

#### 4. Ergebnisse:

##### 4.1. Patientendaten

###### 4.1.1 Geschlechtsverteilung:

Der Frauenanteil der untersuchten psychiatrischen Konsiliarpatienten belief sich auf 60,2 %, der Männeranteil auf 39,8 %.

###### 4.1.2 Altersgruppierungen:

Entsprechen die psychiatrischen Konsilpatienten in den somatischen Kliniken altersmäßig der üblichen dort anzutreffenden Altersverteilung? Sind sie also auch hauptsächlich zwischen 65 und 80 Jahre alt wie die üblichen Patienten in den Kliniken der Inneren Medizin und Chirurgie?

Welche Altersgruppe ist schwerpunktmäßig bei den psychiatrischen Konsilpatienten anzutreffen?

**Tab. 1: Aufteilung der Patientenaltersgruppen (%) auf die Anzahl der Konsile (N)**

	N	%
< 18 Jahre	6	2,0
18 – 29 Jahre	17	5,6
30 – 44 Jahre	64	20,9
45 – 64 Jahre	89	29,1
65 – 79 Jahre	77	25,2
80 – 89 Jahre	48	15,7
>89 Jahre	4	1,3

Wie die Tabelle 1 zeigt, bildeten die Patienten im Alter von 45- bis 64 Jahre (89 Patienten, 29,1 %) die größte Altersgruppe, also eine deutlich jüngere Klientel als die üblichen Patienten in somatischen Kliniken.

Im Einzelnen stellt sich die Altersverteilung wie folgt dar:

Unter 18 Jahren waren 6 Patienten (2 %), zwischen 18 und 29 Jahren 17 Patienten (5,6 %), 30 - 44 Jahre 64 Patienten (20,9 %), 65 - 79 Jahre 77 Patienten (25,2 %)

und 80 - 89 Jahre 48 Patienten (15,7 %), 4 Patienten (1,3 %) waren sogar über 89 Jahre alt.

Die psychiatrischen Konsiliarpatienten in den somatischen Kliniken sind also schon im jungen Erwachsenenalter von 30 - 44 Jahren zu einer großen Anzahl vertreten wie auch im hochbetagten Alter ab 80 Jahren.

#### 4.1.3 Diagnosen

Welche psychiatrische Diagnose steht am häufigsten an erster Stelle beim psychiatrischen Konsiliarpatienten? Welche psychiatrischen Erkrankungen bestehen gleichzeitig und zusätzlich bei diesen Patienten? Um das Ausmaß der psychiatrischen Erkrankungen der vorgestellten Konsilpatienten aus den somatischen Kliniken überblicken zu können, wurden bis zu drei psychiatrische Diagnosen nach ICD-10 pro Patient und Konsilanforderung verschlüsselt. Bei 302 Konsilanforderungen wurden psychiatrische Diagnosen gestellt, drei Patienten waren nicht psychisch krank.

Bei 84 Konsilanforderungen erhielten die Patienten eine zweite Diagnose, bei 13 eine dritte. (siehe Tabelle 2)

**Tab2: Verteilung der psychiatrischen Diagnosen  
nach Häufigkeiten (%), N=Konsilanzahl**

##### 1. Psych. Diagnose

Diagnosen	N	%	Gültige Prozente
F – 0	65	21,2	21,5
F – 1	79	25,8	26,2
F – 2	17	5,6	5,6
F – 3	27	8,8	8,9
F – 4	86	28,1	28,5
F – 5	1	0,3	0,3
F – 6	5	1,6	1,7
F – 7	1	0,3	0,3
Zustand n. SV	21	6,9	7,0

## 2. Psych. Diagnose

Diagnosen	N	%	Gültige Prozente
F – 0	6	2,0	7,1
F – 1	24	7,8	28,6
F – 3	7	2,3	8,3
F – 4	19	6,2	22,6
F – 5	2	0,7	2,4
F – 6	3	1,0	3,6
F – 7	4	1,3	4,8
Zustand n. SV	19	6,2	22,6

## 3. Psych. Diagnose

Diagnosen	N	%	Gültige Prozente
F – 1	2	0,7	15,4
F – 2	1	0,3	7,7
F – 3	2	0,7	15,4
F – 4	6	2,0	46,2
F – 6	1	0,3	7,7
Zustand n. SV	1	0,3	7,7

Wie aus der Tabelle 2 ersichtlich, zeigten sich bei Stellung der Hauptdiagnose (erste Diagnose) drei Schwerpunkte, analog zu den Ergebnissen in der Literatur:

Depressive Reaktionen und Anpassungsstörungen fanden sich bei 86 Konsilanforderungen (28,5 %), Abhängigkeitserkrankungen bei 79 (26,2 %) und organische Psychosen (Delirien, Demenzen) bei 65 Konsilanforderungen (21,5 %).

Affektive Störungen wurden als Hauptdiagnose bei 8,9 % der Konsilanforderungen (27) gestellt, schizophrene Erkrankungen in 5,6 % der Fälle (17) und Suizidversuche bei 7,0 % (21) der Konsilanforderungen

Je 1 Patient hatte in der Hauptdiagnose eine nicht organische körperliche Störung (F5) sowie eine Intelligenzminderung (F7).

Eine zweite psychiatrische Diagnose wurde insgesamt bei 84 Konsilanforderungen der Gesamtmenge N=302 (Konsilanforderungen mit psychiatrischen Diagnosen) vergeben.

Innerhalb dieser Gruppe rangierten die Abhängigkeitserkrankungen an erster Stelle mit 28,6 % (24 Konsilanforderungen), gefolgt von den depressiven Reaktionen mit 22,6 % (19 Konsilanforderungen) sowie in gleicher Häufigkeit den Suizidversuchen mit ebenfalls 22,6 % (19 Patienten/Konsilanforderungen).

Mit 7,1 % (6 Patienten) waren in der 2. Diagnose die organischen Psychosen vertreten, die nicht organischen körperlichen Störungen mit 2,4 % (2 Patienten) die Persönlichkeitsstörungen mit 3,6 % (3 Patienten) sowie die Intelligenzminderungen mit 4,8 % (4 Patienten).

Eine dritte Diagnose erhielten insgesamt 13 Patienten, davon die meisten (6 Patienten) die depressive Reaktion (F4), die restlichen psychiatrischen Diagnosen waren auf je 1 und 2 Patienten verteilt.

#### **4.2. Anforderung und Angebot von psychiatrischen Konsiliarleistungen**

Wie häufig wurden von den somatischen Kollegen neben „Untersuchung und Beratung“ (s. Punkt 4.12.) weitere konkrete psychiatrische Konsiliarleistungen gewünscht und/oder von psychiatrischer Seite angeboten?

**Tab.4: Anzahl der weiteren insgesamt erwünschten und angebotenen Leistungen in %, N= Konsilanzahl**

	N	%
Mitbehandlung erwünscht	25	8,2
- von psychiatrischer Seite angeboten	51	16,8
Übernahme erwünscht	53	17,3
- von psychiatrischer Seite angeboten	83	27,1
Anderes (Einrichtung einer Amtsbetreuung, Unterbringung nach PsychKG, Angehörigen-gespräch) erwünscht	17	5,6
- von psychiatrischer Seite vorgesehen	20	6,5

Wie die Tabelle 4 zeigt, wurden neben Untersuchung, Beratung und Behandlungsempfehlung weitere Maßnahmen folgendermaßen gewünscht und angeboten:

Eine Mitbehandlung der Patienten wurde von den Somatikern bei insgesamt 25 Patienten (8,2 %) aus der Gesamtgruppe (N= 305 Konsilanforderungen) gewünscht, von der psychiatrischen Konsiliaria bei insgesamt 51 Patienten (16,8 %) angeboten und für notwendig befunden.

Eine Übernahme in die Klinik für Psychiatrie u. Psychotherapie wurde für 53 Patienten (17,3 %) von N= 305 Konsilanforderungen von Seiten der Somatiker gewünscht, von psychiatrischer Seite bei insgesamt 83 Patienten (27,1 %) angeboten.

Eine Unterbringung nach PsychKG, die Einrichtung einer Behandlungsbetreuung sowie Angehörigengespräche wurden von den Somatikern bei insgesamt 17 Patienten (5,6 %) aus der Gesamtgruppe (N=305 Konsilanforderungen) gewünscht und von der psychiatrischen Konsiliaria bei insgesamt 20 Patienten (6,5 %) für erforderlich gehalten.

#### **4.3. Der Zeitpunkt der Anforderung**

Wann wünscht der somatische Arzt ein psychiatrisches Konsil? Holt er zu einem unkooperativen Patienten gleich den Psychiater dazu bevor er die psychischen Beschwerden selbst untersucht, um diesen Patienten möglichst schnell „loszuwerden“? Erkennt er überhaupt die psychische Beschwerdelage seines Patienten? Ist auf Grund eines Suizidversuches die psychiatrische Untersuchung obligatorisch? Will der Somatiker einen dementen Patienten an den Psychiater „abtreten“? Wird vor Entlassung eines Patienten ein psychiatrisches Konsil angefordert, um die Verantwortung zu teilen ?

##### **4.3.1. Anzahl der Tage nach Aufnahme**

Bei der vorliegenden Stichprobe von 305 Konsilen erfolgte die Anforderung im Mittel 7,4 Tage nach Aufnahme bei einer Streuung von 0 - 81 Tagen.

Das Maximum der Anforderungen lag mit 76 Konsilen (24,9 %) am 1. Tag nach Aufnahme, gefolgt von 44 Konsilen (14,4 %) am Tag der Aufnahme.

Der Median lag bei 3 Tagen nach Aufnahme.

Betrachtet man die ersten 7 Tage nach Aufnahme, wurden insgesamt 214 Konsile (70,1 %) angefordert, hiervon 94 Konsile (30,8 %) aus dem Liaisonbereich.

#### **4.3.2. Anzahl der Tage vor Entlassung**

Das Entlassungsdatum war bei 91 Konsilen (29,8 %) der o. g. Stichprobe zum Zeitpunkt der Konsiliarleistung ermittelbar. Die Anforderung erfolgte im Mittel 1,8 Tage vor Entlassung bei einer Streuung von 0 bis 20 Tagen. Das Maximum lag hier bei 51 Konsilen (16,7 %) am Entlassungstag, gefolgt von 12 Konsilen (4 %) am Tag zuvor. Der Median lag bei 0 Tagen vor Entlassung.

Bei der Berechnung der letzten 5 Tage vor Entlassung entfallen von 82 Konsilen allein 51 (61,1 %) auf den Liaisonbereich (interdisziplinäre Aufnahmestation und Intensivstation) mit Konsilanforderung ausschließlich am Tag vor oder der Entlassung.

#### **4.4. Dringlichkeit der Konsilanforderungen**

Hintergrund zu dieser Frage ist u.a. die immer wieder geäußerte Sorge des Somatikers, dass der Psychiater nicht beizeiten bei einem „schwierigen“ Patienten erscheint oder dass das Konsil gar auf dem bürokratischen Weg eines Großkrankenhauses verloren geht. Immer wieder zeigt die Erfahrung in solchen Großeinrichtungen, dass nur „Dringliches“ mit entsprechendem Notfalldruck sofort erledigt wird. Häufig zeigt sich dann für den Konsiliarpsychiater erst vor Ort, ob es sich tatsächlich um einen psychiatrischen Notfall handelt, oder eher um die Nutzung der Möglichkeit, den über Pieper jederzeit abrufbaren Psychiater verlässlich und sofort holen zu können.

Die vorliegende Untersuchung zeigt folgende Verteilung:

##### Notfallanforderungen:

Erfolgten für 135 Patienten (44 %), d. h. diese Konsile wurden telefonisch durch Pieper angefordert und unverzüglich bzw. am selben Tag bearbeitet.

Im Untersuchungszeitraum 1997/1998 erfolgten insgesamt 717 Notfallkonsile von Seiten der somatischen Kliniken an die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie.

##### Reguläre Konsilanforderungen:

Diese erfolgten bei 170 Patienten (56 %), d. h. diese Konsile wurden schriftlich im Sekretariat der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie angefordert und innerhalb von 0-2 Tagen bearbeitet.

Insgesamt wurden im Untersuchungszeitraum 1997/1998 1227 reguläre Konsile an die Konsiliarpsychiater gestellt.

Fast die Hälfte aller Konsilanforderungen sind also nicht planbar, sondern erfolgen notfallmäßig.

Daraus ergibt sich, dass für ein Klinikum von der Größe des KNK zwei Ärzte im psychiatrischen C/L-Dienst das Minimum dessen darstellen, was zur Bewältigung der anfallenden Konsile notwendig ist. Der Bereich Psychoonkologie wurde nur bei Abwesenheit des hierfür zuständigen Funktionsoberarztes mitübernommen.

#### **4.5. Klinische Berufserfahrung des anfordernden Arztes**

Aus der alltäglichen Erfahrung heraus, dass die Qualität der Konsilanforderung an die klinische Erfahrung gebunden ist, wurde die klinische Berufserfahrung der anfordernden Ärzte (in Monaten gemessen) erhoben.

Befragt wurde jeweils der anfordernde Kollege bei einer insgesamt infrage kommenden Anzahl von 155 somatischen Ärzten.

Wie die Tabelle 5 zeigt, befanden sich 40 % aller anfordernden somatischen Ärzte im Status des AiP, v. a. auf den Liaisonstationen. 6 % hatten eine klinische Berufserfahrung zwischen 19 und 36 Monaten, 15 % zwischen 37 und 72 Monaten, 21 % lagen zwischen 73 bis 120 Monaten. Sogenannte „Altassistenten“ mit einer klinischen Berufserfahrung von über 10 Jahren (ab 121 Monate) fanden sich bei 18 % der Konsilanforderungen, d. h. 40% der somatischen anfordernden Kollegen waren AiPs, 40 % Fachärzte.

Bei einer Spanne von 1 bis 408 Monaten ergab sich ein Mittelwert von 69,5 Monaten, also von knapp 6 Jahren klinischer Berufserfahrung.

**Tab. 5: Verteilung der anfordernden Ärzte (%) nach Berufserfahrung (Monate) auf die Konsilanzahl (N)**

	N	%
1 – 18 Monate	126	40
19 – 36 Monate	19	6
37 – 72 Monate	45	15
73 – 120 Monate	65	21
> 121 Monate	50	18

#### **4.6. Bewertung der psychiatrischen Konsile**

Mit dieser Frage nach der Zufriedenheit sollte nicht danach gefragt werden, wie zufrieden der somatische Kollege mit dem aktuellen Konsil ist, sondern diese Frage bezog sich mehr auf die „Grundzufriedenheit“ mit dem bestehenden System der psychiatrischen Konsil-Versorgung der Patienten in der Somatik.

Während der Befragung wurden dem anfordernden Somatiker auf einem Extrablatt (siehe Anhang 2) eine visuelle Analogskala von 0 bis 10 cm vorgelegt, mit der Bitte, seine allgemeine Zufriedenheit mit den psychiatrischen Konsilen im Laufe seiner gesamten Dienstzeit am Krankenhaus Neukölln abzubilden, d.h. ein globales Urteil über den psychiatrischen Konsiliardienst abzugeben. Die somatischen Kollegen zeigten mit einem Mittelwert bei 7,44 cm und dem Median bei sogar 7,70 cm eine relativ hohe Zufriedenheit mit den psychiatrischen Konsiliardiensten.

Bei 18 von 305 Konsilen wurde vollste Zufriedenheit bei 10 cm angegeben, bei 13 Konsilen eine sehr hohe Zufriedenheit bei 8,8 cm.

Eher unzufrieden (MW unter 5,0 cm) waren 28 somatische Kollegen (9,1 % der Konsilanforderungen).

Die Kollegen des Liaisonbereiches (N = 95 Konsile) zeigten sich erwartungsgemäß zufriedener (MW bei 7,95 cm) als die meisten somatischen Kollegen (MW bei 7,4 cm), was die gegenseitig positiv eingeschätzte Zusammenarbeit bestätigt.

Weitere gute Bewertungen erfolgten durch zwei internistische Kliniken mit hoher Konsilanforderungszahl für psychosomatische Erkrankte (21 Konsile, Wertung mit MW bei 8,3 cm) sowie alkoholranke und demente Patienten (19 Konsile, Wertung mit MW bei 8,5 cm).

Mit 27 angeforderten Konsilen innerhalb der vorliegenden Untersuchung werteten die Dermatologen etwas zurückhaltender mit MW bei 7,0 cm; am unzufriedensten mit dem psychiatrischen Konsiliardienst äußerten sich die Traumatologen bei allerdings lediglich nur einer Konsilanforderung (MW bei 4,8 cm) und die Urologen mit zwei Konsilanforderungen (MW bei 2,6 cm).

(siehe Abb.1)



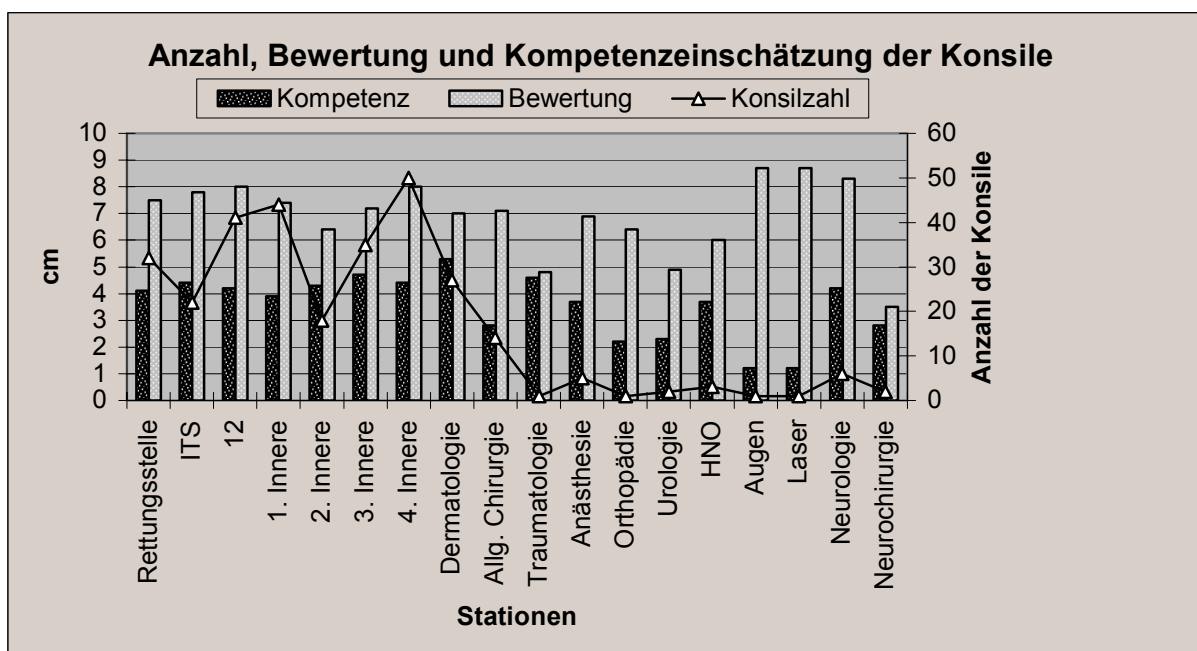
#### 4.7. Einschätzung der eigenen psychiatrischen Kompetenz des anfordernden Arztes

Um abzuschätzen, ob der anfordernde Arzt bei genügend Zeit manches Konsil nicht hätte anfordern müssen, wurde die Selbsteinschätzung der eigenen psychiatrischen Kompetenz erfragt. Auf einer zweiten visuellen Analogskala zwischen 0 und 10 cm im unteren Teil des Extrablattes (siehe 4.6) sollte der somatische Kollege nun seine eigene psychiatrische Kompetenzeinschätzung in Bezug auf die Behandlung seiner Patienten markieren.

Die anfordernden Somatiker schätzten ihre psychiatrische Kompetenz mit MW bei 4,23 cm eher niedrig ein. Erwartungsgemäß schätzten sich dabei die AiP-Ärzte mit MW bei 4,16 cm noch niedriger ein als die Gesamtheit der anfordernden somatischen Ärzte.

Verteilt auf die hauptsächlich anfordernden Disziplinen ergibt sich folgendes Bild: Die Dermatologen (eher kritisch mit den Psychiatern) schätzen sich mit 5,26 cm am besten ein, gefolgt von den Internisten der 3. Inneren Klinik (Gastroenterologie, Pulmonologie und Infektionsstation). Die Liaisonkollegen der Intensivstation zeigen ihre Selbsteinschätzung bei 4,38 cm, diejenigen der interdisziplinären Aufnahmestation (s. o.) bei 4,16 cm. Die Allgemeinchirurgen fühlen sich völlig inkompetent (MW bei 1,9 cm), noch weniger kompetent schätzen sich lediglich die Kollegen der Lasermedizin (MW bei 1,2 cm) ein (siehe Abb. 1).

Abb.1:



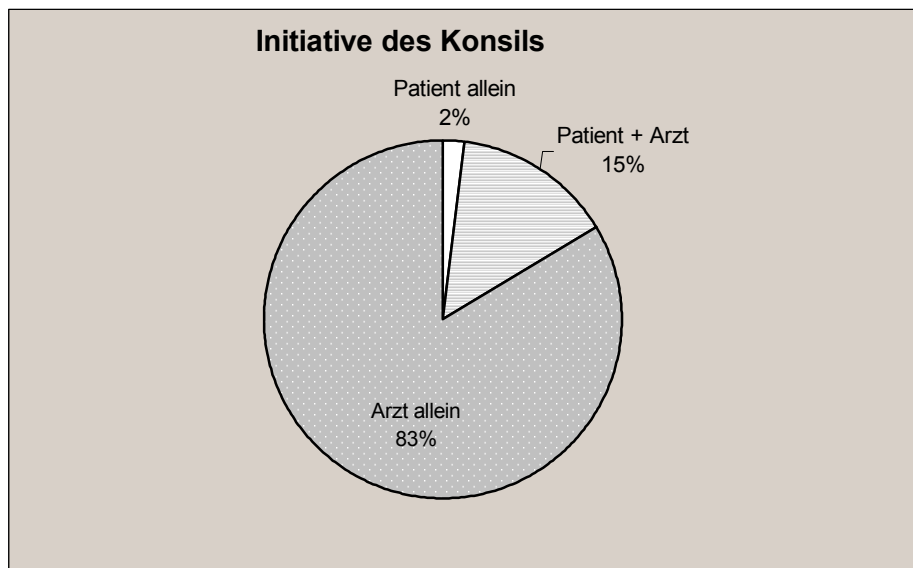
#### 4.8. Initiative der Konsilanforderung

Nach allgemeinem Eindruck ist sehr oft unklar, warum (bzw. warum gerade jetzt) ein psychiatrisches Konsil (z. B. am Entlassungstag) angefordert wird. Um diesem Eindruck nachzugehen, wurde untersucht, auf wessen Initiative hin das psychiatrische Konsil angefordert wurde.

Allein vom anfordernden Arzt ging die Initiative bei 253 Konsilen (83 %) aus, 6 Patienten (2 %) wünschten von sich aus ein psychiatrisches Konsil und 44 Konsile (15 %) wurden auf gemeinsamen Wunsch von Patient und Arzt angefordert.

Die große Mehrzahl der Konsilanforderungen erfolgt also auf Initiative der somatischen Ärzte, bzw. deren Vorgesetzter, ohne dass der Patient ebenfalls den Wunsch nach einer psychiatrischen Untersuchung geäußert hatte. (siehe Abb.2).

**Abb. 2:**



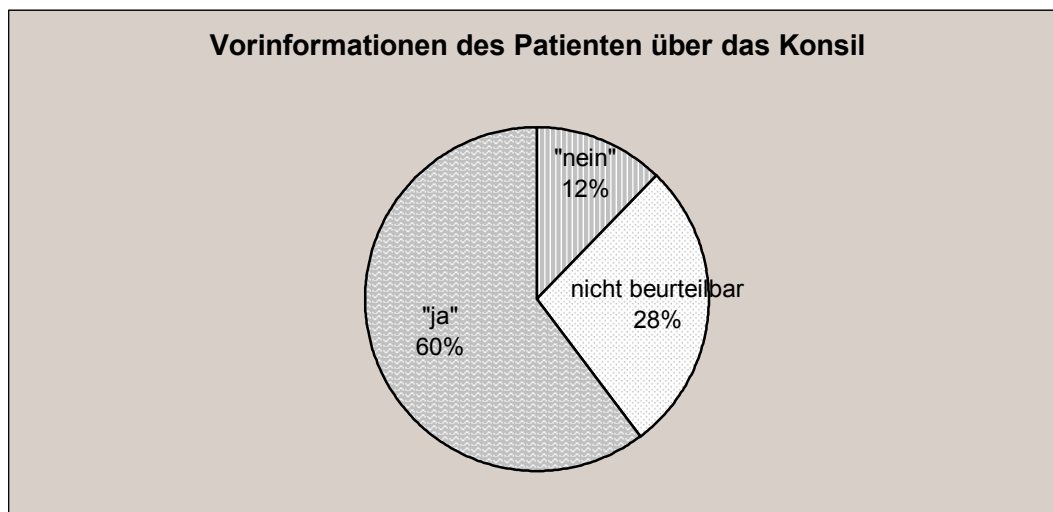
#### 4.9. Information des Patienten über das psychiatrische Konsil

Wenn man davon ausgeht, dass es Standard sein sollte, mit dem Patienten jeden diagnostischen und therapeutischen Schritt vorher zu besprechen, sollte es selbstverständlich sein, dass ein Patient informiert ist, dass eine Psychiaterin bei ihm erscheinen wird. Im klinischen Alltag findet sich jedoch häufig eine andere, meist auch kompliziertere Situation. Deshalb wurde untersucht, ob der Patient über das bevorstehende psychiatrische Konsil informiert worden war.

Allein bei 84 Konsilen (27,5 %) vermochten die Patienten aufgrund ihres Krankheitsbildes (Bewusstseins-, Orientierungs- und/oder Denkstörungen, mnestiche Störungen) keine klaren Angaben zu einer stattgehabten Vorinformation zu machen.

Bei 184 Konsilen (60 %) bejahten die Patienten eine vorangegangene Information durch den zuständigen Stationsarzt, bei 37 Patienten hatte offenbar keine Vorinformation stattgefunden, d. h. „nur“ bei 12 % aller Konsilanforderungen hatte keine Vorinformation über das psychiatrische Konsil stattgefunden. (siehe Abb.3).

**Abb. 3:**



#### **4.10. Anwesenheit des anfordernden Arztes zum Zeitpunkt des Konsils**

Wie das Wort „Konsilium“ (lat. Consilium: Beratung, Ratschlag mehrerer Ärzte über einen Krankheitsfall) bereits ausdrückt, handelt es sich um das Aufsuchen und Beraten eines anfordernden ärztlichen Kollegen. Ein Konsil ist somit erst dann richtig abgeschlossen, wenn abschließend ein resümierendes Gespräch mit dem anfordernden Arzt stattgefunden hat.

Kommt es nach erfolgter Konsiliaruntersuchung tatsächlich zu einer persönlichen Rücksprache mit dem anfordernden Arzt? Ist nur das Pflegepersonal auf der Station direkt erreichbar und/oder beschränkt sich die Kommunikation mit dem anfordernden somatischen Kollegen allein auf den schriftlich zurückgelassenen Konsilschein? Bei 265 Konsilanforderungen (86,9 %) erfolgte die Rücksprache mit dem behandelnden somatischen Arzt.

Hierbei ist allerdings zu betonen, dass diese Initiative zur persönlichen Rücksprache weitgehend von der psychiatrischen Konsiliaria ausging. Der Personalschlüssel und

das täglich anfallende Arbeitsaufkommen erlaubt zwar kein obligatorisches „follow up“ wie es in den U.S.A. für die psychiatrischen Konsiliardienste üblich ist (ROTHERMUND 1997), aber aus medizinisch-fachlichen Gründen wird die persönliche Rücksprache mit dem konsilanfordernden Somatiker fast immer für notwendig gehalten und diese auch intensiv betrieben.

Entsprechend diesem Tatbestand erfolgte die Markierung mit „ja“ auch dann, wenn der behandelnde Arzt erst bei Wiedervorstellungen und Mitbehandlungsterminen der entsprechenden Patienten angetroffen wurde, oder wenn bei einem anderen psychiatrischen Konsiliartermin auf der entsprechenden Station mit demselben Kollegen über den betreffenden Patienten ebenfalls (noch) gesprochen werden konnte.

Beim Pflegepersonal wurden Informationen über den Patienten vor oder nach der Konsiliaruntersuchung von psychiatrischer Seite aus bei 130 Konsilen (42,5 %) eingeholt.

#### **4.11. Übereinstimmung der Anamnesedaten**

Für die Qualität einer Konsilanforderung ist es nicht unerheblich, ob der Anforderer Basisdaten seines Patienten kennt. Um dies zu prüfen, wurden dem anfordernden Arzt 5 einfache Anamnesefragen gestellt, und seine Antworten mit den Angaben der Patienten verglichen

Hat nun der zuständige Stationsarzt bereits die Anamnese erhoben und sich ausreichend über Basisdaten seines Patienten informiert, oder überlässt er dies der „sprechenden Medizin“, also dem Psychiater?

Über eine vorangegangene Psychopharmaka- Einnahme waren 85,5 % der Somatiker richtig informiert, über Vorbehandlung beim Nervenarzt 80,7 %. Den Familienstand wussten 81,7 %, die Art der Berufstätigkeit/Erwerbslosigkeit 79,4 % und die Kinderzahl des Patienten 64,1% der konsilanfordernden somatischen Ärzte.

Wie Tabelle 6 zeigt, waren die somatischen Ärzte also ausreichend gut über die Patienten informiert

**Tab.6: Übereinstimmung der vom Somatiker erfragten und von psychiatrischer Konsiliaria erhobenen Anamnesedaten**

Informationen über den Patienten	Übereinstimmung in %
vorangegangene Psychopharmaka- Einnahme (ja / nein)	85,5 %
Vorbehandlung beim Nervenarzt	80,7 %
Familienstand	81,7 %
Berufstätigkeit	79,7 %
Kinderanzahl	64,1 %
medizinische Anamnesedaten total	80,0 %
soziale Daten	78,5 %

#### **4.12. Qualität der Konsilanforderung**

Hat der anfordernde Somatiker vor der Hinzuziehung des Psychiaters seinen Patienten umfassend untersucht und sich somit auch mit dessen psychischen Beschwerden auseinandergesetzt? Nur dann ist von einem aussagekräftigen und somit „vollständig“ ausgefüllten Konsilschein an den Psychiater auszugehen. Bei einem „ausreichend vollständig“ ausgefüllten Konsilschein müssen somatische Diagnose, psychiatrische Verdachtsdiagnose sowie das entsprechende Anliegen, z. B. „Depression“? „Bitte Untersuchung und Behandlung“ (z. B. Gespräche, Medikamente erforderlich?) angegeben sein, da dies einem Mindeststandard der Kenntnis an Basisdaten über den konsiliarisch zu untersuchenden Patienten im kollegialen Miteinander entspricht.

Folgende Werte wurden ermittelt:

**Tab.7: Grad der korrekten Dokumentation der  
Konsilanforderung in %, N= Konsilanzahl**

	N	%
somatische Diagnose	231	75,5
Psychiatrische Verdachtsdiagnose	226	74,2
Wunsch nach Behandlungsempfehlung	218	71,2

Wie die Tabelle 7 zeigt, wurde die somatische Fachdiagnose bei 231 Patienten, (75,5 %) angegeben; Eine psychiatrische Verdachtsdiagnose bei 226 Patienten (74,2 %) und der Wunsch nach einer Behandlungsempfehlung bei 218 Patienten (71,2 %) geäußert. Der Konsilschein wurde somit zu 73,6 %, also ca. in  $\frac{3}{4}$  der Fälle von den anfordernden Somatikern „ausreichend vollständig“ ausgefüllt.

#### **4.13. Verteilung der Konsile über die Kliniken des KNK nach medizinischen Fachrichtungen**

Ist der Bedarf an psychiatrischer Mitbehandlung in jeder somatischen Disziplin eines Krankenhauses der Maximalversorgung gleich? Liegen von großen Kliniken mit hoher Bettenzahl auch entsprechend hohe psychiatrische Konsilanforderungszahlen vor? Um einen Überblick über das Anforderungsverhalten der jeweiligen somatischen Kliniken zu gewinnen, wurde die jeweilige Konsilanforderungszahl der entsprechenden somatischen Klinik ermittelt.

**Tabelle 8**

IV. Innere	Gastroenterologie – 114 Betten	15,7 %
Aufnahmestation	interdisziplinär - 24 Betten	13,4 %
I. Innere	Kardiologie – 114 Betten	11,4 %
III. Innere	Pulmo / Gastro – 101 Betten	11,4 %
Rettungsstelle	interdisziplinär	10,5 %
Dermatologie	70 Betten	8,8 %
II. Innere	Onkologie – 72 Betten	7,2 %
Konservative ITS	Innere /Neurologie – 22 Betten	7,1 %
Chirurgie	Allgemein / Traumatologie – 134 Betten	4,9 %

Wie Tabelle 8 zeigt, erfolgten von den großen internistischen Kliniken, den Liaisonbereichen (Rettungsstelle, interdisziplinäre Aufnahme- und Intensivstation) sowie der dermatologischen Klinik die meisten Konsilanforderungen. Trotz hoher Bettenzahl erfolgte von der chirurgischen Klinik nur eine Konsilanforderungsrate von knapp 5 %, Kliniken mit noch geringerer Anforderungszahl sind in dieser Tabelle nicht aufgeführt. Die Konsilanforderungszahlen der ausgelagerten Kliniken für Kinderheilkunde sowie Gynäkologie und Geburtshilfe sind nicht Gegenstand der vorliegenden Untersuchung, da diese Konsile von den Oberärzten der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie und nicht durch den hier beschriebenen Konsiliardienst der Assistenten auf Facharzniveau bearbeitet werden.