matthias Strittmatter für die Überlassung des Themas der vorliegenden Untersuchung, seine hilfreiche Unterstützung in vielfältigen, anregenden Diskussionen sowie seine unermüdliche Hilfestellung und Beratung bei der Erstellung der Dissertationsschrift.

- Ø Herrn Dr. med. Martin Kaiser, Chefarzt der Klinik und Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des SHG-Klinikum Merzig danke ich für die Möglichkeit zur Überlassung der Daten für die Auswertung und die Ermöglichung der berufsbegleitenden Verfertigung der Arbeit.

- Ø Besonderer Dank gebührt ebenso Herrn Dr. Christoph Paulus von der Universität des Saarlandes, Fachrichtung empirische Humanwissenschaft, welcher hilfreiche Anregungen und Unterstützung bei der statistischen Auswertung der Daten gewährte.

9. Lebenslauf

Bernd Arnold Wunn

geb. am: 28. 07. 1960

geb. in: Schönenberg/Rheinland-Pfalz

Schulbildung:

1966 - 1970 Volks- und Hauptschule Waldmohr/Pfalz

1970 - 1979 Saarpfalz-Gymnasium Homburg/Saar

1979 Abitur

Beschäftigungsverhältnisse:

1985 - 1988 Psychosomatische Fachklinik Münchwies/Saar

1988 - 1998 Landeskrankenhaus Merzig/Saar, davon:

1988 - 1993 Assistenzarzt Psychiatrie

1993 - 1994 Assistenzarzt Neurologie

1994 - 1998 Oberarzt Psychiatrie

1998 - heute SHG-Klinikum Merzig: Oberarzt Psychiatrie

Seit 2005 Ltd. Oberarzt

Ausbildung:

1979 - 1985 Universität des Saarlandes Homburg/Saar

... Studium der Humanmedizin

1985 Approbation als Arzt

1995 Anerkennung als Facharzt für Psychiatrie

2002 FK „Suchtmedizinische Grundversorgung“

2003 Zusatztitel „Psychotherapie“

Sonstiges:

seit 1995 Lehrauftrag Universität Trier; FB Psychologie

seit 2006 Mitglied im Prüfungsausschuß „Psychiatrie/Psychotherapie“ der
Ärztekammer des Saarlandes