

Konsiliarpsychiatrie im Allgemeinkrankenhaus –

**Geschichte, Aufgaben und Perspektiven
eines psychiatrischen Arbeitsbereichs**

HABILITATIONSSCHRIFT

zur Erlangung der Lehrbefähigung für das Fach
Psychiatrie und Psychotherapie

vorgelegt dem Fakultätsrat der Medizinischen Fakultät Charité
der Humboldt-Universität zu Berlin

von

Herrn Dr. Albert Diefenbacher
geboren am 23.01.1954 in Karlsruhe

Präsident: Prof. Dr. rer.nat. J. Mlynik

Dekan: Prof. Dr. med. J.W. Dudenhausen

Eingereicht April 2000

Öffentlich-wissenschaftlicher Vortrag gehalten am 2.Juli 2002

Gutachter:

1.Professor Dr.med. Dr.phil. H. M. Emrich

2.Professor Dr.med. H. Saß

3.Professor Dr.med. V. Arolt

Inhaltsverzeichnis

EINLEITUNG – WARUM EINE GESONDERTE BESCHÄFTIGUNG MIT KONSILIARPSYCHIATRIE ?	1
1 GESCHICHTE DER KONSILIARPSYCHIATRIE – INTERNATIONALE ENTWICKLUNGEN	3
1.1 KONSILIAR- UND LIAISONPSYCHIATRIE IN DEN USA.....	3
1.1.1 <i>Grundlagen der Konsiliarpsychiatrie in den USA</i>	3
1.1.2 <i>Entwicklungsphasen</i>	4
1.1.3 <i>Konsiliarpsychiatrie versus Liaisonpsychiatrie ?</i>	10
1.1.4 <i>Neuere Entwicklungen – Stand der Professionalisierung</i>	11
1.2 KONSILIARPSYCHIATRIE IN EUROPA.....	12
1.3 ENTWICKLUNG DER KONSILIARPSYCHIATRIE IN DEUTSCHLAND.....	14
1.3.1 <i>Anfänge</i>	14
1.3.2 <i>Die Psychiatrie-Enquête und die Entwicklung der Psychiatrischen Abteilungen am Allgemeinkrankenhaus in der Bundesrepublik Deutschland</i>	16
1.3.3 <i>Neuere Entwicklungen</i>	20
1.3.4 <i>Exkurs: Psychosomatische und medizinpsychologische Konsildienste</i>	21
2 PSYCHISCHE KOMORBIDITÄT BEI KÖRPERLICHEN ERKRANKUNGEN - GRUNDLAGE DER KONSILIARPSYCHIATRIE IM ALLGEMEINKRANKENHAUS	23
2.1 DER ZUSAMMENHANG ZWISCHEN KÖRPERLICHEN UND PSYCHISCHEN ERKRANKUNGEN.....	23
2.2 STUDIEN ZUR SOMATOPSYCHISCHEN KOMORBIDITÄT IM ALLGEMEINKRANKENHAUS.....	25
2.3 VERLAUF PSYCHISCHER ERKRANKUNGEN IM ALLGEMEINKRANKENHAUS.....	27
2.4 AUSWIRKUNGEN PSYCHISCHER KOMORBIDITÄT.....	28
2.5 KONSILIARPSYCHIATRISCHER BEHANDLUNGSBEDARF.....	30
3 DAS SPEKTRUM DER KONSILIAR- UND LIAISONPSYCHIATRIE	33
3.1 KONSILIARPSYCHIATRIE UND LIAISONPSYCHIATRIE.....	33
3.2 DER PROZESS DER PSYCHIATRISCHEN KONSULTATION.....	36
3.3 THERAPEUTISCHE METHODEN IN DER KONSILIARPSYCHIATRIE.....	39
3.3.1 <i>Psychische Behandlungsmethoden bei somatopsychischer Komorbidität</i>	39
3.3.2 <i>Psychopharmakotherapie bei somatopsychischer Komorbidität</i>	41
4 VERSORGUNGSPROFILE PSYCHIATRISCHER KONSILIARDIENSTE – EMPIRISCHE UNTERSUCHUNGEN	44
4.1 LÄNGSSCHNITTUNTERSUCHUNG DER TÄTIGKEIT DES PSYCHIATRISCHEN KONSILIARDIENSTES AM MOUNT SINAI HOSPITAL IN NEW YORK CITY VON 1988 BIS 1997.....	45
4.1.1 <i>Längsschnittuntersuchungen psychiatrischer Konsiliardienste</i>	45
4.1.2 <i>Untersuchungsziele, Stichprobe und Methode</i>	47
4.1.3 <i>Ergebnisse</i>	50

4.1.3.1	Soziodemographische Variablen (Tab. 4.1.1)	50
4.1.3.2	Überweisungscharakteristika (Tab. 4.1.2 - 4.1.4, <i>Abb. 4.1.1 - 4.1.4</i>)	50
4.1.3.3	Psychiatrische und somatische Diagnosen (Tab. 4.1.5 - 4.1.6)	54
4.1.3.4	Psychosoziales und körperliches Funktionsniveau (Tab. 4.1.7, <i>Abb. 4.1.5 - 1.6</i>).....	55
4.1.3.5	Konsultationsprozeß (Tab. 4.1.8 - 4.1.12, <i>Abb. 4.1.6 - 4.1.10</i>)	57
4.1.3.6	Beeinflussung des Entlassungsdatums und Weiterbehandlung nach der Entlassung (Tab. 4.1.9, 4.1.12 - 4.1.13, <i>Abb. 4.1.9</i>)	61
4.1.3.7	Krankenhausliegedauer und <i>Lagtime</i> (Tab. 4.1.14, <i>Abb. 4.1.10, 4.1.11</i>).....	63
4.1.4	<i>Diskussion</i>	65
4.2	VERGLEICH DER PSYCHIATRISCHEN KONSILIARDIENSTE DES MOUNT SINAI HOSPITALS IN NEW YORK CITY UND DES UNIVERSITÄTSKLINIKUMS RUDOLF VIRCHOW IN BERLIN	69
4.2.1	<i>Vergleiche psychiatrischer Konsiliardienste</i>	69
4.2.2	<i>Untersuchungsziele, Stichprobe und Methode</i>	70
4.2.3	<i>Praxis der konsiliarpsychiatrischen Dienste am Mount Sinai Hospital in New York und am Rudolf-Virchow-Klinikum in Berlin</i>	73
4.2.3.1	Soziodemographische Daten (Tab. 4.2.1)	73
4.2.3.2	Status vor der Krankenhausaufnahme (Tab. 4.2.2. - 4.2.5)	73
4.2.3.3	Somatischer Status und Funktionsniveau beim Erstkonsil (Tab 4.2.4. - 4.2.6)	74
4.2.3.4	Abteilungen, Überweisungen und psychiatrische Diagnosen (Tab. 4.2.7 - 4.2.12).....	74
4.2.3.5	Die Tätigkeit des psychiatrischen Konsildienstes	77
4.2.4	<i>4 Aspekte somatopsychischer Komorbidität in der konsiliarpsychiatrischen Praxis</i>	81
4.2.4.1	Auswirkungen somatopsychischer Komorbidität (Tab. 4.2.22 - 4.2.24)	83
4.2.4.2	Krankenhausliegedauer (LOS) und <i>Lagtime</i> (Tab. 4.2.25 - 4.2.26)	85
4.2.4.3	<i>Depression</i> und <i>Anpassungsstörung</i> (Tab. 4.2.27 - 4.2.28).....	87
4.2.5	<i>Diskussion</i>	90
4.2.5.1	Kernbereiche der Konsiliarpsychiatrie.....	90
4.2.5.2	Somatopsychische Komorbidität.....	92
4.2.5.3	Psychiatrischen Diagnostik im Konsildienst: <i>Anpassungsstörung</i> und <i>Depression</i>	95
4.3	WEITERE UNTERSUCHUNGEN	97
4.3.1	<i>Entwicklung der psychiatrischen Konsiliartätigkeit über einen Einjahreszeitraum</i>	97
4.3.1.1	Die Entwicklung psychiatrischer Konsildienste über kürzere Zeiträume.....	97
4.3.1.2	Untersuchungsziele und Methode	98
4.3.1.3	Ergebnisse (Tab. 4.3.1.1 - 4.3.1.5)	99
4.3.2	<i>Welche Faktoren beeinflussen Lagtime und LOS von Konsilpatienten?</i>	103
4.3.2.1	Fragestellung und Methode.....	104
4.3.2.2	Ergebnisse (Tab. 4.3.2.1 - 4.3.2.6)	105
4.3.2.2.1	Zeitpunkt der Intervention (<i>Lagtime</i>) (Tab. 4.3.2.1 - 4.3.2.3)	105
4.3.2.2.2	Krankenhausliegedauer der Konsilpatienten (Tab. 4.3.2.4 - 4.3.2.6)	107
4.3.3	<i>Diskussion</i>	108
5	SCHLUBBETRACHTUNG - ENTWICKLUNGSPERSPEKTIVEN DER KONSILIARPSYCHIATRIE.....	112
5.1	DER KERNBEREICH DER KONSILIARPSYCHIATRIE.....	112
5.2	AKTUELLE ENTWICKLUNGEN DER KONSILIARPSYCHIATRIE	117

5.2.1	<i>Aus- und Weiterbildung in der Konsiliar-Liaisonpsychiatrie</i>	<i>117</i>
5.2.2	<i>Schnittstellen der Konsiliarpsychiatrie</i>	<i>118</i>
	LITERATURVERZEICHNIS.....	123
	ANHANG I: TABELLEN	169
	ANHANG II: UNTERSUCHUNGSINSTRUMENTE.....	221
	DANKSAGUNG	234
	EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG.....	235

Einleitung –

Warum eine gesonderte Beschäftigung mit Konsiliarpsychiatrie ?

Der Arbeitsbereich des Konsiliarpsychiaters umfaßt Patienten mit somatopsychischer Komorbidität, d.h. Patienten, die primär wegen körperlicher Beschwerden ärztlich behandelt werden, bei denen zusätzlich aber eine psychische Störung vorliegt, sowie Patienten mit körperlichen Beschwerden, für die keine somatische Begründung gefunden werden kann (z.B. somatoforme oder dissoziative Störungen), Patienten, die nach einem Suizidversuch auf einer somatischen Station liegen, Patienten mit artifiziellen Störungen und Patienten, bei denen psychische Faktoren oder Verhaltenseinflüsse in der Ausprägung der körperlichen Erkrankung eine wesentliche Rolle spielen. 30 - 50% aller in somatischen Abteilungen behandelten (nichtpsychiatrischen) Allgemeinkrankenhauspatienten leiden zusätzlich an einer psychischen Beeinträchtigung, deren Ausmaß die Stellung einer psychiatrischen Diagnose zuläßt (Arolt 1997). Psychische Komorbidität kann zu einer verstärkten Morbidität der körperlichen Grunderkrankung beitragen und mit erhöhter Mortalität, komplizierteren Krankheitsverläufen und verlängerten Krankenhausliegedauern einhergehen (Academy of Psychosomatic Medicine 1997). Vorsichtige Schätzungen besagen, daß etwas mehr als 10% aller nichtpsychiatrischen Allgemeinkrankenhauspatienten bereits während der somatischen Index-Behandlung fachspezifischer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung bedürfen (Wancata et al. 1998).

Obwohl die Zusammenarbeit von Ärzten unterschiedlicher Fachdisziplinen in der Versorgung des einzelnen Patienten mit Beratung über diagnostische oder therapeutische Maßnahmen, also das, was allgemein als Konsil bezeichnet wird, eine Selbstverständlichkeit im Bereich der klinischen Routine darstellt, ist sie eher selten zum Gegenstand eigenständiger Untersuchungen oder Berichte geworden (z.B. Welter et al. 1998, Hempel 1995, Freyschmidt 1994, Schliack 1992). Dies gilt insbesondere für die Konsiliarpsychiatrie. Anders als in den USA oder Großbritannien, wo es in diesem Bereich psychiatrischer Tätigkeit bereits eine lange Tradition gibt, hat die Beschäftigung mit konsiliarpsychiatrischen Themen innerhalb des Fachgebietes Psychiatrie und Psychotherapie in Deutschland erst seit Beginn der 90er Jahre zugenommen (Arolt 1997, Diefenbacher 1999, Saupe & Diefenbacher 1996b), wobei sich ähnliche Tendenzen auch in Österreich und der Schweiz zeigen (Wancata & Gössler 1999, Ernst 1998, S.81, Zumbrennen 1992). Andererseits wird diese Entwicklung zum Teil mit Skepsis betrachtet. Wenn ärztliche Konsiliartätigkeit eine übliche klinische Routine ist, warum sollte dann überhaupt eine gesonderte Beschäftigung mit *psychiatrischer* Konsiliartätigkeit erfolgen? Ist nicht allein schon der Begriff „Konsiliarpsychiatrie“ etwas wichtigtuerisch gegenüber den anderen Fachgebieten, wird dort schließlich doch auch nicht von Konsiliarchirurgie gesprochen. Gleichfalls erhebt sich die Frage, ob der Begriff Konsiliarpsychiatrie nicht einen Affront gegenüber jedem Psychiater oder Nervenarzt darstellt, denn schließlich ist es das Privileg jedes Arztes, anderen Ärzten mit Rat und Tat zur Seite zu stehen. So wird auch innerhalb des psychiatrischen Fachgebiets gefragt, ob diese

Akzentuierung nicht überdimensioniert sei, und es ist offen, wie intensiv die Beschäftigung mit konsiliarpsychiatrischen Themen innerhalb der Facharztweiterbildung für Psychiatrie und Psychotherapie sein soll.

Die vorliegende Arbeit soll einen Beitrag leisten zur Definition der Konsiliarpsychiatrie als Arbeitsbereich des Fachbereiches Psychiatrie und Psychotherapie in Deutschland. Gleichzeitig sollen internationale Entwicklungen innerhalb der Konsiliar-Liaisonpsychiatrie mit einem Schwerpunkt auf organisatorischen und konzeptuellen Aspekten dargestellt werden, um hiesigen Entwicklungen eine Orientierungshilfe zu geben.

Gliederung der Arbeit

Die Arbeit beginnt mit einem historischen Teil, in dem u.a. die Entwicklung der Konsiliarpsychiatrie in den USA vorgestellt wird, da sich hier seit mehr als fünf Jahrzehnten eine differenzierte Form konsiliarpsychiatrisch-psychotherapeutischer Versorgung entwickelt hat, an der sich exemplarisch Erfolge und Mißerfolge dieses Bereichs psychiatrischer Tätigkeit ablesen lassen. Anschließend werden Untersuchungen zur psychischen Komorbidität körperlich kranker Patienten als Grundlage der Konsiliarpsychiatrie dargestellt und Besonderheiten in der Durchführung psychiatrischer Interventionen im Allgemeinkrankenhaus diskutiert.

Im empirischen Teil wird versucht, durch die Längsschnittuntersuchung des konsiliarpsychiatrisch-psychotherapeutischen Dienstes am Mount Sinai Hospital in New York über einen 10-Jahres-Zeitraum einen im Zeitverlauf konstanten Kernbereich konsiliarpsychiatrischer Tätigkeit zu identifizieren. Dies wird ergänzt durch den Vergleich der Tätigkeit von zwei psychiatrischen Konsiliardiensten in Berlin (Rudolf-Virchow-Klinikum) und New York (Mount Sinai Hospital), in dem Ähnlichkeiten und Unterschiede herausgearbeitet werden, die ebenfalls zur Beschreibung eines Kernbereichs konsiliarpsychiatrischer Tätigkeit beitragen sollen.¹

Abschließend werden Entwicklungsperspektiven der Konsiliarpsychiatrie umrissen und der Versuch unternommen, eine Definition von Konsiliarpsychiatrie als Teilbereich innerhalb des psychiatrischen Fachgebiets zu geben.

¹ Der Autor hat in der *Division of Behavioral Medicine and Consultation Psychiatry* des Mount Sinai Hospital in New York 1992/93 bei Professor J.J.Strain eine Fellowship absolviert (unterstützt durch den *International Fellowship Award der Linda-Pollin-Foundation*, Bethesda, Maryland und ein Ausbildungsstipendium der *Deutschen Forschungsgemeinschaft* [Az.: Di 537/1-1]).

Teil 1

1 Geschichte der Konsiliarpsychiatrie – Internationale Entwicklungen

Ein Blick auf die Entwicklung der Konsiliarpsychiatrie im internationalen Rahmen trägt zum Verständnis aktueller Trends in diesem Bereich psychiatrischer Tätigkeit bei, der in den letzten Jahren auch in Deutschland deutlicher Gestalt annimmt. Die lange Tradition der Konsiliarpsychiatrie in den USA hat dort seit den 20er Jahren klinische und konzeptuelle Modelle entstehen lassen, die für die später einsetzende Entwicklung konsiliarpsychiatrischer Aktivitäten in europäischen Ländern häufig als Vorbild dienten. Im folgenden Kapitel wird die amerikanische Tradition dargestellt und auf Entwicklungen der Konsiliarpsychiatrie am Allgemeinkrankenhaus in Europa und in Deutschland eingegangen.

1.1 Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie in den USA

1.1.1 Grundlagen der Konsiliarpsychiatrie in den USA

Vor der Heraufkunft der Konsiliarpsychiatrie als solcher steht der Aufbau psychiatrischer Abteilungen an den Allgemeinkrankenhäusern (*general hospitals*), der von amerikanischen Psychiatern wie Adolf Meyer und Karl Menninger propagiert wurde. Menninger (1924) wies daraufhin, daß erst die Tauglichkeitsuntersuchungen amerikanischer Rekruten im Ersten Weltkrieg den Blick für die Häufigkeit psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung geschärft hätten: hier waren mehr Männer wegen psychischer Störungen ausgemustert worden als wegen Tuberkulose. Die Integration psychiatrischer Abteilungen in die Allgemeinkrankenhäuser sollte den Blick aller Ärzte auf die vermehrte Entdeckung von psychischen Störungen lenken und die offenbar gewordene Unterversorgung abbauen helfen. Auch die bislang in Nervenkliniken (*state mental hospitals*) behandelten psychisch Kranken bekämen unmittelbaren Zugang zu den diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten der somatischen Abteilungen und das Stigma der Hospitalisierung im „Irrenasyl“ sei nicht mehr zu befürchten. Für das Allgemeinkrankenhaus seien psychiatrische Abteilungen eine Abrundung des Versorgungsangebots mit der Möglichkeit, chirurgische oder internistische Patienten mit psychischen Problemen auf kurzem Wege in eine für ihre Heilung besser geeignete Umgebung zu verlegen. Schließlich könnte der Kontakt zwischen somatischen und psychiatrischen Ärzten und Pflegepersonal wechselseitig zu einer Auffrischung und Vertiefung verlorengegangener Fähigkeiten führen (Menninger 1924).

Ein weiterer Pionier der Allgemeinkrankenhauspsychiatrie in den Vereinigten Staaten war Adolf Meyer, dessen Konzept einer psychobiologischen Psychiatrie konzeptuell an der Wiege der amerikanischen Konsiliarpsychiatrie steht (Webb 1988). Seine „Psychobiologie als Wissenschaft vom Menschen“ (Meyer 1957) betrachtete Psyche und Soma als unterschiedene, aber nicht trennbare, integrale Bestandteile des menschlichen Organismus. Der kürzlich verstorbene kanadische Psychiater Z.I. Lipowski (1924 – 1997), auf den die Durchsetzung des Begriffs „Konsiliar-/Liaisonpsychiatrie“ (*consultation-liaison psychiatry*) zurückgeht (Levy 1989,

Lipowski 1967a,b, 1968, 1989), betont, daß Meyers holistischer Ansatz einen weitreichenden ideengeschichtlichen Einfluß auf die amerikanische Psychiatrie gehabt hat und Geburtshelfer der amerikanischen Psychosomatik war (Lipowski 1981, Dunbar 1935). Der von G. L. Engel formulierte „biopsychosoziale Ansatz“ (Engel 1980) stellt letztlich eine Weiterentwicklung des psychobiologischen Ansatzes dar, an den er sich in seiner Begriffswahl anlehnt (Lipowski 1981, 1986a, Wise 1995). Für die Entwicklung der Konsiliarpsychiatrie wichtig ist, daß Meyer und seine Schüler bestrebt waren, die Isolation der Psychiatrie in „Irrenasyle“ aufzuheben und psychiatrische Abteilungen in Allgemeinkrankenhäuser zu integrieren. 1913 eröffnete Meyer selber eine psychiatrische Abteilung am Johns-Hopkins-Hospital in Baltimore (Lipowski 1986d). Von 1923 - 1932 kam es zu einem schnellen Wachstum psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, deren Zahl von einer Handvoll um 1920 auf 112 im Jahr 1932 anwuchs (Lipowski 1986a, 1991). Aus dieser Zeit stammen erste Berichte über die Prävalenz psychischer Krankheiten bei Allgemeinkrankenhauspatienten, die mit Anteilen von 30% - 40% einer Größenordnung entsprechen, wie sie auch heute berichtet wird (Heldt 1927, Arolt 1997, Wancata et al. 1996).

1.1.2 Entwicklungsphasen

Konsiliar-Liaisonpsychiatrie hat sich seit Ende der 20er Jahre aus dem Konzept der Psychobiologie und der Praxis der Integration psychiatrischer Abteilungen in die Allgemeinkrankenhäuser in mehreren Phasen entwickelt (Lipowski 1986a,b,d, Wise 1995, Friedman & Molay 1994).

Anfänge

Die erste ausführliche Publikation über psychiatrische Konsiliartätigkeit (*psychiatric consultation*) am Allgemeinkrankenhaus stammt von *George Henry*, einem Schüler Adolf Meyers, der erstmalig die Arbeit des Psychiaters bei der Behandlung körperlich kranker Patienten in einem Allgemeinkrankenhaus beschrieb und als Aufgabengebiet der Psychiatrie formulierte (Henry 1929). Henry berichtete über eine mehrjährige Konsiliartätigkeit in somatischen Abteilungen mit über 2.000 konsiliarisch behandelte Patienten. Er formulierte allgemeine Grundlagen für die Tätigkeit des psychiatrischen Konsiliars: Neben der Exploration des Patienten sollen weitere verfügbare Informationsquellen herangezogen werden (Pflegepersonal, somatische Krankengeschichte), gutes medizinisches Allgemeinwissen soll vorhanden sein, vor allem sollten Befund und Handlungsanweisung für den Nicht-Psychiater einfach und verständlich („*in plain English without psychoanalytical jargon*“) formuliert werden. Die Teilnahme an den Fallkonferenzen der somatischen Abteilungen sei angeraten, um den interdisziplinären Meinungs austausch zu fördern. Grundsätzlich solle jedes Allgemeinkrankenhaus über einen Psychiater verfügen.

Die Organisationsphase

Von 1935 bis 1960 wurden zunehmend psychiatrische Konsiliar- und Liaisondienste an Allgemeinkrankenhäusern gegründet. Ein einflußreicher Theoretiker dieser Entwicklung wurde

Edward Billings, ebenfalls ein Schüler von Adolf Meyer, auf den der Begriff *Liaisonpsychiatrie* zurückgeht (Lipowski 1986d, Morris & Mayou 1996)². Nachdem eine Umfrage des *National Committee for Mental Hygiene* 1932 ergeben hatte, daß weniger als 12% aller Universitätskliniken überhaupt eine psychiatrische Versorgung für ihre Abteilungen anboten, wurden mit Mitteln der Rockefeller Foundation fünf liaisonpsychiatrische Modellprojekte eingerichtet (Billings 1966). Eines dieser *Psychiatric Liaison Departments* wurde 1934 unter der Leitung von Billings in Denver am Colorado General Hospital gegründet. Die Entwicklung dieses Liaison Departments und die damit verbundenen Ideen über die Arbeit des Psychiaters mit körperlich kranken Patienten und ihren behandelnden Ärzten sind prototypisch für die konsiliar-liaisonpsychiatrische Tätigkeit (vgl. Thompson & Suddath 1987). Billings organisierte sein nicht bettenführendes Liaison-Department, dessen multidisziplinäres Team aus einem Facharzt für Psychiatrie, mehreren Assistenzärzten in fortgeschrittener psychiatrischer Weiterbildung und einem Sozialarbeiter bestand, entlang dreier Prinzipien:

- Ärzte und Medizinstudenten sollen durch eine „Psychiatrie mit common sense“ dafür sensibilisiert werden, diejenigen Persönlichkeitszüge oder soziokulturellen Determinanten besser zu verstehen, welche es ihren Patienten erschweren, Hilfe anzunehmen, oder die es dem Arzt erschweren, hilfreich zu sein.
- Die psychosozialen Fallbeschreibungen der Konsilarii sollen so formuliert werden, daß der behandelnde Arzt angeregt wird, ggf. selbst weitere (biographische, psychosoziale) Details zu explorieren; therapeutische Vorschläge sollen verständlich sein, mögliche unerwünschte Wirkungen sind explizit zu erwähnen und Kriterien für den Behandlungserfolg aufzuführen.
- Die Ärzte der somatischen Abteilungen sollen ermutigt werden, Patienten zu überweisen nach dem Motto: „*Demonstrate, not preach, our usefulness*“, um den Nutzen psychiatrischer Therapie im klinischen Alltag praktisch zu belegen.

Durch die Befolgung dieser Prinzipien erreichte es das junge Liaisondepartment, daß die somatischen Ärzte ihre anfänglich ablehnende Haltung gegenüber den psychischen Problemen ihrer Patienten aufgaben. Im Laufe der folgenden vier Jahre zeigte sich eine zunehmende Kompetenz der somatischen Ärzte im Umgang mit Verwirrtheitszuständen, depressiven und Angstsyndromen, so daß schließlich vier Fünftel aller Überweisungen – getreu dem ganzheitlichen Ansatz Adolph Meyers - von den Stationsärzten selbst, unter Supervision durch den Liaisonpsychiater, weiterbehandelt wurden. Auf Wunsch der Assistenzärzte der somatischen Abteilungen wurde eine Rotation in den psychiatrischen Liaisondienst organisiert und wöchentliche gemeinsame Liaison-Visiten auf den somatischen Stationen eingeführt.

Billings war der erste Konsiliarpsychiater, der den ökonomischen Nutzen liaisonpsychiatrischer

² Der Begriff *Liaison* wurde in der amerikanischen Psychiatrie schon früher benutzt: Adolf Meyer hatte 'Liaison-tätigkeit' als Bestandteil der psychiatrischen Ausbildung empfohlen (zit. nach Lipowski 1981); GK Pratt (1926) vom *National Committee on Mental Hygiene* wollte die Rolle der Psychiatrie am Allgemeinkrankenhaus als die eines Verbindungsgliedes (*liaison agent*) sehen, als Integrator des Wissens der anderen medizinischen Fachgebiete in „eine mächtige Kraft mit heilender Wirkung“ (zit. nach Schwab 1989).

Interventionen im Allgemeinkrankenhaus untersuchte. Er stellte fest, daß mit der Etablierung des *Psychiatric Liaison Department* die Krankenhausliegedauern und Behandlungskosten von somatischen Patienten mit komorbiden psychischen Störungen deutlich abnahmen. Lagten die Krankenhausbehandlungskosten bei Patienten mit somatopsychischer Komorbidität zunächst um 45,68 US-Dollar über den durchschnittlichen Behandlungskosten (seinerzeit 52,31 US-Dollar), so verringerte sich diese Differenz innerhalb der ersten fünf Jahre des Bestehens des Departments auf nur noch 2 US-Dollar. Die anfänglich deutlich erhöhten Krankenhausliegedauern dieser Patientengruppe hatten kontinuierlich abgenommen und sich den durchschnittlichen Liegedauern der Patienten ohne psychische Komorbidität angenähert (Billings 1941).

Im weiteren kam es zu verschiedenen Ausformulierungen der Idee einer "Psychiatrie im Allgemeinkrankenhaus", die sich über ein Spektrum erstreckte zwischen den Polen einer klassischen Psychiatrischen Abteilung bis hin zu Stationen, die eher den in Deutschland geläufigen psychosomatischen Stationen entsprachen (Greenhill 1977). *M. Ralph Kaufman* entwickelte am Mount Sinai Hospital in New York um 1950 das Modell einer psychiatrisch-psychosomatischen Station (Lipowski 1986d, Kaufman & Margolin 1948). Er insistierte darauf, daß eine psychiatrische Abteilung am Allgemeinkrankenhaus nicht in erster Linie für die Behandlung klassischer psychiatrischer Krankheitsbilder wie Schizophrenie, manisch-depressive Erkrankungen oder Neurosen reserviert sein sollte, sondern den Bedürfnissen der anderen medizinischen Abteilungen dienen müsse. Seine 22-Betten-Station versorgte ein Krankheitsspektrum aus Psychosomatosen, endogenen Psychosen, Neurosen und Persönlichkeitsstörungen, wobei bei 2/3 der Patienten eine somato-psychische Komorbidität vorlag (z.B. essentielle Hypertonie und katatone Schizophrenie). Angesichts der beschränkten stationären Kapazitäten wurde dem psychiatrischen Liaisondienst, der aus 6 Psychiatern bestand, die größte Bedeutung für die Zusammenarbeit mit den somatischen Abteilungen beigemessen. Kaufman und Margolin wiesen dezidiert daraufhin, daß es nicht genüge, „Miniatur-Irrenasyle“ an Allgemeinkrankenhäuser anzugliedern: Solche oberflächliche Integration lasse den Psychiater in der täglichen Praxis immer noch wie durch eine unsichtbare Wand von seinen somatischen Kollegen getrennt. Der Schwerpunkt von Kaufmanns Station lag nicht auf der Versorgung psychiatrischer Patienten aus der Gemeinde, sondern von stationär aufgenommenen primär körperlich kranken Patienten des Allgemeinkrankenhauses (Kaufman & Margolin 1948). Kaufmanns Ziel, die somatischen Abteilungen des Allgemeinkrankenhauses mit Liaisonpsychiatern gewissermaßen zu sättigen, konnte durch die große Bereitschaft von in Manhattan praktizierenden Psychiatern erreicht werden, die bereit waren, unentgeltlich im Sinne von Belegärzten am Mount Sinai Hospital tätig zu werden, so daß dieses anspruchsvolle Programm über ein Jahrzehnt lang in großem Umfang betrieben werden konnte und eine Tradition entwickelte, die in einzelnen Bereichen bis heute Bestand hat.

Während Kaufman ein psychiatrisches Liaisonprogramm propagierte, wo der Psychiater *als Psychiater* wesentlich den an somatopsychischer Komorbidität leidenden Patienten im Allgemeinkrankenhaus zur Verfügung stehen sollte, wurde gleichzeitig an der Mayo Klinik in

Rochester im Staat New York ein anderes Modell entwickelt, dessen Name, *Medizinischer Liaisondienst*, den programmatischen Gegenpol umschrieb: Inspiriert durch die psychiatrische Abteilung entwickelte sich unter der Leitung von George Engel ein Dienst, der primär mit Ärzten besetzt war, die zunächst eine internistische Ausbildung abgeschlossen hatten, bevor sie dann ein zusätzliches psychotherapeutisch-psychologisches Training durchliefen. Sie sollten vorbildhaft den Ärzten in den somatischen Fächern und den Medizinstudenten die psychosozialen Aspekte von Gesundheit und Krankheit durch ein Lernen am Modell vermitteln. Dies könne aber, so wurde argumentiert, nur dann zufriedenstellend erreicht werden, wenn die Liaisonärzte qualifiziert genug seien, als erfahrene Internisten mit entsprechender Autorität auf den internistischen Abteilungen tätig zu werden. Der *Medizinische Liaisondienst*, der zeitweilig mit bis zu 20 Ärzten in Vollzeitstellung besetzt war, strebte eine organisatorische Einbindung in die Abteilung für Innere Medizin als deren Subdisziplin an (Greenhill 1977). Der Schwerpunkt des Programms lag in der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Ärzten, wo es sowohl konzeptuell mit der Formulierung des biopsychosozialen Ansatzes durch George Engel (Engel 1980), klinisch-praktisch (vgl. die Praxisanleitung „Der klinische Zugang zum Patienten“ von Morgan & Engel 1977) wie auch für die persönliche Entwicklung einflußreicher Vertreter der Psychosomatik (vgl. z.B. Adler 1994, S. 221-22; Adler & Hemmeler 1992) einen großen Einfluß ausübte. Andererseits wurde aber auch von Liaisonpsychiatern kritisiert, daß die Effizienz dieses „Programms von Ärzten für Ärzte“ nicht hinreichend evaluiert worden sei (Greenhill 1977).

Die Bandbreite der während dieses Zeitraums gegründeten Dienste erstreckte sich von einer Liaisontätigkeit im heutigen Sinne bis hin zur klassischen beratenden Konsiliartätigkeit ohne eigenen therapeutischen Anspruch. Sehr zurückhaltend argumentierten beispielsweise Lidz u. Fleck (1950), daß die Situation des Patienten im Allgemeinkrankenhaus eine ausreichende psychotherapeutische Arbeit unmöglich mache und daß es die Aufgabe des Konsiliars sei, den Patienten dabei zu unterstützen, die medizinisch erforderliche Behandlung zu bewältigen. Auf der anderen Seite plädierte Grete Bibring (1956) in einem einflußreichen Artikel dafür, die Evaluation des Persönlichkeitsprofils der Patienten zu einem notwendigen Bestandteil der medizinischen Behandlung zu machen, da die Persönlichkeitsstruktur des Patienten seine Reaktion auf die Krankheit und deren Behandlung gestalte, folglich deren Verständnis für eine kompetente Betreuung nötig sei. Sie umriß drei Gebiete von besonderer Wichtigkeit für die konsiliarpsychiatrische Tätigkeit: Die Differentialdiagnose von organischen und psychogenen Erkrankungen, Psychotherapie im engeren Sinne mit unterschiedlichen Ansätzen für unterschiedliche Patiententypen, und die Unterstützung der somatischen Ärzte hinsichtlich vermehrter Selbstwahrnehmung in der Interaktion mit den Patienten. Beide Ansätze, also die schwerpunktmäßig mit klassischer ärztlicher Konsultation arbeitende *Konsiliarpsychiatrie* bzw. die zusätzlich auf Aus- und Weiterbildung der somatischen Ärzte und Integration des Psychiaters in das somatische Team Wert legende, lebten in einer friedlichen Koexistenz und strebten nicht danach, ihre *differentia specifica* in öffentlicher Polemik auszutragen, wie dies in den 80er Jahren der Fall sein sollte. Psychosomatische Stationen im engeren Sinne, als Bestandteil psychiatrischer Abteilungen von Psychiatern geleitet und zusätzlich mit Internisten

besetzt, die Patienten mit Hypertonie, peptischen Ulcera, Neurodermitis, Asthma bronchiale etc. behandelten, blieben selten und haben größtenteils diese Ära nicht überlebt (Greenhill 1977, S.128-132). Ende der 50er Jahre zogen sich die Internisten aus dem Bereich der Psychosomatik zurück, der von Psychiatern und Psychoanalytikern dominiert wurde und wachsenden Zustrom durch Psychologen im Forschungsbereich erlebte (Wittkower 1974).

Die konzeptuelle Phase

Trotz des Anfang der 60er Jahre im Laufe des erstarkenden gemeindepsychiatrischen Ansatzes einsetzenden Umdenkens der amerikanischen Psychiatrie weg von den Krankenhäusern hin zur psychosozialen Arbeit innerhalb der Gemeinden (Lipowski 1986d, Schwab 1989) erwies sich der jetzt beginnende Zeitabschnitt für die Entwicklung der Konsiliar-Liaisonpsychiatrie als recht fruchtbar. Die Zahl der in Allgemeinkrankenhäusern konsiliarisch tätigen Psychiatern hatte eine 'kritische Masse' erreicht, die Entwicklungen auf mehreren Gebieten stimulierte. Die konsiliarisch tätigen Psychiater begannen sich auf Liaisonaktivitäten in medizinischen Bereichen wie z.B. Intensivstationen, Hämodialyse und Stationen für Brandverletzte zu spezialisieren, was mit der Zunahme von Forschungsaktivitäten in diesen Bereichen einherging (z.B. Olin & Hackett 1964). Nachdem es bis in die Mitte der 60er Jahre weder eine Monographie noch Übersichtsartikel zur Konsiliar-Liaisonpsychiatrie gegeben hatte, wurden jetzt mehrere Monographien und Übersichtsartikel publiziert (z.B. Schwab 1968)³. Lipowski legte mit einer Artikelserie in der Zeitschrift *Psychosomatic Medicine* den Grundstein für die Definition des Begriffs Konsiliar-Liaison-Psychiatrie (Lipowski 1967a,b, 1968). Nachdem konsiliarpsychiatrische Themen bislang in psychosomatisch orientierten Fachzeitschriften (z.B. *Psychosomatic Medicine*) erschienen waren, wurde als erste Zeitschrift mit Schwerpunkt Konsiliarpsychiatrie 1970 *Psychiatry in Medicine* gegründet (heute *International Journal of Psychiatry in Medicine*). Umfassende konzeptuelle Modelle der psychiatrischen Konsultation wurden entwickelt, die über das traditionelle Modell der ärztlichen Konsultation hinaus gingen insofern sie den Aufgabenbereich der psychiatrischen Konsultation nicht auf Diagnose und Behandlungsvorschlag beschränkten, sondern systemische und prozedurale Variablen konsiliarpsychiatrischer Tätigkeit untersuchten (Schwab 1989, Lipowski 1986b, Greenhill 1977) (vgl. weiter unten, Kapitel 3).

Die Phase der Expansion

Ab Mitte der 70er Jahre wurden durch eine Initiative des National Institute of Mental Health (NIMH) konsiliarpsychiatrische Aktivitäten intensiv gefördert (Lipowski 1986b, Schwab 1989). Der *Psychiatry Education Branch* des NIMH verfolgte damit drei Aspekte:

- Angesichts der hohen Prävalenz von psychiatrischen und psychosozialen Problemen in der primärärztlichen Versorgung sollte die Ausbildung nicht-psychiatrischer Ärzte in Diagnose, Behandlung bzw. adäquater Überweisung in psychiatrisch-psychotherapeutische

³ Joraschky & Köhle (1986) haben in ihrem umfangreichen Literaturverzeichnis eine große Zahl amerikanischer Publikationen aus den 60er Jahren aufgenommen.

Behandlung von Patienten mit psychischen Störungen verbessert werden (Eaton et al. 1977).

- Die durch die Schwerpunktsetzung der Gemeindepsychiatrie eingetretene Entfernung der Psychiatrie von der (somatischen) Medizin sollte umgekehrt und die Konsiliarpsychiater in ihrer Arbeit an dieser Schnittstelle unterstützt werden.
- Der in der Konsiliarpsychiatrie vertretene holistische Ansatz, also die Integration biologischer, psychologischer und sozialer Anteile in der Behandlung jedes Patienten, sollte durch das klinische Beispiel und den Unterricht von Medizinstudenten und anderen im Gesundheitswesen Tätigen gefördert werden (Lipowski 1986d; Eaton, persönliche Mitteilung).

Von 1975 - 1980 wurden vom NIMH mit einer Gesamtsumme von 5,3 Mio. Dollar insgesamt 130 konsiliar-liaisonpsychiatrische Einrichtungen unterstützt, u.a. mit Stipendien für junge Fachärzten (*Fellows*), so daß Anfang der 80er Jahre über 300 Fellows eine intensive konsiliarpsychiatrische Ausbildung erhalten hatten. Dies führte zu einer Zunahme an Forschungsaktivitäten und vermehrter Publikation von konsiliarpsychiatrischer Fachliteratur: eine zweite Fachzeitschrift erschien ab 1979 (*General Hospital Psychiatry*), Monographien und Übersichtsarbeiten wurden publiziert (z.B. Strain & Grossman 1975, Pasnau 1975), Symposien und Workshops wurden regelmäßiger Bestandteil der Jahreskongresse der *American Psychiatric Association*.

Konsolidierung

Die erreichte Stabilität des Arbeitsgebiets zeigte sich darin, daß in einer Umfrage der *American Psychiatric Association* Anfang der 80er Jahre ca. 25 % von 40.000 befragten Psychiatern angaben, in konsiliar-liaisonpsychiatrische Aktivitäten eingebunden zu sein. Ende der 60er Jahre hatte dies nur für 10 % der Befragten gegolten (Schwab 1989). Von der Zulassungsstelle für die Facharztausbildung, dem *American Board of Psychiatry and Neurology* (ABPN), wurde ein konsiliar-liaison-psychiatrisches Ausbildungsangebot im Rahmen der psychiatrischen Facharztweiterbildung zur Bedingung für die Ausbildungsermächtigung gemacht (Schwab 1989, Hackett 1987). Die *American Hospital Association* stellte 1984 in einer Übersicht fest, daß 869 Krankenhäuser in den USA über einen konsiliarpsychiatrischen Diensten verfügten. Die durchschnittliche Überweisungsrate an die konsiliarpsychiatrischen Dienste lag allerdings nur bei 0,9% (Wallen et al. 1987), und somit deutlich niedriger als einzelne Berichte von renommierten Diensten an Universitätskliniken hatten erwarten lassen (z.B. 10% am Massachusetts General Hospital in Harvard [Hackett 1987]). Der Anteil an praktischer Ausbildung in konsiliarpsychiatrischen Angelegenheiten während der Facharztweiterbildung war mit einem Anteil von ca. 7% an der gesamten Ausbildungszeit geringer als angenommen. Entgegen dem Anspruch, einen multidisziplinären Ansatz zu verfolgen, verfügten lediglich 1/3 der konsiliarpsychiatrischen Programme über multidisziplinäre Teams.

Gleichzeitig mit der Konsolidierung der Konsiliar-Liaisonpsychiatrie kam es zu einer Identitätskrise. Nichtpsychiatrische Berufsgruppen wurden aktiver, wie z.B. Psychologen,

psychiatrische Liaisonpflegekräfte, psychotherapeutisch oder in professioneller Beratung (*counseling*) geschulte Sozialarbeiter, alle qualifiziert genug, um bestimmte Aufgaben in der Behandlung von Patienten mit somatopsychischer Komorbidität zu übernehmen (Stoudemire & Fogel 1988). Überdies gerieten die konsiliarpsychiatrischen Dienste durch Verknappung finanzieller Ressourcen zunehmend unter Druck, ihre Effizienz auch ökonomisch zu rechtfertigen.

1.1.3 Konsiliarpsychiatrie versus Liaisonpsychiatrie ?

Der Versuch, in diesem Spannungsfeld Rolle und Bedeutung der Konsiliar-Liaison-Psychiater zu definieren, führte zu einer heftigen Debatte darüber, ob das Konsultations- oder das Liaisonmodell wertvoller sei (für eine Definition beider Ansätze vgl. Kapitel 3). Die zuweilen recht polemisch geführte Auseinandersetzung (Murray 1980), nach ihren Hauptexponenten auch Hackett-Strain-Debatte genannt, gipfelte 1986 in einem Streitgespräch auf dem Jahreskongreß der *American Psychiatric Association* (*Psychiatric News*, August 1986, p.3), wo Th. Wise, Herausgeber der Zeitschrift *Psychosomatics*, und Th. Hackett vom Massachusetts General Hospital in Harvard die These vertraten, bereits der Begriff Liaisonpsychiatrie sei mißverständlich und wenig hilfreich, und verführe mit dem Anspruch, nichtpsychiatrische Ärzte in psychosozialen Behandlungen kompetent zu machen, diese dazu, eher weniger als erforderlich auf kompetente psychiatrische Konsultation zurückzugreifen. J.J. Strain vom Mount Sinai Hospital in New York und H. Pincus vom NIMH auf der Gegenseite argumentierten, daß angesichts der zunehmenden finanziellen Einschränkungen eine Beschränkung auf das klassische Konsultationsmodell nicht mehr ausreiche, müsse sich doch jeder Gesundheitsökonom zutiefst besorgt darüber zeigen, daß konsiliarisch gesehene Patienten deutlich längere Liegedauern im Vergleich zu den übrigen Patienten aufwiesen (Kelley et al. 1979, Pincus 1986, 1987). Zwar wisse man, daß somatopsychische Komorbidität mit längeren Krankenhausliegedauern einhergehe (Fulop et al. 1987, 1989), jene Studien psychiatrischer Interventionen bei somatisch kranken Patienten, die eine Verkürzung der Krankenhausverweildauer zur Folge hatten, verfolgten aber alle einen Liaisonansatz mit regelhaftem Screening aller Patienten rasch nach Aufnahme, um möglichst frühzeitig intervenieren zu können. Dies hatte in der bekannten Studie von Levitan und Kornfeld (1981) bei Patienten mit Hüftgelenksfrakturen zu einer Reduktion der Krankenhausliegedauer um 12 Tage geführt. Liaisonpsychiatrie am Allgemeinkrankenhaus müsse sich auf den Nenner, d. h. auf sämtliche Patienten beziehen, und nicht nur auf den Zähler, also die vom Stationsarzt unter mehr oder weniger idiosynkratischen Gesichtspunkten zur Konsultation überwiesenen.

Die Heftigkeit der seiner Zeit geführten Debatte ist aus heutiger Sicht nicht verständlich (Lipowski 1986d): tatsächlich umfaßt die praktizierte Konsiliar-Liaisonpsychiatrie meistens beide Ansätze mit lokal unterschiedlicher Schwerpunktsetzung (Pincus 1986, unveröffentl. Manusk., Cassem & Hackett 1987, S.377, Hammer et al. 1987). Das Bedürfnis nach einer größeren Schärfe in der Definition dessen, was Konsiliar-Liaisonpsychiatrie denn sei, führte in der *Academy of Psychosomatic Medicine* (APM), heute mit ca. 1000 Mitgliedern die wichtigste konsiliarpsychiatrische Fachorganisation in den USA, zur Diskussion über die Namensgebung. Ursprünglich

eine eher marginale Gruppierung, die sich in den 50er Jahren aus der *American Psychosomatic Society* heraus entwickelt hatte, deren Ansatz als zu „freudianisch“ kritisiert wurde, hatte sich die APM erst in den 80er Jahren besser zu profilieren vermocht, indem sie sich dezidiert als Organisation der Konsiliar- und Liaisonpsychiater definierte (Webb 1988, Wise 1995, Strain & Holland 1991). Die APM nimmt seit 1990 nur noch Konsiliar-Liaisonpsychiater als Mitglieder auf und drückt ihre Fokussierung auf den psychiatrischen Konsiliar-Liaisonbereich mit einer Namensänderung (*The Organization for Consultation and Liaison Psychiatry*) und der Schwerpunktsetzung ihrer Zeitschrift *Psychosomatics* seit Ende der 80er Jahre auf konsiliarpsychiatrische Themen aus (Wise 1988). Zwar wurden immer wieder vorgebrachte Wünsche, den Namen *Academy of Psychosomatic Medicine* wegen der Problematik des Begriffs Psychosomatik überhaupt aufzugeben, aus Traditionsgründen nicht befolgt, aber eine Debatte über eine „korrekte“ Bezeichnung für Konsiliarpsychiatrie setzte ein. Da jeder Arzt konsiliarische Hilfestellung für andere Ärzte leistete, sei es ein Affront, wenn sich eine Gruppe von Ärzten durch die Verwendung des Begriffs hervorheben wolle: Konsiliarische Tätigkeit sei ubiquitär und könne nicht als besonderes Qualitätsmerkmal einer Untergruppe von Psychiatern genutzt werden. Die Prüfung von Alternativen (z.B. *psychosomatic psychiatry*, *medical-surgical psychiatry* oder *psychiatry in surgery and medicine*, Thompson 1993a) blieb ohne Konsequenzen: 99% der Mitglieder sprachen sich für die Beibehaltung der alten Bezeichnung aus.

1.1.4 Neuere Entwicklungen – Stand der Professionalisierung

Seit Mitte der 80er Jahre wurde eine Intensivierung konsiliarpsychiatrischer Forschung gefordert (Lipowski 1986a,b,c,d; McKegney & Beckhardt 1982). Um Multicenterstudien zu fördern, wurde das *Consortium for Consultation-Liaison Psychiatry* gegründet (Hammer et al. 1987), das ein in der englischsprachigen Konsiliarpsychiatrie häufig benutztes Dokumentationssystem (*Microcares*) entwickelte (Strain et al. 1990, Hammer et al. 1993a,b, 1995, Smith et al. 1997, Strain et al. 1998) und internationale Symposien organisierte (Strain & Holland 1991). Eine weitere Initiative des NIMH konzentrierte sich auf die klinische und ökonomische Effizienz psychiatrischer Interventionen bei körperlich kranken Patienten (Larson et al. 1987, Saravay & Strain 1994). Die folgenden vom NIMH geförderten Studien lassen deutlich den favorisierten Liaisonansatz erkennen: untersucht wurde der „Nenner“, also etwa sämtliche über 65 Jahre alten Patienten mit Hüftgelenksfrakturen (Strain et al. 1991) oder alle konsekutiven Aufnahmen in eine internistische Abteilung (Levenson et al. 1990, 1992) und nicht eine durch ideosynkratische Überweisungsmuster verzerrte Population von Konsilpatienten (Pincus, unveröffentlichtes Manuskript). Die widersprüchlichen Ergebnisse dämpften allerdings die hohen Erwartungen, die im Hinblick auf Kosteneinsparungen bei vollstationären Krankenhausbehandlungen geäußert worden waren (Strain et al. 1994, Levenson 1998) und führten zur Entwicklung und Evaluation ambulanter konsiliarpsychiatrischer Behandlungsmöglichkeiten (Katon & Gonzales 1994, Lipowski 1991).

Das Bedürfnis, sich in der veränderten Landschaft des amerikanischen Gesundheitswesens mit einer vermehrten Konkurrenz durch nichtärztliche Berufsgruppen und zunehmendem

ökonomischem Rechtfertigungsdruck zu behaupten, stieß die Diskussion darüber an, den Status einer Teilgebietsbezeichnung (*subspeciality*) für „Konsiliar-Liaisonpsychiatrie“ beim American Board of Psychiatry and Neurology (ABPN) zu beantragen (Schwab 1989, Thompson 1993b). Auch dies war nicht unumstritten: Die Befürworter wiesen daraufhin, daß die Bestrebungen, Gerontopsychiatrie oder Suchtmedizin als Teilgebiete zu konstituieren, aufgrund von Überlappungen in der zu versorgenden Patientenklientel zu einer unmittelbaren Bedrohung konsiliar-liaisonpsychiatrischer Programme führen könne (ein hoher Anteil der Allgemeinkrankenhauspatienten ist älter als 60 Jahre bzw. leidet an Suchtkrankheiten, vgl. z.B. Lipowski 1983, Mitchell et al. 1986), und zu befürchten sei, daß die Krankenversicherer eher die Leistungen von in Teilgebieten zertifizierten Psychiatern in Anspruch nähmen (Blumenfeld 1988). Andererseits wurde darauf hingewiesen, daß Teilgebietsbezeichnungen das psychiatrische Fach fragmentierten (Muskin 1988). Die Befürworter der Subspezialisierung setzten sich durch: 1992 erhielt Konsiliar-Liaisonpsychiatrie von der APA den Status einer Zusatzqualifikation (*added qualification*) als erstem Schritt zur Erlangung der Teilgebietsbezeichnung (Lipowski 1992). Da jedoch vom ABPN als Zulassungsstelle die weitere Erteilung von Teilgebietsbezeichnungen bis 1999 hinausgeschoben wurde, ist noch keine Entscheidung gefallen (E. Hallberg, *pers. Mitteilung*).

1.2 Konsiliarpsychiatrie in Europa

In Europa hat sich die Konsiliar-Liaisonpsychiatrie später und weniger differenziert entwickelt als in den USA. Zunehmende Aktivitäten ließen sich seit Anfang der 80er Jahre vor allem in Großbritannien (Creed 1991, Creed & Pfeffer 1982) und in den Niederlanden (Kraft 1984, Hengeveld et al. 1984) verfolgen. In Großbritannien war Anfang der 80er Jahre innerhalb des Royal College of Psychiatrists, der Fachgesellschaft der englischen Psychiater, eine Interessengemeinschaft von Konsiliarpsychiatern gegründet worden. Die *Liaisonpsychiatry Group* war bestrebt, die Rolle der Liaisonpsychiatrie⁴ über den notfallpsychiatrischen Charakter, häufig beschränkt auf die Evaluation von Suizidenten (Mayou 1989, Mayou et al. 1991a), hinaus zu einer vertieften Zusammenarbeit mit somatischen Ärzten in der Versorgung von Patienten mit somatoformen Störungen, Hirninfarkten, Malignomen etc. zu entwickeln (Creed et al. 1992, House et al. 1995, Morris & Mayou 1996). Gemeinsam mit Fachorganisationen anderer medizinischer Bereiche wurden Leitlinien formuliert für 'Notwendige und machbare Grundlagen für die Einrichtung psychiatrischer Liaisondienste unter Berücksichtigung ökonomischer Aspekte' (RCP/RCPsych 1995), 'Psychiatrische Versorgung von chirurgischen Patienten' (RCS/RCPsych 1997), 'Psychiatrische Versorgung von Notfall- und Rettungsstellen' (RCPsych/British Association for A&E Medicine 1995), und 'Psychiatrische Versorgung von Suizidenten' (RCPsych 1994). Auf die Wichtigkeit multidisziplinärer Ansätze wurde hingewiesen, wobei der Bereich der krankenflegerischen Liaisonstätigkeit als wesentlicher Bestandteil der britischen Liaisonpsychiatrie gesehen wird, eine Entwicklung, wie sie auch für

⁴ In Großbritannien ist generell der Begriff *liaison psychiatry*, und nicht *consultation(-liaison) psychiatry* gebräuchlich.

die Niederlande mitgeteilt wird (Egan-Morris et al. 1994, Huyse et al. 1996a).

Eine 1987 gegründete europäische Arbeitsgruppe, die European Consultation Liaison Workgroup for General Hospital Psychiatry and Psychosomatics (ECLW) hat in enger Kooperation mit Vertretern des amerikanischen Consortium for Consultation-Liaison Psychiatry Anregungen für eine intensivere Beschäftigung mit konsiliarpsychiatrischen Themen geliefert (Wirsching & Herzog 1989, Mayou et al. 1991a, Huyse et al. 1996a) und eine europäische Verbundstudie zur psychiatrischen und psychosomatischen Konsiliar-Liaisonversorgung am Allgemeinkrankenhaus durchgeführt, an der 56 Konsiliar-Liaisondienste aus 11 europäischen Ländern teilnahmen (Huyse et al. 1997). Aus dieser internationalen Studie sind bislang überwiegend methodologische Arbeiten publiziert worden (z.B. Huyse et al. 1996b, Lobo et al. 1996, Malt et al. 1996; vgl. auch Abschnitt 4.2.1). Die ECLW-Gruppe organisierte 1992 in Amsterdam eine erste internationale Konferenz zur Konsiliar-Liaisonpsychiatrie und - Psychosomatik, auf der eine europäische konsiliar-liaisonpsychiatrische Vereinigung, die European Association of Consultation-Liaison Psychiatry and Psychosomatics (EACLPP), gegründet wurde, die allerdings in ihrer Entwicklung stagniert hat und sich gegenwärtig neu konstituiert. Folgeprojekte der ECLW untersuchen den Einsatz von Screening-Instrumenten für Allgemeinkrankenhauspatienten mit psychosozialen Risikofaktoren, mit dem Ziel, die Versorgungsbedürfnisse solcher Patienten möglichst frühzeitig zu erfassen, die ein höheres Ausmaß komplexer medizinischer Betreuung benötigen (Huyse et al. 1997). Diese Themen erinnern daran, daß an der Wiege der ECLW die von den europäischen Gesundheitsministern Mitte der 80er Jahre benannten Defizite in der psychosozialen Versorgung von Allgemeinkrankenhauspatienten gestanden hatten (WHO o. J.), wobei insbesondere die mangelhafte Vorbereitung auf das zu erwartende Anwachsen der älteren Bevölkerungsschichten, vor allem der „alten Alten“ genannt wurde. Ähnlich wie von Mayou (1997) und Kingdom (1989) für Großbritannien, wurde für Europa insgesamt von der ECLW vermerkt, daß die Pläne für die Entwicklung der psychiatrischen Versorgung ein Schwergewicht auf die Etablierung gemeindepsychiatrischer Einrichtungen legten unter Vernachlässigung der konsiliarpsychiatrischen Versorgung der Allgemeinkrankenhäuser (Huyse & ECLW 1991).

1.3 Entwicklung der Konsiliarpsychiatrie in Deutschland

Die Gründung von psychiatrischen Abteilungen an den Allgemeinkrankenhäusern im Gefolge der *Psychiatrie-Enquête* führte rasch zu einer z.T. erheblichen Zunahme praktisch-klinischer Konsiliartätigkeit, die von Nicht-Psychiatern im Rahmen des Allgemeinkrankenhauses als hilfreich für die Verständigung mit einem als ängstigend und nicht-eigentlich medizinisch erlebten unbekanntem Bereich begriffen wurde (Kelleter 1984). Die wissenschaftliche Beschäftigung mit Themen der Konsiliarpsychiatrie blieb aber bis zu Beginn der 90er Jahre selten.

1.3.1 Anfänge

Tölle (1990) hat darauf hingewiesen, daß bereits in den 30er Jahren der Nervenarzt Friedrich Mauz konsiliarpsychiatrische Ansätze verfolgt hat, in Verbindung mit dem Bemühen der Integration der Psychoanalyse in die klinische Psychotherapie (Bepperling 1994, S.254f.). Ein erster ausführlicher Bericht über die Probleme einer integrierten psychiatrischen Tätigkeit im Allgemeinkrankenhaus wurde von Radebold (1971) aus Berlin vorgelegt, der an die Arbeit George Henry's (1929) erinnert und den Weg von anfänglicher Ablehnung hin zu wachsender Akzeptanz durch die Mitarbeiter der somatischen Abteilungen beschreibt, wobei als ein wesentliches Agens Elemente einer Liaisontätigkeit genannt werden, wie z.B. gemeinsame Visiten am Krankenbett. Eine erste systematische Übersicht praktischer Konsiliarpsychiatrie wurde in der zweiten Auflage des Handbuchs *Psychiatrie der Gegenwart* (Kisker et al. 1972) von Bönisch und Meyer unter dem Titel „Extremsituationen medizinischer Behandlung“ vorgelegt. Eine zunehmende Bedeutung psychiatrischer Liaisontätigkeit im Allgemeinkrankenhaus angesichts der Technologisierung der modernen Medizin wurde erwartet (Bönisch & Meyer 1975).

Die erste konzeptuelle Darstellung moderner Konsiliarpsychiatrie in Deutschland stammt von Böker, der in einer Artikelserie Aufgaben und Möglichkeiten der Psychiatrie in Zusammenarbeit mit dem Allgemeinkrankenhaus näher zu bestimmen suchte (Böker 1973 a,b,c). Er wies darauf hin, daß die Psychiatrie, während sie ihr therapeutisches Spektrum unzweifelhaft im Aktionsfeld der Sozialpsychiatrie erweitert habe, von einer vorwiegend medizinisch-klinischen Orientierung abgerückt sei. An den Allgemeinkrankenhäusern erschöpften sich Fall-zu-Fall-Konsultationen im Bemühen, „störrische Psychopathen, Selbstmordgefährdete und offenkundig psychotisch Kranke aus dem Stationsbetrieb auszugliedern und in psychiatrische Anstalten einzuweisen“, wogegen doch „moderne Psychiatrie ... durch das Tor der Neurosenpsychologie und Psychosomatik mit geschärftem Interesse auf Phänomene körperlich-seelischer Verknüpfungen und ... auf krisenhafte psychopathologische Vorgänge (blicke), die sich in der Population des modernen allgemeinen Krankenhauses beobachten lassen“ (Böker 1973a). Biographische Krisen akut Erkrankter, ausgelöst durch eine gestörte Balance gewohnter sozialer Kommunikation bei Herzinfarkt oder Hepatitis, oder überhaupt durch den „Eintritt in das

technische Labyrinth der diagnostischen Mühle“, stellten einen ernst zu nehmenden Anpassungsstress für jeden Kranken dar, der zu schweren psychopathologischen Reaktionen führen könne, gerade in Verbindung mit „Überwältigungsängsten“ durch die komplexe, immer anonymere werdende Untersuchungs- und Heiltechnik einer Krankenhauswelt, die Züge einer totalen Institution aufweise und deren Administratoren der Blick für das „anthropologische Gesamtfeld“ (*Schipperges*) der Begegnung von Patienten und Krankenhausbedinsteten abhandeln gekommen sei (Böker 1973c). Unter Bezug auf amerikanische Vorbilder und vor dem Hintergrund der eigenen Konsiliartätigkeit am Universitätsklinikum Mannheim forderte er, daß es der modernen Psychiatrie nicht genügen dürfe, „nur den einzelnen Patienten isoliert von seiner Umwelt ins Blickfeld zu rücken. Das traditionelle Muster gelegentlicher fachärztlicher Besuche am Krankenbett scheint den neuen Aufgaben nicht mehr gerecht werden zu können. Die Zusammenarbeit mit allen am Krankenhaus Tätigen ist deshalb keine modische Forderung, sondern unbedingte Notwendigkeit, da sie Informationen für eine genauere Diagnose und Ansätze für eine wirkungsvolle Therapie bietet“ (Böker 1973c). Entsprechend dieser Paraphrasierung einer psychiatrischen Konsiliartätigkeit sollte das psychiatrische Konsultationsteam, dem in Mannheim eine Sozialarbeiterin und ein Pfleger angehörten, in steigendem Maße auch dem Krankenhauspersonal seine Dienste anbieten und damit einen psychohygienischen Beitrag leisten, z.B. in Form von Balint-Gruppen (Böker 1973c, Wolpert et al. 1980). Der seit Anfang 1968 am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim aufgebaute Konsiliardienst enthielt von Anfang an einen psychiatrisch-psychotherapeutischen und einen kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich, und wurde – bei einer personellen Besetzung mit drei Psychiatern und einem Psychosomatiker - in den Jahren 1975-1979 für ca. 900 Konsilepisoden jährlich in Anspruch genommen (Hönmann & Janta 1983, Klug & Häfner 1980).

Wo, selten genug, psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern eingerichtet worden waren, wurde von den somatischen Fächern die Möglichkeit, einen Psychiater konsiliarisch hinzuzuziehen, rege genutzt (Greve 1973). Im Universitätsklinikum Steglitz in Berlin, das seinerzeit über keine Psychiatrische Abteilung verfügte, war 1970 ein psychiatrischer Konsiliardienst eingerichtet worden, der 1976 einen Umfang von 1517 Erstuntersuchungen und 2687 Wiedervorstellungsterminen bei 1300 somatischen Betten umfaßte (Berzewski & Dorn 1978). An einigen Berliner Allgemeinkrankenhäusern wurden Psychotherapeutenstellen eingerichtet, z.B. als fachlich selbständiger Funktionsbereich für Psychotherapie und Psychosomatische Medizin am Urban-Krankenhaus (Bolk 1979, Eichinger & Günzel 1987).

1.3.2 . Die *Psychiatrie-Enquête* und die Entwicklung der Psychiatrischen Abteilungen am Allgemeinkrankenhaus in der Bundesrepublik Deutschland

Anders als in den USA, wo der Aufbau psychiatrischer Abteilungen in den Allgemeinkrankenhäusern bereits in den 20er Jahren in größerem Umfange vonstatten ging (Schwab 1989, Wise 1995), war in Deutschland die Einrichtung psychiatrischer Abteilungen an den Allgemeinkrankenhäusern bis in die 60er Jahre ein „heißes Eisen“ (Panse 1964). Im Jahr 1970 gab es gerade 21 solcher Abteilungen (Rössler & Riecher 1992). Dies änderte sich erst, als angesichts der wenig befriedigenden Situation in den psychiatrischen Großkrankenhäusern auf Initiative der Bundesregierung eine Sachverständigenkommission eingesetzt wurde, um eine Bestandsaufnahme der Versorgung psychisch Kranker in der Bundesrepublik Deutschland vorzunehmen und Verbesserungsvorschläge vorzulegen. Hier wurde u. a. kritisiert, daß gemeindenahе (d.h. innerhalb einer maximalen Fahrtzeit von einer Stunde mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu erreichende) stationäre psychiatrische Behandlungsangebote nahezu vollständig fehlten (Deutscher Bundestag 1975). Die abgeschiedene Lage psychiatrischer Krankenhäuser behinderte die Zusammenarbeit mit anderen medizinischen Disziplinen, was angesichts der Tatsache, daß ca. ein Drittel der dort behandelten Patienten zusätzlich an einer körperlichen Erkrankung leidet, einer Qualitätseinbuße gleichkam (vgl. Hewer & Lederbogen 1998). Die Sachverständigenkommission empfahl zur Lösung der Problematik dringend den Aufbau psychiatrischer Abteilungen an den Allgemeinkrankenhäusern. In diesem Zusammenhang wurde explizit die Einrichtung ständiger psychiatrischer Konsiliardienste an jedem größeren Krankenhaus gefordert, in dem Patienten nach Suizidversuchen behandelt würden (Deutscher Bundestag 1975, S.281). Die Möglichkeit der psychiatrisch-psychotherapeutischen Primärprävention bei Risikogruppen in der Körpermedizin als wichtiger Tätigkeitsbereich psychiatrische Konsiliardienste wurde angeregt:

"Es müßte also die psychiatrische und psychotherapeutische Primärprävention bei Risikogruppen und für psychosoziale Belastungssituationen im Bereich der Körpermedizin weiter ausgebaut werden. Hierzu gehören vor allem die Betreuung hospitalisierter Kinder und Erwachsener, Verunfallter, Invaliden oder chronisch Kranker. Große psychische Probleme wirft auch die Dialysebehandlung, die Behandlung mit Herzschrittmachern, die Transplantationschirurgie und die keimfreie Isolierung bei der Versorgung ausgedehnter Verbrennungen auf. Die hohe Technisierung der Medizin, wie sie beispielsweise auf Intensivstationen betrieben wird, die Abhängigkeit vieler Kranker von komplizierten, ihnen häufig nicht durchschaubaren Einrichtungen, ihre erzwungene Isolierung und Immobilität bedeuten eine erhebliche psychische Stresssituation und machen eine Präventivbetreuung notwendig, die am besten von psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychosomatischen Abteilungen oder an Allgemeinkrankenhäusern durchgeführt wird" (S.392).

Als Empfehlung zur Primärprävention psychischer Störungen wurde u.a. gefordert:

"Präventive Betreuung von gefährdeten Patienten aller Altersstufen, besonders bei medizinischen Belastungssituationen (Hospitalisationen, Operationen, belastende Untersuchungen und Behandlungen)" (S.393).

In einer Bestandsaufnahme fünf Jahre nach der Psychiatrie-Enquête unterstrich Häfner, daß die

„psychiatrische Abteilung im Allgemeinkrankenhaus nicht nur Voraussetzung zum Abbau der Sonderstellung der stationären psychiatrischen Versorgung (ist). Sie gewährleistet auch dem psychisch Kranken bei gleichzeitig bestehenden körperlichen Leiden eine Mitbehandlung durch andere medizinische Disziplinen und dem körperlich Kranken eine psychiatrische Therapie auf jeweils hohem Standard“ (Häfner 1980, S.17)

Hervorgehoben wurde am Beispiel Mannheims die wichtige Rolle des Allgemeinkrankenhauses und des dortigen psychiatrischen Konsiliar- und Notfalldienstes als Zuweisungsweg für stationäre psychiatrische Behandlungen (Klug & Häfner 1980).

Um die durch die Psychiatrie-Enquête angestoßene Entwicklung zu dokumentieren und hinsichtlich der erfolgten Umsetzung zu überprüfen, und ggf. neueren Entwicklungen Rechnung zu tragen, wurde 1979 von der Bundesregierung ein Modellprogramm Psychiatrie initiiert, in dessen Abschlußbericht die Expertenkommission u.a. erneut auf die Versorgung psychisch Kranker in den Allgemeinkrankenhäusern einging (BMFJG 1988). Die für die konsiliarpsychiatrische Arbeit wichtigen Kommentare der Expertenkommission sind wenig bekannt:

„Durch die gemeindenahelage und die auch räumliche Integration in die somatische Krankenhausversorgung ist die Zugangsschwelle viel niedriger als bei psychiatrischen Krankenhäusern. Damit sind bessere Voraussetzungen gegeben für die Krisenintervention und Notfallversorgung psychisch Kranker, für die somatische Versorgung der psychiatrischen Patienten *und die psychiatrische Versorgung der Patienten in somatischen Abteilungen. Dies ist von erheblicher Bedeutung, da viele Patienten nach Suizidversuchen, Alkohol- und Drogenabhängige sowie alte Menschen mit psychischen Störungen in internistischen und chirurgischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern behandelt werden*“ (S.280).

„Bei erniedrigter Zugangsschwelle zur klinischen Psychiatrie steigen die Aufnahmezahlen, weil auch psychisch Kranke behandelt werden, die bei höherer Schwelle eine Behandlung scheuen, *oder die in anderen somatischen Abteilungen nur internistisch, chirurgisch usw. versorgt werden (Fehlplazierung)*. Die erniedrigte Schwelle ermöglicht die Frühbehandlung von psychischen Erkrankungen (und die Frühentlassung), bevor längerfristige oder Dauerschäden und Chronifizierung eingetreten sind, ganz abgesehen von der Abkürzung subjektiven Leids“ (S.280-81) (Herv. d. Verf.).

Angesichts der hohen Prävalenz psychischer Störungen auf allgemeinmedizinischen Stationen, die einer erweiterten psychosomatischen Diagnostik und ggf. Therapie zugeführt werden sollten, hielt die Expertenkommission es für verfehlt, psychosomatisch/psychotherapeutische Bettenstationen an Allgemeinkrankenhäusern in großem Umfang einzurichten, sondern schlug einen anderen Modus der Kooperation vor:

„Für die Umsetzung der Forderung, daß die psychosomatische Betrachtungsweise in allen medizinischen Fächern integraler Bestandteil wird, schlägt die Expertenkommission ... einen anderen Weg vor. Es existieren bereits unterschiedliche Modelle: 1) das Konsiliarmodell, 2) das Liaisonmodell und 3) das Arbeitsgruppenmodell (erweitertes und Kontinuität gewährleistendes Modell des Liaisondienstes). Übereinstimmend wird unter Sachkennern das Konsiliarmodell als am wenigsten überzeugend beurteilt, weil irrealer Fehlerwartungen nachfolgende Enttäuschungen oder Mißverständnisse wecken, da nur selten hierdurch eine wirkliche Entlastung für Problemfälle und eine Bereicherung für das Fachgebiet erreicht werden. Die Expertenkommission empfiehlt deshalb die Einrichtung von Liaisondiensten an Allgemeinkrankenhäusern mit Besetzung durch Fachkräfte. Hierunter ... sind Ärzte mit spezifischer Bereichsweiterbildung Psychotherapie, bzw. Psychoanalyse zu verstehen, mit qualifizierten Kenntnissen in der jeweilig zu betreuenden medizinischen Disziplin“ (S.554f.).

Unter Bezug auf Joraschky & Köhle (1986) wird von der Kommission darauf hingewiesen, daß ein stationsnaher (psychosomatischer) Liaisondienst an der Universität Ulm eine relative Konsultationsrate von 11 % aller Patienten erreichte, wogegen ein Jahr später ein stationsfernes Konsultationsangebot nur für 4 % aller Patienten in Anspruch genommen wurde. Liaisonmodelle mit Teilzeitbeschäftigung durch ansonsten in eigener Praxis niedergelassene ärztliche Psychotherapeuten wurden unter dem Aspekt der Behandlungskontinuität für besonders empfehlenswert gehalten. Von psychiatrischer Seite wurde allerdings angesichts einer Fehlplatzierung von 51,4% psychisch kranker AOK-Versicherter in somatischen Krankenhäusern eindringlich darauf hingewiesen, daß aus fachlichen Gründen psychisch Kranke in psychiatrischen Einrichtungen zu betreuen seien und der Beitrag der Konsiliarpsychiatrie in der Versorgung dieser Patienten nicht überschätzt werden dürfe (Böcker 1993, *Stichtagsanalyse somatischer Krankenhäuser am 15.11.1983 im Rahmen der Patientenstrukturanalyse Psychiatrie in Bayern*) (vgl. auch Bauer 1996, Mechanic & Davis 1990, Bachrach 1981; in der amerikanischen Konsiliarpsychiatrie wird bei dieser Patientengruppe ein hohes Einsparpotential gesehen - durch Verlegung oder Entlassung in stationäre oder ambulante fachspezifische psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung [Hall & Frankel 1996]).

Eine Umfrage an Psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern zeigte Anfang der 80er Jahre einen beträchtlichen Umfang an konsiliarpsychiatrischen Aktivitäten: für eine idealtypische psychiatrische Abteilung mit ca. 70 Betten an einem Krankenhaus mittlerer Größe konnte von ca. 600 Konsilen pro Jahr ausgegangen werden, in großen Kliniken gab es Konsilfrequenzen bis zu 4000 pro Jahr (Bauer 1984). Trotz dieses beträchtlichen Umfangs blieben wissenschaftliche Beiträge zu konsiliarpsychiatrischen Themen bis Ende der 80er Jahre selten (z.B. Bönisch et al. 1986, Blankenburg 1988, S.62 f.). Sie beschränkten sich hauptsächlich auf klinische Aspekte bei einzelnen Krankheitsbildern, wo die Notwendigkeit interdisziplinärer Untersuchungen, vor allem in den Bereichen Onkologie, Hämodialyse und Herzchirurgie hinsichtlich der auftretenden psychopathologischen Syndrome und

psychologischen Probleme gefordert wurde (z.B. Götze 1980, 1983, Bron et al. 1976, Pach et al. 1978). Vereinzelt wurde eine Orientierung am amerikanischen Modell der Konsiliarpsychiatrie angeregt:

„Zugleich werfen die psychischen Störungen in den beispielhaft genannten Bereichen therapeutische Fragen auf, die nicht mehr vom Psychiater, Psychosomatiker oder Psychologen als Konsiliarius allein gelöst werden können, sondern eine kontinuierliche Präsenz auf der Station erforderlich machen, wie es in den USA im Sinne einer 'Konsultation-Liaison-Psychiatrie' entwickelt wurde und bei uns nur vereinzelt praktiziert wird“. (Götze 1983, S. 65).

Versuche von Seiten einzelner Psychiater, das Verhältnis zur Psychosomatik (neu) zu definieren, wie z.B. von Blankenburg (1988), der „die Psychiatrie am liebsten als Unterdisziplin einer umfassenderen Psychosomatik“ sah (S.62), oder wie die Beiträge von Bönisch und Meyer (1983), die unter dem Titel „Psychosomatik in der klinischen Medizin“ über „psychiatrisch-psychotherapeutische Erfahrungen bei schweren somatischen Krankheiten“ berichteten, waren die Ausnahme. Beiträge zur Organisation bzw. Arbeitsweise von psychiatrischen Konsiliardiensten blieben selten (Bönisch et al. 1986), wenige Beiträge stellten die Arbeitsweise einzelner konsiliarpsychiatrischer Dienste vor (z.B. Bender et al. 1983, Fleischhacker 1986, Herren-Pelzer et al. 1991) oder untersuchten Aspekte der konsiliarischen Versorgung von Allgemeinkrankenhäusern im Zusammenhang mit Modellen stationärer Krisenintervention (z.B. Vogel & Haf 1986). Eine merkbare Ausnahme machte die Nachbetreuung von Suizidenten, wo eine Reihe von Arbeiten eindringlich die Notwendigkeit einer kontinuierlichen Weiterbetreuung von Patienten nach Suizidversuchen belegten, die am besten im Rahmen eines stationär-ambulant arbeitenden psychiatrischen Liaisondienstes gewährleistet erschien (Möller & Lauter 1986, Möller 1989, Möller et al. 1994, Möller 1996, Heydt 1991, Wächtler et al. 1991, Wedler 1984).

Eine 1988/89 durchgeführte Umfrage versuchte einen repräsentativen Überblick über den Umfang psychiatrischer, psychosomatischer und medizinpsychologischer Konsiliar- und Liaisonstätigkeit in der Bundesrepublik Deutschland zu geben. Es zeigte sich, daß nur 2 % der psychiatrischen Abteilungen an den Allgemeinkrankenhäusern keine Konsiliartätigkeit ausübten. Bei den psychiatrischen Fachkrankenhäusern bzw. den Universitätspsychiatrien lag dieser Anteil mit 26% bzw. 13% deutlich höher. Die psychiatrischen Abteilungen arbeiteten überwiegend (in 84%) nach einem reinen Konsultationsmodell, in immerhin 14 % wurde eine Konsiliar-Liaisonstätigkeit ausgeübt. Die psychotherapeutische Orientierung der Allgemeinkrankenhauspsychiatrie war psychodynamisch, selten verhaltenstherapeutisch. Im Allgemeinkrankenhaus wurde im Durchschnitt 29 Stunden im Konsiliar-Liaisonbereich pro Woche gearbeitet, gegenüber 12 Stunden in den von den Fachkrankenhäusern betriebenen Konsiliardiensten, beide lagen allerdings deutlich unterhalb der Universitätspsychiatrien (durchschnittlicher Aufwand 55 Stunden/Woche) (Herzog & Hartmann 1990).

In der ehemaligen DDR wurde die Konsiliar-Liaisonstätigkeit von Nervenärzten ausgeübt, wogegen Fachärzte für Psychotherapie bzw. stationäre psychosomatisch-psychotherapeutische

Einrichtungen, die auch in internistischen Kliniken angesiedelt waren, für die Konsiliarversorgung seltener herangezogen wurden (Herzog et al. 1994a, Röhrborn 1993). Es überwog ein stärker biologisch orientiertes Vorgehen mit Zuständigkeit auch für neurologische Konsile (Weigelt 1995, Bach 1992, Greger et al. 1985a). Die Beiträge einer Arbeitsgruppe um Greger in Gera gehören zu den wenigen überhaupt publizierten Berichten über konsiliarpsychiatrische Tätigkeit im Notfalldienst (Greger et al. 1985b, Greger et al. 1986, Greger & Waldmann, Publ. i.Vorb.).

1.3.3 Neuere Entwicklungen

Seit Beginn der 90er Jahre nimmt sowohl innerhalb der universitären wie auch der Allgemeinkrankenhauspsychiatrie das Interesse an konsiliarpsychiatrischen Fragestellungen zu. Eine Reihe von Berichten über die Tätigkeit psychiatrischer Konsiliardienste in Deutschland wurden publiziert (Arolt et al. 1995a, Deister 1994, Fiebiger et al. 1997, Kapfhammer 1992, Saupe & Diefenbacher 1995, 1996a, Weigelt 1995, Wolfersdorf et al. 1994; vgl. tab. Übersicht bei Diefenbacher 1999). Epidemiologische Studien zur Prävalenz psychiatrischer Morbidität bei internistischen und chirurgischen Patienten wurden durchgeführt, wobei der Untersuchung alkoholabhängiger und geriatrischer Patienten besonderes Augenmerk gewidmet wurde (Arolt 1997, Arolt et al. 1995c, Bickel et al. 1993, John et al. 1996, Wancata et al. 1996). Der Einsatz von Screening-Instrumenten für alkoholabhängige und kognitiv gestörte Patienten in Allgemeinkrankenhäusern wurde untersucht (z.B. Bickel 1988, Reischies & Diefenbacher 2000b, Volz et al. 1998). Insgesamt läßt sich eine vermehrte wissenschaftliche Beschäftigung mit Aspekten der Versorgung von speziellen Patientengruppen im Allgemeinkrankenhaus mit erhöhter psychischer Komorbidität feststellen, wie geriatrischen (Delius et al. 1994, Schiller 1992), alkoholabhängigen (John et al. 1996, Arolt et al. 1995c), neurologischen (Spitzer et al. 1994) und onkologischen Patienten, wobei für die Versorgung der letztgenannten Patientengruppe vor allem medizinpsychologische Arbeitsgruppen verantwortlich zeichnen (Koch & Weis 1998, Tönnessen & Schwarz 1993, 1994; Weis et al. 1991, Fritzsche et al. 1998).

Konsiliarpsychiatrie wurde von den psychiatrischen Abteilungen, deren Zahl sich von 61 Abteilungen 1979 auf 125 im Jahr 1995 etwa verdoppelt hat (Rössler et al. 1996, Rössler & Riecher 1992), zunehmend in ihrer Funktion wahrgenommen, das psychiatrische Fachgebiet mit seinen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten für die somatischen Disziplinen transparent zu machen, um somit auch Vorurteile gegenüber psychisch Kranken und (pessimistisches) Unwissen abzubauen (Schneider 1992, Diefenbacher & Saupe 1996). Der Arbeitskreis der Leitenden Ärzte psychiatrischer Abteilungen am Allgemeinkrankenhaus hat dem Thema Konsiliarpsychiatrie im Rahmen seiner Jahrestagungen einen festen Platz eingeräumt (z.B. Fiebiger 1995, Saupe & Diefenbacher 1995, Wagner 1995). Seit 1992 wird auf den Kongressen der DGPPN ein Symposium zu konsiliarpsychiatrischen Fragestellungen veranstaltet (Mielke & Diefenbacher 1998, Saupe & Diefenbacher 1996a, 1998b).

Konsiliarpsychiatrie und –psychotherapie findet vermehrt in den psychiatrischen Lehrbüchern Beachtung (z.B. Faust 1995, Saupe & Diefenbacher 1998), eine erste Monographie der praktischen Konsiliarpsychiatrie und Psychotherapie wurde vorgelegt (Saupe & Diefenbacher

1996b). Ansatzweise findet eine Konzeptualisierung der Konsiliarpsychiatrie als Teil gemeindepsychiatrischer Versorgung statt, wie dies etwa in Großbritannien der Fall ist (Bass 1995, Diefenbacher & Saupe 1994b, Eikermann 1998, S.61), zunehmend wird auf die Filterfunktion des Allgemeinkrankenhauses und die damit verbundene Rolle psychiatrischer Konsiliardienste für die Diagnose bislang unerkannter behandlungsrelevanter psychischer Störungen hingewiesen (Arolt 1994, Saupe & Diefenbacher 1995, 1996c, Klug & Häfner 1980).

Abgesehen von Erfahrungsberichten (Fegers 1999) gibt es keine Angaben über den Umfang der von niedergelassenen Nervenärzten und Psychiatern geleisteten konsiliarischen Versorgung von Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland, wie dies von Wancata & Gössler (1999) kürzlich für Österreich vorgelegt wurde.

1.3.4 Exkurs: Psychosomatische und medizinpsychologische Konsildienste

Psychosomatische und medizinpsychologische Konsildienste sind nicht Gegenstand dieser Arbeit, da aber der „Sonderweg der ehemaligen Bundesrepublik“ (Meyer 1994) dazu geführt hat, daß neben der psychiatrischen eine eigenständige psychosomatische Konsiliarversorgung entstand, und sich zusätzlich als dritter Zugang die Konsiltätigkeit medizinischer Psychologen entwickelte, sollen diese Nachbarbereiche im folgenden kurz gestreift werden.

Auch von seiten der primär konsiliarisch tätigen Psychosomatiker wurde lange bedauert, daß

„der psychosomatische Konsiliardienst .. in mehrfacher Hinsicht als Stiefkind der psychosomatischen Medizin angesehen werden kann. So sind viele Kolleginnen und Kollegen froh, wenn sie diese oft sinnlos erscheinende, frustrierende, nur wenig Rückmeldung mit sich bringende Tätigkeit delegieren können“ (Jordan et al 1989).

Wirsching und Herzog (1989) weisen ausdrücklich daraufhin, daß es erst Ende der 80er Jahre

„innerhalb kurzer Zeit zu einer erstaunlichen Fülle nationaler und europäischer Aktivitäten gekommen (sei), die dem bislang eher problematischen, vielleicht sogar stiefmütterlich behandelten Bereich der Kooperation von Psychosomatik und klinischer Medizin in sogenannten Konsiliar-/Liaisondiensten einen unerwarteten Aufschwung verschafft haben“ (ebd.).

Berührungspunkte und Diskussionen zwischen Konsiliarpsychiatern und Konsiliar-Psychosomatikern in Deutschland sind lange selten geblieben (Bönisch & Meyer 1983, Meerwein 1983, Bräutigam 1988, Blankenburg 1988). Innerhalb der ECLW-Studie ist es zu einem vermehrten Meinungs austausch gekommen, erste vergleichende Untersuchungen zur Tätigkeit einzelner Dienste wurden vorgelegt (Fritzsche et al. 1994a, 1998, Knorr et al. 1996, Diefenbacher & Knorr 1994), das psychosomatische Konsil in der Psychiatrie wurde untersucht (Häfner et al. 1998).

Der Anteil medizinpsychologischer Konsiliarliaisondienste ist vergleichsweise gering und hauptsächlich auf universitäre Einrichtungen beschränkt (Herzog & Hartmann 1990). Die Bedeutung verhaltensmedizinischer Interventionen, die von medizinpsychologischen Konsiliar-

Liaisondiensten erprobt werden (Lupke et al. 1995, Ehlert et al. 1999), sind vielversprechend, verhaltensmedizinische Ansätze im Bereich der Behandlung von Patienten mit chronischen Schmerzen bzw. Alkoholkrankheit werden zunehmend im Bereich der Konsiliar-Liaisonpsychiatrie rezipiert (Hohagen & Berger 1998, Huse et al. 1999, Veltrup & Wetterling 1999, John et al. 1996). Auf die wichtige Rolle der Medizinpsychologie in der Psychoonkologie wurde bereits hingewiesen (Koch & Weis 1998).

Teil 2

2 Psychische Komorbidität bei körperlichen Erkrankungen - Grundlage der Konsiliarpsychiatrie im Allgemeinkrankenhaus

Das Schwergewicht der Konsiliarpsychiatrie liegt auf der Behandlung stationärer Patienten im Krankenhaus oder in Polikliniken (vgl. Bass 1995, Lipowski 1996). Psychische Störungen bei Patienten auf somatischen Stationen im Allgemeinkrankenhaus sind häufig. Es folgt ein Überblick über Studien zur psychischen Komorbidität im Allgemeinkrankenhaus und deren Behandlungsbedürftigkeit während der aktuellen stationären Behandlung.

2.1 Der Zusammenhang zwischen körperlichen und psychischen Erkrankungen

Körperliche und psychische Erkrankungen können sich gegenseitig beeinflussen. Häfner hat das komplexe Zusammenspiel an einem Beispiel illustriert:

„Ein passiver Lebensstil begünstigt Bewegungsmangel und Überernährung. In deren Folge kann sich ein Diabetes mellitus entwickeln, der nach langjährigem Bestehen das Auftreten einer Depression und die Entwicklung eines cerebralen Gefäßprozesses begünstigt. Die depressive Krankheit hat eine Vernachlässigung diätetischer Regeln und medizinischer Verordnungen zur Folge, die zur Dekompensation des Diabetes und im Zusammenhang damit zu einem Hirninfarkt führt. Als Folge des Hirninfarkts verbleibt eine Demenz mit Pflegebedürftigkeit“ (Häfner 1986, vgl. auch Arolt 1997, S.194 -196).

Gemeindestudien zeigen, daß das psychiatrische Erkrankungsrisiko bei Vorliegen einer körperlichen Erkrankung für Männer und Frauen unabhängig von der Altersgruppe erhöht ist (Übersichten bei Weyerer 1990, Thiel et al. 1998, Hewer & Förstl 1998, Harris & Barraclough 1998), wobei dies in unterschiedlichem Maß für jede somatische Diagnose gilt, besonders aber (in abnehmender Häufigkeit) für neurologische Erkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Lungen- und Krebserkrankungen, Arthritis und körperliche Behinderung (Wells et al. 1988). In der oberbayerischen Verlaufsuntersuchung wurde gefunden, daß bei gleichzeitig psychisch *und* somatisch Kranken in den letzten 12 Monaten vor der Untersuchung die Häufigkeit von Hausarztkonsultationen, von Arbeitsunfähigkeiten mit einer Dauer von mehr als 6 Wochen, und die Inanspruchnahme einer somatischen Krankenhausbehandlung oder eines Kuraufenthaltes deutlich höher war als bei den allein psychisch *oder* somatisch Kranken (Fichter 1990, S. 245).

Das von Häfner formulierte Beispiel illustriert die Schwierigkeiten einer zuverlässigen Bestimmung des Beginns einer körperlichen oder psychischen Symptomatik. Longitudinale Studien, die über kausale Zusammenhänge zwischen körperlichen und psychischen Erkrankungen Auskunft geben könnten, liegen nicht vor, so daß lediglich von einer generellen Vulnerabilität beim Zusammentreffen pathologischer körperlicher und psychischer Faktoren ausgegangen werden kann, deren Einzelheiten noch wenig verstanden werden (Thiel et al. 1998, Mayou 1995, Öhmann 1989). Hewer et al. (1991) weisen anhand einer Analyse von

14.000 stationären psychiatrischen Behandlungen daraufhin, daß in allen berücksichtigten Altersgruppen bei Betrachtung der natürlichen Todesursachen nach Ausschluß der Suizide eine erhöhte Mortalität im Vergleich zur Gesamtbevölkerung vorliegt. Es handelt sich dabei um kein auf gerontopsychiatrische Erkrankungen beschränktes Phänomen, hohe Anteile an somatischer Komorbidität liegen auch bei jüngeren psychiatrischen Patienten vor (Thiel et al. 1998, Jeste et al. 1996). Bei gerontopsychiatrischen Patienten ist auf Grund der mit zunehmendem Alter sich einstellenden Multimorbidität somatische Komorbidität eher die Regel und hat häufig während einer psychiatrischen Behandlung klinisch relevante Konsequenzen, wie es jedem Kliniker am Beispiel der postoperativen Durchgangssyndrome geläufig ist (Hewer & Förstl 1998).

Psychische und körperliche Erkrankungen können in folgenden Konstellationen auftreten:

1. Hirnorganische Erkrankungen (z.B. nicht-substanzbedingtes Delir),
2. Affektive Symptome infolge einer körperlichen Erkrankung, und zwar als deren Prodromalerscheinung oder infolge der Behandlung (z.B. durch Chemotherapie),
3. Belastungsreaktionen infolge einer körperlichen Erkrankung und deren Behandlung, oder
4. körperliche und psychische Erkrankung sind unabhängig voneinander, liegen aber gleichzeitig vor und können sich wechselseitig beeinflussen.

Körperliche Erkrankungen können auf verschiedene Weise das Risiko für eine psychische Erkrankung und damit verbundene Mortalität erhöhen. Bei bestimmten körperlichen Erkrankungen kann ein *direkter* Zusammenhang bestehen: Dies gilt z.B. für das nicht-substanzbedingte Delir (Wetterling 1994, Hewer & Förstl 1994) oder für depressiv-dysphorische Verstimmungen bei chronischen Schmerzsyndromen infolge einer körperlichen Erkrankung mit möglicherweise konsekutiv erhöhtem Suizidrisiko (*algogenes Psychosyndrom*, Wörz 1994). Eine *indirekte* Beziehung besteht, wenn körperliche Erkrankungen mit einer Beeinträchtigung von Alltagsaktivitäten verknüpft sind, was das Auftreten psychischer Störungen begünstigt (z.B. Vermeidungsverhalten bei Herzkrankheiten, Beeinträchtigung von Alltagsaktivitäten durch eine körperliche Erkrankung als Risikofaktor für die Entwicklung einer depressiven Verstimmung [Weyerer 1990]), oder wenn es zu Belastungsreaktionen infolge einer schweren körperlichen Erkrankung kommt, z.B. bei einem Neoplasma (Popkin et al. 1990, 1991, Strain 1998). Schließlich können körperliche und psychische Erkrankungen hinweisend auf eine *gemeinsame Krankheitsursache* sein: eine koronare Herzerkrankung in Verbindung mit cerebrovaskulärer Demenz weist hin auf eine Arteriosklerose als gemeinsamer Grunderkrankung und diese wiederum auf Risikofaktoren wie z.B. Bluthochdruck (Häfner & Bickel 1989).

Auch *psychische Störungen* können auf verschiedene Weise das Risiko für körperliche Erkrankungen und damit verbundener Mortalität erhöhen (nach Häfner & Bickel 1989). Ein *direkter* Zusammenhang zwischen psychischer Erkrankung und körperlicher Erkrankung besteht z.B. bei den vielfältigen Folgeerkrankungen des Alkoholmißbrauchs (Lundberg & Passik 1997) oder in den körperlichen Folgeschäden nach Suizidversuchen. Eine *indirekte Beziehung* besteht, wenn psychische Erkrankungen mit einem bestimmten Krankheitsverhalten verknüpft

sind, welche das Auftreten somatischer Störungen begünstigen, z.B. bei einer Noncompliance mit der Einnahme von Antidiabetika oder Antihypertensiva bei den jeweiligen chronischen Grunderkrankungen, oder beim selbstschädigenden Verhalten mit seiner Extremform, dem Münchhausensyndrom (Diefenbacher & Heim 1997). Verschlechterung der Lebensqualität, schlechtere somatische und/oder psychische Behandlungsergebnisse, Mehrbelastung der Angehörigen und eine inadäquate Inanspruchnahme von Ressourcen des Gesundheitssystems können mit somatopsychischer Komorbidität einhergehen (Mayou 1995, Redelmeier et al. 1998).

2.2 Studien zur somatopsychischen Komorbidität im Allgemeinkrankenhaus

Erste Berichte über die psychische Komorbidität bei Allgemeinkrankenhauspatienten stammen aus psychiatrischen Abteilungen an amerikanischen Krankenhäusern in den 20er Jahren (Heldt 1927), systematische Untersuchungen wurden seit den 50er Jahren durchgeführt. Alle Untersuchungen berichten übereinstimmend ein gehäuftes Vorkommen von hirnanorganischen Psychosyndromen, depressiven Störungen, Alkoholabhängigkeit bzw. alkoholverbundenen Problemen und Angsterkrankungen. So stuften Levenson et al. (1990) in einer Untersuchung konsekutiv stationär aufgenommener Patienten 27,9% als sehr depressiv, 27,5% als sehr ängstlich und 20,2% als kognitiv beeinträchtigt ein. Demgegenüber werden Patienten mit Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis oder bipolaren affektiven Störungen im Allgemeinkrankenhaus etwa in der gleichen Häufigkeit wie in der Allgemeinbevölkerung angetroffen (vgl. Übersicht bei Arolt 1997). In der bisher größten Studie *konsekutiv* in ein Akutkrankenhaus aufgenommener Patienten (n=343), die eine Woche nach der stationären Aufnahme mit einem halbstrukturierten Interview (SCAN) untersucht und nach DSM-IV diagnostiziert wurden, fand sich eine Gesamtprävalenz depressiver Symptomatologie von 22,6 %, Angststörungen und Anpassungsstörungen mit ängstlicher Symptomatik lagen bei 16,6 % der Patienten vor. Komorbidität von depressiven und Angststörungen in Verbindung mit Alkoholabhängigkeit war häufig. Bei ca. 9% wurde eine hirnanorganische Störung diagnostiziert (Silverstone 1996).

In der Bundesrepublik Deutschland hat die psychiatrische Epidemiologie seit den 70er Jahren einen hohen Stellenwert erreicht und wesentliche Beiträge zu Prävalenzraten und psychiatrischem Behandlungsbedarf in der Allgemeinbevölkerung (z.B. Dilling et al. 1984, Fichter et al. 1990) und in Allgemeinarztpraxen (z.B. Dilling et al. 1978, Zintl-Wiegand & Cooper 1979, Linden et al. 1996) geliefert. Demgegenüber ist der Mangel an methodisch ausreichenden Untersuchungen zur psychiatrischen Morbidität in somatischen Krankenhausabteilungen in Deutschland bis vor wenigen Jahren augenfällig gewesen: die vorgelegten Untersuchungen ließen überwiegend eine verlässliche Schätzung der Häufigkeit definierter psychiatrischer Krankheitsbilder nicht zu (vgl. Übersicht bei Arolt 1997, S.5-8). Dies hat sich mittlerweile geändert. Bickel et al. (1993) fanden eine Punktprävalenz von 30,2% psychiatrischer Störungen bei 65-80 Jahre alten Patienten in internistischen Abteilungen an

Allgemeinkrankenhäusern in Mannheim und Ludwigshafen (hirnorganische Psychosyndrome in 9,1%, affektive in 13,1% und andere funktionelle psychische Störungen in 8,0% der untersuchten Patienten). In der *Lübecker Allgemeinkrankenhausstudie* (Arolt 1997, Arolt et al. 1997, 1995b) wurden bei 400 internistischen und chirurgischen Patienten an zwei Krankenhäusern folgende Punktprävalenzen psychischer Störungen festgestellt: Bei 46,5% der internistischen Patienten wurde eine psychiatrische Diagnose nach ICD-10 vergeben, in 16,0% der Fälle lag eine organische psychische Störung vor (F0 nach ICD-10), in 8,0% eine psychische oder Verhaltensstörung durch psychotrope Substanzen (F1), in 1,0% eine Schizophrenie (F2), in 9,5% affektive Störungen (F3) und in 10,5% neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4). Bei den chirurgischen Patienten waren die entsprechenden Prävalenzen nahezu identisch. Im Vergleich ihrer Ergebnisse mit den Prävalenzraten psychischer Störungen in der Allgemeinbevölkerung (Fichter 1990) fanden Arolt et al. (1995b, 1995c, 1997, S.130f.) bei den Krankenhauspatienten eine deutliche Häufung der Diagnosegruppen "hirnorganische Psychosyndrome", "Anpassungsreaktionen" und "Alkohol- und drogeninduzierte Störungen". Wancata et al. (1996) fanden bei der Untersuchung von 728 Patienten internistischer, chirurgischer und gynäkologischer Abteilungen zweier Allgemeinkrankenhäuser in Tirol und Wien Prävalenzraten psychiatrischer Erkrankungen von respektive 38,2%, 32,5% und 20,7%. Auf den inneren Abteilungen litt fast ein Viertel der über 65jährigen Patienten an Demenzerkrankungen, bei den unter 65jährigen Männern waren Suchterkrankungen am häufigsten, in der Gynäkologie neurotische Erkrankungen und Belastungsreaktionen. In speziellen Patientengruppen kann der Anteil psychischer Komorbidität noch höher liegen, so z.B. bei Patienten in Organtransplantationsprogrammen (Strouse et al. 1996, Craven & Rodin 1992, Sperling & Kalb 1995), oder mit Tumoren im Kopf-Hals-Bereich, die zu funktionellen Einschränkungen führen (Strittmatter et al. 1998, Kirchner 1996, Diefenbacher et al. i.Vorb.).

2.3 Verlauf psychischer Erkrankungen im Allgemeinkrankenhaus

Studien über den Verlauf psychischer Komorbidität im Allgemeinkrankenhaus sind selten (vgl. Arolt 1997, S.21f.). Überwiegend wird der Entwicklung der psychischen Störung bei somatisch kranken Patienten *nach* deren Entlassung aus der stationären Behandlung nachgegangen. Die Ergebnisse sind nicht einheitlich: einerseits konnte gezeigt werden, daß depressive Verstimmungen, die im Rahmen von körperlichen Erkrankungen aufgetreten waren, mit deren Abklingen remittierten (Pomerantz et al. 1992), und daß durch medizinische Stressoren ausgelöste Belastungsreaktionen sich unter konsiliarpsychiatrisch-psychotherapeutischer Intervention in der Mehrzahl der Fälle besserten (Popkin et al. 1990). Auch wurde darauf hingewiesen, daß sich vorbestehende depressive oder Angststörungen nach Aufnahme wegen einer somatischen Erkrankung in das Allgemeinkrankenhaus dort besserten und affektive Störungen wenige Monate nach Entlassung bei bis zu 2/3 der so diagnostizierten Patienten remittiert waren (Silverstone 1996, Feldmann et al. 1987). Andererseits waren als depressiv diagnostizierte Patienten, die bei einer Verlaufskontrolle nicht mehr die „Fall“-Kriterien erfüllten, durchaus nicht beschwerdefrei, sondern wiesen im Vergleich zu einer psychisch nicht beeinträchtigten Kontrollgruppe ehemaliger Krankenhauspatienten deutlich häufiger Symptome auf. Bei den unverändert als depressiv diagnostizierten Patienten war ein höherer Grad an Chronizität und Schwere der körperlichen Erkrankung vorhanden (Mayou 1991, Mayou et al. 1991a; Bickel et al. 1993, Arolt 1997).

Auch die wenigen Verlaufsuntersuchungen psychischer Erkrankungen *während* einer stationären somatischen Behandlung zeigen heterogene Ergebnisse. So wird berichtet, daß hohe Raten depressiver Bilder zum Zeitpunkt der Krankenhausaufnahme bei Patienten mit lebensbedrohlichen Erkrankungen bereits nach 2 Wochen häufig wieder abgeklungen waren (Silverstone 1990), andererseits aber auch z.B. auf Rehabilitationsstationen erst im Laufe einer längeren Behandlung auftraten (Foster et al. 1991). Wancata und Kollegen gingen dieser Frage auf zwei intern-medizinischen Krankenhausabteilungen in Österreich nach, deren Aufgabe nicht primär die Akutversorgung körperlich Kranker, sondern die Langzeitbehandlung bzw. die medizinische Rehabilitation war (Wancata et al. 1998). Untersucht wurden 265 Patienten mittels einer für ältere Patienten anwendbaren Version der Clinical Interview Schedule (CIS) innerhalb von 5 Tagen nach stationärer Aufnahme und erneut nach 4 Wochen. Zum Zeitpunkt der Zweituntersuchung waren ca. 60 Patienten entlassen, wobei jene, die bei Aufnahme nicht die Kriterien eines psychiatrischen „Falles“ erfüllt hatten, signifikant häufiger nach Hause entlassen worden waren als diejenigen, welche die psychiatrischen Fallkriterien erfüllt hatten. Die Häufigkeit der Verlegung in psychiatrische Einrichtungen oder Pflegeheime unterschied sich in beiden Gruppen nicht. Bei den Patienten, die zu beiden Untersuchungszeitpunkten stationär behandelt wurden, betrug die psychiatrische Prävalenz bei der Erstuntersuchung 54,3%. Von diesen waren zum Zeitpunkt der Zweituntersuchung 12,4% remittiert, so daß bei 41,9% ein persistierender Verlauf vorlag. 9,5% der Patienten hatten in den 4 Wochen zwischen den

beiden Untersuchungen eine psychische Erkrankung neu entwickelt. Am häufigsten remittierten psychoorganische Zustandsbilder (in 5,7%) und Sucht- bzw. Substanzmißbrauch (in 2,9%), vermutlich infolge eines erfolgreichen Entzuges, vor allem aber neurotische bzw. Anpassungsstörungen (in 8,6 %). Die höchsten Inzidenzen lagen vor wiederum bei den psychoorganischen Erkrankungen (4,8%) sowie bei den „anderen depressiven Zustandsbildern“ (ICD-9 311), ebenfalls mit 4,8%. Es zeigte sich somit, daß vor allem neurotische und Anpassungsstörungen und affektive Störungen in ihrem Verlauf stärkeren Häufigkeitsveränderungen unterworfen waren. Andererseits wurde deutlich, daß der Anteil psychoorganischer Syndrome (um 30%) sich wenig verändert, daß neurotische und Anpassungsstörungen trotz einer hohen Remissionsrate immer noch eine Häufigkeit von 8,6% aufwiesen, und daß die „anderen depressiven Zustandsbilder“ auf Grund einer hohen Inzidenz während der stationären Behandlung auf 6,7% anstiegen. In der *Lübecker Allgemeinkrankenhausstudie* zeigte sich eine begleitende psychische Störung bei 12,8% der Patienten durch die körperliche Grunderkrankung verstärkt, bei 32,1% war die psychische Störung durch die somatische Erkrankung verursacht. Bei 55,1% lag keine kausale Beteiligung vor. Eine kausale Wirkung wurde am häufigsten in den ICD-10-Kategorien F 04 bis F07 (d.h. vielfältige, meist akute psychoorganische Syndrome und Persönlichkeits- oder Verhaltensstörungen auf Grundlage einer Hirnschädigung) gesehen, sowie bei 2/3 der reaktiven Störungen. Eine Verstärkung lag häufig auch bei den chronischen depressiven Verstimmungen (im Sinne einer Dysthymie) vor. Demgegenüber zeigten sich Alkoholismus, Schizophrenie, Angststörungen und nicht-organische Schlafstörungen als am wenigsten durch die aktuelle somatische Erkrankung beeinflusst (Arolt 1997, S.119 ff).

Diese Ergebnisse sprechen dafür, daß Remissionen psychischer Erkrankungen, die eine körperliche Grunderkrankung begleiten, überwiegend erst nach einem längeren Zeitverlauf nach Entlassung aus der Indexbehandlung stattfinden, wobei die Patienten aber immer noch häufiger an psychischen Beeinträchtigungen leiden als dies bei jenen der Fall ist, die nie die Kriterien einer psychiatrischen Fall-Definition erfüllt hatten. Zudem wird deutlich, daß der berichtete hohe Anteil an psychischer Komorbidität bei Allgemeinkrankenhauspatienten auch im Verlauf während einer stationären Behandlung im wesentlichen gleich bleibt: so kommt es zwar im Bereich der Anpassungsstörungen häufig zu Remissionen, es kommt aber auch, im Bereich depressiver Störungen, häufig zu einem Neuauftreten.

2.4 Auswirkungen psychischer Komorbidität

Der erhöhte Verbrauch medizinischer Dienstleistungen durch Patienten, die zusätzlich an einer psychischen Störung leiden, im Vergleich zu ausschließlich körperlich kranken Patienten, wurde anhand der Beeinflussung von Krankenhausliegedauern sowie der Häufigkeit von auf die stationäre Index-Behandlung folgenden weiteren stationären Behandlungen untersucht (Saravay & Strain 1994, Saravay & Lavin 1994). Von 26 internationalen, hauptsächlich britischen und amerikanischen Studien, die von 1980 bis 1992 durchgeführt worden waren, zeigten 80% einen signifikanten Zusammenhang zwischen psychischer Komorbidität und verlängerter Krankenhausliegedauer bzw. vermehrten stationären Wiederaufnahmen bis zu

einem Jahr nach Entlassung aus der stationären Index-Behandlung. Vor allem das Vorliegen deliranter, depressiver und dementieller Syndrome erwiesen sich als entsprechende Risikofaktoren. Wurden lediglich, um einen Typ-II-Fehler zu minimieren, Studien mit mehr als 110 Patienten berücksichtigt, so stieg der Anteil auf 89% (17 von 19 Studien). Patienten mit deliranten Syndromen wurden seltener nach Hause entlassen bzw. mußten innerhalb von 6 Monaten nach der Entlassung doppelt so häufig wie eine nicht-delirante Kontrollgruppe in Heimen untergebracht werden (Francis et al. 1990). Bei den deliranten Patienten waren häufiger Harninkontinenz und Stürze aufgetreten, weitere Komplikationen waren, in einer Untersuchung von Patienten nach Hüftgelenksoperationen, häufigere Dekubitalulcera und Dislokationen der Endoprothese (Sheppard et al 1980, zit. nach Saravay & Lavin 1994; ähnlich Torian et al. 1992). Die Befunde einer längeren Krankenhausliegedauer bei Patienten mit psychischer Komorbidität bleiben auch dann signifikant, wenn eine Reihe intervenierender Variablen, die ihrerseits mit längeren Liegedauern einher gehen wie z.B. die Schwere der körperlichen Grunderkrankung, kontrolliert wurden (Saravay et al. 1991, Levenson et al. 1990, Verbosky 1993).

Die Auswirkungen psychischer Komorbidität bei körperlichen Erkrankungen lassen sich am Einfluß komorbider depressiver Störungen verdeutlichen. Die kardiale Mortalität von Patienten nach Myocardinfarkt ist bei gleichzeitiger depressiver Erkrankung um mehr als das 6-fache gegenüber nichtdepressiven Patienten erhöht (Frasure-Smith 1995). Depressive Patienten mit einem Diabetes mellitus zeigen im Vergleich zu Nicht-Depressiven eine schlechtere Einstellung ihrer Blutzuckerwerte und weisen eine höhere Komplikationsrate auf (Goodnick et al. 1995). Das Vorliegen einer Depression bei einer körperlichen Grunderkrankung geht einher mit erhöhter somatischer Morbidität, Mortalität und erhöhtem Bedarf in der Nutzung von Ressourcen des Gesundheitswesens und trägt zu vermehrten stationären Behandlungen bei (Laghrissi-Thode et al. 1996, Saravay et al. 1996, vgl. auch Creed 1996, Kühn & Maier 1997).

Als weiteres Beispiel seien Patienten mit somatoformen Störungen, also körperlichen Symptomen ohne organische Ursache, genannt. Übereinstimmend wird berichtet, daß die durchschnittlichen Behandlungskosten im stationären wie im ambulanten Bereich (wiederholte Diagnostik, Fehldiagnosen, nicht indizierte Interventionen bis hin zu chirurgischen Eingriffen und Folgekosten) das 6 bis 14-fache der durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben betragen (Smith 1994, Rief & Hiller 1992, Ebel 1996). Fink (1992) untersuchte die durch chronisch-somatisierende Patienten entstehenden Kosten für das dänische Gesundheitswesen. Auf Grundlage des dänischen Nationalen Patientenregisters, in dem alle stationären Aufnahmen in (nicht-psychiatrische) Allgemeinkrankenhäuser, und des Dänischen Psychiatrischen Registers, in dem alle Aufnahmen in psychiatrische Abteilungen und Krankenhäuser registriert werden, wurde eine Kohorte aller 17-49jährigen Einwohner zweier Gemeinden (N=30.427) über 8 Jahren hinsichtlich der in Anspruch genommenen Krankenhausbehandlung beobachtet. Abgesehen vom häufigen Auftreten von Infektionen, Hepatitiden und Verletzungen bei Vorliegen eines Substanzmißbrauchs zeigte sich die deutlichste psychische Komorbidität bei Aufnahmen wegen unspezifischer körperlicher Symptome wie Kopfschmerzen, Kollaps oder

abdominellen Beschwerden. 56% der Patienten mit 16 und mehr nichtpsychiatrischen stationären Behandlungen boten Hinweise auf eine psychiatrische Erkrankung. Zwar waren 40% der Bevölkerung mindestens einmal stationär behandelt worden, aber 5% nahmen zwei Fünftel, und 1% ein weiteres Fünftel der Aufnahmen in Anspruch, wobei Somatisierungsstörungen eine große Rolle spielten. In einer Folgestudie wurde gezeigt, daß es sich bei 56 der 317 Patienten mit 10 oder mehr nichtpsychiatrischen stationären Behandlungen um chronisch-somatisierende Patienten handelte (Fink 1997).

2.5 Konsiliarpsychiatrischer Behandlungsbedarf

Jakubaschk et al. (1978) haben versucht, die bei der Planung und Einrichtung psychiatrischer Dienste wichtigen Begriffe „Bedürfnis“, „Behandlungsbedürftigkeit“ und „Bedarf“ zu definieren. Für die sinnvolle Planung einer psychiatrischen Versorgung müssen Informationen vorliegen über die Inanspruchnahme wie auch über einen möglichen Fehlbedarf. Der festgestellte aktuelle Gesamtbedarf setzt sich dabei zusammen aus dem bereits gegenwärtig abgedeckten Bedarf und dem Fehlbedarf, also den ggf. fehlenden Kapazitäten. In der Psychiatrie stellen sich dabei vier Probleme, nämlich die Definition der Behandlungsbedürftigkeit, die Erfassung der Behandlungsbedürftigen, die Frage der Behandlungsbereitschaft und die in bestimmten Grenzen möglichen Alternativen der institutionellen Platzierung (Jakubaschk et al. 1978). Die Ermittlung des Gesamtbedarfs an psychiatrischer Behandlungsbedürftigkeit ist schwierig, jedoch kann „für viele administrative und evaluative Zwecke ... eine Bedarfsermittlung, die auf der Nutzung vorhandener psychiatrischer Institutionen basiert, ausreichendes Zahlenmaterial (liefern)“ (S. 206). Auch können, so wurde in der *Psychiatrie-Enquête* verfahren, „Kernbereiche“ psychischer Störungen benannt werden, die keine wesentlichen quantitativen Veränderungen in naher Zukunft erwarten lassen.⁵

Die Häufigkeit psychischer Störungen bei körperlich kranken Allgemeinkrankenhauspatienten weist auf einen prinzipiellen Behandlungsbedarf hin, sagt aber nichts über dessen Umfang aus. Bislang gibt es nur wenige Untersuchungen zum konsiliarpsychiatrischen Behandlungsbedarf (Creed 1996). Wancata et al. (1998) bestimmen in ihrer Stichprobe den Bedarf an Zuweisung zum Konsiliarpsychiater mit 13%, in 3% wurde die Verlegung in eine psychiatrische Behandlungseinrichtung für indiziert gehalten, Das heißt, daß hier nur bei etwas mehr als der Hälfte der Patienten, bei denen eine psychische Erkrankung festgestellt worden war, während der aktuellen somatischen Behandlung eine konsiliarpsychiatrische Behandlung für nötig erachtet wurde. In der Lübecker Allgemeinkrankenhausstudie wurde in Anlehnung an die von Jakubaschk et al. (1978) vorgenommenen Erörterungen der aktuelle Behandlungsbedarf von internistischen und chirurgischen Patienten *während* der stationären Behandlung geschätzt: bei 29% der internistischen Patienten war eine *konsiliarische Betreuung* indiziert (definiert als 1 - 2

⁵ In der *Psychiatrie-Enquête* waren damit der Bereich der „schweren und chronischen psychischen Behinderungen“ angesprochen worden, sowie „die großen Psychosen, Gehirnerkrankungen und die Abbauprozesse des höheren Lebensalters“ (Deutscher Bundestag 1975, S.77).

Konsiliarbesuche mit dem Ziel der Diagnostik, Beurteilung der gegenwärtigen psychischen-somatischen Krankheitssituation, ggf. pharmako- oder kurzpsychotherapeutischer Intervention). Eine *liaison-psychiatrische/psychosomatische Intervention* (definiert als regelmäßige Mitbehandlung eines Patienten und/oder Beratung des somatischen Behandlungsteams), war bei 8% erforderlich. Bei den chirurgischen Patienten war in 31,5% eine konsiliarische Vorgehensweise indiziert, zusätzlich bei 24,5 % eine liaisonpsychiatrisch-psychosomatische Vorgehensweise. Die Liaisonbetreuung wurde im wesentlichen bei depressiven Patienten für indiziert erachtet. In 30% wurde eine psychotherapeutische Intervention (zumeist supportive Psychotherapie) für notwendig erachtet, in etwa 20% eine Pharmakotherapie (überwiegend mit Antidepressiva) sowie bei 20 - 25% der Patienten soziotherapeutische Maßnahmen (Arolt 1997, S.134). Die für eine ausreichende konsiliar-liaisonpsychiatrisch-psychosomatische Versorgung der untersuchten internistischen und chirurgischen Abteilungen notwendige Ausstattung an ärztlichen Mitarbeitern wurde auf 5 - 6 Mitarbeiter zur Deckung des hochgerechneten Bedarfs geschätzt (Arolt 1997, S.142-144). Zu dieser Berechnung merkt Creed (1996) allerdings kritisch an, daß einige der für indiziert erachteten Interventionen wie z.B. soziotherapeutische Maßnahmen möglicherweise auch von anderen psychosozialen Diensten durchgeführt werden könnten.

Ein anderer Ansatz wird von der *Liaisonpsychiatry Group* des *Royal College of Psychiatrists* verfolgt, die zur Schätzung des psychiatrischen Behandlungsbedarfs der Patienten eines Allgemeinkrankenhauses dieses als äquivalent zur Hälfte eines psychiatrisch zu versorgenden Sektors werten (House & Hodgson 1994). Zugrundegelegt wird ein „typisches“ Krankenhaus der Schwerpunktversorgung mit regionaler Zuständigkeit für 250.000 Menschen. Erwartet wird eine jährliche Überweisungsrate an einen Liaisondienst von 500 Patienten nach Suizidversuchen, 150 Patienten aus der Notaufnahme, 150 Überweisungen von den Stationen, 50 - 100 neue Kontakte in einer liaisonpsychiatrischen Poliklinik, und insgesamt 500 Nachfolgekontakte. Auf dieser Grundlage wird als Basisausstattung für einen liaisonpsychiatrischen Dienst vorgeschlagen: Ein Facharzt für Psychiatrie als Leiter mit ca. ½ Stelle, eine Ganztagsstelle eines Assistenten in fortgeschrittener psychiatrischer Weiterbildung, zwei liaisonpsychiatrische Pflegekräfte, ½ Stelle eines klinischen Psychologen, sowie administrative Kapazitäten (Sekretariat, Dokumentation). Die fachärztliche Arbeit sollte sich zu ca. je 2/5 aufteilen auf die klinische Supervision der durch die Assistenzärzte betreuten Suizidenten bzw. von den Stationen überwiesenen Patienten, der Rest stünde für Poliklinik, Notaufnahme und administrative Aufgaben zur Verfügung.

Der Vorschlag der *Liaisonpsychiatry Group* wurde in die gemeinsam vom Royal College of Physicians und Royal College of Psychiatrists (1995) vorgelegten Leitlinien zur 'Psychologischen Versorgung körperlich kranker Patienten' aufgenommen: 1/2 - 1 Facharztstelle wird für die Leitung von multidisziplinären Liaisondiensten an mittleren bis großen Allgemeinkrankenhäusern gefordert. Es wird ausdrücklich betont, daß es sich dabei um *zusätzliche* Kapazitäten handelt: eine Versorgung der Krankenhäuser innerhalb des Leistungsumfangs der sektorierten gemeindepsychiatrischen Dienste wird als unzureichend

erachtet. Diese Leitlinien sind in der Folgezeit von weiteren Fachgesellschaften aufgegriffen worden. Während die *Academy of Psychosomatic Medicine* sich lediglich summarisch auf die dort formulierten Vorschläge bezieht und insbesondere auf konkrete Angaben zur personellen Ausstattung von Konsildiensten verzichtet (Bronheim et al. 1998), hat die *Section of Consultation-Liaison Psychiatry* des *Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists* (RANZCP 1996) gerade zu diesem Punkt unter Bezug auf eigene empirische Untersuchungen (Smith et al. 1994) eine weitere Präzisierung vorgenommen. Bei einer relativen Konsilrate von 5% aller Patienten eines Akademischen Lehrkrankenhauses mit ca. 520 Betten werden pro 100 Betten zwei Vollzeitstellen (FTE, *full time equivalent*) für einen Konsil-Liaisondienst gefordert, die sich wie folgt zusammensetzen: 1/2 FTE für einen Facharzt für Psychiatrie, 0,7 FTE für psychiatrische Assistenzärzte und 0,8 für einen klinischen Psychologen. Zusätzlich sollen pro 100 Betten je 1/2 FTE einer Liaisonpflegekraft und eines Sozialarbeiters (oder Ergotherapeuten) zur Verfügung gestellt werden, sowie pro Konsil-Liaisondienst 1 Sekretärin (bzw. Dokumentationsassistentin). Am weitestgehenden aller bisherigen Vorschläge ist aber, daß die relative Konsilrate von 5% für *mandatorisch* erklärt wird: bei Nichterreichen dieser Benchmark wird die Durchführung eines Qualitätsmanagements (*audit*) gefordert, wo u.a. durch Einsatz von Screening-Instrumenten (wie z.B. dem *General Health Questionnaire*) das tatsächliche Ausmaß an psychischer Komorbidität auf ausgewählten Abteilungen oder Stationen und das Niveau der psychologischen Betreuung der nicht dem Konsildienst überwiesenen Patienten festgestellt werden sollen (RANZCP 1996).

Auch die *Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde* (DGPPN) hat in ihrem Positionspapier zur aktuellen Lage und zukünftigen Entwicklung der Behandlung psychischer Erkrankungen in Deutschland die Wichtigkeit psychiatrisch-psychoomatischer Konsiliar- und Liaisonarbeit für die Versorgung von Allgemeinkrankenhauspatienten betont und die häufig noch fehlende personelle Ausstattung bedauert. Die DGPPN rechnet mit 1 Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie auf ca. 200 - 300 Konsilanforderungen pro Jahr (DGPPN 1997, S.46, 48).

Teil 3

3 Das Spektrum der Konsiliar- und Liaisonspsychiatrie

Definitionen des Aufgabenspektrums von psychiatrischen Konsiliar- bzw. Liaisondiensten, in der internationalen psychiatrischen Literatur recht häufig (vgl. Schwab 1989, Lipowski 1991, Creed & Pfeffer 1982, Strain 1996), sind in den letzten Jahren auch in der deutschsprachigen Psychiatrie vermehrt unternommen worden (z.B. Bönisch et al. 1986, Saupe & Diefenbacher 1998a, Diefenbacher 1999, Wancata & Gößler 1999). Im folgenden werden Unterschiede zwischen Konsiliar- und Liaisonspsychiatrie, sowie Besonderheiten des psychiatrischen Konsultationsprozesses und psychiatrisch-psychotherapeutischer Interventionen bei körperlich kranken Patienten im Allgemeinkrankenhaus dargestellt.

3.1 Konsiliarpsychiatrie und Liaisonspsychiatrie

Die Beratung mehrerer Ärzte zur Klärung eines Krankheitsfalles wird von alters her als *Konsilium* bezeichnet (vgl. Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 257. Auflage, 1994). Eine psychiatrische Konsultation ist zunächst einmal die auch sonst in der Medizin übliche Hinzuziehung eines Psychiaters (oder Nervenarztes) durch einen in diesem Gebiet nicht spezialisierten Arzt. Der Psychiater handelt nicht, ohne einen Auftrag bekommen zu haben, und zwar vermittelt über den anfordernden Arzt, der zuerst die Entscheidung gefällt haben muß, ob ein Problem vorliegt, das die Einschaltung psychiatrischer Fachkompetenz erfordert. Die meisten Psychiater, ob im ambulanten oder im Krankenhausbereich tätig, beraten Ärzte anderer Fachgebiete konsiliarisch. Wenn grundsätzlich davon ausgegangen werden kann, daß nahezu jeder Psychiater konsiliarisch tätig ist oder tätig werden kann, so bezeichnet in einem weiteren Schritt *Konsiliarpsychiatrie* den Tätigkeitsbereich eines Psychiaters oder Nervenarztes dann, wenn dieser einen größeren Anteil seiner Berufstätigkeit mit Diagnostik und Behandlung von Patienten an der Schnittstelle von somatischer und psychiatrisch-psychotherapeutischer Medizin bestreitet. So gaben in einer Umfrage 17,1% der Mitglieder der *American Psychiatric Association* (APA) ein besonderes Interesse an Konsiliarpsychiatrie an, wobei Psychiater, die in Allgemeinkrankenhäusern oder im universitären Bereich tätig waren, hierfür mehr Zeit zur Verfügung stellten als in eigener Praxis Niedergelassene. Ungefähr 6% der APA-Mitglieder bezogen mindestens ¼ ihrer Einkünfte aus Konsiliartätigkeit, weitere 2,4% mehr als die Hälfte. Ca. 10,5% waren vertraglich mit dem Konsiliardienst eines Allgemeinkrankenhauses verbunden, 11% unterrichteten über konsiliarpsychiatrische Themen, 1,7% waren in Forschungsprojekte involviert (Noyes et al. 1992). Für Österreich wird berichtet, daß 21% der niedergelassenen Fachärzte für Psychiatrie bzw. 41% der Fachärzte für Neurologie konsiliarisch an nichtpsychiatrischen Krankenhausabteilungen tätig sind. Ungefähr 70% der allgemeinen Krankenanstalten verfügen über teilzeitangestellte Konsiliarärzte, überwiegend mit wenigen Wochenstunden, so daß der größte Anteil der Konsiliartätigkeit durch niedergelassene Fachärzte erfolgt (Wancata & Gössler 1999).

Mit psychiatrischer *Liaisonstätigkeit* (frz. *liaison*, Verbindung) im engeren Sinne wird ein Ansatz

bezeichnet, der dem primär patientenzentrierten Vorgehen der Konsultation ein arzt- oder teamzentriertes Vorgehen gleichstellt. Hier kann der Psychiater in ein somatisches Stationsteam integriert sein, an dessen Visiten und Fallkonferenzen er teilnimmt, und wo er neben der Patientenversorgung die psychiatrisch-psychotherapeutische Schulung von Pflegepersonal und Ärzten übernimmt, um deren Kompetenz im Umgang mit Patienten mit psychischer Komorbidität durch praktisches Beispiel zu verbessern (Lloyd 1980, Strain 1996). In extremer Ausprägung bedeutet Liaisonpsychiatrie, daß der Psychiater kaum noch direkten Patientenkontakt hat, sondern *indirekt* über das somatische Behandlungsteam im Sinne einer Mediatorentherapie tätig wird (McKegney & Beckhardt 1982).

Nach Strain (1996) ist die klassische psychiatrische Konsultation wesentlicher Bestandteil und Grundlage der Liaisonpsychiatrie. Über diese sekundärpräventive Funktion, also die Behandlung manifest gewordener psychischer Symptome, hinaus wird aber folgendes angestrebt

- *Tertiärprävention*: Weiterbehandlung der psychischen Folgen einer körperlichen Erkrankung, hauptsächlich im ambulanten Bereich (z. B. in Polikliniken oder Institutsambulanzen),
- *Primärprävention*: Verhinderung der Entwicklung psychischer Auffälligkeiten durch möglichst frühzeitige Intervention, wie z.B. durch psychiatrisches Screening von Patienten, die zur Organtransplantation anstehen, wodurch der postoperative Verlauf günstig beeinflusst werden soll (Freeman 1992);
- *Förderung einer verbesserten Fallidentifikation und Triage*, im Sinne einer frühzeitigen Indikations- und Weichenstellung für weitere fachspezifische Behandlung, angestrebt durch die
- *kontinuierliche Weiterbildung des nicht-psychiatrisch vorgebildeten somatischen Teams* (ärztliches und Pflegepersonal, Sozialarbeiter etc.) hinsichtlich Umgang (Beurteilung, therapeutische Prinzipien, Indikation für gezielte Überweisungen) von Patienten mit psychischer Komorbidität oder Verhaltensauffälligkeiten (Goldberg & Stoudemire 1995), was zu
- *strukturellen und prozeduralen Veränderungen* (z.B. von Überweisungsgewohnheiten) führen soll, die nicht mehr nur vom Engagement Einzelner abhängen, sondern in den Organisationsabläufen der somatischen Stationen ihren dauerhaften Niederschlag finden.

Die integrierte Mitarbeit des Psychiaters unter einer liaisonpsychiatrischen Perspektive findet vorwiegend in Spezialbereichen statt, wie z.B. Onkologie (Breitbart & Holland 1993, Weis et al. 1991, Uchitomi et al. 1998), Brandstationen (Blumenfeld & Schoeps 1993, Saupé & Diefenbacher 1998b), Transplantationspsychiatrie (Surman 1997, Kopp et al. 1994), geriatrischen Stationen (Torian et al. 1992, Benbow 1996), oder Schmerzzambulanzen (King & Strain 1994, Kapfhammer 1992). Mit einem Schwerpunkt auf Krebs- bzw. AIDS/HIV-Patienten und Schmerztherapie war das Memorial-Sloane-Kettering-Cancer Centre in New York Vorbild für psychosomatische und psychiatrische Konsiliar-Liaisondienste in Deutschland (Nagel-Studer

et al. 1986, Saupe et al. 1992). In der klinischen Praxis sind die Übergänge zwischen Konsiliar- und Liaisonansatz fließend. Die Ergebnisse der ECLW-Studie deuten daraufhin, daß die klassische psychiatrische Konsultation mit notfallpsychiatrischen Interventionen allerdings weit überwiegt: nur 5% der in dieser Studie dokumentierten Überweisungen kamen über Liaisonvereinbarungen zustande (Huyse et al. 1997). Der fließende Übergang zwischen beiden Modellen mit einem starken Überwiegen des ersteren hat international zur Namengebung Konsiliar-Liaisonpsychiatrie (*consultation-liaison psychiatry*) geführt, mit Ausnahme Großbritanniens, wo auch die klassische psychiatrische Konsiliartätigkeit als *liaison psychiatry* bezeichnet wird (Lipowski 1996, Morris & Mayou 1996).

In der Debatte zwischen den Verfechtern von primär konsultations- bzw. liaisonorientierten Ansätzen der Academy of Psychosomatic Medicine war den Vertretern der Liaisonpsychiatrie vorgeworfen worden, zu teuer zu sein, und zuviel Zeit mit unnützem Gerede zu verbringen (Murray 1989). Durch die ökonomischen Einschränkungen, die das amerikanische Gesundheitswesen in den letzten Jahren erfährt, scheint sich eine konzeptuelle Wiederbelebung des Liaisonkonzeptes abzuzeichnen, wobei u.a. Weiterbildungsaufgaben hinsichtlich einer verbesserten Erkennung und Behandlung psychischer Komorbidität durch nichtpsychiatrische Ärzte, gerade auch im ambulanten Bereich, hervorgehoben werden (Goldberg & Stoudemire 1995). Strain weist daraufhin, daß einige Studien für eine ökonomische Überlegenheit des Liaisonmodells durch Verkürzung von Krankenhausliegedauern sprechen: bei Patienten mit Hüftgelenksfrakturen, die im Rahmen eines Liaisonansatzes bereits bei oder kurz nach Aufnahme in eine orthopädische Abteilung vom Konsiliarpsychiater routinemäßig evaluiert wurden, konnte die durchschnittliche Verweildauer um mehrere Tage reduziert werden (Levitan & Kornfeld 1981, Strain et al. 1991). Solche Studien gibt es in Deutschland bislang nicht (Haag & Stuhr 1994a). Ihre Überzeugungskraft ist allerdings eingeschränkt (Strain et al. 1994). Randomisierte kontrollierte Studien, die konsil- und liaisonpsychiatrische Ansätze miteinander vergleichen, sind in der klinischen Praxis schwer durchführbar und fehlen bislang (Creed et al. 1993, Strain, in Vorbereitung), so daß es bislang offen bleiben muß, ob tatsächlich Verkürzungen von Verweildauern durch frühzeitige psychiatrische Interventionen bei *Risikopatienten* erzielt werden können, was allerdings nur bei einem Screening in engem zeitlichem Zusammenhang mit der stationären Aufnahme (wie im Liaisonmodell vorgeschlagen) initiiert erscheint (Lyons et al. 1986, Strain 1987, Strain 1996, Huyse et al. 1997). Hinweise auf eine Veränderung von Überweisungsmustern, die eher bei Liaison- als bei Konsiliaransätzen eintreten sollen, sind zwar im einzelnen beeindruckend (Joraschky & Köhle 1986) möglicherweise aber auch im Rahmen klassischer Konsiliarmodelle zu beobachten (Anderson & Philpott 1991, Weigelt 1995).

3.2 Der Prozeß der psychiatrischen Konsultation

In Anlehnung an Lipowski (1996) lassen sich 4 Idealtypen psychiatrischer Konsiliartätigkeit identifizieren, welche die unterschiedlichen Schwerpunkte psychiatrischer Tätigkeit auf somatischen Stationen beschreiben:

1. Die *klassische patientenzentrierte psychiatrische Konsultation* als geläufigstes Modell: Der Patient wird überwiesen, der Psychiater exploriert den Patienten, erhebt den psychopathologischen Befund und unternimmt eine Einschätzung des Persönlichkeitsstils und der hierdurch mitbedingten Gestaltung der Reaktion des Patienten auf seine Erkrankung unter Berücksichtigung sozialanamnestischer Daten (Bibring 1956).
2. Die *Krisenintervention*: Schnelle Einschätzung des im Vordergrund stehenden Problems des Patienten und seines Bewältigungsverhaltens. Der Patient wird bei der Bewältigung der zu durchlaufenden Phasen nach Erleben eines schweren Stressor unterstützt (Weismann 1997, Groves & Kucharski 1987, Saupe & Diefenbacher 1996b, *Kapitel 3* 'Gesprächsführung und Psychotherapie in der Konsiliarpsychiatrie', *Kapitel 4* 'Bewältigungsprobleme bei körperlichen Erkrankungen').
3. Ein *ausschließlich auf den Arzt bezogenes Vorgehen*: Der anfordernde Arzt wird beraten, wie er eine problematische Situation besser bewältigen kann (Schiff & Pilot 1959).
4. Ein *situationsbezogener Ansatz*, der wesentlich die Beziehung zwischen Patient, Arzt und Stationsteam berücksichtigt (Meyer & Mendelson 1961).

Der *situationsbezogene Ansatz* kann als allgemeines Modell der Wirkweise des konsiliarpsychiatrischen Prozesses angesehen werden. Er wurde von Meyer & Mendelson (1961) anhand einer qualitativen Analyse von 60 konsekutiv zur psychiatrischen Konsultation überwiesenen Patienten entwickelt. Sie beschrieben den Ablauf eines psychiatrischen Konsils als dreistufigen Prozeß, wobei der Psychiater in jeder Stufe eine spezifische Aufgabe zu erfüllen hat:

1. Die *Initiierung des psychiatrischen Konsils* kann Ausdruck einer diffusen Verunsicherung des anfordernden Arztes oder der Station sein, die zu der Einschätzung gelangt sind, mit Verhaltensauffälligkeiten des ihnen anvertrauten Patienten überfordert zu sein, so daß es, nachdem der Patient zunächst vielleicht lediglich als „vermutlich nur vorübergehend auffällig“ eingestuft worden war, zu einer Umdefinition als „psychiatrisches Problem“ kommt, die ggf. in Form einer psychiatrischen Verdachtsdiagnose formuliert wird. Der Anteil korrekter psychiatrischer Verdachtsdiagnosen ist dabei niedrig (z.B. 25 % bei Delius et al. 1993). Der Hinweis von Meyer und Mendelson zielt auf einen gewissermaßen „daneben“ liegenden Punkt, nämlich daß die Anforderung eines psychiatrischen Konsils hinweisend sein kann auf eine vorliegende Problematik im Umgang mit dem Patienten, die von den Behandlern zwar erlebt wird, jedoch nicht hinreichend

präzisiert werden kann. Die Formulierung einer psychiatrischen Verdachtsdiagnose wäre demnach ein „Passepartout“, um entsprechend den Gepflogenheiten interdisziplinärer Kooperation ein fachspezifisches psychiatrisches Konsil auszulösen. Hieraus wird deutlich, daß es zum Zeitpunkt der Initiierung des Konsils unter Umständen die (spezifische) Aufgabe des Konsiliarpsychiaters sein muß, auf die eigenständige Erarbeitung der Fragestellung vorbereitet zu sein und daß es ein Fehler wäre, die vorgebrachte Fragestellung des Anforderers in jedem Falle als *prima vista* gültig oder aber als nicht ausreichend für eine Konsilanforderung zu begreifen.

2. Die *Untersuchung des Patienten durch den Psychiater* sollte neben der klassischen psychiatrischen Exploration auch eine Erhebung fremdanamnestischer Angaben umfassen, wobei neben der Befragung von Mitgliedern des Stationsteams oder von Familienangehörigen auch die Durchsicht der vorliegenden Befunde einschließlich der Patientenkurve integraler Bestandteil sein muß, um die unkritische Übernahme von Informationen aus „zweiter Hand“ zu vermeiden (Saupe & Diefenbacher 1996b).
3. Die *psychiatrische Intervention* schließlich sollte nicht nur den Patienten, sondern das gesamte System (Ärzte, Pflegepersonal, Familienangehörige etc.) berücksichtigen: Nach Meyer und Mendelson (1961) ist es die aus Patient, Arzt und Pflegepersonal bestehende *operationale Gruppe*, und nicht nur der Patient allein, die der Psychiater im Blick haben muß, wenn seine Intervention erfolgreich sein soll. Er interveniert mit einer „Verschreibung“ in dieses System, um die dort entstandenen Probleme unter Berücksichtigung aller Protagonisten zu lösen: Dabei kann bereits die in der Entscheidung zur Hinzuziehung eines Externen (des Psychiaters) sich äußernde Veränderungsbereitschaft einen entlastenden Einfluß innerhalb des Systems zeitigen: manchmal kommt es bereits nach Anforderung des Konsils, aber noch vor Eintreffen des Psychiaters zu einer deutlichen Entspannung einer zuletzt unlösbar erscheinenden Situation.

In einer Multicenterstudie, die den qualitativen Untersuchungsansatz von Meyer & Mendelson aufgriff, wurden wesentliche Bestandteile der Arbeit des psychiatrischen Konsiliars weiter herausgearbeitet (Ramchandani et al. 1997). Der Einsatz von supportiven psychotherapeutischen Techniken, die Verschreibung von Psychopharmaka und Hilfe bei der Organisation einer psychiatrischen Weiterbehandlung (Triage) waren die häufigsten konsiliarpsychiatrischen Interventionen. Psychopharmaka wurden bei 42% der Patienten eingesetzt, der bedarfsweise Einsatz zur kurzfristigen Symptomreduktion stand bei knapp der Hälfte der psychopharmakotherapeutisch behandelten Patienten im Vordergrund. In knapp einem Viertel wurde eine vorbestehende Psychopharmakotherapie fortgesetzt und lediglich bei den restlichen Patienten als „Kurbehandlung“ im eigentlichen Sinne neu verordnet. Als drei zentrale Elemente der psychiatrischen Konsultation wurden herausgearbeitet:

1. *Fazilitation*: supportive Psychotherapie und „adjuvante“ kurzfristige psychopharmakotherapeutische Symptomreduktion sowie Vermittlung zwischen psychiatrischem Fachgebiet und der übrigen Medizin,

2. *Konsensstiftung*: Hilfe bei der Entwicklung einer gemeinsamen Perspektive zwischen verschiedenen an der Versorgung eines Patienten beteiligten Berufsgruppen, wobei die
3. *Interpretation* von Patientenverhalten eine wesentliche Rolle spielt, wenn etwa „unerklärliches aggressives Verhalten“ eines Patienten im Kontext einer Angst erzeugenden Krankenhausumgebung nachvollziehbar gemacht und durch die Förderung offener Aussprache mit dem Patienten reduziert oder aufgelöst werden kann.

Zum Verständnis des konsiliarpsychiatrischen Prozesses reicht der gewohnte Blick auf die Patient-Psychiater-Dyade nicht aus. Die Berücksichtigung systemtheoretischer Ansätze ist unerlässlich und wurde auf allgemeiner (Miller 1973a,b; Saupe & Diefenbacher 1996b, S.5-9) und kasuistischer Ebene (z.B. Wagner 1995) beschrieben. Gemeint ist damit zum einen die Berücksichtigung der Trias anfordernder 'Arzt - Patient - Konsiliarpsychiater', aber auch der Einflüsse durch Stationspersonal, Familienangehörige und andere Patienten. Selbst von der Krankenhausverwaltung vorgegebene administrative Gesichtspunkte wie die mandatorische Hinzuziehung des Konsiliarpsychiaters bei Entlassungen gegen ärztlichen Rat können dessen Rolle auf den somatischen Stationen mitdefinieren (McKegney et al. 1992, Strain et al. 1993b).

Während die aus Arzt-Patient-Konsiliarpsychiater bestehende Triade in Deutschland wissenschaftliches Interesse gefunden hat (Delius et al. 1993, Diefenbacher & Saupe 1996; vergleichbar aus konsiliarpsychosomatischer Perspektive Lackner et al. 1996, Neun 1983, Rotmann & Karstens 1974, Seidl 1997), steckt die Untersuchung des Zusammenwirkens mit nicht-ärztlichen Berufsgruppen im Kontext konsiliarpsychiatrischer Interventionen im Allgemeinkrankenhaus noch in den Anfängen (Leigh 1987). So ist für die Effektivität psychiatrischer Konsile neben der (stations-)ärztlichen die pflegerische Seite von Bedeutung (Lyons et al. 1989, Schuster 1992). Nicht selten obliegt es dem Krankenpflegepersonal, bei der Umsetzung vorgeschlagener Interventionen einen wesentlichen Teil zu übernehmen (z.B. Mobilisierung eines depressiven Patienten nach Myokardinfarkt). *Consultation Nursing*, der Einsatz von psychiatrisch-psychotherapeutisch geschultem Pflegepersonal in konsiliarpsychiatrischen Teams zur Anleitung des Pflegepersonals der somatischen Stationen bei solchen Aufgaben wird in Deutschland nur selten praktiziert (Diefenbacher & Saupe 1993, Haag & Stuhr 1994b, Weigelt 1995). Es hat vor allem in den angelsächsischen Ländern einen z.T. beträchtlichen Umfang erreicht (Robinson 1991, Tunmore & Thomas 1992, Collinson & Benbow 1998).

Weitere häufig anzutreffende Gesprächspartner im Bereich psychosozialer Betreuung sind Sozialarbeiter und Seelsorger (Tönnessen & Schwarz 1993, Hahn 1994, Handzo 1990). Mit zunehmender Verkürzung von Krankenhausliegedauern wird die Rolle des Sozialdienstes in der Vermittlung von Behandlungs- und Betreuungsangeboten nach der Entlassung zunehmen (Strain et al. 1991, Hammer et al. 1985). Hier gibt es, ebenso wie in der Krankenhausseelsorge, Überschneidungsbereiche zur Konsiliarpsychiatrie verbunden mit Schwierigkeiten in der Entscheidung, welcher Dienst primär hinzuzuziehen sei. Am Memorial Sloane Kettering Cancer

Center in New York wird momentan versucht, Kooperationsmöglichkeiten von Krankenhausseelsorge und Konsiliarpsychiatrie empirisch zu untersuchen (ASPBOA 1998).

3.3 Therapeutische Methoden in der Konsiliarpsychiatrie

Das therapeutische Instrumentarium in der Konsiliarpsychiatrie besteht wesentlich aus psychischen und psychopharmakologischen Behandlungsmethoden, die entsprechend den Gelegenheiten auf den somatischen Stationen im Allgemeinkrankenhaus (somatopsychische Komorbidität und kurze stationäre Verweildauern) modifiziert werden.

3.3.1 Psychische Behandlungsmethoden bei somatopsychischer Komorbidität

Mit psychischen Behandlungsmethoden oder Psychotherapie wird ein breites Spektrum von Mitteln bezeichnet, die zur Herbeiführung von Änderungen bei behandlungsbedürftigen Verhaltensstörungen oder Leidenszuständen Interaktionsprozesse einsetzen, also psychologische Maßnahmen, die im Erlebens- und Verhaltensbereich ihren Ansatzpunkt haben (Baumann 1980). Hierunter fallen psychodynamische und verhaltenstherapeutische Methoden ebenso wie z.B. Entspannungsverfahren, Musiktherapie oder Hypnose. Ihre empirische Überprüfung hat in den letzten Jahren große Fortschritte gemacht, Wirksamkeitsnachweise sind ausreichend vorhanden (z.B. Bergin & Garfield 1994, Grawe et al. 1994). Psychische Behandlungsmethoden einschließlich kreativer Therapieformen wie z.B. Musiktherapie werden auch in der Konsiliarpsychiatrie eingesetzt (Dahlbender et al. 1994, Herren-Pelzer 1993, Schüßler 1998).

Psychische Behandlungsmethoden sind bei in Zusammenhang mit körperlichen Krankheiten stehenden psychischen Störungen wirksam (APA 1993). Wirksamkeitsnachweise wurden vorgelegt für unterschiedliche Therapieformen und Settings, wie z.B. supportive und interpersonelle Psychotherapie, Einzel- oder Gruppentherapie, und für psychische Störungen in unterschiedlichen Krankheitsgruppen, wie z.B. depressive Störungen bei onkologischen oder AIDS-Patienten (z.B. Frischenschlager et al. 1992, Antoni 1997). Psychologische Behandlungsmethoden bei im Zusammenhang mit körperlichen Erkrankungen auftretenden psychischen Erkrankungen sollen dem Patienten bei der Bewältigung von Ängsten, sozialer Isolation, dem Verlust von gewohnten Fähigkeiten, und den belastenden Auswirkungen auf Familie und Freundeskreis helfen (Strain et al. 1993, Orr & Wallack 1990). In Anlehnung an Spiegel (1993) lassen sich vier Komponenten der Psychotherapie bei körperlich kranken Patienten benennen:

1. *Emotionale Unterstützung*: Die Möglichkeit, heftige mit der Krankheit in Verbindung stehende Gefühle in der Therapie zu äußern, macht diese Gefühle weniger überwältigend und besser handhabbar, der Patient fühlt sich ihnen weniger ausgeliefert (Schüßler 1998).

2. *Soziale Unterstützung*: Gruppentherapien können soziale Isolation nach dem Rückzug von Freunden und Bekannten durch die Bildung neuer sozialer Netzwerke mildern (Spira 1997).
3. *Kognitive Umstrukturierung*: Der Patient lernt, Strategien zu entwickeln, die es ihm erlauben, einen hilflos-passiven Umgang mit seiner Erkrankung durch einen aktiveren zu ersetzen, was beispielsweise bei Patienten mit chronischen Schmerzsyndromen über verhaltensmedizinische Ansätze zu guten Ergebnissen führt (Huse et al. 1999).
4. *Erlernen von Bewältigungsmechanismen (Coping)*: Hierher gehört das Erlernen von kompetentem Umgang mit den Auswirkungen komplexer Behandlungsstrategien bei schweren körperlichen Erkrankungen. Der Patient soll soweit wie möglich aktiv an seiner Behandlung teilnehmen (Entwickeln eines Krankheitskonzeptes, Verbesserung der Kommunikation mit seinem Behandler, seiner Familie, Kontaktaufnahme mit Selbsthilfegruppen) (Muthny 1994). Dies umfaßt das Erlernen von Entspannungstechniken, wie z.B. der Progressiven Muskelrelaxation nach Jacobson, deren spezifische Wirksamkeit bei Angst- und Spannungsgefühlen, sowie bei verschiedenen körperlichen Beschwerden, die mit Anspannung und Schmerzen verbunden sind, als gesichert gelten kann (Grawe et al. 1994, S.604).

Weiter kann als gesichert gelten, daß psychische Behandlungsmethoden nicht nur Angst und Depressivität bei körperlichen Erkrankungen reduzieren, sondern körperliche Symptome wie Übelkeit, Schmerzen und Erschöpfung ebenfalls positiv beeinflussen und somit zu einer Reduktion von Morbidität und möglicherweise Mortalität führen können (Kissane 1993, Levenson 1992, Spiegel et al. 1989). Diese Methoden werden zunehmend unter dem Begriff der Verhaltensmedizin zusammengefaßt (Miltner et al 1986). Sie werden bislang überwiegend von verhaltenstherapeutisch orientierten psychologischen Psychotherapeuten angewandt. Ihr Einsatz in multidisziplinären konsiliarpsychiatrisch-psychotherapeutischen Teams wird in den nächsten Jahren zunehmen (Berger & Hohagen 1998), zumal es Hinweise darauf gibt, daß Kosteneinsparungen (Verkürzung von Krankenhausverweildauern) durch psychologische Vorbereitung von Patienten auf Operationen oder durch schmerztherapeutischer Verfahren erzielt werden können (Grawe et al. 1994, S. 687-690, de Groot et al. 1997, Gerhardinger 1998).

Grundlegender Bestandteil konsiliarpsychiatrischer Interventionen auf den somatischen Stationen sind supportive psychotherapeutische Techniken (Freyberger & Freyberger 1994, Hill et al. 1992, Freyberger 1983). Supportive Interventionen sind in der Medizin allgegenwärtig und können auf allen Ebenen der biopsychosozialen Organisation des Menschen angesiedelt werden (Geyer 1985, 1994): Ersatz von Körperteilen durch Prothesen oder von Körperflüssigkeiten durch Infusionen, in der Sozialmedizin oder Sozialpsychiatrie Eingriffe in den Sozialraum (z. B. therapeutische Wohngemeinschaften, Kontakt- und Begegnungsstätten), in der Pharmakotherapie Substitution von Substanzen, die für biologische Regulationsprozesse wichtig sind. Supportive Techniken werden im Umgang mit kranken Menschen häufig

eingesetzt werden, sie sind unverzichtbar und ein zentrales Element jeder Arzt-Patienten-Beziehung. Sie können, ggf. in Kombination mit psychopharmakotherapeutischer Behandlung, rasch angstreduzierend wirken und sollen den Patienten in der Bewältigung einer durch moderne Technologien geprägten, als fremdartig, bedrohlich und unverständlich erlebten Krankenhausatmosphäre helfen. Die Konzeptualisierung der Effekte und Techniken dieser Therapieform stammt überwiegend aus einer psychodynamischen Perspektive (Rockland 1989), aber auch lerntheoretische Ansätze finden Verwendung (Kind & Mentha 1993, Möller 1992). Supportive Psychotherapie ist hinsichtlich einer Reihe von Parametern wie z.B. Reduktion von Angst und Depressivität, oder Verbesserung von Anpassungsfähigkeit und Lebensqualität mindestens genauso hilfreich wie aufwendigere Therapieformen und auf jeden Fall hilfreicher als keine Behandlung (vgl. Übersichten bei Conte 1994, Rockland 1995, Wöller 1995). Auch für den Einsatz bei körperlich kranken Patienten läßt sich ihre Wirksamkeit nachweisen, und zwar sowohl im Einzel- wie im Gruppensetting (Hill et al. 1992, Green 1993a,b). Wichtige Elemente sind die Herstellung sichernder therapeutischer Beziehungen und die Verhinderung unnötiger Labilisierung (Csef 1996). Supportive Psychotherapie kann im Allgemeinkrankenhaus als Kurztherapie eingesetzt werden, wie etwa von Leiberich et al. (1991) beschrieben mit 1 - 6 Kontakten von durchschnittlich 22 Minuten Dauer. Arolt et al. (1997) fanden bei 21,8% der von ihnen im Rahmen der Lübecker Allgemeinkrankenhausstudie untersuchten Patienten die Indikation für eine supportive Psychotherapie gegeben. Ihre Bedeutung wird in Deutschland im Gegensatz zu den angelsächsischen Ländern noch unterschätzt (Arolt et al. 1997, Novalis 1993, Rockland 1989).

3.3.2 Psychopharmakotherapie bei somatopsychischer Komorbidität

Psychopharmakotherapie ist als medikamentöse Therapieform auf den somatischen Stationen vertrauter als der Einsatz psychischer Behandlungsmethoden. Dies äußert sich in einer besseren Therapeutencompliance, d.h. eine vom Konsiliarpsychiater vorgeschlagene medikamentöse Behandlung wird vom Stationsarzt häufiger umgesetzt als ein psychosozialer Interventionsvorschlag (Popkin et al. 1991, Whybrow & Spencer 1969). Dies steht im Widerspruch zur höheren Wertschätzung psychotherapeutischer und psychosozialer Maßnahmen auf den somatischen Stationen, wo die konsiliarpsychiatrische Beratung in medikamentösen Fragen für weniger wichtig gehalten wird (Delius et al. 1993). Deswegen hat der Konsiliarpsychiater hier eine besondere Verantwortung: Nicht selten werden nämlich vom Stationsarzt Psychopharmaka in zu niedriger Dosierung oder nicht lange genug oder nicht im richtigen Dosierungsintervall angesetzt, so daß eine unzureichende Wirkung vorprogrammiert ist. Wenig bekannt sind etwa die differentialtherapeutischen Indikationen unterschiedlicher Psychopharmaka derselben Substanzklasse bei unterschiedlichen körperlichen Grunderkrankungen, die es ermöglichen, auch Patienten mit fortgeschrittenen Leber- und Nierenerkrankungen oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen effizient zu behandeln, oder welche Möglichkeiten für den differentiellen Einsatz von Benzodiazepinen bei Patienten mit Lungenerkrankungen es gibt (Fogel & Stoudemire 1993, S.90). Ebenso wenig kann eine ausreichende Kenntnis psychotroper Nebenwirkungen von Nicht-Psychopharmaka auf den

somatischen Stationen vorausgesetzt werden (Ray 1992). Einführende Texte und Handbuchbeiträge zur Psychopharmakotherapie bei körperlich kranken Patienten liegen vor (z.B. Kapfhammer 1999, Jachna et al. 1996, Bandelow & Rüter 1993). Spezielle Themen sind bearbeitet worden, wie z.B. die Weiterführung einer Psychopharmakotherapie mit Monoaminoxidase-Hemmern bei Anästhesie, die Fortführung einer Lithiumtherapie oder einer Clozapinbehandlung bei perioperativ erforderlicher Nahrungskarenz, die Fortführung einer Methadonsubstitution oder der medikamentös gestützte Entzug mit z.B. Methadon bei schwer körperlich kranken Opiat-Abhängigen, der Einsatz von Psychopharmaka in Schwangerschaft und Stillzeit oder antidepressive Behandlungsstrategien bei Dialysepatienten (z.B. Ananth 1992, Diefenbacher et al. 1995, Saupe & Diefenbacher 1996b, Kapfhammer 1999).

Besonderheiten konsiliarpsychiatrischer Pharmakotherapie sollen für die Behandlung depressiver Syndrome an zwei Beispielen verdeutlicht werden: 1) *Hirnfarkt und Depression*, und 2) der Einsatz von *Psychostimulantien* bei Konsilpatienten.

Hirnfarkte sind häufige Erkrankungen, bei 25 - 30 % dieser Patienten treten depressive Störungen auf (Müller & Förstl 1999). Depressive Komorbidität führt zu schlechteren Rehabilitationsergebnissen und längeren Krankenhausliegedauern und kann beeinflussen, ob ein Patient nach Hause zurückkehrt oder in einem Heim untergebracht werden muß. Oft wird die depressive Störung nicht behandelt, zum einen aufgrund der Meinung, organisch bedingte Depressionen seien nicht behandelbar, oder aber aufgrund der Annahme, infolge von Hirnfarkten reaktiv entstandene Depressionen remittierten spontan. Beides trifft nicht zu. Bereits in den 80er Jahren war die antidepressive Wirksamkeit des trizyklischen Antidepressivums Nortriptylin, einem sekundären Amin, das kaum Hypotonien verursacht, bei Hirnfarktpatienten und Patienten nach Herztransplantationen gezeigt worden (Lipsey et al. 1984, Shapiro 1991, Benkert & Hippus 1998). Der Einsatz trizyklischer Substanzen war allerdings von den bekannten Nebenwirkungen begleitet, wie z.B. Miktionsproblemen und Orthostasereaktionen mit der Gefahr von konsekutiven Stürzen und Frakturen, aber auch von deliranten Syndromen, die bei vorgeschädigtem ZNS zudem häufiger auftreten können (Ray et al. 1991). Dies hat sich mit der Einführung neuerer Antidepressiva ohne kardiotoxische, anticholinerge und antihistaminische Nebenwirkungen geändert. So sind SSRI in mehr als 60% depressiver Hirnfarktpatienten wirksam und tragen zu einer Reduktion von pathologischem Weinen und gesteigerten Emotionsausbrüchen nach Hirnfarkten bei. Die Antidepressiva-Behandlung von Patienten mit einer depressiven Störung nach Hirnfarkt ist hierdurch einfacher geworden, ihre geringe Verbreitung deutet auf persistierende Fehleinschätzungen über die Wirksamkeit von Antidepressiva bei somatopsychischer Komorbidität hin (Müller & Förstl 1999).

Hat man sich nun zum Einsatz eines Antidepressivums entschlossen, so muß bis zum Eintritt der antidepressiven Wirkung mit einer Latenz von 2-3 Wochen gerechnet werden. Überdies ist eine Vorhersage der antidepressiven Response bislang nicht möglich. Für die Mobilisierung von depressiv-anergen Patienten im Allgemeinkrankenhaus können amphetaminerge Stimulantien (sogen. Psychostimulantien, z.B. Methylphenidat oder Pemolin) eine Alternative darstellen (Holmes 1995, Masand et al. 1991). Ihr Vorteil liegt in einem raschen Wirkungseintritt: üblicherweise

ist die antidepressive Response am 2. Tag nach Beginn der Medikation zu erwarten, wenn dies innerhalb von 5 - 7 Tagen nicht der Fall ist, kann das Medikament abgesetzt werden. Der positive Effekt von niedrig dosiertem Methylphenidat (5 - 20 mg täglich) mit einer Responserate von bis zu 80% ist beschrieben worden für schwere depressive Syndrome bei HIV/AIDS-Patienten, wo besonders Anergie, Apathie und Appetitverlust sich deutlich besserten, begleitet von Stimmungsaufhellung und Verbesserung von Aufmerksamkeit und Konzentration (Fernandez et al. 1995). Da diese Substanzen nebenwirkungsarm sind und auch von älteren Patienten gut toleriert werden (Gurian & Rosowsky 1990, Pickett et al. 1990), wird ihr Einsatz als Mittel der ersten Wahl in der amerikanischen konsiliarpsychiatrischen Literatur für zwei Indikationen vorgeschlagen: (1) bei primär apathischer Symptomatik im Gegensatz zu primär trauriger Verstimmtheit im Rahmen eines depressiven Syndroms, und (2) wenn nicht tolerable unerwünschte Arzneimittelwirkungen unter einer Vorbehandlung mit konventionellen Antidepressiva bekannt sind (Worth 1997). Das Abususpotential bei Patienten, die in der Vorgeschichte keinen Substanzmißbrauch aufweisen, ist gering (Spier 1995). Bei ausreichender antidepressiver Response kann, falls eine längere Behandlung indiziert ist, die Umstellung auf ein Antidepressivum, wie z.B. einen reversiblen Inhibitor der Monoaminoxidase vorgenommen werden. In Deutschland ist der Einsatz von Psychostimulanzien vor allem aus dem Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie beim Aufmerksamkeits-Hyperaktivitätssyndrom bekannt (Overmeyer & Ebert 1999). In der Konsiliarpsychiatrie ist er unüblich, wenn auch in jüngster Zeit vereinzelt über ihren Gebrauch berichtet worden ist (Kapfhammer 1999, Saupe & Diefenbacher 1996). Die Daten der ECLW-Studien weisen darauf hin, daß Psychostimulantien in der europäischen Konsiliarpsychiatrie selten eingesetzt werden: von keinem der beteiligten Konsiliardienste wurden sie während des Studienzeitraums verordnet (Diefenbacher 1992).

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß Antidepressiva in der Behandlung depressiver Syndrome bei körperlichen Krankheiten wirksam sind (vgl. Cochrane Review von Gill & Hatcher 1999). Der Einsatz von Psychopharmaka kann auch bei multimorbiden Patienten als sicher bezeichnet werden. Voraussetzung für einen sicheren und wirksamen Einsatz sind allerdings eingehende Kenntnisse über mögliche Medikamenteninteraktionen, wie sie beispielsweise in jüngster Zeit ausführlich für durch die Cytochrom P450-Isoenzyme in der Leber metabolisierte Medikamente beschrieben worden sind (Shen 1995). Die Literatur über den Einsatz von Psychopharmaka in der Konsiliarpsychiatrie hat mittlerweile einen Umfang angenommen, der es gerechtfertigt erscheinen läßt, von einem Spezialgebiet zu sprechen.

Teil 4

4 Versorgungprofile psychiatrischer Konsiliardienste – empirische Untersuchungen

Der amerikanische Konsiliarpsychiater Pasnau hat Ende der 80er Jahre im Kontext heftiger Diskussionen über die Entwicklung der amerikanischen Konsiliarpsychiatrie (vgl. Abschnitt 1.1.3) die Frage gestellt, ob Konsiliarpsychiatrie ein "Übergangsphänomen" sei, das sich im Laufe der Jahre in die somatischen Fächer hinein auflöse (Pasnau 1988). Die Stellungnahmen verschiedener Fachgesellschaften (vgl. Abschnitt 2.5) sprechen zwar gegen eine solche Entwicklung, andererseits wird aber auch von konsiliarpsychiatrischer Seite zunehmend gefordert, daß die konsiliarpsychiatrische Praxis einheitlicher definiert werden solle, um zu einer vermehrten Planungssicherheit in der Entwicklung dieses Arbeitsfeldes zu kommen (Smith 1998). Vor diesem Hintergrund stellt sich, in Anlehnung an eine Formulierung aus der *Psychiatrie-Enquête* (Deutscher Bundestag 1975), die Frage nach einem *Kernbereich konsiliarpsychiatrischer Tätigkeit*, der keinen kurzfristigen Veränderungen unterworfen ist. Angesichts der mit Bedarfsermittlungen verbundenen Schwierigkeiten kann die Identifikation eines solchen Kernbereichs durch die Nutzung von Daten vorhandener konsiliarpsychiatrischer Institutionen erfolgen und als Orientierungshilfe für administrative und evaluative Zwecke ausreichendes Zahlenmaterial liefern (vgl. Abschnitt 2.5). Da es sich bei der Analyse von Inanspruchnahmedaten, in der folgenden Untersuchung der von Konsilpatienten an zwei Universitätskrankenhäusern, stets um eine nicht repräsentative Momentaufnahme von Ist-Daten bestimmter Patientengruppen handelt (vgl. Stöcklin & Lucius-Hoene 1988), wurden eine Längsschnitt- und eine Querschnittsuntersuchung durchgeführt. Die 10 Jahre umfassende Längsschnittstudie des psychiatrischen Konsildienstes am Mount Sinai Hospital in New York soll zeitliche Entwicklungen und Trends sichtbar machen und kann als Korrektiv für die vergleichende Querschnittsstudie dieses Konsildienstes mit einem psychiatrischen Konsildienst in Berlin herangezogen werden. Anhand der Tätigkeit der beiden Konsildienste in Berlin und in New York sollen folgende Zielstellungen untersucht werden:

- gibt es einen zeitüberdauernden Kernbereich psychiatrischer Konsiliartätigkeit (Kap. 4.1.),
- bleibt dieser Kernbereich beim Vergleich von zwei Konsiliardiensten unterschiedlicher Länder identifizierbar (Kap. 4.2.).

Da in den nächsten Jahren vermehrt mit der Untersuchung der Effekte konsiliarpsychiatrischer Interventionen bei Allgemeinkrankenhauspatienten zu rechnen ist (Smith 1998, Diefenbacher 1999), werden abschließend Aspekte einiger für die konsiliarpsychiatrische Interventionsforschung relevanter Parameter, wie z.B. Krankenhausliegedauern, anlässlich der Implementation eines psychiatrischen Konsildienstes untersucht (Kap. 4.3).

4.1 Längsschnittuntersuchung der Tätigkeit des psychiatrischen Konsiliardienstes am Mount Sinai Hospital in New York City von 1988 bis 1997

Longitudinale Untersuchungen über die Arbeit psychiatrischer Konsiliardienste sind selten, obwohl wiederholt darauf aufmerksam gemacht wurde, daß solche Untersuchungen wichtige Hinweise zu liefern vermögen hinsichtlich der Planung der Zuteilung personeller Ressourcen, sowie der Bestimmung von Prioritäten in Ausbildung und Forschung (Lipowski & Wolston 1981, Lucas & Doyle 1995). Sie können dazu beitragen, „Kernbereiche“ psychischer Störungen bei konsiliarpsychiatrisch gesehenen Patienten zu identifizieren, die keine wesentlichen quantitativen Veränderungen in naher Zukunft erwarten lassen.

4.1.1 . Längsschnittuntersuchungen psychiatrischer Konsiliardienste

Eine von Hengeveld et al. (1984) vorgelegte, einen Zeitraum von 25 Jahren umfassende Übersicht von 42 konsiliarpsychiatrischen Publikationen zeigt, daß bei den meisten Beschreibungen der Tätigkeit psychiatrischer Konsildienste Einjahres-Perioden analysiert werden. Wenn in Untersuchungen über längere Beobachtungszeiträume berichtet wird, so nicht unter der Maßgabe, Entwicklungen während dieser Perioden zu verfolgen, mehrere Jahrgänge werden vielmehr zusammengefaßt, um über den Bezug auf größere Grundgesamtheiten zu repräsentativeren Schlußfolgerungen zu kommen. Hieran hat sich seither nichts wesentliches geändert: Arbeiten über die Entwicklung von Konsiliardiensten über längere Zeiträume sind selten geblieben. Im folgenden werden die wenigen vorliegenden Longitudinalstudien kurz referiert.

Die erste Untersuchung eines psychiatrischen Konsildienstes über mehrere Jahre stammt von Lipowski & Wolston (1981). Im Vergleich der Zeiträume 1971 – 1974 und 1975 – 1979 mit jeweils 1000 konsiliarisch gesehenen Patienten an einer Universitätsklinik in New Hampshire (USA) konnte gezeigt werden, daß beidemal depressive Syndrome (50,2% bzw. 42,7% der überwiesenen Patienten) bzw. hirnorganische Psychosyndrome (15,5% bzw. 13,9%) die häufigsten diagnostischen Gruppen umfaßten, wogegen Schizophrenien (3,1 % bzw. 1,7%) oder ‚psychophysiologische Störungen‘ (1,9% bzw. 0,7%) lediglich einen geringen Anteil ausmachten. Die meisten Überweisungen kamen aus den Inneren (59% bzw. 57,2%) und Chirurgischen Abteilungen (19,4% bzw. 21,7%). Brown & Waterhouse (1987) verglichen die Tätigkeit eines psychiatrischen Konsiliardienstes an einem Universitätskrankenhaus in Edinburgh in den Jahren 1967 und 1985, jeweils für sechs Monate. Die Absolutzahl der überwiesenen Patienten (n= 86 bzw. n= 84, ohne Intoxikationen in suizidaler Absicht) war gleichgeblieben, die relative Konsultationsrate hatte, da die Zahl der stationären Behandlungen insgesamt angestiegen war, von 1,6% auf 1,0% abgenommen. Der Anteil wegen hirnorganischer Psychosyndrome überwiesener Patienten hatte sich auf 32% verdreifacht. Im Jahr 1995 war die relative Konsultationsrate am selben Krankenhaus mit 1,1% gleichgeblieben, wesentliche Veränderungen im Überweisungs- oder Diagnosespektrum konnten nicht

festgestellt werden, mit der Ausnahme einer deutlichen Abnahme der wegen eines hirnrorganischen Psychosyndroms überwiesenen Patienten, was auf die Einrichtung einer Geriatrischen Assessment Unit zurückgeführt wurde (Carson et al. 1998). Brown & Cooper (1987) untersuchten den psychiatrischen Konsiliardienst eines Allgemeinkrankenhauses mit 500 Betten in Glasgow für die Jahre 1973, 1976 und 1979. Hier zeigte sich, daß nach der Einsetzung eines regelmäßig zur Verfügung stehenden Konsiliars die Zahl der nicht durch einen Suizidversuch ausgelösten psychiatrischen Konsile sich etwas mehr als verdoppelte. Der Anteil hirnrorganischer Störungen blieb konstant bei ca. 25%, depressive Syndrome nahmen von 8% auf 28% zu. Lucas & Doyle (1995) verglichen für die Jahre 1962 und 1992 die Tätigkeit eines Londoner Konsildienstes. Es zeigte sich etwas mehr als eine Verdopplung der Überweisungen (ohne Suizidenten), bei gleichzeitiger Abnahme der relativen Konsultationsrate von 0,7% auf 0,5%. Der Anteil affektiver Störungen blieb mit ca. 22% konstant, hirnrorganische Psychosyndrome nahmen von 12% auf 18% zu. Anderson & Philpott (1991) fanden an einem großen Allgemeinkrankenhaus in Liverpool eine Zunahme der Konsile über einen 8-Jahreszeitraum um das dreifache, wobei die Anforderungen für Patienten mit Depression um das Achtfache zunahmen, jene für Demenzen sich verdoppelten. Eine Schweizer Arbeitsgruppe berichtete über einen 20-Jahres-Zeitraum der Arbeit des psychiatrischen Konsiliar-Liaison-Dienstes am Hôpital Cantonal Universitaire von Genf. Für die Jahre 1965, 1970, 1975, 1980 und 1985 wurden je 100 zufallsausgewählte Konsiliarberichte untersucht (Zumbrunnen et al. 1990, *abstract*). Es zeigten sich (nicht näher erläuterte) Veränderungen während des Untersuchungszeitraums auf seiten der anfordernden Ärzte bzw. der Psychiater (Anforderungsgründe für ein Konsil, diagnostische und therapeutische Empfehlungen des Konsiliars), während patientenbezogene Variablen stabil blieben. Ebenfalls als Abstract vorgelegt wurde ein Erfahrungsbericht über eine 10jährige psychiatrische Konsiliartätigkeit in Riga (Eglite 1998). Arolt et al. (1995) untersuchten alle psychiatrischen Konsile (5334 Patienten), die von 1983-1989 an den Kliniken der Medizinischen Universität zu Lübeck durchgeführt wurden. Die Zahl der Konsile stieg von 509 (1983) auf 1004 (1989) kontinuierlich an, entsprechend einer Zunahme der relativen Konsultationsrate von 2,3% auf 3,6%. Eine der wenigen detaillierten Längsschnittuntersuchungen stammt aus Deutschland. Bender et al. (1983) evaluierten retrospektiv drei Jahrgänge der Tätigkeit eines im Aufbau befindlichen psychiatrischen Konsiliardienstes (1976-78) an einem medizinischen Großklinikum in München. Die Konsiliartätigkeit während dieses Zeitraums entsprach einer Ganztagsstelle. Die absolute Zahl an Konsilanforderungen blieb mit etwa 430 Patienten jährlich gleich. Da es andererseits zu einer Zunahme stationärer Neuzugänge kam, ging die relative Konsultationsrate von 5,8% auf 2,8% zurück. Bei den Überweisungsgründen nahm die Frage nach einem Therapieversuch deutlich zu (von 8,9% auf 16,8%); der Anteil vorgestellter Patienten, die keine psychiatrische Diagnose erhielten, nahm ab (von 11,0% über 2,4% auf 3,7%).

In einer Längsschnittuntersuchung (1981-1986) der Tätigkeit des Konsiliarpsychiatrischen Dienstes am Mount Sinai Hospital in New York mit einem standardisierten konsiliarpsychiatrischen Dokumentationssystem (Paddison et al. 1989) fanden sich eine Zunahme der Konsilanforderungen von 232 auf 371 Patienten, entsprechend einem Anstieg der

relativen Konsilrate von 0,6% auf 1%. Die häufigsten Anforderungsgründe während dieses Zeitraums erwiesen sich als konstant (Beurteilung von Suizidalität, Evaluation und Behandlung depressiver Verstimmungen, Verhaltensmanagement). Bezogen auf diagnostische Gruppen (nach DSM-III) blieb der Anteil dementieller Störungen gleich (Schwankungen zwischen 5% und 10%), wogegen der Anteil nicht-entzugsbedingter deliranter Syndrome insgesamt von 12% auf 18% anstieg. Bis auf die Ausnahme eines Jahres wurden am häufigsten Anpassungsstörungen diagnostiziert (um 28%), (nicht-organisch bedingte) psychotische Störungen zeigten konstant einen geringen Anteil um 5% der Konsilüberweisungen. Die Untersuchungen zeigen, daß hirngorganische Psychosyndrome und depressive Syndrome gleichbleibend die häufigsten Diagnosegruppen in den untersuchten Diensten darstellen und daß die Konsilanforderungen auch über mehrjährige Zeiträume nicht ab, sondern meistens zunehmen. Nachteilig ist, daß genauere Angaben z.B. über konsultationsprozeßbezogene Variablen fehlen und daß es sich, mit der Ausnahme von Paddison et al. (1989), um retrospektive Auswertungen klinischer Daten handelt, die nicht mit standardisierten Untersuchungsinstrumenten erhoben worden waren.

4.1.2 Untersuchungsziele, Stichprobe und Methode

Die folgende Längsschnittuntersuchung soll Aufschluß darüber geben, wie sich die konsiliarpsychiatrische Tätigkeit am Mount Sinai Hospital in New York City in der an die Untersuchung von Paddison et al. (1989) anschließenden Dekade entwickelt hat. Untersucht wurde eine Stichprobe von 4429 Patienten, die während eines 10-Jahreszeitraums (1988 – 1997) stationär wegen körperlicher Erkrankungen im Mount Sinai Hospital (im folgenden: MSH) behandelt wurden und dort während dieser Behandlung von den Stationsärzten konsekutiv an die *Division of Behavioral Medicine and Consultation Psychiatry* (im folgenden: BMC) des Department of Psychiatry am MSH überwiesen wurden. Die Untersuchungsziele für den 10-Jahreszeitraum gliedern sich in drei Gruppen:

1. Die Entwicklung patientenbezogener Variablen,
2. Die Entwicklung konsultationsprozeßbezogener Variablen (wie Zeitaufwand des Konsiliars und psychiatrische Interventionen),
3. Empfohlene Weiterbehandlung nach Entlassung aus der stationären Behandlung.

Es handelt sich dabei um sämtliche während dieses Zeitraums in der regulären psychiatrischen Konsiliartätigkeit gesehene Patienten. Da die vorliegende Untersuchung die konsiliarpsychiatrische Versorgung vollstationär behandelter Patienten im Allgemeinkrankenhaus zum Thema hat, wurden die im Rahmen poliklinischer oder spezieller stationärer Liaisontätigkeit mitbetreuten Patienten nicht untersucht.

Das Mount Sinai Hospital (MSH) in New York ist ein universitäres Krankenhaus der Schwerpunktversorgung in der Upper East Side von Manhattan. 1853 gegründet ist es eines der ältesten und größten Krankenhäuser in den USA mit einer Bettenkapazität von ungefähr 1200 Betten und über 30.000 stationären Aufnahmen pro Jahr. Die Division of Behavioral Medicine and Consultation Psychiatry (BMC) ist die für die konsiliar- und liaisonpsychiatrische

Versorgung des MSH zuständige Funktionseinheit des Department of Psychiatry des Krankenhauses. Die Funktionseinheit gliedert sich, unter der Leitung eines Direktors (Professor J.J. Strain) in den eigentlichen Konsiliarbereich und verschiedene Liaisonbereiche. Der Konsiliarbereich wird von einem Facharzt geleitet, dessen Aufgabe – abgesehen von eigener Patientenversorgung – die Supervision der üblicherweise zwei oder drei Ausbildungsassistenten (residents) des Departments of Psychiatry ist, die im Rahmen einer regelmäßigen Rotation für jeweils 4 bis 6 Monate in der Division of BMC arbeiten. Die Liaisonbereiche (z.B. Polikliniken, Lebertransplantationsprogramm, HNO-Abteilung, Programm zur Behandlung prämenstrueller Störungen) werden von Fachärzten betreut, die entsprechend einer langen Tradition am MSH (vgl. Abschnitt 1.1.2.) in eigener Praxis niedergelassen sind und bei Bedarf die Stationen der so versorgten Abteilungen aufsuchen bzw. poliklinische Sprechstunden abhalten (vgl. exemplarisch die liaisonpsychiatrische Tätigkeit der BMC in der HNO-Abteilung, Bronheim et al. 1989, 1991a,b). Die Struktur des Funktionsbereichs, Verwaltungsvorschriften, Ausführungsrichtlinien etc. sind in einem Manual zusammengefaßt (BMC 1992-93). Die routinemäßige Erfassung der Patientenkontakte des Konsilbereichs erfolgt durch das Microcares-Dokumentationssystem, das weiter unten beschrieben wird. In der Versorgung von Patienten mit somatopsychischer Komorbidität sind folgende weitere Dienste am MSH tätig: Die AIDS/HIV-Einheit beschäftigt einen eigenen Psychiater, ebenso das Department für Geriatrie. Die Onkologische Abteilung verfügt seit 1992 über 8 eigene Psychologen, so daß von dort nur noch akut schwerer psychisch kranke Patienten mit z.B. deliranten Syndromen dem Konsildienst überwiesen werden. Auch die Rehabilitationsmedizin verfügt über eigene Psychologen.

Die im folgenden beschriebene Population von Konsilpatienten besteht aus der Subgruppe von Patienten, die nicht privat versichert sind. Es handelt sich also um sog. public consultations. Das MSH hat 1200 Betten, davon je 100 Psychiatrie und Pädiatrie. Bei einem Anteil von ca. 40% Privatpatienten, die von eigenen Psychiatern ("Belegärzten") versorgt werden, entspricht die vom Konsildienst der *Division of BMC* gesehene Patientengruppe in etwa den Überweisungen eines 600 Betten großen Allgemeinkrankenhauses.

Method

Die Erfassung der Patienten- und Konsilprozeßdaten erfolgte prospektiv mit dem MicroCares Consortium Psychiatric Consultation Questionnaire, der in *Anhang II* wiedergegeben ist. Codier-Richtlinien und Glossar liegen in Manualform vor (Micro-Cares Consortium 1992). Neben der Erfassung von soziodemographischen Variablen wie Alter, Geschlecht, Wohnsituation vor und nach Entlassung etc. werden die Achsen I – V des amerikanischen psychiatrischen Klassifikationssystems DSM-III-R, der Schweregrad der somatischen Erkrankung (Karnofsky-Rating-Scale), Überweisungsgründe für das Konsil, überweisende Abteilung, Empfehlungen des Konsiliars, Zeitaufwand für die einzelne Konsilepisode, Weiterbehandlung nach Entlassung, sowie administrative Aspekte (z.B. Anfragen wegen Entlassung gegen ärztlichen Rat) dokumentiert. Während des Untersuchungszeitraums (1988 - 1997) wurden die psychiatrischen Diagnosen entsprechend dem DSM-III-R klassifiziert, eine Umstellung auf DSM-IV fand nicht

statt. Da durch eine Revision der Codierung für die in der Konsultation aufgebrauchten Zeiteinheiten (gültig ab Oktober 1991) keine ausreichende Kompatibilität mit dem zurückliegenden Zeitraum mehr gegeben war, erfolgte die Untersuchung der bei den Konsultationen angesetzten Zeiteinheiten nur für die Jahre 1992-1997 (Micro-Cares Consultation-Liaison Psychiatry Consortium, *Minutes of Meeting of 10/28/1992*, San Diego, CA).

Die Global Assessment of Functioning Scale (GAF) stammt aus dem DSM-III-R. Sie erlaubt dem Untersucher, über eine Einschätzung des psychosozialen Funktionsniveaus bzw. der sozialen Anpassung eine Gesamtbeurteilung des psychischen Zustandes abzugeben ("Achse V" des DSM-III-R). In der Microcares-Dokumentation wird eine Beurteilung für das höchste psychosoziale Niveau abgegeben, das der Patient im zurückliegenden Jahr über einen Zeitraum von einigen Monaten aufwies (DSM-III-R 1989, S.32f., 42f.). Die Skala enthält Kurzbeschreibungen der unterschiedlichen Funktionsniveaus mit Ankerbeispielen, die Skalierung erfolgt mit Zahlenwerten von 1 - 90 (vgl. Anhang II). Die Karnofsky Performance Scale (KPS) ist ein standardisiertes Verfahren zur Erfassung der Funktionskapazität bei alltäglichen, lebenspraktisch relevanten Tätigkeiten. Die Skala umfaßt den Funktionsstatus in den Bereich Gesundheit, körperliche Aktivität, Arbeit und Selbstversorgung. Es handelt sich um ein standardisiertes Verfahren zur Klassifikation der Funktionsfähigkeit durch den behandelnden Kliniker. Der Grad der Funktionseinschränkung wird auf einer Skala von 0 - 100 abgebildet. Der Index liefert eine globale Quantifizierung des physischen Status, der wegen seiner Kürze bei guten Übereinstimmungen mit anderen Arztbeurteilungen des Gesundheitszustandes als Standardinstrument für klinische Studien eingesetzt wurde (Westhoff 1993, S.476-478). Die KPS wird für zwei Meßzeitpunkte geschätzt, einmal für den der aktuellen stationären Aufnahme vorangehenden Monat (im folgenden *Karnofsky prä*), und am Ende der psychiatrischen Konsultation (*Karnofsky post*).

Das Microcares-Dokumentationssystem ist in einer Reihe internationaler multizentrischer Studien (z.B. Smith et al. 1997, Strain et al. 1998, Smith et al. 1998) und in der Longitudinalstudie von Paddison et al. (1989) eingesetzt worden. Zur Kontrolle der Reliabilität des dokumentierten Datensatzes finden jährlich mehrere Treffen von Vertretern der beteiligten konsiliarpsychiatrischen Dienste statt, wo u.a. anhand von Fall-Vignetten ein Reliabilitätstraining durchgeführt wird. Am MSH werden die von den Assistenzärzten gesehenen Patienten vom Leiter des Konsiliarbereichs persönlich supervidiert, ca. die Hälfte der Fälle werden zusätzlich mit dem Leiter des Funktionsbereichs besprochen, in diesen Supervisionsitzungen wird ebenfalls die Dokumentation der Patientendaten überprüft.

Statistische Verfahren

Neben der Angabe einfacher und relativer Häufigkeiten wurden zur univariaten Analyse der Beobachtungsdaten Kontingenztafeln-Tests für Nominaldaten (Chi²-Test bei ausreichend großen Zellenbesetzungen bzw. Fishers-Exact-Test [FI] bei Zellenbesetzungen ≤ 5), Student's t-test, univariate Varianzanalysen und einfaktorielle ANOVA (F-Wert) mit nachfolgenden multiplen Gruppenvergleichen (Tukey's Post Hoc Test), und Pearson's r (Produkt-Moment-

Korrelationskoeffizient) bei intervallskalierten Daten eingesetzt. Als weiteres statistisches Verfahren, das an der entsprechenden Stelle beschrieben wird, wurde eine kategoriale lineare Regressionsanalyse nominalskalierten Daten (CATREG) verwendet. Die statistische Signifikanz wurde bei $p < .05$ gesetzt. Die Auswertung der Daten erfolgte mit dem Statistikpaket SPSS für Windows 8.0 (SPSS 1998) auf Personalcomputern.

4.1.3 Ergebnisse

Im folgenden werden für die Zielsetzung der Arbeit relevante Aspekte unter Nennung ausgewählter Häufigkeiten diskutiert. Einzelne Sachverhalte werden durch Abbildungen illustriert. Die vollständigen Häufigkeitsangaben sind dem *Tabellenanhang* (Anhang I) zu entnehmen. Der von Paddison et al. (1989) untersuchte Zeitraum von 1980 bis 1986 wird ggf. als *Vergleichszeitraum* herangezogen, um Entwicklungstendenzen zu verdeutlichen.

Um die angesichts der Analyse von Inanspruchnahmedaten eingeschränkte Generalisierbarkeit im Hinblick auf die Definition eines Kernbereichs psychiatrischer Konsiliartätigkeit in Perspektive zu setzen, werden in diesem und den folgenden Ergebnisteilen (Abschnitte 4.2 und 4.3), wo dies angemessen erscheint, Vergleiche mit Untersuchungen einzelner Konsiliardienste oder mit Übersichtsarbeiten vorgenommen (z.B. Arolt et al. 1995a, Diefenbacher 1999, Fiebiger et al. 1994, 1997, Fritzsche et al. 1998, Hengeveld et al. 1984, Huyse et al. 1997, Saupe & Diefenbacher 1995, 1996a, Weigelt 1995 u.a.m.).

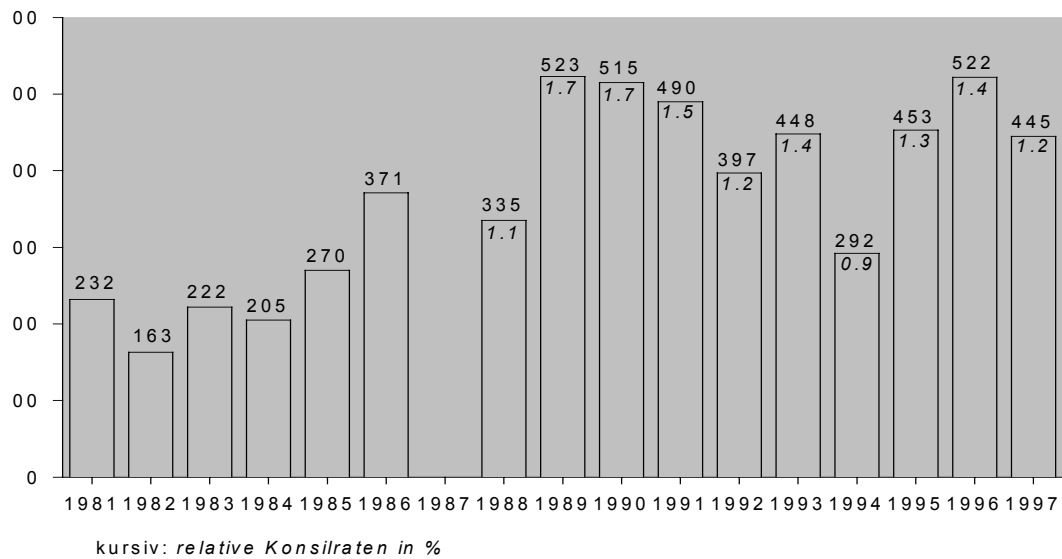
4.1.3.1 Soziodemographische Variablen (Tab. 4.1.1)

Bei den soziodemographischen Charakteristika der Stichprobe zeigen sich keine wesentlichen Veränderungen während des Beobachtungszeitraums. Das Durchschnittsalter der Patienten lag zwischen 50 und 55 Jahren. Dabei zeigte sich für die über 76 Jährigen ein recht konstanter Anteil von 13,5% für den Gesamtzeitraum, womit der am Ende des Vergleichszeitraums (1986) erreichte Wert über die folgende Dekade gehalten wurde. Dies entspricht der Voraussage von Lipowski (1983), daß Konsiliar-Liaisonpsychiatrie zu einem wesentlichen Teil gerontopsychiatrische Aufgaben im Allgemeinkrankenhaus zu übernehmen habe.

4.1.3.2 Überweisungscharakteristika (Tab. 4.1.2 - 4.1.4, Abb. 4.1.1 - 4.1.4)

Die Anzahl der zur Konsultation überwiesenen Patienten und dies relativen Konsilraten während des Untersuchungszeitraums sind Abb. 4.1.1 zu entnehmen. Durchschnittlich wurden jährlich 446 Patienten überwiesen, damit fast doppelt so viele wie von 1980 bis 1986 (jährlich 244 Patienten). Abgesehen vom Jahr 1994 mit 292 regulären Konsilpatienten fiel die Zahl der Überweisungen nie unter 300 pro Jahr. Die Abnahme im Jahr 1994 stand im Kontext einer Neustrukturierung des Rota-

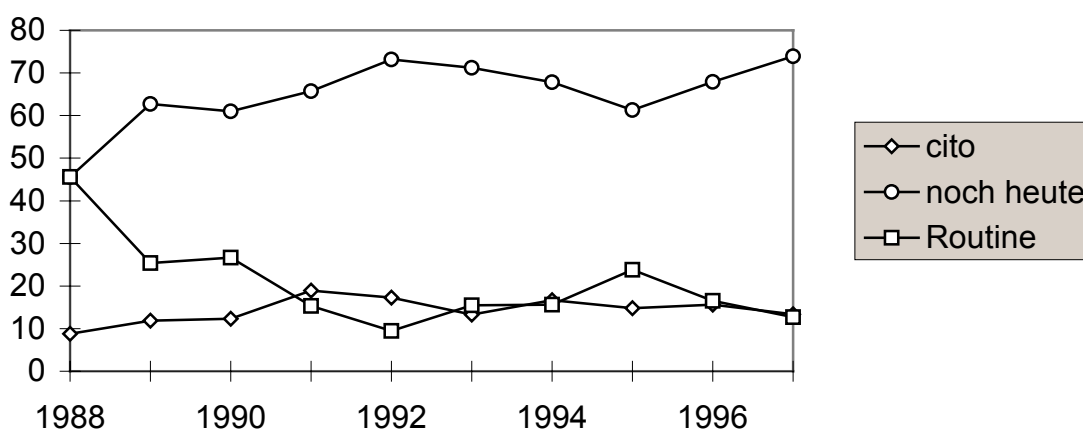
Abb. 4.1.1 Psychiatrische Konsilanforderungen am Mount Sinai Hospital in New York (1981 –1997)



tionssystems der Assistenzärzte in die BMC, sodaß für den überwiegenden Teil dieses Jahres nur ein Facharzt für die reguläre Konsultationsrate verfügbar war (J.J. Strain, pers. Mitteilung). Die relativen Konsultationsraten lagen zwischen 0,9% und 1,7%.%

Eine deutliche Änderung zeigte sich in der Dringlichkeit der Konsultationsanforderungen. Die *noch am Tag der Anmeldung* durchzuführenden Konsultationen nehmen zu, sie liegen jetzt über bei 60% und sind auf Kosten der *Routine-Konsultationen* deutlich höher als im Vergleichszeitraum. Der Anteil der *cito-Konsultationen* (innerhalb 1 h) bewegt sich mit durchschnittlich 14,2% dagegen im wesentlichen auf dem gleichen Niveau und weist wenig Veränderungen auf. Dies unterstützt die Beobachtung von Fulop & Strain (1986), daß mit einer gleichbleibenden Basisrate an sehr dringlichen psychiatrischen Konsultationen im Allgemeinkrankenhaus zu rechnen ist. (Abb. 4.1.2, Tab. 4.1.2).

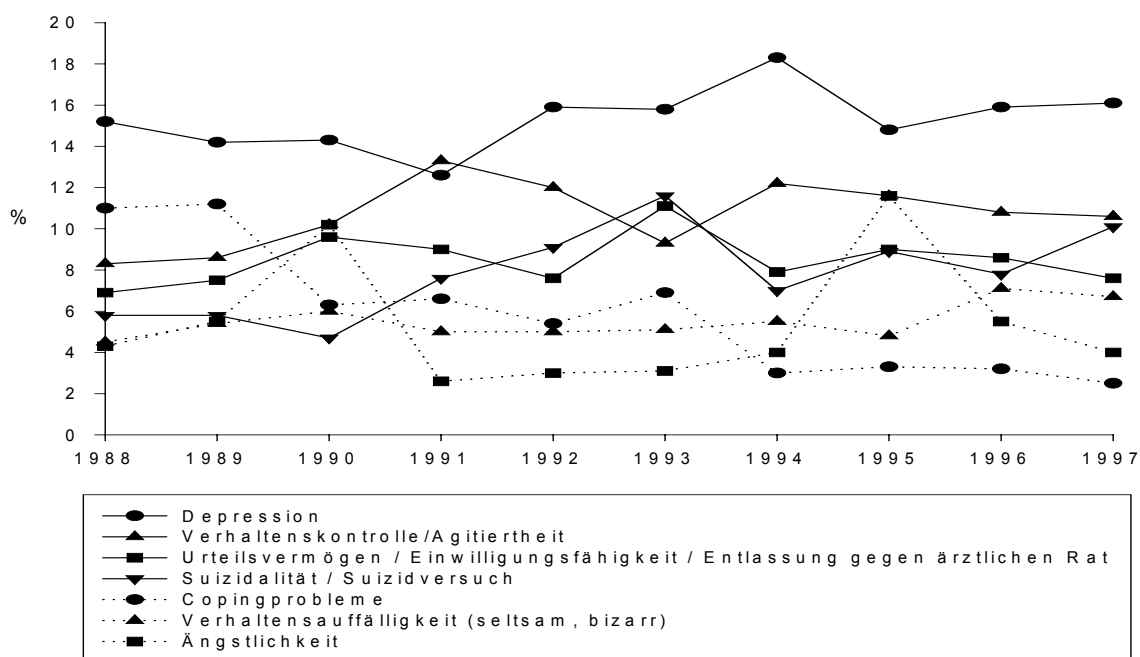
Abb. 4.1.2 Dringlichkeit der Konsilanforderungen (in %)



Auch bei den Überweisungsgründen zeigten sich neue Entwicklungen (Abb. 4.1.3, Tab. 4.1.3). War im Vergleichszeitraum die „Evaluation von Suizidalität“ überwiegend an erster Stelle genannt worden, so wird diese Position jetzt nahezu durchgehend durch Überweisungen wegen „Depression“ eingenommen, die sich insgesamt verdreifachen. Eine weitere Spitzenposition nehmen Anforderungen wegen „Umgang mit agitierten Patienten“ ein, die recht gleichbleibend wie im Vergleichszeitraum ca. 10% ausmachen. An die vierte Stelle der Überweisungsgründe sind die Anforderung wegen „Geschäftsfähigkeit/Informed Consent/Entlassung gegen ärztlichen Rat“ gerückt. Deren Anteil, zu Beginn der 80er Jahre noch zu vernachlässigen, hat sich verdreifacht und pegelt sich jetzt bei ca. 9% ein (vgl. Abschnitt 4.3.1.6). Vernachlässigbar, um nur einige zu nennen, sind Anforderungen wegen Sexual- oder Schlafstörungen, Terminalstadium einer Erkrankung, Eßstörungen, diagnostischer Erörterungen, oder auch präoperativer Evaluation. Anforderungen wegen „Teamproblemen“ spielen keine Rolle, ebensowenig ethische Fragen⁶. Insgesamt zeigt sich, daß umschriebene psychiatrische Probleme (Depression, Agitiertheit, Suizidalität) und administrativen Fragestellungen deutlich und konstant im Vordergrund der Anforderungen stehen. Die deutlichste Veränderung gegenüber dem Vergleichszeitraum ist die Zunahme an „administrativen Fragestellungen“ wie Einwilligungsfähigkeit des Patienten und Entlassung gegen ärztlichen Rat. Dies entspricht der Beobachtung von Knowles et al. (1994), die während eines 10-jährigen Zeitraums bereits Ende der 80er Jahre eine Verdopplung des Anteils solcher Anforderungen auf 9,4% aller Konsile an einem Veterans Administration Hospital in Baltimore beobachteten. Fragestellungen hinsichtlich der Einwilligungsfähigkeit von körperlich kranken Patienten werden seit Beginn der 90er

⁶ Vgl. *Microcares-Dokumentationsbogen* in Anhang II (S.3 'Reasons/Problems for the Consult'), Items No. 30,31, 33,12, 10, 22, 31, 13.

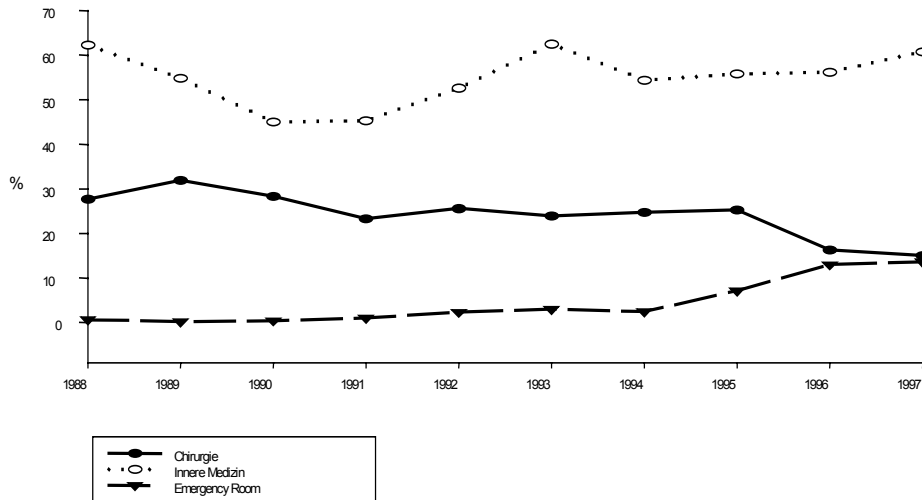
Abb.4.1.3 Entwicklung der häufigsten Überweisungsgründe (1988 – 1997)



Jahre in der amerikanischen Konsiliarpsychiatrie zunehmend diskutiert (z.B. Strain et al. 1993b, Appelbaum & Grisso 1997). Die Anzahl derartiger Konsilianforderungen schwankt zwischen einzelnen Diensten sehr stark (z.B. 4,5% bei Arolt et al. 1995a, 19,8% bei Saupe & Diefenbacher 1995) und ist stark von administrativen Vorgaben beeinflusst (McKegney et al. 1992).

Bei den überweisenden Abteilungen zeichnen sich ebenfalls Veränderungen ab (Tab. 4.1.4; Abb. 4.1.4). Die internistischen Abteilungen stehen stets mit über 50% an der Spitze, gefolgt von

Abb.4.1.4 Konsilanforderungen einzelner Abteilungen (in % aller Konsile)



den chirurgischen Abteilungen, die Neurologie liegt bei ca. 5%, Gynäkologie und Geburtshilfe bei 2% - alles in allem Relationen, wie sie überwiegend in der Literatur berichtet werden (vgl. Hengeveld et al. 1984). Ins Auge fällt aber der deutliche Anstieg von Anforderungen aus der Notaufnahme (*Emergency Room*), der seit 1993/94 um das sechsfache auf 13,6% zunimmt. Der Konsiliarpsychiater veranlaßt hier zunehmend Verlegungen in andere Krankenhäuser, wobei psychiatrische Krankenhäuser und Abteilungen im Vordergrund stehen.

4.1.3.3 Psychiatrische und somatische Diagnosen (Tab. 4.1.5 - 4.1.6)

Wie im Vergleichszeitraum machten *Organische Psychische Störungen*, d. h. die zusammengefaßten Gruppen der Demenzen im Senium und Präsenium, durch psychotrope Substanzen induzierte Organisch Bedingte Störungen, vor allem aber die Organisch Bedingten Psychischen Störungen in Verbindung mit körperlichen Störungen oder Zustandsbildern der Achse III mit insges. 40,1% den Hauptteil der Diagnosen aus. Dies entspricht dem häufig berichteten Anteil dieser Störungsgruppe in den meisten konsilpsychiatrischen Stichproben. In einer multizentrischen Studie des Microcares-Consortiums betrug der Anteil organisch bedingter psychischer Störungen 36% aller überwiesenen Konsilpatienten (Smith et al. 1997). Die Gruppe der durch ein körperliche Erkrankungen im Sinne einer Achse-III-Diagnose bedingten organischen psychischen Störungen, in der z.B. die nicht durch psychotrope Substanzen verursachten Delirien zu finden sind, lag seit 1990 durchgängig an der Spitze sämtlicher Diagnosen und hatte damit die Anpassungsstörungen, die im Vergleichszeitraum überwogen hatten, überrundet (Tab. 4.1.5).

Der Anteil der Diagnose Anpassungsstörungen mit vorwiegend depressiver Symptomatik geht seit 1990 kontinuierlich von ca. 30% auf 13-18% zurück und erreicht damit eine Größenordnung

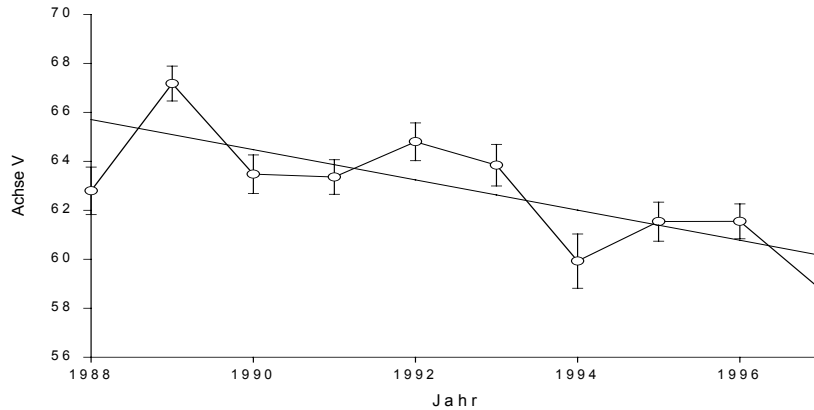
entsprechend den Ergebnissen einer Multicenter-Studie über Anpassungsstörungen bei psychiatrischen Konsilpatienten, die an amerikanischen, kanadischen und australischen Kliniken durchgeführt wurde (Strain et al. 1998). Der Anteil depressiver Störungen nahm hingegen im Beobachtungszeitraum auf das Doppelte zu. Im Vergleich zu den ausgeprägten anteiligen Änderungen beider Diagnosen am gesamten Konsilaufkommen zeigt sich für beide Gruppen zusammengenommen eine weniger ins Gewicht fallende Abnahme ihres Anteils von 35-40% (1988) auf ca. 28%, sodaß es sich bei den depressiven Syndromen insgesamt immer noch um die zweitgrößte Gruppe des Beobachtungszeitraums handelt. Lipowski & Wolston (1981) fanden in ihrer Längsschnittuntersuchung einen Anteil von 40-50% depressiver Syndrome. Sie nahmen an, daß die Mehrzahl bei einer Reklassifikation nach DSM-III entweder als Dysthymie, oder aber als Anpassungsstörung mit depressiver Stimmung eingeordnet würden. McKegney et al. (1981) klassifizierten die Mehrzahl der in ihrem Konsildienst diagnostizierten depressiven Syndrome nach DSM-III als Anpassungsstörungen, eine geringere Zahl erhielt die Diagnose einer majoren Depression. Die Diagnose von depressiven Störungen und Anpassungsstörungen mit vorwiegend depressiver Symptomatik bei Patienten mit somatischen Erkrankungen ist schwierig, ihre Problematik wird weiter unten nochmals aufgegriffen (vgl. Kap. 4.2.4.3).

Bei den somatischen Diagnosen (Achse III) (Tab. 4.1.6) zeigten sich bis auf eine Ausnahme keine wesentlichen Veränderungen gegenüber dem Vergleichszeitraum. Auffällig war der deutliche Rückgang von Patienten mit Neoplasmen, deren Anteil sich seit 1990 stetig auf die Hälfte verringerte. Dies geht zurück auf eine Entscheidung der Onkologischen Abteilung am Mount Sinai Hospital, die Anfang der 90er Jahre begonnen hatte, einen eigenen mit Klinischen Psychologen besetzten Dienst einzurichten, wodurch es in der Folgezeit zu einem deutlichen Rückgang der Überweisungen an die *Division of BMC* kam. Patienten ohne somatische Diagnose wurden selten überwiesen: mit durchschnittlich 4,9% lag ihr Anteil in einem generell von psychiatrischen Konsildiensten berichteten Bereich (Chen 1995).

4.1.3.4 Psychosoziales und körperliches Funktionsniveau (Tab. 4.1.7, Abb. 4.1.5 - 1.6)

Das *psychosoziale Funktionsniveau* der Konsilpatienten im Jahr vor der stationären Index-Behandlung wurde mit der *Global Assessment of Functioning Scale* (GAF) bestimmt. Der durchschnittliche GAF-Wert nahm während des Beobachtungszeitraums leicht ab auf einen Wert um 60, entsprechend einem psychosozialen Funktionsniveau im Grenzbereich von leichten zu mäßig ausgeprägten Symptomen (Tab. 4.1.7, Abb. 4.1.5).

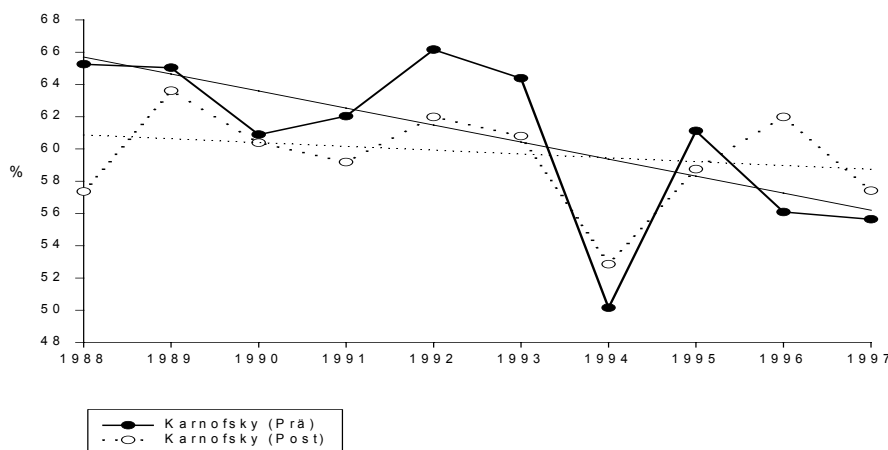
Abb.4.1.5 Psychosoziales Funktionsniveau (GAF)



$R^2 = .533$, $df = 8$, $F = 9.14$, $p = .016$, $b_0 = 1247,45$ $b_1 = -.5947$ (Standarderror nach oben und unten abgetragen)

Das *somatische Funktionsniveau* während des der aktuellen stationären Aufnahme vorangehenden Monats, bestimmt mit der *Karnofsky-Skala*, zeigt sich ebenfalls zunehmend beeinträchtigt: es wird mehr und häufiger Unterstützung und häufiger eine ärztliche Betreuung bereits im Vorfeld der stationären Behandlung benötigt (vgl. *Abb.4.1.6, Karnofsky prä*). Demgegenüber weisen die Werte der Karnofsky-Skala am Ende der Konsultation (*Karnofsky post*) zwar Schwankungen auf, behalten ihr Niveau während des Beobachtungszeitraums aber eher bei. Dies deutet darauf hin, daß die dem Konsildienst vorgestellten Patienten sowohl hinsichtlich ihres vor der stationären Krankenhausbehandlung bestehenden psychosozialen wie auch körperlichen Funktionsniveaus im Laufe des Beobachtungszeitraums zunehmend mehr Beeinträchtigungen zeigten: sie waren gewissermaßen bei der Aufnahme zur stationären Behandlung kränker als früher, wurden andererseits aber nicht kränker als früher wieder aus dem Krankenhaus entlassen. Mehrere während dieser 10-Jahresperiode mit dem Microcares-Dokumentationssystem durchgeführte Multicenter-Studien zeigen eine ähnliche Beeinträchtigung des psychosozialen und körperlichen Funktionsniveaus für unterschiedliche Diagnosegruppen wie Anpassungsstörungen, depressive Störungen und Organisch bedingte Störungen (Smith et al. 1997, 1998, Strain et al. 1998). Dies kann als Bestätigung dafür genommen werden, daß es sich bei den Konsilpatienten nicht nur um eine psychisch, sondern auch um eine *körperlich* stärker beeinträchtigte Patientengruppe handelt.

Abb. 4.1.6: Körperliches Funktionsniveau (*Karnofsky-Skala*)



Karnofsky prä: $R^2 = .419$, $df=8$ $F = 5,77$ $p = .043$ $b_0=2321,67$ $b_1 = -1,1348$
 Karnofsky post: $R^2 = .059$, $df=8$ $F = 0,50$ n.s. $b_0=573,608$ $b_1 = -,2581$

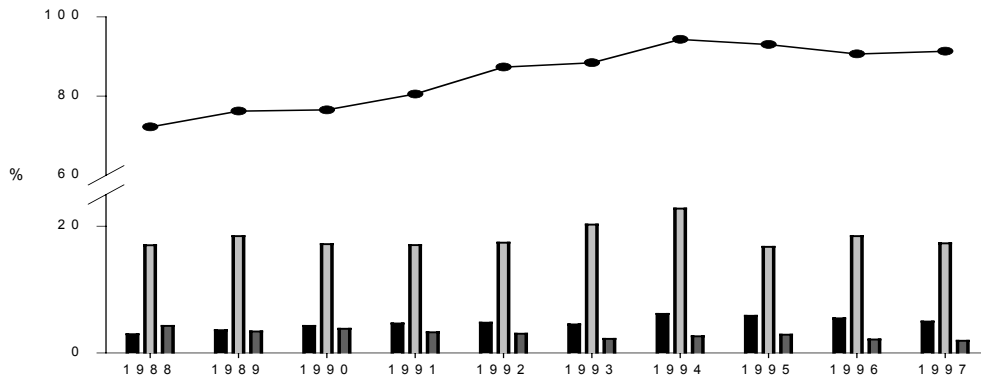
4.1.3.5 Konsultationsprozeß (Tab. 4.1.8 - 4.1.12, Abb. 4.1.6 - 4.1.10)

Die Dauer der Konsilepisoden wurde von 1992 bis 1997 untersucht. Hier ist zunächst eine Änderung im Rotationssystem der Assistenzärzte zu erwähnen: ab 1994/95 wurden erfahrenere *residents* (im 4. Weiterbildungsjahr) im Konsildienst eingesetzt, was - so die Beobachtung der Fachärzte der *Division of BMC* - im Vergleich zu den bis dahin bereits im dritten Ausbildungsjahr rotierenden Ärzten mit einer Verkürzung der Erstkontakte einher ging, deren Anteil deutlich ansteigt (pers. Mitteilung J.J. Strain) (Abb. 4.1.6, Tab. 4.1.8). Die durchschnittliche Zahl der Folgekontakte nimmt aber, auch im Angesicht kürzer werdender Krankenhausverweildauern (vgl. Abb. 4.1.10), von drei auf fünf zu, allerdings bei abnehmendem Zeitaufwand je Folgekontakt. Letztlich kommt es zu keiner ausgeprägten Reduktion des pro Konsilepisode eingesetzten Zeitbudgets: der Gesamtaufwand mit durchschnittlich 2 - 3 Stunden pro Fall bleibt konstant und bewegt sich in einer Größenordnung, wie sie auch von anderen Konsildiensten berichtet wurde (Strain et al. 1998). Der hohe Zeitaufwand und die hohe Zahl an Folgekontakten sind im Vergleich zu den im Rahmen psychiatrischer Konsiliartätigkeit in Deutschland üblichen Gepflogenheiten überraschend, für die amerikanische Konsiliarpsychiatrie allerdings typisch (Rothermundt et al. 1997). Daß bei einer dem Beobachtungszeitraum vorausgegangenen Untersuchung (1983 - 1986) am MSH in 42% der Konsilepisoden weniger als 3 Folgekontakte stattgefunden hatten, wurde als für die Qualität der konsiliarpsychiatrischen Versorgung bedenklich eingestuft und für verbesserungswürdig empfunden (Strain et al. 1990). Der Rückgang des Anteil der psychiatrischen Konsile ohne Folgekontakt von 20,1% auf 8,3% von 1988 bis 1997 (vgl. Tab. 4.1.8) spiegelt die verschärften Richtlinien der Division of BMC wider, die im Einklang mit den mittlerweile veröffentlichten

Praxisleitlinien der *Academy of Psychosomatic Medicine* durchschnittlich zwei Folgekontakte pro Konsilepisode vorsehen (Bronheim et al. 1998).

Im Rahmen der Facharztweiterbildung für Psychiatrie ist in den USA eine mehrmonatige Rotation in Konsiliar-Liaisonpsychiatrie Pflicht, wobei ein großer Wert auf die fachärztliche Supervision ge-

. Abb. 4.1.6 Dauer des psychiatrischen Konsils und Folgekontakte



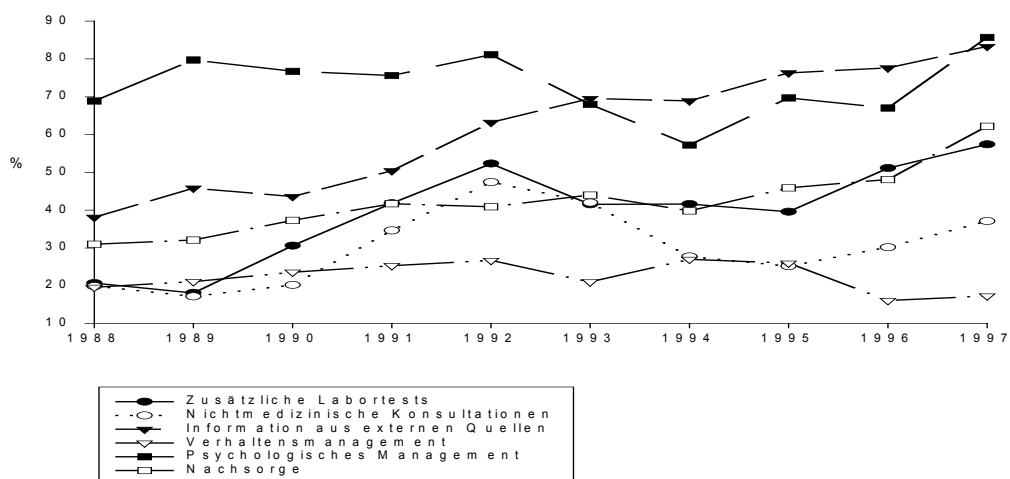
Durchgezogene Linie: Anteil Folgekontakte bezogen auf alle Konsilpatienten (%),

Säule 1: Anzahl Folgekontakte, Säule 2: durchschnittliche Dauer der Erstkonsile, Säule 3: durchschnittliche Dauer eines Folgekonsils (*Zeiteinheiten für die Dauer der Erst- bzw. Folgekonsile vgl. Tab. 4.1.8.*)

legt wird (Gitlin et al. 1996, Bronheim et al. 1998, Rothermundt et al. 1997). Entsprechend zeigt sich die pro Konsilfall aufgewandte Supervisionszeit für die Assistenzärzte wenig beeinflusst von den eben geschilderten Entwicklungen: die Fachärzte der *Division of BMC* wenden hierfür während des gesamten Zeitraums recht konstant zwischen 45 und 75 Minuten auf.

Die diagnostischen und therapeutischen Empfehlungen in der Konsiliarpsychiatrie lassen sich, einem Vorschlag von Huyse et al. (1988) folgend, in mehrere Gruppen biologischer (z.B. diagnostische Tests, Verordnung von Psychopharmaka) oder psychosozialer (z.B. psychologische oder verhaltensorientierte) Interventionen gliedern (vgl. Anhang II, *Micro-Cares Dokumentationsbogen, "Recommendations"*, S.4). Interventionen, die mit einem unmittelbaren Kontakt des Konsiliarpsychiaters zum Patienten oder zum Stationsteam einhergehen, zeigen während des Beobachtungszeitraums wenig Veränderungen. Am häufigsten sind psychologische Interventionen, verhaltensorientierte Empfehlungen erfolgen bei durchschnittlich 1/5 der Konsilpatienten (Abb. 4.1.7., Tab. 4.1.9).

Abb. 4.1.7 Empfehlungen des psychiatrischen Konsildienstes



Es zeichnet sich eine kontinuierliche Zunahme bei den Labor- und apparativen Untersuchungen ab, die zuletzt bei mehr als der Hälfte der Konsilpatienten angeregt werden. Dies spricht dafür, daß der Konsiliarpsychiater zunehmend auch *somatomedizinische* differentialdiagnostische Aspekte in seine Arbeit einbringt (vgl. Abschnitt 4.2.3.5). Die deutlichsten Veränderungen zeigen sich dort, wo der Konsiliar in der Kontaktaufnahme mit Anlaufstellen außerhalb des Krankenhauses aktiv wird: die externe Informationsbeschaffung, wie z.B. von Hausärzten und ambulanten Betreuungseinrichtungen, verdoppelt sich und erfolgt zuletzt bei 83,3% der Konsilpatienten, ebenso die Kontakte zwecks Vermittlung von Patienten in stationäre oder ambulante Weiterbehandlung ('Nachsorge'), die auf 62% ansteigen.

Die Verschreibung von Psychopharmaka (Tab. 4.1.10) zeigt eine ansteigende Tendenz: in der zweiten Hälfte des Beobachtungszeitraums wird bei mehr Patienten eine Psychopharmakotherapie für indiziert gehalten (40,8% vs. 36,8%; $\chi^2=7.616$, $df=1$, $p = .006$). Insbesondere verändert sich die Verordnungshäufigkeit der eingesetzten Antidepressiva bei *Depressionen* und *Anpassungsstörungen*. Dies wird im folgenden genauer betrachtet.

Der Beginn des Beobachtungszeitraums fällt mit der Einführung der selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (im folgenden SSRI) zusammen. Als erster Vertreter dieser Medikamentengruppe wurde Fluoxetin Ende 1988 in den USA zugelassen und von den amerikanischen Konsiliarpsychiatern aufgrund eines günstigen Nebenwirkungsprofils fast schon enthusiastisch begrüßt, wobei vor allem die fehlende Kardiotoxizität hervorgehoben wurde (Stoudemire et al. 1991). *Abb. 4.1.8* zeigt die Entwicklung der Verordnung von zwei TZA (Amitriptylin und Nortriptylin), sowie der SSRI's Fluoxetin und - als Gruppe zusammengefaßt - Sertralin und Paroxetin. Die beiden letzteren wurden 1991 bzw. 1992 in den USA zugelassen (DiMasi & Lasagna 1995). In der Praxis des Konsildienstes am MSH sind die Ende der 80er Jahre dominierenden trizyklischen Antidepressiva (TZA) 10 Jahre später nahezu bedeutungslos geworden. Bereits mit der Einführung von Fluoxetin

Abb. 4.1.8 Verordnung von Antidepressiva am MSH in New York (1988 - 1997)



Legende: Amitriptylin (201), Nortriptylin (210), Fluoxetin (217), Sertralin/Paroxetin (218)

werden sie seltener verordnet und liegen schließlich bei weniger als 10%. Fluoxetin nimmt am Ende des Beobachtungszeitraums ca. 30%, Sertralin und Paroxetin nehmen zusammen ca. 60% ein. Es dominieren also unangefochten die SSRI, als sedierendes Antidepressivum hat sich Trazodon durchgesetzt. Andere Antidepressivagruppen spielen keine nennenswerte Rolle. Auffällig ist das Fehlen von Psychostimulantien, die im Kontrast zu ihrer Propagierung in der amerikanischen konsiliarpsychiatrischen Literatur vom Konsildienst des MSH kaum verordnet wurden (vgl. auch *Abb. A1* im *Tabellenanhang II*). Längsschnittbeobachtungen der Verordnungsmuster von Psychopharmaka durch psychiatrische Konsildienste gibt es kaum. Während eines vierjährigen Beobachtungszeitraums der Verordnungen von Antidepressiva bei Patienten mit Affektiven, Angst bzw. Anpassungsstörungen durch einen psychiatrischen Konsildienst in Melbourne fanden Smith et al. (1998) ebenfalls einen deutlichen Anstieg des Anteils medikamentös behandelter Patienten nach Einführung der SSRI.

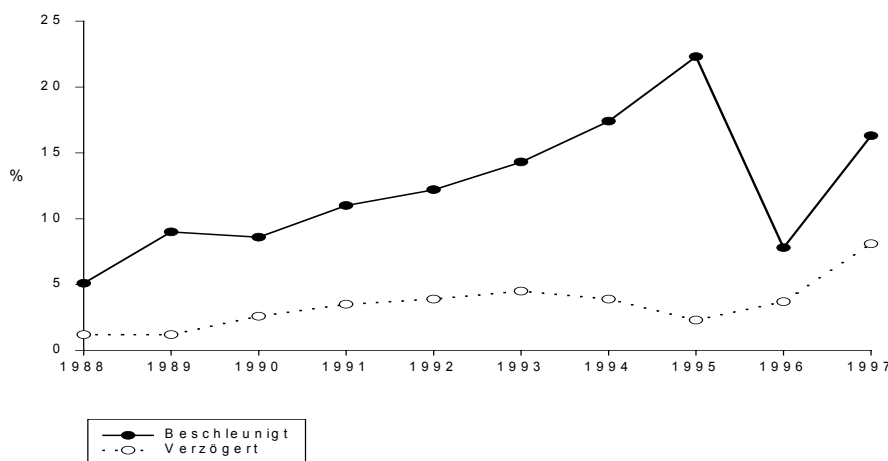
Seit Beginn der 90er Jahre werden Antidepressiva auch vermehrt in der Behandlung minorer Depressionen eingesetzt (Stewart et al. 1992, Kapfhammer 1998a). Wie sieht ihr Einsatz speziell bei depressiven Störungen und Anpassungsstörungen mit depressiver Symptomatik aus (Tab. 4.1.11)? Zunächst kann festgestellt werden, daß die Verordnung von Antidepressiva in der Behandlung beider Gruppen zwischen 1988 und 1997 kontinuierlich zunimmt und sich von 11,9% auf 32,8% fast verdreifacht ($\chi^2=28.105$, $df=9$, $p= .001$). Vergleicht man die Entwicklung der Verordnungshäufigkeiten von Antidepressiva bei majorer Depression (DSM-III-R 296.2x und 296.3x) und bei Anpassungsstörungen mit depressiver Symptomatik (309.xx, unter Ausschluß von 309.30 und 309.90), dann zeigt sich, daß es bei den Anpassungsstörungen zu einem allerdings nicht statistisch signifikanten Anstieg des Anteils der mit einem Antidepressivum behandelten Patienten kommt. Der Anteil der medikamentös antidepressiv behandelten Patienten mit einer majoren Depression, der zwischen 22,5% und 46,7% schwankt, liegt stets deutlich höher als bei den Patienten mit einer Anpassungsstörung (Tab. 4.1.11).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, daß die Einführung der SSRI mit einer Zunahme der Indikationsstellung für eine medikamentöse antidepressive Therapie einhergeht. Dies ist aber eher mit der häufigeren Diagnosestellung von majoren Depressionen verbunden, der Anteil der mit Antidepressiva behandelten Patienten mit einer Anpassungsstörung nimmt tendenziell zu, bleibt aber insgesamt gering.

4.1.3.6 Beeinflussung des Entlassungsdatums und Weiterbehandlung nach der Entlassung (Tab. 4.1.9, 4.1.12 - 4.1.13, Abb. 4.1.9)

Interessante Entwicklungen zeigen sich hinsichtlich der Beteiligung des Psychiaters bei der Beeinflussung des Entlassungsdatums (Abb. 4.1.9). Zu Beginn der Beobachtungsperiode, der in die Zeit eines intensiven Interesses der amerikanischen Konsiliarpsychiater in ihren erhofften Beitrag zur Verkürzung von Krankenhausliegedauern fällt (Levenson 1998), wird dies selten, gerade einmal bei 5,1% der Patienten vorgenommen. Erst im Laufe des Beobachtungszeitraums kommt es zu einer deutlichen Zunahme von Interventionen mit dem Ziel einer Beschleunigung von Entlassungen (Durchschnittswert insges. 12,2%). Ebenso weist aber die - initial nahezu inexistente - Mitarbeit bei der Planung von Entlassungen, die eher mit einer Verlängerung der stationären Behandlung verbunden ist, eine kontinuierliche Zunahme auf (Durchschnittswert insges. 3,5%). Es ist vereinzelt vermutet worden, daß die amerikanische Konsiliarpsychiatrie zu ökonomisch orientiert sei (Haag & Stuhr 1994). Lyons & Larson (1989) haben aber deutlich gemacht, daß die konsiliarpsychiatrische Praxis und Forschung sich tatsächlich innerhalb einer Wertematrix bewegt, die unterschiedliche und z.T. konfligierende Perspektiven der einzelnen Teilnehmer (Patient, Krankenhaus, Krankenkassen etc.) berücksichtigen muß. Dies kann im Angesicht einer zunehmenden generellen Verkürzung von Verweildauern dazu führen, daß der Konsiliar einer zu zeitigen Entlassung u.U. widersprechen muß.

Abb. 4.1.9 Beeinflussung des Entlassungsdatums durch den Konsiliar

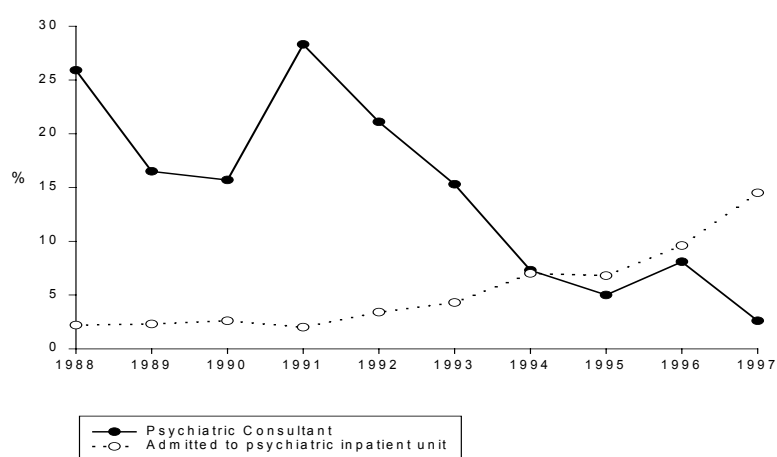


Die Beendigung einer konsiliarpsychiatrischen Behandlung (Tab. 4.1.12) sollte idealerweise in

Übereinkunft mit dem Patienten durch den Psychiater erfolgen und zwar dann, wenn eine eingetretene Krise durch eine Intervention behoben werden konnte, oder wenn z.B. eine Vermittlung in eine stationäre oder ambulante psychiatrische Behandlung veranlaßt wurde (Stotland & Garrick 1990, Bronheim et al. 1998). Der Anteil dieser drei Modalitäten liegt über den gesamten Beobachtungszeitraum recht konstant trotz einiger Schwankungen bei insgesamt 26,3%. Es ist allerdings innerhalb dieser Gruppe zu einer deutlichen Verschiebung gekommen, die mit einer Einschränkung des Handlungsspielraums des Konsiliarpsychiaters einher geht. Der Anteil eigenhändig abgeschlossener Behandlungen nimmt ab, gleichzeitig nehmen Überweisungen in ambulante Behandlung, aber auch in stationäre psychiatrische Behandlung zu (Abb. 4.1.10). Diese Entwicklung ist ab 1994 besonders deutlich zu sehen, wo die Zahl der stationären Einweisungen durch den Konsiliar die der eigenhändig abgeschlossenen Behandlungen zu überschreiten beginnt. Die Interpretation dieser Entwicklung ist schwierig. Sie steht in Zusammenhang mit Verkürzung der Krankenhausverweildauern und der Kostenerstattung über Fallpauschalen bei körperlich kranken Patienten in den USA (Levenson 1998). Organisiert der Konsiliarpsychiater, falls medizinisch möglich, eine frühzeitige Verlegung von Patienten mit somatopsychischer Komorbidität z.B. auf die Psychiatrische Abteilung des eigenen Krankenhauses, dann wird hierdurch ein neuer Finanzierungsweg eröffnet und die Ressourcen des somatischen Bereichs werden geschont (Hall et al. 1996).

Der Einfluß der kürzer werdenden Krankenhausliegedauern zeigt sich in der Weiterbehandlung nach der Entlassung aus der Index-Behandlung. Aufgrund des hohen Anteils unbekannter Modalitäten der Weiterbehandlung kann hier lediglich eine Zunahme unmittelbar anschließender stationä-

Abb. 4.1.10 Beendigung der konsiliarpsychiatrischen Behandlung



rer Behandlungen festgestellt werden. Der Anteil der Konsilpatienten, die in eine andere psychiatrische Einrichtung verlegt und dort weiter behandelt werden, steigt kontinuierlich von 2,2% zu Beginn auf 14,6% am Ende der Beobachtungsperiode an. Dies ist ein wichtiger Punkt bei der Planung von konsiliarpsychiatrischen Interventionsstudien, wenn Kosteneinsparungen

nachgewiesen werden sollen: grundsätzlich ist eine Beschränkung auf die lediglich während des stationären Aufenthaltes entstandenen (direkten) Kosten nicht ausreichend. Es müssen ebenfalls die nach Entlassung aus der Index-Behandlung anfallenden (indirekten) Kosten, wie z.B. stationäre Weiterbehandlung, Zunahme an ambulanten Behandlungskosten etc. berücksichtigt werden, um - gerade angesichts ohnehin kurzer Verweildauern - eine bloße Verlagerung von Krankenhausbehandlungskosten in andere Bereiche ausschließen zu können (Strain et al. 1991b, Lyons & Larson 1989, Saravay et al. 1996). Solche Studien sind bislang nur selten durchgeführt worden (Strain et al. 1991b).

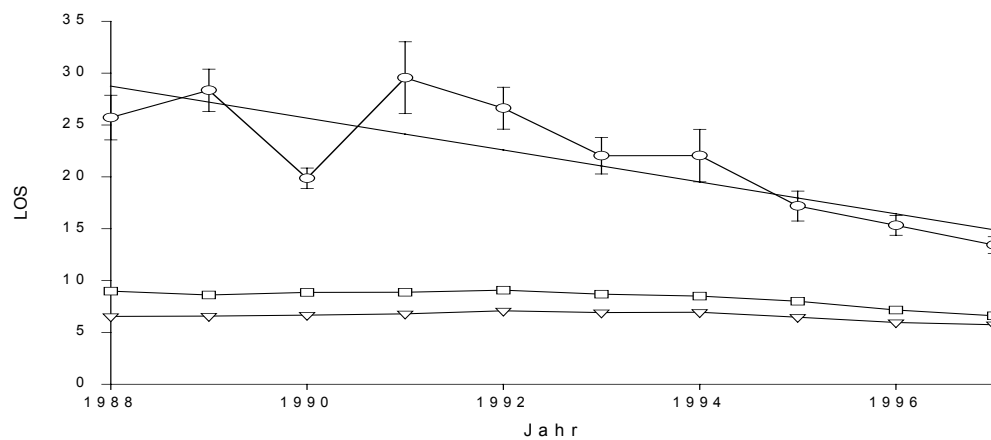
4.1.3.7 Krankenhausliegedauer und *Lagtime* (Tab. 4.1.14, Abb. 4.1.10, 4.1.11)

In den letzten beiden Jahrzehnten hat der Druck zu Kosteneinsparungen und Verkürzungen der Verweildauer bei stationärer Krankenhausbehandlung weltweit zugenommen. So hat die durchschnittliche Krankenhausliegedauer (im folgenden LOS, *length of stay*) aller medizinischen Fachgebiete in Berlin innerhalb von sechs Jahren von 21,3 Tagen (1991) auf 12,8 Tage (1997) abgenommen (Berliner Senat 1999). Levenson (1998) hat vor diesem Hintergrund die besonders Ende der 80er Jahre ausgeprägten Bestrebungen der amerikanischen Konsiliarpsychiater, kosteneinsparende Effekte ihrer Tätigkeit in diesem Klima belegen zu wollen, rückblickend mit dem Versuch verglichen, die Vorteile einer neuen Paddeltechnik in einem Fluß beweisen zu wollen, der viel schneller dahinströmt, als der Kanute jemals paddeln kann. Mehrfach wurde als ein möglicher Mechanismus, die längeren LOS von Konsilpatienten zu verringern, seinerzeit die Verkürzung des Zeitintervalls zwischen stationärer Aufnahme und Konsilanforderung (in der konsiliar-liaisonpsychiatrischen Literatur *Lagtime* genannt) vorgeschlagen. Entsprechend dem sog. *Timing Paradigma* (Lyons et al. 1986) sollte eine Verkürzung der *Lagtime* durch Beeinflussung des Überweisungsverhaltens der Stationsärzte (via früheres Erkennen psychischer Komorbidität und damit früherer Anforderung des psychiatrischen Konsils) zu einer Verkürzung der LOS der Konsilpatienten führen. Dieser Mechanismus schien z.T. durch Studien untermauert, die eine starke positive Korrelation zwischen *Lagtime* und LOS fanden (z.B. Ackermann et al. 1988), insgesamt waren die Ergebnisse für unterschiedliche Patientengruppen allerdings widersprüchlich (Hales et al. 1988) und es wurde infrage gestellt, ob der beobachtete Zusammenhang tatsächlich etwas mit dem Zeitpunkt der psychiatrischen Konsultation zu tun habe (Cohen-Cole et al. 1991, Handrinos et al. 1998). Bei den Studien zum Timing Paradigma handelt es sich um Querschnittsuntersuchungen, d.h. Veränderungen von LOS und *Lagtime* während mehrjähriger Zeiträume wurden nicht berücksichtigt. Wie sieht vor dem Hintergrund einer weiteren Verkürzung von Verweildauern die Entwicklung dieser beiden Parameter während des 10jährigen Beobachtungszeitraums am MSH aus?

Die durchschnittliche LOS *aller* im MSH während des Beobachtungszeitraums behandelten Patienten (ca. 30.000/Jahr) hat um ca. 2 Tage von 8,98 Tagen auf 6,94 Tage abgenommen (Abb. 4.1.10, *mittlere Kurve*). Die LOS der sog. *Inlier*, d.h. der Patienten, deren Liegedauer den administrativ vorgegebenen Wert nicht überschritt (z.B. 5 - 7 Tage bei einer Cholecytektomie),

verringerte sich weniger ausgeprägt von 6,54 Tagen auf 5,86 Tage (*untere Kurve*). Demgegenüber hatte sich die LOS der Konsilpatienten (durchschnittlich 446/Jahr) im selben Zeitraum halbiert (25,7 vs. 13,4 Tage) und sich der durchschnittlichen LOS aller Krankenhauspatienten angenähert (LOS-Differenz zugunsten der Konsilpatienten 16,7 Tage in 1988 vs. 6,5 Tagen in 1997) (*Abb. 4.1.10*). Auch die *Lagtime* für die Konsilpatienten am MSH hat, allerdings in geringerem Ausmaß, während des Beobachtungszeitraums abgenommen (*Abb. 4.1.11*, *Tab. 4.1.14*).

- *Abb. 4.1.10* Krankenhausverweildauern am *Mount Sinai Hospital* 1988 - 1997 (*LOS in Tagen*)

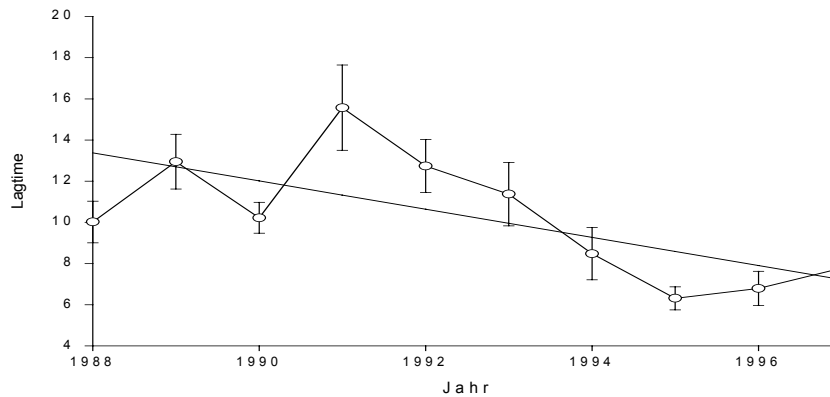


□ = alle Patienten, ▽ = Inlier, ○ = Konsilpatienten

LOS Konsilpatienten: $R^2 = .641$, $df=8$, $F=14,26$, $p=.005$, $b_0=2945,37$, $b_1= -1,4672$

Wie sieht nun die Entwicklung der Korrelation von *Lagtime* und LOS während des Beobachtungszeitraums aus? Zu Beginn findet sich die seinerzeit in der konsiliarpsychiatrischen Literatur (z.B. Lyons et al. 1986) beschriebene starke bis sehr starke positive Korrelation zwischen beiden Parametern ($r = .719$ in 1988). Diese nimmt aber im Verlauf deutlich ab und fällt 1997 nurmehr mäßig aus ($r = .361$) (vgl. *Tab. 4.1.14*). Die Längsschnittbetrachtung könnte somit darauf hinweisen, daß die in den genannten Studien beobachtete ausgeprägte Korrelation eher eine Momentaufnahme

- Abb. 4.1.11 Entwicklung der *Lagtime* am *Mount Sinai Hospital* (1988 - 1997) (*Lagtime* in Tagen)



Lagtime Konsilpatienten $R^2 = .403$ $df=8$ $F=5,40$ $p = .049$ $b_0 = 1297,05$ $b_1 = -,6458$

der Situation Ende der 80er Jahre darstellte, aber kein Paradigma für einen Mechanismus konsiliarpsychiatrischer Interventionen auf die Verkürzung von LOS ist. Handrinós et al. (1998) haben kürzlich argumentiert, daß nicht die Verkürzung der *Lagtime* zu einer Reduktion der LOS führt, sondern vielmehr umgekehrt die *Lagtime* ein von der LOS abhängiger Parameter sei, der überwiegend deren Schwankungen widerspiegelt. - Die Rolle von *Lagtime* und LOS für den psychiatrischen Konsildienst wird weiter unten nochmals aufgegriffen (vgl. Abschnitt 4.2.4.2).

4.1.4 Diskussion

Die Untersuchung der Tätigkeit des psychiatrischen Konsildienstes am MSH in New York über eine 10jährige Beobachtungsperiode zeigt einige Veränderungen, weist aber vor allem grundlegende Konstanten auf. Die Veränderungen betreffen vorwiegend die Schnittstellen des konsiliarpsychiatrischen Dienstes mit anderen in die Behandlung der Patienten einbezogenen Versorgungsinstanzen, patientenbezogene Parameter hingegen bleiben konstant. Zunächst werden die für die Definition eines Kernbereichs konsiliarpsychiatrischer Versorgung wichtigen Aspekte diskutiert.

Die Zahl der dem psychiatrischen Konsildienst am MSH überwiesenen Patienten hat sich im Zeitraum von 1988 - 1997 im Vergleich zu den Jahren 1980-1986 nahezu verdoppelt, die relative Konsultationsrate für den gesamten Beobachtungszeitraum lag bei 1,2% und bewegte sich damit in einem Bereich wie er aus der Literatur bekannt ist (Hengeveld et al. 1984, Wallen et al. 1987, Huyse et al. 1997 [1% für die europäische ECLW-Studie]). Die Überweisungsgründe vonseiten der somatischen Ärzte blieben stabil, Anforderungen wegen "Depression" und "agitiertem Verhalten" nahmen eine Spitzenposition ein. Beides kann eine medizinische Behandlung z.T. gravierend erschweren, ihre häufige Nennung - wogegen z.B.

Anforderungen zur "Klärung von Teamproblemen" praktisch keine Rolle spielen - kann als Auftrag der überweisenden Ärzte an den psychiatrischen Konsildienst begriffen werden, Hilfe beim unmittelbaren, praktischen Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten ihrer Patienten zu erhalten. Bedarf bei der Klärung (psychiatrischer) diagnostischer Fragen spielt dagegen kaum eine Rolle - eine Beobachtung, die in der konsiliarpsychiatrischen Literatur seit vielen Jahren berichtet wird (Meyer & Mendelson 1961). Dies erinnert an die in den 30er Jahren von den amerikanischen Konsiliarpsychiatern propagierte Losung "Demonstrate, not preach our usefulness", eine Grundhaltung die für eine erfolgreiche Arbeit psychiatrischer Konsildienste unabdingbar ist (Stotland & Garrick 1990, Diefenbacher & Saupe 1996).

Die anteilige Zusammensetzung der psychiatrischen Diagnosen bei den Konsilpatienten bleibt stabil. Insgesamt weisen die Organisch bedingten psychischen Störungen eher eine Zunahme auf: die große Bedeutung deliranter Syndrome bestätigt sich (z.B. Lipowski 1990, Huyse et al. 1997). Hierbei liegen die durch körperliche Erkrankungen bedingten deliranten Syndrome (im Sinne akuter Verwirrheitszustände entsprechend der ICD-10-Kategorie F05) vor den durch Substanzmißbrauch bedingten (Entzugs-)Delirien, beide zusammen machen ca. ein Drittel der Überweisungen aus. Deutliche Veränderungen zeigen sich im anteiligen Verhältnis der Diagnosen von depressiven Störungen und Anpassungsstörungen mit depressiver Symptomatik, erstere werden etwas häufiger, letztere seltener diagnostiziert. Es muß offenbleiben, ob es sich dabei um ein vermehrtes Auftreten schwererer depressiver Störungen im Laufe des Beobachtungszeitraums handelt, oder nicht eher um eine Änderung diagnostischer Gepflogenheiten. Letzteres kann auch bei Benutzung operationalisierter Diagnosesysteme wie der ICD-10 oder den neueren Versionen des DSM angesichts der Schwierigkeiten in der Diagnose depressiver Syndrome, auf deren eingeschränkte Reliabilität bei körperlich kranken Patienten in der konsiliarpsychiatrischen Literatur häufig hingewiesen wurde, nicht ausgeschlossen werden (z.B. Malt et al. 1996, House 1988, Chandarana et al. 1988, Rouchell et al. 1996, Müller & Förstl 1999). Zusammengenommen nimmt der Anteil beider Gruppen aber nur geringgradig ab, sodaß depressive Syndrome mit knapp einem weiteren Drittel zeitüberdauernd einen zweiten Kernbereich der psychiatrischen Diagnosen ausmachen (vgl. Abschnitt 4.2.4.3). An dritter Stelle liegen die Störungen durch psychotrope Substanzen, deren durchschnittliche Häufigkeit während des 10jährigen Beobachtungszeitraums (8,5% der Konsilpatienten) in etwa der in der Literaturübersicht von Hengeveld et al. (1984) berichteten Größenordnung entspricht (Median 10,5%). Diese drei Gruppen machen in der konsiliarpsychiatrischen Literatur übereinstimmend den Hauptanteil der Diagnosen aus (Hengeveld et al. 1984, Arolt et al. 1995).

Patienten mit schizophrenen oder bipolaren Störungen finden sich demgegenüber nur selten: mit etwas unter 7% entspricht auch ihr Anteil einer für das konsiliarpsychiatrische Arbeitsfeld oft beschriebenen Größenordnung (Hengeveld et al. 1984, Lipowski & Wolston 1981, Saupe & Diefenbacher 1996a). Gleiches galt für den Anteil der Konsilpatienten, die keine psychiatrische Diagnose erhielten (z.B. Chen 1995).

Wesentliche auf den unmittelbaren Patientenkontakt bezogene Parameter erweisen sich

ebenfalls als stabil. Ungeachtet aller Veränderungen im Verhältnis von Zeitaufwand für das Erstkonsil, welcher abnimmt, und Anzahl von Folgekontakten, welche trotz der kürzer werdenden Krankenhausverweildauern zunehmen, bleibt der gesamte Aufwand für eine Konsultationsepisode bei einem für amerikanische Konsildienste nicht ungewöhnlichen Wert von 2 - 3 Stunden (Rothermundt et al. 1997). Die Empfehlung von Labordiagnostik oder anderer apparativer Zusatzuntersuchungen durch den Konsiliarpsychiater, in der amerikanischen Konsiliarpsychiatrie als wesentliche Aufgabe definiert (Stotland & Garrick 1990, Bronheim et al. 1998), nehmen zu und werden am Ende der Beobachtungsperiode bei mehr als der Hälfte der Konsilpatienten angeregt. Dies kann in Zusammenhang mit der zunehmenden Krankheitsschwere stationär behandelter Patienten gesehen werden, eine Tendenz die sich in der hier untersuchten Stichprobe in einer Abnahme der körperlichen Funktionsfähigkeit vor der Krankenhausaufnahme ausdrückt (Anfinson & Kathol 1993). Überhaupt zeigen die Einschränkungen des körperlichen, aber auch psychosozialen Funktionsniveaus der Konsilpatienten, wie auch der geringe Anteil von Patienten ohne psychiatrische oder somatische Diagnose, daß es sich um eine Gruppe von Patienten handelt, die komorbide *somatopsychisch* beeinträchtigt ist - und keinesfalls, worauf auch Mayou & Sharpe (1997) kürzlich ausdrücklich hingewiesen haben, um eine Gruppe sogenannter "worried well", deren Beeinträchtigung vernachlässigenswert sei und die allenfalls optional dem Konsiliarpsychiater vorgestellt werden müßten.

Während sich die psychotherapeutischen oder verhaltensorientierten Interventionen nicht wesentlich verändern, kommt es zu einer signifikanten Zunahme in der Verschreibung von Psychopharmaka, die am Ende der Beobachtungsperiode nahezu bei jedem zweiten Patienten empfohlen werden. Dies liegt über dem von Hengeveld et al. (1984) Wert (Median 37,8%), aber noch innerhalb der dort berichteten Bandbreite (14-74,5%) und in einer Größenordnung, wie er z.B. auch von psychiatrischen Konsildiensten in Deutschland berichtet wird (vgl. Zusammenstellung bei Diefenbacher 1999). Interessant ist hier, daß die Verordnung von Psychopharmaka zunimmt, ohne daß die Zeitdauer des Patientenkontakts bzw. die Häufigkeit psychischer Interventionen abnimmt. Aus der vorliegenden Längsschnittstudie kann also nicht geschlossen werden, daß "Pillen" für "Gespräche" substituiert werden. Es wird vielmehr ein pragmatischer multimodaler Ansatz verfolgt, wie er kürzlich von der *Academy of Psychosomatic Medicine* (APM) auch in der Form von Leitlinien niedergelegt worden ist (Bronheim et al. 1998).

Interessant ist die Entwicklung in der Verordnung von Antidepressiva. Vor allem in der Ära der trizyklischen Antidepressiva (TZA) war die Verordnung von Antidepressiva bei depressiven körperlich kranken Patienten u.a. aufgrund der eher häufigeren unerwünschten Nebenwirkungen umstritten (Koenig & Breitner 1990, Popkin et al. 1985, Ray et al. 1991). Von 1988 bis 1997 hat die Verordnung von TZA durch den psychiatrischen Konsildienst des MSH auf einen sehr geringen Anteil abgenommen. Damit einher ging ein deutlicher Anstieg in der Verschreibung von SSRI seit deren Einführung 1988, die am Ende der Beobachtungsperiode nahezu dreiviertel aller verordneten Antidepressiva ausmachen. Auch die einzige vergleichbare Untersuchung aus Melbourne zeigt eine ähnliche Entwicklung, allerdings mit einem höheren

Anteil an nach wie vor verordneten TZA bei den unter 50 Jahre alten Patienten - die Zunahme der SSRI war dort vor allem bei den älteren Patienten sichtbar (Smith et al. 1998). Das Vorgehen am MSH entspricht den Leitlinien der *Agency for Health Care Policy and Research* (AHCPR) für die Verordnung von Antidepressiva in der primärärztlichen Versorgung, wo als Mittel der ersten Wahl vorrangig die Substanzgruppe der SSRI aufgeführt wird (*Depression Guideline Panel* 1993). Die Adaptation dieser Leitlinien ist für den konsiliarpsychiatrischen Bereich von der *Academy of Psychosomatic Medicine* empfohlen worden (Kathol et al. 1994). Wie in Abschnitt 3.3.2 bereits erwähnt, gibt es eine umfangreiche Spezialliteratur über den Einsatz von Psychopharmaka bei Patienten mit somatopsychischer Komorbidität. Diese Patienten können mit Antidepressiva sicher und effektiv behandelt werden (Beliles & Stoudemire 1998, Gill & Hatcher 1999). Da das Vorliegen relevanter somatischer Erkrankungen allerdings in der Regel einen Ausschlußgrund für die Aufnahme solcher Patienten in klinische Studien darstellt, ist die Zahl kontrollierter vergleichender Untersuchungen über den Einsatz von Antidepressiva im konsiliarpsychiatrischen Setting noch gering (Katz et al. 1994, Gill & Hatcher 1999, Bauer & Whybrow 1999). Hier zeichnen sich aber Veränderungen ab (Müller & Förstl 1999 am Beispiel der antidepressiven Behandlung von Hirninfarktpatienten, oder die aktuelle Diskussion über den Einsatz von Nortriptylin oder Sertralin bei über 70jährigen Patienten [Finkel et al 1999a,b, Desai & Chibnall 1999]).

Deutlich fallen seit Mitte der 90er Jahre Veränderungen der konsiliarpsychiatrischen Tätigkeit an den Schnittstellen mit anderen Institutionen auf, und zwar sowohl zu Beginn wie am Ende des Konsultationsprozesses. Die konsiliarpsychiatrische Tätigkeit in der interdisziplinären Rettungsstelle wird vermehrt angefordert, vom Konsiliar initiierte Weiterverlegungen von den somatischen auf psychiatrische Fachabteilungen nehmen zu, die Kontaktaufnahme mit externen Informationsquellen wird bei nahezu jedem Patienten zur Routine, ambulante Weiterbehandlung werden häufiger initiiert - alles Entwicklungen, die angesichts kürzerer stationärer Verweildauern verständlich sind. Sie beschreiben den zunehmenden Druck auf den konsiliarpsychiatrischen Dienst, Aufgaben in der Disposition von Patienten zu übernehmen. Tesar (1996) diskutiert am Beispiel der psychiatrischen Konsiliartätigkeit in Rettungsstellen die Aufgabe des Psychiaters in der Triage von Patienten mit somatopsychischer Komorbidität und warnt vor Tendenzen, diese eminent wichtige *therapeutische* Aufgabe - Patienten durch psychotherapeutische Kurzinterventionen zu stabilisieren und auf eine angemessene ambulante Behandlung vorzubereiten - lediglich als Tätigkeit im Sinne eines 'Dispatchers' zu begreifen. Der Trend konsiliarpsychiatrischer Tätigkeit, vermehrt in Notfallambulanzen und Rettungsstellen bereits vor einer stationären Aufnahme angefordert zu werden, hat bislang in der Literatur nur wenig Beachtung gefunden (Lamdan 1994).

Zusammenfassend läßt sich feststellen, daß die eingangs referierten Längsschnittuntersuchungen psychiatrischer Konsildienste für die Jahre von 1971 bis 1989 (insbes. Lipowski & Wolston 1981, Paddison et al. 1989 und Zumbrennen et al. 1991) sich in wesentlichen Punkten für die anschließende Dekade am Beispiel des psychiatrischen Konsildienstes am Mount Sinai Hospital in New York bestätigen lassen. Dies spricht für eine

zeitüberdauernde Konstanz wesentlicher Elemente der konsiliarpsychiatrischen Tätigkeit, wobei mit einer Basisüberweisungsrate von mindestens 1% aller stationär aufgenommenen Patienten eines Allgemeinkrankenhauses zu rechnen ist und als Kernbereiche psychischer Störungen, die in naher Zukunft keine wesentlichen Veränderungen erwarten lassen, die Organisch bedingten Störungen, depressive Syndrome und Störungen durch psychotrope Substanzen zu nennen sind.

4.2 Vergleich der Psychiatrischen Konsiliardienste des Mount Sinai Hospitals in New York City und des Universitätsklinikums Rudolf Virchow in Berlin

Vergleiche einzelner psychiatrischer Konsiliardienste können Auskunft geben über Kernbereiche psychiatrischer Konsiliartätigkeit, die – jenseits stets vorhandener idiosynkratischer Besonderheiten einzelner Dienste in Abhängigkeit vom Versorgungsauftrag des jeweiligen Allgemeinkrankenhauses – beitragen können zur Definition eines Kernbereichs dieser Tätigkeit. Internationale Vergleiche können vor dem Hintergrund unterschiedlicher nationaler Entwicklungen dazu beitragen, Gemeinsamkeiten, aber auch Einseitigkeiten psychiatrischer Konsiliartätigkeit zu identifizieren.

4.2.1 Vergleiche psychiatrischer Konsiliardienste

Vergleiche psychiatrischer Konsildienste sind selten und wurden vorwiegend als Übersichten auf der Basis publizierter Einzelfälle vorgelegt (z.B. Hengeveld et al. 1984). Es gibt lediglich eine Studie, in der auf nationaler Ebene (USA) anhand einer repräsentativen Auswahl von Akutkrankenhäusern (*akut* definiert als durchschnittliche LOS von weniger als 30 Tagen in 1977) versucht wurde, den Umfang psychiatrischer Konsiliartätigkeit zu beschreiben. Wallen et al. (1987) fanden in 327 Krankenhäusern bei 262.796 Aufnahmen eine relative Konsilrate von 0,9%. In Krankenhäusern mit Psychiatrischen Abteilungen lag die Konsilrate höher als in Häusern ohne, war aber insgesamt niedrig (1% vs. 0,7%). Die relative Konsilrate internistischer Abteilungen lag höher als die chirurgischer Abteilungen (1,1% vs. 0,6%). Häufigste Aufnahmediagnose, die zur Anforderung eines psychiatrischen Konsils führte, war die Kategorie „Unfälle, Vergiftung, Fremdeinwirkung (einschließlich Suizidversuche)“ mit einem Anteil von 30,5% aller Anforderungen, gefolgt von Störungen im Bereich des Herz-Kreislauf-Systems. Die Konsilpatienten wiesen eine deutlich längere Liegedauer auf als die übrigen Patienten (durchschnittlich 16,3 Tage vs. 7,3 Tage), sie erhielten doppelt so viele Konsultationen durch andere medizinische Fachgebiete und mußten öfter in andere Einrichtungen verlegt werden (9,1% vs. 3,5%) (Wallen et al. 1987). Die Verbundstudie der ECLW (vgl. Abschnitt 1.2.) beschreibt die Arbeit konsiliarpsychiatrischer Dienste in Europa, wobei sich einige Ähnlichkeiten im Vergleich zur Studie von Wallen et al. (1987) erkennen lassen, wie z.B. eine durchschnittliche Überweisungsrate in Höhe von ca. 1% der stationären Patienten, oder eine 2 - 3 mal längere Krankenhausliegedauer der von den Konsildiensten gesehenen Patienten (Huyse et al. 1997). Vergleiche innerhalb der ECLW-Studie weisen den Vorteil einer gemeinsamen

Basisdokumentation mit einheitlichem Diagnosesystem (ICD-10), sowie eines Reliabilitätstrainings der Teilnehmer auf (Fulop 1996). Aus der ECLW-Studie sind für den deutschsprachigen Bereich einzelne psychiatrische Konsildienste vorgestellt worden (Fiebiger 1994, Fiebiger et al. 1997, Weigelt 1995), sowie ein universitärer psychiatrischer und ein für ein städtisches Allgemeinkrankenhaus zuständiger Konsiliardienst im Vergleich (Saupe & Diefenbacher 1995, 1996a). Der Vergleich zeigte ein im wesentlichen ähnliches Spektrum psychiatrischer Diagnosen mit einem hohen Anteil organisch bedingter Störungen und depressiver Syndrome einschließlich Anpassungsstörungen für beide Konsildienste. 2/3 der überwiesenen Patienten waren niemals zuvor in psychiatrischer Behandlung, jedoch ein- oder mehrmals in stationärer somatischer Behandlung gewesen. Es wurde geschlußfolgert, daß der Konsiliarpsychiater nicht den typischen allgemeinpsychiatrischen Patienten sieht, der körperlich erkrankt, sondern vielmehr einen körperliche Symptome präsentierenden Problempatienten, der vor der konsiliarischen Überweisung bereits einige Zeit im somatischen System zirkuliert ist (Saupe & Diefenbacher 1996a). Letzteres zeigte sich auch beim Vergleich eines psychiatrischen mit einem psychosomatischen Konsildienst in Berlin für beide Dienste gleichermaßen (Knorr et al. 1996; für weitere allgemeine Vergleiche aus der ECLW-Studie zwischen psychiatrischen und psychosomatischen Diensten vgl. z.B. Herzog et al. 1994b, 1996).

Vergleiche patienten- und konsultationsprozeßbezogener Variablen, die die somatopsychische Komorbidität der Konsilpatienten (und nicht nur, wie nahezu ausschließlich der Fall, die psychiatrischen Diagnosen) berücksichtigen, sind selten (z.B. Dvoredsky & Cooley 1986). Im Vergleich eines "jungen" psychiatrischen Konsildienstes an einer deutschen Universitätsklinik, dem Rudolf-Virchow-Klinikum der Freien Universität Berlin (Saupe & Diefenbacher 1995, 1996a), mit einem "alten" Konsiliardienst an einer amerikanischen Universitätsklinik, dem Mount Sinai Hospital in New York City, der auf eine mehr als vier Jahrzehnte lange Erfahrung zurückblickt und internationale Standards gesetzt hat (Kaufman & Margolin 1948, Strain 1996), soll dies in einer Querschnittsuntersuchung durchgeführt werden, um, in Ergänzung zur Längsschnittuntersuchung, einen Kernbereich psychiatrischer Konsiliartätigkeit unter Berücksichtigung der somatopsychischen Komorbidität der Konsilpatienten zu identifizieren.

4.2.2 Untersuchungsziele, Stichprobe und Methode

Die Untersuchungsziele für den Vergleich der konsiliarpsychiatrischen Dienste am Mount Sinai Hospital in New York (MSH) und am Rudolf-Virchow-Klinikum in Berlin (RVK) werden folgendermaßen gegliedert:

- Zunächst werden patienten- und konsultationsprozeßbezogene Variablen miteinander verglichen. Es wird erwartet, daß sich ein gemeinsamer Kernbereich konsiliarpsychiatrischer Tätigkeit identifizieren läßt.
- unter Berücksichtigung der somatopsychischen Komorbidität werden Aspekte des diagnostische und therapeutischen Vorgehens bzw. von LOS und *Lagtime* zwischen

Gruppen unterschiedlicher Komorbidität untersucht, wobei angenommen wird, daß sich beide Konsildienste hierin nicht unterscheiden.

- zwei im psychiatrischen Konsildienst häufige Diagnosegruppen - *Depressionen* und *Anpassungsstörungen* - werden untersucht. Es wird erwartet, daß die Intensität therapeutischer Maßnahmen (z.B. Anteil an psychopharmakotherapeutisch behandelten Patienten) zwischen den einzelnen Gruppen differiert (höherer Anteil bei Depressionen als bei Anpassungsstörungen) und daß sich dies nicht zwischen beiden Konsildiensten unterscheidet.

Stichprobe

Untersuchungszeitraum ist die Einjahresperiode vom 1.4.1991 bis 31.3.1992. Verglichen werden stationär behandelte Allgemeinkrankenhauspatienten zweier Universitätsklinik, die dem jeweiligen psychiatrischen Konsildienst konsekutiv vorgestellt wurden. Die Stichprobe der Patienten des psychiatrischen Konsildienstes des MSH in New York umfaßt 483 Patienten. Das Untersuchungsfeld wurde weiter oben beschrieben (vgl. Abschnitt 4.1.2.). Die Stichprobe der Patienten des Konsildienstes der Psychiatrischen Klinik und Poliklinik der Freien Universität Berlin am Rudolf-Virchow-Krankenhaus in Berlin-Wedding (im folgenden RVK) umfaßt 280 Patienten, die sämtlich vom Verfasser untersucht und im Rahmen der ECLW-Studie (vgl. Abschnitt 1.2.) dokumentiert wurden⁷. Das Rudolf-Virchow-Krankenhaus ist ein Krankenhaus der Maximalversorgung mit 1142 Betten und über 20.000 stationären Aufnahmen pro Jahr (Stand: 1991/ 92). Der psychiatrische Konsildienst der Psychiatrischen Klinik am Rudolf-Virchow-Klinikum war mit einem Facharzt für Psychiatrie und Neurologie mit tiefenpsychologischer Zusatzausbildung besetzt. Die meisten Konsile wurden - bei überwiegendem Einsatzes des Konsiliarpsychiaters in der Konsiltätigkeit (entsprechend einer $\frac{3}{4}$ Stelle)⁸ - während der regulären Arbeitszeit bearbeitet. Der konsiliarpsychiatrische Dienst für das RVK, der in der Poliklinik der Psychiatrischen Klinik angesiedelt war, hatte bei Konsilanforderungen eine Anfahrtstrecke von ca. 8 km zurückzulegen, derjenige des MSH befand sich im Gebäude des Krankenhauses. Beide Konsildienste waren ausschließlich für erwachsene Patienten (>18 Jahre) zuständig.

Methode

Die New Yorker Stichprobe wurde mit dem bereits beschriebenen *Micro-Cares Consortium*

⁷ Diese Untersuchung wurde durch die Robert Bosch Stiftung (Bewilligungsnr. 1 – 1.5.1030.0075.0) gefördert und im Rahmen der europäischen Verbundstudie „The Effectiveness of Mental Health Service Delivery in the General Hospital“ der European Consultation/Liaison Workgroup – General Hospital Psychiatry and Psychosomatics (ECLW) durch die Europäische Gemeinschaft (4.Medizinisches und Gesundheitsforschungsprogramm COMAC-Health Service Research (Bewilligungsnr. MRA*-340-NL). Ihre Durchführung wurde vom Ethik-Komitee der FU Berlin, Universitätsklinikum Rudolf Virchow, Standort Charlottenburg genehmigt (Az: VI A 2).

⁸ Da ca. 8 Stunden wöchentlich für eine *Liaison*tätigkeit in der Schmerzzambulanz der Abteilung für Anästhesiologie des RVK zur Verfügung standen, die im Rahmen der deutschen CL-Studie, die sich auf stationär behandelte Patienten beschränkte, nicht dokumentiert wurde, betrug der Anteil für den psychiatrischen *Konsiliar*bereich ca. 55%.

Psychiatric Consultation Questionnaire dokumentiert (vgl. 4.1.2., *Anhang II*). Die Untersuchung des psychiatrischen Konsildienstes am RVK ist Teil der Verbundstudie „Psychiatrische und psychosomatische Konsiliar-Liaison-Versorgung am Allgemeinkrankenhaus in Deutschland – eine multizentrische empirische Untersuchung zur Evaluation von Struktur und Funktion bestehender Dienste“ (im folgenden ‚deutsche CL-Studie‘)(Herzog et al., in press; Herzog et al. 1996). Die deutsche CL-Studie ist ein eigenständiges Teilprojekt mit spezifischen Fragestellungen der europäischen Verbundstudie „*The effectiveness of mental health consultation and liaison service delivery in the general hospital*“. Zur Beschreibung der konsiliarischen Versorgung und relevanter Randbedingungen wurde ein umfassendes Dokumentationspaket entwickelt, das neben einer konsilepisodenbezogenen Beschreibung (*ECLW Registration Form V2*, vgl. Anh. I) Strukturmerkmale des Krankenhauses, des Konsildienstes und der Konsiliarpraktiker erfaßt (*ECLW Collaborative Study, Form I: Hospital Registration, Form II: Psychological Medicine* [hier nicht wiedergegeben]). In der patientenbezogenen Basisdokumentation werden Verlauf und Ergebnis der Konsilepisode standardisiert beschrieben durch administrative Daten, soziodemographische Angaben, Überweisungsdaten, Behandlungsanamnese und Funktionsniveau vor Aufnahme, psychosoziale Versorgung und Funktionsniveau bei Erstkontakt, somatische Diagnosen nach ICD-9, psychiatrische Diagnosen nach ICD-10 (Dilling et al. 1993), Konsultationsanlaß und Behandlungsmodalitäten, Interventionen, Funktionsniveau und Versorgungsplanung am Ende der Konsilepisode. Die erhobenen Daten wurden in den Studienkoordinationszentren Amsterdam und Freiburg zentral über Belegleser eingegeben, kontrolliert und für die statistische Auswertung aufbereitet. Die Studienteilnehmer wurden in Trainingsseminaren anhand von Manualen (*ECLW 1990a,b*) intensiv in der Handhabung der Instrumente und der ICD-10-Diagnostik geschult. Voraussetzung für die Teilnahme an der Studie war die reliable Anwendung der Diagnostik und der Basisdokumentation (Malt et al. 1996). Da das ICD-10 mehr diagnostische Gruppen als das DSM-III-R enthält, insbesondere im Bereich der somatoformen („psychobiologischen“, „somato-psychiatrischen“) Störungen, und eine vereinfachte Version zum Gebrauch in der primären Gesundheitsversorgung geplant war, die mittlerweile publiziert ist (Kleinschmidt et al. 1995) wurde für die ECLW-Studie die ICD-10 als Klassifikationssystem ausgewählt. Angesichts des engen Bezuges der (zum Zeitpunkt der Studie noch nicht fertiggestellten) DSM-IV auf die ICD-10 sollte damit eine bessere Vergleichbarkeit der Ergebnisse mit Studien, die dieses Diagnostiksystem benutzen würden, ermöglicht werden (vgl. DSM-IV [*International Version with ICD-10 Codes*] 1995).

Probleme des Vergleichs

Der *ECLW-Dokumentationsbogen* baut in wesentlichen Teilen auf dem bereits beschriebenen *Micro-Cares Consortium Psychiatric Consultation Questionnaire* auf (vgl. Fulop 1996). Dies erleichtert die Vergleichbarkeit der Daten. Dennoch ergaben sich einige Unterschiede, deren wesentlichster die Verwendung unterschiedlicher psychiatrischer Klassifikationssysteme darstellt: die Berliner Konsilpatienten wurden mit ICD-10, die New Yorker nach DSM-III-R klassifiziert. Auf die jeweiligen Vor- oder Nachteile dieser Klassifikationssysteme für die Diagnose psychischer Störungen bei körperlich kranken Patienten kann an dieser Stelle nicht näher eingegangen werden (Strain et al. 1999). Probleme beim Vergleich einzelner diagnostischer Gruppierungen werden an den entsprechenden Stellen diskutiert. Da das Ziel der Untersuchung die Identifikation eines *gemeinsamen* Kernbereichs konsiliarpsychiatrischer Tätigkeit ist, dürften weitere Unterschiede bei soziodemographischen Variablen wie Wohnsituation oder Bildungsniveau weniger ins Gewicht fallen. - Auf die bei der Analyse von Inanspruchnahmedaten zu beachtenden Probleme wurde bereits weiter oben eingegangen (vgl. S.40).

4.2.3 Praxis der konsiliarpsychiatrischen Dienste am Mount Sinai Hospital in New York und am Rudolf-Virchow-Klinikum in Berlin

In diesem Abschnitt wird die *Praxis der beiden Konsildienste* verglichen. Um die Darstellung übersichtlich zu gestalten, werden die vollständigen Daten tabellarisch im **Tabellenanhang I** aufgeführt, im folgenden Text werden lediglich hervorstechende Merkmale diskutiert. Bei Zahlenangaben wird, wenn nicht anders vermerkt, an erster Stelle stets die Berliner (RVK), an zweiter Stelle die New Yorker (MSH) Stichprobe genannt. Wenn von *Unterschieden* gesprochen wird, handelt es sich, wenn nicht anders vermerkt, um *statistisch signifikante* Unterschiede.

4.2.3.1 Soziodemographische Daten (Tab. 4.2.1)

Die vergleichbaren soziodemographischen Merkmale wiesen in beiden Stichproben keine Unterschiede auf: das Durchschnittsalter ist nahezu gleich (51,2 bzw. 48,9 Jahre), Frauen machen jeweils etwas mehr als die Hälfte der Konsilpatienten aus. Der Anteil der Voll- bzw. Teilzeitbeschäftigten ist niedrig und liegt bei 13,3% bzw. 15,1%. Dies sind Größenordnungen, wie sie auch in der Längsschnittuntersuchung gefunden wurden (Tab. 4.1.1). Die Stichproben entsprechen hinsichtlich der soziodemographischen Zusammensetzung den in der Literatur berichteten Profilen psychiatrischer Konsiliardienste (z.B. Arolt et al. 1995, Hengeveld et al. 1984).

4.2.3.2 Status vor der Krankenhausaufnahme (Tab. 4.2.2. - 4.2.5)

Der Anteil somatischer Vorbehandlung ist in beiden Stichproben sehr ähnlich: nur wenige Konsilpatienten (12,5% vs. 10,8%) waren während der vorausgegangenen Jahre nicht wegen einer körperlichen Erkrankung in ambulanter oder stationärer Behandlung gewesen (Tab.

4.2.2., 4.2.3.). Das höchste erreichte psychosoziale Funktionsniveau (GAF) im Jahr vor der stationären Behandlung liegt in Bereichen mit nur wenigen (oder vorübergehenden) Symptomen, ist in New York aber deutlich niedriger und an der Grenze zum Bereich mäßiger Symptome (Tab. 4.2.4, DSM-IV 1995, S.30-32). Das körperliche Funktionsniveau kann wegen unterschiedlicher Beurteilungszeiträume nur eingeschränkt verglichen werden. Die erzielten Werte auf der Mobilitätsskala (Berlin) bzw. der Karnofsky-Skala (New York) sprechen dafür, daß der Anteil schwerer beeinträchtigter Patienten gleich ist (Tab. 4.2.5.).

Lediglich ein geringer Teil (2,8%) der Berliner Konsilpatienten befand sich bei der stationären Aufnahme in ambulanter fachpsychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung. Auch während eines Zeitraums von fünf Jahren vor der aktuellen stationären Aufnahme waren 67,9% der Berliner Konsilpatienten niemals in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung gewesen. 14,6% waren wegen psychischer Probleme ausschließlich vom Hausarzt behandelt worden, und lediglich 17,5% hatten sich in fachspezifischer stationärer oder ambulanter Behandlung befunden. Für die New Yorker Stichprobe ist dies, bezogen auf ein Jahr vor der Aufnahme, ähnlich: nur 18,6% befanden sich in psychiatrischer Behandlung (Tab. 4.2.2. - 4.2.3.).

4.2.3.3 Somatischer Status und Funktionsniveau beim Erstkonsil (Tab 4.2.4. - 4.2.6)

Der geringe Anteil an Konsilpatienten, die bei ihrer Vorstellung keine somatische Diagnose erhalten hatten (4,3% bzw. 2,9%), entspricht den Angaben in der Literatur (z.B. Blewett & Jenkins 1994, Angelberger & König 1988). Die Anzahl somatischer Diagnosen, die als Schätzwert für die Schwere der vorliegenden körperlichen Erkrankung herangezogen wurde (Unützer et al. 1998, vgl. Abschnitt 4.2.4), war, anders als die Häufigkeiten der somatischen Erstdiagnosen, nicht unterschiedlich. Da die Erstversorgung von Suizidenten bzw. intoxikierten Patienten nicht zu den Aufgaben des MSH gehörten, spielten selbstverletzendes Verhalten und Intoxikationen in suizidaler Absicht anders als in der Berliner Stichprobe, wo deren Anteil mit insges. 18,2% an erster Stelle lag, nur eine untergeordnete Rolle. Die Verteilung entspricht ansonsten dem Spektrum nicht spezialisierter psychiatrischer Konsiliardienste (Hengeveld et al. 1984, Arolt et al. 1995, Blewett & Jenkins 1994). Die Zweit- und Dritt Diagnosen weisen mit jeweils größten Anteilen an kardiovaskulären Erkrankungen eine höhere Übereinstimmung auf (Tab. 4.2.6). Nur für die Berliner Konsiliarpatienten wurden das körperliche Funktionsniveau zum Zeitpunkt des Erstkonsils bestimmt. Der Anteil körperlich beeinträchtigter Patienten, insbesondere der Bettlägerigen, hatte im Vergleich zum schlechtesten Zustand im Jahr vor der stationären Aufnahme nochmals zugenommen. Das psychosoziale Funktionsniveau war weiter verschlechtert und lag mit einem GAF-Median von 55 im Bereich deutlich ausgeprägter Symptome (Tab. 4.2.4, 4.2.5).

4.2.3.4 Abteilungen, Überweisungen und psychiatrische Diagnosen (Tab. 4.2.7 - 4.2.12)

Vergleichbar mit den meisten Berichten über psychiatrische Konsildienste wird der größte Anteil

an Überweisungen in Berlin und New York von den internistischen und chirurgischen Abteilungen veranlaßt, wobei die Innere Medizin den Hauptanteil umfaßt (z.B. Hengeveld et al. 1984, Arolt et al. 1995, Weigelt 1995), Gynäkologie/Geburtshilfe, aber auch Onkologie und Nuklearmedizin hingegen nur selten überweisen (Fritzsche et al. 1998, Weigelt 1995, Arolt et al. 1995) (Tab. 4.2.7). Der im Vergleich zu Berlin hohe Anteil an Konsilanforderungen aus der Neurologie in New York wird verständlich, wenn man bedenkt, daß die neurologische Facharztweiterbildung in den USA keine psychiatrische Ausbildungszeit vorsieht und es kaum Doppelfachärzte entsprechend dem deutschen Nervenarzt gibt.

Die *Dringlichkeit der Konsilanforderung* wurde vom anfordernden Arzt vorgegeben, der bestimmen konnte, ob das Konsil *cito* (d.h. innerhalb 1 h), *noch am Tag der Anmeldung* oder als *Routine-Konsil* (Erledigung innerhalb 24h nach Anforderung, d.h. üblicherweise am auf die Anmeldung folgenden Arbeitstag), erfolgen sollte. Während nun 67,1% der Anforderungen in Berlin als *Routine-Konsile* angemeldet wurden, sollten in New York 68,8% der Patienten *noch am selben Tag* vom Psychiater gesehen werden (Tab. 4.2.8). Der Anteil der *Routine-Konsile* lag dort 1997 sogar nur noch bei 12,7% (vgl. Tab. 4.1.2), d.h. es wurde zunehmend erwartet, daß die Konsile noch am Tag ihrer Anforderung durchgeführt werden. Unter Berücksichtigung des gesamten Zeitraums von 1980 - 1997 mit recht konstanten *cito*-Konsilanforderungen um 14% am MSH (ähnlich bei Weigelt [1995] mit 10%), einer Größenordnung, die Fulop & Strain (1986) für eine relativ stabile Baisrate halten, fällt der niedrige Wert von 2,5% *cito*-Konsilen für Berlin auf. Möglicherweise spielte hier die räumliche Trennung der Psychiatrischen Klinik, wo der Konsildienst angesiedelt war, vom somatischen Allgemeinkrankenhaus (ohne designierte Räumlichkeiten für den Konsildienst) eine Rolle insofern die Hinzuziehung des Konsiliars aus diesem Grund für aufwendiger gehalten wurde. Dies entspräche der Beobachtung von Siede et al. (1975), daß mit zunehmender räumlicher Entfernung eine gegebene konsiliarpsychiatrische Versorgung seltener in Anspruch genommen wurde (ähnlich Steuber & Müller 1983, Hunter 1948). Hinsichtlich des psychosozialen Funktionsniveaus zeigten sich bei den *dringlicheren* Konsilanforderungen in Berlin statistisch signifikant niedrigere durchschnittliche GAF-Werte als bei den *Routine-Konsilen* (Tab. 4.2.8).

Bei den Überweisungen (Tab. 4.2.9), die aufgrund unterschiedlicher Codierungen nur eingeschränkt vergleichbar sind, zeigt sich hinsichtlich der häufigsten Anforderungsgründe Übereinstimmung: jeweils ca. 50% sind *aktuelle psychische Symptome* (d.h. Agitiertheit, Verhaltensauffälligkeiten oder andere psychopathologische Symptome). Auch die Anforderungen wegen *ungeklärter körperlicher Symptome oder vermuteten psychologischen Faktoren* unterscheiden sich nicht (23,7% vs. 25% bei zusätzlicher Berücksichtigung der Mehrfachnennungen). Deutlich öfter werden am MSH Patienten wegen Problemen mit Coping oder Compliance vorgestellt, ein eher seltener Anforderungsgrund am RVK, aber auch bei anderen deutschen psychiatrischen und auch psychosomatischen Konsildiensten (Weigelt 1995, Saupe & Diefenbacher 1996a, Knorr et al. 1996). Überweisungen zur *Beurteilung der Geschäftsfähigkeit* wurden aus Kapazitätsgründen vom psychiatrischen Konsildienst im RVK restriktiv gehandhabt, wodurch der sehr niedrige Anteil dieser Anforderungen erklärt wird.

Anfragen vonseiten der Stationsärzte wegen *Mißbrauchs psychotroper Substanzen* sind selten (3,6% vs. 7,9%), was im Einklang steht mit der bekannten Unterversorgung von Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen auf den somatischen Stationen im Allgemeinkrankenhaus durch psychiatrisch-psychotherapeutische Fachkräfte (Burton et al. 1991, Fuller & Jordan 1994, Arolt et al. 1995c).

Psychiatrische Diagnosen wurden in Berlin nach der ICD-10, in New York nach DSM-III-R gestellt (Referenztablelle vgl. Tab. 4.2.10). Im folgenden werden die psychiatrischen Erstdiagnosen verglichen (Tab. 4.2.11-12). Ausgerichtet an den zweistelligen Kategorien der ICD-10 (F0 - F9) läßt sich zunächst feststellen, daß deren Verteilung in beiden Diensten sehr ähnlich ist. Schizophrenien und wahnhaftige Störungen, sowie bipolare affektive Störungen spielen eine untergeordnete Rolle. Dies reiht sich ein in die seit Jahrzehnten bekannte Beobachtung, daß diese beiden Kernbereiche des psychiatrischen Fachgebiets im konsiliarpsychiatrischen Setting selten vorkommen, was sich auch in der Längsschnittuntersuchung gezeigt hatte (vgl. Abschnitt 4.1.3.3.). Am häufigsten sind Anforderungen wegen Demenzen und anderer organisch bedingter psychischer Störungen (35,7% vs. 35,4%), gefolgt von Anpassungsstörungen (15,7% vs. 17,1%; zum Vergleich: 11,5% bei Popkin et al. 1990 [retrospektive Diagnose nach DSM-III-R], 18,3% bei Weigelt 1995 [ICD-10]) und Störungen durch psychotrope Substanzen (12,9% vs. 14,4%, durch psychotrope Substanzen bedingte hirnorganische Störungen sind hier eingeschlossen). Dies entspricht den in der Literatur berichteten Häufigkeiten (vgl. Übersicht bei Diefenbacher 1999). Übereinstimmend selten sind Angststörungen, somatoforme Störungen und Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (z.B. nicht-organischen Schlafstörungen) (4,7% vs. 8,8%), was ebenfalls aus der Tätigkeit psychiatrischer Konsildienste berichtet wird (Lipowski 1967b, Hengeveld et al. 1984, Arolt et al. 1995). Die Diagnose einer *Depression* wurde demgegenüber in Berlin doppelt so oft gestellt (13,9% vs. 6,8%). Die Berliner Zahlen liegen in einer ähnlichen Größenordnung wie dies auch von anderen Studienzentren der deutschen ECLW-Studie berichtet wurde (12,0% der Konsilpatienten eines Allgemeinkrankenhauses [Saupe & Diefenbacher 1995]; 19,9% in einem Universitätsklinikum bei Weigelt 1995). Es fallen aber Differenzen zu zwei anderen, nicht an der ECLW-Studie beteiligten, psychiatrischen Konsildiensten auf: so wurden in Bonn deutlich mehr Störungen der F3- im Vergleich zur F4-Kategorie nach ICD-10 diagnostiziert (23,9% vs. 8,8% aller Konsilpatienten) (Deister 1994), wogegen in Lübeck die Anpassungsstörungen (F43.2, retrospektive Klassifizierung nach ICD-10) die häufigste Diagnosegruppe aller Konsilpatienten darstellten (30,6% vs. 9,3% mit einer F3-Diagnose) (Arolt et al. 1995). Hengeveld et al. (1984) nennen in ihrer Übersicht Anteile von (nach ICD-9) 5,8% für die Anpassungsstörungen und 30,5% für Affektive Psychosen und Neurotische Depressionen. Bereits in der Längsschnittuntersuchung waren deutliche Verschiebungen zwischen den beiden Gruppen aufgefallen, deren gemeinsamer Anteil an allen psychiatrischen Diagnosen sich hingegen als weniger änderungsanfällig erwies. Die diskrepanten Häufigkeiten, sowohl zwischen den beiden untersuchten Konsildiensten, wie auch unter Berücksichtigung der Literatur, sprechen daher am ehesten für unterschiedliche Interpretationen der genannten diagnostischen Kategorien durch

die Konsildienste und belegen deren von Malt et al. (1996) im Rahmen der ECLW-Studie bedauerte eingeschränkte Reliabilität im konsiliarpsychiatrischen Setting (vgl. Abschnitte 4.2.4.3, 4.3.1.3). Keine psychiatrische Diagnose erhielten in Berlin 6,4% der Konsilpatienten, in New York 6,2%. Diese Werte liegen im Einklang mit der Übersicht von Hengeveld et al. (1984, Median bei 2,9%) wie auch mit den Angaben von Konsildiensten, deren Tätigkeit im Rahmen der ECLW-Studie untersucht wurde (insges. 10,5% ohne psychiatrische Diagnose, die beteiligten deutschen psychiatrischen Konsildienste hatten in 6,9% keine psychiatrische Diagnose vergeben [Chen 1995]). Die Anzahl der psychiatrischen Diagnosen, die - wie bei den somatischen Diagnosen - als ein Indikator für die Schwere der vorliegenden Beeinträchtigung genommen wurde (Unützer et al. 1998), unterschied sich nicht: Am häufigsten wurde nur eine psychiatrische Diagnose vergeben. Der geringe Anteil an Patienten mit drei Diagnosen in Berlin, bzw die nur selten in New York genutzte Möglichkeit, mehr als drei psychiatrische Diagnosen zu vergeben, dürfte dafür sprechen, daß die in Berlin vorgegebene Beschränkung auf max. drei Diagnosen nicht zu einem relevanten Verlust an Information führte.

Abschließend soll der Blick noch darauf gelenkt werden, daß in Berlin bei 6 der 11 Patienten ohne somatische Diagnose eine Depression diagnostiziert wurde (Tab. 4.2.27) und daß der Anteil an *ungeklärten körperlichen Symptomen* als Hauptüberweisungsgrund bei den Berliner Konsilpatienten mit einer Depression doppelt so hoch war wie bei den Anpassungsstörungen (25,6% vs. 11,4%). Smith et al. (1998) hatten in ihrer Multicenter-Studie eine deutliche erhöhte Komorbiditätsrate mit somatoformen Störungen für majore Depressionen und vor allem Dysthymien im Vergleich zu Anpassungsstörungen gefunden. Dies erinnert an das Konzept der "larvierten" Depression und mithin daran, daß Patienten mit depressiven Störungen, die sich primär mit somatischen Symptomen präsentieren, häufig von den zuerst aufgesuchten somatischen Ärzten nicht diagnostiziert werden und zunächst eine organische Behandlungsstrecke durchlaufen bevor sie - im Vergleich zu Patienten mit der Präsentation primär psychischer Symptome - deutlich verspätet in fachspezifische psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung gelangen (Beliles & Stoudemire 1998, Katon 1991, Gater & Goldberg 1991).

4.2.3.5 Die Tätigkeit des psychiatrischen Konsildienstes

Dauer und Häufigkeit der Konsultation (Tab. 4.2.13.)

Rothermund et al. (1997) haben anhand einer Befragung von deutschen und amerikanischen Konsiliarpsychiatern gezeigt, daß sich der Zeitaufwand für ein Konsil (einschließlich Studium der Krankengeschichte, Gespräch mit dem behandelnden Team und/oder mit Angehörigen, Abfassung des Befundberichts) in Deutschland und den USA deutlich unterscheidet, ebenso wie die Einstellung hinsichtlich des Wiederaufsuchens eines Patienten ("follow-up"). Nur 8,6% der deutschen gegenüber 33,6% der amerikanischen konsiliarpsychiatrisch Tätigen gaben an, für ihr letztes Konsil mehr als 60 Minuten aufgewandt zu haben, nur 27% der Konsiliare in Deutschland gegenüber 86,4% in den USA erachteten ein Wiederaufsuchen des Patienten als selbstverständlich. Entsprechendes läßt sich ebenfalls für die hier untersuchten Konsildienste

feststellen: Folgekontakte und deren Dauer waren in Berlin deutlich seltener bzw. kürzer, der Anteil an Erstkonsilen mit einer Dauer von weniger als 1 h deutlich höher als in New York. Der durchschnittliche Zeitaufwand für ein das Erstkonsil in Berlin (57 min)⁹ lag im Bereich der von Rothermundt et al. (1997) berichteten Werte der amerikanischen Konsiliarpsychiater (63 min) bzw. der befragten deutschen Psychiater (42 min). Die Gesamtdauer der von der Division of BMC durchgeführten Konsile ist ebenfalls deutlich länger und entspricht den in der Längsschnittstudie berichteten Werten (vgl. Abb. 4.1.6).

Diagnostik, Informationsgewinnung, Kooperation mit anderen Diensten (Tab.4.2.14.- 4.2.16)

Die Durchführung zusätzlicher apparativer bzw. Labordiagnostik wurde von beiden Konsildiensten in einer ähnlichen Größenordnung (52,9% bzw. 42,6%) empfohlen (Tab. 4.2.14). Der hohe Anteil ist insbesondere für den amerikanischen Konsildienst nicht überraschend: in der angelsächsischen konsiliarpsychiatrischen Literatur wird übereinstimmend betont, daß der Konsiliar in der Lage sein muß, die differentialdiagnostische Abklärung von eine psychische Störung verstärkenden oder auslösenden somatischen Faktoren selber aktiv wahrzunehmen (z.B. Bronheim et al. 1998, Epstein et al. 1996, Stotland & Garrick 1990). So wurde im Berliner Konsildienst u.a. auf die Nützlichkeit von Blutspiegelbestimmungen bei bestimmten Medikamentengruppen (z.B. Theophyllin, Digitalispräparate) hingewiesen und diese ggf. veranlaßt. Auch wurde der Nutzen des EEG in der Differentialdiagnose Organisch bedingter Psychischer Störungen, insbesondere beim hypoaktiven Delir, unterstrichen (vgl. Saupe & Diefenbacher 1996, Kap.18, *Zusatzdiagnostik im psychiatrischen Konsildienst*). Dies trug zu dem hohen Anteil an empfohlener Zusatzdiagnostik bei, der deutlich über den Anteilen anderer Konsildienste der deutschen ECLW-Studie lag (ca. 30% bei Weigelt 1995, ca. 15% bei Fiebiger 1994) (vgl. Tab. 4.2.24). Gleiches galt für die Informationsgewinnung aus externen Quellen, die ebenfalls bei ca. der Hälfte der Konsilpatienten für nötig erachtet wurde. Hier zeigte sich, bei einer weiteren Aufschlüsselung für den Berliner Konsildienst, eine Arbeitsteilung zwischen Konsiliarpsychiater und Stationsarzt: Vom Psychiater wurde die Kontaktaufnahme mit Nervenärzten oder Psychotherapeuten bzw. das Gespräch mit Familienangehörigen häufiger selber durchgeführt (in 31,6% bzw. 28,9% derartiger Fälle) als das Einholen von Informationen bei den Hausärzten, welches vorwiegend dem Stationsarzt (in 92,8%) empfohlen wurde (Tab. 4.2.15).

Die in den USA ausgeprägtere Subspezialisierung führt häufiger zur Anforderung fachärztlicher Konsile (Rothermundt et al. 1997). In Übereinstimmung hiermit ist der Anteil der von den Konsiliarpsychiatern in New York hinzugezogenen Fachärzte höher als in Berlin, dies ist aber nicht statistisch signifikant. Neurologische Untersuchungen wurden in Berlin in 4 Fällen (1,4% der Konsilpatienten) vom Konsiliar selber durchgeführt (vgl. Kasuistik in Saupe & Diefenbacher 1996, S.21). Die Zusammenarbeit mit den nichtärztlichen Bereichen spielt für beide

⁹ Das Ausfüllen der ECLW-Basisdokumentation wurde bei der Ermittlung der Zeitdauern *nicht* berücksichtigt.

Konsildienste die größere Rolle und wird in 46,1% bzw. 36,9% aller Patienten für erforderlich gehalten. Die für Berlin durchgeführte Aufschlüsselung zeigt die besondere Bedeutung des Sozialdienstes (Tab. 4.2.16.): bei 16,5% aller Konsilpatienten war dieser bereits von der Station hinzugezogen worden, bei insges. 26,1% regte der Psychiater eine Betreuung durch den Sozialdienst an, 11,8% der Patienten wurden erstmalig durch den Konsiliar dem Sozialdienst während des aktuellen stationären Aufenthaltes überwiesen. Dies weist auf einen großen Überschneidungsbereich zwischen psychiatrischem Konsildienst und Sozialdienst in der Betreuung dieser Patientengruppe hin, wobei wenig bekannt ist über die Entscheidungsprozesse, die den somatischen Arzt in der Wahl seiner primären Überweisung beeinflussen (Strain et al. 1991a, Huxley et al. 1989, Gater et al. 1991a).

Psychotherapeutische oder verhaltensorientierte Interventionen (Tab 4.2.17)

Bei nahezu allen konsiliarisch gesehenen Patienten in Berlin (98,6%) wurde eine Empfehlung für einen psychologisch/psychotherapeutischen oder verhaltensorientierten Zugang ausgesprochen und zusätzlich zur mündlichen Unterweisung des Stationsteams schriftlich notiert. Dabei war der Patient in 81,4% das wichtigste Zielsystem der Intervention, das Stationsteam in 16,1%, am häufigsten wurde bei Patient und Team gleichzeitig interveniert (in 77,1%). Ausschließlich auf das Stationsteam bezogene Interventionen waren sehr selten. Beratung, Information und psychologische oder psychotherapeutische Unterstützung erfolgte bei fast allen Patienten und sehr häufig auch in Bezug auf das Stationsteam, seltener für Familienangehörige (7,5%). Der Anteil psychologischer oder verhaltensorientierter Maßnahmen lag in allen diagnostischen Gruppen unabhängig von der Zugehörigkeit zur Alterskategorie hoch. In New York war der Anteil an Konsilpatienten, bei denen eine psychische Behandlung für indiziert erachtet wurde, etwas geringer (84,9%). Möglicherweise spielt hier der im Vergleich zu Berlin deutlich höhere Anteil an Konsilen zur Einschätzung der "Geschäftsfähigkeit" eine Rolle (vgl. Tab. 4.2.9). Auf die Unterstützung von Familienangehörigen bezogene Interventionen waren in New York viel häufiger (87,5% vs. 34%) und lagen überhaupt deutlich über den im Rahmen der deutschen ECLW-Studie erhobenen Angaben nicht nur für psychiatrische, sondern auch für psychosomatische und medizinpsychologische Dienste (Herzog et al. 1996).

Verordnung von Psychopharmaka (Tab 4.2.18 – 4.2.19)

Psychopharmaka wurden in der Berliner Stichprobe häufiger verordnet (57,1% vs. 38,7%). Geschlechtsabhängige Unterschiede gab es dabei für beide Dienste nicht. Im Verschreibungsverhalten fallen Diskrepanzen in der Verordnung von Antidepressiva und Benzodiazepinen auf: erstere werden häufiger im Berliner Konsildienst (aber auch in anderen Konsildiensten, z.B. bei Weigelt 1995, Smith et al. 1998), letztere in New York verordnet (Tab. 4.2.18.). Hier zeigt sich die hinsichtlich der Verschreibung von Benzodiazepinen sehr restriktive Tradition des Berliner Konsildienstes, der überdies bei 10% der Konsilpatienten das Absetzen bereits verordneter Medikamente aus dieser Psychopharmakagruppe empfahl. Im Konsildienst werden Psychopharmaka, wie dies bei psychiatrischen Patienten generell der Fall ist, zur Behandlung von Symptomkomplexen eingesetzt (Jachna et al. 1996). Für die Berliner Konsilpatienten erfolgte eine Aufschlüsselung der Verordnungen nach Zielsymptomen: die

häufigste Indikation waren Schlafstörungen (in 31,9% aller Konsilpatienten), gefolgt von depressiven Symptomen (24,6%), psychotischen Symptomen (11,4%) und Angst (9,6%). Die verschiedenen Psychopharmakagruppen wurden bevorzugt bei folgenden Zielsymptomen eingesetzt: Neuroleptika bei psychotischen Symptomen und bei Schlafstörungen (niedrig- bzw. mittelpotente Neuroleptika in geringer Dosierung), Antidepressiva bei depressiven Symptomen, Schlafstörungen und Angst. Insgesamt stand ein monotherapeutisches Vorgehen eindeutig im Vordergrund: depressive bzw. psychotische Symptome wurden nahezu ausschließlich mit Antidepressiva (in 89,9% der entsprechenden Indikation) bzw. Neuroleptika (94,9%) behandelt, Angst bevorzugt mit sedierenden Antidepressiva (60,4%) oder sedierenden (niedrig- oder mittelpotenten) Neuroleptika (24,5%). Waren depressive und ängstliche Symptome mit Schlafstörungen verbunden, wurden am häufigsten monotherapeutisch Antidepressiva verordnet. Für die beiden am häufigsten verschriebenen Gruppen, Antidepressiva und Neuroleptika, wurde untersucht, ob es unterschiedliche Schwellen für deren Einsatz gab. Als Substitut für eine solche Schwelle wurde die Anzahl unterschiedlicher Symptomklassen gewählt, die durch die Verordnung des Medikamentes gebessert werden sollten (vgl. Anhang II, *ECLW-Registration Form V2*, Item 49). Sowohl bei den Antidepressiva wie bei den Neuroleptika wies die Mehrzahl der Patienten, die psychopharmakotherapeutisch behandelt wurden, Symptome aus mindestens zwei unterschiedlichen Symptomklassen auf (87,1% bzw. 65,8%). Neuroleptika wurden häufiger in monosymptomatischer Indikation, also beim alleinigen Vorliegen psychotischer Symptome (z.B. im Rahmen von Verwirrheitszuständen), eingesetzt. Antidepressiva wurden hingegen überwiegend bei 2 und mehr Symptomen (z.B. depressive *und* ängstliche Symptome *und/oder* Schlafstörungen) eingesetzt (Tab. 4.2.19). Paykel (1995) hat daraufhin gewiesen, daß, auch bei depressiven körperlich kranken Patienten, die Entscheidung über den Einsatz eines Antidepressivums vom Schweregrad der depressiven Verstimmung abhängig gemacht werden soll. Die schwerpunktmäßige Verordnung von Antidepressiva bei zwei und mehr psychopathologischen (Ziel-)Symptomen entspricht dieser Vorgabe. Dies ist für den Vergleich psychiatrischer Konsildienste von Bedeutung: die Häufigkeit des Einsatzes von Psychopharmaka sollte in Abhängigkeit vom Schweregrad der solcherart behandelten depressiven Syndrome betrachtet werden. Ein Vergleich alleine auf der Grundlage diagnostischer Kategorien ist nicht ausreichend. Dies wird weiter unten am Beispiel von *Depressionen* und *Anpassungsstörungen* mit überwiegend depressiver Verstimmung nochmals aufgegriffen (vgl. Abschnitt 4.2.4.3). Wie eingangs bereits am Beispiel der Benzodiazepine erwähnt, greift der psychiatrische Konsiliar aber auch in die Verordnungen anderer Ärzte ein. Bei 26,4% der Berliner Konsilpatienten wurde eine bestehende Medikation verändert. Dies geschah häufiger bei den über 60jährigen Patienten (in 35,9%) als bei den unter 60 Jahre alten (in 20,9%). Solche Interventionen des Konsiliars beschränkten sich nicht nur auf Psychopharmaka: in 5,3% der Patienten wurde das Absetzen anderer Medikamente empfohlen.

Planung des Entlassungstermins und ambulante Weiterbehandlung (Tab. 4.2.20-4.2.21)

Der Berliner Konsildienst war häufiger bei der Planung des Entlassungstermins beteiligt,

allerdings nur in einem sehr geringen Anteil hinsichtlich einer Beschleunigung oder Verzögerung dieses Termins. Überwiegend wurde hier gemeinsam mit dem Stationsteam das Entlassungsdatum abgestimmt, ohne daß dezidiert eine Beeinflussung der Gesamtaufenthaltsdauer eine Rolle spielte. In New York war das Schwergewicht des Konsilpsychiaters auf eine Beschleunigung von Entlassungen gerichtet (Tab. 4.2.20). Die Mehrzahl der Konsilpatienten konnte nach abgeschlossener stationärer Behandlung wieder nach Hause entlassen werden. Bei jeweils fast der Hälfte der Patienten wurde in Berlin und New York eine im weitesten Sinne psychiatrisch-psychotherapeutische ambulante Nachbetreuung für nötig erachtet. Die für Berlin mögliche Aufschlüsselung zeigt, daß das Schwergewicht auf eine entsprechende Empfehlung an den Hausarzt (psychosomatische Grundversorgung) gelegt wurde: bei Aufnahme befanden sich 15,7% der Konsilpatienten in einer entsprechenden Behandlung, bei Entlassung 62,8%. Eine *fachspezifische* psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung wurde 17,5% der Patienten empfohlen (bei Aufnahme für 2,8% zutreffend; vgl. Tab. 4.2.2). Addiert man zu dieser Zahl die für indiziert erachteten stationären psychiatrischen Weiterbehandlungen, so ergibt sich, daß bei 30,7% der Berliner Konsilpatienten eine intensive fachpsychiatrisch-psychotherapeutische Weiterbehandlung für unmittelbar nötig erachtet wurde. Das Allgemeinkrankenhaus ist innerhalb des mehrstufig gegliederten und zunehmend spezialisierten Versorgungssystems ein wichtiges Filter für die Überweisung in eine psychiatrisch-psychotherapeutische Fachbehandlung (DGPPN 1997, S.33). Es wird in dieser Funktion unterschätzt: Gater et al. (1991) fanden in der *Pathways to Psychiatric Care*-Studie der WHO für South Manchester, daß - an zweiter Stelle nach den *General Practitioners* - Allgemeinkrankenhausärzte mit 28% für die Zuweisungen in das psychiatrische Versorgungssystem verantwortlich waren.

4.2.4 4Aspekte somatopsychischer Komorbidität in der konsiliarpsychiatrischen Praxis

Die bisherigen Auswertungen haben verdeutlicht, daß die Evaluation und Behandlung von Patienten mit somatopsychischer *Komorbidität* den Hauptteil konsiliarpsychiatrischer Tätigkeit ausmacht: die überwiegende Mehrzahl der in New York und Berlin konsiliarisch gesehenen Patienten weist mindestens eine psychiatrische *und* eine somatische Störung auf (Stieglitz 1996, Diefenbacher 1999). Die Berücksichtigung des Schweregrads der Beeinträchtigung von Patienten mit ggf. mehreren gleichzeitig vorliegenden somatischen und psychischen Erkrankungen im konsiliarpsychiatrischen Setting stellt ein Problem dar bei der Interpretation der Ergebnisse von Interventionsstudien (Levenson 1998, Strain et al. 1994), aber auch bei Vergleichen psychiatrischer Konsiliardienste (z.B. Creed et al. 1993, Knorr et al. 1996) und ist bislang nicht zufriedenstellend gelöst (Arolt 1997, S.22f., Levenson et al. 1990, Unützer et al. 1998, Horn et al. 1989). In einer zusammenfassenden Bewertung der bislang eingesetzten Vorgehensweisen kommen Unützer et al. (1998)¹⁰ zu dem Schluß, daß kein "objektiv bestes"

¹⁰ Jürgen Unützer, Seattle, sei für die freundliche Überlassung des unveröffentlichten Manuskripts herzlich gedankt.

Verfahren empfohlen werden kann. Sie teilen die verschiedenen Vorgehensweisen in zwei Gruppen ein: einen "Zähl"-Ansatz (*count approach*) und einen "Index"-Ansatz (*index approach*). Im *Zähl-Ansatz* wird z.B. die Anzahl von ICD-9-Diagnosen oder vom Patienten berichteter Erkrankungen oder Symptome addiert und als Substitut für den Schweregrad der vorliegenden Beeinträchtigung ohne weitere Gewichtung gewertet (z.B. bei Fulop et al. 1989, Wells 1994). Beim *Index-Ansatz* werden Beeinträchtigungen verschiedener Organsysteme (Herz- und Gefäßsystem, Atemwege, Psyche etc.) jeweils getrennt auf verschiedenen Stufen (z.B. 0 = kein Problem bis 4 = schwere Funktionsbeeinträchtigung) gewertet und in einen Gesamtwert umgerechnet (z.B. Miller et al. 1992). Der Index-Ansatz gilt als reliabler und valider, ist aber aufgrund des erforderlichen Rater-Trainings zeitaufwendiger. Probleme beim Zähl-Ansatz sind, welche und wieviele ICD-9-Diagnosen berücksichtigt werden und ob Gewichtungen erfolgen sollen. Vorteile sind die Zeitökonomie und der geringere Trainingsaufwand (Unützer et al. 1998). Soweit bekannt, haben die vorliegenden Vergleiche psychiatrischer Konsildienste eine derartige Perspektive nicht berücksichtigt.

Für die Betrachtung der Einflüsse somatopsychischer Komorbidität in der konsiliarpsychiatrischen Praxis in Berlin und New York wurde ein Zähl-Ansatz gewählt: Die Anzahl vergebener psychiatrischer bzw. somatischer Diagnosen wurde als Maß für den Schweregrad der Beeinträchtigung eingesetzt. Dies erschien methodisch angemessen, da beide Konsildienste zwar an getrennten Reliabilitätstrainings teilnahmen (Berlin innerhalb der ECLW-Studie, New York routinemäßig im Rahmen des Microcares-Consortiums), andererseits aber für beide Konsildienste gleiche Codierungs-Richtlinien für die zu dokumentierenden psychiatrischen und somatischen Diagnosen galten: aufgenommen wurden nur die vom Konsiliar angesichts des aktuell zur Überweisung führenden Problems für wichtig erachteten Diagnosen, wobei die zur Überweisung führende bzw. das Vorgehen des Konsiliars bestimmende psychiatrische Diagnose als erste Diagnose aufgeführt wurde, gefolgt von weiteren Diagnosen in der Reihenfolge ihrer Wichtigkeit. So wurde z.B. eine langdauernde Erkrankung wie etwa eine depressive Episode bei einer bekannten bipolaren affektiven Störung zusätzlich zur Hauptdiagnose eines postoperativen Delirs, das die Konsilianforderung ausgelöst hatte, als weitere Diagnose verschlüsselt. Dies galt analog für somatische Erkrankungen, bei denen ebenfalls nur weitere wichtige Diagnosen, wie z.B. maligne Neoplasien oder lebensbeeinträchtigende chronische Erkrankungen zusätzlich zur Hauptdiagnose verschlüsselt wurden (z.B. Bronchopneumonie auf der Grundlage eines Bronchialkarzinoms: Bronchopneumonie ist die Hauptdiagnose, Bronchialkarzinom die Zusatzdiagnose) (ECLW 1990a, S.29, S.42).

Gebildet wurden 2 Gruppen ohne Komorbidität (*ausschließlich* psychiatrische bzw. somatische Diagnosen) und 4 Gruppen unterschiedlicher somatopsychischer Komorbidität:

- *Gruppe 1*: Keine somatische Diagnose, eine bis drei psychiatrische Diagnosen,
- *Gruppe 2*: Keine psychiatrische, eine bis drei somatische Diagnosen,
- *Gruppe 3*: je eine somatische und psychiatrische Diagnose,

- *Gruppe 4*: eine somatische und zwei oder drei psychiatrische Diagnosen,
- *Gruppe 5*: eine psychiatrische und zwei oder drei somatische Diagnosen, und
- *Gruppe 6*: jeweils zwei oder mehr somatische *und* psychiatrische Diagnosen.

Es wurde angenommen, daß sich die so gebildeten Gruppen in New York und Berlin statistisch signifikant hinsichtlich des GAF-Höchstwerts für das vorangegangene Jahr und des psychosozialen Funktionsniveaus beim Erstkonsil (nur für die Berliner Konsilpatienten), der Einleitung einer psychopharmakotherapeutischen Behandlung, des Ausmaßes der veranlaßten weiteren somatischen Diagnostik und hinsichtlich *Lagtime* und LOS unterscheiden. Die Ergebnisse für die beiden letztgenannten Parameter werden im folgenden Abschnitt (4.2.4.2) gesondert präsentiert, die übrigen sind in Tabelle 4.2.22 - 4.2.24 zusammengefaßt.

4.2.4.1 Auswirkungen somatopsychischer Komorbidität (Tab. 4.2.22 - 4.2.24)

Die Häufigkeitsverteilung der Patienten auf die gebildeten sechs Gruppen somatopsychischer Komorbidität unterschied sich, abgesehen von einem höheren Anteil der Patienten mit lediglich somatischen Diagnosen in New York, zwischen beiden Konsildiensten nicht (Tab. 4.2.22). Es fanden sich keine Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen hinsichtlich Alter und Geschlecht. Das psychosoziale Niveau beim Erstkonsil und während des Jahres vor der stationären Behandlung war bei den Berliner Patienten ohne psychiatrische Diagnose jeweils höher als bei den Patienten mit psychischer Komorbidität. Bei den New Yorker Patienten, bei denen lediglich der Höchstwert der GAF im Jahr vor der Index-Aufnahme bestimmt wurde, lag dieser ebenfalls für die Patienten ohne psychiatrische Diagnose höher als bei denjenigen mit einer oder mehr psychiatrischen Diagnosen. Die Patienten ohne psychiatrische Diagnose lagen mit durchschnittlichen GAF-Werten von über 70 im Bereich einer allenfalls leichten Beeinträchtigung, sämtliche Patienten des Berliner Konsildienstes mit einer oder mehr psychiatrischen Diagnosen wiesen hingegen zum Zeitpunkt des Erstkonsils GAF-Werte um 50 auf und lagen damit im Bereich ernsthafter Symptome. Dies entspricht der Beobachtung in der Lübecker Allgemeinkrankenhausstudie, daß bei einem GAF-Wert von unter 60 mit einer psychiatrischen Diagnose zu rechnen ist (Arolt 1997, S.83, vgl. *Anhang II*, GAF-Skala). Die übrigen Gruppen somatopsychischer Komorbidität unterschieden sich nicht.

Die Betrachtung der *psychiatrischen Diagnosen* alleine entsprach dem Ergebnis der somatopsychischen Komorbidität: Patienten ohne psychiatrische Diagnose wiesen GAF-Werte über 70 auf, jene mit psychiatrischen Diagnosen wiesen mäßige bis schwere Symptome auf - unabhängig von der Anzahl der Diagnosen (Tab. 4.2.23). Die Zahl der *somatischen Diagnosen* allein hatte dagegen weder in Berlin (und zwar zu keinem der Meßzeitpunkte) noch in New York einen Einfluß auf das psychosoziale Funktionsniveau (nicht tabellarisch aufgeführt). Da eine Beurteilung anhand der GAF auf einem hypothetischen Kontinuum zwischen *seelischer* Gesundheit und Krankheit zu erfolgen hat, *ohne* Berücksichtigung von Beeinträchtigungen der Leistungsfähigkeit aufgrund körperlicher Einschränkungen, sprechen diese Ergebnisse für den bestimmungsgemäßen Einsatz der GAF bei den untersuchten Konsilpatienten.

Andererseits zeigte sich bei der angeregten weiterführenden somatischen Diagnostik kein Unterschied zwischen den verschiedenen Gruppen somatopsychischer Komorbidität (Tab. 4.2.24). Wird hier wiederum die somatische Komorbidität ausschließlich berücksichtigt, dann zeigen sich gleichlaufende Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen für Berlin und New York: der Umfang weiterer Diagnostik nahm mit der Anzahl der somatischen Diagnosen zu und wurde bei Patienten mit zwei oder drei somatischen Diagnosen häufiger empfohlen. Dies spricht dafür, daß die Konsiliarpsychiater die differentialdiagnostische Abklärung möglicher organischer Faktoren durch die anfordernden Ärzte für ergänzungsbedürftig hielten und - unter Berücksichtigung des Schweregrades der *körperlichen* Erkrankung - entsprechend selber initiativ wurden (Epstein et al. 1996, Bronheim et al. 1998). Der hohe Anteil an EEG-Untersuchungen (und anderer apparativer Diagnostik) in Berlin (vgl. z.B. Weigelt 1995, S.46), unterstreicht den hier vom Konsiliar in der Implementationsphase des Konsildienstes vertretenen neuropsychiatrischen Ansatz (vgl. Abschnitt 4.3.1.2).

Es ist vermutet worden, daß personell schlechter ausgestattete Konsildienste mehr Medikamente verschreiben (ECLW 1990b). Für die hier untersuchten Konsildienste läßt sich zunächst feststellen, daß übereinstimmend die Verordnung von Psychopharmaka nur sehr selten bei Patienten ohne psychiatrische Diagnose empfohlen wird. Gruppen mit nur einer psychiatrischen Diagnose erhalten aber in New York seltener ein Psychopharmakon als solche mit mehreren, dies ist in Berlin nicht der Fall. Knorr et al. (1996) hatten beim Vergleich eines Berliner psychosomatischen mit dem hier untersuchten psychiatrischen Konsildienst am RVK festgestellt, daß ersterer nur bei 3% (im Vergleich zu 57,1%) der Konsilpatienten eine Psychopharmakotherapie empfahl, bei einem gesamten durchschnittlichen Zeitaufwand pro Konsilepisode von ca. 170 vs. 70 Minuten. Nahezu das gleiche Verhältnis in der Verordnung von Psychopharmaka findet sich auch bei der Analyse einer homogenen Gruppe von Patienten, die wegen im weitesten Sinne "psychosomatischen Beschwerden" an englische und deutsche psychiatrische bzw. deutsche psychosomatische Konsildienste überwiesen wurden (Herzog et al. 1994). Beide Vergleiche hatten allerdings nicht den Schweregrad der Erkrankung bei den untersuchten Konsilpatienten berücksichtigt. Der New Yorker Konsildienst, dessen Zeitaufwand etwas höher als der des Berliner psychosomatischen ist (187 min, vgl. Tab. 4.2.13), unterscheidet sich nun vom Berliner psychiatrischen Konsildienst aber lediglich dahingehend, daß nur für die Gruppen mit *einer* psychiatrischen Diagnose seltener ein Psychopharmakon empfohlen wird (Tab. 4.2.22, *Gruppen III* und *V*). Der Vergleich der beiden psychiatrischen Konsildienste am RVK und am MSH unter Berücksichtigung der Komorbidität weist somit daraufhin, daß der Zeitaufwand (als ein Indikator personeller Ressourcen) in diesem Zusammenhang nicht überschätzt werden darf. Die unterschiedlich häufige Verschreibung von Psychopharmaka sollte in Abhängigkeit vom Schweregrad der zu behandelnden psychischen Beeinträchtigung untersucht werden: trotz eines deutlich höheren Zeitaufwands verordnet der New Yorker Konsildienst offenbar nur bei weniger kranken Patienten seltener ein Psychopharmakon, bei Patienten mit mehr als einer psychiatrischen Diagnose zeigt sich hingegen kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen beiden Konsildiensten. Mit dem vorliegenden Untersuchungsansatz läßt sich nicht ausschließen, daß personelle Ressourcen

(und damit Zeitfaktoren) bei der Verschreibung von Psychopharmaka tatsächlich eine Rolle spielen. Bekräftigt wird aber die Vermutung, daß die genannten Diskrepanzen zwischen psychiatrischen und psychosomatischen Konsildiensten auch auf theoretische Voreinstellungen zurückzuführen sind (Herzog et al. 1994, Knorr et al. 1996).

4.2.4.2 Krankenhausliegedauer (LOS) und *Lagtime* (Tab. 4.2.25 - 4.2.26)

Dvoredsky & Cooley (1986) fanden unter Verwendung eines Zähl-Ansatzes, daß Patienten mit somatischen *und* psychiatrischen Diagnosen eine längere LOS hatten als Patienten mit ausschließlich somatischen Diagnosen, und zwar selbst dann, wenn die Patienten der letzteren Gruppe mehr somatische Diagnosen aufwiesen. Wancata et al. (1999) fanden, in der einzigen deutschsprachigen Studie, ebenfalls unter Verwendung eines Zähl-Ansatzes (somatische Entlassungsdiagnosen nach ICD-9) einen Einfluß des Schweregrades der körperlichen Erkrankung auf die LOS und, bei nach Schweregrad der körperlichen Erkrankung parallelisierten Fällen, eine um durchschnittlich 2 Tage längere LOS der Patienten mit zusätzlicher psychischer Komorbidität.

Im folgenden wird für den New Yorker und Berliner Konsildienst der Einfluß der somatischen, psychischen und somatopsychischen Komorbidität auf die Variablen LOS und *Lagtime* untersucht. Die LOS der Konsilpatienten im RVK während des Untersuchungszeitraums lag bei 32,4 Tagen und war im Vergleich zur durchschnittlichen Verweildauer aller Patienten des Klinikums deutlich länger (12,8 Tage in 1991/1992). Ähnliches galt für das MSH: prozentual betrug die LOS der Berliner Konsilpatienten 253% der durchschnittlichen LOS aller Patienten, in New York 299% (Tab. 4.2.25). Die Werte entsprechen den aus der Literatur bekannten längeren LOS von Konsilpatienten (z.B. Mojet et al. 1989). Da bei der hier untersuchten Stichprobe von Konsilpatienten in der Regel eine psychische Komorbidität vorliegt, sollte *innerhalb* dieser Gruppe, anders als im Vergleich mit *nicht* gleichzeitig somatisch *und* psychisch kranken Patienten wie dies z.B. im Rahmen eines epidemiologischen Untersuchungsansatzes der Fall ist (Wancata et al. 1999), der Einfluß psychischer Komorbidität eine untergeordnete Rolle spielen. Der Schweregrad der körperlichen Erkrankung sollte aber sichtbar werden.

Bei alleiniger Betrachtung der somatischen Komorbidität zeigen sich für LOS und *Lagtime* tatsächlich deutliche Unterschiede. Patienten ohne somatische Diagnose wiesen die kürzeste, Patienten mit drei somatischen Diagnosen die längste Verweildauer auf, entsprechend wurde der Konsiliar bei den Patienten ohne somatische Diagnose, die also ausschließlich psychisch krank waren, am schnellsten gerufen. Die psychische Komorbidität, bestimmt über die Anzahl der psychiatrischen Diagnosen, zeigte dagegen keinen deutlichen Zusammenhang mit LOS und *Lagtime* bei den Konsilpatienten (Tab. 4.2.25). Bei der Betrachtung der "einfachen" somatischen bzw. psychischen Komorbidität fällt also auf, daß zwar die somatische Komorbidität den bei Benutzung eines Zähl-Ansatzes erwarteten Einfluß auf die LOS zeigte (je mehr Diagnosen, desto längere LOS), das Bild bei der psychiatrischen Komorbidität dagegen uneinheitlich ist.

In einem weiteren Schritt zeigt die Betrachtung der somatopsychischen Komorbidität nun das

komplexe Zusammenwirken von psychischer und somatischer Komorbidität in der Beeinflussung von *Lagtime* und LOS bei den Konsilpatienten (Tab. 4.2.26). Erneut finden sich kürzere LOS in New York im Vergleich zu Berlin, und zwar insbesondere bei einem Überwiegen psychiatrischer Komorbidität (*Gruppen I* und *IV*). Die *Lagtimes* unterscheiden sich dagegen weniger ausgeprägt. Innerhalb beider Konsildienste gilt, daß bei einem Überwiegen der psychiatrischen gegenüber der somatischen Komorbidität (d.h. entsprechend dem zur Bestimmung der Komorbidität gewählten *Zähl-Ansatz* bei einer positiven Bilanz zugunsten der psychiatrischen Diagnosen, also bei den *Gruppen I* und *IV*) sich (z.T. statistisch signifikant) eine kürzere LOS und kürzere *Lagtimes* finden. Patienten die keine somatische, sondern nur psychiatrische Diagnosen erhalten hatten (*Gruppe I*), wiesen überhaupt die kürzeste durchschnittliche LOS und *Lagtime* auf. Überwiegt hingegen die somatische Komorbidität (*Gruppen II* und *V*), dann sind die LOS länger und das psychiatrische Konsil wird später angefordert. Ist die somatopsychische Komorbidität gewissermaßen ausgeglichen (*Gruppen III* und *VI*), dann deutet sich ein Zusammenhang des Schweregrads der somatischen Erkrankung mit LOS und *Lagtime* an (*Gruppe VI* > *Gruppe III*, allerdings nicht statistisch signifikant). Werden aber die beiden Gruppen mit der höchsten somatischen Komorbidität (≥ 2 somatische Diagnosen, *Gruppen V* und *VI*) betrachtet, dann zeigt sich ein Trend zu kürzeren LOS und kürzeren *Lagtimes* bei den Konsilpatienten mit mehr als einer psychiatrischen Diagnose (*Gruppe VI* < *Gruppe V*). Bei Berücksichtigung der somatopsychischen Komorbidität in einem Zählansatz läßt sich somit vermuten, daß Unterschiede von LOS und *Lagtime* vom jeweiligen Ausmaß der anteiligen somatischen bzw. psychischen Komorbidität beeinflusst werden. Dies konnte bei der separaten Betrachtung der psychiatrischen bzw. somatischen Komorbidität nicht auffallen (Tab. 4.2.25).

Abschließend sollen LOS und *Lagtime* für die häufigsten psychiatrischen Diagnosegruppen (*Organisch bedingte psychische Störungen*, *Depressionen* und *Anpassungsstörungen*) untersucht werden. Die Unterschiede zwischen Berlin und New York, die allerdings nicht statistisch signifikant sind, lassen jedoch erneut die Fragilität beim Gebrauch der Variable LOS bei Vergleichen von Konsildiensten unterschiedlicher Krankenhäuser sichtbar werden (Tab. 4.2.26). Insbesondere bei den Organisch bedingten psychischen Störungen ist die durchschnittliche LOS am MSH um ca. 10 Tage kürzer als in Berlin, wogegen Patienten mit *Anpassungsstörungen* oder *depressiven Störungen* weniger differierten. Im Vergleich dazu sind die *Lagtimes* für alle drei Diagnosegruppen zwischen beiden Konsildiensten weniger unterschiedlich. Dies deutet daraufhin, daß längere LOS nicht etwa nur auf verspätete Konsilanforderungen oder zu spät durchgeführte Konsile zurückgeführt werden sollten, obwohl solche Verzögerungen generell bei jeglicher Konsiliartätigkeit eine Rolle spielen können (Selker et al. 1989, Kelley et al. 1979). Die Länge der Krankenhausliegedauer ist auch ein Ausdruck von komplizierteren Krankheitsverläufen (Huyse et al. 1997). Sie hängt von vielen Variablen ab, die vom Konsiliar nicht beeinflusst werden können, was ihre Vergleichbarkeit zwischen unterschiedlichen Krankenhäusern (oder Konsildiensten) erschwert (Choca et al. 1988, Strain et al. 1991b, Fortney et al. 1996). Patienten, die die Diagnose einer *Anpassungsstörung* erhielten, wiesen in beiden Konsildiensten eine längere LOS auf als jene mit der Diagnose einer

Depression, und wurden später überwiesen. Grundsätzlich ist eine spätere Überweisung von Patienten mit der Diagnose einer Anpassungsstörung nicht überraschend. Eine schwere somatische Erkrankung, die als Stressor an der Auslösung der Anpassungsstörung beteiligt ist, würde ohnehin mit einer längeren LOS verbunden sein und bei kompliziertem Krankheitsverlauf erst nach Erschöpfung vorhandener Bewältigungsmechanismen das Ausmaß einer Anpassungsstörung annehmen (vgl. Abschnitt 2.3, Wancata et al. 1998). Letzteres wurde bereits von Snyder et al. (1990) in einer Untersuchung von Konsilpatienten am MSH mit majorer Depression und Anpassungsstörung mit depressiver Stimmung in den Jahren von 1980 - 1987 beobachtet (*Lagtime* 6,8 vs. 19,0 Tage, $p < .05$). Jetzt hat diese Differenz (10,6 vs. 14,6 Tage, n.s.) am MSH bei insgesamt kürzeren LOS deutlich abgenommen.

4.2.4.3 Depression und Anpassungsstörung (Tab. 4.2.27 - 4.2.28)

Depressive Verstimmungen bei Allgemeinkrankenhauspatienten sind häufig und stellen einen hohen Anteil der Überweisungen an psychiatrische Konsiliardienste dar (Rouchell et al 1996, Cavanaugh 1991). Die Diagnose einer depressiven Störung (im Sinne einer affektiven Störung entsprechend ICD-10 [Kapitel V F3] oder DSM-III-R) ist ebenso wie die Diagnose einer Anpassungsstörung mit depressiven Symptomen bei Patienten mit gleichzeitig vorliegender körperlicher Erkrankung schwierig (Snyder et al. 1990, Saupe & Diefenbacher 1998a, Linden et al. 1995). Die Diagnose einer Anpassungsstörung mit depressiven Symptomen ist, obwohl von Konsiliarpsychiatern häufig vergeben (Popkin et al. 1990, 1991, Strain et al. 1998), im Allgemeinkrankenhaus-Setting wenig untersucht und kaum mit depressiven Störungen in diesem Bereich verglichen worden (Snyder et al. 1990). Im folgenden werden die in Berlin und New York vergebenen Diagnosen einer *Depression* bzw. einer *Anpassungsstörung* (vgl. Tab. 4.2.10) unter Berücksichtigung von Aspekten der somatischen und somatopsychischen Komorbidität, des Status vor der aktuellen stationären Aufnahme und der konsiliarpsychiatrischen Behandlung untersucht. Die Ergebnisse sind in den Tabellen 4.2.27 - 4.2.28 zusammengefaßt.

Anpassungsstörungen sind in New York tendentiell häufiger mit mehr als einer somatischen Diagnose verbunden als in Berlin ($p = .076$). Hier fallen keine Unterschiede hinsichtlich der beschriebenen Gruppen somatischer und somatopsychischer Komorbidität auf, wohl aber in New York und zwar bei der somatopsychischen Komorbidität: doppelt so viele Patienten mit einer *Anpassungsstörung* als mit einer *Depression* als jeweils *einzig* psychiatrischer Diagnose wiesen mehr als zwei somatische Diagnosen auf (*Gruppe V*: 41,9% vs. 20,7%) (Tab. 4.2.27).

Für die Diagnose einer Anpassungsstörung wird nach ICD-10 das Vorliegen einer entscheidenden Lebensveränderung oder eines belastenden Lebensereignisses wie z.B. einer schweren körperlichen Erkrankung gefordert (Dilling et al. 1993, S.158). Die Diagnose eines Neoplasma wird gemeinhin als schwerer Stressor betrachtet und ist als häufigste körperliche Erkrankung bei Patienten mit Anpassungsstörungen im Allgemeinkrankenhaus beschrieben worden (Popkin et al. 1990, Strain et al. 1998, Maguire & Howell 1995, Schwarz 1998, Derogatis et al. 1983). Der Anteil an Patienten mit der Diagnose einer Anpassungsstörung, bei

denen ein Neoplasma vorliegt, beträgt in der New Yorker Stichprobe 28,2% und bewegt sich damit einerseits in einer Größenordnung, die kürzlich im Rahmen einer Multicenterstudie berichtet wurde (25,9% bei Strain et al. 1998). Allerdings liegt der Anteil der Patienten mit der Diagnose einer depressiven Störung bei einem Neoplasma in New York ebenfalls bei 28,6%, so daß diese somatische Diagnose in beiden psychiatrischen Diagnosegruppen gleich häufig vorkam. Dies entspricht den Ergebnissen von Snyder et al. (1990), die anhand einer Stichprobe von Konsilpatienten am MSH für die Jahre 1980 bis 1987 ebenfalls Neoplasmen mit einer Häufigkeit von 30,5% bzw. 33,1% bei Patienten mit einer majoren Depression bzw. einer Anpassungsstörung mit depressiver Verstimmung (diagnostiziert nach DSM-III-Kriterien) fanden. Dies könnte dahingehend interpretiert werden, daß die Identifikation eines *spezifischen* somatischen Stressors (Popkin et al. 1990), wie z.B. eines Neoplasmas, weniger ausschlaggebend ist für die Unterscheidung der beiden Diagnosen im somatomedizinischen Setting, als daß vielmehr die Schwere der Belastung, in unserem Ansatz bestimmt über die Anzahl der somatischen Diagnosen, in die Diagnosefindung einfließt (vgl. Snyder et al. 1990).

Das psychosoziale Funktionsniveau im Jahr vor der Indexbehandlung (Tab. 4.2.27) ist für die Patienten mit einer *Depression* in beiden Konsildiensten jeweils niedriger als bei denjenigen mit einer *Anpassungsstörung*. Dies entspricht der Beobachtung von Snyder et al. (1990) und Smith et al. (1998). Auch der für den Berliner Konsildienst bestimmte niedrigste GAF-Wert während des Jahres vor der Index-Behandlung ist bei Patienten mit einer *Depression* niedriger. Beim Erstkonsil findet sich hingegen kein Unterschied des GAF-Wertes zwischen beiden Patientengruppen mehr (GAF-Werte 58 vs. 61). Der jetzt fehlende Unterschied könnte dafür sprechen, daß eine globale Bewertung des psychosozialen Funktionsniveaus mit als Kriterium für die Auslösung einer Konsilanforderung vom überweisenden Arzt herangezogen wurde, wobei diese Entscheidung üblicherweise nach dem Kriterium der *Schwere der Beeinträchtigung* der psychosozialen Funktionsfähigkeit des Patienten getroffen wird und kaum nach *psychiatrisch-diagnostischen* Überlegungen. Auch bei der Dringlichkeit der Konsilanforderungen war bereits aufgefallen, daß die durchschnittlichen GAF-Werte bei *dringlicheren* Konsilen signifikant niedriger lagen als bei *Routine*-Konsilen (vgl. Tab. 4.2.8). Unterstellt man nun, daß der beim Erstkonsil vom Konsiliarpsychiater erhobene GAF-Wert, mit dem, ohne Berücksichtigung des Einflusses der somatischen Erkrankung, eine Gradierung psychosozialen Verhaltens (und nicht primär einer psychopathologischen Symptomatik) vorgenommen wird (Gordon et al. 1988), die Einschätzung des anfordernden Arztes widerspiegelt, dann könnte dies auf eine Tendenz bei den anfordernden Ärzten hinweisen, das psychiatrische Konsil über die Wahrnehmung von Verhaltensauffälligkeiten auszulösen: sind diese schwerer ausgeprägt, dann wird schneller ein Konsil angefordert. Psychopathologische Überlegungen im engeren Sinne spielten dabei eine untergeordnete Rolle (Meyer & Mendelson 1961, Moses & Barzilay 1967). Wie zu erwarten, waren der Anteil der Patienten mit Folgekontakten und die Zahl der Folgekontakte auch jetzt generell am MSH häufiger (vgl. Abschnitt 4.1.3.5). Statistisch signifikante Unterschiede zwischen beiden Diagnosegruppen gab es aber für beide Konsildienste nicht (*nicht tabellarisch aufgeführt*). Der von Snyder et al. (1990) Anfang der 80er Jahre am MSH gefundene Unterschied mit signifikant häufigeren Folgekontakte für Patienten

mit einer majoren Depression ($6,5 \pm 7,1$ vs. $4,3 \pm 3,7$, $p < .05$) läßt sich somit jetzt nicht mehr nachweisen.

Abschließend wird auf die psychopharmakotherapeutische Behandlung der beiden Patientengruppen eingegangen. Dies ist bislang kaum untersucht worden. Popkin et al. (1990) verordneten in 39% ihrer Patienten mit der Diagnose einer Anpassungsstörung ein Psychopharmakon. Strain et al. (1998) fanden in ihrer Multicenterstudie, daß bei dieser Gruppe Psychopharmaka seltener als bei anderen psychiatrischen Diagnosen verordnet wurden, wobei die Unterschiede allerdings nur bei der sehr seltenen Verordnung von Neuroleptika bei Anpassungsstörungen ohne weitere psychische Komorbidität statistisch signifikant waren. Lediglich Smith et al. (1998a) untersuchten die Verschreibung von Psychopharmaka bei vier unterschiedlichen diagnostischen Gruppen depressiver Konsilpatienten (majore Depression, Dysthymie, organisch bedingte depressive Störung und Anpassungsstörung), allerdings ohne Berücksichtigung des Schweregrads der (psychosozialen) Beeinträchtigung. Sie fanden keine Unterschiede in der Verschreibung von Sedativa und Anxiolytika. Neuroleptika wurden bei Anpassungsstörungen und Dysthymie deutlich seltener für indiziert gehalten als bei den beiden anderen depressiven Gruppen, Antidepressiva wurden bei 21,3% der Patienten mit einer Anpassungsstörung verordnet und damit signifikant seltener als bei Patienten mit einer Dysthymie (in 45,5%) oder majoren Depression (in 74,7%).

Von beiden in der vorliegenden Studie untersuchten Konsildiensten wurde eine Psychopharmakotherapie ungefähr doppelt so oft bei *Depressionen* als bei *Anpassungsstörungen* empfohlen (Tab. 4.2.28). Der insgesamt häufigere Einsatz von Psychopharmaka im Berliner Konsildienst (vgl. Abschnitt 4.2.3.5) zeigt sich auch jetzt, allerdings unterscheidet sich das Verschreibungsverhalten beider Konsildienste bei der Diagnose einer *Depression* weitaus weniger ($p = .09$) als bei den *Anpassungsstörungen* ($p = .008$). Dies zeigt sich auch im Spektrum der eingesetzten Psychopharmaka, das sich nicht bei den Depressionen, wohl aber bei den Anpassungsstörungen unterscheidet, was vor allem auf die am MSH bei dieser Indikation fehlende Verordnung von Anxiolytika und Sedative zurückzuführen sein dürfte. Wesentliche Unterschiede im Einsatz von Antidepressiva, die von beiden Diensten bei *Depressionen* nahezu doppelt so häufig empfohlen wurden wie bei *Anpassungsstörungen*, gab es nicht. Dies entspricht dem von Smith et al. (1998) berichteten Verhältnis der Verordnung von Psychopharmaka für diese beiden diagnostischen Gruppen und war insofern zu erwarten gewesen, als daß entsprechend der per definitionem geringer ausgeprägten Symptomatik Psychopharmaka bei *Anpassungsstörungen* seltener zum Einsatz kommen sollten.

Es ist bekannt, daß die antidepressive Wirkung von Antidepressiva bei schwerer beeinträchtigten, nicht jedoch bei nur leicht depressiven Patienten der Gabe von Placebo überlegen ist (z.B. Paykel 1995, vgl. Abschnitt 4.2.3.5). Dies trifft auch bei Vorliegen einer körperlichen Begleiterkrankung zu (Tan et al. 1994). Daß in der vorliegenden Studie Antidepressiva in über 80% der Verordnungen zur Behandlung von mindestens zwei Zielsymptomen eingesetzt wurden (vgl. Tab. 4.2.19), war als Hinweis darauf gewertet worden,

daß deren Verordnung unter Berücksichtigung des Schweregrades der vorliegenden Störung erfolgte, und nicht nur aufgrund des Vorliegens einer diagnostischen Kategorie. Für den Berliner Konsildienst konnte genauer untersucht werden, ob die Verordnung eines Antidepressivums bei *Depressionen* und *Anpassungsstörungen* mit der psychischen Beeinträchtigung der Patienten - bestimmt über das psychosoziale Funktionsniveau (GAF) bzw. die Anzahl der psychopathologischen Symptome - zusammenhängt: Patienten beider Diagnosegruppen sollten sich, wenn ein Antidepressivum eingesetzt worden war, nicht in der Zahl der behandelten Symptome und dem GAF-Wert unterscheiden. Dies trifft in der Tat zu. Für die mit Antidepressiva behandelten Patienten zeigte sich kein Unterschied zwischen beiden Diagnosegruppen in der Häufigkeit der Zielsymptome: bei 84% der Depressionen bzw. 91% der Anpassungsstörungen lag mehr als nur ein Symptom vor (Tab. 4.2.28). Das psychosoziale Funktionsniveau beim Erstkonsil unterschied sich für die psychopharmakotherapeutisch behandelten Patienten mit einer Anpassungsstörung ebenfalls nicht von denen mit einer Depression. Erwartungsgemäß wiesen die nicht psychopharmakotherapeutisch behandelten Patienten beider Gruppen auch höhere durchschnittliche GAF-Werte auf, der bei den Anpassungsstörungen sogar oberhalb des kritischen Werts von 60 lag. Die Unterschiede zwischen behandelten und nicht behandelten Patienten waren aber, bei kleinen Fallzahlen, nicht statistisch signifikant.

4.2.5 Diskussion

In der Längsschnittuntersuchung war versucht worden, einen über einen längeren Zeitraum konstanten Kernbereich psychiatrischer Konsiliartätigkeit zu identifizieren. Angesichts der bei der Analyse von Inanspruchnahmedaten möglichen Verzerrungen kann die Auswertung der Ist-Daten als Korrektiv bei der Diskussion der Querschnittsuntersuchung herangezogen werden. Diese wiederum kann als vergleichende Untersuchung auf das Vorliegen von idiosynkratischen Besonderheiten der beiden dargestellten Konsildienste aufmerksam machen (Stöcklin & Lucius-Hoehne 1988).

4.2.5.1 Kernbereiche der Konsiliarpsychiatrie

Der Vergleich der Konsildienste in New York und Berlin ergibt eine Reihe von Gemeinsamkeiten, sowohl für die jeweils behandelten Konsilpatienten, als auch für die von den beiden Diensten praktizierte Konsiliartätigkeit. Erneut wird deutlich, daß es keinesfalls ausschließlich psychisch kranke Patienten sind, die den psychiatrischen Konsildiensten vorgestellt werden - etwa im Sinne einer Fehlbelegung somatischer Betten mit rein psychiatrisch behandlungsbedürftigen Kranken. Es handelt sich vielmehr um körperlich *und* psychisch Kranke: die meisten Konsilpatienten beider Dienste erhielten mindestens eine somatische *und* mindestens eine psychiatrische Diagnose. Die Verteilung der psychiatrischen Diagnosen war im wesentlichen identisch mit einem Überwiegen *Organisch bedingter psychischer Störungen* in etwas mehr als einem Drittel der Anforderungen, gefolgt von *Depressionen* und *Anpassungsstörungen* in etwas weniger als einem Drittel, sowie den Abhängigkeitserkrankungen. Diese Gruppen hatten sich bereits in der

Längsschnittuntersuchung zeitüberdauernd als häufigste psychiatrische Diagnosen erwiesen (Hengeveld et al. 1984, Arolt et al. 1995). Nur sehr selten wurden Patienten ohne somatische Diagnose überwiesen oder erhielten keine psychiatrische Diagnose. Sowohl das körperliche wie auch das psychosoziale Funktionsniveau wies bei einem großen Anteil der Patienten bereits vor der stationären Aufnahme stärkere Beeinträchtigungen auf, und zeigte sich, am Beispiel der Berliner Patienten, im Vergleich dazu beim Erstkonsil noch weiter verschlechtert: der durchschnittliche GAF-Wert lag zu diesem Zeitpunkt bei weniger als 60 und damit in einem Bereich, ab dem mit einer psychiatrischen Diagnose zu rechnen ist (Arolt 1997).

Ein Großteil der Patienten befand sich bei der Aufnahme in somatischer, ein jedoch nur geringer Teil darüber hinaus in ambulanter oder stationärer fachspezifischer psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung (zusammen 3,5% in Berlin). Bei Entlassung liegt der Anteil der Patienten, denen eine ambulante fachspezifische Weiterbehandlung empfohlen worden war, in beiden Konsildiensten deutlich höher (bei 17,5% der Berliner Konsilpatienten), weitere 13,2% werden unmittelbar stationär psychiatrisch weiterbehandelt. Das Allgemeinkrankenhaus nimmt hier eine Filterfunktion hinsichtlich der Vermittlung unbehandelter psychisch Kranker ein, welche erstmalig - vermittelt über die somatischen Krankenhausärzte - mit dem psychiatrischen Versorgungssystem über den psychiatrischen Konsildienst in Kontakt treten (vgl. Gater et al. 1991). Diese Funktion des Allgemeinkrankenhauses wird bislang weder von Psychiatern noch in der Versorgungsplanung hinreichend wahrgenommen (Bass 1995).

Lassen sich Aussagen über ein "Kerninstrumentarium" des Konsiliarpsychiaters treffen? Auch hier überwogen die Gemeinsamkeiten zwischen beiden Konsildiensten, z.B. ähnlich hohe Anteile an empfohlener weiterführender Labor- oder apparativer Diagnostik und Einholen von Informationen über externe Quellen (Hausärzte, Nervenärzte oder Familienangehörige) bei jeweils ca. jedem zweiten Patienten, Hinzuziehung anderer ärztlicher oder nicht-ärztlicher Konsilienste, sowie ein hoher Anteil psychischer Behandlungsmethoden (bei über 80% der Patienten). Dies unterstreicht die Komplexität der konsiliarpsychiatrischen Arbeit, die weit über den unmittelbaren Patientenkontakt hinausgeht und den auf den ersten Blick hoch erscheinenden Zeitaufwand der Konsilarii verständlicher macht. Der Zeitaufwand für die gesamte Konsultationsepisode und insbesondere die Zahl der Folgekontakte war aber für den New Yorker Konsildienst deutlich höher als in Berlin (187 Minuten vs. 71,5 Minuten). Dies ist keine Eigenheit der *Division of Behavioral Medicine and Consultation Psychiatry* am Mount Sinai Hospital, sondern für die amerikanischen Konsildienste typisch (vgl. Rothermund et al. 1997). So berichteten Lyons et al. (1988a), daß für ca. 40% der Konsilpatienten eines universitären Konsildienstes in Chicago ein Zeitaufwand von 2 - 3 Stunden aufgewandt wurde, 10% der Patienten wurden sogar mehr als 10 Stunden betreut. Bei einer derart intensiven Konsiltätigkeit wird die Grenze hin zur Durchführung von Kurzzeitpsychotherapie überschritten (vgl. Abschnitt 3.3.1). Zur Einordnung dieser Werte ist die Längsschnittuntersuchung wichtig: trotz einer Verkürzung der Krankenhausverweildauern hat sich der Zeitaufwand pro Konsilepisode am MSH nicht wesentlich verändert (vgl. Abschnitt 4.1.3.5). Der verschiedentlich vorgeschlagene Zeitaufwand von *durchschnittlich* 60 (-90) Minuten für den ersten Konsilkontakt

bzw. 2 - 3 Stunden für eine abgeschlossene Konsilepisode erscheint vor diesem Hintergrund nicht übertrieben zu sein (Herzog & Hartmann 1990). Die Längsschnittuntersuchung kann hier ergänzend aufzeigen, daß diese Zahlen in den folgenden Jahren zum Teil deutliche Anstiege aufwiesen. Dies spricht dafür, daß es sich bei den genannten Tätigkeiten um zeitüberdauernde Elemente eines konsiliarpsychiatrischen Kerninstrumentariums handelt.

Gerade im Bereich der Verordnung von Psychopharmaka war die Längsschnittuntersuchung hilfreich. In der Querschnittsuntersuchung 1991/92 von der *Division of BMC* am MSH noch deutlich seltener verordnet als in Berlin (38,7% versus 57,1%), zeigt sich ein steter Anstieg der Verordnungshäufigkeiten durch den New Yorker Konsildienst während der folgenden Jahre. und belegt eine einschneidende Veränderung der Verschreibungsgewohnheiten von antidepressiva durch die Einführung einer neuen Substanzgruppe, den Selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) (vgl. Abschnitt 4.1.4). Die im Vergleich eher geringe Übereinstimmung in der Verordnung der einzelnen Substanzgruppen deutet auf idiosynkratische Rezeptiergewohnheiten der Konsildienste hin. Es gibt immer noch einen Mangel an methodisch ausreichend fundierten Studien zur psychopharmakotherapeutischen Behandlung von Patienten mit somatopsychischer Komorbidität (Katz et al. 1994). Für die Behandlung mit Antidepressiva wird neuerdings in der amerikanischen Konsiliarpsychiatrie eine Orientierung an den für den hausärztlichen Versorgungsbereich erarbeiteten Vorgaben der *Agency for Health Care Policy and Research* (Depression Guideline Panel 1993, Kathol et al. 1994, Pitt 1995) empfohlen, wo ein ausdrückliches Votum für den Einsatz von SSRI als Mittel der ersten Wahl erfolgt. Dem entsprechen, wenn auch in etwas abgeschwächter Form, die Empfehlungen in der britischen Liaisonpsychiatrie (RCP & RCPsych 1995). Zunehmend wird in diesem Zusammenhang die Forderung nach randomisierten kontrollierten Studien im konsiliarpsychiatrischen Setting erhoben (Creed et al. 1993, Smith et al. 1998, Wise & Strain 1996, Müller & Förstl 1999).

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß sich auch in der vergleichenden Querschnittsuntersuchung ein Kernbereich konsiliarpsychiatrischer Tätigkeit als gemeinsamer Nenner identifizieren läßt. Die Konsiliarpsychiater versorgen eine Risikopopulation von überwiegend gleichzeitig körperlich und psychisch kranken Patienten, die häufig hinsichtlich ihrer psychischen Erkrankung unbehandelt waren. Die Perspektive des Konsiliarpsychiaters ist im eigentlichen Sinne biopsychosozial und umfaßt psychopathologische, ebenso aber in wesentlichem Umfang körpermedizinische Diagnostik. Entsprechend sind die eingesetzten Behandlungsstrategien multimodal und beinhalten psychische und psychopharmakotherapeutische Interventionen. Die Kooperation mit anderen Fachdisziplinen ist wesentlich, enge Verknüpfungen, die allerdings überwiegend informeller Natur und kaum koordiniert sind, bestehen mit der Arbeit der Sozialdienste.

4.2.5.2 Somatopsychische Komorbidität

Untersuchungen psychiatrischer Konsildienste, in denen die somatopsychische Komorbidität der behandelten Patienten nicht berücksichtigt wird, sind wenig aussagekräftig (Creed et al.

1993). Unter Benutzung eines "Zähl-Ansatzes" zur Bestimmung der Schwere der psychischen bzw. somatischen Erkrankung hatten sich zum einen, z.B. beim psychosozialen Funktionsniveau, ähnliche Ergebnisse für Berlin und New York gezeigt. Bei der Verordnung von Psychopharmaka waren wiederum, in Abhängigkeit von der Zugehörigkeit zu einzelnen Gruppen somatopsychischer Komorbidität, Unterschiede zwischen beiden Konsildiensten aufgefallen (vgl. Abschnitt 4.2.4.1). Am Beispiel der in der konsiliarpsychiatrischen Interventionsforschung öfter verwendeten Parameter *Lagtime* und LOS soll der Gebrauch des "Zähl-Ansatzes" nochmals diskutiert werden.

Es war aufgefallen, daß bei einem Überwiegen der somatischen Diagnosen die *Lagtime* tendentiell länger war. Dies könnte dahingehend interpretiert werden, daß die Stationsärzte bei einem Überwiegen somatischer Komorbidität den Konsiliar später rufen, obwohl möglicherweise eine behandlungsrelevante psychische Symptomatik vorliegt (vgl. Schubert et al. 1978-79). In gewisser Weise wäre dies verständlich: für den somatischen Arzt steht zunächst einmal die Schwere der somatischen Grunderkrankung bei seiner Entscheidungsfindung im Vordergrund. Entsprechend findet sich die kürzeste *Lagtime* bei der Patientengruppe *ohne* somatische Komorbidität: wo man keine eigene Fachkompetenz einbringen kann, wird am schnellsten eine Überweisung in Betracht gezogen. Lyons et al. (1989) hatten beobachtet, daß bei Patienten mit hohem (somatischen) Pflegeaufwand die Hinzuziehung eines Psychiaters von den Stationsärzten seltener in Betracht gezogen wurde. Sie vermuteten, daß die Schwere medizinischer Faktoren gewissermaßen die Schwelle für die Auslösung eines Konsils bei den Anforderern erhöhen könnten. Dies wird in Befragungen von somatischen Stationsärzten auch so angegeben (Steinberg et al. 1980). Bei der Implementation psychiatrischer Konsildienste sollten derartige Einstellungen beachtet werden indem betont wird, daß der Psychiater auch bei schweren somatischen Krankheitsbildern gerufen werden kann. Solche Hinweise werden von den Stationsärzten durchaus wahrgenommen (vgl. hierzu Teil 4.3.1).

Bei Betrachtung der LOS zeigt sich der wesentliche Einfluß der somatischen Komorbidität in den nach unterschiedlicher somatopsychischer Komorbidität gebildeten Gruppen: die Gruppen mit einem Überwiegen somatischer gegenüber psychiatrischen Diagnosen wiesen gegenüber denjenigen, bei denen dies umgekehrt war, eine längere Verweildauer auf. War beides ausgeglichen, so zeigte sich eine Tendenz zu längeren LOS wenn mehr somatische Diagnosen vorlagen. Bei gleicher Zahl psychiatrischer Diagnosen deutete sich kein entsprechender Effekt an. Bei gleicher Zahl somatischer Diagnosen waren aber die LOS der Gruppen mit *mehr* psychiatrischen Diagnosen tendentiell kürzer. Dies deutet daraufhin, daß der vergleichende Untersuchungen der LOS aufgrund vielfältiger und vom Konsiliar kaum oder gar nicht zu beeinflussender Faktoren methodisch schwieriger ist als der Vergleich der *Lagtimes* (vgl. Choca et al. 1988, Kirshner & Johnston 1985, Horn et al. 1989, Strain et al. 1991b, Fortney et al. 1996, Levenson 1998). Nicht zuletzt gibt es Hinweise darauf, daß die Stationsärzte selber, in Abhängigkeit von ihrer Einstellung gegenüber Patienten mit psychischen Problemen, die LOS der betreffenden Patienten unterschiedlich beeinflussen: bei einer mehr ärgerlichen Irritation kann es zu frühzeitigen Entlassungen kommen, bei Unsicherheit im Umgang dagegen zu einer

Hinauszögerung, um durch vermehrte körperliche Untersuchungen sich weiter abzusichern (Morris & Goldberg 1990).

In der Längsschnittuntersuchung war bereits eine Entkopplung von *Lagtime* und LOS vermutet worden (vgl. Abschnitt 4.1.3.7). Die Querschnittsuntersuchung weist mit einer größeren Uniformität der *Lagtime* für beide Konsildienste im Vergleich zur LOS ebenfalls daraufhin, daß es sich bei dem früher unterstellten engen Zusammenhang zwischen beiden Parametern eher um eine Momentaufnahme gehandelt hat. Die Ergebnisse der ECLW-Studie mit unterschiedlichen Relationen von *Lagtime* und LOS zwischen den einzelnen Teilnehmerländern weisen ebenfalls in diese Richtung: auch hier sind die *Lagtimes* ähnlicher als die LOS (vgl. Huyse et al. 1997, Fig.1). Dies könnte daraufhin weisen, daß das Anforderungsverhalten der somatischen Ärzte hinsichtlich des Zeitpunkts der Konsilanforderung einheitlicher ist als die von Krankenhaus zu Krankenhaus aufgrund der unterschiedlichen Patientenpopulationen differierenden LOS.

Auch bei Betrachtung einzelner diagnostischer Gruppen wie der Organisch bedingten Störungen zeigten sich ausgeprägte Unterschiede in der LOS, die säkulare Einflüsse widerspiegeln. Während die LOS bei den *Depressionen* bzw. *Anpassungsstörungen* für das MSH und das RVK in etwa gleich sind, ist die der Patienten mit Organisch bedingten Störungen am MSH um ca. 10 Tage kürzer - bei weitaus geringerem Unterschied hinsichtlich der *Lagtimes*. Am MSH, wie überhaupt in den USA (vgl. Boone et al. 1981, Strain et al. 1991a) war, anders als seinerzeit in Berlin, eine mandatorische Beteiligung des Sozialdienstes bei der Entlassungsplanung vor allem älterer Patienten gegeben: so wurden z.B. alle über 60 Jahre alten Patienten der orthopädischen Abteilung bei der stationären Aufnahme routinemäßig vom Sozialdienst auf das Vorliegen sozialer Risikofaktoren (z.B. alleine lebend, keine Verwandten) geprüft, um eine ggf. erforderlich werdende Heimunterbringung rechtzeitig in die Wege leiten zu können. Dies kann als weiterer Hinweis auf die multifaktorielle Bedingtheit der LOS gewertet werden, bei entsprechenden Forschungsansätzen muß die Interdisziplinarität der Liegedauerforschung gebührend berücksichtigt werden (Evans et al. 1989).

Das psychosoziale Funktionsniveau der Konsilpatienten wiederum unterschied sich zwischen Gruppen verschiedener psychischer, nicht aber somatischer Komorbidität. Dies sprach für einen bestimmungsgemäßen Einsatz der GAF-Skala in diesem Setting. Die GAF könnte als einfache Methode zur Bestimmung des Schweregrads psychosozialer Beeinträchtigung im Konsilbereich eingesetzt werden. Sinnvoll erscheint ihre Verwendung vor allem anlässlich des Erstkonsils, wie bei den Berliner Konsilpatienten im Rahmen der ECLW-Studie erfolgt. Es kann vermutet werden, daß die Stationsärzte bei stärker beeinträchtigtem psychosozialen Funktionsniveau die Hinzuziehung des Psychiaters für wichtiger (und damit dringender) erachten. Hier sollte untersucht werden, ob die GAF-Skala, wie aufgrund der vorliegenden Untersuchung vermutet, als Substitut für die Wahrnehmung des psychosozialen Funktionsniveaus der überwiesenen Patienten durch den anfordernden Stationsarzt benutzt werden könnte. Dies würde der Forderung von Fulop et al. (1998) entsprechen, einfachere und auf einer Fremdbeurteilung beruhende Untersuchungsinstrumente einzusetzen, um größere

Gruppen vor allem älterer Patienten untersuchen zu können: in ihrer Studie konnten z.B. lediglich 19% aller neu aufgenommenen über 65 Jahre alten Patienten mit einer Untersuchungsbatterie, die u.a. das SCID-R umfaßte, untersucht werden.

Konsiliarpsychiatrie hat per definitionem mit somatopsychischer Komorbidität zu tun. Bei (vergleichenden) Untersuchungen in diesem Bereich sollte der Schweregrad der vorliegenden somatischen und psychischen Beeinträchtigung berücksichtigt werden. Hierbei könnte ein "Zähl-Ansatz" als einfache Methode, je nach Zielstellung der durchzuführenden Untersuchung, hilfreich sein.

4.2.5.3 Psychiatrischen Diagnostik im Konsildienst: *Anpassungsstörung* und *Depression*

Die konsiliarpsychiatrische Arbeitsgruppe des Massachusetts General Hospital in Boston hat, in einem harschen Urteil, die Diagnose einer Anpassungsstörung mit depressiven Symptomen als die möglicherweise am häufigsten zu Unrecht vergebene konsiliarpsychiatrische Diagnose überhaupt bezeichnet und empfiehlt, den Gebrauch der Diagnosen einer majoren (oder minoren) Depression oder Dysthymie vorzuziehen (Cassem & Bernstein 1997, S.54). Dies geschieht nicht zuletzt mit dem Argument, daß im letzteren Falle die Patienten eher die Möglichkeit einer effektiven (medikamentösen) Therapie erhielten. Snyder & Strain (1990) dagegen, die die Änderung psychiatrischer Diagnosen im Laufe des Konsilprozesses untersuchten, fanden, daß sich eine initial gestellte Diagnose einer majoren Depression am instabilsten erwies, die am Ende der konsiliarischen Betreuung in 22% geändert worden war, in der Hälfte der neu klassifizierten Fälle wurde eine Anpassungsstörung mit vorwiegend depressiver Stimmung diagnostiziert.

In der Querschnittsstudie zeigten sich eher geringe Unterschiede zwischen beiden Konsildiensten bei den Diagnosegruppen der *Depressionen* und *Anpassungsstörungen mit vorwiegend depressiver Symptomatik*, beide wurden häufiger benutzt. An Gemeinsamkeiten ist zu nennen, daß sowohl in Berlin als auch in New York Patienten mit einer *Anpassungsstörung* seltener in psychiatrischer Vorbehandlung als solche mit der Diagnose einer *Depression*. Ebenso waren beidemale die psychosozialen Funktionsniveaus im Jahr vor der stationären Behandlung bei der ersten Gruppe höher, wie dies auch von anderen Arbeitsgruppen berichtet wurde (Tab. 4.2.28; Strain et al. 1998, Smith et al. 1998). Unterschiedlich war, daß die Zahl der somatischen Erkrankungen eine Rolle spielte, die im New Yorker Konsildienst bei der differentialdiagnostischen Einordnung als Anpassungsstörung tendentiell stärker berücksichtigt wurde. Hinsichtlich der psychopharmakotherapeutischen Behandlung beider Gruppen konnten die geäußerten Hypothesen bestätigt werden. *Anpassungsstörungen* wurden in beiden Konsildiensten signifikant seltener medikamentös behandelt als *Depressionen*, wenn aber psychopharmakotherapeutisch behandelt wurde, überwogen jeweils die Patienten mit mehr als einem Zielsymptom. Ebenso wenig unterschieden sich die GAF-Werte zwischen beiden diagnostischen Gruppen beim Erstkonsil (für die Berliner Stichprobe). Beim therapeutischen Vorgehen schien der Grad der psychosozialen Beeinträchtigung bzw. die Anzahl der

psychopharmakotherapeutisch avisierten Symptome eine wichtige Rolle zu spielen. Dies bestätigt, daß die untersuchten Konsildienste sich bei der Behandlung mit Psychopharmaka am Schweregrad der Beeinträchtigung orientierten (vgl. Strain 1998). Offenbar haben beide Konsildienste die differentialdiagnostische Einordnung auch von anamnestischen Angaben, die Entscheidung für eine medikamentöse Therapie vom Schweregrad der Erkrankung abhängig gemacht.

Es stellt sich vor diesem Hintergrund die Frage, ob die kategoriale Zuordnung sinnvoll ist oder nicht eher durch eine dimensionale Betrachtung abgelöst werden sollte (Cavanaugh 1995) und ob anstelle der weniger reliablen Kategorien *Anpassungsstörung* und *Depression* im allgemeinmedizinischen Setting nicht zunächst eine Rest-Kategorie zur Verschlüsselung herangezogen werden sollte, wie sie von der ICD-10 mit der Kategorie der "*anderen depressiven Episode*" (F32.8) gegeben ist, begleitet mit einem expliziten Hinweis auf den Gebrauch im Allgemeinkrankenhaus (Strain et al. 1999). Diese Verschlüsselung wird vorgeschlagen, wenn die Beschreibungen der unter F32.0-F32.3 aufgeführten depressiven Episoden nicht zutreffen, dem "diagnostischen Gesamteindruck" nach jedoch Episoden mit "depressiver Natur" vorliegen:

"Beispiele sind wechselnde Mischbilder depressiver Symptome (vor allem somatischer Art) mit diagnostisch weniger bedeutsamen Symptomen wie Spannung, Sorge und Verzweiflung, oder Mischbilder somatischer depressiver Symptome mit anhaltendem Schmerz oder Müdigkeit, die keine organische Ursache haben (*wie sie manchmal in Liaisondiensten von Allgemeinkrankenhäusern gesehen werden*)" (ICD-10, 1.Aufl., Dilling et al. 1991; *Herv. d. Verf.*).

Der Einsatz dimensionaler und multiaxialer Untersuchungsinstrumente müßte, je nach Fragestellung, ergänzend erfolgen (Guthrie & Creed 1996a, Thomas 1983). Dabei sollten etwa vorhandene, eine Achse-I-Störung begleitende Persönlichkeitsstörungen, die bei Konsilpatienten häufig sind und den Erfolg einer Psycho- wie auch Psychopharmakotherapie mit beeinflussen können, stärker berücksichtigt werden (Kapfhammer 1998b, Strain & Diefenbacher i.Vorb.). Ein solches Vorgehen könnte über die eher fruchtlose Kontrastierung der beiden Diagnosegruppen *Depressionen* und *Anpassungsstörungen* hinausführen.

4.3 Weitere Untersuchungen

In den nächsten Jahren dürfte mit einem erneuten Interesse an konsiliarpsychiatrischen Interventionsstudien im stationären Bereich zu rechnen sein. Diese werden eine Reihe unterschiedlicher Perspektiven einschließlich ökonomischer Aspekte berücksichtigen müssen (Lyons & Larson 1989, Creed et al. 1993, Huyse et al. 1997). Die Ergebnisse der bisher durchgeführten Studien haben zu widersprüchlichen Ergebnissen geführt. Dies war zum Teil auf methodische Mängel zurückzuführen (Levenson 1998, Strain et al. 1994, Wancata et al. 1999, vgl. Abschnitt 3.1). Als Beitrag zur Planung solcher Studien werden im folgenden Aspekte der Implementation eines psychiatrischen Konsildienstes und von *Lagtime* und LOS von Konsilpatienten untersucht.

4.3.1 Entwicklung der psychiatrischen Konsiliartätigkeit über einen Einjahreszeitraum

Untersuchungen der Entwicklung psychiatrischer Konsildienste über kürzere Zeiträume werden meist für wenig ergiebig gehalten. Sie sind noch seltener als Längsschnittuntersuchungen (vgl. Abschnitt 4.1.1). Häufig wird angenommen, daß kurze Zeitspannen Verzerrungen durch zufallsbedingte Fluktuationen in der Arbeit des Konsildienstes nicht hinreichend ausschließen lassen, vor allem aber nicht ausreichend seien, um die "eingefahrenen Schienen" der Zusammenarbeit mit den somatischen Fächern überhaupt zu verändern (O'Connor 1993). Zitiert wird die Meinung des amerikanischen Konsiliarpsychiaters Pasnau, daß für die Etablierung eines psychiatrischen Konsildienstes eine Zeitdauer von fünf Jahren zu veranschlagen sei (Joraschky & Köhle 1986, S.430). Die Neubesetzung des Konsiliar-Liaisondienstes am RVK durch den Autor kurz vor Beginn der deutschen ECLW-Studie bot die Möglichkeit, den Einfluß der Tätigkeit eines psychiatrischen Konsiliars auf Veränderungen einzelner Parameter des Konsultationsprozesses in einem natürlichen Experiment zu untersuchen. Dabei interessierte, wie sich Parameter des konsiliarpsychiatrischen Prozesses im Laufe eines Einjahreszeitraums nach Initiation des Konsildienstes veränderten.

4.3.1.1 Die Entwicklung psychiatrischer Konsildienste über kürzere Zeiträume

Es gibt Hinweise auf kurzfristig eintretende Effekte konsiliarpsychiatrischer Aktivitäten. So konnten Kligerman & McKegney (1971) bei der Untersuchung zweier psychiatrischer Konsildienste an Universitätsklinikern über 1 Jahr durchaus differentielle Entwicklungen nachweisen. Während sich die Häufigkeit der Konsilanforderungen der chirurgischen Abteilungen im Laufe dieses Jahres nicht veränderten, bot sich auf den internistischen Stationen folgendes Bild: Zu Beginn des Beobachtungszeitraums lag die Anforderungsquote für psychiatrische Konsile weit über jener der Chirurgen, um dann kontinuierlich während des Beobachtungszeitraums abzusinken und schließlich in etwa die Rate der chirurgischen Abteilungen zu erreichen. Die untersuchte Zeitspanne erstreckte sich über ein Akademisches Jahr und die Autoren vermuteten, daß - mit den dann jeweils einsetzenden Rotationen - die auf

den internistischen Stationen neu eingesetzten Assistenzärzte, die ein vermehrtes Interesse an psychosomatischen Fragestellungen im Vergleich zu ihren chirurgischen Kollegen mitbrächten, gerne vom Angebot einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Beratung Gebrauch machten - gerade angesichts wenig eigener Erfahrung im Umgang mit Patienten mit psychischer Komorbidität. Im Laufe des Jahres würden die Ärzte aber mit zunehmender Erfahrung solche Patienten vermehrt selber behandeln, so daß sich die Konsilianforderungen auf schwerer kranke Patienten beschränkten und damit seltener würden. Eine weitere Untersuchung wurde an der Universität Dresden durchgeführt (Weigelt 1995). Hier wurde zunächst die von verschiedenen Psychiatern vorwiegend nach Ende der regulären Arbeitszeit durchgeführte Konsiliartätigkeit während eines Jahres dokumentiert. Im folgenden Jahr wurde die konsiliarpsychiatrische Tätigkeit ausschließlich von einem hauptamtlichen Konsiliarpsychiater und einer psychiatrischen Liaisonschwester wahrgenommen. Die Einrichtung des hauptamtlichen Konsildienstes ging mit einer erhöhten relativen Konsilrate einher und führte zu einer Zunahme von Routinekonsilen bei gleichbleibendem Anteil an Notfallkonsilen, einer Zunahme an neurotischen und Anpassungsstörungen bei den Überweisungen, sowie einer verstärkten Zusammenarbeit mit den nicht-ärztlichen Mitarbeitern der Stationsteams (im Gegensatz zur vorher überwiegend auf den Patienten zentrierten Vorgehensweise).

4.3.1.2 Untersuchungsziele und Methode

Anhand der eigenen Konsiliartätigkeit am RVK soll die Entwicklung über einen Einjahreszeitraum (April 1991 bis März 1992) verfolgt werden. Der Dokumentationszeitraum im Rahmen der deutschen C-L-Studie (vgl. Abschnitt 4.2.2) begann 3 Monate nachdem der Autor die Tätigkeit als Konsiliarpsychiater übernommen hatte. Konzeptuelle und praktische Grundlagen der Tätigkeit sind andernorts ausführlich dargestellt (Diefenbacher 1999, Saupe & Diefenbacher 1996). In Übereinstimmung mit Anregungen aus der amerikanischen Literatur über den Aufbau konsiliarpsychiatrischer Dienste wurde besonderer Wert gelegt auf für den nichtpsychiatrisch vorgebildeten Stationsarzt nachvollziehbare Befunddokumentation und Vermittlung von diagnostischen und therapeutischen Vorschlägen (vgl. Saupe & Diefenbacher 1996, Kap. 2 "*Schriftlicher Befund und Dokumentation*", S.27-39; Stotland & Garrick 1990). Entsprechend den Erfahrungen anderer psychiatrischer Konsildienste wurde für die Vermittlung konsiliarpsychiatrischer Inhalte eine Orientierung am medizinischen Modell gewählt, gewissermaßen als Schiene, um psychiatrische Anliegen in nichtpsychiatrischen Settings zu lancieren (z.B. Hackett & Cassem 1987, Levy 1989, Herzog et al. 1993). Explizit wurde die Überweisung schwerer kranker Patienten mit hirnorganischen Psychosyndromen und Verhaltensauffälligkeiten begrüßt. Die Behandlung von akuten Verwirrheitszuständen wurde - soweit klinisch angezeigt - möglichst uniform in Anlehnung an Behandlungsstrategien des konsiliarpsychiatrischen Dienstes am Massachusetts General Hospital in Boston (Murray 1987, Cassem & Murray 1997, Saupe & Diefenbacher 1996, Kap.6 "*Der delirante Patient*", S.69-92) praktiziert und in Kurzvorträgen auf die Stationen vermittelt (vgl. Saupe & Diefenbacher 1996, "*Exkurs: Akutversorgung des deliranten Patienten durch den Stationsarzt*", S.72-75).

Da während der Urlaubsvertretung die ausführliche ECLW-Studiendokumentation aus Kapazitätsgründen nicht durchgeführt werden konnte, wurden in den Monaten April, Mai und Oktober, November nur ein Teil der angeforderten Konsile dokumentiert. Um hierdurch bedingte Artefakte zu minimieren, wurde der Einjahreszeitraum in drei Viermonatsabschnitte (im folgenden *Tertiale* genannt) eingeteilt, die miteinander verglichen wurden. Im ersten Tertial wurden 88 Patienten gesehen, im zweiten 85 und im dritten Tertial 107. Aufgrund der genannten Einschränkung kann hieraus nicht auf eine Zunahme der Konsilanforderungen im letzten Tertial geschlossen werden.

Folgende Fragestellungen bzw. Hypothesen sollten u.a. überprüft werden:

1. Die psychiatrischen Interventionen beziehen sich im Laufe des Jahreszeitraums vermehrt auf das Stationsteam, wogegen initial der Fokus überwiegend beim Patienten liegt.
2. Der Konsiliarpsychiater wird zunehmend in die Entlassungsplanung mit einbezogen.
3. Die *Lagtime* wird im Jahresverlauf kürzer.

Die Ergebnisse sind in den Tabellen 4.3.1.1 bis 4.3.1.5 zusammengefaßt.

4.3.1.3 Ergebnisse (Tab. 4.3.1.1 - 4.3.1.5)

Die soziodemographischen Variablen ändern sich nicht wesentlich während des Einjahreszeitraums (Tab. 4.3.1.1). Die Geschlechtsverteilung entspricht den während der 10-Jahresperiode am MSH in New York beobachteten Anteilen und zeigt ebenfalls keine statistisch signifikanten Veränderungen (vgl. Tab. 4.1.1; ähnlich z.B. Weigelt 1995, Hengeveld et al. 1984). Entwicklungen im Anforderungsverhalten sind in Tab. 4.3.1.2 zusammengefaßt. Bei den Hauptüberweisungsgründen zeigen sich überwiegend keine Veränderungen. Der Anteil der Patienten, die nach einem Suizidversuch dem psychiatrischen Konsiliar vorgestellt wurden, blieb über die Tertiale stets gleich (ca. 15 %). Dies war zu erwarten, da die psychiatrische Vorstellung dieser Patientengruppe mandatorisch war. Auch die Anforderungen wegen ungeklärter körperlicher Symptome und aktuellen psychiatrischen Störungen blieben im wesentlichen gleich. Dies entspricht den Beobachtungen von Weigelt (1995). Lediglich die - ausgesprochen niedrige - Vorstellungsrate wegen Mißbrauchs psychotroper Substanzen verdoppelte sich von 2,3% auf 4,7%, lag damit aber immer noch deutlich unter den Angaben anderer Konsildienste (19,8% bei Arolt et al. 1995; 9,0% bei Weigelt 1995). Demgegenüber fällt auf, daß die Zahl der vom Konsiliarpsychiater gestellten psychiatrischen Erstdiagnosen der Kategorie F1 nach ICD-10 (*Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen*), die sich ebenfalls nahezu verdoppelte (von 6,8% auf 12,1%), zwei- bis dreimal höher liegt (und dem von Hengeveld et al. (1984) angegebenen Median dieser diagnostischen Gruppe entspricht [10,1%]) (Tab. 4.1.3.1). Diese Diskrepanz zwischen unterrepräsentierten alkohol- oder auch drogenverbundenen Problemen bei den von den Stationsärzten genannten Überweisungsgründen und deren tatsächlicher Häufigkeit bei psychiatrischen Konsilpatienten wird für viele Konsildienste berichtet (Mitchell et al. 1986).

Im Spektrum der anfordernden Abteilungen wird der Anteil der Anforderungen aus der Allgemeinen Inneren Medizin, von dort gingen die meisten Konsilüberweisungen aus, etwas geringer, demgegenüber steigt derjenige der im selben Gebäude befindlichen spezialisierten inneren Abteilungen an (Kardiologie, Onkologie, Gastroenterologie). Da in der vorliegenden Studie möglichen Gründen für diese Veränderungen nicht nachgegangen wurde, muß es offen bleiben, ob es sich dabei um zufällige Entwicklungen gehandelt hat. Beispielhaft kann hier allerdings die Möglichkeit von sog. *Transfereffekten* in der Konsiliarpsychiatrie aufgezeigt werden: durch die häufige Präsenz des Konsiliars auf zunächst einer Station oder Abteilung kann das entsprechende Angebot, wenn es von den anfordernden Ärzten für hilfreich erachtet wird, über persönliche Empfehlung oder durch Hörensagen weiter in benachbarte Einheiten hinein vermittelt werden, die vielleicht zunächst kein sonderliches Interesse gezeigt hatten. Bei ausreichenden personellen Ressourcen kann es sich dabei um einen gewünschten Effekt hin zu einer vermehrten Akzeptanz des konsiliarpsychiatrischen Dienstes handeln (Fuhrhans et al. 1998). Bei der Durchführung kontrollierter konsiliarpsychiatrischer Interventionsstudien können Transfereffekte aber zu methodischen Problemen führen: Effekte einer Intervention können durch einen informellen Wissenstransfer in Kontrollgruppen nivelliert werden, z.B. durch Übernahme von Interventionen, die der Untersuchungsgruppe vorbehalten sein sollten (Orleans et al. 1979, Strain et al. 1991b, Gater 1998). Deutlichere Veränderungen zeichnen sich in der Infektiologie und den Chirurgischen Abteilungen ab. Der Anteil an Anforderungen aus der Abteilung für Infektiologie verdreifacht sich auf 22,4% im letzten Tertial. Die Arbeit des Konsiliarpsychiaters in diesem Bereich beinhaltete eine zusätzliche Liaisontätigkeit in der der Abteilung zugehörigen AIDS-Tagesklinik und die sporadische Teilnahme an der abteilungsinternen Weiterbildung, wodurch es zu einer im Vergleich zu anderen Abteilungen höheren Präsenz kam. Anders in der Dermatologie. Hier wurde die Liaisontätigkeit eines früheren Konsiliars nicht wieder aufgenommen und es kam zu einem deutlichen Rückgang der Überweisungen. Die Anforderungen aus den Chirurgischen Abteilungen verdoppeln sich auf 27% im letzten Tertial und gehen einher mit der Zunahme der Patientenkategorie mit *'postoperativem Status'* bzw. *'mehr als 50% Bettlägerigkeit'*. Da der Anteil bewußtseinsgetrübter Patienten (bestimmt mit der RLS85, Stalmark et al. 1988) sich beinahe verdreifacht auf 21,5% im letzten Tertial und auch der Anteil der von den Intensivstationen überwiesenen Patienten ansteigt, läßt sich sagen, daß zunehmend schwerer körperlich kranke Patienten überwiesen wurden. Dies deutet daraufhin, daß die vom Konsiliar ermutigte Vorstellung körperlich kränkerer Patienten aufgegriffen wurde.

Deutlich steigt die Zahl der dringlich gewünschten Konsile im Jahresverlauf an. Vergleicht man dabei Intensivstationen mit Normalstationen, so zeigt sich, daß auf den Intensivstationen die Routineanforderungen leicht ansteigen, die dringlichen Anforderungen (*cito-Konsile*) sich dagegen auf den Normalstationen verdreifachen. Weigelt (1995) findet in ihrem Dresdner Vergleich eine Zunahme der Routineanforderungen von 38,1% auf 56,7% nach Einrichtung eines hauptamtlichen konsilpsychiatrischen Dienstes. Sie vermutet, daß die explizite Zuständigkeit und damit bessere Erreichbarkeit des Konsiliars auf seiten der Anforderer den Druck, eiligere Konsile zu veranlassen, mindert. Die vorliegenden Daten, mit gegenläufigen

Entwicklungen auf Intensiv- bzw. Normalstationen, sprechen dafür, daß für diese beiden Typen medizinischer Versorgungsleistung eine gesonderte Betrachtung des Anforderungsverhaltens bezüglich des Parameters "Dringlichkeit" erfolgen sollte: es wäre zu untersuchen, ob in einem Setting wie der Intensivmedizin die vermehrte Inanspruchnahme von psychiatrischen Routinekonsilen für eine zunehmende Akzeptanz spricht, auf Normalstationen dagegen *erhöhte Dringlichkeit* eine stärkere Gewichtung des psychiatrischen Beitrags zur Patientenversorgung bedeuten könnte.

Hinsichtlich der psychischen und somatischen Diagnosen bzw. Komorbidität (Tab. 4.3.1.3) zeigten sich wenig Veränderungen über die Tertiale. Gleichbleibend hoch blieb der Anteil der Patienten mit Störungen im Bereich des zentralen Nervensystems, der mit Werten um stets ca. 40% die große Bedeutung neuropsychiatrischer Fragestellungen unterstreicht. Im Spektrum der psychiatrischen Diagnosen sind, abgesehen von der Zunahme der F1-Diagnosen (vgl. weiter oben), die Veränderungen im Bereich der *Depressionen* und *Anpassungsstörungen* auffällig: die Diagnose einer *Anpassungsstörung* verdoppelte sich von 10,2% auf 21,5%, die einer *Depression* nahm von 15,9% auf 9,3% ab. Die Häufigkeit beider Diagnosen zusammengenommen zeigte im Jahresverlauf eine lediglich leichte Zunahme von 26,1% auf 30,8%. Dies entspricht einerseits der Beobachtung von Weigelt (1995), die im zweiten (Interventions-)Jahr ihrer Untersuchung ebenfalls eine Zunahme an Anpassungsstörungen fand. Es könnte aber auch hinweisen auf eine Veränderung diagnostischer Einordnungen durch den Konsiliar, mehr als auf eine tatsächliche Änderung in der Zusammensetzung der überwiesenen Patienten: auf die Unsicherheiten in diesen diagnostischen Zuordnungen wurde bereits hingewiesen (vgl. Abschnitt 4.2.5).

In der psychosozialen Funktionsfähigkeit der Konsilpatienten zeigten sich nur geringfügige Veränderungen. Die Patienten unterscheiden sich nicht im Vergleich der Tertiale hinsichtlich ihrer Funktionsniveaus vor der stationären Behandlung. Die anlässlich des ersten Konsils erhobenen GAF-Werte, die im Vergleich zu den niedrigsten GAF-Werten vor der Aufnahme noch weiter abgesunken sind, nehmen aber ab, was unterstreicht, daß dem Konsiliar im Jahresverlauf zunehmend in ihrer Funktionsfähigkeit beeinträchtigtere Patienten vorgestellt wurden. Die GAF-Durchschnittswerte liegen in jedem Terial unter 60, entsprechend dem Vorliegen mäßig ausgeprägter Symptome bzw. mäßiger Beeinträchtigung der sozialen Leistungsfähigkeit (Tab. 4.3.1.4).

Konsiliarypsychiatrische Interventionen (Tab. 4.3.1.4)

Am bereits beschriebenen hohen Anteil empfohlener Zusatzdiagnostik änderte sich im Beobachtungszeitraum nichts (vgl. Abschnitt 4.2.3.5). Demgegenüber nahm die Empfehlung zur Inanspruchnahme weiterer nicht-ärztlicher Dienste während der drei Zeitabschnitte zu. Es kam vor allem zu einem deutlichen Anstieg der Empfehlungen für eine Mitbetreuung durch den Sozialdienst, die von 17% auf 28% im letzten Terial anstieg, wogegen der Anteil der Patienten, die bereits vor Hinzuziehen des Psychiaters vom Sozialdienst gesehen worden war, ungefähr gleich blieb (16,5% im Jahresdurchschnitt). Die zuletzt beobachtete Überweisungsquote entspricht deren Anteil für den Konsildienst am MSH in New York (24%), der sich dort über

einen Beobachtungszeitraum von fünf Jahren als nur geringen Schwankungen unterworfen gezeigt hatte (Strain et al. 1991a). Auch Weigelt (1995) hatte eine Verdopplung der Überweisungen an den Sozialdienst (auf 14,9%) nach Einrichtung eines hauptamtlichen Konsiliars während des zweiten Jahres ihrer Untersuchung beobachtet. Bei der Informationsgewinnung von externen Quellen zeigt sich, daß die Empfehlungen zur Kontaktaufnahme mit psychiatrischen Quellen tendenziell zunehmen ($p=.082$). Dies könnte als einen mit zunehmender Bekanntheit des Konsiliars auf den betreuten Stationen einhergehenden Versuch der vermehrten Betonung psychosozialer Aspekte im Gefolge einer initialen Betonung biologischer Momente interpretiert werden, wobei letztere gewissermaßen als "Eintrittskarte" benutzt worden waren (vgl. Herzog et al. 1993).

. **Psychische Behandlungsmethoden und Psychopharmakotherapie (Tab. 4.3.1.4)**

Die Hypothese hinsichtlich der Zielsysteme beim Einsatz psychischer Behandlungsmethoden kann bestätigt werden: die *ausschließlich* auf den Patienten gerichteten Interventionen gehen zurück, die sowohl auf Patient *und* Stationsteam bezogenen Interventionen nehmen zu. Auch der - insgesamt aber niedrige - Anteil von die Familie des Patienten mit einbeziehenden Interventionen verdoppelt sich auf 8,4%. Die entsprechende Beobachtung von Weigelt (1995) wird hierdurch bestätigt.

Der Anteil der Patienten, bei denen eine psychopharmakotherapeutische Behandlung empfohlen wurde, lag in den ersten beiden Tertialen bei etwas über 60 %, im letzten Tertial hatte er auf 48,6% abgenommen ($p = .072$). Während die Anzahl der mit Neuroleptika behandelten Patienten keine eindeutige Entwicklung zeigt, ist die Verordnung von Antidepressiva auffälligen Veränderungen unterworfen. Diese Substanzgruppe wird im Jahresverlauf insgesamt, wie auch speziell in der Behandlung depressiver Symptome, zunehmend seltener verordnet. Hier zeigt sich eine differentielle Entwicklung: bei den *Anpassungsstörungen* nimmt die Verschreibungshäufigkeit von 55,6% auf 8,7% ab ($p=.016$), nicht jedoch bei den *Depressionen*: hier wird gleichbleibend bei über der Hälfte ein Antidepressivum für indiziert erachtet.

Nicht bestätigt werden konnte die Annahme, daß der Konsiliar zunehmend in die Planung des Entlassungsdatums mit einbezogen wurde: der beobachtete Anstieg von 23,9% auf 35,5% war nicht statistisch signifikant (Tab. 4.3.1.4). Eine dezidierte Aussage hinsichtlich Verlängerung oder Verkürzung der stationären Behandlung wurde in jedem Tertial nur in jeweils weniger als 5% der Fälle geäußert. Weigelt (1995) beobachtete dagegen mit Einführung des hauptamtlichen Konsiliars eine Abnahme bei der Planung zugunsten eines Anstiegs der Beschleunigung von Entlassungen, wobei der Gesamtanteil beider Interventionen in den Vergleichszeiträumen gleich blieb (41,7% vs.43,5%).

. **Lagtime (Tab. 4.3.1.5)**

Auf die für die konsiliarpsychiatrische Interventionsforschung wichtigen Zielvariablen LOS und *Lagtime* wird im folgenden Abschnitt (4.3.2.) näher eingegangen. An dieser Stelle soll zunächst

nur festgehalten werden, daß die eingangs formulierte Hypothese nicht bestätigt werden kann: die *Lagtime* (und auch die LOS) zeigt keine statistisch signifikanten Veränderungen über die drei Tertiale, auch nicht wenn die (mandatorisch überwiesenen) Suizidenten, deren *durchschnittliche* Lagtime bei 3,6 Tagen lag, aus der Analyse ausgeschlossen werden. Auch bei einer Gruppierung der Konsilanforderungen nach Zeitabschnitten der stationären Behandlung, also anteilige *Anforderungen am Aufnahmetag oder ersten Tag nach Aufnahme, während der restlichen Tage der ersten Woche* etc. zeigt sich keine Veränderung über die Tertiale: die meisten Anforderungen erfolgen in der Zeit vom 2. bis 7. Tag nach Aufnahme (34,9% im Jahresdurchschnitt). Dies weist daraufhin, daß der Konsiliarpsychiater im Laufe des Untersuchungszeitraums nicht zunehmend früher angefordert wurde. Bei der Aufschlüsselung nach einzelnen Abteilungen zeigt sich allerdings ein differenzierteres Bild: während in der Allgemeinen Inneren Medizin die *Lagtime* keine Veränderungen zeigt, verkürzt sie sich in der Kardiologie von 24 Tagen im ersten Terial auf 10 bzw. 13 Tage im zweiten und dritten Terial. Solche Änderungen, wenn auch nicht statistisch signifikant, weisen auf mögliche differentielle Entwicklung der *Lagtime* bei unterschiedlichen konsiliarpsychiatrischen Patientengruppen hin.

4.3.2 Welche Faktoren beeinflussen *Lagtime* und LOS von Konsilpatienten?

Die Längsschnittuntersuchung am MSH hatte gezeigt, daß trotz einer deutlichen Verkürzung die LOS der Konsilpatienten auch am Ende der 10-Jahres-Periode immer noch nahezu doppelt so lang war wie die LOS aller stationären Patienten. Selbst im Angesicht generell kurzer Verweildauern könnten geringe Reduktionen der LOS durch eine konsiliarpsychiatrische Intervention bei zunehmenden Patientenzahlen und insgesamt hohem Kostenaufkommen zu Einsparungen führen und die Ausnutzung von Ressourcen stationärer Krankenhausbehandlungen optimieren (Handrinos et al. 1998, Hall et al. 1996, Huyse et al. 1997, Strain et al. 1991b, Schuster 1992, Hughes et al. 1988). *Welche* Elemente der konsiliarpsychiatrischen Tätigkeit die *Lagtime* oder LOS möglicherweise beeinflussen, ist kaum untersucht worden. Levenson (1998) hat daraufhin gewiesen, daß ein wesentliches Versäumnis der vorliegenden Interventionsstudien die fehlende Beschreibung der von den Psychiatern durchgeführten Interventionen war. Gerade bei den Screening-Studien hatte man sich damit begnügt, im Gegensatz zur üblichen Konsultationspraxis mit häufigen Nachfolge-Kontakten, lediglich das Faktum einer oftmals nur einmaligen psychiatrischen Konsultation ohne weitere Spezifizierung für ausreichend zum Erzielen eines Effekts zu halten. In einer Reanalyse der Daten der Interventionsstudie von Strain et al. (1991b) bei Patienten mit Hüftgelenksfrakturen wurde dagegen festgestellt, daß unterschiedliche psychiatrische Interventionen durchaus unterschiedliche Effekte auf die LOS einzelner Patientengruppen ausüben (Diefenbacher et al 1994). Im folgenden sollen daher am Beispiel der Berliner Konsilpatienten mögliche Einflußfaktoren auf *Lagtime* und LOS untersucht und im Hinblick auf die konsiliarpsychiatrische Interventionsforschung diskutiert werden.

4.3.2.1 Fragestellung und Methode

Mit Hilfe der im Rahmen der deutschen C-L-Studie (ECLW 1990a,b) detailliert beschriebenen patientenbezogenen Variablen bzw. vom Konsiliarpsychiater empfohlenen Interventionen (vgl. Anhang II) wird untersucht, ob sich Einflüsse auf die *Lagtime* bzw. auf die LOS der Konsilpatienten für den oben beschriebenen Einjahreszeitraum identifizieren lassen. Da Hinweise auf Entwicklungen im Jahresverlauf vermutet werden konnten (Abschnitt 4.3.1), werden ebenfalls die Tertiale untersucht und mit dem Einjahreszeitraum verglichen. Die Suizidenten, deren konsiliarpsychiatrische Vorstellung im RVK mandatorisch war wurden erneut aus der Analyse ausgeschlossen, um Charakteristika im Überweisungsverhalten der somatischen Ärzte besser sichtbar werden zu lassen (vgl. Handrinos et al. 1998). Der Umfang der analysierten Stichprobe beträgt somit $n = 235$ Konsilpatienten. Eingesetzt wurde eine lineare Regression. Die Auswahl der bei der Analyse von *Lagtime* bzw. LOS benutzten Variablen wird im jeweiligen Ergebnisteil begründet. Da es sich, mit Ausnahme des Alters der Patienten und der *Global Assessment of Functioning Scale* bei sämtlichen eingesetzten Variablen um kategoriale Einflußgrößen handelt, d.h. die Variablen besitzen nominales Datenniveau, wurde zur Anpassung der Regressionsgleichung die Methode der kategorialen Regression mit optimaler Skalierung (CATREG) gewählt, die im folgenden kurz erklärt wird.

Die klassische lineare Regressionsanalyse zielt auf die Minimierung der Summe der quadrierten Differenzen zwischen einer Responsevariable (abhängige Variable) und einer gewichteten Kombination von Prädiktorvariablen (unabhängigen Variablen). Es handelt sich dabei üblicherweise um quantitative Variablen, wobei (nominale) kategoriale Daten in binäre oder Kontrastvariablen umkodiert werden. Die kategorialen Daten dienen dazu, Gruppen von Fällen zu unterscheiden und die Technik der linearen Regression erlaubt, unterschiedliche Mengen von Parametern für jede Gruppe zu schätzen. Die geschätzten Koeffizienten geben an, wie Veränderungen in den Prädiktorvariablen die Responsevariable beeinflussen. Eine Vorhersage der Response ist dabei für jede Kombination von Prädiktorvariablen möglich. Ein alternativer Ansatz verfolgt den Weg, die Response auf die kategorialen Prädiktorvariablen selber (und nicht auf Gruppen von Variablen) zurückzuführen. Folglich wird für jede Variable ein Koeffizient geschätzt. Bei kategorialen Variablen sind aber die Werte der Kategorien willkürlich. Eine unterschiedliche Codierung der Kategorien ergibt unterschiedliche Koeffizienten, so daß Vergleiche verschiedener Analysen derselben Variablen schwer möglich sind. CATREG erweitert den klassischen Ansatz durch eine simultane Skalierung von nominalen, ordinalen und numerischen Variablen. Das Verfahren quantifiziert kategoriale Variablen dergestalt, daß hierdurch die Charakteristika der ursprünglichen Kategorien wiedergegeben werden. Im CATREG-Verfahren werden die quantifizierten kategorialen Variablen wie numerische Variablen behandelt. Unter Verwendung nicht-linearer Transformationen können die Variablen dann einem Optimierungsprinzip folgend auf unterschiedlichen Stufen analysiert werden, um das am besten geeignete Modell zu bestimmen (SPSS Base 8.0, 1998). Für diese Berechnung wurden einige mehrkategoriale Variable in binäre Dummy-Variable rekodiert. Das Modell wurde für *Lagtime* und LOS jeweils für zwei Situationen angepaßt: einmal für die Daten des gesamten

einjährigen Untersuchungszeitraums, zum andern partiell für die einzelnen Tertiale. Die Verteilung von LOS und *Lagtime* im Berliner Datensatz machte eine Logarithmierung, deren Ziel eine Symmetrierung des Datensatzes ist, um parametrische statistische Methoden anwenden zu können, nicht erforderlich. Die Ergebnisse sind in den Tab. 4.3.2.1 - 4.3.2.6 zusammengefaßt. Wesentliche Resultate werden im folgenden diskutiert.

4.3.2.2 Ergebnisse (Tab. 4.3.2.1 - 4.3.2.6)

Zuerst werden die Ergebnisse für den Zeitpunkt der Anforderung des psychiatrischen Konsils für die von Lyons et al. (1986) hierfür vorgeschlagene Variable *Lagtime* diskutiert (vgl. Abschnitt 4.1.3.7). Anschließend wird auf die LOS der Konsilpatienten eingegangen.

4.3.2.2.1 Zeitpunkt der Intervention (*Lagtime*) (Tab. 4.3.2.1 - 4.3.2.3)

Um Einflüsse auf den Zeitpunkt der Erstanforderung des psychiatrischen Konsils zu untersuchen, wurden folgende Variablen in einer linearen Regression betrachtet: *Art der überweisenden Station*, *Dringlichkeit*, *Hauptgrund für die Überweisung*, *Alter bei stationärer Aufnahme*, *Psychosoziale Funktionsfähigkeit beim ersten Konsilkontakt* und *Sozialdienst bereits vor dem ersten psychiatrischen Konsil mit dem Patienten befaßt* (Tab. 4.3.2.1). Folgende Überlegungen bestimmten die Auswahl dieser Größen. Anders als beim Liaisonmodell, wo die Möglichkeit eines initialen psychiatrischen Screenings der Patienten ohne vorherige Auswahl durch Nicht-Psychiater gegeben ist, wird beim Konsultationsmodell die Zuweisung stets wesentlich von einem „nicht-psychiatrischen Überweisungsfilter“ abhängig sein, nämlich davon wie der behandelnde Internist oder Chirurg, der üblicherweise über eher geringe psychiatrische Kenntnisse verfügt, seinen Patienten wahrnimmt und ggf. als psychiatrisch behandlungsbedürftig einstuft (Goldberg 1994). Deshalb wurden *Hauptgrund der Überweisung* (also z.B. aktuelle psychische Symptome), *psychosoziales Funktionsniveau beim ersten Konsilkontakt* (z.B. Sprache zeitweilig unlogisch oder unverständlich) und *Alter des Patienten* ausgewählt, da sie die Wahrnehmung des Patienten durch den anfordernden Arzt beschreiben. Da der erste Konsilkontakt meistens innerhalb eines Tages nach Anforderung des Konsils erfolgte, wurde der vom Konsiliar beim ersten Konsilkontakt bestimmte GAF-Wert herangezogen, der den globalen Eindruck des anfordernden Arztes hinsichtlich des psychosozialen (also nicht somatischen!) Funktionsniveaus ihrer Patienten widerspiegelt (vgl. Abschnitt 4.2.4.3). Schließlich wurde eine *vorbekanntes Sozialdienstes* ausgewählt, da die Untersuchung der zusätzlich vom Sozialdienst betreuten Patienten einen mit dieser Doppelbetreuung zusammenhängenden verzögernden Effekt auf die *Lagtime* vermuten läßt (Diefenbacher in Vorb.). *Art der überweisenden Station* und *Dringlichkeit* wurden ausgewählt, da letzteres die vom Anforderer wahrgenommene Wichtigkeit des Konsils, ersteres den Einfluß von Milieugrößen (Intensivstation versus Normalstation) auf den Zeitdruck hinsichtlich der Erledigung von Aufgaben im klinischen Alltag wiedergibt.

Die gewählte Regressionsgleichung erklärt 8,7% der Varianz der *Lagtime* für den Einjahreszeitraum ($R^2= 0.087$; $F=3.354$; $p = .004$), d.h. lediglich ein sehr geringer Teil der

Lagtime wird von den für die Gleichung ausgewählten Variablen beeinflusst. Auf der Basis der Koeffizienten der Regressionsanpassung und deren zugehörigen F-Werten zeigt sich, daß nur die Variablen *Hauptüberweisungsgrund* und *Dringlichkeit des Konsils* einen schwachen bis mäßigen Beitrag leisten. Betrachtet man nun die Korrelationsstruktur der in die Regressionsgleichung inkorporierten Variablen (Tab. 4.3.2.3), so finden sich nur wenige, dabei schwache Korrelationen, wobei z.B. die positive Korrelation zwischen *GAF beim Erstkonsil* und *Art der überweisenden Station* daraufhin deuten, daß Patienten mit höherem psychosozialen Funktionsniveau eher von Normalstationen überwiesen werden, von Intensivstationen überwiesene Patienten dagegen niedrigere GAF-Werte aufweisen. Hieraus läßt sich auf die Plausibilität des Modells schließen: das Zusammenspiel der für die Regressionsgleichung ausgewählten Variablen hat tatsächlich einen, allerdings schwachen, Einfluß auf die abhängige Variable „*Lagtime*“. In einem weiteren Schritt wurde das Regressionsmodell für die einzelnen Tertiale angepaßt. Für das erste Tertial erklärt die gewählte Regressionsgleichung 26,6% der Varianz ($R^2 = 0.266$; $F = 3,739$; $p = .003$), für das zweite 33,2% ($R^2 = 0.332$, $F = 4.559$, $p = .001$), und für das dritte Tertial 15,1% ($R^2 = 0.151$ $F = 2.350$, $p = .039$). Auf der Basis der Koeffizienten der Regressionsanpassung und deren zugehörigen F-Werten leistet wiederum der *Hauptüberweisungsgrund* in jedem Tertial einen wesentlichen Beitrag zur Erklärung der Responsevariablen *Lagtime*, die *Dringlichkeit* kommt aber erst im zweiten und dritten Tertial zum Tragen (Tab. 4.3.2.2). Bei Betrachtung der Korrelationsstruktur zeigen sich erneut schwache bis mäßige Korrelationen zwischen den einzelnen Variablen, wobei der Vorzeichenwechsel bei der Korrelation zwischen *Art der überweisenden Station* und *Alter der Patienten* auf eine Änderung im Überweisungsverhalten hindeuten könnte, insofern zu Beginn des Beobachtungszeitraums von den Normalstationen vorwiegend ältere, gegen Ende aber auch vermehrt jüngere Patienten dem Konsildienst überwiesen wurden (Tab. 4.3.2.3). Dies stimmt mit den bisherigen Auswertungen überein (vgl. Abschnitt 4.3.1) und läßt ebenfalls auf die Plausibilität des Modells schließen.

Vergleicht man nun die partiellen Anpassungen für die Tertiale mit der Einjahresanpassung, dann zeigt sich, daß die wesentlichen Größen der Jahresanalyse gleichfalls in den Tertialen vertreten sind. Lediglich der *Hauptüberweisungsgrund* leistet jedoch in allen Anpassungen einen deutlichen Beitrag zur Erklärung der Responsevariablen *Lagtime*. Daß der vom Stationsarzt bestimmte Überweisungsgrund stets eine größere Rolle spielt, war zu erwarten und deutet auf die Plausibilität des Modells hin. Vor dem Hintergrund der kontinuierlichen Bedeutung dieser Variablen zeigen sich aber Entwicklungen für andere Bereiche. So leistet im ersten Tertial die *Art der überweisenden Station* einen in etwa gleich hohen Beitrag wie der *Hauptüberweisungsgrund*, dieser Beitrag nimmt aber in den beiden folgenden Tertialen deutlich ab. Der Einfluß der *Dringlichkeit der Konsilanforderung* andererseits wird erst in den letzten beiden Tertialen sichtbar. Dies könnte dafür sprechen, daß sich im Laufe des Einjahreszeitraums die Bedeutung eines Milieufaktors (Intensiv- vs. Normalstation) verringert und, vermittelt über die vom Stationsarzt wahrgenommene einzelfallbezogene Dringlichkeit, die psychische Symptomatik ausschlaggebender wird. Die Korrelationsstrukturen der einzelnen Tertiale sind untereinander und im Vergleich zum Einjahreszeitraum ähnlich und insgesamt

wenig ergiebig. In Bezug auf die *Art der überweisenden Station* läßt sich bei Berücksichtigung der Tertiale eine interessante Entwicklung erkennen, die bei alleiniger Betrachtung des Jahreszeitraums als ganzem nicht sichtbar werden konnte. Es kommt im letzten Tertial zu einer Vorzeichenänderung der Korrelation mit dem *GAF-Wert beim Erstkontakt*, die dahingehend interpretiert werden könnte, daß auch weniger beeinträchtigte Patienten von der Intensivstation vorgestellt werden. Dies könnte für eine im Verlauf des Beobachtungszeitraums zunehmende Akzeptanz des psychiatrischen Konsildienstes in diesem Setting sprechen.

4.3.2.2.2 Krankenhausliegedauer der Konsilpatienten (Tab. 4.3.2.4 - 4.3.2.6)

Die Auswahl der für diese Analyse eingesetzten Variablen erfolgte unter zwei Gesichtspunkten: es wurden Variablen zusammengestellt, die solche *Aktivitäten des Konsiliarpsychiaters* bezeichnen, die aus klinischer Sicht die LOS beeinflussen könnten, wie z.B. die Initiierung zusätzlicher Diagnostik oder einer Psychopharmakotherapie (z.B. Popkin et al. 1991) (Tab. 4.3.2.5). Zusätzlich wurden *Patientenbezogene Variablen* ausgewählt, von denen ebenfalls ein Einfluß auf die LOS anzunehmen war (z.B. Mezzich & Coffman 1985, Aisen et al. 1994) (Tab. 4.3.2.6). Der von Handrinos et al. (1998) zur Bestimmung des Zeitpunkts des Erstkonsils in Bezug auf die Gesamtbehandlungsdauer vorgeschlagene Quotient aus *Lagtime* und LOS (Quotient *Rftime*) wurde als patientenbezogene Variable aufgenommen, da die Anforderung des Konsils eine auf den individuellen Patienten bezogene Entscheidung des überweisenden Stationsarztes impliziert und im Konsultationsmodell überwiegend nicht vom Konsiliar bestimmt werden kann. Es wurden wiederum der Einjahreszeitraum untersucht, wie auch partielle Anpassungen der Regressionsgleichung für die einzelnen Tertiale vorgenommen. Da es sich bei der vorliegenden Stichprobe um eine selektierte Gruppe von Patienten handelt, die wegen psychischer Komorbidität dem Konsiliarpsychiater vorgestellt wurden, ist nicht zu erwarten, daß das Vorliegen einer psychiatrischen Diagnose einen wesentlichen Einfluß auf die durchschnittliche LOS dieser Patienten ausübt. Dieser Effekt zeigt sich nur im Vergleich mit körperlich kranken Allgemeinkrankenhauspatienten ohne psychische Komorbidität (Wancata et al. 1999). In psychiatrischen Krankenhäusern wiederum ist die LOS bei Patienten mit somatischer Komorbidität länger (Sloan et al. 1997). Unter Berücksichtigung der bisherigen Auswertungen (vgl. Abschnitt 4.2.4.2) sollte in der folgenden Analyse der Einfluß der somatischen Komorbidität den der psychiatrischen Diagnosen überwiegen (Tab. 4.3.2.5).

Die gewählte Regressionsgleichung erklärte für den Einjahreszeitraum 28,3% der Varianz ($R^2=0.283$; $F=4.114$, $p=.000$). Die partiellen Anpassungen erklärten für das erste Tertial 41,5% ($R^2=0.415$; $F=1.574$, $p=.115$), für das zweite 28,9% ($R^2=0.289$; $F=0.970$, $p=.509$), und für das dritte Tertial 63,5% der Varianz ($R^2=0.635$; $F=6.373$; $p=.000$). Diese vergleichsweise hohen R^2 -Werte (vgl. Fahs et al. 1995) sprechen dafür, daß die in die Regressionsgleichung aufgenommenen Variablen in der Tat einen Beitrag zur Aufklärung der Varianz der LOS leisten könnten. Die fehlende Signifikanz in der ANOVA für die beiden ersten Tertiale könnte dahingehend interpretiert werden, daß die eingesetzten Größen zunächst einen uniformen Einfluß ausüben und erst am Ende des Beobachtungszeitraums, im dritten Tertial, unterschiedliche Gewichtungen mit statistischer Signifikanz sichtbar werden lassen.

Auf der Basis der Koeffizienten der Regressionsanpassung und deren zugehörigen F-Werten zeigt sich, daß für die Erklärung der Varianz der LOS der Konsilstichprobe je eine soziale und eine somatisch-medizinische Variable für den Einjahreszeitraum und zwei mit Aktivitäten des Konsiliarpsychiaters verbundene Variablen vor allem während des letzten Tertials einen größeren Beitrag leisten (Tab. 4.3.2.7, *kursiv markiert*). Der Einfluß sozialer Faktoren zeigt sich bei der Variable *Verlegungen in andere stationäre Einrichtungen/Rückkehr in die eigene Wohnung* (vgl. Aisen et al. 1994). Die hier auffälligen Diskrepanzen zwischen den Tertialen und dem Einjahreszeitraum könnten auf starke Schwankungen in der Zusammensetzung der Konsilpatienten im Jahresverlauf hinweisen. Auch der *Motilitätsstatus* - als Indikator für die Schwere der körperlichen Erkrankung - entspricht mit einer positiven Korrelation den Erwartungen, insofern als bettlägerige Patienten eine längere LOS aufweisen. Interessant ist die Entwicklung der beiden konsiliarpsychiatrischen Aktivitäten: die *Beeinflussung des Entlassungsdatums* spielt ab dem zweiten, die *Beeinflussung des Ausmasses medizinischer Behandlung* erst ab dem dritten Tertial eine Rolle. Dies könnte dahingehend interpretiert werden, daß es erst gegen Ende des Beobachtungszeitraums, nachdem sich der psychiatrische Konsiliar gewissermaßen etabliert hat, zu sichtbaren Effekten der psychiatrischen Konsiliartätigkeit auf die LOS kommt. Der Einfluß des Quotienten *RFtime*, der einen Hinweis auf den durch den Stationsarzt ausgelösten Zeitpunkt der Intervention während des Krankenhausaufenthaltes liefert, zeigte hingegen einen eher schwächeren Effekt für den gesamten Jahreszeitraum, ebenso die somatische bzw. psychische Komorbidität. Letzteres war einerseits zu erwarten, da die psychische Komorbidität als ein die LOS verlängernder Faktor sich im Vergleich mit Patienten ohne somatopsychische Beeinträchtigung manifestiert (Fulop et al. 1989). Andererseits bestätigt sich, daß *innerhalb* der Konsilstichprobe das Ausmaß der körperlichen Erkrankung stärker als die psychische Komorbidität die Länge der LOS beeinflusst. Auch dies spricht für die Plausibilität des gewählten Modells.

4.3.3 Diskussion

Zunächst kann festgehalten werden, daß die Untersuchung einzelner Tertiale im Vergleich zum gesamten Einjahreszeitraum durchaus auf Entwicklungen hinweist. Eine Reihe von Parametern zeigt Veränderungen, z.T. kann dies auf die Tätigkeit des Konsiliars zurückgeführt werden. So nimmt die Einbeziehung der Stationsteams über den unmittelbaren individuellen Patientenkontakt hinaus zu. Da Teaminterventionen nicht zuletzt von der Bereitschaft der Stationsteams abhängen, sie überhaupt zuzulassen, könnte dies dahingehend interpretiert werden, daß mit der initialen unmittelbar patientenbezogenen Arbeit zunächst der Gebrauchswert der Psychiatrie durch den Konsiliarpsychiater demonstriert werden muß, bevor das System der Station sich einem erweiterten Zugang öffnet - hin zu einer vermehrten Wahrnehmung und Beanspruchung des konsiliarpsychiatrischen Angebots. Auch die im Jahresverlauf zunehmende Berücksichtigung externer psychiatrisch-psychotherapeutische Quellen könnte als ein weiteres Indiz eine solche Perspektivenerweiterung auf seiten des Behandlungsteams vermuten lassen. Auch die Zusammenarbeit mit dem Sozialdienst zeigt eine Dynamik hin zu einer vom Konsiliarpsychiater initiierten stärkeren Kooperation.

Vaz & Salcedo (1996) konnten bei der Untersuchung eines neu implementierten psychiatrischen Konsildienstes über zwei Jahre eine Zunahme an Diagnosen einer Alkoholabhängigkeit beobachten (ähnlich House & Jones 1987). Auch die vorliegende Untersuchung zeigt eine, wenn auch bescheidene, Zunahme bei der Überweisung von Konsilpatienten, bei denen eine Alkoholabhängigkeit diagnostiziert wurde. Obwohl die Effizienz einfacher und kurzer Interventionsstrategien zur Veränderung des Alkoholkonsums bei Patienten im Allgemeinkrankenhaus bekannt ist (Chick et al. 1985, John et al. 1996, Kremer et al. 1999, Rumpf et al. 1998, 1999), scheinen sich hier erst allmählich nennenswerte Veränderungen im Überweisungsverhalten bei dieser Patientengruppe abzuzeichnen (z.B. Smith et al. 1995). Auch *Depressionen* und *Anpassungsstörungen* nehmen insgesamt leicht zu (ähnlich bei Weigelt 1995). Auffällig ist dabei die Änderung der jeweiligen Anteile: im letzten Tertial werden ungefähr doppelt so viele Anpassungsstörungen diagnostiziert als zu Beginn. In der Längsschnitt- wie in der Querschnittsuntersuchung (Abschnitte 4.1.3.3, 4.2.4.3) war die Problematik beider diagnostischen Kategorien diskutiert und auf deren eingeschränkte Reliabilität bei körperlich Kranken hingewiesen worden (vgl. Abschnitt 4.2.5.3). Es läßt sich mit der vorliegenden Untersuchung nicht klären, ob es sich bei den hier beobachteten Entwicklungen tatsächlich um eine Zunahme an Anpassungsstörungen, oder nicht etwa um Änderungen der diagnostischen Gepflogenheiten handelte (House 1988, Malt et al. 1996). Eindrücklich ist die Entwicklung des medikamentösen Vorgehens: die Verordnung von Antidepressiva geht auf ungefähr die Hälfte des Ausgangswertes zurück, wobei vor allem bei den *Anpassungsstörungen* eine drastische Abnahme ins Auge fällt. Bei den *Depressionen* zeigt sich hingegen eine gewisse Stabilität (Verordnung bei etwas mehr als der Hälfte dieser Patienten). Ausgehend von der Beobachtung, daß der Einsatz von Psychopharmaka sich an der Häufigkeit der zu behandelnden Symptome und damit am Schweregrad der vorliegenden depressiven Störung orientierte, könnte dies allerdings dafür sprechen, daß tatsächlich der Anteil leichter Störungen, nämlich der Anpassungsstörungen, zugenommen hat. Dies kann aber aus der vorliegenden Untersuchung nicht mit Sicherheit gesagt werden. Festzuhalten bleibt an dieser Stelle, daß es über den Einsatz von Psychopharmaka in der Behandlung von Anpassungsstörungen bislang wenig Konsens gibt, psychopharmakologische Studien haben sich bisher kaum mit diesen häufigen Störungen befaßt (Strain et al. 1998, Frommberger 1999).

Die bisherigen Beobachtungen lassen sich dahingehend zusammenfassen, daß es auch innerhalb einer relativ kurzen Periode gelingen kann, die "Kultur der Konsultationsanforderung" (O'Connor 1993) in einzelnen Bereichen, wie z.B. Einbeziehung von Stationsteams oder Überweisung von alkoholabhängigen Patienten, zu beeinflussen.

Für die Parameter Lagtime und LOS trifft dies allerdings nicht zu. Während des Beobachtungszeitraums kam es weder zu einer Abnahme der *Lagtime* noch der LOS. Dies könnte daraufhin weisen, daß die wenig befriedigenden Ergebnisse der meisten im stationären Bereich durchgeführten Interventionsstudien, die sich überwiegend über eher kurze Zeiträume wie ein Jahr erstreckten, die relative Trägheit des zu beeinflussenden Systems der somatischen Stationen in Bezug auf *diese* Zielvariablen unterschätzt haben (Levenson 1998). Deutlich wird

überdies (vgl. Abschnitt 4.3.2), daß die Einflüsse auf *Lagtime* und LOS vielfältig sind und die Anzahl der Variablen, die einen möglichen, dabei aber überwiegend geringgradigen Einfluß auf die beiden Zielgrößen haben, die Interpretation der Ergebnisse erschweren (Mezzich et al. 1991). Es ist vor diesem Hintergrund wenig verwunderlich, daß die konsiliarpsychiatrische Interventionsforschung bei stationär im Allgemeinkrankenhaus behandelten Patienten verhältnismäßig wenig ergiebig war und z.T. widersprüchliche Ergebnisse gezeigt hat (Levenson 1998, Diefenbacher 1999, Handrinos et al. 1998, Ormont et al. 1997, Cohen-Cole et al. 1991). Einzelne Aspekte, die etwas sichtbar wurden, sollen im folgenden als Anregung für weitere Interventionsforschung diskutiert werden.

Die vergleichende Betrachtung der R^2 -Werte zeigt, daß die partiellen Anpassungen über die Tertiale bessere (genauere) Resultate liefern, und zwar für *Lagtime* und LOS gleichermaßen. Dies ließe sich zunächst dahingehend interpretieren, daß im Jahresverlauf des Untersuchungszeitraums ein dynamischer Prozeß in Gang kommt. Die Entwicklungen der Korrelationsstrukturen und der Koeffizienten stützen diese Vermutung. Weitere Untersuchungen in dieser Richtung könnten unter Verwendung komplexerer Modelle stattfinden, z.B. durch Anpassung dynamischer linearer Modelle unter Einbeziehung von Vor(-Vergangenheits)wissen und a-priori-Informationen. Ebenfalls könnte der Einsatz von neuronalen Netzen zur Identifikation von Problembereichen von Interesse sein (Mielke & Diefenbacher 1998). Die genauere Betrachtung der Tertiale weist aber auch daraufhin, daß die Implementation eines Konsildienstes tatsächlich Zeit braucht. Dies ist angesichts der eingangs zitierten Caveats nicht überraschend (Joraschky & Köhle 1986). Die Beobachtung, daß innerhalb eines Jahres Veränderungen sichtbar werden, spricht aber dafür, daß Entwicklungen in der gewünschten Richtung einer vermehrten Berücksichtigung des konsiliarpsychiatrischen Angebots schneller als vermutet einsetzen könnten. Dies wird durch ähnliche Beobachtungen anderer Autoren unterstützt (Vaz & Salcedo 1996, Weigelt 1995, Popkin et al 1990, Davis & Nelson 1980).

In den bisher vorgelegten konsiliarpsychiatrischen Interventionsstudien wurde das Problem einer Anlaufphase bei einer neu implementierten konsiliarpsychiatrischen Intervention, auf dessen mögliche Bedeutung unsere Betrachtung hinweist, nicht berücksichtigt. Es wurde quasi ein "Anspringen der Intervention aus dem Stand" unmittelbar mit Beginn des Interventionszeitraums impliziert. Hierbei dürfte es sich, wie Levenson (1998) selbstkritisch im Rückblick bemerkt, um ein weiteres Fehlurteil gehandelt haben, das in einer Reihe steht mit der Annahme, daß ein einziger konsiliarpsychiatrischer Kontakt bereits zu klinisch relevanten Effekten führt. Für die konsiliarpsychiatrische Interventionsforschung im stationären Setting, insbesondere wenn neu zu implementierende Interventionen untersucht werden sollen, bedeutet dies, daß ggf. eine Initialisierungsphase vor den Beginn der Interventionsperiode geschaltet werden sollte. Mögliche Effekte der Intervention, die sich u.U. erst nach einer Anlaufzeit manifestieren, könnten ansonsten unentdeckt bleiben. Eine wichtige Aufgabe in einer solcher Initialisierungsphase ist die Herstellung der Konkordanz der Stationsärzte mit den Empfehlungen der Konsiliarpsychiater. Der von Popkin et al. (1991) geprägte Begriff meint die Therapeuten-Compliance, die - je nach vom Konsiliar vorgeschlagener Intervention -

unterschiedlich ausgeprägt sein kann. Mangelnde Konkordanz kann den Erfolg einer Interventionsstudie verständlicherweise gefährden (Gater et al. 1998), Maßnahmen zu ihrer Sicherung sollten daher ausdrücklich berücksichtigt werden.

Hinsichtlich der LOS zeichnet sich ab, daß psychiatrische Interventionen tatsächlich eine Rolle spielen könnten (Diefenbacher et al. 1993, 1993a). Allerdings wird ihr möglicher Einfluß erst gegen Ende des Beobachtungszeitraums sichtbar, was erneut die Bedeutung einer Initialisierungsphase unterstreicht. Deutlich wird dabei aber auch der - immer wieder betonte - starke Einfluß somatomedizinischer und/oder sozialer Faktoren auf die LOS (z.B. Aisen et al. 1994, Barnow et al. 1997).

Einflüsse auf die *Lagtime* wurden selten untersucht. Erwartungsgemäß übt der vom Stationsarzt bestimmte Hauptüberweisungsgrund einen wesentlichen Einfluß auf die Variable *Lagtime* aus. Veränderungen einzelner Korrelationen über die Tertiale könnten auf Veränderungen von Zusammenhängen während des Beobachtungszeitraums hinweisen, die eine grundsätzliche Beeinflussbarkeit der *Lagtime* durch den Konsiliarpsychiater annehmen lassen. Diese Variable hat viel mit der Wahrnehmung des Patienten durch den Stationsarzt zu tun. So werden Patienten, die vom überweisenden Arzt als "depressiv" wahrgenommen werden, vergleichsweise spät überwiesen (Handrinos et al. 1998). Die Wahrnehmung eines Patienten als "depressiv" ist aber nicht identisch mit der psychiatrischen Diagnose einer depressiven Störung. Bekanntermaßen differieren die Überweisungsgründe der konsultierenden Ärzte häufig von der letztlich durch den Psychiater gestellten Diagnose. So wird nicht selten eine organische psychische Störung, z.B. ein hypoaktives Delir, vom anfordernden Arzt als „Depression“ fehlgedeutet (Nicholas & Lindsey 1995, Clarke et al. 1995, Armstrong et al. 1997). Hier besteht die Möglichkeit, Überweisungsgewohnheiten der Stationsärzte zu beeinflussen. Durch den im Rahmen einer Visite möglichen Einsatz des "Kurz-Mini-Mental-Tests" (Reischies & Diefenbacher 2000a,b) könnte dem Stationsarzt ein Werkzeug in die Hand gegeben werden, die Differentialdiagnose bei psychomotorisch verlangsamten Patienten zu verbessern. Es wurde bereits daraufhin gewiesen, daß die Überweisungen der Stationsärzte stark durch beobachtete Verhaltensauffälligkeiten ihrer Patienten bestimmt sind, und zwar vor allem dann, wenn die durchzuführende somatomedizinische Behandlung dadurch beeinträchtigt wird. Dies spricht dafür, die Sichtweise der somatischen Ärzte stärker zu berücksichtigen, so wie es etwa in der *Microcares-Dokumentation* (vgl. Anhang II) mit der Listung von über 30 Anforderungsgründen versucht wird. Andererseits sollte die Formulierung solcher Anforderungsgründe zusammen mit den somatischen Ärzten erfolgen und sich vermehrt auf die Beschreibung von Verhaltensauffälligkeiten beziehen, wie dies von Zigun (1990) vorgeschlagen worden ist (vgl. dt. Adaptation bei Saupe & Diefenbacher 1996b, S.39). Eine solche, die Perspektive der Stationsärzte mit einbeziehende Typologie von Verhaltensauffälligkeiten könnte die gar so nicht seltene, meist aber eben lediglich diffuse Wahrnehmung psychischer Störungen durch die Stationsärzte (Modestin 1977) verbessern helfen.

Teil 5

5 **Schlußbetrachtung - Entwicklungsperspektiven der Konsiliarpsychiatrie**

Zunächst werden die bisherigen Ausführungen unter der Perspektive der Definition eines Kernbereichs konsiliarpsychiatrischer Tätigkeit zusammenfassend diskutiert. Anschließend werden cursorisch einige aktuelle Entwicklungen in der konsiliar-liaisonpsychiatrischen Aus- und Weiterbildung, sowie Kooperationsmöglichkeiten mit dem hausärztlichen Versorgungsbereich skizziert.

5.1 **Der Kernbereich der Konsiliarpsychiatrie**

Auf der Grundlage der eigenen Untersuchung und unter Berücksichtigung der vorliegenden konsiliarpsychiatrischen Literatur läßt sich ein Kernbereich konsiliarpsychiatrischer Tätigkeit im Allgemeinkrankenhaus näherungsweise wie folgt umschreiben:

- Es kann davon ausgegangen werden, daß bei mindestens 1% aller in ein Allgemeinkrankenhaus zur stationären Behandlung aufgenommenen Patienten ein psychiatrisches Konsil angefordert wird (Wallen et al. 1987, Creed et al. 1993, Huyse et al. 1997). Nur wenige dieser Patienten erhalten keine psychiatrische Diagnose (Median 2,9% bei Hengeveld et al. 1984, Chen 1995), was in einer Größenordnung liegt, wie sie von Gater et al. (1991a) mit maximal 4% der Neuüberweisungen an psychiatrische Dienste durch Hausärzte oder Krankenhausärzte berichtet wird. Dies unterstreicht, daß es sich bei den an die psychiatrischen Konsildiensten überwiesenen Patienten vorwiegend um nicht nur somatisch, sondern auch psychisch akut behandlungsbedürftige Patienten handelt, und nicht etwa um eine Gruppe sogenannter "worried well", deren Überweisung lediglich optional wäre (House et al. 1995a, Mayou & Sharpe 1997). Es handelt sich vielmehr um eine Risikopopulation mit einem z.T. hohen Anteil an Arbeitslosen und allein Lebenden, wodurch die Behandlung der psychopathologischen Symptomatik zusätzlich erschwert werden kann (Levenson 1998).
- Bei den einem psychiatrischen Konsildienst überwiesenen Patienten liegt eine somatopsychische Komorbidität vor, häufig mit mehreren komorbiden somatischen und psychiatrischen Diagnosen. Die Letzteren sind vor der stationären Aufnahme überwiegend unbehandelt (Lloyd 1980, Saupe & Diefenbacher 1996a, Wancata et al. 1999). Im Vordergrund stehen dabei Störungen aus den diagnostischen Gruppen der Organisch bedingten Störungen, der Anpassungs- und depressiven Störungen, und des Mißbrauchs psychotroper Substanzen (vgl. Arolt et al. 1995). Die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von Suizidenten nimmt ebenfalls einen bedeutenden Umfang ein ((Wolfersdorf 1988). "Klassische" psychiatrische Diagnosen wie Schizophrenien oder Bipolare Störungen sind im psychiatrischen Konsildienst in Allgemeinkrankenhäusern dagegen selten.

- Der psychiatrische Konsiliar setzt häufig sowohl psychische wie auch psychopharmakotherapeutische Behandlungsmethoden ein, er greift oft auf apparative und labortechnische Zusatzuntersuchungen zurück (Bronheim et al. 1998).
- Ein hoher Anteil der Konsilpatienten wird an andere psychosoziale Dienste weiterüberwiesen, sowohl innerhalb des Allgemeinkrankenhauses während der Index-Behandlung, wie auch im Anschluß an die stationäre Behandlung, wo oft eine (erstmalige) Weichenstellung hin zu einer fachspezifischen psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbehandlung erfolgt. Der Konsiliarpsychiater ist damit Bestandteil der Filterfunktion des Allgemeinkrankenhauses in der Vermittlung von nicht fachspezifisch behandelten psychisch Kranken in psychiatrische Versorgungsstrukturen (Gater & Goldberg 1991).
- Psychiatrische Konsiliartätigkeit ist zeitaufwendig, wobei hier - anders als bei den bislang genannten Punkten - sowohl beim Vergleich des deutschen mit dem amerikanischen Konsildienst als auch in der Literatur größere Unterschiede hinsichtlich der gesamten Konsildauer wie der Zahl der Folgekontakte bestehen. Dies ist zum Teil auf unterschiedliche Einstellungen gegenüber der Notwendigkeit bzw. Anzahl von Folgekontakten (Rothermundt et al. 1997), oder auch auf unterschiedliche Interventionskonzepte, z.B. bei verhaltensmedizinisch arbeitenden Diensten, zurückzuführen (Ehlert et al. 1999). Als durchschnittliche Zeitdauer für den ersten Konsilkontakt lassen sich 60 (-90) Minuten schätzen (Herzog & Hartmann 1992).

Dies stellt insbesondere in Bezug auf die angegebene relative Konsilrate eine konservative Definition des Bereichs psychiatrischer Konsiltätigkeit dar. Einzelne psychiatrische Fachgesellschaften (DGPPN 1997, RANZCP 1996) gehen von einer voraussichtlichen relativen Konsultationsrate von 3-5% aller stationären Patienten in Allgemeinkrankenhäusern aus. Dies entspricht den Berichten einiger - gut eingeführter - Konsildienste (z.B. Smith et al. 1994, Arolt et al. 1995a, Ehlert et al. 1999, Hengeveld et al. 1984) und fußt auf einem aufgrund epidemiologischer Studien geschätzten unmittelbaren Behandlungsbedarf von Patienten mit psychischer Komorbidität. Dieser wird z.T. noch für wesentlich höher erachtet (Arolt 1997, Wancata 1998). Da die relativen Konsilraten unterschiedlicher medizinischer Fachabteilungen allerdings stark differieren (vgl. Tab. 4.2.7), ist davon auszugehen, daß Allgemeinkrankenhäuser mit einem hohen Anteil an internistischen Betten üblicherweise mit einer höheren relativen Konsilrate zu rechnen haben (*Median* Innere vs. Chirurgische Abteilungen 4,4% vs. 1,1%, Hengeveld et al. 1984, Arolt et al. 1995).

Lin et al. (1997) haben nun kürzlich daraufhin gewiesen, daß Überlegungen zur Bedarfsdeckung das Problem einer möglichen "Überversorgung" von Patientengruppen nicht genügend berücksichtigen. Sie halten angesichts der Verknappung von Ressourcen das umstandslose Aneinanderreihen immer neuer und zusätzlicher Bedarfsindikatoren, wie dies etwa in der amerikanischen Konsiliarpsychiatrie implizit in den Leitlinien der *Academy of Psychosomatic Medicine* (Bronheim et al. 1998) angeregt wird, für wenig hilfreich und fordern statt dessen die vermehrte Durchführung von Outcome-Studien, die u.a. die Frage beantworten sollen, inwieweit eingesetzte Ressourcen zu einer Verbesserung der behandelten Störungen

führen. Solche Untersuchungen stehen für konsiliarpsychiatrische Interventionen im stationären Bereich noch aus (Creed et al. 1993). Sie sollten insbesondere berücksichtigen, in welchem Maß eine psychiatrische Intervention die Erholung von einer körperlichen Erkrankung positiv beeinflusst (Kennedy & Frazer 1999). Angesichts der Persistenz psychischer Komorbidität bei körperlich kranken Allgemeinkrankenhauspatienten weit über die Entlassung hinaus, die mit einer erhöhten Beeinträchtigung dieser Patienten im Vergleich zu Kontrollgruppen und mit erhöhten Kosten (z.B. vermehrte stationäre Wiederaufnahmen) verbunden ist (Saravay et al. 1996), sollten solche Untersuchungen in der Konsiliarpsychiatrie in Angriff genommen werden. Dies umso mehr, als gerade die Persistenz einer komorbiden depressiven Symptomatik häufig ist (Koenig et al. 1997, Mayou et al. 1991a), also einer Erkrankung für die mittlerweile effiziente Behandlungen vorliegen (z.B. Gill & Hatcher 1999, Müller & Förstl 1999). Dabei ist angesichts kurzer Krankenhausverweildauern eine enge Kooperation mit dem ambulanten Versorgungssystem erforderlich (Simon et al. 1999, Ronalds et al. 1997).

Suchtmedizinische und gerontopsychiatrische Fragestellungen sind im psychiatrischen Konsildienst häufig, trotz ihres beträchtlichen Umfangs aber wenig untersucht. In den letzten Jahren ist hier ein zunehmendes Interesse zu beobachten (z.B. Frances 1994, Jordan & Fuller 1994, O'Connor 1996, John et al. 1996, Rumpf et al. 1998,1999, bzw. Anderson & Philpott 1991, Scott et al. 1988, Small & Fawzy 1988). In beiden Gebieten gewinnt dabei die Notfallambulanz, ein ebenfalls wenig untersuchter Bereich psychiatrischer Tätigkeit an der Schnittstelle von ambulanter und stationärer Versorgung (Bürgy & Häfner-Ranabauer 1998), an Bedeutung. So wurde kürzlich daraufhin gewiesen, daß eine einfache Intervention bei alkoholabhängigen Patienten in der Notaufnahme zu vermehrter Inanspruchnahme einer weitergehenden Suchtbehandlung führte und die Forderung erhoben, Maßnahmen zur Sekundärprävention von Alkoholmißbrauch und -abhängigkeit in Notfallambulanzen zu integrieren (Polte et al. 1999, Backmund et al. 1999). Für ältere Patienten, gerade wenn diese aufgrund organischer Psychosyndrome nur eingeschränkt anamnestische Angaben machen können, wurden aus der Erfahrung gerontopsychiatrischer Konsiltätigkeit Notfallpatenschaften bei Notaufnahmen vorgeschlagen (Wolff 1998a,b).

Für die konsiliarpsychiatrische Forschung sollen exemplarisch drei Aspekte zu den Bereichen Organisation, Diagnostik und Ökonomie kurz zusammengefaßt werden.

- Der Implementationphase konsiliarpsychiatrischer Interventionsstudien sollte vermehrte Aufmerksamkeit zukommen (Creed et al. 1993). Insbesondere die Konkordanz der Stationsärzte mit den Verschreibungen der Konsiliarpsychiater muß, neben ihrer kontinuierlichen Sicherung während des Studienverlaufs, in dieser Phase erzeugt werden (Seward et al. 1991, Popkin et al. 1991, Huyse et al. 1993). Transfereffekte aus dem Experimental- in das Kontrollsetting sollten berücksichtigt werden: es besteht ansonsten die Möglichkeit, daß Effekte einer Intervention nicht ausreichend sichtbar werden. Levenson (1998) läßt aus diesem Grund seine Diskussion der eher enttäuschenden Ergebnisse der Interventionsstudie von Gater et al. (1998) sogar in der Forderung münden, konsiliarpsychiatrische interventionsstudien gerade nicht in alteingesessenen erfolgreichen

Konsildiensten, sondern vielmehr in jungen, neu etablierten durchzuführen. Die eingesetzte konsiliarpsychiatrische Intervention sollte detailliert in einem Manual beschrieben sein, um Aussagen über Wirkmechanismen treffen zu können (vgl. Creed & Guthrie 1996).

- Das in der *Lagtime* sich widerspiegelnde Anforderungsverhalten für psychiatrische Konsile bei den somatischen Ärzten weist offenbar zwischen unterschiedlichen Krankenhäusern Ähnlichkeiten auf. Es kommt damit einerseits als mögliche Zielvariable psychiatrischer Interventionen auch für vergleichende Studien unterschiedlicher Dienste in Betracht. Allerdings muß bedacht werden, daß in der vorliegenden Studie 43% der Konsilpatienten bereits während der ersten Woche der stationären Behandlung überwiesen wurden (vgl. Tab. 4.3.1.6). Gater & Goldberg (1991b) hatten dieses Zeitintervall sogar als vorherrschend für die Weiterüberweisung an psychiatrische Dienste durch Krankenhausärzte beschrieben. Dies sollte zu bedenken geben, inwieweit zumindest im klassischen Konsultationsmodell einer nennenswerten Beeinflussung z.B. der *Lagtime* durch äußere Bedingungen, wie z.B. vorgegebene Routineabläufe auf einer somatischen Station, Grenzen gesetzt sind. Aufgrund solcher Überlegungen werden wieder vermehrt liaisonartige Kooperationsmodelle diskutiert (Huyse et al. 1997). Vor allem in der amerikanischen Konsiliarpsychiatrie werden in diesem Zusammenhang integrative interdisziplinäre Modelle propagiert, etwa im Sinne sog. *medical-psychiatric units*, wo Psychiater und z.B. Internisten gemeinsam somatisch und psychisch kranke Patienten versorgen (Kwentus & Kathol 1999, Protheroe & House 1999). Derartige integrierte Behandlungseinheiten sollen kostengünstiger arbeiten als sequentiell aufgebaute Versorgungsketten (Kishi & Kathol 1999).
- Die Längsschnittstudie der Tätigkeit des psychiatrischen Konsildienstes am MSH hatte gezeigt, daß die *depressiven* und *Anpassungsstörungen*, anders als die übrigen diagnostischen Kategorien, während der 10jährigen Beobachtungsperiode deutlichen Veränderungen unterworfen waren (vgl. Abschnitt 4.1.3.3). Dies wurde im Kontext der problematischen Diagnosestellung einer depressiven Störung im körpermedizinischen Setting diskutiert (Rouchell et al. 1996). Gerade an diesem Beispiel muß die Forderung nach einer Phänomenologie psychischer Erkrankungen bei somatischer Komorbidität im Konsildienst bekräftigt werden (Creed & Guthrie 1996, Thomas 1983, Strain et al. 1999). Das Grenzgebiet zwischen *Anpassungsstörungen* und *Depressionen* bei Allgemeinkrankenhauspatienten sollte weiter untersucht werden. Ein neuerdings speziell für das konsiliarpsychiatrische Setting entwickeltes strukturiertes Interview (*Monash Interview for Liaison Psychiatry*, Clarke et al. 1998), das insbesondere zur Diagnose von unterschwelligem Störungen gut geeignet sein soll, könnte hier seine Wertigkeit beweisen. Erforderlich ist dabei die bislang nur selten vorgenommene Berücksichtigung des natürlichen Verlaufs solcher Störungen, sowohl während (Kathol & Wenzel 1992), als auch nach der Entlassung aus der stationären Behandlung (Mayou et al. 1991a, Ladwig et al. 1994). Die mit funktionalen und sozialen Einbußen verbundene Persistenz gerade von unterschwelligem Störungen sollte hier zur vermehrten Untersuchung therapeutischer Optionen führen (House 1988, Frommberger 1999).

- Die bei der Entwicklung der LOS am MSH in New York sichtbaren Tendenzen sprechen dafür, daß sich eine Verlangsamung der überwiegend durch ökonomischen und administrativen Druck zustande gekommenen Verkürzungen bei den LOS aller stationär behandelten Patienten, aber auch bei den dem Konsildienst überwiesenen Patienten abzeichnet (vgl. *Abb. 4.1.10*, J.J. Strain, pers. Mitteilung). Dies würde wohl nicht bedeuten, daß der reißende Strom der säkularen Liegedauerverkürzung (Levenson 1998) ganz zum Stillstand kommt, er könnte aber etwas an Turbulenz verlieren. Wenn berücksichtigt wird, daß die LOS auch ein Ausdruck von komplizierteren Krankheitsverläufen ist (Huysse et al. 1997) und nicht etwa nur eine Folge von zu spät ausgelösten Konsilianforderungen, dann könnte bei ausgewählten Risikopopulationen mit durch psychische Komorbidität verlängerter LOS sich die Möglichkeit eröffnen, entsprechende Effekte der konsiliarpsychiatrischen "Kanuten" sichtbar zu machen. Hinweise auf homogenere Patientengruppen mit durch psychische Komorbidität verlängerter LOS, bei denen eine psychiatrische Intervention mit einer Verkürzung der durchschnittlichen Liegedauer verbunden ist, gibt es, wie z.B. Patienten mit Schädel-Hirn-Trauma und Rückenmarksläsionen (Lyons et al. 1988b, Fulop et al. 1989). Berücksichtigt werden muß dabei, daß vermutlich eine Dosis-Wirkungs-Beziehung zwischen der Intensität der psychiatrischen Intervention und einem möglichen Effekt besteht: mit der Ausnahme möglicher Triage-Effekte (Diefenbacher et al. 1993) ist nicht zu erwarten, daß eine einmalige Konsultation eine hinreichende Wirkung zu erzielen imstande ist (Guthrie & Creed 1996b, Levenson 1998, Ehlert et al. 1999). Grundsätzlich sollte auf eine administrativ vereinbarte regelhafte Beteiligung des Konsiliarpsychiaters an der Entlassungsplanung geachtet und die Einflüsse anderer beteiligter Dienste, vor allem des Sozialdienstes, auch hier berücksichtigt werden (Serota et al 1995, Creed et al. 1997).

Allerdings, darauf haben Lyons & Larson (1989) oder auch Haag & Stuhr (1994) eindringlich hingewiesen, darf es nicht die primäre oder gar alleinige Aufgabe des Konsiliars sein, ökonomische Interessen durchzusetzen. Er trägt vielmehr im Spannungsfeld einer Wertematrix, die unterschiedliche Perspektiven zu berücksichtigen hat, zum Gelingen der Behandlung eines Patienten bei (vgl. Abschnitt 3). Dies impliziert, daß, gerade im Angesicht von sehr kurzen LOS, der Konsiliarpsychiater auch für die Verlängerung einer stationären Behandlung votieren könnte: die Längsschnittuntersuchung der Tätigkeit des Konsiliardienstes am MSH weist mit einer Zunahme entsprechender Interventionen seit Mitte der 90er Jahre in diese Richtung (vgl. Abschnitt 4.1.3.5).

Creed et al. (1993) unterstreichen, daß es bei der konsiliarpsychiatrischen Tätigkeit um die Versorgung von Patienten geht, die überwiegend zum ersten Mal und damit zusätzlich zu den im psychiatrischen Versorgungssystem betreuten Patienten im Sinne "neuer Fälle" behandelt werden. Sie fordern daher - für das englische Gesundheitswesen - die explizite Berücksichtigung dieser Tätigkeit bei der Zuteilung von Ressourcen. In Deutschland wird die Personalbemessung stationärer psychiatrischer Behandlungseinrichtungen durch die Psychiatrie-Personalverordnung (Kunze & Kaltenbach 1994) geregelt. Hiernach ist der

Zeitbedarf für die Erbringung von psychiatrischen Konsileistungen für andere Abteilungen des eigenen Krankenhauses in der Personalbemessung für die psychiatrische Abteilung *nicht* enthalten, sondern wird durch Leistungsaufschriebe gesondert ermittelt und berechnet, um dann dem Budget der Psychiatrischen Abteilung hinzugerechnet zu werden (ebd., S.115). Dies würde erst einmal dazu führen, daß der Umfang der durchgeführten konsiliarpsychiatrischen Tätigkeit sichtbar wird und nicht im gesamten Arbeitsaufwand durch psychiatrische Krankenhäuser oder Abteilungen geleisteten Versorgung untergeht. Solange keine genaueren Kriterien für die Bedarfsmessung in der Konsiliarpsychiatrie vorliegen, kann, unter Berücksichtigung der jeweils gegebenen Rahmenbedingungen, eine Orientierung an den in Abschnitt 2.5 aufgeführten pragmatischen Vorschlägen der *Liaisonpsychiatry Group* des *Royal College of Psychiatrists* empfohlen werden.

5.2 Aktuelle Entwicklungen der Konsiliarpsychiatrie

5.2.1 Aus- und Weiterbildung in der Konsiliar-Liaisonpsychiatrie

Lipowski (1992) nennt in Anlehnung an die von der *American Psychiatric Association* geforderten Kriterien einer Zusatzqualifikation (*added qualification*) für psychiatrische Teilarbeitsbereiche folgende Kriterien, die die Konsiliar-Liaisonpsychiatrie als psychiatrisches Teilgebiet auszeichnen:

Konsiliar-Liaisonpsychiatrie dient den Interessen einer besonderen Gruppe von Patienten, nämlich jenen mit somatischer *und* körperlicher Komorbidität. Es handelt sich dabei um eine große Gruppe von Patienten.

Die klinische Praxis der Konsiliarpsychiatrie ist wissenschaftlich begründet, sie setzt umfassende Kenntnisse in der Diagnose und Behandlung von Problemen dieser Patientengruppe voraus. Es handelt sich um ein klinisches Fach, das sich beschäftigt mit den Interaktionen von biologischen, psychologischen und sozialen Variablen, die gemeinsam Verlauf und Behandlung einer somatischen Erkrankung bestimmen,

den psychosozialen Reaktionen auf, dem Bewältigungsverhalten bei und psychiatrischen Komplikationen von körperlichen Erkrankungen, und schließlich

den Besonderheiten der psychischen und psychopharmakotherapeutischen Behandlung bei komorbid somatisch *und* psychisch kranken Patienten.

Konsiliar-Liaisonpsychiater verfügen über spezielle Expertise innerhalb dieses Bereichs mit Kenntnissen und Fertigkeiten, die über die allgemeine Psychiatrie hinausgehen.

Der Tätigkeitsbereich ist hinsichtlich der von den in diesem Gebiet tätigen Psychiatern zu fordernden Wissensgrundlagen und besonderen Fertigkeiten ausreichend klar umrissen, so daß deren Vermittlung im Rahmen einer curricularen Ausbildung erfolgen kann.

Konsiliar-Liaisonpsychiatrie kann ihren Nutzen für die Patientenversorgung, aber auch für die Kostenträger demonstrieren.

Konsiliar-Liaisonpsychiatrie ist in der Lage, klinisch relevante Forschung durchzuführen.

Lipowskis Ausführungen unterstreichen, daß es wünschenswert ist, psychiatrisch-psychotherapeutische Besonderheiten in der Behandlung von Patienten mit somatopsychischer Komorbidität im Allgemeinkrankenhaus vermehrt innerhalb der psychiatrischen Facharztausbildung zu berücksichtigen, um hierdurch den Nutzen der Integration psychiatrischer Abteilungen in die Allgemeinkrankenhäuser auch für die dort primär wegen somatischen Erkrankungen behandelten Patienten zu verbessern. Diese Forderung wird international erhoben (Cox 1996).¹¹ Konsiliarpsychiatrische Tätigkeit kann allein auf psychiatrischen Stationen nicht ausreichend erlernt werden (Creed et al. 1993) und sollte wegen ihrer Besonderheiten als fester Bestandteil in die Facharztausbildung integriert werden mit der Möglichkeit, *praktische* Erfahrungen unter Supervision zu erwerben (Smith et al. 1993a). Eine ausschließlich theoretische Unterweisung ist nicht ausreichend (Niklewski et al. 1999, Rothermund et al. 1997, Arolt 1994). Praktikabel erschiene etwa eine definierte Übernahme konsiliarpsychiatrischer Aufgaben im Rahmen einer Poliklinik oder Institutsambulanz (z.B. Kretz 1974). Gestufte Weiterbildungsmodelle, die in einem Basisteil verbindliches Wissen und grundlegende Fertigkeiten für jeden in der Facharztausbildung befindlichen Psychiater vermitteln (z.B. supportive [Kurzzeit-]Psychotherapie und Psychopharmakotherapie bei internistischen und chirurgischen Patienten), und in speziellen Zentren die Möglichkeit weiterer Qualifikation anbieten (z.B. psychotherapeutische und psychopharmakotherapeutische Techniken bei Transplantationspatienten und Brandverletzten) (Gitlin et al. 1996, Creed 1991). Letzteres findet in den USA im Rahmen von ein- oder zweijährigen Fellowships für eben graduierte Fachärzte für Psychiatrie statt, die sich im Bereich der Konsiliar-Liaisonpsychiatrie weiter spezialisieren wollen (Ford et al. 1994). Ein Vorschlag für ein solches Curriculum ist in Deutschland gerade vorgelegt worden (Niklewski et al. 1999). Curricula stellen einen Beitrag zur Qualitätssicherung in der Ausbildung dar (Templeton & Selarnick 1994). Das durch sie vermittelte Wissen kann sich zunehmend auf Leitlinien für den Tätigkeitsbereich der Konsiliar-Liaison-Psychiatrie stützen, die von verschiedenen Fachgesellschaften entwickelt wurden bzw. in Vorbereitung sind (Bronheim et al. 1998, RCPsych 1995, Gaebel 1998).

5.2.2 Schnittstellen der Konsiliarpsychiatrie

In den letzten Jahren hat die Beschäftigung mit dem Verhältnis von Psychiatrie und Allgemeinmedizin in der Behandlung von Patienten mit somatopsychischer Komorbidität im Hausarztbereich zugenommen (Swartz & Clark 1996, Wells 1994, Katon & Schulberg 1992, Pullen et al. 1994). Studien zur Vorkommenshäufigkeit und Diagnostik von psychischen Störungen in Allgemeinarztpraxen, die in Deutschland eine lange Tradition haben (Dilling 1978, 1984), sind angesichts der enormen Bedeutung dieses Bereichs für die Versorgung von

¹¹ Die *Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde* hat kürzlich die Einführung einer Schwerpunktbezeichnung ‚Psychosomatik und Konsiliar-Liaisonpsychiatrie‘ in der Ausbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie als Option vorgeschlagen (Gastpar 1998, Saß 1999).

Menschen mit psychischen Störungen von großem Interesse (vgl. die *Psychological Comorbidity in General Practice*-Studie der WHO, Linden et al. 1996, Maier & Falkai 1999). Auch hier zeigt sich ein erhöhtes Morbiditäts- und auch Mortalitätsrisiko bei Patienten mit somatopsychischer Komorbidität im Vergleich zu Patienten mit ausschließlich somatischen Erkrankungen (Kouzis et al. 1995, Fichter et al. 1995). Ebenso ist deutlich, daß ein wesentlicher Teil der Arztbesuche bei niedergelassenen Hausärzten oder Internisten auf psychische Erkrankungen zurückzuführen ist (*de facto mental health system*, Regier 1993).

Die internationale konsiliarpsychiatrische Interventionsforschung hat sich in den letzten Jahren zunehmend in den ambulanten Versorgungsbereich verlagert. Deren Ergebnisse sind im Vergleich zur konsiliarpsychiatrischen Interventionsforschung im stationären Bereich als vielversprechender eingestuft worden (Katon & Gonzalez 1994, Katon 1991, Swartz & Clark 1996, Fann & Tucker 1995). So hat sich bei Patienten mit z.B. Colon irritabile, chronischem Müdigkeitssyndrom, psychophysiologischer Insomnie oder chronischen Schmerzsyndromen die Intervention mit nichtmedikamentösen psychologischen (verhaltensmedizinischen) Therapieverfahren bewährt (Mayou & Sharpe 1997, Tölle 1999, Creed et al. 1992, Huse et al. 1999). Deutlich wurde dabei einerseits - gerade anhand der Analyse der nur geringgradig oder überhaupt nicht erfolgreichen Interventionen - , daß es erforderlich ist, die Durchführung einer psychosozialen Intervention strukturiert und in manualisierter Form vorzulegen, und zwar gerade wenn sie nicht von einem Facharzt, sondern vom Hausarzt des Patienten mit Erfolg durchgeführt werden soll. Gleichzeitig konnte gezeigt werden, daß die kontinuierliche Betreuung durch einen (somatischen) Arzt eine wesentliche Rolle für die Rückbildung psychischer Begleitsymptomatik spielt und daher eher auszubauen ist, wie dies z.B. für die ambulante Behandlung von Patienten mit funktionellen Abdominalbeschwerden beschrieben wurde (Blanchard & Turner 1996, Kathol et al. 1994, Deter & Wienbeck 1998). Hier kann der Konsiliarpsychiater als Vermittler zwischen somatischer und psychischer Medizin im Allgemeinkrankenhaus einen Beitrag zur Ausbildung künftiger Hausärzte leisten (Cox 1996). Cohen-Cole et al. (1993) konnten zeigen, daß eine einmonatige Rotation in einem psychiatrischen Konsildienst in Verbindung mit strukturierten Seminaren zu einer deutlichen Verbesserung der Kenntnisse über psychiatrische Komorbidität bei zukünftigen Hausärzten führte. Entsprechende Curricula wurden entwickelt (Halbreich 1994). Unstrukturierte Hospitationen von internistischen Assistenzärzten in konsiliar-liaisonpsychiatrischen Diensten waren demgegenüber weniger effektiv (Thompson et al. 1982). Diese Anstrengungen zielen darauf ab, die Versorgung von Patienten mit somatischer und psychischer Komorbidität durch hausärztlich tätige niedergelassene Ärzte in Kooperation mit psychiatrischen Fachärzten zu verbessern (vgl. Goldberg 1997, Linden et al. 1996, Paulsen 1996, Gonzales & Randel 1996).

Abschließend sei auf ein Problem hingewiesen, das in der vorliegenden Arbeit nicht behandelt wurde, sehr wohl aber zum Mißlingen der Arbeit des Psychiaters auf somatischen Stationen beitragen kann. Nicht selten erleben sich konsiliarisch tätige Psychiater als insuffizient und vermuten, nichts zur Unterstützung ihrer somatischen Kollegen beitragen zu können (Teitelbaum 1985-86). Die Begegnung mit der "somatischen Subkultur" wird als frustrierend

erlebt (Spiess 1996). Es besteht die Neigung, die Gründe für eine mangelnde Beachtung psychischer Störungen bei körperlich kranken Patienten im geringen Interesse bei den behandelnden Ärzten zu suchen. Mehrfach ist darauf hingewiesen worden, daß derartige personalisierende Schuldzuweisungen („mangelnde Kooperationsbereitschaft der Organmediziner“ o.ä.) wenig hilfreich für die Analyse des Gelingens oder Scheiterns der Implementation psychosozialer Dienste sind (Koch & Siegrist 1988, Arolt 1997). Übersehen wird dabei, daß, worauf Kornfeld (1996) eindringlich hingewiesen hat, die Tätigkeit von Konsiliarpsychiatern im klinischen Alltag durchaus dazu beiträgt, Veränderungen von Einstellungen, diagnostischer Treffsicherheit oder therapeutischen Gewohnheiten im Umgang mit psychisch kranken Patienten bei nicht-psychiatrischen Ärzten zu bewirken (Armstrong et al. 1997, Kramer et al. 1979). So läßt sich am Beispiel der Panikstörung im körpermedizinischen Setting (Katon 1991) zeigen, daß von 1980 bis 1990 die Überweisungsrate von Patienten mit Brustschmerzen, die bereits vom Kardiologen korrekt als Panikstörung diagnostiziert worden waren, von 5% auf 59% angestiegen war (Gerdes et al. 1995). Creed (1991, Creed et al. 1993) unterstreicht in diesem Zusammenhang wie wichtig es ist, daß die im Allgemeinkrankenhaus konsiliarpsychiatrisch arbeitenden Psychiater ihre üblichen Gepflogenheiten nicht beibehalten und sich stattdessen aktiv an die Arbeitsbedingungen auf den somatischen Stationen anpassen sollten: es sei die Verfügbarkeit und Offenheit des Psychiaters für die interdisziplinäre Kooperation und die von den somatischen Ärzten formulierten Problemstellungen, wodurch die Akzeptanz psychiatrischer Perspektiven mitbestimmt würde. Dies bedeutet, daß die Initiative für die Etablierung eines psychiatrischen Konsiliar-Liaisondienstes auf seiten des Psychiaters liegt, der über Fertigkeiten verfügen muß, die dem somatischen Setting angemessen sind, und sich bei der Klärung diffiziler somatopsychischer Differentialdiagnostik wohl fühlen sollte. Vor allem aber muß der Konsiliarpsychiater bereit sein, eine von den anfordernden Ärzten unter Umständen nur diffus wahrgenommene Problematik herauszuarbeiten und in eine beantwortbare Fragestellung umzufomulieren, wie es bereits vor beinahe vierzig Jahren von Meyer & Mendelson (1961) als zentral für die Initiation des konsiliarpsychiatrischen Prozesses vorgeschlagen worden ist. Der Psychiater muß verstehen lernen, daß der nichtpsychiatrische Arzt von ihm in der Regel einen konstruktiven Rat in der Bewältigung von den Behandlungsprozeß beeinträchtigenden Verhaltensauffälligkeiten will (Leonard et al. 1990). Er fordert das Konsil nicht an, weil er eine psychiatrische Erkrankung diagnostiziert hat, häufig hat er nur eine psychische Störung wahrgenommen, ohne dies näher spezifizieren zu können (Moses & Barzilay 1967, Modestin 1977). Konsilberichte in der Art „Kein Anhaltspunkt für eine Psychose. Wir empfehlen Bellergal“, sind, wie Meyer (1994) etwas spitz bemerkt hat, hierbei wenig hilfreich und bestätigen das immer noch verbreitete Vorurteil, daß der Psychiater ja ohnehin nicht helfen könne, weswegen es sich, auch bei erkannter psychischer Komorbidität, einfach nicht lohne, ein psychiatrisches Konsil anzufordern (Steinberg et al. 1980, Schubert et al. 1978-79). Um einen Begriff von Argelander (1987) aufzugreifen, läßt sich die Forderung von Creed als die nach einer adaptiven Indikationsstellung durch den Konsiliarpsychiater begreifen. Daß laut einer Umfrage 60-70% der Nicht-Psychiatern Hilfestellung in der Bewältigung psychosozialer Probleme und mehr Kontakt mit Psychiatern wünschten ist für die weitere

Entwicklung der Konsiliar-Liaisonspsychiatrie vielversprechend, vorausgesetzt daß die Psychiater solche Forderungen bereitwilliger aufgreifen (Creed 1991, Deister et al. 1998, Thompson et al. 1990, Luber 1996, Maguire & Haddad 1996).

Dies entspricht der eigenen Erfahrung.

Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Tätigkeit konsiliarpsychiatrischer Dienste am Allgemeinkrankenhaus. In einem historischen Abriss wird zunächst die Integration des psychiatrischen Fachgebiets in die Allgemeinkrankenhäuser als wesentliche Bedingung für die Entwicklung der Konsiliarpsychiatrie am Beispiel der USA dargestellt, gefolgt von europäischen Perspektiven und der Entwicklung in Deutschland, unter besonderer Berücksichtigung der Psychiatrie-Enquête. Anschließend werden Aspekte somatopsychischer Komorbidität als Grundlage der Konsiliarpsychiatrie und ihre Implikationen für Diagnostik und Therapie skizziert. Vorschläge zur Bestimmung des Bedarfs der konsiliarpsychiatrischen Versorgung werden diskutiert. Das Spektrum konsiliar-liaisonpsychiatrischer Versorgungsmöglichkeiten wird dargestellt, Interventionsmöglichkeiten mit ihren *differentia specifica* im Setting des Allgemeinkrankenhauses am Beispiel von supportiver Psychotherapie und Psychopharmakotherapie bei körperlich kranken Patienten werden verdeutlicht.

Im empirischen Teil wird auf Grundlage einer Längsschnittstudie über einen 10jährigen Beobachtungszeitraum eines amerikanischen, sowie einer Vergleichsstudie der Tätigkeit eines deutschen und eines amerikanischen Konsildienstes über einen einjährigen Beobachtungszeitraum versucht, einen Kernbereich konsiliarpsychiatrischer Tätigkeit am Allgemeinkrankenhaus zu definieren. In der Längsschnittuntersuchung wurde ein zeitüberdauernder Bereich konsiliarpsychiatrischer Tätigkeit identifiziert, der im Vergleich mit ähnlichen, allerdings weniger detaillierten Studien (Lipowski & Wolston 1981, Paddison et al. 1989) ebenfalls überwiegend Gemeinsamkeiten deutlich werden läßt. Auch die vergleichende Querschnittsuntersuchung zeigte, daß psychiatrische Konsiliartätigkeit über nationale Grenzen hinweg eine Reihe von Gemeinsamkeiten aufweist. Auch dies konnte im Vergleich mit anderen Studien bestätigt werden (vgl. Übersichten bei Hengeveld et al. 1984, Diefenbacher 1999, Huyse et al. 1997).

Anschließend werden Veränderungen im Gefolge der Tätigkeit eines neu beginnenden psychiatrischen Konsiliars über einen einjährigen Beobachtungszeitraum untersucht und im Hinblick auf die Implementation eines Konsildienstes auf für die konsiliarpsychiatrische Praxis bzw. Interventionsforschung wichtige Parameter wie z.B. Zusammenarbeit mit den Stationsteams und Beeinflussung von Krankenhausverweildauer und Zeitintervall zwischen stationärer Aufnahme und Konsilanforderung diskutiert.

Zusammenfassend wird ein Kernbereich konsiliarpsychiatrischer Tätigkeit beschrieben, von dem erwartet wird, daß er für die nahe Zukunft konstant bleibt und somit als Orientierungshilfe für administrative und evaluative Zwecke dienen kann. Abschließend werden Perspektiven weiterer Forschung in der Konsiliarpsychiatrie diskutiert und auf Aspekte der Fort- und Weiterbildung im psychiatrischen Konsiliar-Liaisondienst in der psychiatrischen Facharztweiterbildung, sowie auf Schnittstellen für eine mögliche Zusammenarbeit mit dem hausärztlichen Bereich eingegangen.

Literaturverzeichnis

- Academy of Psychosomatic Medicine (1997) Mental disorders in general medical practice -- adding value to healthcare through consultation-liaison psychiatry. Kendall/Hunt: Dubuque/IA
- Ackerman AD, Lyons JS, Hammer JS et al. (1988) The impact of coexisting depression and timing of psychiatric consultation on medical patients' length of stay. *Hospital and Community Psychiatry* 39: 173-176
- Adler R (1994) Die Verwirklichung des biopsychosozialen Modells - Erfahrungen seit 1978. In: Adler R, Bertram W, Haag A et al. (Hrsg.) Uexküll - Integrierte Psychosomatische Medizin in Praxis und Klinik. Schattauer: Stuttgart, 221-235
- Adler R, Hemmeler W (1992) Anamnese und Körperuntersuchung – der biologische, psychische und soziale Zugang zum Patienten. Gustav Fischer Verlag: Stuttgart Jena
- Aisen PS, Giblin KE, Packer LS et al. (1994) Determinants of length of stay in geropsychiatry. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 2:165-168
- Ananth J (1992) Psychopharmacological agents in physical disorders. *Psychotherapy Psychosomatics* 58: 13-31
- Anderson DN, Philpott RM (1991) The changing pattern of referrals for psychogeriatric consultation in the general Hospital: An eight-year study. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 6: 801-807
- Angelberger H, König P (1988) Psychiatrische Konsiliartätigkeit am Allgemeinkrankenhaus im ländlichen Raum. *Mitteilungen der Österreichischen Sanitätsverwaltung* 89: 171-173
- Antoni MH (1997) Cognitive-behavioral intervention for persons with HIV. In: Spira JL (ed) Group therapy for medically ill patients. Guilford Press: New York London, S.55-91
- APA (1993) Psychosocial treatment research in psychiatry / A task force report of the American Psychiatric Association. American Psychiatric Press: Washington,DC, S.31-33
- Appelbaum PS, Grisso T (1997) Capacities of hospitalized, medically ill patients to consent to treatment. *Psychosomatics* 38: 119-125
- Argelander H (1987) Das Erstinterview in der Psychotherapie. 3.Aufl. Wissenschaftliche Buchgesellschaft: Darmstadt
- Armstrong SC, Cozza KL, Watanabe KS (1997) The misdiagnosis of delirium. *Psychosomatics* 38: 433-439
- Arolt V (1994) Aufgaben und Perspektiven der Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie. In: Arolt V, Reimer Ch (Hrsg.) Perspektiven psychiatrischer Versorgung. S.Roderer Verlag: Regensburg, S.68-76
- Arolt V (1997) Psychische Störungen bei Krankenhauspatienten – Eine epidemiologische

- Untersuchung zu Diagnostik, Prävalenz und Behandlungsbedarf psychiatrischer Morbidität bei internistischen und chirurgischen Patienten. Springer, Berlin
- Arolt V, Gehrman A, John U et al. (1995a) Psychiatrischer Konsildienst an einem Universitätsklinikum – Eine empirische Untersuchung zur Leistungscharakteristik. *Nervenarzt* 66: 347-354
- Arolt V, Driessen M, Bangert-Verleger A et al. (1995b) Psychische Störungen bei internistischen und chirurgischen Krankenhauspatienten. *Nervenarzt* 66: 670-677
- Arolt V, Driessen M, Schürmann A (1995c) Häufigkeit und Behandlungsbedarf von Alkoholismus bei internistischen und chirurgischen Krankenhauspatienten. *Fortschritte Neurologie Psychiatrie* 63: 283-288
- Arolt V, Driessen M, Dilling H (1997) Psychische Störungen bei Patienten im Allgemeinkrankenhaus. *Deutsches Ärzteblatt* 94: A-1354-1358 [*Heft 20*]
- Arolt V, Driessen M, Schürmann A (1997) Indikation zu psychotherapeutischen Interventionen bei somatisch Kranken - Ergebnisse der Lübecker Allgemeinkrankenhausstudie. In: Mundt C, Linden M, Barnett W (Hrsg.) *Psychotherapie in der Psychiatrie*. Springer: Wien New York, S.269-273
- ASPOA (American Society for Psychosocial & Behavioral Oncology/AIDS) Distress in cancer: Clinical practice guidelines for screening & treatment. Interdisciplinary perspectives. 45th Annual meeting of the Academy of Psychosomatic Medicine, Orlando, Florida, november 1998
- Bach O (1992) Sozialpsychiatrie und medizinisch-naturwissenschaftlicher Fortschritt – und die sozialmedizinische Praxis im „Osten“. *Sozialpsychiatrische Informationen* 22: 3-6
- Bachrach LL (1981) General Hospital psychiatry: overview from a sociological perspective. *American Journal of Psychiatry* 138: 879-887
- Backmund M, Pfab R, Rupp P et al. (1999) Häufiger Notfall: Intoxikationen durch Drogen und psychotrope Substanzen. *Der Notarzt* 15: 29-33
- Bandelow B, Rüter E (1993) Besonderheiten der Psychopharmakotherapie bei psychisch Kranken mit körperlichen Erkrankungen. In: Möller H-J (Hrsg.) *Therapie psychiatrischer Erkrankungen*. Enke-Verlag: Stuttgart, S.791-800
- Barnow S, Linden M, Schaub RT (1997) The impact of psychosocial and clinical variables on duration of inpatient treatment for depression. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology* 32: 312-316
- Bass C (1995) The role of liaison psychiatry. In: House A, Mayou R, Mallinson C (eds) *Psychiatric aspects of physical disease*. Royal College of Physicians & Royal College of Psychiatrists: London, S.91-99

- Bauer M (1984) Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern – Ergebnisse einer Umfrage. In: Bauer M, Rave-Schwank M, AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hrsg.) (1984) Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern. Tagungsberichte Bd.10. Rheinland-Verlag: Köln, S.20-31
- Bauer M, Rave-Schwank M, AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hrsg.) (1984) Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern. Tagungsberichte Bd.10. Rheinland-Verlag: Köln
- Bauer M (1996) Die psychiatrische Versorgung einer Stadt-Region durch die Psychiatrische Abteilung am Allgemeinkrankenhaus / Strukturen - Konzepte - wissenschaftliche Evaluation der Versorgungseffizienz (am Beispiel der Stadt Offenbach/Main). In: Peters UH, Schifferdecker M, Krahl A (Hrsg.) 150 Jahre Psychiatrie. Bd I. Martini-Verlag: Köln, S.201-206
- Bauer M, Whybrow PC (1999) Depression and other psychiatric illnesses associated with medical conditions. *Current Opinion in Psychiatry* 12: 325-329
- Baumann U (1980) Nutzen und Wirksamkeit psychischer Behandlungsmethoden in der Psychiatrie – einige grundsätzliche Überlegungen. In: Häfner H, Picard W, Aktion Psychisch Kranke (Hrsg.) Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland fünf Jahre nach der Enquête. Tagungsberichte Bd.5. Rheinland-Verlag, Köln S.65-75
- Beliles K, Stoudemire A (1998) Psychopharmacologic treatment of depression in the medically ill. *Psychosomatics* 39: S2-S19
- Benbow S (1996) Liaison in old age psychiatry. In: Guthrie E, Creed F (eds) *Seminars in Liaison Psychiatry*. Gaskell: London, S.220-237
- Bender W, Greil W, Meyer G (1983) Psychiatrischer Konsiliardienst an einem medizinischen Grossklinikum: Evaluation dreier Jahrgänge. *Psychiatria Clinica* 16: 324-339
- Benjamin S, House A, Jenkins P (1994) *Liaison Psychiatry – Defining needs and planning services*. Gaskell: London
- Benkert O, Hippus H (1998) *Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie*. Springer: Berlin
- Bepperling W (1994) Zur Entwicklung der psychosomatischen Abteilung der Städtischen Krankenanstalten Esslingen am Neckar. In: Adler R, Bertram W, Haag A et al. (Hrsg.) *Uexküll – Integrierte Psychosomatische Medizin in Praxis und Klinik*. 3. Aufl. Schattauer: Stuttgart New York, S.253-262
- Berger M & Hohagen F (1991) Verhaltensmedizin in Psychiatrie und Psychotherapie (Editorial). *Psycho* 24: 55
- Bergin AE, Garfield SL (1994) *Handbook of psychotherapy and behavior change*. 4th ed. Wiley: New York
- Berliner Senat (1999) *Krankenhausplanung 1999 in Berlin*. Eine Information der

Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales. Berlin

- Berzewski H, Dorn H (1978) Diagnose und Versorgung – Erster Arbeitsbericht der Psychiatrischen Ambulanz im Klinikum Steglitz. *Psychiatrische Praxis* 5: 222-230
- Bibring GL (1956) Psychiatry and medical practice in a general Hospital. *New England Journal of Medicine* 254: 366-372
- Bickel H (1988) Psychogeriatrisches Screening im Allgemeinkrankenhaus. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und –Psychiatrie* 1: 259-275
- Bickel H, Cooper B, Wancata J (1993) Psychische Erkrankungen von älteren Allgemeinkrankenhauspatienten: Häufigkeit und Langzeitprognose. *Nervenarzt*, 64, 53-61
- Billings EG (1941) The value of psychiatry to the general Hospital. *Hospitals* 15: 30-34
- Billings EG (1966) The Psychiatric Liaison Department of the University of Colorado Medical School and Hospitals. *American Journal of Psychiatry* 122: 28-33
- Blewett A, Jenkins P (1994) Setting up a consultation-liaison psychiatry service in South Gwent. In: Benjamin S, House A, Jenkins P (1994) *Liaison Psychiatry – Defining needs and planning services*. Gaskell: London, S.47-57
- Blanchard EB, Turner SM (1996) Gastrointestinal disorders: psychosocial issues in adults. *Current Opinion in Psychiatry* 9:445-448
- Blankenburg W (1988) Der Leib – das gemeinsame Thema von somatischer und psychosomatischer Medizin. In: Bräutigam W (Hrsg.) *Kooperationsformen somatischer und psychosomatischer Medizin. Aufgaben – Erfahrungen – Konflikte*. Springer: Berlin, S.61-70
- Blumenfield M (1988) Subspecialization in psychiatry is a necessity. *Psychosomatics* 29: 153-154
- Blumenfield M, Schoeps MM (1993) *Psychological care of the burn and trauma patient*. Williams & Wilkins Baltimore
- BMFJG - Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (1988) *Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung*
- Böcker F (1993) Psychisch Kranke in somatischen Krankenhausabteilungen. *Psycho* 19: 363-366
- Böker W (1973a) Die Psychiatrie als klinische Disziplin. *Fortschritte der Medizin* 91: 501-504
- Böker W (1973b) Psychopathologische Probleme im Allgemeinen Krankenhaus heute. *Fortschritte der Medizin* 91:551- 552, 572
- Böker W (1973c) *Sozialpsychiatrische Konsultationstätigkeit im Allgemeinen Krankenhaus*.

Fortschritte der Medizin 91: 683-684, 714

- Bönisch E, Meyer JE (1975) Medizinische Extremsituationen und der sterbende Patient. In: Psychiatrie der Gegenwart, 2. Aufl., Bd 3. Springer, Berlin, S.519-555
- Bönisch E, Götze P, Meyer JE (1986) Zur Psychologie und Psychopathologie bei schweren und unheilbaren Organerkrankungen. In: Kisker KP, Lauter H, Meyer JE et al. (Hrsg.) Psychiatrie der Gegenwart Bd 2: Krisenintervention - Suizid - Konsiliarpsychiatrie. Springer-Verlag: Berlin Heidelberg, S.177-228
- Bönisch E, Meyer JE (Hrsg.)(1983) Psychosomatik in der Klinischen Medizin – Psychiatrisch-psychotherapeutische Erfahrungen bei schweren somatischen Krankheiten. Springer: Berlin
- Bolk R (1979) Psychoanalytisch fundierte Konsiliartätigkeit an einem Allgemeinkrankenhaus. Der Praktische Arzt 15: 2294-2305
- Boone CR, Coulton CJ, Keller SM (1982) The impact of early and comprehensive social work services on length of stay. Social Work in Health Care 7: 1-9
- Bräutigam W (Hrsg.) (1988) Kooperationsformen somatischer und psychosomatischer Medizin. Aufgaben – Erfahrungen – Konflikte. Springer: Berlin
- Breitbart W, Holland JC (eds) (1993) Psychiatric aspects of Symptom management in cancer patients. American Psychiatric Press Washington, DC
- Bron B, Petzoldt, Siedek M et al. (1976) Psychopathologische Auffälligkeiten und sozialpsychiatrische Probleme bei nierentransplantierten Patienten. Confinia psychiatrica 19: 207-221
- Bronheim H (1994) Psychotherapy of the otolaryngology Patient. General Hospital Psychiatry 16: 112-118
- Bronheim H, Strain JJ, Biller HF et al. (1989) Psychiatric consultation on an otolaryngology service. General Hospital Psychiatry 11:95-102
- Bronheim H, Strain JJ, Biller HF (1991a) Psychiatric consequences of head and neck surgery. Part I: New surgical techniques and psychiatric consequences. General Hospital Psychiatry 13: 165-176
- Bronheim H, Strain JJ, Biller HF (1991b) Psychiatric aspects of head and neck surgery. Part II: body image and psychiatric intervention. General Hospital Psychiatry 13: 225-232
- Bronheim H, Fulop G, Kunkel EJ et al. (1998) The Academy of Psychosomatic Medicine practice guidelines for psychiatric consultation in the general medical setting. Psychosomatics 39 (suppl. 2): S8-S30
- Brown A, Cooper AF (1987) The impact of a liaison psychiatry service on patterns of referral in a general Hospital. British Journal of Psychiatry 150: 83-87
- Brown TM, Waterhouse J (1987) A psychiatric liaison service in a general Hospital - eighteen

- years on. *Health Bulletin* 45/4: 190-196
- Bürky R, Häfner-Ranabauer W (1998) Utilization of the psychiatric emergency service in Mannheim: ecological and distance-related aspects. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology* 33: 558-567
- Burton RW, Lyons JS, Devens M et al. (1991) Psychiatric consultations for psychoactive substance disorders in the general Hospital. *General Hospital Psychiatry* 13: 83-87
- Callies AL, Popkin MK, Mackenzie TB et al. (1980) Consultees' representations of consultants' psychiatric diagnoses. *American Journal of Psychiatry* 137: 1250-1253
- Carson AJ, Dawson H, Marshall D et al. (1998) Twenty-eight years of liaison psychiatry at a general hospital. *Psychiatric Bulletin* 22: 754-758
- Cassem NH (ed) (1997) *Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry*. 4th ed. Mosby: St.Louis
- Cassem NH, Bernstein (1997) Depressed patients. In: Cassem NH (ed) (1997) *Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry*. 4th edition. Mosby: St.Louis, MO, S.35-68
- Cassem NH, Hackett TP (1987) The setting of intensive care. In: Hackett TP, Cassem NH (1987) *Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry*. 2nd Edition. Year Book Medical Publishers/PSG Publishing Company: Littleton, S.353-379
- Cassem NH, Murray GB (1997) Delirious patients. In: Cassem NH (ed) (1997) *Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry*. 4th edition. Mosby: St.Louis, MO, S.101-122
- Cavanaugh S (1991) Depression in the medically ill. In: Judd FK, Burrows GD, Lipsitt DR (eds) *Handbook of studies on general Hospital psychiatry*. Elsevier: Amsterdam New York Oxford, S.283-303
- Cavanaugh S (1995) Depression in the medically ill - clinical issues in diagnostic assessment. *Psychosomatics* 36: 48-59
- Chandarana PC, Conlon P, Steinberg N (1988) The evaluation of a consultation-liaison service. *General Hospital Psychiatry* 10: 378-381
- Chen Kuan-yu (1995) Psychosocial problems of general Hospital inpatients and the issue of 'No Psychiatric Diagnosis' in patients referred to psychosocial consultation services: A literature review and an empirical study. *Medizinische Dissertation, Freiburg* (unveröffentlicht)
- Chick J, Lloyd G, Crombie E (1985) Counselling problem drinkers in medical wards: a controlled study. *British Medical Journal* 290: 965-967
- Choca JP, Peterson CA, Shanley LA et al (1988) Problems in using statistical models to predict psychiatric length of stay: an illustration. *Hospital and Community Psychiatry* 39: 195-

- Clarke DM, Smith GC, Herrman HE (1993) A comparative study of screening instruments for mental disorders in general Hospital patients. *International Journal of Psychiatry in Medicine* 23: 323-337
- Clarke DM, McKenzie DP, Marshall RJ et al. (1994) The construction of a brief case-finding instrument for depression in the physically ill. *Integrative Psychiatry* 10: 117-123
- Clarke DM, McKenzie DP, Smith GC (1995) The recognition of depression in patients referred to a consultation-liaison service. *Journal of Psychosomatic Research* 39: 327-334
- Clarke DM, Smith GC, Herrman HE et al. (1998) Monash interview for liaison psychiatry (MILP) – Development, reliability, and procedural validity. *Psychosomatics* 39: 319-328
- Cohen-Cole SA, Stoudemire A (1987) Major depression and physical illness. *Psychiatric Clinics of North America* 10: 1-17
- Cohen-Cole SA, Howell EF, Barrett JE et al. (1991) Consultation-liaison research: four selected topics. In: Judd FK, Burrows GD, Lipsitt DR (eds) *Handbook of studies on general Hospital psychiatry*. Elsevier: Amsterdam NNewYYork Oxford, S.79-98
- Cohen-Cole SA, Boker J, Bird J et al. (1993) Psychiatric Education Improves Internists' Knowledge: A Three-Year Randomized, Controlled Evaluation. *Psychosomatic Medicine* 55: 212-218
- Collinson Y, Benbow SM (1998) The role of an old age psychiatry consultation liaison nurse. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 13: 159-163
- Conte HR (1994) Review of research in supportive psychotherapy: an update. *American Journal of Psychotherapy* 48: 494-504
- Cox J (1996) Psychiatric training and professional conduct. *Current Opinion in Psychiatry* 9: 372-376
- Craven J, Rodin GM (eds) (1992) *Psychiatric aspects of organ transplantation*. Oxford University Press: Oxford New York
- Creed F (1991) Liaison psychiatry for the 21st century: a review. *Journal of the Royal Society of Medicine* 84: 414-417
- Creed F (1996) Developments in liaison psychiatry. *Current Opinion in Psychiatry* 9: 433-438
- Creed F, Guthrie E, Black D et al. (1993) Psychiatric referrals within the general hospital: comparison with referrals to general practitioners. *British Journal of Psychiatry* 162: 204-211
- Creed F, Guthrie E (1996) The classification of psychiatric disorders and their relationship to physical disorders. In: Guthrie E, Creed F (1996) *Seminars in Liaison Psychiatry*. Gaskell: London, S.53-74
- Creed F, Guthrie E (1996a) Research in liaison psychiatry. In: Guthrie E, Creed F (1996)

- Seminars in Liaison Psychiatry. Gaskell: London, S. 274-291
- Creed F, Mayou R, Hopkins (eds) (1992) Medical symptoms not explained by organic disease. Royal College of Physicians & Royal College of Psychiatrists: London
- Creed F, Pfeffer JM (1982) Medicine and psychiatry: a practical approach. Pitman: London
- Creed F, Tomenson B, Anthony P et al. (1997) Predicting length of stay in psychiatry. Psychological Medicine 27: 961-966
- Csef H (1996) Neuere Entwicklungen der supportiven Psychotherapie mit Krebskranken. Psychotherapeut 41: 95-98
- Dahlbender RW, Allert G, Martin G et al. (1994) Multimodale Konsiliar- und Liaisonarbeit. Psychotherapeut 39: 230-238
- Davis DS, Nelson JKN (1980) Referrals to psychiatric liaison nurses - Changes in characteristic over a limited time period. General Hospital Psychiatry 2: 41-45
- Deister A (1994) Häufige Fragestellungen im Rahmen des psychiatrischen Konsiliardienstes. Internist 35: 807-813
- Deister A, Hawellek B, Laux G (1998) Einstellungen zum psychiatrischen Konsiliardienst in einem Universitätsklinikum. In: Gaebel W, Falkai P (Hrsg.) (1998) Zwischen Spezialisierung und Integration - Perspektiven der Psychiatrie und Psychotherapie. Springer: Wien New York, S.391-395
- Delius P, Schürmann A, Wetterling T (1994) Ältere Patienten im psychiatrischen Konsiliardienst. Krankenhauspsychiatrie 5: 61-65
- Delius P, Schürmann A, Arolt V et al. (1993) Indikation psychiatrischer Konsile: Eine fallbezogene Parallelbefragung von Psychiatern und behandelnden Ärzten. Psychiatrische Praxis 20: 218-223
- Depression Guideline Panel (Hrsg.) (1993) Depression in primary care: volume 1. Detection and diagnosis. Clinical Practice Guideline, No.5. Rockville, MD. U.S. Dept. Of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research. AHCPH Publication No.93-0550
- Derogatis LR, Morrow GR, Felting J et al. (1983) The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. Journal of the American Medical Association 249: 751-757
- Desai A, Chibnall JT (1999) Letter to the editor. International Psychogeriatrics 11: 339-340
- Deter HC, Wienbeck M (1998) Funktionelle Darmbeschwerden - Das Reizdarmsyndrom. Deutsches Ärzteblatt 95: A-1966-1972 (Heft 33)
- Deutscher Bundestag (1975) Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland - Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. Drucksache 7/4200. Heger: Bonn

- DGPPN (1997) Die Behandlung psychischer Erkrankungen in Deutschland – Positionspapier zur aktuellen Lage und zukünftigen Entwicklung. Springer: Berlin Heidelberg New York Tokio
- Diefenbacher A (1992) Psychostimulants- rapid onset antidepressants for the consultation-liaison-setting? Meeting of the European Consultation Liaison Workgroup (ECLW), Amsterdam/The Netherlands, Oktober 1992
- Diefenbacher A (1999) Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie. In: Helmchen H et al. (Hrsg.) Psychiatrie der Gegenwart (4. Aufl.), Bd. II, Allgemeine Psychiatrie. Springer: Berlin Heidelberg, S.433-456
- Diefenbacher A (Hrsg.)(1999) Aktuelle Konsiliarpsychiatrie und -Psychotherapie. Thieme: Stuttgart
- Diefenbacher A, Saupe R (1993) Neuropsychiatrische Krankenpflege auf der Intensivstation als Aspekt konsiliarpsychiatrischer Tätigkeit. *Psychiatrische Praxis* 20:224-226
- Diefenbacher A, Strain JJ, Eichman M et al. (1993a) Divergent Effects of Types of Consultation/Liaison Intervention on Length of Stay. Poster presented at the 146th Annual Meeting of the American Psychiatric Association, San Francisco. New Research program and Abstracts, *NR 609*, S.213
- Diefenbacher A, Strain JJ, Fulog G, et al. (1993) Methodological aspects of intervention research in consultation-liaison psychiatry. *Psychosomatic Medicine* 53: 131 (abstract)
- Diefenbacher A, Knorr C & ECLW (1994) Psychiatric and psychosomatic consultation delivery in Germany (A Comparative Study of two University Hospitals). *Psychosomatics* 36(2) : 215 (abstract)
- Diefenbacher A, Saupe R (1994a) Psychopathologie beim chronischen subduralen Hämatom - Bemerkungen zur Arbeit des Konsilpsychiaters. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie* 145: 7-10
- Diefenbacher A, Saupe R (1994b) Consultation-Liaison-Psychiatry: at the interface of social psychiatry, neuropsychiatry, and psychosomatics. XIV. Weltkongreß für Sozialpsychiatrie in Hamburg. *Sozialpsychiatrische Informationen, Sonderband zum XIV. Weltkongreß für Soziale Psychiatrie in Hamburg*, S.81 (abstract)
- Diefenbacher A, Saupe R, Walle M, Linden M (1995) Operative Maßnahmen bei psychisch kranken Patientinnen - Besonderheiten der perioperativen Betreuung. *Gynäkologe* 28: 412-419
- Diefenbacher A, Heim G (1997) Neuropsychiatric aspects in Munchausen's Syndrome. *General Hospital Psychiatry* 19: 281-285
- Diefenbacher A, Saupe R (1996) Erwartungen an den Konsiliardienst - Berücksichtigung der Konsumentenperspektive. *TW Neurologie Psychiatrie* 10: 541-548
- Diefenbacher A, Saupe R, Fegers St, Wörz R (1999) Psychiatrische Schmerzdiagnostik und -

therapie Teil IV: Konsiliarpsychiatrie bei Schmerzpatienten. *Nervenheilkunde* 18: 139-142

Diefenbacher A, Diefenbacher M, Hell B et al.: Psychiatrische und psychologische Aspekte bei Patienten mit operierten Gesichtstumoren (Publ. i.Vorb.)

Dilling H, Weyerer S, Enders I (1978) Patienten mit psychischen Störungen in der Allgemeinpraxis und ihre psychiatrische Überweisungsbedürftigkeit. In: Häfner H (Hrsg.) *Psychiatrische Epidemiologie*. Springer: Berlin Heidelberg New York

Dilling H, Weyerer S, Castell R (1984) *Psychische Erkrankungen in der Bevölkerung*. Enke: Stuttgart

Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (Hrsg.) (1993) *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V(F). Klinisch-diagnostische Leitlinien (2.Aufl.)*. Huber: Bern

DiMasi J, Lasagna L (1995) The economics of psychotropic drug development. In: Bloom FE & Kupfer DJ (Hrsg.) *Psychopharmacology: the fourth generation of progress*. Raven Press: New York, S.1883-1895

DSM-III-R (Hrsg. American Psychiatric Association) (1989): *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen* (dt. Bearbeitung von H-U Wittchen et al.). Beltz-Verlag: Weinheim Basel

DSM-IV (Hrsg. American Psychiatric Association) (1995) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders– International version with ICD-10 codes*. American Psychiatric Press: Washington,DC

Dunbar H (1935) *Emotions and bodily changes: a survey of literature on psychosomatic relationships: 1910-1933*. Columbia University Press. New York (zit. nach Lipowski 1986a)

Dvoredsky A, Cooley HW (1986) Comparative severity of illness in patients with combined medical and psychiatric diagnoses. *Psychosomatics* 27: 625-630

Eaton JS, Goldberg R, Rosinski E et al. (1977) The educational challenge of consultation-liaison psychiatry. *American Journal of Psychiatry* 134 (supplement): 20-23

Ebel H (1996) *Somatoforme Störungen - Empirische Untersuchungen zu Psychopathologie, Persönlichkeit und Krankheitsverhalten*. Habilitationsschrift, Medizinische Fakultät, RWTH Aachen

ECLW - European Consultation Liaison Workgroup (1990a) *Registration form and manual for the description of hospitals, CL-Services, patients seen and actions performed in a CL-Service*. October 1990 Revision. Free University Hospital: Amsterdam. (Dt. Fassung Januar 1991 von T. Herzog und A. Hartmann, Abt. für Psychotherapie und Psychosomatische Medizin der Psychiatrischen Universitätsklinik Freiburg)

- ECLW - European Consultation Liaison Workgroup (1990b) Manual and training guidelines for clinical description and diagnosis of disorders seen by the C/L service within the general Hospital. 4th revision. ECLW, Free University Hospital: Amsterdam (Dt. Fassung von T. Herzog, Abt. für Psychotherapie und Psychosomatische Medizin der Psychiatrischen Universitätsklinik Freiburg)
- Egan-Morriss E, Morris R, House A (1994) The role of the nurse in consultation-liaison psychiatry. In: Benjamin S, House A, Jenkins P (1994) Liaison Psychiatry – Defining needs and planning services. Gaskell: London, S.34-44
- Eglite M (1998) The 10 year experience of liaison psychiatrist in the general Hospital Riga. *European Psychiatry 13 (Suppl. 4): 320s (abstract)*
- Ehlert U, Wagner D, Lupke U (1999) Consultation-liaison service in the general Hospital: effects of cognitive-behavioral therapy in patients with physical nonspecific symptoms. *Journal of Psychosomatic Research 47: 411-417*
- Eichinger HJ, Günzel M (1987) Interdisziplinäre Versorgung psychosomatisch Kranker. *Münchener Medizinische Wochenschrift 129: 91-93*
- Endicott J (1984) Measurement of depression in patients with cancer. *Cancer 53: 2243-2248*
- Eikelmann B (1998) Sozialpsychiatrisches Basiswissen - Grundlagen und Praxis. 2.Aufl. Enke: Stuttgart
- Engel GL (1980) The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry 137: 535-544*
- Epstein SA, Gonzales JJ, St. Onge J et al. (1996) Practice patterns in the diagnosis and treatment of anxiety and depression in the medically ill. *Psychosomatics 37: 356-367*
- Ernst K (1998) Psychiatrische Versorgung heute - Konzepte, Konflikte, Konsequenzen. Kohlhammer: Stuttgart Berlin Köln
- Evans RL, Hendricks RD, Lawrence-Umlauf KV et al. (1989) Timing of social work intervention and medical patients' length of hospital stay. *Health and Social Work November 1989: 277-282*
- Fahrig H (1991) Über das Psychologisieren organischer Krankheiten und das psychoanalytische Spekulieren in die Vergangenheit. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin 37: 329-342*
- Fahs MC, Strain JJ, Hammer JS et al. (1995) Cost resource use modeling for psychiatric interventions. *Psychosomatics 36: 194-195 (abstract)*
- Faust V (Hrsg.) (1995) Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Klinik, Praxis und Beratung. Gustav Fischer: Stuttgart Jena
- Fann JR, Tucker GJ (1995) Mood disorders with general medical conditions. *Current Opinion in*

Psychiatry 8: 13-18

- Feldman E, Mayou R, Hawton K et al. (1987) Psychiatric disorders in medical inpatients. *Quarterly Journal of Medicine* 241: 405-412
- Fegers St (1999) Konsiliarpsychiatrie aus der Sicht des niedergelassenen Nervenarztes - ein Erfahrungsbericht. In: Diefenbacher A (Hrsg.) Aktuelle Konsiliarpsychiatrie und Psychotherapie. Thieme: Stuttgart, S.27-32
- Fernandez F, Levy JK, Samley RK et al. (1995) Effects of methylphenidate in HIV-related depression: a comparative trial with desipramine. *International Journal of Psychiatry in Medicine* 25: 53-67
- Fichter MM (1990) Verlauf psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung. Springer: Berlin
- Fiebiger D (1994) Der Psychiatrische Konsiliardienst der Klinik für Psychiatrie an der Städtischen Klinikum Görlitz GmbH. Med. Diss. , Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden
- Fiebiger D (1995) Therapeutische Maßnahmen und Interventionen im rahmen der CL-Tätigkeit - die Konsiliartätigkeit der Psychiatrischen Klinik am Klinikum Görlitz. In: Kipp J, Wehmeier PM (Hrsg.) Handeln und Atmosphäre im therapeutischen Raum psychiatrischer Abteilungen. S. Roderer Verlag: Regensburg, S.278-284
- Fiebiger D, Ficker F, Winiecki P et al. (1997) Der psychiatrische Konsiliardienst der Klinik für Psychiatrie an der Städtisches Klinikum Görlitz GmbH. *Psychiatrische Praxis* 24: 129-133
- Fink P (1992) Psychiatric and somatic comorbidity - The general population's utilization of Hospital admissions. Institute of Basic Psychiatric Research; Dept. Of Psychiatric Demography, Psychiatric Hospital in Aarhus: Risskov, Denmark
- Fink P (1997) Persistent Somatization. Faculty of Health Sciences, University of Aarhus. PsykInfo: Aarhus
- Finkel S, Richter EM, Clary CM (1999a) Comparative efficacy and safety of sertraline in major depression in patients 70 and older. *International Psychogeriatrics* 11: 85-99
- Finkel S, Richter EM, Clary CM (1999b) Reply [to Desai & Chibnall 1999]. *International Psychogeriatrics* 11: 340-342
- Fleischhacker WW, Barnas Ch, Haring Ch et al. (1986) Der psychiatrische Konsildienst. *Nervenarzt* 57: 589-592
- Fogel BS, Stoudemire A (1993) New psychotropics in medically ill patients. In: Stoudemire A, Fogel BS (Hrsg.) Medical-psychiatric practice. American Psychiatric Press: Washington, DC, S.69-111
- Foster JR, Cataldo JK, Boksay IJE (1991) Incidence of depression in a medical long-term care facility: findings from a restricted sample of New admissions. *International Journal of*

- Ford CV, Fawzy FI, Frankel BL (1994) Fellowship training in consultation-liaison psychiatry: Education goals and standards. *Psychosomatics* 35: 118-124
- Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR (1975) Mini Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research* 12: 189-198
- Fortney JC, Booth BM, Smith GR (1996) Variation among VA hospitals in length of stay for treatment of depression. *Psychiatric Services* 47: 608-613
- Frances RJ (1994) Editorial: substance abuse in the general hospital: a priority area for evaluation and treatment. *General Hospital Psychiatry* 16: 71-72
- Francis J, Martin D, Kapoor WN (1990) A prospective study of delirium in hospitalized elderly. *Journal of the American Medical Association* 263: 1097-1101
- Frasure-Smith N, Lespérance F, Talajic M (1995) Depression and 18-month prognosis after myocardial infarction. *Circulation* 91: 999-1005
- Freeman A, Davies L, Libb JW et al. (1992) Assessment of transplant candidates and prediction of outcome. In: Craven J, Rodin GM (eds) *Psychiatric aspects of organ transplantation*. Oxford University Press: Oxford New York, S.9 - 21
- Freyberger H (1983) Dialyse und Transplantation. In: Bönisch E, Meyer JE (Hrsg.) *Psychosomatik in der Klinischen Medizin – Psychiatrisch-psychotherapeutische Erfahrungen bei schweren somatischen Krankheiten*. Springer: Berlin, S.1-13
- Freyberger H, Freyberger HJ (1994) Supportive psychotherapy. *Psychotherapy Psychosomatics* 61: 132-142
- Freyschmidt J (1994) Das ärztliche Konsil. *Deutsches Ärzteblatt* 91 (*Heft 10*): B-496-97
- Friedman RS, Molay F (1994) A history of psychiatric consultation in America. *Psychiatric Clinics of North America* 17: 667-681
- Frischenschlager O, Brömmel B, Russinger U (1992) Zur Effektivität psychosozialer Betreuung Krebskranker - Eine methodenkritische Literaturübersicht (Stand: Dezember 1990) *Psychotherapie Psychosomatik medizinische Psychologie* 42: 206-213
- Fritzsche K, Stein B, Herzog T et al. (1994a) Psychosomatischer und psychiatrischer Konsildienst bei Patienten über 60 Jahre – Unterschiede und Gemeinsamkeiten. In: Lamprecht F, Johnen R (Hrsg.) *Salutogenese – ein neues Konzept in der Psychosomatik? Kongreßband der 40. Jahrestagung des DKPM*. VAS: Frankfurt (Main), S.469-482
- Fritzsche K, Stein B, Herzog T et al (1994b) Krankheiten im Alter aus Sicht des psychosomatischen Konsildienstes. In: Heuft G, Kruse A, Nehen et al. (Hrsg.) *Interdisziplinäre Gerontopsychosomatik*. MMW Medizin Verlag Vieweg: München,

- Fritzsche K, Stein B, Herzog T, Malt UF, Lobo A and the German Participants of the ECLW (1998) Psychosocial Care of oncological inpatients – An empirical study of psychiatric and psychosomatic consultation services. *Onkologie* 21: 150-155
- Frommberger U (1999) Anpassungsstörungen. In: Berger M (Hrsg.) *Psychiatrie und Psychotherapie*. Urban & Schwarzenberg: München, S.763-770
- Fuhrhans CJ, Diefenbacher A, Kaiser H et al. (1998) Ein liaisonpsychiatrisches Projekt bei epilepsiechirurgischen Patienten. *Nervenarzt (Suppl. 1)* 69: 155 (abstract)
- Fuller MG, Jordan ML (1994) The substance abuse consultation team: addressing the problem of hospitalized substance abusers. *General Hospital Psychiatry* 16: 73-77
- Fulop G (1996) International cooperation to improve the psychiatric care of the general Hospital Patient: The ECLW collaborative study. *Journal of Psychosomatic Research* 40: 121-122
- Fulop G, Strain JJ, Vita J et al. (1987) Impact of psychiatric comorbidity on length of Hospital stay for medical/surgical patients: A preliminary report. *American Journal of Psychiatry* 144: 878-882
- Fulop G, Strain JJ, Fahs MC et al. (1989) Medical disorders associated with psychiatric comorbidity and prolonged Hospital stay. *Hospital and Community Psychiatry* 40: 80-82
- Fulop G, Strain JJ, Fahs MC et al. (1998) A prospective study of the impact of psychiatric comorbidity on length of hospital stays of elderly medical-surgical inpatients. *Psychosomatics* 39: 273-280
- Gaebel W (1998) Qualitätssicherung in der Psychiatrie. In: Gaebel W, Falkai P (Hrsg.) *Zwischen Spezialisierung und Integration - Perspektiven der Psychiatrie und Psychotherapie*. Springer: Wien New York, S. 277-294
- Gaebel W, Falkai P (Hrsg.) (1998) *Zwischen Spezialisierung und Integration - Perspektiven der Psychiatrie und Psychotherapie*. Springer: Wien New York
- Gastpar M (1998) Stellungnahmen - Weiterbildung 2000. *Nervenarzt* 69: 1137
- Gater R, Almeida B de, Barrientos G et al. (1991a) The pathways to care: a cross-cultural study. *Psychological Medicine* 21: 761-774
- Gater R, Goldberg D (1991) Pathways to psychiatric care in South Manchester. *British Journal of Psychiatry* 159: 90-96
- Gater RA, Goldberg DP, Evanson JM et al. (1998) The detection and treatment of psychiatric illness in a general medical ward. a modified cost-benefit analysis. *Journal of Psychosomatic Research* 45: 437-448
- Gerdes T, Yates W, Clancy G (1995) Increasing identification and referral of panic disorder over

the past decade. *Psychosomatics* 36: 480-486

- Gerhardinger S (1998) Die emotionale Belastung chirurgischer Patienten - Wirksamkeit psychologischer Operationsvorbereitung. S. Roderer Verlag: Regensburg
- Geyer M (1985) Das ärztliche Gespräch. Volk und Gesundheit
- Geyer M (1994) Interdisziplinäre Aspekte der Psychotherapie. In: Heigl-Evers A, Heigl F, Ott J (Hrsg.) Lehrbuch der Psychotherapie. 2.Aufl. Gustav Fischer Verlag: Stuttgart Jena, S.461-519
- Gill D, Hatcher S (1999) Antidepressant drugs in depressed patients who also have a physical illness (Cochrane Review). The Cochrane Library, Issue 2. Update Software: Oxford (Abstract unter www.cochrane.org/cochrane/revabstr/ab001312.htm)
- Gitlin DF, Schindler BA, Stern TA et al. (1996) Recommended guidelines for consultation-liaison psychiatry training in psychiatry residency programs. *Psychosomatics* 37: 3-11
- Goetze P (1980) Psychopathologie der Herzoperierten. Psychische und neurologische Störungen vor und nach Herzoperationen. Enke: Stuttgart
- Goetze P (1983) Psychoorganische Syndrome bei einigen Organerkrankungen in Zusammenhang mit deren modernen Therapieformen. In: Bönisch E, Meyer JE (Hrsg.) Psychosomatik in der Klinischen Medizin – Psychiatrisch-psychotherapeutische Erfahrungen bei schweren somatischen Krankheiten. Springer: Berlin, S.55-66
- Goldberg D, Williams P (1988) A user's guide to the General Health Questionnaire. Nfer-Nelson: London (zit. nach Arolt 1997)
- Goldberg D (1994) Epidemiology of mental disorder in general practice. Pullen I, Wilkinson G, Wright A et al. (Hrsg.) Psychiatry and general practice today. Royal College of Psychiatrists and Royal College of General Practitioners, London, S.36-44
- Goldberg D (1997) Implications of epidemiological findings for the management of mental disorders encountered in primary care settings. *European Psychiatry* 12 (Suppl. 2): 56s-62s
- Goldberg RJ, Stoudemire A (1995) The future of consultation-liaison psychiatry and medical-psychiatric units in the era of managed care. *General Hospital Psychiatry* 17: 268-277
- Gonzales JJ, Randel L (1996) Consultation-liaison psychiatry in the managed care arena. *Psychiatric Clinics of America* 19: 449-466
- Goodnick PJ, Henry JH, Buki VMV (1995) Treatments of depression in patients with diabetes mellitus. *Journal of Clinical Psychiatry* 56: 1128-1136
- Gordon RE, Hirsch CJ, Gordon KK (1988) An introduction to psychiatric research. Cambridge University Press: Cambridge New York
- Grawe K, Donati R, Bernauer F (1994) Psychotherapie im Wandel. Hogrefe: Göttingen
- Green SA (1993a) Principles of medical psychotherapy. In: Stoudemire A, Fogel BS (Hrsg.)

- Psychiatric care of the medical Patient. Oxford University Press: New York Oxford, S.3-18
- Green SA (1993b) Treating concurrent medical and psychiatric illness. In: Leibenluft E, Tasman A, Green SA (eds) Less time to do more - psychotherapy on the short-term inpatient unit. American Psychiatric Press: Washington, DC, S.205-227
- Greenhill MH (1977) The development of liaison programs. In: Usidin G (ed) Psychiatric medicine. Brunner & Mazel: New York, S.115-191
- Greger J, Schock G, Krajewski T, Alt K (1985a) Erfahrungen mit einem durchgehenden neuropsychiatrischen Konsiliardienst in einer Bezirksstadt. In: Schulze HAF, Kühne GE (Hrsg.) Integrative und interdisziplinäre Aspekte der Nervenheilkunde. S. Hirzel Verlag: Leipzig, S.70-72
- Greger J, Schock G, Krajewski T (1985b) Erfahrungen mit einem neuropsychiatrischen Notfalldienst. Zeitschrift für Klinische Medizin 40: 1769-1772
- Greger J, Schock G, Krajewski T (1986) Neuropsychiatrische Konsiliartätigkeit an einem Bezirkskrankenhaus – eine Analyse zweier Jahrgänge. Zeitschrift für Klinische Medizin 41: 963-966
- Greve W (1973) Psychiatrie an Allgemeinkrankenhäusern - Möglichkeiten und Grenzen. Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik 18: 118-123
- Groot K de, Boeke S, van den Berge HJ et al. (1997) The influence of psychological variables on postoperative anxiety and physical complaints in patients undergoing lumbar surgery. Pain 69: 19-25
- Groves JE, Kucharski A (1987) Brief psychotherapy. In: Hackett TP, Cassem NH (eds) Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry. 2nd edition. PSG Publishing Company: Littleton, MA
- Groves JE (1997) Difficult patients. In: Cassem NH (ed) (1997) Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry. 4th edition. Mosby: St.Louis, MO, S.337-366
- Gurian B, Rosowsky E (1990) Low-dose methylphenidate in the very old. Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology 3: 152-154
- Guthrie E, Creed F (1996) Seminars in Liaison Psychiatry. Gaskell: London
- Guthrie E, Creed F (1996a) Basic skills. In: Guthrie E, Creed F (1996) Seminars in Liaison Psychiatry. Gaskell: London, S.21-52
- Guthrie E, Creed F (1996b) Treatment methods and their effectiveness. In: Guthrie E, Creed F (1996) Seminars in Liaison Psychiatry. Gaskell: London, S. 238-273
- Haag A, Stuhr U (1994a) Über den Nutzen integrierter Psychosomatik im Allgemeinen Krankenhaus. In: Adler R, Bertram W, Haag A et al. (Hrsg.) Uexküll – Integrierte

- Psychosomatische Medizin in Praxis und Klinik. 3.Aufl. Schattauer: Stuttgart, S.43-52
- Haag A, Stuhr U (1994b) Psychosomatik im Allgemeinen Krankenhaus. *Pflegezeitschrift* 12: 654-658
- Hackett TP (1987) Beginnings: consultation psychiatry in a general Hospital. In: Hackett TP, Cassem NH (1987) *Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry*. 2nd Edition. Year Book Medical Publishers/ PSG Publishing Company: Littleton, S. 1-13
- Hackett TP, Cassem NH (1987) *Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry*. 2nd Edition. Year Book Medical Publishers/PSG Publishing Company: Littleton
- Häfner H (1980) Planung und Aufbau psychiatrischer Abteilungen und gemeindenaher Fachkrankenhäuser seit der Enquête-Erhebung (30.5.1973). In: Häfner H, Picard W, Aktion Psychisch Kranke (Hrsg.) *Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland fünf Jahre nach der Enquête*. Tagungsberichte Bd.5. Rheinland-Verlag: Köln, S.17-21
- Häfner H, Picard W, Aktion Psychisch Kranke (Hrsg.)(1980) *Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland fünf Jahre nach der Enquête*. Tagungsberichte Bd.5. Rheinland-Verlag: Köln
- Häfner St, Riecher-Rössler A, Lotz M et al. (1998) Das psychosomatische Konsil in der Psychiatrischen Klinik – vergleichende Untersuchung zur Indikationsstellung und zum Erfolg verschiedener Behandlungsmaßnahmen. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin* 44: 354-369
- Hahn M (1994) Wie weit sind wir gekommen? Eine Standortskizze der Psychosozialen Onkologie. *Pflegezeitschrift* 47: 4-6 (Beiheft: Unterstützung von Krebskranken)
- Halbreich U (1994) Teaching Normal and Abnormal Behavior to Primary Care Physicians. *International Journal of Psychiatry in Medicine* 24: 115-120
- Hales RE, Polly S, Bridenbaugh et al. (1986) Psychiatric consultations in a military general hospital. *General Hospital Psychiatry* 8: 173-182
- Hales RE, Polley S, Orman D (1988) An evaluation of patients who received an organic mental disorder diagnosis on a psychiatric consultation-liaison service. *General Hospital Psychiatry* 11: 88-94
- Hall RCW, Frankel BL (1996) The value of consultation-liaison interventions to the general hospital. *Psychiatric Services* 47: 418-420
- Hall RCW, Rundell JR, Hirsch TW (1996) Economic issues in consultation-liaison psychiatry. In: Rundell JR, Wise MG (eds) *The American Psychiatric Press Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry*. American Psychiatric Press Washington, DC, S.24-37
- Hammer JS, Lyons JS, Bellina BA et al. (1985) Toward the integration of psychosocial services in the general Hospital. The Human Services Department. *General Hospital Psychiatry*

7: 189-194

- Hammer JS, Strain JJ, Petraitis J (1987) Consortium-based consultation/liaison research: Commentary and perspective. *International Journal of Psychiatry in Medicine* 17: 237-248
- Hammer JS, Strain JJ, Lewin C et al. (1993a) The Continuing Evolution and Update of a Literature Database for Consultation-Liaison Psychiatry: MICRO-CARES Literature Search System 1993. *General Hospital Psychiatry* 15 (Suppl.): S.1S-12S
- Hammer JS, Strain JJ, Lyerly (1993b) An optical scan/statistical package for clinical data management in C-L-Psychiatry. *General Hospital Psychiatry* 15: 95-101
- Hammer JS, Strain JJ, Friedberg A et al. (1995) Operationalizing a bedside pen entry notebook clinical database system in consultation-liaison psychiatry. *General Hospital Psychiatry* 17: 165-172
- Handrinos D, McKenzie D, Smith GC (1998) Timing of referral to a consultation-liaison psychiatry unit. *Psychosomatics* 39: 311-317
- Handzo G (1990) Psychological stress on clergy. In: Holland JC, Rowland JH (eds) handbook of psychooncology - Psychological care of the Patient with cancer. Oxford University Press: New York Oxford, S.683-688
- Harris EC, Barraclough B (1998) Excess mortality of mental disorder. *British Journal of Psychiatry* 173: 11-53
- Harsch HH, Koran LM, Young LD (1991) A profile of academic medical-psychiatric units. *General Hospital Psychiatry* 13: 291-295
- Heim E (1992) Integration oder Polarisierung der Psychiatrie. *Nervenarzt*, 63, 143-148
- Heimann H (1991) Die Stimme der Psychiatrie im Konzept der medizinischen Fächer. *Nervenarzt*, 62, 391-397
- Heldt TJ (1927) Functioning of a division of psychiatry in a general Hospital. *American Journal of Psychiatry* 84: 459-476
- Helmchen H, Henn F, Lauter H, Sartorius N (1999) Psychiatrie der Gegenwart 2 - Allgemeine Psychiatrie. 4. Aufl. Springer: Berlin Heidelberg (in press)
- Hempel K (1995) Haftung bei Zusammenarbeit von Ärzten verschiedener Gebiete aus ärztlicher Sicht. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung* 89: 632-634
- Hengeveld MW, Rooymans HGM, Vecht-van den Bergh R (1984) Psychiatric consultations in a Dutch university Hospital: A report on 1814 referrals, compared with a literature review. *General Hospital Psychiatry* 6: 271-279
- Henry GW (1929-1930) Some modern aspects of psychiatry in general Hospital practice. *American Journal of Psychiatry* 86: 481-499
- Herrlen-Pelzer S (1993) Musische Angebote im Krankenhaus - Zukunftsmusik? *Klinikerarzt* 11:

- Herrlen-Pelzer S, Wolfersdorf M, Krauß Ch, et al. (1991) Der psychiatrische Konsildienst an der medizinischen Universitätsklinik Ulm 1989 – Ein erster Bericht zum Konsildienst einschließlich Suizidentenbetreuung. *Suizidprophylaxe 18*: 173-181
- Herrlen-Pelzer S, Bloedt D, Burg E (1993) "Musische Angebote" im Kontext von Konsiliarpsychiatrie und Klinikseelsorge - Untersuchungen im Rahmen eines kooperativen Modells in der Medizinischen Universitätsklinik Ulm. *Psychiatrische Praxis 20*: 46-49 (Sonderheft)
- Herzog G, Wieselmann G, Marguc K, Zapotoczky HG (1993) Psychiatrische Konsiliartätigkeit an einem allgemeinen österreichischen Krankenhaus und Universitätsklinikum (LKH Graz). *Psycho 19*: 181-194
- Herzog W, Hartmann A (1990) Psychiatrische, psychosomatische und medizinpsychologische Konsiliar- und Liaisonstätigkeit in der Bundesrepublik Deutschland - Ergebnisse einer Umfrage. *Nervenarzt 61*: 281-293
- Herzog T, Stein B & ECLW (1994a) Psychotherapeutische Konsiliar-/Liaisondienste – Entwicklungen, empirische Befunde, Perspektiven für Praxis und Forschung. *Psychologie in der Medizin 5*: 10-17
- Herzog T, Creed F, Huyse FJ et al. (1994b) 'Psychosomatic medicine' in the general Hospital. In: Sensky T, Katona C, Montgomery S (eds) *Psychiatry in Europe - Directions and developments*. Gaskell: London
- Herzog T, Stein B, Ficker F und Teilnehmer der deutschen Verbundstudie der ECLW (1996) Konsiliar-/Liaison-Psychiatrie und -Psychosomatik in Deutschland und die deutsche Verbund-Studie der ECLW. In: Peters UH, Schifferdecker M, Krahl A (Hrsg.) *150 Jahre Psychiatrie*. Bd I. Martini-Verlag: Köln, S.626-633
- Hewer W, Förstl H (1994) Verwirrheitszustände im höheren Lebensalter - eine aktuelle Literaturübersicht. *Psychiatrische Praxis 21*: 131-138
- Hewer W, Rössler W, Jung E et al. (1991) Somatische Erkrankungen bei stationär behandelten psychiatrischen Patienten. *Psychiatrische Praxis 18*: 133-138
- Hewer W, Förstl H (1998) Häufige internistische Probleme bei psychisch Kranken im höheren Lebensalter. In: Hewer W, Lederbogen F (Hrsg..) (1998) *Internistische Probleme bei psychiatrischen Erkrankungen*. Enke: Stuttgart, S.13-28
- Hewer W, Lederbogen F (Hrsg.) (1998) *Internistische Probleme bei psychiatrischen Erkrankungen*. Enke: Stuttgart
- Heydt G (1991) Der Beitrag des psychiatrischen Konsiliararztes zur Suizidprävention. *Suizidprophylaxe 18*: 183-196
- Hill DR, Kelleher K, Shumaker SA (1992) Psychosocial interventions in adult patients with coronary heart disease and cancer: a literature review. *General Hospital Psychiatry 14*

(*suppl*): 28S-42S

- Hohagen F, Berger M (1998) Verhaltensmedizin in Psychiatrie und Psychotherapie (Editorial). *Psycho 24*: 55 (Schwerpunktheft Verhaltensmedizin)
- Hönmann HJ, Janta B (1983) Psychosomatische Aspekte eines psychiatrisch-psychosomatischen Konsiliardienstes. *Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik 28*: 190-197
- Holland JC, Rowland JH (eds) (1990) Handbook of Psychooncology - Psychological care of the Patient with cancer. Oxford University Press: New York Oxford
- Holmes VF (1995) Medical use of psychostimulants: an overview. *International Journal of Psychiatry in Medicine 25*: 1-19
- Horn SD, Chambers AF, Sharkey PD et al. (1989) Psychiatric severity of illness - A case mix study. *Medical Care 27*: 69-84
- House A (1988) Mood disorders in the physically ill - Problems of definition and measurement. *Journal of Psychosomatic Research 32*: 354-353
- House A (1994) Liaison psychiatry in a large teaching Hospital: the service at Leeds General Infirmary. In: Benjamin S, House A, Jenkins P (1994) Liaison Psychiatry – Defining needs and planning services. Gaskell: London, S.58-64
- House A, Hodgson G (1994) Estimating needs and meeting demands. In: Benjamin S, House A, Jenkins P (1994) Liaison Psychiatry – Defining needs and planning services. Gaskell: London, S. 3-15
- House A, Farthing M, Peveler R (1995a) Psychological care of medical patients - time to recognise the need and provide services. *British Medical Journal 310*: 1422-23
- House A, Jones SJ (1987) The effects of establishing a psychiatric consultation-liaison service: changes in patterns of referral and care. *Health Trends 19*: 10-12
- House A, Mayou R, Mallinson C (eds) (1995) Psychiatric aspects of physical disease. Royal College of Physicians & Royal College of Psychiatrists: London
- Hughes RG, Garnick DW, Luft HS et al. (1988) Hospital volume and patient outcomes - The case of hip fracture patients. *Medical Care 26*: 1057-1067
- Hunter H (1948) Psychiatric liaison work: a twelve year survey. *Journal of the Association of American Medical Colleges 23*: 305-312
- Huse E, Wiech K, Flor H (1999) Psychologische Schmerztherapie bei Patienten mit chronischen Schmerzen. In: Diefenbacher A (Hrsg.) Aktuelle Konsiliarpsychiatrie und Psychotherapie. Thieme: Stuttgart, S.111-130
- Huyse FJ & the ECLW (1991) Consultation-Liaison Psychiatry – does it help to get organized? *General Hospital Psychiatry 13*: 183-187
- Huyse F, Lyons JS, Strain JJ et al. (1992) Audit in C-L psychiatry. *International Review of*

Psychiatry 4: 5-14

- Huyse F, Lyons JS, Strain JJ (1993) The sequencing of psychiatric recommendations: concordance during the process of a psychiatric consultation. *Psychosomatics* 34: 307-313
- Huyse FJ, Herzog T, Malt UF (1996a) International perspectives on consultation-liaison psychiatry. In: Rundell JR, Wise MG (eds) *Textbook of consultation-liaison psychiatry*. American Psychiatric Press: Washington, DC
- Huyse FJ et al. & the ECLW (1996b) The European Consultation Liaison Workgroup Collaborative Study. I. General Outline. *General Hospital Psychiatry* 18: 44-55
- Huyse FJ, Herzog T, Lobo A et al. (1997) Detection and treatment of mental disorders in general health care. *European Psychiatry* 12 (Suppl. 2): 70s-78s
- Huyse FJ, Smith GC (1997) Consultation-liaison: from dream to reality - A systematic approach to developing c-l-mental health service delivery. *Psychiatric Bulletin* 21: 529-531
- Huxley P, Raval H, Korner J et al. (1989) Psychiatric morbidity in the clients of social workers: clinical outcome. *Psychological Medicine* 19: 189-197
- Jachna JS, Lane RD, Gelenberg AJ (1996) Psychopharmacology. In: Rundell JR, Wise MG (eds)(1996) *The American Psychiatric Press Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry*. American Psychiatric Press: Washington, S. 958 - 1005
- Jacobs JW, Bernhard MR, Delgado A (1977) Screening for organic mental syndromes in the medically ill. *Annals of Internal Medicine* 86: 40-46
- Jakubasch J, Klug J, Weyerer S, Dilling H (1978) Bedarf und Behandlungsbedürftigkeit - Überlegungen zur psychiatrischen Versorgung. *Psychiatrische Praxis* 5: 203-211
- Jeste DV, Gladsjo JA, Lindamer LA et al. (1996) Medical comorbidity in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 22: 413-430
- John U, Hapke U, Rumpf HJ et al. (1996) Prävalenz und Sekundärprävention von Alkoholmißbrauch und -abhängigkeit in der medizinischen Versorgung. *Nomos: Baden-Baden*
- John U (1996) Diagnostik und Klassifikation stoffgebundener Abhängigkeit. In: Mann K, Buchkremer G (Hrsg.) *Sucht - Grundlagen, Diagnostik, Therapie*. Gustav Fischer: Stuttgart, S.135-145
- Johnston M, Wakeling A, Graham N et al. (1987) Cognitive impairment, emotional disorder and length of stay of elderly patients in a district general Hospital. *British Journal of Medical Psychology* 60: 133-139
- Joraschky P, Köhle K (1986) Psychosomatische Konsultations- und Liaisondienste. In: Adler R, Herrmann JM, Köhle K et al. (Hrsg.) *Uexküll – Psychosomatische Medizin*. 3.Aufl.

Urban & Schwarzenberg, S.423-432

- Jordan J, Sapper H, Schimke et al. (1989) Zur Wirksamkeit des patientenzentrierten psychosomatischen Konsiliardienstes – Bericht über eine katamnestiche Untersuchung. *Psychotherapie medizinische Psychologie* 39: 127-134
- Judd FK, Burrows GD, Lipsitt DR (eds)(1991) *Handbook of studies on general Hospital psychiatry*. Elsevier: Amsterdam New York Oxford
- Kapfhammer HP (1992) Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen: Erfahrungen im psychiatrischen Konsiliardienst. In: Hippus H, Lauter H, Greil W (Hrsg.) *Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen (Psychiatrie für die Praxis Bd 16)*, MMW Medizin Verlag, München, S.11-30
- Kapfhammer HP, Buchheim P, Bove D et al. (1992) Konversionssymptome bei Patienten im psychiatrischen Konsiliardienst. *Nervenarzt* 63: 527-538
- Kapfhammer HP, Rothenhäusler HB, Dietrich E et al. (1998) Artificielle Störungen – Zwischen Täuschung und Selbstschädigung. *Konsiliarpsychiatrische Erfahrungen an einem Universitätsklinikum*. *Nervenarzt* 69: 401-409
- Kapfhammer HP (1998a) Zur Interaktion von Pharmakotherapie und psychodynamischer Psychotherapie bei Patienten mit depressiven Störungen. *Psychotherapie* 3: 76-86
- Kapfhammer (1998b) Psychotherapie und Pharmakotherapie - Eine Übersicht zur Kombinationsbehandlung bei neurotischen Persönlichkeitsstörungen. *Psychotherapeut* 43: 331-351
- Kapfhammer HP (1999) Psychopharmakotherapie depressiver Störungen bei somatischen Erkrankungen: SSRI und andere neuere Antidepressiva. In: Diefenbacher A (Hrsg.) *Aktuelle Konsiliarpsychiatrie und Psychotherapie*. Thieme: Stuttgart, S. 131-160
- Karasu TB, Plutchnik R, Conte H et al. (1977) What do physicians want from a psychiatric consultation service? *Comprehensive Psychiatry* 18: 73-81
- Karambadzakis D, Stefanidis B, Diefenbacher A: Musiktherapie im Rahmen der Behandlung von chronischen Schmerzen einer krebskranken Patientin. In: Neander KD (Hrsg.) *Musik in der Pflege*. Ullstein & Mosby: Wiesbaden (*in press*)
- Kathol R, Wenzel RP (1992) Natural history of symptoms of depression and anxiety during inpatient treatment on general medicine wards. *Journal of General Internal Medicine* 7: 287-293
- Kathol R, Katon W, Smith RG et al. (1994) Guidelines for the diagnosis and treatment of depression for primary care physicians: Implications for consultation-liaison psychiatrists. *Psychosomatics* 35: 1-12
- Kathol RG (1998) President's Message: Financial Reimbursement for consultation psychiatry: A necessary first step. *Newsletter (Academy of Psychosomatic Medicine)* January 1998, S.1-2

- Katon W (1991) Panic disorder in the medical setting. American Psychiatric Press: Washington, DC
- Katon W (1991) The development of a randomized trial of consultation-liaison psychiatry in distressed high utilizers of primary care. *Psychiatric Medicine*): 577-591
- Katon W, Ries RK, Kleinman A (1984) Part II: a prospective study of 100 consecutive somatization patients. *Comprehensive Psychiatry* 25: 305-314
- Katon W, Schulberg H (1992) Epidemiology of depression in primary care. *General Hospital Psychiatry* 14: 237-247
- Katon W, Gonzales J (1994) A review of randomized trials of psychiatric consultation-liaison studies in primary care. *Psychosomatics* 35: 268-278
- Katz IR, Streim J, Parmelee P (1994) Psychiatric-medical comorbidity: implications for health services delivery and for research on depression. *Biological Psychiatry* 36: 141-145
- Kaufman RM, Margolin SG (1948) Theory and practice of psychosomatic medicine in a general Hospital. *Medical Clinics of North America* 32: 611-616
- Kelleter HP (1984) Einstellungswandel: Erfahrungen eines ärztlichen Direktors mit der psychiatrischen Abteilung. In: Bauer M, Rave-Schwank M, AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hrsg.) (1984) *Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern*. Rheinland-Verlag: Köln, S.42-45
- Kelley DC, Wenig JS, Watson A (1979) The effect of consultation on hospital length of stay. *Inquiry* 16: 158-161
- Kennedy GJ, Frazier A (1999) Medical comorbidity and mental disorders in older adults. *Current Opinion in Psychiatry* 12: 451-455
- King SA, Strain JJ (1994) Pain disorders. In: Talbott JA, Hales RE, Yudofsky SC (eds) *American Psychiatric Press Textbook of Psychiatry*. 2nd ed. American Psychiatric Press. Washington, S.877-895.
- Kind H, Mentha D (1993) Das supportive ärztliche Gespräch. In: Möller HJ (Hrsg.) *Therapie psychiatrischer Erkrankungen*. Enke: Stuttgart, S.17-23
- Kingdom D (1989) Mental health services: results of a survey of English districts plans. *Psychiatric Bulletin* 13: 77-78
- Kipp J, Wehmeier PM (Hrsg.) (1995) Handeln und Atmosphäre im therapeutischen Raum psychiatrischer Abteilungen. Teil V: Psychiatrischer Konsiliar- und Liaisondienst am Allgemeinkrankenhaus. S.Roderer Verlag, Regensburg, S.261-287
- Kirchner R (1996) Psychische Reaktionen, Verarbeitungs- und Anpassungsformen nach Laryngektomie. Hänsel-Hohenhausen: Egelsbach
- Kirshner LA, Johnston L (1985) Length of stay on a short-term unit. *General Hospital Psychiatry* 7: 149-155

- Kishi Y, Kathol RG (1999) Integrating medical and psychiatric treatment in an inpatient medical setting: the Type IV program. *Psychosomatics* 40: 345-355
- Kisker KP, Meyer JE, Müller C, Strömgen E (Hrsg.) (1975) *Psychiatrie der Gegenwart - Forschung und Praxis*. 2.Auflage. Springer: Berlin Heidelberg New York
- Kisker KP, Lauter H, Meyer JE et al. (Hrsg.) (1986) *Psychiatrie der Gegenwart*. 3. Aufl. Bd 2: *Krisenintervention - Suizid - Konsiliarpsychiatrie*. Springer-Verlag: Berlin Heidelberg
- Kissane DW (1993) Psychotherapy for physical disorders. *Current Opinion in Psychiatry* 6: 332-336
- Kligerman MJ, McKegney FP (1971) Patterns of psychiatric consultation in two general hospitals. *Psychiatry in Medicine* 2: 126-132
- Kleinschmidt S, Müßigbrodt H, Schürmann A et al. (1995) Psychiatrische Diagnostik in der Allgemeinmedizin - Die ICD-10-Primary Health Care. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie* 63: 227-231
- Klug J, Häfner H (1980) Der Aufbau einer gemeindenahen Versorgung in Mannheim – Erste Ergebnisse einer wissenschaftlichen Begleitung. In: Häfner H, Picard W, *Aktion Psychisch Kranke* (Hrsg.) *Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland fünf Jahre nach der Enquête*. Tagungsberichte Bd.5. Rheinland-Verlag: Köln, S.29-43
- Knights EB, Folstein MF (1977) Unsuspected emotional and cognitive disturbance in medical patients. *Annals of Internal Medicine* 87: 723-724
- Knorr C, Diefenbacher A, Paetzmann S & ECLW (1996) Vergleich eines psychosomatischen und eines psychiatrischen Konsiliardienstes zweier Universitätsklinika. In: Peters UH, Schifferdecker M, Krahl A (Hrsg.) *150 Jahre Psychiatrie*. Bd I. Martini-Verlag: Köln, S.634-638
- Knowles FE, Liberto J, Baker FM et al. (1994) Competency evaluations in a VA Hospital - a 10-year perspective. *General Hospital Psychiatry* 16: 119-124
- Koch U, Siegrist B (1988) Psychosomatische Dienste in medizinischen Kliniken - die Kooperationsfrage unter forschersicher Perspektive. In: Bräutigam W (Hrsg.) (1988) *Kooperationsformen somatischer und psychosomatischer Medizin. Aufgaben – Erfahrungen – Konflikte*. Springer: Berlin, S.81-97
- Koch U, Weis J (1998) Psychoonkologie in Deutschland. *Psychotherapie Psychosomatik medizinische Psychologie* 48: 319-424
- Koenig HG, Breitner JCS (1990) Use of antidepressants in medically ill older patients. *Psychosomatics* 31: 22-32
- Koenig HG, George LK, Peterson BL et al. (1997) Depression in medically ill hospitalized older adults: prevalence, characteristics, and course of symptoms according to six diagnostic schemes. *American Journal of Psychiatry* 154: 1376-1383

- Kopp M, Schweigkofler H, Fleischhacker W et al (1994) Psychoonkologischer Liaisondienst zur Versorgung von Krebspatienten im Rahmen einer Knochenmarktransplantation. *Psychotherapeut* 39: 380-385
- Kornfeld DS (1996) Consultation-liaison psychiatry and the practice of medicine - Review Article. *Psychosomatics* 37: 236-248
- Kouzis A, Eaton WW, Leaf PJ (1995) Psychopathology and mortality in the general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 30: 165-170
- Kraft TB (1984) Die psychiatrische Abteilung am Allgemeinkrankenhaus in den Niederlanden. In: Bauer M, Rave-Schwank M, AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hrsg.) *Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern. Tagungsberichte Bd.10.* Rheinland-Verlag: Köln, S.93-98
- Kramer BA, Spikes J, Strain JJ (1979) The effects of a psychiatric liaison program on the utilization of psychiatric consultations – An evaluation by chart audit. *General Hospital Psychiatry* 1: 122-128
- Kremer G, Wienberg G, Dormann S et al. (1999) Evaluation von Kurzinterventionen bei PatientInnen mit Alkoholproblemen im Allgemeinkrankenhaus. *Sucht* 45: 80-88
- Kretz H (1974) Struktur und Funktion einer psychiatrischen Poliklinik. *Nervenarzt* 45: 215-218
- Kühn KU, Maier W (1997) Depression in patients with somatic diseases. In: Rush AJ (Hrsg) *Mood disorders. Systematic Medication Management. Mod Probl Pharmacopsychiatry.* Karger: Basel, Vol. 25, S.167-180
- Kunze H, Kaltenbach L (1994) *Psychiatrie-Personalverordnung - Textausgabe mit Materialien und Erläuterungen für die Praxis. 2. erweiterte Auflage.* Kohlhammer: München
- Kwentus J, Kathol R (1999) Integrierte medizinische und psychiatrische Stationen und Behandlungskonzepte - Implementierung eines neuen Versorgungsmodells. In: Diefenbacher A (Hrsg.) *Aktuelle Konsiliarpsychiatrie und Psychotherapie.* Thieme: Stuttgart, S.161-176
- Lackner M, Jäger B, Künsebeck HW et al. (1996) Die Patient-Stationarzt-Konsiliar-Triade. Bedingungen der Zufriedenheit im psychosomatischen Konsiliardienst. *Psychotherapie Psychosomatik medizinische Psychologie* 46: 333-339
- Ladwig KH, Röhl G, Breithardt G et al. (1994) Post-infarction depression and incomplete recovery 6 months after acute myocardial infarction. *Lancet* 343: 20-23
- Laghrissi-Thode F, Pollock BG, Szanto K, Reynolds CF (1996) Depression and suicide in medically ill patients. *Current Opinion in Psychiatry* 9: 137-140
- Lamdan RM (1994) The c-l-psychiatrist in an urban hospital emergency department: do we belong here? *Psychosomatics* 35: 198 (abstract)

- Larson DB, Kessler LC, Burns BJ et al. (1987) A research development workshop to stimulate outcome research in consultation-liaison psychiatry. *Hospital and Community Psychiatry* 38: 1106-1109
- Leigh H (1987) Multidisciplinary teams in consultation-liaison psychiatry: The Yale model. *Psychotherapy Psychosomatics* 48: 83-89
- Leonard I, Babbs C, Creed F (1990) Psychiatric referrals within the hospital – the communication process. *Journal of the Royal Society of Medicine* 83: 241-244
- Levenson JL (1992) Psychosocial Interventions in Chronic Medical Illness: An Overview of Outcome Research. *General Hospital Psychiatry* 14 (Suppl.): 43S-49S
- Levenson JL (1998) The lesson of Icarus. *Journal of Psychosomatic Research* 45: 433-436
- Levenson JI, Hamer RM, Rossiter LF (1990) Relation of Psychopathology in General Medical Inpatients to Use and Cost of Services. *American Journal of Psychiatry* 147: 1498-1503
- Levenson JI, Hamer RM, Rossiter LF (1992) A Randomized Controlled Study of Psychiatric Consultation Guided by Screening in General Medical Inpatients. *American Journal of Psychiatry* 149: 631-637
- Levitan SJ, Kornfeld DS (1981) Clinical and cost benefits of liaison psychiatry. *American Journal of Psychiatry* 138: 790-793
- Levy NB (1989) Psychosomatik und Konsultations/Liaison-Psychiatrie: ein Überblick. *Nervenarzt* 60: 724-731
- Lin E, Goering PN, Lesage A et al. (1997) Epidemiologic assessment of unmet need in mental health care. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 32: 355-362
- Linden M, Borchelt B, Barnow S et al. (1995) The impact of somatic morbidity on the Hamilton Depression Rating Scale in the very old. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 92: 150-154
- Linden M, Maier W, Achberger M et al. (1996) Psychische Erkrankungen und ihre Behandlung in Allgemeinarztpraxen in Deutschland. Ergebnisse aus einer Studie der Weltgesundheitsorganisation (WHO). *Nervenarzt* 67: 205-215
- Lipowski ZJ (1967a) Review of Consultation Psychiatry and Psychosomatic Medicine. I: General Principles. *Psychosomatic Medicine* 29: 153-171
- Lipowski ZJ (1967b) Review of Consultation Psychiatry and Psychosomatic Medicine. II: Clinical Aspects. *Psychosomatic Medicine* 29: 201-224
- Lipowski ZJ (1968) Review of Consultation Psychiatry and Psychosomatic Medicine. III: Theoretical Issues. *Psychosomatic Medicine* 30: 395-422
- Lipowski ZJ (1981) Holistic-medical foundations of American psychiatry: A Bicentennial. *American Journal of Psychiatry* 138: 888-895
- Lipowski ZJ (1983) The need to integrate liaison psychiatry and geropsychiatry. *American Journal of Psychiatry* 140: 1003-1005

- Lipowski ZJ (1986a) Psychosomatic medicine: Past and present. Part I. Historical background. *Canadian Journal of Psychiatry* 31: 2-7
- Lipowski ZJ (1986b) Psychosomatic medicine: Past and Present. Part II. Current State. *Canadian Journal of Psychiatry* 31: 8-13
- Lipowski ZJ (1986c) Psychosomatic medicine: Past and Present. Part III. Current Research. *Canadian Journal of Psychiatry* 31: 14-21
- Lipowski ZJ (1986d) Consultation-liaison psychiatry: The first half century. *General Hospital Psychiatry* 8: 305-315
- Lipowski ZJ (1989) Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie in Nordamerika in den 80er Jahren. *Psychotherapie medizinische Psychologie* 39: 337-341
- Lipowski ZJ (1990) Delirium: acute confusional states. Oxford University Press: New York
Oxford
- Lipowski ZJ (1991) Consultation-Liaison Psychiatry 1990. *Psychotherapy Psychosomatics* 55: 62-68
- Lipowski ZJ (1992) Consultation-liaison psychiatry at century's end. *Psychosomatics* 33: 128-133
- Lipowski ZJ (1996) History of consultation-liaisonpsychiatry. In: Rundell JR, Wise MG (eds)(1996) *The American Psychiatric Press Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry*. American Psychiatric Press: Washington, DC, S.2-11
- Lipowski ZJ, Wolston EJ (1981) Liaison psychiatry: referral patterns and their stability over time. *American Journal of Psychiatry* 138: 1608-1611
- Lipsey JR, Robinson RG, Pearlson GD et al. (1984) Nortriptyline treatment of post-stroke depression: a double-blind study. *Lancet* 1: 297-300
- Lloyd GG (1980) Whence and whither 'liaison' psychiatry. *Psychological Medicine* 10: 11-14
- Lobo A, Huyse FJ, Herzog F et al. (1996) The ECLW Collaborative Study II: Patient Registration Form (PRF) instrument, training and reliability. *Journal of Psychosomatic Research* 40: 143-156
- Luber MP (1996) Overcoming barriers to teaching medical housestaff about psychiatric aspects of medical practice. *International Journal of Psychiatry in Medicine* 26: 127-134
- Lucas B, Doyle H (1995) Thirty years of in-Patient consultation-liaison at Guy's. *Psychiatric Bulletin* 19: 631-634
- Lundberg JC, Passik SD (1997) Alcohol and cancer: a review for psycho-oncologists. *Psycho-Oncology* 6: 253-266
- Lupke U, Ehlert U, Hellhammer D (1995) Effekte psychologischer Behandlung im Allgemeinkrankenhaus: Verlaufsuntersuchung an Patienten mit Somatisierungsverhalten. *Psychotherapie Psychosomatik medizinische Psychologie* 45:

- Lyons JS, Hammer JS, Strain JJ et al. (1986) The timing of psychiatric consultation in the general hospital and length of hospital stay. *General Hospital Psychiatry* 8: 159-162
- Lyons JS, Hammer JS, Larson DB et al. (1988a) Treatment opportunities on a consultation-liaison service. *American Journal of Psychiatry* 145: 1435-1437
- Lyons JS, Larson DB, Burns BJ et al. (1988b) Psychiatric co-morbidities and patients with head and spinal cord trauma. *General Hospital Psychiatry* 10: 292-297
- Lyons JS, Larson DB (1989) A proposed value matrix for the evaluation of psychiatric consultations in the general Hospital. *General Hospital Psychiatry* 11: 345-351
- Lyons JS, Scherubel JC, Anderson RL et al. (1989) Isolating the impact of psychiatric consultations in the general hospital: psychiatric comorbidities and nursing intensity. *International Journal of Psychiatry in Medicine* 19: 173-180
- Maguire P, Howell A (1995) Improving the psychological care of cancer patients. In: House A, Mayou R, Mallinson C (eds) *Psychiatric aspects of physical disease*. RCP & RCPsych: London, S.41-54
- Maguire P, Haddad P (1996) Psychological reactions to physical illness. In: Guthrie E, Creed F (1996) *Seminars in Liaison Psychiatry*. Gaskell: London, S. 157-191
- Maier W, Falkai P (1999) The epidemiology of comorbidity between depression, anxiety disorders and somatic diseases. *International Clinical Psychopharmacology* 14 (suppl. 2): S1-S6
- Malt UF, Huyse FJ, Herzog T et al. (1996) The ECLW Collaborative Study: III. Training and reliability of ICD-10 psychiatric diagnoses in the general Hospital setting – an investigation of 220 consultants from 14 European countries. *Journal of Psychosomatic Research* 41: 451-463
- Margolis RL (1994) Nonpsychiatrist house staff frequently misdiagnose psychiatric disorders in general Hospital inpatients. *Psychosomatics* 35: 485-491
- Masand P, Pickett P, Murray GB (1991) Psychostimulants for secondary depression in medical illness. *Psychosomatics* 32: 203-208
- Mayou R (1989) The history of general Hospital psychiatry. *British Journal of Psychiatry* 155: 764-776
- Mayou R (1991) Comorbidity and use of psychiatric services by general hospital patients. *Psychosomatics* 32: 438-445
- Mayou R (1995) Introduction: the relationship between physical and psychiatric pathology. In: House A, Mayou R, Mallinson C (eds) *Psychiatric aspects of physical disease*. Royal College of Physicians & Royal College of Psychiatrists: London, S. 3-8

- Mayou R (1997) Psychiatry, medicine and consultation-liaison. *British Journal of Psychiatry* 171: 203-204
- Mayou R, Hawton K, Feldman E et al. (1991a) Psychiatric problems among medical admissions. *International Journal of Psychiatry in Medicine* 19: 347-361
- Mayou R, Huyse FJ and the ECLW (1991b) Consultation-liaison psychiatry in Western Europe. *General Hospital Psychiatry* 13: 188-208
- Mayou R, Sharpe M (1997) Treating medically unexplained physical symptoms - effective interventions are available. *British Medical Journal* 315: Editorial
- McKegney FP, Beckhardt RM (1982) Evaluative research in consultation-liaison psychiatry – Review of the literature: 1970-1981. *General Hospital Psychiatry* 4: 197-218
- McKegney FP, McMahon T, King J (1983) The use of DSM-III in a general Hospital consultation-liaison service. *General Hospital Psychiatry* 5: 115-121
- McKegney FP, Schwartz BJ, O'Dowd A (1992) Reducing unnecessary psychiatric consultations for informed consent by liaison with administration. *General Hospital Psychiatry* 14: 15-19
- Mechanic D, Davis D (1990) Patterns of care in general hospitals for patients with psychiatric diagnoses. *Medical Care* 28: 1153-1164
- Meerwein F (1983) Zur Psychologie des Krebskranken. Bönisch E, Meyer JE (Hrsg.) *Psychosomatik in der Klinischen Medizin – Psychiatrisch-psychotherapeutische Erfahrungen bei schweren somatischen Krankheiten*. Springer: Berlin, S.14-20
- Menninger KA (1924) The place of the psychiatric department in the general Hospital. *The Modern Hospital* 23: 1-4
- Meyer A (1957) *Psychobiology: A science of man*. Charles C. Thomas: Springfield, Ill. (zit. nach Lipowski 1981)
- Meyer AE (1994) Eine kurze Geschichte der Psychosomatik – Der Sonderweg der ehemaligen Bundesrepublik. In: Adler R, Bertram W, Haag A et al. (Hrsg.) *Uexküll – Integrierte Psychosomatische Medizin in Praxis und Klinik* 3.Aufl. Schattauer: Stuttgart, S.35-42
- Meyer E, Mendelson M (1961) Psychiatric consultations with patients on medical and surgical wards: Patterns and Process. *Psychiatry* 24: 197-220
- Mezzich JE (1991) Architecture of clinical information and prediction of service utilization and cost. *Schizophrenia Bulletin* 17: 469-474
- Mezzich JE, Coffman GA (1985) Factors influencing length of hospital stay. *Hospital and Community Psychiatry* 36: 1262-1270
- Mico-Cares Consultation-Liaison Research Consortium (1992) Manual for psychosocial (psychiatric consultation) questionnaire. *Micro-Psych: C/L Version 5.5 (update 1992)* (unveröffentlicht)

- Mielke M, Diefenbacher A (1998) Anwendung eines künstlichen neuronalen Netzes bei der Auswertung von Patientendaten eines psychiatrischen Konsildienstes. Vorläufige Ergebnisse eines Vergleichs mit klassischen statistischen Verfahren. In: Gaebel W, Falkai P (Hrsg.) zwischen Spezialisierung und Integration - Perspektiven der Psychiatrie und Psychotherapie. Springer: Wien New York, S.385-390
- Miller MD, Paradis CF, Houck PR et al. (1992) Rating chronic medical illness burden in geropsychiatric practice and research: Application of the cumulative illness rating scale. *Psychiatry Research* 41: 237-248
- Miller WB (1973a) Psychiatric consultation: Part I. General systems approach. *Psychiatry in Medicine* 4: 135-145
- Miller WB (1973b) Psychiatric consultation: Part II. Conceptual and pragmatic issues of formulation. *Psychiatry in Medicine* 4: 251-271
- Miltner W, Birbaumer N, Gerber WD (1986) Verhaltensmedizin. Springer: Berlin Heidelberg New York
- Mitchell WD, Thompson TL, Craig SR (1986) Underconsultation and lack of follow-up for alcohol abusers in a university Hospital. *Psychosomatics* 27: 431-437
- Modestin J (1977) Psychiatrische Morbidität bei internmedizinisch hospitalisierten Patienten. *Schweizer medizinische Wochenschrift* 107: 1354-1361
- Möller H-J, Lauter H (1986) Der psychiatrische Liaisondienst. Neue Gesichtspunkte bei der stationären und poststationären Versorgung nach Suizidversuch. In: Helmchen H, Hippus H (Hrsg.) *Psychiatrie für die Praxis* 3. MMW Medizin Verlag: München, S.116-123
- Möller H.J. (1989). Efficacy of different strategies of aftercare for patients who have attempted suicide. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 82: 643-647
- Möller HJ (1992) *Psychiatrie - Ein Leitfaden für Klinik und Praxis*. Kohlhammer: Stuttgart
- Möller HJ, Bürk F, Dietzfelbinger T et al. (1994) Ambulante Nachbetreuung von Patienten nach Suizidversuch. Empirische Untersuchung zur Verbesserung der psychiatrischen Versorgung von Parasuizidpatienten im Allgemeinkrankenhaus. S.Roderer Verlag: Regensburg
- Möller HJ (1996) Zur Problematik der Evaluation von ambulanten Nachbetreuungsmodellen für Patienten nach Suizidversuch. *Nervenheilkunde* 15: 464-540
- Mojet EJ, hengeveld MW, Bouwhuis ML (1989) Length of hospital stay of medical and surgical inpatients referred for psychiatric consultation: a retrospective study. *International Journal of Psychiatry in Medicine* 19: 227-235
- Morgan WL, Engel GL (1977) *Der klinische Zugang zum Patienten*. Hans Huber: Bern Stuttgart
- Morris PLP, Goldberg RJ (1990) Impact of psychiatric comorbidity on length of hospital stay in

- gastroenterology patients. *General Hospital Psychiatry* 12: 77-82
- Morris R, Mayou R (1996) International overview of consultation-liaison psychiatry. In: Guthrie E, Creed F (eds) *Seminars in Liaison Psychiatry*. Royal College of Psychiatrists, Gaskell: London, S.1-20
- Moses R, Barzilay S (1967) The influence of psychiatric consultation on the course of illness of the general hospital Patient. *Comprehensive Psychiatry* 8: 16-26
- Müller R, Förstl H (1999) Depressive Erkrankungen bei Schlaganfallpatienten. In: Diefenbacher A (Hrsg.) *Aktuelle Konsiliarpsychiatrie und Psychotherapie*. Thieme: Stuttgart, S.71-89
- Murray GB (1980) The liaison psychiatrist as busybody. *Annals of Clinical Psychiatry* 1: 265-268
- Murray GB (1987) Confusion, delirium, and dementia. In: Hackett TP, Cassem NH (eds) *Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry*. 2nd Edition. Year Book Medical Publishers/PSG Publishing Company: Littleton , S.84-115
- Muskin PR (1988) Subspecialization in psychiatry may fragment the profession. *Psychosomatics* 29: 155-156
- Muthny FA (1994) Forschung zur Krankheitsverarbeitung und psychosomatische Anwendungsmöglichkeiten. *Deutsches Ärzteblatt* 91: A-3090-3107 (*Heft 45*)
- Nagel-Studer E, Held K, Friedrich H (1986) Das psychosomatische Konsilium im Allgemeinen AkutKrankenhaus. *Deutsches Ärzteblatt* 83 (B): 1607-1610
- Nejo TA, Pitt BM (1995) Delirium in elderly people. *Current Opinion in Psychiatry* 8: 246-251
- Neun H (1983) Erfahrungen beim Aufbau eines psychosomatischen Konsultationsdienstes. In: Studt HH (Hrsg.) *Psychosomatik in Forschung und Praxis*. Urban & Schwarzenberg: München Wien Baltimore, S. 41-52
- Nicholas LM, Lindsey BA (1995) Delirium presenting with symptoms of depression. *Psychosomatics* 36: 471-479
- Niklewski G, Diefenbacher A, Hohagen F (1999) Weiterbildung in der Konsiliarpsychiatrie - Vorschlag für ein Curriculum. In: Diefenbacher A (Hrsg.) *Aktuelle Konsiliarpsychiatrie und Psychotherapie*. Thieme: Stuttgart, S.197-215
- Novalis PN, Rojcewicz SJ, Peele R (1993) *Clinical manual of supportive psychotherapy*. American Psychiatric Press. Washington, DC
- Noyes R, Wise TN, Hayes JR (1992) Consultation-liaison psychiatrists: how many are there and how are they funded? *Psychosomatics* 33: 123-127
- O'Connor DW (1993) Policy, services, and care. *Current Opinion in Psychiatry* 6: 574-576

- O'Connor PG (1996) The general internist - Identification and treatment of substance abuse in primary care settings. *American Journal of Addictions* 5: S9-S-19 (Suppl. 1)
- Öhmann R, Free HL, Homkvist AF et al. (1989) Interaction between mental and physical illness - needed areas of research. Springer: Berlin Heidelberg New York
- Olin HS, Hackett TP (1964) The denial of chest pain in thirty-two patients with acute myocardial infarction. *JAMA* 190: 977-981
- Orr DA, Wallack JJ (1990) Multidisciplinary approaches to consultation-liaison on an AIDS treatment team. *Psychosomatics* 31: 441-447
- Orleans CS, Houpt JL, Trent PJ (1979) Models for evaluation teaching in consultation-liaison psychiatry. III. Conclusion-oriented research. *General Hospital Psychiatry* 2: 322-329
- Ormont MA, Weisman HW, Heller SS et al (1997) The timing of psychiatric consultation requests: utilization, liaison, and diagnostic considerations. *Psychosomatics* 38:38--44
- Overmeyer S, Ebert D (1999) Die hyperkinetische Störung im Jugend- und Erwachsenenalter. *Deutsches Ärzteblatt* 96: A-1275-1278 [Heft 19]
- Pach J, Waniek W, Hartmann HG et al. (1978) Häufigkeit und syndromatische Ausgestaltung depressiver Zustände unter chronischer Hämodialyse. *Medizinische Klinik* 73: 1691-1696
- Paddison PL, Strain JP, Strain JJ et al. (1989) Psychiatric consults on medical and surgical wards: A six year study. *International Journal of Psychiatry in Medicine* 19: 347-361
- Padgett D, Johnson TM (1990) Somatizing Distress: Hospital Treatment of Psychiatric Co-Morbidity and the Limitations of Biomedicine. *Social Science and Medicine* 30: 205-209
- Panse F (1964) Das psychiatrische Krankenhauswesen – Entwicklung, Stand, Reichweite und Zukunft. Thieme: Stuttgart
- Pasnau RO (1975) Consultation-liaison psychiatry. *Seminars in Psychiatry Series*. Grune & Stratton: New York
- Pasnau RO (1988) Consultation-liaison psychiatry - progress, problems, prospects. *Psychosomatics* 29: 4 - 15
- Paulsen RH (1996) Psychiatry and primary care as neighbors: from the promethean primary care physician to multidisciplinary clinic. *International Journal of Psychiatry in Medicine* 26: 113-125
- Paykel ES (1995) The place of psychotropic drug therapy. In: House A, Mayou R, Mallinson C (eds) *Psychiatric aspects of physical disease*. Royal College of Physicians & Royal College of Psychiatrists: London, S.69-80
- Pickett P, Masand P, Murray GB (1990) Psychostimulant treatment of geriatric depressive disorders secondary to medical illness. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology* 3:

- Pincus HA (1986) Consultation-Liaison Debate – „Resolved: Liaison psychiatry weakens psychiatry's relationship with the other medical specialties“. 139th Annual Meeting of the American Psychiatric Association in Washington, DC (unveröffentlichtes Manuskript)
- Pincus HA (1987) Marketing consultation-liaison psychiatry. *General Hospital Psychiatry* 9: 347-349
- Pitt BM (1995) Depressed and physically ill: how to diagnose and what to do? *Current Opinion in Psychiatry* 8:235-236
- Polte M, Hapke U, Rumpf HJ, John U (1999) Schätzung der Prävalenz von Alkoholmißbrauch und -abhängigkeit in der Notfallambulanz eines Allgemeinkrankenhauses. *Sucht* 45: 187-194
- Pomerantz AS, Nesnera A, West AN (1992) Resolution of Depressive Symptoms in Medical Inpatients after Discharge. *International Journal of Psychiatry in Medicine* 22: 281-289
- Pontzen W (1988) Psychosomatik im Allgemeinkrankenhaus – Aufgaben und Perspektiven. In: Bräutigam W (Hrsg.) *Kooperationsformen somatischer und psychosomatischer Medizin. Aufgaben – Erfahrungen – Konflikte*. Springer: Berlin, S.72-80
- Popkin MK, Callies AL, Mackenzie TB (1985) The outcome of antidepressant use in the medically ill. *Archives of General Psychiatry* 42: 1160-1163
- Popkin MK, Callies AL, Colón E et al. (1990) Adjustment disorders in medically ill inpatients referred for consultation in a university Hospital. *Psychosomatics* 31: 410-414
- Popkin MK et al. (1991) The Shift from Outcome Studies to Epidemiological Studies of Specific Medical Illnesses in Consultation-Liaison Psychiatry. *Psychiatric Medicine* 9(4): 607-621
- Pratt GK (1926) Psychiatric departments in general hospitals. *American Journal of Psychiatry* 82: 403-410
- Protheroe D, House A (1999) In-patient liaison psychiatry in the UK – A neglected option for improving the psychiatric care of medical patients. *Psychiatric Bulletin* 23: 525-527
- Pullen I, Wilkinson G, Wright A et al. (Hrsg.)(1994) *Psychiatry and general practice today*. Royal College of Psychiatrists and Royal College of General Practitioners, London
- Radebold H (1971) Probleme einer integrierten psychiatrischen Tätigkeit im Allgemeinen Krankenhaus. *Nervenarzt* 42: 41-44
- Ramchandani D, Lamdan RM, O'Dowd MA, et al. (1997) What, why, and how of consultation-liaison psychiatry - An analysis of the consultation process in the 1990s at five urban teaching hospitals. *Psychosomatics* 38: 349-355
- RANZCP - Section of C-L-Psychiatry (1996) *Consultation-liaison psychiatric services - review of patients needs, service delivery model and funding mechanism*. Arbeitspapier,

unveröffentlicht, o.O.

- Ray WA (1992) Psychotropic drugs and injuries among the elderly: a review. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 12: 386-396
- Ray WA, Griffin MR, Malcolm E (1991) Cyclic Antidepressants and the risk of hip fracture. *Archives of Internal Medicine* 151: 754-756
- Redelmeier DA, Tan SH, Booth GL (1998) The treatment of unrelated disorders in patients with chronic medical diseases. *New England Journal of Medicine* 338: 1516-1520
- Regier DA, Narrow WE, Rae DS et al. (1993) The de facto US mental and addictive disorders service system: Epidemiologic Catchment Area prospective 1-year prevalence rates of disorders and services. *Archives of General Psychiatry* 50: 85-94
- Reischies FM, Diefenbacher A (2000a) Delir- und Verwirrheitszustände erkennen – Störung der zentralen Informationsverarbeitung. *Münchener Medizinische Wochenschrift – Fortschritte der Medizin* 34 (142.Jg): 14-15
- Reischies FM, Diefenbacher A. (2000b) Demenz-Screening bei älteren psychiatrischen Konsiliarpatienten im Allgemeinkrankenhaus. *Medizinische Klinik* 95: xx-xx (im Druck)
- Richter G, Zahn M (1991) Validierung des MALT (Münchener Alkoholismus-Test) und des CAGE (amerikanischer 4-Item-Alkoholismus-Test) an einer stationären Hochrisikogruppe mit Verleugnungstendenz. *Sucht* 37: 175-179
- Rief W, Hiller W (1992) Somatoforme Störungen - Körperliche Symptome ohne organische Ursache. Hans Huber: Bern
- Riehl A, Diederichs P, Bernhard P et al. (1985) Psychosomatische Konsiliartätigkeit in einem Großklinikum: Probleme der Integration und die Patienten-Compliance. *Psychotherapie medizinische Psychologie* 35: 183-188
- Robinson L (1991) Psychiatric consultation-liaison nursing. In: Judd FK, Burrows GD, Lipsitt DR (Hrsg.) *Handbook of studies on general Hospital psychiatry*. Elsevier: Amsterdam New York, S.53-62
- Rockland LH (1989) Supportive Therapy - A Psychodynamic Approach. Basic Books: New York
- Rockland LH (1995) Advances in supportive psychotherapy. *Current Opinion in Psychiatry* 8: 150-153
- Röhrborn H (1993) Psychotherapie/Psychosomatik im Akutkrankenhaus – notwendig und wirtschaftlich oder überlebt? *Ärzteblatt Sachsen* 5: 376-380
- Rössler W, Riecher A (1992) Die Versorgung psychisch Kranker in der Bundesrepublik Deutschland seit der „Enquête“ im Jahre 1975. *Neuropsychiatrie* 6: 1-10
- Rössler W, Salize HJ, Bauer M (1996) Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern - Stand der Entwicklung in Deutschland. *Psychiatrische Praxis* 23: 4-9
- Rohde M, Kurz W (1990) Die Bewertung einer präoperativen Einweisungs- und

- Anästhesiesprechstunde in der Chirurgie. Zentralblatt für Chirurgie (A.Barth, Leipzig)
115: 353-358
- Ronalds C, Creed F, Stone K et al. (1997) Outcome of anxiety and depressive disorders in primary care. *British Journal of Psychiatry* 171: 427-433
- Rotmann M, Karstens R (1974) Interaktionsprobleme der psychosomatischen Konsultationspraxis. *Psyche* 8: 669-683
- Rothermundt M, Arolt V, Levy NB (1997) Deutsche und amerikanische Konsiliarpsychiater beurteilen ihre Tätigkeit. Ein Beitrag zur Qualitätsverbesserung in der Konsiliarpsychiatrie. *Nervenarzt* 68: 735-741
- Rouchell A, Pounds R, Tierney JG (1996) Depression. In: Rundell JR, Wise MG (eds) *The American Psychiatric Press Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry*. American Psychiatric Press: Washington, DC, S.310-345
- Royal College of Physicians & Royal College of Psychiatrists (1995) The psychological care of medical patients. Recognition of need and service provision. CR 35 (2. Aufl. 1997). London
- Royal College of Psychiatrists (1994) The general Hospital management of adult deliberate self-harm – A consensus statement on standards for service provision. Council Report CR 32. *RCP*, London
- Royal College of Psychiatrists & British Association for Accident and Emergency Medicine (1996) Psychiatric Services to Accident and Emergency Departments. Council Report CR 43. London
- Royal College of Surgeons of England and Royal College of Psychiatrists (1997) Report of the working party on the psychological care of surgical patients. College Report CR 55. London
- Rüger U (1987) Fehldiagnose 'Psychosomatische Erkrankung'. *Praxis Psychotherapie Psychosomatik* 32: 12-20
- Rumpf HJ, Hapke U, John U (1998) Previous help seeking and motivation to change drinking behavior in alcohol-dependent general hospital patients. *General Hospital Psychiatry* 20: 115-119
- Rumpf HJ, Hapke U, Meyer C et al. (1999) Motivation to change drinking behavior: comparison of alcohol-dependent individuals in a general hospital and a general population sample. *General Hospital Psychiatry* 21: 348-353
- Rundell JR, Wise MG (eds) (1996) *The American Psychiatric Press Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry*. American Psychiatric Press Washington, DC
- Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W et al. (1997) Evidence-based medicine - How to practice & teach EBM. Churchill Livingstone: New York Edinburgh

- Saravay SM, Lavin M (1994) Psychiatric comorbidity and length of stay in the general Hospital: a critical review of outcome studies. *Psychosomatics* 35: 233-252
- Saravay SM, Strain JJ (1994) APM Task Force on funding implications of consultation-liaison outcome studies. Special series introduction: A review of outcome studies. *Psychosomatics* 35: 227-232
- Saravay SM, Pollack S, Steinberg MD et al. (1996) Four-Year follow-up of the influence of psychological comorbidity on medical rehospitalization. *American Journal of Psychiatry* 153: 397-403
- Saravay SM, Steinberg MD, Weinschel B et al. (1991) Psychological comorbidity and length of stay in the general Hospital. *American Journal of Psychiatry* 148: 324-329
- Saupe R, Diefenbacher A, Hagmeister H (1992) Pain conference as a way to influence treatment standards in general hospitals. Poster presented at the European Meeting on Research in Consultation Psychiatry, Amsterdam, October 1992
- Saupe R, Diefenbacher A (1995) Konsilpsychiatrie: Sozial- und angewandte Neuropsychiatrie. In: Kipp J, Wehmeier PM (Hrsg.) *Handeln und Atmosphäre im therapeutischen Raum psychiatrischer Abteilungen*. S. Roderer Verlag: Regensburg, S.263-269
- Saupe R, Diefenbacher A (1996a) Konsiliar-Liaison-Psychiatrie: sozial- und angewandte Neuropsychiatrie. In: Peters UH, Schifferdecker M, Krahl A (Hrsg.) *150 Jahre Psychiatrie*. Martini-Verlag: Köln, S. 639-643
- Saupe R, Diefenbacher A (1996b) *Praktische Konsiliarpsychiatrie und -psychotherapie*. Stuttgart: Enke
- Saupe R, Diefenbacher A (1996c) Psychiatrie im Kanon der medizinischen Disziplinen - Konsiliardienste im Allgemeinkrankenhaus. *TW Neurologie Psychiatrie* 10: 535-540
- Saupe R, Diefenbacher A (1998a) Konsiliarpsychiatrie und -psychotherapie. In: Berger M (Hrsg.) *Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie*. Urban & Schwarzenberg: München, S.941-956
- Saupe R, Diefenbacher A (1998b) Die veränderte Stellung der Konsilpsychiatrie durch Einrichtung psychiatrischer Abteilungen. In: Gaebel W, Falkai P (Hrsg.) *Zwischen Spezialisierung und Integration - Perspektiven der Psychiatrie und Psychotherapie*. Springer: Wien New York, S.381-384
- Schiff SK, Pilot ML (1959) An approach to psychiatric consultation in the general Hospital. *Archives of General Psychiatry* 1: 349-357
- Schiller A (1992) Psychotherapie bei älteren Patienten – Erfahrungen aus einem psychiatrisch-psychotherapeutischen Konsiliardienst. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin* 38: 371-380
- Schliack H (1992) Das ärztliche Konsilium - Gedanken eines Neurologen. *Deutsches Ärzteblatt* 89: B-374-75

- Schneider H (1992) Psychiatrie im Allgemeinkrankenhaus - was leistet sie? In: Reimer F (Hrsg.) Qualitätsstandards in der Psychiatrie. Weissenhof-Verlag Dr.Jens Kunow: Karlsruhe, S.xxx-xxx
- Schubert DSP, Gabinet L, Friedson W et al. (1978-79) The identification of psychiatric morbidity by internists and subsequent selection for psychiatric referral. *International Journal of Psychiatry of Medicine* 9: 317-327
- Schüßler G (1998) Krankheitsbewältigung und Psychotherapie bei körperlichen und chronischen Erkrankungen. *Psychotherapeut* 43: 382-390
- Schwab JJ (1968) *Handbook of Psychiatric Consultation*. New York: Appleton-Century-Crofts
- Schwab JJ (1989) Consultation-liaison psychiatry A historical overview:. *Psychosomatics* 30: 245-254
- Schwarz R (1998) Depressive Störungen bei onkologischen Patienten: Gratwanderung zwischen Psychosomatik und Psychiatrie. In: Gaebel W, Falkai P (Hrsg.) *Zwischen Spezialisierung und Integration - Perspektiven der Psychiatrie und Psychotherapie*. Springer: Wien New York, S.194-203
- Scott J, Fairbairn A, Woodhouse K (1988) Referrals to a psychogeriatric consultation-liaison service. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 3: 131-135
- Seidl O (1997) Als Psychoanalytiker im psychosomatischen Konsiliardienst. *Forum der Psychoanalyse* 13: 338-352
- Selker HP, Beshansky JR, Pauker SG et al. (1989) The epidemiology of delays in a teaching Hospital . the development and use of a tool that detects unnecessary Hospital days. *Medical Care* 27: 112-129
- Sensky T, Cundy T, Greer S et al. (1985) Referrals to psychiatrists in a general Hospital - comparison of two methods of liaison psychiatry: preliminary communication. *Journal of the Royal Society of Medicine* 78: 463-468
- Serota RD, Lundy A, Gottheil E et al. (1995) Prediction of length of stay in an inpatient dual diagnosis unit. *General Hospital Psychiatry* 17: 181-186
- Seward LN, Smith GC, Stuart GW (1991) Concordance with Recommendations in a Consultation-Liaison Psychiatry Service. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 25: 243-254
- Shapiro PA (1991) Nortriptyline treatment of depressed cardiac transplant recipients. *American Journal of Psychiatry* 148: 371-373
- Sheppard H, Cleak DK, O'Connor BT (1980) A review of early mortality and morbidity in elderly patients following Charnley total hip replacement. *Arch Orthop Trauma Surg* 97: 243-248 (zit. nach Saravay SM, Lavin M 1994)
- Shen WW (1995) Cytochrome P450 monooxygenases and interactions of psychotropic drugs.

International Journal of Psychiatry in Medicine 25: 277-290

- Siede H, Lindner R, Wollbrink K (1975) Untersuchung über die Häufigkeit von psychischen Störungen und die Versorgung von psychisch Kranken in Allgemeinkrankenhäusern (internistische und chirurgische Abteilungen). *Psychiatrische Praxis* 2: 215-225
- Silverstone PH (1990) Changes in depression scores following life-threatening illness. *Journal of Psychosomatic Research* 34: 659-663
- Silverstone PH (1996) Prevalence of psychiatric disorders in medical inpatients. *Journal of Nervous and Mental Disease* 184: 43-51
- Simon GE, Goldberg D, Tiemens B et al. (1999) Outcomes of recognized and unrecognized depression in an international primary care study. *General Hospital Psychiatry* 21: 97-105
- Sloan DM, Yokley J, Schubert DSP (1997) The effect of comorbid physical illness on psychiatric unit length of stay. *Psychosomatics* 38:164 (*abstract*)
- Small GW, Fawzy FI (1988) Psychiatric consultation for the medically ill elderly in the general hospital: need for a collaborative model of care. *Psychosomatics* 29: 94-103
- Smith GC (1998) From consultation liaison psychiatry to psychosocial advocacy: maintaining psychiatry's scope. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 32: xxx-xxx
- Smith GC, Clarke DM, Herrman HE (1993a) Consultation-liaison psychiatry in Australia. *General Hospital Psychiatry* 15: 121-124
- Smith GC, Clarke DM, Herrman HE (1993b) Establishing a consultation-liaison psychiatry clinical database in an Australian general Hospital. *General Hospital Psychiatry* 15: 243-253
- Smith GC, Ellis PE, Carr VJ et al. (1994) Staffing and funding of consultation-liaison psychiatry services in Australia and New Zealand. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 28: 398-404
- Smith GC, Clarke DM, Handrinos D (1995) Recognising drug and alcohol problems in patients referred to consultation-liaison psychiatry. *Medical Journal of Australia* 163: 307-312
- Smith GC, Strain JJ, Hammer JS, et al. (1997) Organic mental disorders in the consultation-liaison psychiatry setting - A multi-site study. *Psychosomatics* 38: 363-373
- Smith GC, Clarke DM, Handrinos D et al. (1998a) Consultation-liaison psychiatrists' management of depression. *Psychosomatics* 39: 244-252
- Smith GC, Clarke DM, Handrinos D et al. (1998b) C-L Psychiatrists use of antidepressants. Poster presented at the 35th European Conference on Psychosomatic Research (ECPR), Manchester, September 1998
- Smith GR (1994) The course of somatization and its effects on utilization of health care resources. *Psychosomatics* 35: 263-267

- Snyder SL, Strain JJ (1990) Change of diagnosis at termination of psychiatric consultation. *Hospital and Community Psychiatry* 41: 286-289
- Snyder S, Strain JJ, Wolf D (1990) Differentiating major depression from adjustment disorder with depressed mood in the medical setting. *General Hospital Psychiatry* 12: 159-165
- Sperling W, Kalb R (1995) Das psychiatrische Konsil vor Lebertransplantationen. *Fortschritte der Medizin* 113: 175-177
- Spiegel D, Bloom J, Kramer HC et al. (1989) Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet* 2: 889-891
- Spiegel D (1993) Psychotherapy for the medically ill. Vortrag gehalten auf der Jahrestagung der Linda-Pollin-Foundation in Washington, DC, am 23. April 1993
- Spier SA (1995) Toxicity and abuse of prescribed stimulants. *International Journal of Psychiatry in Medicine* 25: 69-79
- Spiess K (1996) Das subkulturelle Randphänomen in der konsiliarpsychosomatischen Begegnung. *Gruppenpsychotherapie Gruppendynamik* 32: 150-170
- Spira JL (1997) Understanding and developing psychotherapy groups for medically ill patients. In: Spira JL (Hrsg.) *Group therapy for medically patients*. Guilford Press: New York London, S.3-51
- Spitzer C, Freyberger HJ, Kessler Ch et al. (1994) Psychiatrische Komorbidität dissoziativer Störungen in der Neurologie. *Nervenarzt* 65: 680-688
- SPSS (1998) SPSS® Base 8.0 for Windows - User's Guide. Chicago, IL.
- Starmark JE, Stalhammar D, Holmgren E (1988) The Reaction Level Scale (RLS 85) - Manual and Guidelines. *Acta Neurochirurgica (Wien)* 91: 12-20
- Steinberg H, Torem M, Saravay SM (1980) An analysis of physician resistance to psychiatric consultations. *Archives of General Psychiatry* 37: 1007-1012
- Steuber H, Müller P (1983) Psychisch Kranke im internistischen Krankenhaus - Ergebnisse einer Umfrage. *Psychiatrische Praxis* 9: 20-23
- Stieglitz RD (1996) Das Konzept der Komorbidität - Ausgangspunkt der Konsiliarpsychiatrie. *TW Neurologie Psychiatrie* 10: 530-532
- Stöcklin S, Lucius-Hoene G (1988) Die Frage des Bedarfs an psychiatrischen Einrichtungen: Problemstellungen und Modelle. *Fortschritte Neurologie Psychiatrie* 56: 139-153
- Stotland NL, Garrick TR (1990) *Manual of Psychiatric Consultation*. American Psychiatric Press: Washington, DC
- Stoudemire A, Fogel BS (1988) The emergence of medical psychiatry: A provocative viewpoint. *Psychosomatics* 29: 207-213
- Stoudemire A, Strain JJ, Hales RE (1989) DSM-IV Issues for consultation psychiatry.

Psychosomatics 30: 239-244

- Stoudemire A, Fogel BS, Gulley LR (1991) Psychopharmacology in the medically ill: an update. In: Stoudemire A, Fogel BS (Hrsg.) Medical-psychiatric practice. Vol I. American Psychiatric Press: Washington, DC, S.29-97
- Stoudemire A, Fogel BS (Hrsg) (1993a) Medical-psychiatric practice. Vol II. American Psychiatric Press: Washington, DC
- Stoudemire A, Fogel BF (Hrsg) (1993b) Psychiatric Care of the Medical Patient. Oxford University Press: New York Oxford
- Strain JJ, Grossman S (1975) Psychological Care of the Medically Ill: A Primer in Liaison Psychiatry. New York: Appleton-Century-Crofts
- Strain JJ (1983) Liaison psychiatry and its dilemmas. *General Hospital Psychiatry* 5: 209-212
- Strain JJ (1987) Appraisal of marketing approaches for consultation/ liaison psychiatry. *General Hospital Psychiatry* 9 368-371
- Strain JJ, Hammer J, Lewin C et al. (1990a) The Evolution of a Literature Search Schema for Consultation/Liaison Psychiatry: the Database and its Computerization. *General Hospital Psychiatry* 12: 1-6
- Strain JJ, Ginsburg J, Fulop G et al. (1990b) Follow-up of psychiatric comorbidity in the general Hospital. *International Journal of Psychiatry in Medicine* 20: 227-234
- Strain JJ, Holland JCB (1991) Abstracts from the First Consultation-Liaison Research Forum. *General Hospital Psychiatry* 13: 359-384
- Strain JJ, Gise LH, Fulop et al. (1991a) Patterns of referral from consultation-liaison to social work services. *General Hospital Psychiatry* 13: 88-94
- Strain JJ, Lyons JS, Hammer JS et al. (1991b) Cost Offset from a Psychiatric Consultation-Liaison Intervention with Elderly hip Fracture Patients. *American Journal of Psychiatry* 148: 1044-1049
- Strain JJ, Snyder S (1992-93) Manual - Division of Behavioral Medicine & Consultation Psychiatry (BMC). Mount Sinai School of Medicine and Mount Sinai Hospital, Department of Psychiatry, o.O.,o.J.
- Strain JJ, Hammer JS, Huertas D et al. (1993) The problem of coping as a reason for psychiatric consultation. *General Hospital Psychiatry* 15:1-8
- Strain JJ, Rhodes R, Moros DA et al. (1993b) Ethics in Medical-Psychiatric Practice. In: Stoudemire A, Fogel BS (Hrsg.) Medical-psychiatric practice. Vol.II. American Psychiatric Press: Washington,DC, S.585-607
- Strain JJ, Hammer JS, Fulop G (1994) APM Task Force on Psychosocial Interventions in the General Hospital Inpatient Setting - A Review of Cost-Offset Studies. *Psychosomatics* 35: 253-262

- Strain JJ (1996) Liaison psychiatry. In: Rundell JR, Wise MG (Hrsg.) Textbook of consultation-liaison psychiatry. American Psychiatric Press: Washington, DC, S.38-51
- Strain JJ, Smith GC, Hammer JL, et al. (1998) Adjustment disorder: A multisite study of its utilization and interventions in the consultation-liaison psychiatry setting. *General Hospital Psychiatry* 20: 139-149
- Strain JJ, Diefenbacher A, Fuhrhans CJ (1999) Neue Entwicklungen in der Konsiliarpsychiatrie. In: Diefenbacher A (Hrsg.) Aktuelle Konsiliarpsychiatrie und Psychotherapie. Thieme: Stuttgart, S.11-26
- Strittmatter G, Mawick R, Tilkorn M (1998) Psychosozialer Betreuungsbedarf bei Gesichts- und Hauttumorpatienten. *Psychotherapie Psychosomatik medizinische Psychologie* 48: 349-357
- Strouse TB, Wolcott DL, Skotzko (1996) Transplantation. In: Rundell JR, Wise MG (eds)(1996) The American Psychiatric Press Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry. American Psychiatric Press: Washington, DC, S.640-670
- Stuhr U, Haag A (1989) Eine Prävalenzstudie zum Bedarf an psychosomatischer Versorgung in den Allgemeinen Krankenhäusern Hamburgs. *Psychotherapie medizinische Psychologie* 39: 273-281
- Surman O (1997) Organ failure and transplantation patients. In: Cassem NH (ed) (1997) Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry. 4th ed. Mosby: St.Louis, MO . S.501-545
- Swartz KL, Clark MR (1996) Psychiatry and general medicine. *Current Opinion in Psychiatry* 9: 162-166
- Swigar ME, Sanguineti VR, Piscatelli RL (1992) A retrospective study on the perceived need for and actual use of psychiatric consultation in older medical patients. *International Journal of Psychiatry in Medicine* 22: 239-249
- Tan RSH, Barlow RJ, Abel C et al. (1994) The effect of low dose lofepramine in depressed elderly patients in general medical wards. *British Journal of clinical Pharmacology* 37: 321-324
- Teitelbaum ML (1985-1986) Doubts about being of value: an important aspect of countertransference in consultation-liaison psychiatry. *International Journal of Psychiatry in Medicine* 15: 329-333
- Templeton B, Selarnick HS (1994) Evaluating Consultation Psychiatry Residents. *General Hospital Psychiatry* 16: 326-334
- Tesar GE (1996) The emergency department. In: Rundell JR, Wise MG (eds) The American Psychiatric Press Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry. American Psychiatric Press: Washington, DC, S.914-945

- Thiel A, Nau R, Willers T (1998) Häufige internistische Probleme bei psychisch Kranken im jüngeren und mittleren Lebensalter. In: Hewer W, Lederbogen F (Hrsg..) Internistische Probleme bei psychiatrischen Erkrankungen. Enke: Stuttgart, S.1-12
- Thomas CJ (1983) Referrals to a British liaison psychiatry service. *Health Trends* 15: 61-64
- Thomas RI, Cameron DJ, Fahs MC (1988) A prospective study of delirium and prolonged hospital stay. *Archives of General Psychiatry* 45: 937-940
- Thompson TL (1993a) Should we change the name for „consultation-liaison“ to „medical-surgical“ psychiatry, „psychiatry in medicine and surgery“, or some other term? *Psychosomatics* 34: 259-264
- Thompson TL (1993b) Some Advantages of Consultation-Liaison (Medical-Surgical) Psychiatry Becoming an Added Qualification Subspecialty. *Psychosomatics* 34:343-349
- Thompson TL, Stoudemire A, Mitchell WD (1982) Effects of a psychiatric liaison program on internists' ability to assess psychosocial problems. *International Journal of Psychiatry in Medicine* 12: 153-156
- Thompson TL, Suddath RL (1987) Edward G. Billings, M.D.: Pioneer of consultation-liaison psychiatry. *Psychosomatics* 28: 153-156
- Thompson TL, Wise TN, Kelley AB et al. (1990) Improving psychiatric consultation to nonpsychiatrist physicians. *Psychosomatics* 31: 80-84
- Tölle R (1990) Konsiliar-Psychiatrie im allgemeinen Krankenhaus. *Deutsches Ärzteblatt* 87: C-2071-2073
- Tölle R (1999) Funktionelle Beschwerden - Somatisierungsstörungen. *Deutsches Ärzteblatt* 96: A-128-130 (Heft 3)
- Tönnessen D, Schwarz R (1993) Psychosoziale Versorgung im Allgemeinkrankenhaus – eine Bestandsaufnahme am Beispiel Baden-Württembergs. *Gesundheitswesen* 55: 406-409
- Tönnessen D, Schwarz R (1994) Psychosoziale Versorgung im Krankenhaus – ein Vergleich zwischen den Jahren 1984 und 1993. *Gesundheitswesen* 56: 706-707
- Torian L, Davidson E, Fulop G et al. (1992) The effect of dementia on acute care in a geriatric medical unit. *International Psychogeriatrics* 4: 231-239
- Tunmore R, Thomas B (1992) Models of psychiatric consultaion liaison nursing. *British Journal of Nursing* 1: 447-451
- Uchitomi Y, Akechi T, Okamura H et al. (1998) Positive influence of a liaison program on the rate of psychiatric consultation referrals for cancer patients. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 52: 275-278
- Uexküll Th (1986) *Psychosomatische Medizin*. 3. Aufl. Urban & Schwarzenberg: München Wien

- Unützer J, Katon W, Walker E et al. (1998) Measuring comorbid medical illness. Vortrag gehalten auf der 45. Jahrestagung der Academy of Psychosomatic Medicine in Orlando, USA, 19.-22.Nov. 1998 (unveröffentl. Manuskript)
- Ursano RJ, Epstein RS, Lazar SG (1996) Behavioral responses to illness: Personality and personality disorders. In: Rundell JR, Wise MG (eds) (1996) *The American Psychiatric Press Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry*. American Psychiatric Press: Washington, DC, S.116-136
- Vaz FJ, Salcedo MS (1996) A model for evaluating the impact of consultation-liaison psychiatry activities on referral patterns. *Psychosomatics* 37: 289-298
- Veltrup C, Wetterling T (1999) Früherkennung und Frühintervention bei alkoholkranken Patienten in der medizinischen Basisversorgung. In: Diefenbacher A (Hrsg.) *Aktuelle Konsiliarpsychiatrie und Psychotherapie*. Thieme: Stuttgart, S.33-70
- Verbosky LA, Franco KN, Zrull JP (1993) The relationship between depression and length of stay in the general hospital patient. *Journal of Clinical Psychiatry* 54: 177-181
- Vinz H, Reisig J, Müller KH (1977) Maßnahmen zur Senkung der stationären Verweildauer an chirurgischen Kliniken. *Zentralblatt für Chirurgie (Leipzig)* 102: 1153-1159
- Vogel C, Haf CM (1986) Konsiliar-psychiatrische Versorgung eines Allgemeinkrankenhauses im Zusammenhang mit stationärer Krisenintervention. *European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences* 235: 388-395
- Volz M, Rist F, Alm B (1998) Screening auf Alkoholprobleme in einer chirurgischen Abteilung mit Hilfe des Kurzfragebogens LAST. *Sucht*: 44: 310-321
- Wächtler C, Torhorst A, Lauter H et al. (1991) The treatment of patients after a suicide attempt. Crisis intervention within the framework of consultation-liaison psychiatry as well as outpatient follow-up. In: Seva A (Hrsg.) *The European Handbook of psychiatry and Mental Health*. Vol. II. Prensas Universitarias de Zaragoza: Zaragoza, S.1816-1822
- Wagner T (1995) Psychisch Kranke im Allgemeinkrankenhaus - Zur Interaktion von Konsiliarpsychiater und Station. In: Kipp J, Wehmeier PM (Hrsg.) *Handeln und Atmosphäre im therapeutischen Raum psychiatrischer Abteilungen*. S.Roderer Verlag: Regensburg, S.270-277
- Wallen J, Pincus HA, Goldman HH et al. (1987) Psychiatric consultations in short-term hospitals. *Archives of General Psychiatry* 44: 163-168
- Wancata J, Benda N, Hajji M et al. (1996) Psychiatric disorders in gynecological, surgical and medical departments of general hospitals in an urban and a rural area of Austria. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 31: 220-226

- Wancata J, Benda N, Hajji M (1998) Prävalenz und Verlauf seelischer Erkrankungen an internen Krankenhausabteilungen. *Wiener Klinische Wochenschrift* 110(17): 597-603
- Wancata J, Hajji M, Meise U (1998) Psychische Erkrankungen in internen, chirurgischen und gynäkologischen Abteilungen: Prävalenz und Versorgungsbedarf. In: Meise U, Hafner F, Hinterhuber H (Hrsg.) *Gemeindepsychiatrie in Österreich*. VIP-Verlag: Innsbruck Wien, S. 357-373
- Wancata J, Benda N, Meise U et al. (1999) Sind die Aufenthaltsdauern von psychisch Kranken an internen, chirurgischen und gynäkologischen Abteilungen länger? *Nervenarzt* 9: 810-816
- Wancata J, Gössler R (1999) Die konsiliarpsychiatrische Versorgung in Österreich. In: Diefenbacher A (Hrsg.) *Aktuelle Konsiliarpsychiatrie und -Psychotherapie*. Thieme: Stuttgart, S.177-195
- Webb WL (1988) A new challenge for the Academy of Psychosomatic Medicine. *Psychosomatics* 29: 148-152
- Wedler HL (1984) *Der Suizidpatient im Allgemeinkrankenhaus*. Enke-Verlag: Stuttgart
- Weigelt B (1995) *Psychiatrische und psychosomatische Konsiliar- und Liaisonversorgung an der Medizinischen Akademie Dresden – Eine Zwei-Jahres-Vergleichsuntersuchung zur Evaluation von Struktur und Funktion zweier unterschiedlich organisierter Dienste*. Med. Diss., Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden
- Weis J, Heckel U, Muthny F et al. (1991) Erfahrungen mit einem psychosozialen Liaisondienst auf onkologischen Stationen einer Akutklinik. *Psychotherapie Psychosomatik medizinische Psychologie* 43: 21-29
- Weisman A (1997) Coping with illness. In: Cassem NH (ed) (1997) *Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry*. 4th edition. Mosby: St.Louis, MO, S.25-34
- Wells KB, Golding JM, Burman MA et al. (1988) Psychiatric disorder in a sample of the general population with and without chronic medical conditions. *American Journal of Psychiatry* 145: 976-981
- Wells KB (1994) Depression in general medical settings - implications of three health policy studies for consultation-liaison psychiatry. *Psychosomatics* 35: 279-296
- Welter FL, Meyer-Hoepfel W, Kuhn W et al. (1998) Neurologische Konsiliartätigkeit an einem Allgemeinkrankenhaus im ländlichen Raum. *Nervenarzt* 10: 879-885
- Weiler PG, Lubben JE, Chi I (1991) Cognitive Impairment and Hospital Use. *American Journal of Public Health*, 81, 1153-1157
- Westhoff G (1995) *Handbuch psychosozialer Meßinstrumente*. Hogrefe: Göttingen
- Wetterling T (1994) Delir - Stand der Forschung. *Fortschritte Neurologie Psychiatrie* 62: 280-

- Weyerer S (1990) Der Zusammenhang zwischen körperlichen und psychischen Erkrankungen - Epidemiologische Befunde. *Fundamenta Psychiatrica* 4: 64-68
- WHO (o.J.) Report on the prevention of mental, psychosocial and neurological disorders in the European region. Regional Office of the World Health Organization (WHO/EUR/RC38/10) (zit. nach ECLW 1990b)
- Whybrow PC, Spencer RF (1969) Changing characteristics of psychiatric consultation in a university hospital – A study of outcome. *Canadian Psychiatric Association Journal* 14: 259-266
- Windgassen K, Weißen PH, Schmidt (1997) Vorurteile und Urteile: die psychiatrische Konsiliaruntersuchung aus der Sicht des Patienten. *Psychiatrische Praxis* 24: 134-137
- Wirsching M, Herzog T (1989) Aktuelle Entwicklungen in Konsiliar-/Liaisonbereich – Informationen, Begriffsklärungen, Perspektiven. *Psychotherapie medizinische Psychologie* 39: 41-44
- Wise MG, Rundell JR (1988) (Concise Guide to) Consultation Psychiatry . American Psychiatric Press: Washington, DC (2nd edition 1994)
- Wise TN (1988) Focused Attention: The Mission of Psychosomatics (Editorial). *Psychosomatics* 29: 1-3
- Wise TN (1995) Presidential Address: A tale of two societies. *Psychosomatic Medicine* 57: 303-309
- Wise TN, Strain JJ (1996) The need for randomized controlled trials: the Cochrane initiative. *Psychosomatics* 37: 499-501
- Wittkower ED (1974) Historical perspective of contemporary psychosomatic medicine. *International Journal of Psychiatry in Medicine* 5: 309-319
- Wöller W, Kruse J, Albert L (1996) Was ist supportive Psychotherapie? *Nervenarzt* 67: 249-252
- Wörz R (1994) Differenzierte medikamentöse Karzinomschmerztherapie. In: Wörz R (Hrsg.) Differenzierte medikamentöse Schmerztherapie. Gustav Fischer: Stuttgart Jena, S.284-307
- Wolf R (1998a) Notfallpatenschaft bei einer Notaufnahme von älteren Patienten. *Intensivmedizin* 35: 286-291
- Wolf R (1998b) Untersuchung zur Eigen- und Fremdanamnese bei organischen Psychosyndromen im Alter. *Intensivmedizin* 35: 325-331
- Worth JL (1997) HIV/AIDS patients. In: Cassem NH (ed) (1997) Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry. 4th edition. Mosby: St.Louis, MO, S.545-569
- Wolfersdorf M (1988) Depression und Suizid bei körperlichen Krankheiten. *Fortschritte der*

Medizin 106: 269-274

Wolfersdorf M, Burg E, Herren-Pelzer S. et al. (1994) Konsiliarpsychiatrie an einer internistischen Klinik - Untersuchung der Subgruppe der Patienten mit psychogenen Reaktionen. Fortschritte der Medizin 112: 154-158

Wolpert E, Johannsen J, Jung F et al. (1980) Das onkologische Team in der Balintgruppe - ein Lehrfall. Die Schwester/Der Pfleger 19: 336-341

Wolpert E, Diefenbacher A, Saupe R (1996) Konsiliarpsychiatrie - Ein Arbeitsgebiet im Allgemeinkrankenhaus tritt aus seinem Schatten. TW Neurologie Psychiatrie 10: 529

Young LD, Harsch HH (1989) Length of stay on a psychiatry-medicine unit. General Hospital Psychiatry 11: 31-35

Zigun JR (1990) The psychiatric consultation checklist: a structured form to improve the clarity of psychiatric consultation requests. General Hospital Psychiatry 12: 36-44

Zintl-Wiegand A, Cooper B (1979) Psychische Erkrankungen in der Allgemeinpraxis: Eine Untersuchung in Mannheim. Nervenarzt 50: 352-359

Zumbrunnen R, Wieland L, Tricot L et al. (1991) Twenty years of psychiatric consultation in a Swiss general hospital: Changing or unchanging patterns? General Hospital Psychiatry 13: 383 (abstract)

Zumbrunnen R (1992) Psychiatrie de liaison. Masson: Paris Mailand

Anhang I: Tabellen

Kapitel 4.1

Longitudinalstudie Mount Sinai Hospital New York 1988-1997

TAB. 4.1.1. SOZIODEMOGRAPHISCHE ANGABEN (I).....	171
TAB. 4.1.2. ÜBERWEISUNGSSCHARAKTERISTIKA (I) - <i>DRINGLICHKEIT</i>	175
TAB. 4.1.3. ÜBERWEISUNGSSCHARAKTERISTIKA (II) – <i>ÜBERWEISUNGSGRÜNDE</i>	176
TAB. 4.1.4. ÜBERWEISUNGSSCHARAKTERISTIKA (III) – <i>ABSOLUTE KONSULTATIONS-RATEN DER ABTEILUNGEN</i>	178
TAB. 4.1.5. PSYCHIATRISCHE DIAGNOSEN (<i>NACH DSM-III-R</i>).....	181
TAB. 4.1.6. SOMATISCHE DIAGNOSEN (<i>NACH ICD-9</i>).....	183
TAB. 4.1.7. PSYCHOSOZIALES FUNKTIONSNIVEAU UND KÖRPERLICHES FUNKTIONSNIVEAU.....	184
TAB. 4.1.8. KONSULTATIONSPROZEB (I) - <i>ZEITAUFWAND</i>	185
TAB. 4.1.9. KONSULTATIONSPROZEB (II) <i>EMPFEHLUNGEN DES KONSILIARS</i>	186
TAB. 4.1.10. KONSULTATIONSPROZEB (III) – <i>PSYCHOPHARMAKA</i>	187
TAB. 4.1.11. KONSULTATIONSPROZEB (IV) - <i>ANTIDEPRESSIVA BEI DEPRESSIVEN STÖRUNGEN UND ANPASSUNGSSTÖRUNGEN</i>	187
ABB. A1 PSYCHIATRISCHER KONSILIARDIENST AM MOUNT SINAI HOSPITAL NEW YORK - <i>VERORDNUNG VON ANTIDEPRESSIVA 1988 - 1997 (ANTEILE AN DER VERORDNUNG ALLER ANTIDEPRESSIVA IN</i>	188
TAB. 4.1.12. BEENDIGUNG DES KONSILS.....	189
TAB. 4.1.13. WEITERE BEHANDLUNG BZW. WOHSITUATION NACH ENTLASSUNG.....	190

Abschnitt 4.2

Vergleich der Psychiatrischen Konsiliartätigkeit am Mount Sinai Hospital in New York City und am Rudolf-Virchow-Klinikum in Berlin

TAB. 4.2.1 SOZIODEMOGRAPHISCHE DATEN.....	192
TAB. 4.2.2 SOMATISCHE UND PSYCHIATRISCHE BEHANDLUNG VOR KRANKENHAUSAUFNAHME (BERLIN).....	193
TAB. 4.2.3 SOMATISCHE UND PSYCHIATRISCHE BEHANDLUNG VOR KRANKENHAUSAUFNAHME (NEW YORK).....	194
TAB. 4.2.4 PSYCHOSOZIALES FUNKTIONSNIVEAU (GAF).....	194
TAB. 4.2.5 KÖRPERLICHES FUNKTIONSNIVEAU A) BERLIN (<i>MOBILITÄTSSKALA</i>).....	195
TAB. 4.2.5 KÖRPERLICHES FUNKTIONSNIVEAU B) NEW YORK (<i>KARNOFSKY SKALA, IM MONAT VOR DER INDEX-BEHANDLUNG</i>).....	195
TAB. 4.2.6 SOMATISCHE DIAGNOSEN BEIM ERSTEN KONSILKONTAKT (<i>NACH ICD-9</i>).....	196
TAB. 4.2.7 KONSILANFORDERUNGSHÄUFIGKEITEN NACH ABTEILUNGEN.....	197
TAB. 4.2.8 DRINGLICHKEIT DER KONSILANFORDERUNGEN.....	197
TAB. 4.2.9 ÜBERWEISUNGSGRÜNDE (<i>MEHRFACHNENNUNGEN MÖGLICH</i>).....	198
TAB. 4.2.10 REFERENZTABELLE FÜR DEN VERGLEICH DER PSYCHIATRISCHEN DIAGNOSEN.....	198
TAB. 4.2.11 BERLIN - PSYCHIATRISCHE DIAGNOSEN (<i>NACH ICD-10</i>).....	199

·	TAB. 4.2.12 <i>NEW YORK</i> - PSYCHIATRISCHE DIAGNOSEN (<i>NACH DSM-III-R</i>).....	200
·	TAB. 4.2.13 DAUER DER KONSULTATION (IN MINUTEN) UND FOLGEKONTAKTE	201
·	TAB. 4.2.14. DIAGNOSTIK	202
·	TAB. 4.2.15 INFORMATIONSGEWINNUNG VON EXTERNEN QUELLEN	202
·	TAB. 4.2.16 VERANLASSUNG NICHT-ÄRZTLICHER MITBETREUUNG DURCH DEN KONSILIAR.....	202
·	TAB. 4.2.17 INTERVENTIONEN (I) – <i>PSYCHISCHE BEHANDLUNG</i>	203
·	TAB. 4.2.18. INTERVENTIONEN (II) - <i>VERORDNUNG VON PSYCHOPHARMAKA</i>	203
·	TAB. 4.2.19. VERORDNUNG VON PSYCHOPHARMAKA NACH HÄUFIGKEIT VON ZIELSYMPTOMEN (<i>NUR FÜR DEN KONSILDIENST AM RVK</i>).....	204
·	TAB. 4.2.20. PLANUNG DES ENTLASSUNGSTERMINS	204
·	TAB. 4.2.21 WEITERBEHANDLUNG NACH DER ENTLASSUNG.....	204
·	TAB. 4.2.22 SOMATOPSYCHISCHE KOMORBIDITÄT	205
·	TAB. 4.2.23 PSYCHOSOZIALES FUNKTIONSNIVEAU (GAF) VOR DER STATIONÄREN BEHANDLUNG UND BEIM ERSTKONSIL IN ABHÄNGIGKEIT VON DER PSYCHIATRISCHEN KOMORBIDITÄT	206
·	TAB. 4.2.24 WEITERFÜHRENDE DIAGNOSTIK (<i>NUR FÜR KONSILDIENST AM RVK IN BERLIN</i>)	206
·	TAB. 4.2.25 LOS UND LAGTIME (IN TAGEN) (I) - SOMATISCHE BZW. PSYCHIATRISCHE KOMORBIDITÄT	207
·	TAB. 4.2.26 LOS UND LAGTIME (IN TAGEN) (II) – SOMATOPSYCHISCHE KOMORBIDITÄT	208
·	TAB. 4.2.27 DEPRESSION UND ANPASSUNGSSTÖRUNG (I) – <i>KOMORBIDITÄT UND PSYCHOSOZIALES FUNKTIONSNIVEAU</i>	210
·	TAB. 4.2.28 DEPRESSION UND ANPASSUNGSSTÖRUNG (II) - <i>PSYCHOPHARMAKOTHERAPIE</i>	211

Kapitel 4.3

Entwicklung der psychiatrischen Konsiliartätigkeit

über einen Einjahreszeitraum (4.3.1)

·	TAB. 4.3.1.1 SOZIODEMOGRAPHISCHE VARIABLEN.....	212
·	TAB. 4.3.1.2 ÜBERWEISUNGSCHARAKTERISTIKA UND SCHWEREGRAD DER SOMATISCHEN ERKRANKUNG.....	213
·	TAB. 4.3.1.3 PSYCHIATRISCHE (ICD-10) UND SOMATISCHE DIAGNOSEN (<i>ICD-9</i>).....	214
·	TAB. 4.3.1.4 KONSILIARPSYCHIATRISCHE INTERVENTIONEN	215
·	TAB. 4.3.1.5 LOS UND LAGTIME (<i>IN TAGEN</i>)	216

Welche Faktoren beeinflussen *Lagtime* und LOS von Konsilpatienten

(4.3.2)

·	TAB. 4.3.2.1 <i>LAGTIME</i> - VARIABLEN.....	217
·	TAB. 4.3.2.2. <i>LAGTIME (OHNE SUIZIDENTEN)</i> (I).....	217
·	TAB. 4.3.2.3 <i>LAGTIME</i> (II) - <i>KORRELATIONEN</i>	218
·	TAB. 4.3.2.4 LOS - <i>VARIABLEN I</i> : KONSILIARPSYCHIATRISCHE AKTIVITÄTEN	218
·	TAB. 4.3.2.5 LOS - <i>VARIABLEN II</i> : PATIENTENBEZOGENE VARIABLEN.....	219
·	TAB. 4.3.2.6 EINFLUSSGRÖßEN AUF DIE LOS	220

Longitudinalstudie Mount Sinai Hospital New York 1988 - 1997

Tab. 4.1.1. Soziodemographische Angaben (I)

	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	Gesamt
Alter (Jahre)	55,3 (SD 20,9)	52,2 (SD 19,4)	53,7 (SD 19,7)	49,4 (17,5)	50,3 (SD 18,2)	54,2 (SD 18,5)	51,9 (SD 18,4)	50,9 (SD 17,5)	50,9 (SD 18,0)	53,6 (SD 19,1)	52,2 (SD 18,8)
Alter in Kategorien											
< 25	24 (7,2 %)	47 (9,2 %)	44 (8,1 %)	34 (7,1 %)	36 (9,1 %)	25 (5,6 %)	14 (4,8 %)	27 (6,1 %)	32 (6,2 %)	22 (4,9 %)	305 (6,9%)
26-45	103 (31,0 %)	164 (32,0%)	163 (30,1 %)	186 (38,9 %)	129 (32,7 %)	137 (30,6 %)	110 (37,9 %)	162 (36,4 %)	184 (35,4 %)	143 (32,1 %)	1481 (33,6%)
46-65	82 (24,7 %)	150 (29,2 %)	165 (30,4 %)	154 (32,2 %)	139 (35,3 %)	146 (32,6 %)	90 (31,0 %)	148 (33,3 %)	187 (36,0 %)	146 (32,8 %)	1407 (31,9%)
66-75	51 (15,4 %)	79 (15,4%)	82 (15,1 %)	66 (13,8 %)	53 (13,5 %)	70 (15,6 %)	36 (12,4 %)	67 (15,1 %)	59 (11,3 %)	55 (12,4 %)	618 (14,0%)
>76	72 (21,7 %)	73 (14,2%)	88 (16,2 %)	38 (7,9 %)	37 (9,4 %)	70 (15,6 %)	40 (13,8 %)	41 (9,2 %)	58 (11,2 %)	79 (17,8 %)	596 (13,5%)
Frauen											
Frauen	190 (57,2%)	299 (57,5%)	294 (53,5 %)	243 (49,9 %)	218 (54,9 %)	230 (51,8 %)	155 (54,2 %)	214 (47,5 %)	316 (61,1 %)	235 (52,8 %)	2394 (54,1%)
Männer											
Männer	142 (42,8%)	221 (42,5%)	256 (46,5 %)	244 (50,1 %)	179 (45,1 %)	214 (48,2 %)	131 (45,8 %)	237 (52,5 %)	201 (38,9 %)	210 (47,2 %)	2035 (45,9%)
n	332	520	550	487	397	444	286	451	517	445	4429

Forts.

Tab. 4.1.1. Soziodemographische Angaben (II)

	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	Gesamt
Zivilstand (in Kategorien)											
Verheiratet	106 (32,4%)	156 (30,1%)	176 (32,4 %)	152 (31,7 %)	112 (28,4 %)	112 (25,2 %)	80 (28,2 %)	141 (31,1 %)	127 (24,4 %)	114 (25,7 %)	1276 (28,9%)
Nicht verheiratet (1,3,4,5)	201 (61,5%)	334 (64,4%)	323 (59,4 %)	294 (61,3 %)	265 (67,1 %)	296 (66,5 %)	187 (65,8 %)	267 (58,9 %)	380 (73,1 %)	319 (72,0 %)	2866 (65%)
Unbekannt	20 (6,1%)	29 (5,6 %)	45 (8,3 %)	34 (7,1 %)	18 (4,6 %)	37 (8,3 %)	17 (6,0 %)	45 (9,9 %)	13 (2,5 %)	10 (2,3 %)	268 (6,1%)
N	327	519	544	480	395	445	284	453	520	443	4410
Berufstätigkeit (in Kategorien)											
Voll- / Teilzeit	55 (16,6%)	97 (18,6 %)	107 (19,4 %)	73 (15,2 %)	57 (14,4 %)	54 (12,1 %)	34 (11,9 %)	53 (11,7 %)	51 (9,8 %)	55 (12,4 %)	636 (14,4 %)
Arbeitslos/ kein Arbeitsverhältnis	276 (83,4 %)	424 (81,4 %)	444 (80,6 %)	408 (84,8 %)	340 (85,6 %)	394 (87,9 %)	251 (88,1 %)	399 (88,3 %)	468 (90,2 %)	387 (87,6 %)	3791 (85,6 %)
n	331	521	551	481	397	448	285	452	519	442	4427

Forts.

Tab. 4.1.1. Soziodemographische Angaben (III)

	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	Gesamt
Aufgenommen von											
- zu Hause	296 (90,2%)	467 (89,5%)	502 (91,8 %)	424 (88,7 %)	355 (89,6 %)	415 (93,0 %)	258 (89,3 %)	393 (87,1 %)	462 (88,7 %)	379 (85,2 %)	3951 (89,3%)
- Allg. Kranken- haus/Pflegeheim	21 (6,4 %)	39 (7,5 %)	29 (5,3 %)	30 (6,3 %)	23 (5,8 %)	17 (3,8 %)	16 (5,5 %)	27 (6,0 %)	25 (4,8 %)	34 (7,6 %)	261 (5,9%)
- Psychiatr. Kran- kenhaus	--	3 (0,6 %)	2 (0,4 %)	2 (0,4 %)	--	2 (0,4 %)	1 (0,3 %)	2 (0,4 %)	5 (1,0 %)	5 (1,1 %)	22 (0,5%)
- ohne festen Wohnsitz	4 (1,2 %)	8 (1,5 %)	10 (1,8 %)	15 (3,1 %)	12 (3,0 %)	11 (2,5 %)	10 (3,5 %)	14 (3,1 %)	20 (3,8 %)	14 (3,1 %)	118 (2,7%)
- anderes/unbek.	7 (2,1 %)	5 (1,0 %)	4 (0,7 %)	7 (1,5 %)	6 (1,5 %)	1 (0,2 %)	4 (1,4 %)	15 (3,3 %)	9 (1,7 %)	13 (2,9 %)	71(1,6%)
N	328	522	547	478	396	446	289	451	521	445	4423
Derzeitige Lebenssituation											
- allein	106 (31,8%)	161 (31,1%)	162 (29,7 %)	122 (25,6 %)	101 (25,7 %)	144 (32,4 %)	95 (33,6 %)	123 (27,2 %)	150 (29,4 %)	144 (33,1 %)	1308 (29,8%)
- nur mit Minder- jährigen	14 (4,2 %)	19 (3,7 %)	13 (2,4 %)	18 (3,4 %)	17 (4,3 %)	15 (3,4 %)	14 (4,9 %)	23 (5,1 %)	33 (6,5 %)	15 (3,4 %)	179 (4,1%)
- nur mit Eltern	25 (7,5 %)	30 (5,8 %)	27 (5,0 %)	32 (6,7 %)	37 (9,4 %)	23 (5,2 %)	18 (6,4 %)	31 (6,9 %)	37 (7,2 %)	33 (7,6 %)	293 (6,7%)
- mit Eltern und Geschwistern	10 (3,0 %)	23 (4,4 %)	16 (2,9 %)	15 (3,1 %)	11 (2,8 %)	14 (3,1 %)	3 (1,1 %)	6 (1,3 %)	14 (2,7 %)	7 (1,6 %)	119 (2,7%)
- nur mit (Ehe-)- Partner	52 (15,6 %)	85 (16,4 %)	84 (15,4 %)	92 (19,3 %)	66 (16,8 %)	78 (17,5 %)	41 (14,5 %)	72 (15,9 %)	68 (13,3 %)	63 (14,5 %)	701 (16,0%)
- Ehepartner und Kinder	41 (12,3 %)	59 (11,4 %)	62 (11,4 %)	49 (10,3 %)	32 (8,1 %)	27 (6,1 %)	25 (8,8 %)	40 (8,8 %)	40 (7,8 %)	36 (8,3 %)	411 (9,4%)

Forts.

	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	Gesamt
- anderer Erwachsener	46 (13,8 %)	63 (12,2 %)	80 (14,7 %)	52 (10,9 %)	89 (17,6 %)	73 (16,4 %)	31 (11,0 %)	77 (17,0 %)	89 (17,4 %)	72 (16,6 %)	652 (14,8%)
- anderer Erwachsener und Kinder	9 (2,7 %)	24 (4,6 %)	32 (5,9 %)	16 (3,4 %)	16 (4,1 %)	17 (3,6 %)	17 (6,0 %)	22 (4,9 %)	29 (5,7 %)	20 (4,6 %)	202 (4,6%)
- Pflegeheim	13 (3,9 %)	12 (2,3 %)	11 (2,0 %)	10 (2,1 %)	10 (2,5 %)	9 (2,0 %)	17 (6,0 %)	11 (2,4 %)	16 (3,1 %)	14 (3,2 %)	123 (2,8%)
andere/unbek.	17 (5,1 %)	42 (8,1 %)	58 (10,6 %)	73 (15,3 %)	34 (8,7 %)	45 (10,1 %)	22 (7,8 %)	47 (10,4 %)	35 (6,8 %)	31 (7,1 %)	404 (9,2%)

Tab. 4.1.2. Überweisungscharakteristika (I) - *Dringlichkeit*

	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	Gesamt
Dringlichkeit*	* $\chi^2 = 222.063$ df=18 p = .000										
- cito	28 (8,8%)	61 (11,9%)	66 (12,3%)	74 (18,9%)	64 (17,3%)	57 (13,3%)	46 (16,7%)	66 (14,8%)	79 (15,6%)	58 (13,4%)	599 (14,2%)
- noch heute	145 (45,6%)	321 (62,7%)	327 (61,0%)	258 (65,8%)	270 (73,2%)	304 (71,2%)	187 (67,8%)	273 (61,3%)	345 (67,9%)	320 (73,9%)	2750 (65,2%)
- Routine	145 (45,6%)	130 (25,4%)	143 (26,7%)	60 (15,3%)	35 (9,5%)	66 (15,5%)	43 (15,6%)	106 (23,8%)	84 (16,5%)	55 (12,7%)	867 (20,6%)
Gesamt	318	512	536	392	369	427	276	445	508	433	4216

Legende: cito = Konsil innerhalb 1 h nach Anforderung, Routine = Konsil innerhalb von 24 (-48) h

Tab. 4.1.3. Überweisungscharakteristika (II) – Überweisungsgründe

	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Überweisungsgründe										
1	8 1,4%	18 1,9%	28 2,9%	40 4,9%	20 3,1%	21 2,8%	13 2,4%	52 6,2%	46 4,6%	27 3,6%
2	7 1,3%	10 1,0%	14 1,5%	4 0,5%	6 0,9%	2 0,3%	5 0,9%	3 0,4%	12 1,2%	8 1,1%
3	24 4,3%	53 5,5%	61 6,4%	21 2,6%	19 3,0%	23 3,1%	21 4,0%	19 2,3%	55 5,5%	30 4,0%
4	46 8,3%	82 8,6%	97 10,2%	108 13,3%	76 12,0%	70 9,3%	65 12,2%	97 11,6%	109 10,8%	79 10,6%
5	25 4,5%	52 5,4%	57 6,0%	41 5,0%	32 5,0%	38 5,1%	29 5,5%	40 4,8%	72 7,1%	50 6,7%
6		1 0,1%	1 0,1%	1 0,1%					6 0,6%	5 0,7%
7	1 0,2%							1 0,1%		
8	61 11,0%	107 11,2%	60 6,3%	54 6,6%	34 5,4%	52 6,9%	16 3,0%	28 3,3%	32 3,2%	19 2,5%
9	84 15,2%	136 14,2%	136 14,3%	103 12,6%	101 15,9%	118 15,8%	97 18,3%	124 14,8%	160 15,9%	120 16,1%
10	24 4,3%	56 5,9%	56 5,9%	56 6,9%	41 6,5%	49 6,5%	22 4,1%	55 6,6%	44 4,4%	39 5,2%
11	10 1,8%	10 1,0%	56 5,9%	15 1,8%	11 1,7%	14 1,9%	25 4,7%	35 4,2%	36 3,6%	16 2,1%
12	3 0,5%	5 0,5%	2 0,2%	3 0,4%	1 0,2%	1 0,1%	3 0,6%	3 0,4%	6 0,6%	5 0,7%
13	1 0,2%	1 0,1%			1 0,2%				7 0,7%	2 0,3%
14	4 0,7%	6 0,6%	5 0,5%	5 0,6%	3 0,5%	2 0,3%	6 1,1%	3 0,4%	2 0,2%	3 0,4%
15	2 0,4%	2 0,2%	2 0,2%	1 0,1%		1 0,1%	1 0,2%		2 0,2%	
16	38 6,9%	72 7,5%	92 9,6%	73 9,0%	48 7,6%	83 11,1%	42 7,9%	75 9,0%	87 8,6%	57 7,6%
17	31 5,6%	32 3,4%	37 3,9%	31 3,8%	22 3,5%	33 4,4%	20 3,8%	35 4,2%	41 4,1%	29 3,9%

Forts.

Legende für Überweisungsgründe (No. 1-35) vgl. Anhang II, Abdruck des Microcares-Dokumentationsbogens (Seite 3 des Bogens, 'Reasons/Problems for the Consult')

Tab. 4.1.3. Überweisungscharakteristika (II) – Überweisungsgründe

	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
18	24 4,3%	17 1,8%	5 0,5%	11 1,3%	8 1,3%	6 0,8%	12 2,3%	11 1,3%	13 1,3%	16 2,1%
19	11 2,0%	17 1,8%	16 1,7%	9 1,1%	20 3,1%	12 1,6%	6 1,1%	13 1,6%	16 1,6%	13 1,7%
20	5 0,9%	13 1,4%	20 2,1%	12 1,5%	11 1,7%	10 1,3%	7 1,3%	9 1,1%	14 1,4%	10 1,3%
21	7 1,3%	4 0,4%	2 0,2%	1 0,1%	2 0,3%	3 0,4%	3 0,6%	6 0,7%	3 0,3%	4 0,5%
22			14 1,5%	2 0,2%		7 0,9%	6 1,1%	25 3,0%	10 1,0%	
23	1 0,2%	2 0,2%	3 0,3%	1 0,1%		1 0,1%	1 0,2%	3 0,4%	3 0,3%	
24	13 2,3%	26 2,7%	14 1,5%	12 1,5%	5 0,8%	11 1,5%	10 1,9%	19 2,3%	26 2,6%	20 2,7%
25	11 2,0%	34 3,6%	23 2,4%	23 2,8%	18 2,8%	17 2,3%	14 2,6%	24 2,9%	37 3,7%	27 3,6%
26	12 2,2%	31 3,2%	23 2,4%	27 3,3%	28 4,4%	17 2,3%	22 4,1%	21 2,5%	30 3,0%	36 4,8%
27	22 4,0%	55 5,8%	62 6,5%	55 6,7%	46 7,2%	50 6,7%	35 6,6%	32 3,8%	26 2,6%	24 3,2%
28		1 0,1%	1 0,1%		3 0,5%	1 0,1%	1 0,2%			1 0,1%
29	1 0,2%	1 0,1%								1 0,1%
30	2 0,4%	7 0,7%	1 0,1%	3 0,4%		2 0,3%	2 0,4%	1 0,1%	4 0,4%	2 0,3%
31	1 0,2%	8 0,8%	11 1,2%	10 1,2%	2 0,3%	5 0,7%	4 0,8%	8 1,0%	7 0,7%	2 0,3%
32	32 5,8%	55 5,8%	45 4,7%	62 7,6%	58 9,1%	87 11,6%	37 7,0%	74 8,9%	79 7,8%	75 10,1%
33	5 0,9%	6 0,6%	10 1,0%	3 0,4%	3 0,5%	4 0,5%	4 0,8%	6 0,7%	3 0,3%	4 0,5%
34	4 0,7%	4 0,4%	5 0,5%	6 0,7%	6 0,9%	2 0,3%		5 0,6%	7 0,7%	11 1,5%
35	34 6,1%	31 3,2%	30 3,1%	22 2,7%	10 1,6%	7 0,9%	2 0,4%	9 1,1%	13 1,3%	11 1,5%

Legende für Überweisungsgründe (No.1-35) vgl. Anhang II, Abdruck des Microcares-Dokumentationsbogens (Seite 3 des Bogens, 'Reasons/Problems for the Consult'

Tab. 4.1.4. Überweisungscharakteristika (III) – Absolute Konsultationsraten der Abteilungen

Abteilung	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	Gesamt
1 Anästhesie						1					
						0,2%					
2 Präventivmedizin	8		2		2	1	2		2		17
	2,4%		0,4%		0,5%	0,2%	0,7%		0,4%		0,4%
5 Innere Medizin	134	236	217	199	192	256	142	238	270	243	2127
	40,7%	46,1%	40,0%	41,7%	49,2%	58,0%	49,1%	52,7%	52,2%	55,0%	48,4%
6 Infektiologie	20	5	2	2		3	4	5	2	9	52
	6,1%	1,0%	0,4%	0,4%		0,7%	1,4%	1,1%	0,4%	2,0%	1,2%
7 Nephrologie	2	5	4	3	1	5	2	1	4	3	30
	0,6%	1,0%	0,7%	0,6%	0,3%	1,1%	0,7%	0,2%	0,8%	0,7%	0,7%
8 Neurologie	12	30	25	42	37	15	18	21	22	14	236
	3,6%	5,9%	4,6%	8,8%	9,5%	3,4%	6,2%	4,6%	4,3%	3,2%	5,4%
9 Gynäkologie	9	17	6	9	6	7	7	3	10	3	77
	2,7%	3,3%	1,1%	1,9%	1,5%	1,6%	2,4%	0,7%	1,9%	0,7%	1,8%
10 Geburtshilfe	9	12	14	8	10	13	12	12	16	6	112
	2,7%	2,3%	2,6%	1,7%	2,6%	2,9%	4,2%	2,7%	3,1%	1,4%	2,6%
11 Ophthalmologie		1	2				1	3	3	1	11
		0,2%	0,4%				0,3%	0,7%	0,6%	0,2%	0,3%
12 Orthopädie	35	33	10	5	6	3	7	9	15	3	126
	10,6%	6,4%	1,8%	1,0%	1,5%	0,7%	2,4%	2,0%	2,9%	0,7%	2,9%

Forts.

Tab. 4.1.4. Überweisungscharakteristika (III) – Absolute Konsultationsrate pro Abteilung (Forts.)

	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	Gesamt
13 HNO	23 7,0%	51 10,0%	74 13,7%	48 10,1%	44 11,3%	30 6,8%	2 0,7%	5 1,1%	2 0,4%	2 0,5%	281 6,4%
15 Pädiatrie	1 0,3%	2 0,4%		1 0,2%			1 0,3%	1 0,2%		1 0,2%	7 0,2%
16 Physiotherapie		3 0,6%	2 0,4%	3 0,6%	9 2,3%	5 1,1%	1 0,3%	12 2,7%	2 0,4%	3 0,7%	40 0,9%
17 Psychiatrie		1 0,2%	4 0,7%			1 0,2%	2 0,7%	2 0,4%	1 0,2%	1 0,2%	12 0,3%
19 Chirurgie	26 7,9%	51 10,0%	40 7,4%	42 8,8%	26 6,7%	19 4,3%	24 8,3%	17 3,8%	25 4,8%	21 4,8%	291 6,6%
20 Neurochirurgie	3 0,9%	16 3,1%	3 0,6%	3 0,6%	6 1,5%	10 2,3%	6 2,1%	8 1,8%	9 1,7%	12 2,7%	74 1,7%
21 Notaufnahme	2 0,6%	1 0,2%	2 0,4%	5 1,0%	9 2,3%	13 2,9%	7 2,4%	32 7,1%	67 13,0%	60 13,6%	198 4,5%
22 Herz-/Thoraxchirurgie	1 0,3%	4 0,8%	6 1,1%	4 0,8%	3 0,8%	5 1,1%	3 1,0%	7 1,5%	18 3,5%	20 4,5%	71 1,6%
23 Plastische Chirurgie	1 0,3%			4 0,8%	1 0,3%	2 0,5%		1 0,2%	2 0,4%	3 0,7%	14 0,3%
24 Urologie	2 0,6%	1 0,2%	3 0,6%	2 0,4%	4 1,0%	2 0,5%		1 0,2%	3 0,6%		18 0,4%

Forts.

Tab. 4.1.4. Überweisungscharakteristika (III) – *Absolute Konsultationsrate pro Abteilung* (Forts.)

	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	Gesamt
25 Andere	1 0,3%	8 1,6%	18 3,3%	19 4,0%	19 4,9%	10 2,3%	11 3,8%	17 3,8%	24 4,6%	17 3,8%	144 3,8%
26 Onkologie	40 12,2%	32 6,3%	17 3,1%	11 2,3%	10 2,6%	10 2,3%	5 1,7%	6 1,3%	12 2,3%	12 2,7%	155 3,5%
28 Transplantationen		3 0,6%	12 2,2%		1 0,3%	28 6,3%	27 9,3%	51 11,3%	5 1,0%	1 0,2%	128 2,9%
29 Andere			79 14,6%	67 14,0%	4 1,0%	2 0,5%	5 1,7%		3 0,6%	7 1,6%	167 3,8%

Tab. 4.1.5. Psychiatrische Diagnosen (nach DSM-III-R)

Achse I	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	Gesamt
Demenz	29 8,9%	31 6,2%	35 6,5%	10 2,2%	28 7,3%	31 7,0%	27 9,6%	29 6,9%	21 4,2%	28 6,6%	269 6,3%
OMS (organisch bedingte psychische Störungen)	80 24,5%	81 16,1%	147 27,3%	155 33,6%	115 29,9%	174 39,5%	92 32,7%	97 23,2%	148 29,2%	97 22,9%	1186 27,7%
OMS bedingt durch psychotrope Substanzen	11 3,4%	34 6,8%	44 8,2%	23 5,0%	31 8,1%	20 4,5%	21 7,5%	29 6,9%	18 3,6%	32 7,6%	263 6,1%
Störungen durch Psychotrope Substanzen	20 6,1%	39 7,8%	35 6,5%	53 11,5%	33 8,6%	25 5,7%	19 6,8%	61 14,6%	48 9,5%	29 6,9%	362 8,5%
Schizophrenie	12 3,7%	20 4,0%	19 3,5%	22 4,8%	12 3,1%	21 4,8%	6 2,1%	21 5,0%	36 7,1%	34 8,0%	203 4,7%
Minderbegabung	1 0,3%		2 0,4%		2 0,5%		1 0,4%	2 0,5%	3 0,6%	2 0,5%	13 0,3%
Bipolare Störungen	6 1,8%	10 2,0%	5 0,9%	1 0,2%	8 2,1%	3 0,7%	1 0,4%	7 1,7%	16 3,2%	15 3,5%	72 1,7%
Depression	21 6,4%	34 6,8%	43 8,0%	27 5,9%	30 7,8%	59 13,4%	28 10,0%	40 9,6%	72 14,2%	62 14,7%	416 9,7%
Angst und andere Störungen*	17 5,2%	23 4,6%	29 5,4%	37 8,0%	19 4,9%	14 3,2%	11 3,9%	22 5,3%	22 4,3%	29 6,9%	223 5,2%

Forts.

Tab. 4.1.5. Psychiatrische Diagnosen (nach DSM-III-R)

Achse I	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	Gesamt
Anpassungsstörungen	97 29,8%	170 33,8%	101 18,7%	74 16,1%	62 16,1%	57 12,9%	39 13,9%	61 14,6%	70 13,8%	57 13,5%	788 18,4%
Andere	7 2,1%	22 4,4%	30 5,6%	12 2,6%	20 5,2%	8 1,8%	16 5,7%	21 5,0%	21 4,2%	16 3,8%	173 4,0%
Keine Achse I	22 6,7%	37 7,4%	47 8,7%	34 7,4%	22 5,7%	22 5,0%	19 6,8%	27 6,5%	26 5,1%	20 4,7%	276 6,4%

*Somatoforme Störung, Körperlicher Zustand, bei dem Psychische Faktoren eine Rolle spielen, Selbstschädigendes Verhalten (Artefaktkrankheit), dissoziative, sexuelle oder Schlafstörungen

Tab. 4.1.6. Somatische Diagnosen (nach ICD-9)

	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	Gesamt
Infektionskrankheiten	28 8,4%	33 6,3%	38 6,9%	56 11,5%	32 8,1%	48 10,8%	43 14,7%	42 9,3%	56 10,9%	26 5,9%	402 9,1%
Neubildungen	82 24,6%	130 25,0%	122 22,2%	78 16,0%	71 18,1%	73 16,5%	35 12,0%	51 11,3%	55 10,7%	47 10,7%	744 16,8%
Endokrinopathien etc.	22 6,6%	40 7,7%	61 11,1%	40 8,2%	37 9,4%	48 10,8%	25 8,6%	44 9,8%	62 12,0%	58 13,2%	437 9,9%
Nervensystem	18 5,4%	40 7,7%	26 4,7%	38 7,8%	38 9,7%	21 4,7%	14 4,8%	18 4,0%	20 3,9%	18 4,1%	251 5,7%
Kreislauf	39 11,7%	59 11,3%	74 13,5%	50 10,2%	71 18,1%	83 18,7%	47 16,1%	84 18,6%	90 17,4%	93 21,2%	690 15,6%
Atemwege	24 7,2%	63 12,1%	64 11,7%	49 10,0%	26 6,6%	32 7,2%	18 6,2%	31 6,9%	43 8,3%	46 10,5%	396 8,9%
Verdauungsorgane	16 4,8%	45 8,6%	69 12,6%	95 19,4%	34 8,7%	48 10,8%	41 14,0%	72 16,0%	55 10,7%	61 13,9%	536 12,1%
Urogenitaltrakt	11 3,3%	16 3,1%	11 2,0%	18 3,7%	14 3,6%	24 5,4%	15 5,1%	24 5,3%	30 5,8%	14 3,2%	177 4,0%
Schwangerschaft/ Kongenitale/ Perinatale Störungen	9 2,7%	5 1,0%	8 1,5%	6 1,2%	9 2,3%	8 1,8%	3 1,0%	6 1,3%	4 0,8%	8 1,8%	66 1,5%
Haut + Knochen	8 2,4%	20 3,8%	21 3,8%	18 3,7%	19 4,8%	10 2,3%	13 4,5%	21 4,7%	37 7,2%	20 4,6%	187 4,2%
Ill defined	3 0,9%	12 2,3%	7 1,3%	3 0,6%	9 2,3%	13 2,9%	3 1,0%	7 1,6%	15 2,9%	17 3,9%	89 2,0%
Verletzungen und Vergiftungen	39 11,7%	39 7,5%	25 4,6%	12 2,5%	19 4,8%	13 2,9%	16 5,5%	26 5,8%	26 5,0%	20 4,6%	235 5,3%
Keine somatische Diagnose	35 10,5%	19 3,6%	23 4,2%	26 5,3%	14 3,6%	22 5,0%	19 6,5%	25 5,5%	23 4,5%	11 2,5%	217 4,9%
Gesamt	334	521	549	489	393	443	292	451	516	439	4427

ICD-9-Codierungen der zusammengefaßten Gruppen:

- Infektionskrankheiten (001 -139)
- Neubildungen (140 - 239)
- Endokrinopathien und Krankheiten des Blutes (240 - 289)
- Krankheiten des Nervensystem (320 - 389)
- Kreislaufsystem (390 - 459)
- Atemwege (460 - 519)
- Verdauungsorgane (520 - 579)
- Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane (580 - 629)
- Schwangerschaft und Wochenbett (630 - 676)
- Haut (680 - 709)
- Knochen und Muskeln (710 - 739)
- Kongenitale Anomalien und Affektionen, die ihren Ursprung in der Perinatalzeit haben (740 - 779)
- Ill defined (Symptome und schlecht bezeichnete Affektionen) (780 -799)
- Verletzungen und Vergiftungen, Vergiftungen durch Drogen, Medikamente etc. und Toxische Wirkungen von medizinisch nicht gebräuchlichen Substanzen (800 - 959, 990 - 999, 960 - 989)

Tab. 4.1.7. Psychosoziales Funktionsniveau und körperliches Funktionsniveau

	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	Gesamt
Psychiatrisch (GAF)*											
- im Jahr vor der Index-Behandlung (SD)	63 (17,4)	67 (16,1)	63 (18,3)	63 (15,3)	65 (15,3)	64 (17,8)	60 (18,3)	62 (16,8)	62 (16,2)	59 (18,6)	63 (17,1)
Somatisch (Karnofsky-Skala [%])*											
- im Monat vor Aufnahme	65	65	61	62	66	64	50	61	56	55	61
- am Ende der Konsultation	57	64	60	59	62	61	53	59	62	57	60

(GAF-Skala und Karnofsky-Skala vgl. Anhang I, Microcares-Dokumentationsbogen, dort S.2 und S.3)

Tab. 4.1.8. Konsultationsprozeß (I) - Zeitaufwand

	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	Gesamt
Erstkonsil											
-- < 1 h	<i>Wegen Kategorienänderung in 10/91 nicht auswertbar (vgl. 4.1.2)</i>				20 5,2%	55 12,6%	21 7,7%	64 18,3%	108 21,0%	169 38,9%	437 18,3%
-- 1-2 h					157 40,7%	307 70,3%	152 55,9%	120 34,4%	313 60,9%	183 42,1%	1232 51,5%
-- 2-3 h					53 13,7%	32 13,2%	34 12,5%	29 8,3%	42 8,2%	45 10,3%	234 9,8%
-- 3-4 h					111 28,8%	15 3,4%	40 14,7%	70 20,1%	32 6,2%	28 6,4%	296 12,4%
-- > 4 h					45 11,7%	29 6,6%	25 9,2%	66 18,9%	19 3,7%	10 2,3%	194 8,1%
N					386	437	272	349	514	435	2393
Anzahl Folgekontakte (SD) [F = 9.140 df=9 p = .000]											
	2,9 (3,9)	3,6 (5,2)	4,3 (6,6)	4,6 (7,4)	4,8 (5,3)	4,5 (4,5)	6,2 (7,1)	5,9 (6,7)	5,4 (6,2)	4,9 (7,2)	4,7 (6,2)
Zeit pro Folgekontakt											
Kein Kontakt	60 20,1 %	95 20,1 %	111 22,9 %	61 16,0 %	53 14,2 %	55 12,5 %	14 5,3 %	27 6,1 %	34 6,6 %	36 8,3 %	546 13,3 %
< 15min	67 22,5 %	132 28,0 %	133 27,4 %	108 28,3 %	105 28,1 %	115 26,1 %	74 28,0 %	191 43,1 %	119 23,2 %	169 38,9 %	1213 29,6 %
15 – 30min	142 47,7 %	158 33,5 %	163 33,6 %	176 46,2 %	182 48,7 %	188 42,7 %	111 42,0 %	191 43,1 %	344 67,2 %	198 45,5 %	1853 45,2 %
31 – 60min	27 9,1 %	79 16,7 %	73 15,1 %	33 8,7 %	31 8,3 %	78 17,7 %	64 24,2 %	29 6,5 %	11 2,1 %	20 4,6 %	445 10,8 %
> 60min	2 0,7 %	8 1,7 %	5 1,0 %	3 0,8 %	3 0,8 %	4 0,9 %	1 0,4 %	5 1,1 %	4 0,8 %	12 2,8 %	47 1,1 %
Supervisionszeit je Konsil											
Anzahl Einheiten à 15 min	4,51	2,99	3,21	4,03	3,03	4,63	5,00	4,46	4,36	4,10	

Tab. 4.1.9. Konsultationsprozeß (II) *Empfehlungen des Konsiliars*

	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	Gesamt
Empfehlungen											
- Labor, EEG etc	69 20,7%	94 18,1%	167 30,6%	194 41,8%	202 52,3%	184 41,5%	117 41,6%	174 39,6%	263 51,1%	255 57,4%	1719 39,3%
- Psychodiagnostik	29 8,7 %	6 1,2 %	57 10,4 %	32 7,0 %	24 6,2 %	15 3,4 %	11 3,9%	14 3,1 %	29 5,6 %	48 10,8 %	265 6,1 %
- Hinzuziehung anderer Fachärzte	36 10,9%	39 7,5%	51 9,4 %	47 10,4%	77 19,9%	61 14,1%	34 12,1%	59 13,5%	92 17,8%	83 18,9%	579 13,3%
- nichtärztliche Konsultationen (z.B. Sozialdienst)	66 19,9%	89 17,2%	109 20,2%	157 34,6%	182 47,4%	182 42,0%	75 26,7%	110 25,2%	157 30,5%	164 37,1%	1291 29,8%
- Informationsbeschaffung von externen Quellen	127 38,1%	237 45,8%	237 43,6%	230 50,4%	244 63,2%	308 69,5%	195 68,9%	328 76,3%	401 77,6%	368 83,3%	2675 61,5%
- Implementation (Vigor)	52 15,9%	92 17,9%	118 22,1%	124 27,4%	89 23,2%	96 22,1%	73 26,4%	83 19,7%	89 17,3%	111 25,7%	927 21,6%
- verhaltensorientierte Intervention	65 19,6%	108 21,3%	128 23,6%	114 25,3%	102 26,7%	91 21,0%	76 27,0%	112 26,0%	83 16,1%	76 17,3%	955 22,1%
- psychologische Intervention	228 68,9%	412 79,7%	417 76,7%	359 75,6%	317 81,1%	300 68,0%	163 57,2%	303 69,7%	347 67,2%	379 85,7%	3225 73,7%
- Ökologische Intervention	46 13,9%	50 9,7 %	100 18,4%	114 24,7%	98 25,6%	87 19,9%	96 33,9%	137 31,2%	120 23,3%	122 27,7%	970 22,3%
- Familienbezogene Intervent.	108 32,5%	151 29,3%	153 28,3%	146 31,6%	178 46,1%	178 40,9%	118 42,0%	184 42,3%	189 36,7%	231 52,2%	1636 37,7%
- Beschleunigung des Entlassungsdatums	17 5,1%	46 9,0%	46 8,6%	50 11,0%	47 12,2%	63 14,3%	49 17,4%	99 22,3%	40 7,8%	72 16,3%	529 12,2%
- Planung des Entlassungsdatums	4 1,2%	6 1,2%	14 2,6%	16 3,5%	15 3,9%	20 4,5%	11 3,9%	10 2,3%	19 3,7%	36 8,1%	151 3,5%
- Behandlungsplan für Zeit nach Entlassung	103 31,0%	163 32,1%	201 37,3%	193 41,7%	157 40,9%	195 44,0%	107 39,8%	197 45,9%	248 48,1%	273 62,2%	1837 42,5%

NB. Mehrfachnennungen möglich

Tab. 4.1.10. Konsultationsprozeß (III) – Psychopharmaka

	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	Gesamt
<i>N</i> (Patienten)	335	523	551	490	397	448	292	453	522	445	4456
Psychopharmakotherapeutische Behandlung (n Patienten)											
Nein	204 (60,9%)	293 (56,0%)	321 (58,3%)	307 (62,7%)	223 (56,2%)	204 (45,5%)	131 (44,9%)	243 (53,6%)	294 (56,3%)	226 (50,8%)	2446 (54,9%)
Ja	131 (39,1%)	230 (44,0%)	230 (41,7%)	183 (37,3%)	174 (43,8%)	244 (54,5%)	161 (55,1%)	210 (46,4%)	228 (43,7%)	219 (49,2%)	2010 (45,1%)
Psychopharmakagruppen (Mehrfachnennungen möglich)											
- Neuroleptika	63 53,8%	104 54,5%	120 59,1%	123 69,1%	113 72,4%	134 74,4%	90 74,4%	118 71,5%	143 70,4%	147 69,0%	1155 66,9%
- Antidepressiva	37 31,6%	53 27,7%	38 18,7%	32 18,0%	36 23,1%	30 16,7%	24 19,8%	32 19,4%	62 30,5%	80 37,6%	424 24,6%
- Benzodiazepine	52 44,4%	92 48,2%	78 38,4%	65 36,5%	54 34,6%	43 23,9%	22 18,2%	51 30,9%	52 25,6%	48 22,5%	557 32,3%
- Andere*	2 1,7%	1 0,5%	2 1,0%	1 0,6%	4 2,6%	1 0,5%	0	0	0	1 0,5%	12 0,7%

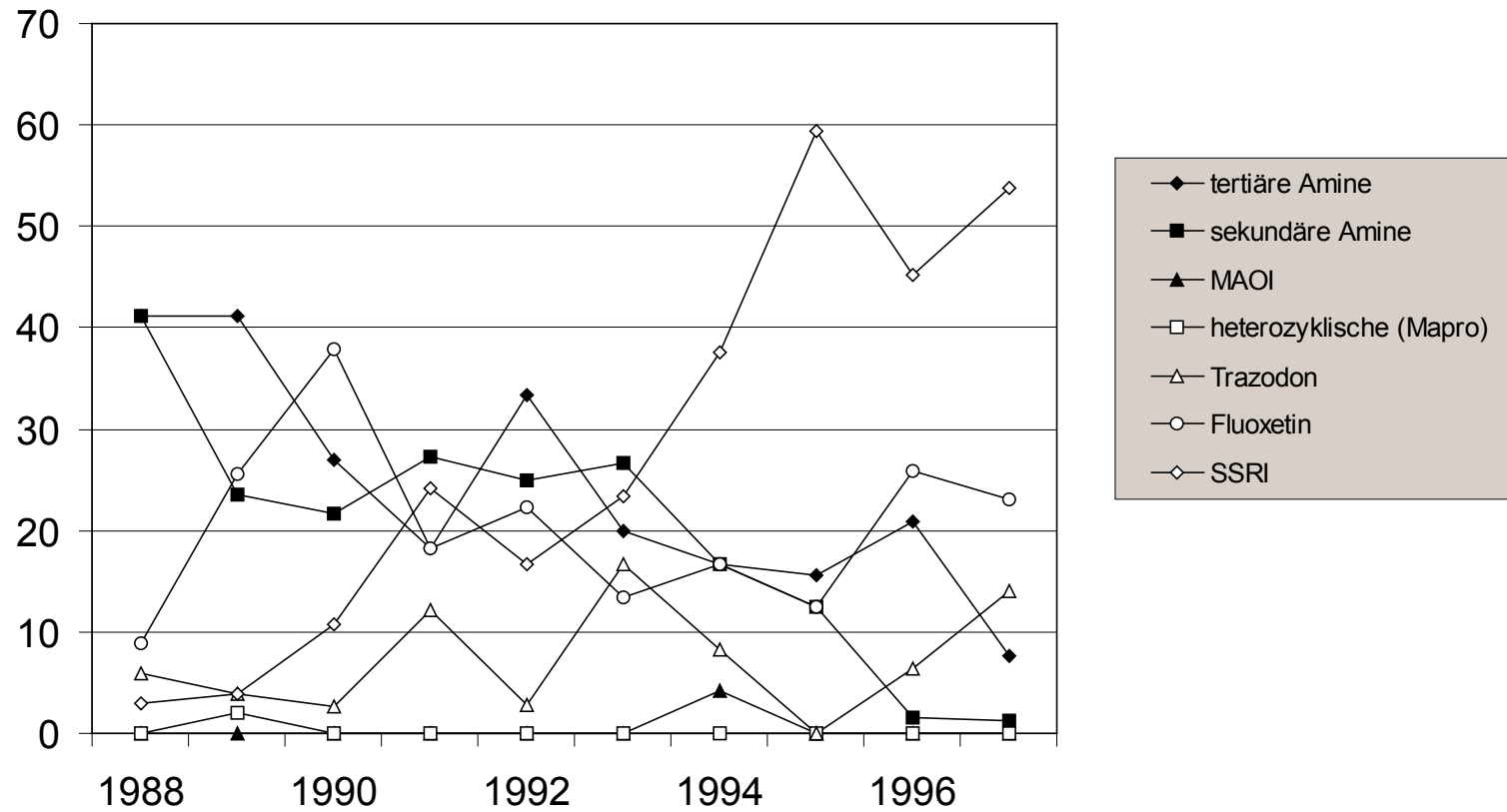
*z.B. Barbiturate, Antihistaminika

Tab. 4.1.11. Konsultationsprozeß (IV) - Antidepressiva bei depressiven Störungen und Anpassungsstörungen

	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	Gesamt
Depression (a) (DSM-III-R 296.2x, 296.3x, 300.40, 311.00)											
- n ges.	21	34	43	27	30	59	28	40	72	62	416
- Antidepressiva#	9 42,9%	9 26,5%	11 25,6%	12 44,4%	14 46,7%	17 14,2%	9 32,1%	9 22,5%	24 33,3%	28 45,2%	142 34,1%
Anpassungsstörung (b) (DSM-III-R 309.xx)											
- n ges.	97	170	101	74	62	57	39	61	70	57	788
- Antidepressiva#	5 5,2%	17 10,0%	9 8,9%	4 5,4%	2 3,2%	4 7,0%	3 7,7%	7 11,5%	6 8,9%	11 19,3%	68 8,6%
<i>Anteil Antidepressiva bei (a) + (b)</i>	11,9%	12,7%	13,9%	15,8%	17,4%	18,1%	17,9%	15,8%	21,1%	32,8%	17,4%

$\chi^2 = 122.998$ df=1 p = .000

Abb. A1 Psychiatrischer Konsiliardienst am Mount Sinai Hospital New York -
 Verordnung von Antidepressiva 1988 - 1997
 (Anteile an der Verordnung aller Antidepressiva in



%)
 Legende: tertiäre Amine (z.B. Amitriptylin, Doxepin, Imipramin), sekundäre Amine (Nortriptylin), MAOI (Phenelzin), (andere) SSRI (Paroxetin, Sertralin)

Tab. 4.1.12. Beendigung des Konsils

		1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	Gesamt
1	Durch den Konsiliar	84	80	83	126	81	68	20	22	41	11	616
		25,9%	16,5%	15,7%	28,3%	21,1%	15,3%	7,3%	5,0%	8,1%	2,6%	14,4%
2	Überweisung in ambulante fachpsychiatrische Behandlung	5	11	25	36	16	22	19	44	52	43	273
		1,5%	2,3%	4,7%	8,1%	4,2%	5,0%	7,0%	9,9%	10,2%	10,1%	6,4%
3	Entlassung mit Information des Konsiliars	137	227	304	190	205	227	166	226	242	203	2127
		42,3%	46,7%	57,4%	42,6%	53,4%	51,1%	60,8%	51,0%	47,6%	47,5%	49,9%
4	Entlassung ohne Information des Konsiliars	32	93	55	60	48	69	30	91	87	80	645
		9,9%	19,1%	10,4%	13,5%	12,5%	15,5%	11,0%	20,5%	17,1%	18,7%	15,1%
5	Durch Patient	1	5	5	3	4	2		2	5	2	29
		0,3%	1,0%	0,9%	0,7%	1,0%	0,5%		0,5%	1,0%	0,5%	0,7%
6*	Patient verstorben	26	28	30	16	14	29	10	22	26	18	219
		8,0%	5,8%	5,7%	3,6%	3,6%	6,5%	3,7%	5,0%	5,1%	4,2%	5,1%
8	Verlegung in stationäre psychiatrische Behandlung	7	11	14	9	13	19	19	30	49	62	233
		2,2%	2,3%	2,6%	2,0%	3,4%	4,3%	7,0%	6,8%	9,6%	14,5%	5,5%
7+9	Anderes	32	31	14	6	3	8	9	6	6	8	123
		9,9%	6,4%	2,6%	1,3%	0,8%	1,8%	3,3%	1,4%	1,2%	1,9%	2,8%
	Gesamt	324	486	530	446	384	444	273	443	508	427	4265

*Unterschied Reihe 6 versus alle anderen nicht signifikant

Tab. 4.1.13. Weitere Behandlung bzw. Wohnsituation nach Entlassung

		1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	Gesamt
1	Nach Hause	198 62,3%	317 70,9%	366 72,6%	268 71,5%	246 67,0%	288 67,9%	179 69,1%	288 67,3%	307 62,1%	245 57,8%	2702 66,9%
2	Rehabilitation	6 1,9%	4 0,9%	1 0,2%	6 1,6%	5 1,4%	5 1,2%		11 2,6%	17 3,4%	10 2,4%	65 1,6%
3	Pflegeheim	18 5,7%	19 4,3%	16 3,2%	13 3,5%	20 5,4%	18 4,2%	17 6,6%	15 3,5%	24 4,9%	17 4,0%	177 4,4%
4	Psychiatrisches Pflege-/Wohnheim	2 0,6%	2 0,4%	2 0,4%	1 0,3%	3 0,8%	4 0,9%	7 2,7%	2 0,5%	3 0,6%	9 2,1%	35 0,9%
5	Allgemein - Krankenhaus	3 0,9%	6 1,3%	2 0,4%	3 0,8%	2 0,5%	1 0,2%	2 0,8%	6 1,4%	2 0,4%	4 0,9%	31 0,8%
6	Psychiatrisches Krankenhaus	7 2,2%	11 2,5%	14 2,8%	7 1,9%	12 3,3%	23 5,4%	18 6,9%	31 7,2%	53 10,7%	62 14,6%	238 5,9%
7+8	Andere Institution + Andere Lebenssituation	13 4,0%	17 3,8%	14 2,8%	14 3,7%	11 3,0%	13 3,1%	13 5,0%	22 5,1%	30 6,1%	20 4,7%	167 4,1%
9	Unbekannt	36 11,3%	32 7,2%	36 7,1%	26 6,9%	33 9,0%	24 5,7%	8 3,1%	25 5,8%	29 5,9%	26 6,1%	275 6,8%
10	trifft nicht zu	35 11,0%	39 8,7%	53 10,5%	37 9,9%	35 9,5%	48 11,3%	15 5,8%	28 6,5%	29 5,9%	31 7,3%	350 8,7%
	N gesamt	318	447	504	375	367	424	259	428	494	424	4040

Tab. 4.1.14. Krankenhausliegedauer (LOS) der Konsilpatienten und Zeitdauer von Aufnahme bis zur Konsilanforderung (LAGTIME)

	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	Gesamt
LOS (Tage)	25,7 (SD 33,0)	28,3 (SD 40,6)	19,9 (SD 19,2)	29,5 (SD 60,5)	26,6 (SD 35,1)	22,0 (SD 33,1)	22,1 (SD 37,4)	17,2 (SD 28,4)	15,3 (SD 20,6)	13,4 (SD 15,9)	21,4 # (SD 33,8)
LAGTIME (Tage)	10,0 (SD 18,3)	13,0 (SD 30,3)	10,2 (SD 17,4)	15,6 (SD 45,5)	12,7 (SD 25,2)	11,4 (SD 32,4)	8,5 (SD 21,5)	6,3 (SD 11,8)	6,8 (SD 18,8)	7,8 (SD 23,2)	10,3 ## (SD 26,6)
Korrelationen (Pearson's r)											
LOS * LAG- TIME (r)	.719**	.871**	.699**	.900**	.487**	.519**	.665**	.370**	.509**	.361**	r = .773**

NB. Die Gruppe der Patienten, deren LOS nicht vorliegt, unterscheidet sich hinsichtlich Alter und Geschlecht nicht signifikant von den in die Analyse aufgenommenen Patienten.

Unterschiede zwischen den Jahren jeweils statistisch signifikant mit $p = .000$ (# $F=10,180$; ## $F=5,862$)

* bzw. ** Die Korrelation ist auf dem Niveau von .05 bzw. .01 (2-seitig) signifikant

Abschnitt 4.2

Vergleich der Psychiatrischen Konsiliartätigkeit am Mount Sinai Hospital in New York City und am Rudolf-Virchow-Klinikum in Berlin

Tab. 4.2.1 Soziodemographische Daten

	Berlin	New York	χ^2 #
N ges.	280	483	
- Männer	118 (42,1%)	233 (48,2%)	n.s.
- Frauen	162 (57,9%)	247 (51,1%)	
Alter (Jahre)	51,2 (SD 20,1) (17-93 J.)	48,9 Jahre (SD 17,7)	n.s.
<i>Zivilstand</i>			
Ledig	88 (31,4%)	174 (36,6%)	
Verheiratet	98 (35%)	142 (29,8%)	
Geschieden / getrennt lebend	31 (11,1%)	84 (17,6%)	
Verwitwet	56 (20%)	46 (9,7%)	
Unbekannt	7 (2,5%)	30 (6,3%)	
<i>Lebenssituation</i>			
Allein /allein mit Kind	129 (46,2%)	142 (30,3%)	
Nicht allein lebend	150 (53,8%)	266 (56,7%)	
-- mit einem Partner	84 (30%)	88 (18,8%)	
-- mit Partner und Kindern	34 (12,1%)	41 (8,7%)	
-- in Institution (z.B. in einem Heim)	8 (2,9%)	11 (2,3%)	
-- bei den Eltern	9 (3,2%)	34 (7,2%)	
-- in einer Mehrgenerationenfamilie	11 (3,9%)	79 (16,8%)	
-- Anderes / unbekannt	4 (1,4%)	79 (16,8%)	
<i>Berufstätigkeit</i>			
Vollzeit	29 (10,4%)	54 (11,2%)	
Teilzeit	8 (2,9%)	19 (3,9%)	
Krankgeschrieben	27 (9,6%) (davon 12 länger als 3 Monate)	nv	
Behindertenstatus	26 (9,3%)	nv	
Arbeitslos	30 (10,7%)	270 (55,9%)	
Berentet	112 (40%)	77 (15,9%)	
Anderes / unbekannt	48 (15%)	73 (13%)	

Unterschied zwischen Berlin (Konsilpatienten RVK) und New York (MSH)

Tab. 4.2.2 Somatische und psychiatrische Behandlung vor Krankenhausaufnahme (**Berlin**)

	Somatisch	Psychiatrisch
Vorbehandlung (während der letzten 5 Jahre)		
- Keine	35 (12,5%)	190 (67,9%)
- ausschließlich ambulant (Hausarzt und [somatische] Poliklinik)	65 (23,2%)	41 (14,6%) (i.e. Hausarzt mit psychosomatischer Grundversorgung)
- ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung	----	8 (2,8%)
- 1- 2 stationäre Behandlungen	123 (43,9%)	30 (10,7%)
- ≥ 3 stationäre Behandlungen	51 (18,2%)	6 (2,1%)
- unbekannt	6 (2,1%)	5 (1,8%)
Ambulante psychiatr.- psychotherap. Behandlung zum Zeitpunkt der Krankenhausaufnahme		
- Keine	----	236 (84,3%)
- Hausarzt ausschließlich (incl. Sozialdienst 2 Patienten)	----	33 (11,8%)
- fachpsychiatrisch-psychotherapeutisch incl. eigene Poliklinik	----	8 (2,8%)
- unbekannt	----	3 (1,1%)
Stationäre Behandlung/Unterbringung bei Krankenhausaufnahme		
- von zu Hause	219 (79,9%)	
- andere Einrichtung	50 (17,9%)	
- Kur-/Reha-einrichtung/Psychosomatische Klinik /allg. Pflegeheim/ unbekannt	---	
- anderes Allgemeinkrankenhaus	9 (3,2%)	
- Psychiatrische Abteilung, Tagesklinik, Krankenhaus	----	2 (0,7%)

Tab.4.2.3 Somatische und psychiatrische Behandlung vor Krankenhausaufnahme (**New York**)

	Somatisch	Psychiatrisch
Ernsthafte Erkrankungen im Jahr vor der Index-Behandlung		
Keine	52 (10,8%)	
Somatisch (mit Behandlung)	255 (52,8%)	----
Psychiatrisch (mit Behandlung)	-----	31 (6,4%)
Somatisch <i>und</i> psychiatrisch	59 (12,2%)	
Keine Angaben	86 (17,8%)	
Stationäre Behandlung/Unterbringung bei Krankenhausaufnahme		
- von zu Hause	416 (86,1%)	
- Allgemeinkrankenhaus / Pflegeheim	31 (6,4%)	---
- Psychiatrisches Krankenhaus, Pflegeheim, Abteilung etc.		2 (0,4%)
- ohne festen Wohnsitz	16 (3,3%)	
- unbekannt	18 (3,7%)	

Tab. 4.2.4 Psychosoziales Funktionsniveau (GAF)

	Berlin	New York	
<i>Jahr vor Indexbehandlung</i>			
- höchster Wert	76 (SD 9,6)	63 (SD 15,8)	t=14,922 df=742 p=.000
- niedrigster Wert	60 (SD 15,4)*	nv	* t = 6.507 df=279 p = .000
<i>Erstkonsil</i>	54 (SD 16,3)*	nv	

Tab. 4.2.5 Körperliches Funktionsniveau
a) Berlin (Mobilitätsskala)

	5.2.2.1.1.1 Jahr vor der Index-Behandlung		Erstkonsil
	Besten Zustand	Schlechtester Zustand	
Keine Beeinträchtigung	251 (89,6%)	156 (55,7%)	128 (45,7%)
Beschwerden, aber gehfähig	25 (8,9%)	92 (32,9%)	80 (28,6%)
Gehen nur mit Gehilfe oder nicht gehfähig, kann im Stuhl sitzen oder bettlägerig	2 (0,7%)	31 (11,1%)	72 (25,7%)
	278	279	280

$\chi^2=76,826$, $df=4$, $p = .000$

Tab. 4.2.5 Körperliches Funktionsniveau
b) New York (Karnofsky Skala, im Monat vor der Index-Behandlung)

	Keine oder keine wesentliche Beeinträchtigung	Arbeitsunfähig, kann aber mit Unterstützung noch zu Hause leben	Umfangreiche Unterstützung erforderlich, Krankenhausbehandlung ist nötig	Unbekannt
N	165	224	63	31
%	34,2%	46,4%	13%	6,4%

Tab. 4.2.6 Somatische Diagnosen beim ersten Konsilkontakt (nach ICD-9)

	Berlin	New York
N	280	483
Anzahl somatischer Diagnosen (Berlin vs. New York: n.s.)		
Keine	11 (3,9%) (9 Frauen, 2 Männer*)	14 (2,9%) (10 Frauen, 4 Männer)*
1	139 (49,8%)	221 (45,8%)
2	90 (32,3%)	147 (30,4%)
3	39 (14%)	101 (20,9%)
Erstdiagnosen (aufgeführt werden nur > 10 Nennungen) #		
- Selbstverletzendes Verhalten und Intoxikationen in suizidaler Absicht	51 (18,2%)	6 (1,2%)
Herz-Kreislauferkrankungen	42 (15%)	57 (11,8%)
- Verletzungen und Intoxikationen (nicht-suizidal)	24 (8,6%)	11 (2,4%)
- Infektionskrankheiten	23 (8,2%)	59 (12,2%)
- Neoplasmen	22 (7,9%)	76 (15,7%)
- Verdauungsorgane	16 (5,7%)	75 (15,5%)
- Nervensystem	14 (5,0%)	46 (9,5%)
Zweitdiagnosen (aufgeführt werden nur > 10 Nennungen) #		
- kardiovaskuläre Erkrankungen	44 (15,7%)	64 (13,3%)
- Selbstverletzendes Verhalten und Intoxikationen in suizidaler Absicht	12 (4,3%)	5 (1,0%)
- Infektionskrankheiten	11 (3,9%)	40 (8,3%)
- Atemwege		36 (7,5%)
Drittdiagnosen (nach ICD-9) (aufgeführt werden nur > 10 Nennungen) #		
- kardiovaskuläre Erkrankungen	11 (3,9%)	27 (5,6%)

* kein statistisch signifikanter geschlechtsspezifischer Unterschied.

%-Angaben stets bezogen auf N gesamt

Tab. 4.2.7 Konsilanforderungshäufigkeiten nach Abteilungen

Abteilungen	Konsultationsraten (1991/92)			
	Berlin		New York	
	absolut	relativ	absolut	Relativ
Innere Medizin	172 (61,4%)	3,2%	223 (46,2%)	--
Chirurgie/- Traumatologie	58 (20,7%)	0,7%	104 (21,5%)	--
Dermatologie	30 (10,7%)	2,4%	0 #	--
Neurologie	3 (1,1%)	0,8%	51 (10,6%)	--
Gynäkologie/- Geburtshilfe	2 (0,7%)	0,06%	18 (3,7%)	--
Andere	15 (5,4%)		77 (15,9%)	--
Gesamt	280 (100%)	1,3%	483 (100%)	1,5%

Abt. für Dermatologie verfügt im MSH über keine eigene Station

* Stationäre Aufnahmen RVK Berlin ca. 21.540/Jahr; MSH New York ca. 32.600/Jahr

Tab. 4.2.8 Dringlichkeit der Konsilanforderungen

	Innerhalb einer Stunde (cito)	Noch am selben Tag	Routinekonsile*	
Berlin	7 (2,5%)	85 (30,4%)	188 (67,1%)	$\chi^2 = 210,542$ df=2 p = .000
New York	70 (17,5%)	276 (68,8%)	55 (13,7%)	
GAF beim Erstkonsil (nur Berlin)	34 (SD 20,2) [15 - 65]	49 (SD 16,7) [10 - 80]	57 (SD 14,9) [5 - 90]	F=13,529 df=2 P = .000

* Erledigung möglichst innerhalb 24h (-48h) nach Anforderung

Tab. 4.2.9 Überweisungsgründe (Mehrfachnennungen möglich)

	Berlin	New York
Überweisungsgründe*		
Aktuelle psychische Symptome#	145 (51,8%)	228 (48,7%)
Suizidversuche#	45 (16,1%)	29 (6,2%)
Ungeklärte körperliche Symptome oder vermutete psychologische Faktoren#	45 (16,1%)	38 (8,1%)
Mißbrauch psychotroper Substanzen#	10 (3,6%)	37 (7,9%)
Geschäftsfähigkeit	5 (1,8%)	47 (10,0%)
Coping oder Compliance	3 (1,1%)	57 (12,2%)
Psychiatrische Anamnese	6 (2,2%)	11 (2,4%)
Wunsch des Patienten	8 (2,9%)	6 (1,3%)
Andere (z.B. Teamproblem)	12 (4,3%)	15 (3,2%)
Weitere Überweisungsgründe (Mehrfachnennungen möglich) (Anteil an allen Patienten in %)		
Patienten mit >1 Überweisungsgrund	137 (48,9%)	190 (39,3%)
Ungeklärte körperliche Symptome	12 (7,6%)	53 (16,9%)
Mißbrauch psychotroper Substanzen	28 (17,8%)	13 (4,1%)
Andere (z.B. Wunsch des Patienten, Teamproblem u.a.)	4 (2,5%)	56 (17,8%)

* $\chi^2=79,940$ df=8 p=.000

$\chi^2=25,492$ df=3 p=.000

Tab.4.2.10 Referenztafel für den Vergleich der psychiatrischen Diagnosen

DSM-III-R (New York)	ICD-10 (Berlin)
Demenzen	F00 - F04
OMS (organisch bedingte psychische Störungen)	F05 - F09
OMS bedingt durch psychotrope Substanzen	Alle F1-Kategorien mit xx.03 - .07
Störungen durch psychotrope Substanzen	Alle F1-Kategorien mit xx.0 - .02
Schizophrenie, Paranoide Syndrome	F2
Bipolare Störungen und Manien	F30, F31.0-31.2
Depression	F3 ohne F30, F31.0-31.2
Angst, somatoforme und andere Störungen*	F40 - F42, F45, F48, F5
Anpassungsstörungen	F43
Minderbegabung	F7

* zusammengefaßt wegen geringer Fallzahlen

Tab. 4.2.11 Berlin - Psychiatrische Diagnosen (nach ICD-10)

Erstdiagnosen			Glossar
F 0	100	35,7%	Organische psychische Störungen
- F 00-04	41	14,6%	Demenzen
- F 05-09	66	23,6%	Organische psychische Störungen*
F 1	36	12,9%	psychische und Verhaltensstörung durch psychotrope Substanzen
- F 10	21	7,5%	Störungen durch Alkohol
- F 13	6	2,1%	Störungen durch Sedativa oder Hypnotika
- F 19	8	2,9%	Störungen durch multiple Substanzen
F 2	16	5,7%	schizophrene und wahnhafte Störungen
F 3	48	17,1%	affektive Störungen
- F 30,31	9	3,2%	manische Episoden und bipolare affektive Störungen
- F 32	22	13,9%	depressive Episoden
- F 33	5		Rezidivierende depressive Störungen
- F 34.1	12		Dysthymia
F 4	57	20,4%	Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen
- F 40, F41	9	3,2%	phobische und andere Angststörungen
- F 43	44	15,7%	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen
- F 45	3	1,1%	Somatoforme Störungen
- F 48	1		Andere neurotische Störungen
F 5	1	0,4%	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
F 6	3	1,2%	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen**
F 90.0	1	0,4%	Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung
Keine	18	6,4%	
N gesamt	280	100,0%	

* Unter *Organische Psychische Störungen* wurden folgende ICD-10-Kategorien zusammengefasst: Delir, nicht durch Alkohol oder psychotrope Substanzen bedingt; andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung des Gehirns, oder einer körperlichen Erkrankung; organische Persönlichkeits- oder Verhaltensstörung.

** Bei 13 Patienten (4,6%) wurde eine Persönlichkeitsstörung als weitere Diagnose zusätzlich verschlüsselt vgl. Anm. zu Tab. 4.2.12).

Tab. 4.2.12 New York - Psychiatrische Diagnosen (nach DSM-III-R)

Erstdiagnosen	N
Demenzen	10 (2,3%)
Organisch bedingte psychische Störungen	141 (33,1%)
Durch psychotrope Substanzen bedingte hirnorganische Störungen	22 (5,2%)
Störungen durch psychotrope Substanzen	39 (9,2%)
Schizophrenie, Paranoide Syndrome	23 (5,4%)
Bipolare Störungen	3 (0,7%)
Depressive Störungen	29 (6,0%)
Angst-, somatoforme, Schlafstörungen etc.	41 (8,8%)
Anpassungsstörungen	74 (15,3%)
Persönlichkeitsstörungen*	17 (3,5%)
Minderbegabung, Impulskontrollverlust	1 (0,2%)
Andere	11 (2,6%)
Patienten die lediglich einen V-Code erhielten**	42 (8,7%)
Keine psychiatrische Diagnose	30 (6,2%)
Gesamt	483 (100%)
<i>Persönlichkeitsstörungen (zusätzlich codiert auf Achse II)</i>	<i>67 (13,9%)</i>

Anmerkungen

* Wegen der restriktiven Vorgabe wurde im Rahmen der ECLW-Studie die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung nur selten vergeben. Der New Yorker Konsildienst war dagegen – entsprechend der multiaxialen Perspektive des DSM-III-R - angehalten, grundsätzlich diese Diagnose in Erwägung zu ziehen. Eine ggf. intensivere Beobachtung bzw. Exploration der Patienten bei insgesamt höherem Zeitaufwand pro Konsilepisode bzw. häufigeren Nachfolgekontakte dürften ebenfalls die Möglichkeit des New Yorker Konsildienstes, eine Persönlichkeitsstörung zu diagnostizieren, erhöht haben. Vor diesem Hintergrund wurde auf einen Vergleich dieser Diagnosekategorie zwischen beiden Konsildiensten verzichtet.

**Während in der ECLW-Studie V-Kodierungen (für Zustände, die nicht einer psychischen Störung zuzuschreiben sind, aber Anlaß zur Beobachtung oder Behandlung geben) zusätzlich zu einer psychiatrischen Diagnose verschlüsselt wurden, werden im Microcares-Dokumentationssystem, entsprechend den Vorgaben des DSM-III-R (1989, S.433), V-Codes ggf. auch als (alleinige) V-Code-Diagnose auf Achse I verschlüsselt (Strain et al. 1998). Wegen unterschiedlicher Kodierungsvorgaben wird in dieser Arbeit auf einen Vergleich der V-Kodierungen verzichtet.

Tab. 4.2.13 Dauer der Konsultation (in Minuten) und Folgekontakte

	Berlin	New York	Berlin vs. New York
Zeitaufwand für gesamte Konsilepisode (Minuten) (Erst- und Folgekontakte)	71,5 (SD 35,4) (Min. 20 – Max. 255)	187 min (SD 161,0) (Min. 92 - Max. 315) *	
Erstkonsultation	57,1 (SD 17,1) (Median 60,0 Min.) (10 - 120 Min.)	<i>(nur kategorial erfaßt)</i>	
-- < 1 h	125 (44,6%)	14 (2,9%)	$\chi^2=$ 315,569 df=4 p = .000
-- 1-2 h	153 (54,6%)	150 (31,1%)	
-- 2-3 h	2 (0,7%)	82 (17,0%)	
-- 3-4 h	--	90 (18,6%)	
-- > 4 h	--	74 (15,3%)	
Patienten mit Folgekontakten (Anteil in %)			
- kein Folgekontakt	203 (72,5%)	74 (18%)	FI = 292.098 df=10 p = .000
- ein	53 (18,9%)	60 (14,6%)	
- zwei	10 (3,6%)	44 (10,7%)	
- drei	7 (2,5%)	55 (13,3%)	
- vier	3 (1,1%)	42 (10,2%)	
- fünf	2 (0,7%)	36 (8,7%)	
- sechs	1 (0,4%)	14 (3,4%)	
- sieben	1 (0,4%)	7 (1,7%)	
- acht	----	24 (5,8%)	
- neun bis 20	----	46 (11,2%)	
- 21 bis 40 (max.)	----	9 (2%) (n=411)	
Zeitdauer Folgekontakte			
- Keine	203 (72,5%)	74 (18,4%)	FI = 95,776 df=4 p = .000
- < 15 min	8 (2,9%)	128 (31,8%)	
- 15 – 30 min	33 (11,8%)	176 (43,7%)	
- 31 – 60 min	36 (12,9%)	22 (5,5%)	
- > 60 min	---	3 (0,7%) (n=403)	
Ø Zahl Folgekontakte	0,46 (SD 1,0)	4,7 (SD 2,4) Median 3,0	
Ø Dauer Folgekontakte	8,8 min (SD 15,5)	Median 15-30 min	
Zeitaufwand für Supervision**	<i>(im Rahmen klinischer Konferenzen, Zeit nicht gesondert erfaßt)</i>	45 Minuten (Median)	

* Schätzwert (gebildet aus Mittelwert der Kategorien, d.h. für eine Zeitdauer von z.B. "2-3 h" wurden 2,5h angesetzt) (zur Reliabilität der Zeitmessung mit der Microcares-Dokumentation vgl. Lyons et al. 1989)

** Nur für Mount Sinai Hospital: fallbezogene Supervision der Assistenzärzte (Rotanden im Konsildienst) durch Fachärzte (attendings) und Leiter der Division of BMC

Tab. 4.2.14. Diagnostik

	Berlin	New York	
Labor, EEG, andere apparative Diagnostik	142 (52,9%)	194 (42,6%)	$\chi^2 = 6,375$ df=2 p = .04
Fachärztliche Konsile (nicht-psychiatrisch)	29 (10,4%)	65 (14,6%)	n.s. (p = .099)
Psychometrische Tests	10 (3,6%)	43 (9,6%)	$\chi^2 = 9,271$ df=1 p=.002

%-Angaben jeweils bezogen auf N ges. (Mehrfachnennungen möglich)

Tab. 4.2.15 Informationsgewinnung von externen Quellen

	Berlin	New York
Anteil Patienten mit Informationsgewinnung von externen Quellen	115 (41,1%) # (39/76)*	248 (51,3%) #
(Haus-)Ärzte oder ambulante Sozialdienste	56 (21,1%) (3/54)*	-----
Nervenärzte/Psychotherapeuten	38 (17,9%) (12/26)*	-----
Familienangehörige	76 (35%) (22/54)*	-----
Andere	2 (0,7%)	-----
N	280	450

$\chi^2 = 13.609$, df=1, p = .000

*In Klammern wird der Anteil der vom Konsiliar selber durchgeführten Information im Verhältnis zu den dem Stationsarzt empfohlenen Kontaktaufnahmen aufgeführt.

Tab. 4.2.16 Veranlassung nicht-ärztlicher Mitbetreuung durch den Konsiliar

	Berlin	New York
<i>Anteil Patienten die bereits vor der psychiatrischen Konsultation durch nichtärztliche Dienste mitbetreut wurden</i>	84 (30%)	-----
- davon Sozialdienst	45 (16,1%)	-----
<i>Anregung einer Mitbetreuung</i>	129 (46,1%)*	178(36,9%)*
- davon Sozialdienst	73 (26,1%)	-----
- - davon Neuüberweisungen zum Sozialdienst	33 (11,8%)	-----
- Physiotherapie	64 (22,9%)	-----
N	280	446

* $\chi^2 = 2,814$ df=1 p = .093

Tab. 4.2.17 Interventionen (I) – Psychische Behandlung

Berlin	
Empfohlen insges. bei n Patienten	276 (98,6%)*
New York	
Empfohlen insges. bei n Patienten	410 (84,9%)*
Verhaltensbezogene Interventionen (Aktivieren, Mobilisieren etc.)	119 (24,6%)
Psychologische Interventionen (Psychotherapie, Edukation etc.)	379 (78,5%)
Beeinflussung äußerer Gegebenheiten (Verlegung des Patienten in anderes Zimmer, Beobachtung etc.)	117 (24,2%)
Unterstützung der Familie (Beratung etc.)	164 (34%)

(Mehrfachnennungen möglich)

* Vergleich Berlin - New York: $\chi^2=36,587$ df=1 p=.000

Tab. 4.2.18. Interventionen (II) - Verordnung von Psychopharmaka

	Berlin	New York	χ^2
Anteil psychopharmakotherapeutisch behandelter Patienten insges.	160 (57,1%)	187 (39,0%)	
- Frauen (% aller Frauen)	66 (55,9%)*	91 (36,8%)**	$\chi^2=11,872$ df=1 p=.001
- Männer (% aller Männer)	94 (58,0%)*	97 (41,2%)**	$\chi^2=10,833$ df=1 p=.001
Substanzgruppe (Mehrfachnennungen möglich)			
Verordnungen insges.	178	235	
Antidepressiva (% aller Verordnungen)	77 (43,3%)	32 (13,6%)	$\chi^2=63,077$ df=1 p=.000
Neuroleptika	68 (38,2%)	128 (54,5%)	n.s.
Benzodiazepine	15 (8,4%)	62 (26,4%)	$\chi^2=10,928$ df=1 p=.000
Andere §	18 (10,2%)	3 (1,3%)	

§ in Berlin vorwiegend Clomethiazol, in New York z.B. Barbiturate und Antihistaminika

*/** Unterschiede zwischen mit * bzw. mit ** markierten Werten jeweils n.s.

Tab. 4.2.19. Verordnung von Psychopharmaka nach Häufigkeit von Zielsymptomen (nur für den Konsildienst am RVK)

	Antidepressiva	Neuroleptika
Patienten insges. mit Verordnung von Antidepressiva bzw. Neuroleptika	77	68
Indikation (Anteil an Verordnungen der jeweiligen Substanzgruppe in %)	antidepressiv 62 (80,5%)*	antipsychotisch 38 (55,9%)*
<i>Darunter Anzahl der Zielsymptome</i>		
1	8 (12,9%)	13 (34,2%)
2	25 (40,3%)	15 (39,5%)
≥ 3	29 (46,8%)	10 (26,3%)

* $\chi^2 = 8.870$, $df=3$, $p = .031$

Tab. 4.2.20. Planung des Entlassungstermins

	Berlin	New York	
Nein	187 (66,8%)	380 (85,2%)	$\chi^2 = 34,107$ $df=1$ $p = .00000$
Ja, Beteiligung des Konsiliars	93 (33,2%)	66 (14,8%)	
- davon Beschleunigung	5 (1,8%)	51 (10,6%)	
- Verzögerung	5 (1,8%)	15 (3,1%)	
- Planung	83 (29,6%)	---*	

* Planung in New Yorker Dokumentation (Microcares) nicht separat erfasst.

Tab. 4.2.21 Weiterbehandlung nach der Entlassung

	Berlin	New York
Entlassung nach Hause	219 (78,2%)	253 (66,9%)
Weitere stationäre Behandlung*	61 (21,8%)*	49 (13%)*
- davon Psychiatrisches Krankenhaus oder Abteilung	37 (13,2%)	11 (2,9%)
- Psychiatrisches Pflegeheim	---	1 (0,3%)
- Somatisches Pflegeheim	5 (1,8%)	12 (3,2%)
- Rehabilitationseinrichtung	9 (3,2%)	6 (1,6%)
- anderes Allgemeinkrankenhaus	4 (1,4%)	4 (1,1%)
- anderes	---	15 (3,9%)
- unbekannt / trifft nicht zu	---	76 (20,1%)
Empfehlung weiterer psychologisch-psychotherapeutischer ambulanter Behandlung	(n=280)	(n=454)
insges.**	132 (47,1%)	195 (43,0%)
- Hausarzt	76 (27,1%)	nv
- fachspezifisch psychiatrisch-psychotherapeutisch	49 (17,5%)	nv
-- davon eigene Poliklinik	12	nv
-- niedergelassene Nervenärzte und Psychotherapeuten	37	nv
N	280	454

* Wegen der hohen Zahl von unbekanntem Status bzw. missing data (n = 133) für Mount Sinai wurde keine vergleichende Statistik durchgeführt.

** Unterschied Berlin - New York n.s.

Tab. 4.2.22

Somatopsychische Komorbidität

Gruppe I: Keine somatische Diagnose, eine bis drei psychiatrische Diagnosen,
Gruppe II: Keine psychiatrische, eine bis drei somatische Diagnosen,
Gruppe III: je eine somatische und psychiatrische Diagnose,
Gruppe IV: eine somatische und zwei oder drei psychiatrische Diagnosen,
Gruppe V: eine psychiatrische und zwei oder drei somatische Diagnosen,
Gruppe VI: jeweils zwei oder drei somatische *und* psychiatrische Diagnosen

Gruppe		I	II	III	IV	V	VI	
n	Berlin	11 (3,9%)	18 (6,4%)	86 (30,7%)	41 (14,6%)	79(28,2%)	44(15,7%)	$\chi^2=22.732$ df=5 p=.001 [†]
	New York [□]	9 (1,9%)	65 (13,5%) [‡]	102 (21,1%)	77 (15,9%)	117(24,2%)	108(22,4%)	
Alter (Jahre)	Berlin	54,8 (SD 11,5)	48,2 (SD 21,7)	48,3 (SD 20,5)	47,5 (SD 19,2)	58,1 (SD 19,9)	49,3 (SD 17,9)	n.s.
	New York	38,6 (SD 16,6)	46,4 (SD 19,1)	48,1 (SD 17,4)	43,8 (SD 14,4)	55,2 (SD 18,3)	48,8 (SD 16,7)	
Frauen	Berlin	8 (72,7%)	11 (61,1%)	47 (54,7%)	27 (65,9%)	44 (55,7%)	24 (54,5%)	n.s.
	New York	6 (66,7%)	39 (60,0%)	53 (53%)	36 (46,8%)	62 (53%)	47 (43,9%)	
GAF (SD)	Berlin* (Erstkonsil)	51 (7,1)	71(18)	51 (18,6)	53 (14,3)	55 (13,9)	54 (14,6)	Unterschiede für alle Gruppen signifikant (p<.005)
	Berlin** (Höchstwert)	75 (10,4)	83 (8,6)	78 (9,7)	75 (9,7)	75 (8,3)	74 (10,4)	
	New York (Höchstwert)#	59 (11,4)	71 (16,6)	64 (15,6)	60 (12,5)	63 (15,7)	58 (16,1)	
Verordnung von Psychopharmaka								
	Berlin***	9 (82%)	1 (5,6%)	49 (57%)	24 (58,5%)	50 (63,3%)	27 (61,4%)	
	New York ###	4 (44,4%)	4 (6,2%)	41 (40,2%)	38 (49,4%)	43 (36,8%)	58 (53,7%)	

[□] *New York:* 5 Patienten, die weder eine somatische noch eine psychiatrische Diagnose erhielten, wurden nicht berücksichtigt.

[‡] *New York:* *Gruppe II* enthält sowohl Patienten ohne psychiatrische Diagnose als auch Patienten mit V-Code-Diagnosen (vgl. Tab. 4.2.12, *Anmerkungen*)

Berlin: * F = 4,982 df=5 p = .000
 ** F = 3,545 df=5 p = .004
 *** FI = 24,984 df=5 p = .000 (*Tukey's-Post-Hoc-Tests*)

New York: # F = 6.460 df=5 p = .000
 ### FI = 49,901 df=5 p = .000

Psychopharmaka: Statistisch signifikante Unterschiede zwischen Berlin und New York für Gruppe III ($\chi^2 = 5,265$; df=1; p = .022) und Gruppe V ($\chi^2 = 13,320$; df=1; p = .000).

Tab. 4.2.23 Psychosoziales Funktionsniveau (GAF) vor der stationären Behandlung und beim Erstkonsil in Abhängigkeit von der psychiatrischen Komorbidität

GAF	Alle Patienten	Anzahl psychiatrischer Diagnosen				
		Keine	1	2	3	≥ 4
Berlin (n)						
<i>Vorjahr</i>						
- Höchstwert*	77 (SD 9,6)	83 (SD 8,6)	77 (SD 9,2)#	75 (SD 9,8)#	73 (SD 10,3)#	
- niedrigster Wert **	60 (SD 15,4)	75 (SD 12,6)	60# (SD 15,7)	58# (SD 12,3)	50 (SD 17,0)	
<i>Erstkonsil</i> ***	54 (SD 16,3)	71 (SD 18,01)	53# (SD 16,3)	54# (SD 14,2)	50# (SD 14,07)	
New York (n)						
<i>Vorjahr</i> (Höchstwert)*	63 (SD 15,8)	72 (SD 16,3)	64# (SD 16,4)	61# (SD 14,9)	58 (SD 14,0)	59# (SD 15,1)

Tukey's post-hoc-tests: Signifikanzniveaus, die sich nicht voneinander unterscheiden, sind mit der gleichen Anzahl von # gekennzeichnet.

Berlin: *F=4.604, p = .004 **F=8.912, p =.000 ***F=7.626, p = .000 (statistisch signifikant ist der Unterschied jeweils zwischen keine psychiatrische Diagnose vs. eine oder mehr psychiatrische Diagnosen)

New York: * F = 7,142 p= .000

Tab. 4.2.24 Weiterführende Diagnostik (nur für Konsildienst am RVK in Berlin)

	Keine Diagnostik	Nur EEG	EEG und Labor	Fachärztl. Konsile	Gsamt
N	132 (47,1%)	83 (29,6%)	27 (9,6%)	29 (10,4%)	271 §
<i>Somatische Diagnosen*</i>					
- Keine	5 (50%)	2 (20%)	1 (10%)	2 (20%)	10
- 1	80 (59,7%)	33 (24,6%)	10 (7,5%)	11 (8,2%)	134
- 2	36 (40,9%)	32 (36,4%)	9 (10,2%)	11 (12,5%)	88
- 3	11 (28,9%)	16 (42,1%)	6 (15,8%)	5 (13,2%)	38
<i>Somatopsychische Komorbidität #</i>					
I	5 (50%)	2 (20%)	1 (10%)	2 (20%)	10
II	11 (64,7%)	4 (23,5%)	--	2 (11,8%)	17
III	52 (62,7%)	17 (20,5%)	8 (9,6%)	6 (7,2%)	83
IV	19 (47,5%)	16 (40,0%)	2 (5,0%)	3 (7,5%)	40
V	25 (32,5%)	31 (40,3%)	10 (12,9%)	11 (14,3%)	77
VI	20 (46,5%)	13 (30,2%)	5 (11,6%)	5 (11,6%)	43

(§ 9 Patienten, bei denen lediglich Labordiagnostik empfohlen wurden, sind nicht berücksichtigt)

* Keine Diagnostik vs. irgendeine: $\chi^2=14,565$ df=3 p=.002# $\chi^2 = n.s.$

Tab. 4.2.25 LOS und LAGTIME (in Tagen) (I) - Somatische bzw. psychiatrische Komorbidität

	Berlin (n=280)		New York (n=483)		Berlin vs. New York
	LOS	LAGTIME	LOS	LAGTIME	
<i>Durchschnittliche Verweildauer des Krankenhauses (1991/1992)</i>	12,8 Tage am RVK	----	8,9 Tage am MHS	----	
Konsilpatienten insges. (SD)	32,4 (35,9)	12,8 (13,5)	26,6 (53,4)	14,6 (39,0)	n.s.
- Männer ° (SD)	33,2 (39,8)	14,0 (14,7)	27,4 (50,4)	12,7 (30,2)	n.s.
- Frauen° (SD)	31,8 (33,0)	11,9 (12,6)	26,0 (56,4)	16,4 (46,1)	
Somatische Komorbidität* (SD)					s.u.
- keine	20,1 (8,1)	7,2 (5,4)	9,8 (10,1)	1,7 (1,6)	
- 1	26,2 (28,4)	10,7 (11,7)	18,8 (38,4)	12,6 (31,9)	
- 2	37,9 (40,7)	15,0 (15,1)	27,5 (57,6)	14,0 (36,4)	
- 3	45,5 (47,2)	17,0 (15,8)	37,5 (65,0)	21,4 (56,2)	
Psychiatrische Komorbidität # (SD)					s.u.
- keine	33,2 (23,1)	18,8 (15,5)	23,6 (60,0)	15,2 (45,7)	
- 1	33,5 (38,1)	12,9 (13,5)	30,7 (59,1)	16,3 (40,5)	
- 2	32,1(36,0) [†]	12,2 (13,7)	17,4 (16,5) [†]	10,2 (21,7)	
- 3	19,9 (16,0)	7,0 (6,3)	71,5 (12,3)	18,0 (56,9)	

Berlin

° LOS: n.s

Lagtime: n.s.

LOS: F = 4.387 p < .005

Lagtime: F = 3,925 p < .009

LOS: n.s.

Lagtime: F = 2.200 p = .088

New York

° LOS: n.s.

Lagtime: n.s.

*LOS: n.s. (p=.109)

Lagtime: n.s.

LOS: n.s

Lagtime: n.s.

LOS (missings für New York): kein signifikanter Unterschied hinsichtlich Alter und Geschlecht zwischen missings (n=196) und vorhandenen LOS

Berlin vs. New York:

Somatische Komorbidität:

LOS: F = 6.734, df=2, p = .001; Lagtime -

F=2,326, df=2, p=.098, jeweils kein

Interaktionseffekt für "Stadt"

Psychiatrische Komorbidität:

LOS und Lagtime n.s. (bis auf [†], p=.002)

Tab. 4.2.26 LOS und LAGTIME (in Tagen) (II) – Somatopsychische Komorbidität

	Berlin		New York		
	LOS	LAGTIME	LOS	LAGTIME	
Somatopsychische Komorbidität § (Legende vgl. Tab. 4.2.22)					
I	20,1 (SD 8,1) [°]	7,2 (SD 5,4) ^{°°}	9,8 (SD 10,1) [°]	1,7 (SD 1,6) ^{°°}	Keine Unterschiede zwischen Berlin u. N.Y. bis auf: ° (p=.036) °°(p=.00) °°°(p=.04) τ (p=.025)
II	33,2 (SD 23,1)	18,8 (SD 15,5)	23,6 (SD 60,0)	15,2 (SD 45,7)	
III	24,9 ^{°°°} (SD 25,4)	10,1 (SD 10,3)	16,8 ^{°°°} (SD 18,2)	9,5 (SD 15,3)	
IV	27,5 (SD 34,9) ^τ	9,8 (SD 12,6)	12,2 (SD 10,2) ^τ	12,0 (SD 26,8)	
V	44,4 (SD 47,9)	16,6 (SD 16,2)	41,2 (SD 74,9)	23,2 (SD 53,9)	
VI	33,0 (SD 33,7)	13,0 (SD 13,5)	27,0 (SD 49,6)	12,8 (SD 39,4)	
Diagnosegruppen (ICD-10 bzw. DSM-III-R) (SD)					
- F0 bzw. OMS*	42,2(35,8)Ψ	16,8 (13,2)§	32,5 (55,2)Ψ	18,5 (13,2)§	Berlin vs
- Depression (F32 - F34)	22,2(15,0)Ψ	8,3 (10,6)§	19,2 (19,6)Ψ	10,6 (17,6)§	New York
- Anpassungsstörung (F43)	36,8(56,3)Ψ	12,7 (17,7)§	32,2 (57,8)Ψ	14,6 (18,6)§	jeweils n

* OMS = Demenz, OMS (organisch bedingte psychische Störungen), OMS bedingt durch psychotrope Substanzen)

Somatopsychische Komorbidität:

Berlin

LOS: F=3,030 df=5 p = .011

- dabei: I vs. II: t = -2,194 p = .039

vs. V: t = -4,111 p = .000

III vs. V: t = -3,231 p = .002

IV vs. V: t = -1,998 p = .048

Lagtime: F=3,596 df=5 p = .004

- dabei: I vs. II: t = -2,911 p = .008

I vs. V: t = -3,861 p = .000

III vs. V: t = -3,051 p = .003

IV vs. V: t = -2,361 p = .020

New York LOS: $F=2,132$ $df=5$ $p=.062$

Lagtime: $F=1,753$ $df=5$ n.s. ($p=.121$)

Diagnosegruppen:

Ψ Berlin: ANOVA $F=3,708$ $df=2$ $p=.026$; New York: n.s.

§ Berlin: ANOVA $F=5,783$ $df=2$ $p=.004$; New York: n.s.

Tab. 4.2.27 Depression und Anpassungsstörung (I) – Komorbidität und Psychosoziales Funktionsniveau

	Berlin		New York		
	Depression	Anpassungs- störung	Depression	Anpassungs- störung	Depression vs. Anpassungsstö- rung
Patienten (n) (% aller Konsilpatienten)	39 (13,9%)	44 (15,7%)	29 (6,0%)	74 (15,3%)	
Somatische Komorbidität * (%-Angaben im folgenden bezogen auf Anzahl Patienten mit Depression bzw. Anpassungsstörung)					
- keine	6 (15,4%)	1 (2,3%)	1 (3,4%)	1 (1,4%)	Berlin: n.s. (p=.113) NY: n.s.
- 1	16 (41,0%)	25 (56,8%)	16 (55,2%)	27 (36,5%)	
- 2	11 (28,2%)	14 (31,8%)	9 (31,0%)	29 (39,2%)	
- 3	6 (15,4%)	4 (9,1%)	3 (10,3%)	17 (23,0%)	
Somatopsychische Komorbidität ** (Legende vgl. Tab. 4.2.22)					
Gr. I	6 (15,4%)	1 (2,3%)	1 (3,4%)	1 (1,4%)	Berlin: n.s. (p=.099) NY: FI=10,346 df=4 p=.027
Gr. III	9 (23,1%)	18 (40,9%)	5 (17,2%)	18 (24,3%)	
Gr. IV	7 (17,9%)	7 (15,9%)	11 (37,9%)	9 (12,2%)	
Gr. V	13 (33,3%)	10 (22,7%)	6 (20,7%)	31 (41,9%)	
Gr. VI	4 (10,3%)	8 (18,2%)	6 (20,7%)	15 (20,3%)	
Somatische Diagnosen #					
- Neoplasmen	1 (2,8%)	4 (9,3%)	8 (28,6%)	20 (28,2%)	Berlin: n.s. NY: n.s.
- alle anderen somatischen Diagnosen	35 (97,2%)	39 (90,7%)	20 (71,5%)	51 (71,8%)	
GAF (im Jahr vor der Indexbehandlung)					
GAF Höchstwert	75*	83**	61*	68**	
<i>In Berlin: t = -5,234 df=81 p=.000; In New York: t = -2,389 df=100 p=.019</i>					
GAF niedrigster Wert	60	67	nicht vorhanden		
<i>In Berlin: t = -2,812 df=81 p=.006</i>					

Vergleich Berlin vs. New York:

*Depression: Berlin vs. New York n.s.

Anpassungsstörung: FI=6,328 df=3 p=.076

** Depression und Anpassungsstörungen Berlin vs. New York n.s.

#Depression: Berlin vs. New York FI=8,942 df=2 p=.008

Anpassungsstörung: Berlin vs. New York FI=8,250 df=2 p=.014

GAF - Vergleich Berlin vs. New York:

* Depression: Berlin vs. New York t = 5,199 df=66 p = .000

** Anpassungsstörung: Berlin vs. New York t = 7,920 df=115 p = .000

Tab. 4.2.28 Depression und Anpassungsstörung (II) - Psychopharmakotherapie

	Berlin		New York		
	Depression	Anpassungsstörung	Depression	Anpassungsstörung	Depression vs. Anpassungsstörung
Psychopharmakotherapie *					
- nein	11 (28,2%)	25 (56,8%)	14 (48,3%)	59 (79,7%)	Berlin: $\chi^2=6,892$ df=1 p=.009 N.Y.: $\chi^2=9,986$ df=1 p=.002
- ja	28 (71,8%)	19 (43,2%)	15 (51,7%)	15 (20,3%)	
Psychopharmaka #					
- Keine	11 (28,2%)	25 (56,8%)	14 (48,3%)	59 (79,7%)	Berlin: FI=7,243 df=3 p=.052 N.Y.: FI=10,989 df=3 p=.006
- Antidepressiva	18 (46,2%)	11 (25,0%)	12 (41,4%)	13 (17,6%)	
- Neuroleptika	2 (5,1%)	2 (4,5%)	2 (6,9%)	2 (2,7%)	
- Anxiolytika/Sedativa	8 (20,5%)	6 (13,6%)	1 (3,4%)	0 (0,0%)	
GAF (Erstkonsil)					
- Psychopharmaka -- nein	59 (SD 9,8)	64 (SD 11,5)	Nicht vorhanden		Berlin: Univariate Varianzanalyse n.s.
-- ja	57 (SD 9,0)	58 (SD 11,4)			
Anzahl an psychopathologischen Symptomen (Berlin) (n = Patienten, die mit Antidepressiva behandelt wurden)					
- 1	4 (16,0%)	1 (9,1%)	Nicht vorhanden		Berlin: n.s.
- 2	10 (40,0%)	5 (45,5%)			
- 3 und mehr	11 (44,0%)	5 (45,5%)			

Vergleich Berlin vs. New York:

Depression:

Berlin vs. New York: n.s. (p=.09)

Anpassungsstörungen:

Berlin vs. New York $\chi^2=7,062$ df=1 p= .008

Depression:

Berlin vs. New York n.s.

Anpassungsstörung:

Berlin vs. New York FI=12,924 df=3 p=.002

Abschnitt 4.3

Weitere Untersuchungen

4.3.1. Entwicklung der psychiatrischen Konsiliartätigkeit über einen Einjahreszeitraum

Tab. 4.3.1.1 Soziodemographische Variablen

	Tertial I	Tertial II	Tertial III	χ^2
Alter (Jahre) (SD)	52,1 (20,0)	52,7 (19,3)	49,7 (20,3)	n.s.
Geschlecht				
Männer	36,4%	43,5%	45,8%	n.s.
Frauen	63,6%	56,5%	54,2%	
Beruf				
Hausfrau/-mann	23 (26,1%)	8 (9,4%)	6 (5,7%)	FI=23,325 df=6 p= .001
mittlere Angestellte, Facharbeiter, an- und ungelernte Arbeiter	54 (61,4%)	65 (76,5%)	91 (85,8%)	
anderes	8 (9,1%)	9 (10,6%)	9 (8,5%)	

Tab. 4.3.1.2 Überweisungscharakteristika und Schweregrad der somatischen Erkrankung

	Tertial I	Tertial II	Tertial III	χ^2
N ges.	88	85	107	<i>p</i> -Werte werden für Unterschiede zwischen den Tertialen angegeben
Haupt-Überweisungsgründe				n.s.
- Suizidversuch	13 (14,8%)	15 (17,6%)	17 (15,9%)	
- aktuelle psychische Symptome	43 (48,9%)	43 (50,6%)	59 (55,1%)	
- ungeklärte körperliche Symptome	16 (18,2%)	13 (15,3%)	16 (15%)	
- Mißbrauch psychotroper Substanzen	2 (2,3%)	3 (3,5%)	5 (4,7%)	
- andere	14 (15,9%)	11 (12,9%)	10 (9,3%)	
Anfordernde Abteilung (absolute Konsilrate, % bezogen auf n ges. pro Tertial)*				
Allgemeine Innere Medizin	38 (43,2%)	26 (30,6%)	30 (28,0%)	FI = 40,533 df=12 p = .000
Infektiologie	7 (8,0%)	13 (15,3%)	24 (22,4%)	
Kardiologie	3 (3,4%)	8 (9,4%)	8 (7,5%)	
Onkologie	2 (2,3%)	4 (4,7%)	4 (3,7%)	
Gastroenterologie	--	4 (4,7%)	5 (4,7%)	
Chirurgische Abteilungen	13 (14,8%)	18 (21,2%)	27 (25,2%)	
Dermatologie	20 (22,7%)	8 (9,4%)	2 (1,9%)	
Typ der anfordernden Station				
- Intensivstation	15 (17,6%)	20 (23,8%)	24(23,3%)	n.s.
-- innerhalb 1 h oder am selben Tag	11 (73,3%)	14 (70,0%)	15 (62,5%)	
-- Routine	4 (26,7%)	6 (30,0%)	9 (37,5%)	
- Normalstation	70 (82,4%)	64 (76,2%)	79 (76,7%)	$\chi^2 = 11.182$ df=2 p = .004
-- innerhalb 1 h oder selber Tag	6 (8,6%)	20 (31,3%)	20 (25,3%)	
-- Routine	64 (91,4%)	44 (68,7%)	59 (74,7%)	
Status postoperativ	11 (12,5%)	14 (16,5%)	27 (25,2%)	$\chi^2 = 5.534$ df=2 p = .063
Bewußtseinstrübung (RLS85)				
- nein	76 (91,6%)	62 (72,9%)	84(78,5%)	$\chi^2 = 9,919$ df=2 p = .007
- ja	7 (8,4%)	23 (27,1%)	23(21,5%)	
Motilitätsstatus (beim Erstkonsil)				
- keine Einschränkung	47 (53,4%)	31 (36,5%)	50 (46,7%)	n.s.
- noch gehfähig, weniger als 50% bettlägerig	33 (37,5%)	38 (44,7%)	37 (34,6%)	
- > 50% bettlägerig	8 (9,1%)	16 (18,8%)	20 (18,7%)	

* Abteilungen ohne Dermatologie und Infektiologie: n.s. (p=.074); ohne Dermatologie: FI=18,335, df=10, p=.040; ohne Infektiologie: FI=32,482,df=10, p=.000)

Tab. 4.3.1.3 Psychiatrische (ICD-10) und somatische Diagnosen (ICD-9)

	Tertial I	Tertial II	Tertial III	χ^2 *
N ges.	88	85	107	
Psychiatrische Diagnosen				
- Keine	7 (8,0%)	4 (4,7%)	7 (6,5%)	n.s.
- 1 Diagnose	47 (53,4%)	59 (69,4%)	68 (63,6%)	
- 2 Diagnosen	27 (30,7%)	19 (22,4%)	27 (25,2%)	
- 3 Diagnosen	7 (8,0%)	3 (3,5%)	5 (4,7%)	
Psychiatrische Diagnosen (nach ICD-10) **				
F0	28 (31,8%)	27 (31,8%)	43 (40,2%)	$\chi^2=25.943$, df=10, p=.004 #
F1	6 (6,8%)	17 (8,2%)	13 (12,1%)	
F2	6 (6,8%)	6 (7,1%)	4 (3,7%)	
Depression #	14 (15,9%)	15 (17,6%)	10 (9,3%)	
Anpassungsstörungen #	9 (10,2%)	12 (14,1%)	23 (21,5%)	
Andere	25 (28,4%)	8 (9,4%)	14 (13,1%)	
Psychosoziales Funktionsniveau (GAF)				
- Höchstwert (Vorjahr)	77 (SD 10,1)	75 (SD 9,2)	77 (SD 9,0)	n.s.
- niedrigster Wert (Vorjahr)	63 (SD 14,4)	61 (SD 14,1)	60 (SD 13,6)	n.s.
- Erstkonsil	59 (SD 17,2)	52 (SD 15,3)	54 (SD 15,3)	F= 3.269, p= .040*
Somatische Diagnosen (nach ICD-9)				
- Keine	4 (4,5%)	5 (6,0%)	2 (1,9%)	n.s.
- 1 Diagnose	38 (43,2%)	44 (52,4%)	57 (53,3%)	
- 2 Diagnosen	31 (35,2%)	26 (31,0%)	33 (30,8%)	
- 3 Diagnosen	15 (17,0%)	9 (10,7%)	15 (14,0%)	
Störungen des ZNS (% aller Konsilpatienten)				
	34 (38,6%)	38 (44,7%)	40 (37,4%)	n.s.

* p-Werte werden für Unterschiede zwischen den Tertialen angegeben

** Aufgeführt sind die fünf häufigsten ICD-10-Erstdiagnosen.

Depression vs. Anpassungsstörungen: $\chi^2=6,263$, df=2, p=.044; Depression und Anpassungsstörungen vs. alle anderen F-Kategorien: n.s.

Tab. 4.3.1.4

Konsiliarpsychiatrische Interventionen

	Tertial I	Tertial II	Tertial III	χ^2 *
N ges.	88	85	107	
Weiterführende Diagnostik	41(46,6%)	50 (58,8%)	53 (53,3%)	n.s.
Empfehlung Mitbetreuung durch				
- Sozialdienst	15 (17%)	28 (33%)	30 (28%)	$\chi^2 = 6.015$ df=2 p = .049
- Vorbestehende Betreuung durch Sozialdienst beim Erstkonsil	12 (14,1%)	17 (20,5%)	16 (15,2%)	n.s.
Informationsgewinnung durch				
- somatisch-medizinische Quellen	12 (13,6%)	7 (8%)	9 (8,4%)	n.s.
- psychiatrisch-psychotherapeutische Quellen	5 (5,7%)	16 (18,8%)	17 (15,9%)	FI = 7.948 df=4 p = .082
- Familienangehörige	13 (14,8%)	17 (20%)	24 (22,4%)	n.s.
Psychologische Interventionen (<i>Mehrfachnennungen möglich</i>)				
- ausschließlich patientenbezogen	16 (18,2%)	1 (1,2%)	4 (3,7%)	FI = 39.776 df=18 p = .000
- Patient <i>und</i> Stationsteam	60 (68,2%)	75 (88,2%)	83 (84,1%)	
- <i>zusätzlich</i> Familienangehörige	3 (4,5%)	7 (9,5%)	8 (8,4%)	
<i>Änderung einer vorgestehenden Medikation</i>	23 (26,1%)	25 (29,4%)	26 (24,3%)	n.s.
Verordnung von Psychopharmaka (n Patienten)	56 (63,6%)	52 (61,2%)	52 (48,6%)	$\chi^2 = 5.270$ df=2 p = .072
- Neuroleptika	17 (19,3%)	31 (36,5%)	20 (18,7%)	$\chi^2 = 9.865$ df=2 p = .007
- Antidepressiva	36 (40,9%)	20 (23,5%)	21 (19,6%)	$\chi^2 = 11.936$ df=2 p = .003
- F3 (<i>Anteil Patienten, die mit Antidepressivum behandelt wurden</i>) (%)	10 (71,4%)	8 (53,3%)	7 (70,0%)	n.s.
- F43.2 (<i>Anteil Patienten, die mit Antidepressivum behandelt wurden</i>) (%)	5 (55,6%)	4 (33,3%)	2 (8,7%)	FI=8,011 df=2 p=.016
(Mit-)Planung des Entlassungsdatums	21 (23,9%)	24 (28,2%)	38 (35,5%)	n.s.

*p-Werte werden für Unterschiede zwischen den Tertialen angegeben

Tab. 4.3.1.5

LOS und LAGTIME (in Tagen)

	Tertial I	Tertial II	Tertial III	#	Einjahres-Zeitraum
N gesamt = 280 Patienten	88	85	107		
LOS (SD)	36,3 (42,7)	29,6 (30,6)	31,4 (33,7)	n.s.	32,4 (SD 35,9)
Median	24,5	25	22		
- Frauen	35,4 (38,5)	27,0 (24,5)	32,3 (33,4)	n.s.	31,8 (SD 33,0)
- Männer	38,0 (50,0)	33,0 (37,1)	30,2 (34,4)		33,2 (SD 39,8)
LAGTIME	8	8	7		
-- Median					
-- arithmetisches Mittel (SD)	13,1 (14,3)	12,2 (13,1)	13,0 (13,3)	n.s.	12,8 (SD 13,5)
---- Frauen	11,9 (12,3)	11,3 (13,0)	12,5 (12,8)	n.s.	11,9 (SD 12,6)
---- Männer	15,2 (17,3)	13,5 (13,3)	13,6 (14,0)		14,0 (SD 14,7)
LOS (ohne Suizidenten) (n=235)(SD)	39,0 (43,2)	33,4 (31,5)	33,4 (32,9)	n.s.	35,2 (SD 36,1)
LAGTIME (ohne Suizidenten)	14,9 (SD 14,7)	13,8 (SD 13,2)	14,8 (SD 13,6)	n.s.	14,5 (SD 13,8)
- Männer	16,7	15,2	15,0	n.s.	
- Frauen	13,8	12,8	14,6		
- Allgemeine Innere Medizin (SD)	12,4 (11,4)	11,4 (8,9)	14,6 (12,5)	n.s. (ANOVA Abteilung [3] * Tertial [3])	12,8 (11,1)
- Kardiologie (SD)	24,0 (31,3)	10,0 (7,0)	13,0 (18,3)		12,7 (17,0)
- Infektiologie (SD)	21,6 (25,8)	9,9 (12,2)	17,1 (14,0)		15,5 (15,8)
Konsilanforderungen (ohne Suizidpatienten, n=235) (Anteil in %)					
- 0. - 1. Tag der Behandlung	7 (9,3)	6 (8,6)	6 (6,7)	n.s.	19 (8,1)
- 2. - 7. Tag	24 (32,0)	23 (32,9)	35 (38,9)		82 (34,9)
- 8. - 14. Tag	14 (18,7)	15 (21,4)	16 (17,8)		45 (19,1)
- 15. - 21. Tag	11 (14,7)	13 (18,6)	10 (11,1)		34 (14,5)
- ab 22. Tag	19 (25,3)	13 (18,6)	23 (25,6)		55 (23,4)

p-Werte werden für Unterschiede zwischen den Tertialen angegeben

4.3.2. Welche Faktoren beeinflussen *Lagtime* und LOS von Konsilpatienten?

Tab. 4.3.2.1 *Lagtime* - Variablen

Variable	Kategorien*
Art der überweisenden Station (V10)	Intensivstation = 1, Normalstation = 2
Dringlichkeit (V13)	Routine = 1, Noch am Tag der Anmeldung = 2, Sofort (innerhalb einer Stunde) = 3
Hauptgrund für die Überweisung (V15)	ungeklärte körperliche Symptome = 2, Substanzmißbrauch = 4, aktuelle psychische Symptome = 5 **
Alter bei stationärer Aufnahme	Jahre
Psychosoziale Funktionsfähigkeit beim ersten Konsilkontakt (GAF) (V32)	1 (z.B. anhaltende Unfähigkeit, die minimale persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten) bis 90 (keine oder nur minimale Symptome)
Sozialdienst beim ersten Konsil bereits mit dem Patienten befaßt (V34_01)	Ja = 1, Nein = 2

* Die vollständige Listung der Kategorien der einzelnen Variablen für die folgenden Analysen von *Lagtime* und LOS befindet sich in der ECLW Registration Form V2 (ICD-10) (Anhang I).

** aufgeführt werden die häufigsten Überweisungsgründe (ohne Suizidenten)

Tab. 4.3.2.2. *Lagtime (ohne Suizidenten)* (I)

Variable	Einjahreszeitraum	1. Tertial	2. Tertial	3. Tertial
Hauptüberweisungsgrund	F= 6,875 β= .209	F= 8,368 β= -,363	F= 7,732 β= ,322	F= 6,254 β= ,266
Dringlichkeit des Konsils	F= 8,686 β= .209	F= ,483 β= --	F= 15,832 β= ,500	F= 3,233 β= ,201
Art der überweisenden Station	F= 2,276 β= -.107	F= 8,539 β= -,374	F= ,987 β= -,121	F= 1,529 β= -,137
Alter bei Aufnahme	--	F= 5,451 β= ,294	--	--
GAF beim Erstkonsil	--	F= 3,966 β= ,241	F= 3,620 β= -,245	--

Tab. 4.3.2.3 Lagtime (II) - Korrelationen

Korrelation	Korrelationskoeffizient*			
	Einjahres- zeitraum	1. Tertial	2. Tertial	3. Tertial
Dringlichkeit * GAF beim Erstkontakt	.295	.332	.421	.155
Art der überweisenden Station * GAF beim Erstkontakt	.266	.203	.326	-.272
Art der überweisenden Station * Alter bei Aufnahme	.221	.196	.294	-.185
Art der überweisenden Station * Dringlichkeit	.212	.491	.109	-.152
Dringlichkeit * Alter bei Aufnahme	.157	.218	-.171	.336
Hauptüberweisungsgrund * Dringlichkeit	--	-.294	-.046	-.050
Hauptüberweisungsgrund * Alter bei Aufnahme	--	.273	.293	.040
Hauptüberweisungsgrund * GAF beim Erstkontakt	--	-.331	-.023	-.134

*Korrelationen der transformierten Prädiktoren

Tab. 4.3.2.4 LOS - Variablen I: Konsiliarpsychiatrische Aktivitäten

Variable	Kategorien
Diagnostik (V46_01)	Ja=1, nein=2
Beginn einer Psychopharmakotherapie (V49)	Ja=1, nein=2
Überweisung zum Sozialdienst (V55_03)	Nein=1, ja=2
Beeinflussung des Entlassungsdatums (V60)	Beschleunigen=1, Verzögern=2, Planung=3, Keine Beeinflussung=4
Änderung einer vorbestehenden Medikation (V50_15)	Ja=1, Nein=2
Beeinflussung der medizinischen Behandlung (V48)	Erhöhung=1, Verminderung=2, Keine Einflußnahme=3
Befragung externer Informationsquellen (V47_01)	Ja=1, Nein=2

Tab. 4.3.2.5 LOS - Variablen II: Patientenbezogene Variablen

Variablen	Kategorien
Reaktionsniveau beim Erstkonsil (RLS 85) (V31)	Wach=1, somnolent oder Verwirrt=2, stuporös oder sehr verwirrt=3
Beeinträchtigung des ZNS (V39_04)	Nein = 1, ja =2
Motilitätsstatus beim Erstkonsil (V33)	Keine Beeinträchtigung=1; Beschwerden, aber gehfähig = 2, bis 100% bettlägerig = 7
Psychosoziales Niveau beim Erstkonsil (GAF) (V32)	1 (schwer beeinträchtigt) – 90 (Keine oder nur minimale Beeinträchtigung)
Alter bei Aufnahme	In Jahren
Wohnsituation bei Aufnahme (V20) ("allein")	Allein = 1, nicht allein (z.B. mit Partner, in einem Heim etc.) = 2
Art der Station (V10)	Intensivstation = 1, Normalstation = 2
Verlegung in andere stationäre Einrichtung (V63) ("zurück")	Entlassung in die eigene Wohnung = 1, Anderes = 2 (som. oder psych. Pflegeheime, Rehabilitation, Psychiatrisches Krankenhaus)
Somatische Komorbidität (mehr als eine somatische Diagnose)	Ja=1, nein=2
Psychiatrische Diagnosen	F0 = 1, Andere = 2
Quotient <i>Rftime</i> (<i>Lagtime/Los</i>)	numerisch
Sozialdienst bereits beim Erstkonsil tätig (V34_01)	Ja = 1, nein = 2

Tab. 4.3.2.6 Einflußgrößen auf die LOS

Variable	Einjahreszeitraum	1. Tertial	2. Tertial	3. Tertial
<i>Motilitätsstatus beim Erstkonsil</i>	F= 13,173 β= .248	F= .470 β= --	F= ,561 β= -.118	F= 19,941 β= .404
<i>Zurück in die eigene Wohnung / Verlegung in andere stationäre Einrichtung</i>	F= 10,066 β= -.221	F= 5,012 β= .393	F= ,342 β= --	F= 14,940 β= .394
Wohnsituation bei Aufnahme	F= -- β= --	F= 3,401 β= -.260	F= 5,341 β= .366	F= -- β= --
Quotient Rftime	F= 7,570 β= -.180	F= 5,311 β= -.333	F= -- β= --	F= -- β= --
<i>Beeinflussung des Entlassungsdatums</i>	F= 3,975 β= -.130	F= -- β= --	F= 5,460 β= .420	F= 26,720 β= .592
<i>Beeinflussung des Ausmaßes medizinischer Behandlung</i>	F= -- β= --	F= -- β= --	F= -- β= --	F= 19,575 β= .505
Somatische Komorbidität	F= 5,115 β= -.146	F= 2,429 β= .240	F= ,325 β= ---	F= 12,317 β= .292
Psychiatrische Komorbidität	F= 1,822 β= -.103	F= ,365 β= .100	F= -- β= --	F= 3,687 β= .189
GAF beim Erstkonsil	F= 3,179 β= .149	F= 3,772 β= .329	F= ,238 β= -,112	F= ,261 β= --
Reaktionsniveau beim Erstkonsil (RLS85)	F= 2,157 β= .111	F= 2,535 β= .295	F= -- β= --	F= -- β= --
Überweisung zum Sozialdienstes	F= 2,323 β= -.134	F= -- β= --	F= 2,447 β= .329	F= -- β= --
Sozialdienst bereits beim Erstkonsil tätig	F= -- β= --	F= -- β= --	F= 1,124 β= .245	F= 4,596 β= .237

Anhang II: Untersuchungsinstrumente

Die Konsultationsepisoden für das Mount Sinai Hospital in New York City wurden mit dem *Micro-Cares Consortium Psychiatric Consultation Questionnaire* (MICRO-Cares Consortium 1992) dokumentiert, im Rudolf Virchow-Klinikum der Freien Universität Berlin wurde die *Patient Registration Form V2* der *European Consultation-Liaison Workgroup* (ECLW 1990a,b) eingesetzt.

Micro-Cares Consortium Psychiatric Consultation Questionnaire

Patient Registration Form V2 der ECLW (PRF)

Global Assessment of Functioning Scale (GAF)

MICRO-CARES™ CONSORTIUM PSYCHIATRIC CONSULTATION QUESTIONNAIRE

INSTRUCTIONS: Please mark the most appropriate choice for each question, except where multiple answers are specifically requested. Print the numbers in the write-in spaces above the corresponding responses.



Proper Mark Improper Marks

SITE CODE		PRACT. CODE		PATIENT NAME (PLEASE PRINT)												DATE OF ADMISSION			DATE OF CONSULT REQUEST		
MO DAY YEAR		MO DAY YEAR														MO DAY YEAR			MO DAY YEAR		
00 11 22 33 44 55 66 77 88 99		00 11 22 33 44 55 66 77 88 99		ADMITTED FROM 1 Home 2 Med. Hosp. or Nursing Home 3 Psych. Hosp. or Institution 4 Undomiciled 5 Other 6 Unknown						BILLING CODE 1 Medicare 2 Commercial/BlueCross 3 Self Pay 4 Workman's Compensation 5 Public Aid/Agency 6 Does not apply 7 Other 8 Unknown						000 111 222 333 444 555 666 777 888 999			000 111 222 333 444 555 666 777 888 999		
PATIENT TYPE 1 Inpatient 2 Outpatient		TIME OF CONSULT REQUEST MO DAY YEAR 000 111 222 333 444 555 666 777 888 999		DATE OF FIRST VISIT MO DAY YEAR 000 111 222 333 444 555 666 777 888 999		TIME OF FIRST VISIT 00 11 22 33 44 55 66 77 88 99		TIME SPENT ON FIRST VISIT 1 None 2 1-14 mins 3 15-30 mins 4 31-60 mins 5 > 60 mins				SEX M Male F Female	REFERRING SERVICE (See Codes P.2) 00 11 22 33 44 55 66 77 88 99		PATIENT NUMBER 000000 111111 222222 333333 444444 555555 666666 777777 888888 999999						
URGENCY 1 Immediate 2 Today 3 Routine 4 Unknown		AGE 00 11 22 33 44 55 66 77 88 99		CURRENT MARITAL STATUS 1 Single/Never Married 2 (Re)Married 3 Separated 4 Divorced 5 Widowed 6 Unknown		RACE/ETHNICITY 1 White 2 Black 3 Oriental 4 Hispanic 5 Other 6 Unknown		RELIGION 1 Protestant 2 Catholic 3 Jewish 4 Other 5 None 6 Unknown		EMPLOYMENT STATUS 1 Full-time 2 Part-time 3 Unemployed 4 Unemp'd (Disabled) 5 Retired 6 Other 7 Unknown 8 Does not apply		EDUCATION (highest level completed) 1 Grad-Prof degree 2 College grad 3 Partial college 4 HS/GED/vo-tech 5 Partial Hi.School 6 Junior High School 7 Less than 7 years 8 Unknown 9 Does not apply									
USUAL OCCUPATION CLASS 1 High executive, large proprietor, major professional 2 Business manager, medium proprietor, lesser professional 3 Administrative personnel, small proprietor, minor professional 4 Clerical & Sales worker, little proprietor, technician 5 Skilled manual employee 6 Machine operator, semi-skilled employee 7 Unskilled or homemaker 8 Student 9 None 10 Unknown																					

PLEASE DO NOT MARK IN THIS AREA

022619

PRIMARY INCOME SOURCE		LIVING WITH		PSYCHIATRIC DIAGNOSIS AXIS I AND II											
				IR = Init/Rule Out						TR = Term/Rule Out					
				IC = Init/Confirmed						TC = Term/Confirmed					
				1		2		3		4		5		6	
				IR	IC	TR	TC	IR	IC	TR	TC	IR	IC	TR	TC
1	Earned (self/spouse)	1	Self only	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	Social Security/Retirement	2	Parent(s) only	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3	Social Security/Disability	3	Parent(s) & minor	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
4	Supplemental Security Income	4	Spouse only	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
5	Public Aid	5	Spouse & minor	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
6	Unemployment compensation benefits	6	Other Adult only	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
7	Family	7	Other Adult & minor	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
8	Savings/Investments	8	Nursing home or institution	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
9	Workmen's Compensation	9	Minor(s) only	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
10	Other	10	Other	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
11	None	11	Unknown	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
12	Unknown	12	Unknown	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

LIFE EVENTS IN LAST YEAR: Answer Y = Yes, N = No, U = Unknown											
1	Serious Med. illness (SELF)	Y	N	U	5	Death of significant other	Y	N	U		
2	Serious Med. illness (SIG. OTHER)	Y	N	U	6	Divorce or separation	Y	N	U		
3	Major Psych. treatment (SELF)	Y	N	U	7	Job loss (SELF OR SIG. OTHER)	Y	N	U		
4	Major Psych. treatment (SIG. OTHER)	Y	N	U	8	OTHER	Y	N	U		

REASONS/PROBLEMS FOR THE CONSULTANT CONSULTEE											
(Check up to 5 per column)											
1	Alcohol problems	1	2								
2	Antisocial acts (lying/crimes)	1	2								
3	Anxiety/fear	1	2								
4	Behavioral management/agitation	1	2								
5	Behavior (strange/unexplained/bizarre)	1	2								
6	Bowel problems	1	2								
7	Child abuse	1	2								
8	Coping problems	1	2								
9	Depression	1	2								
10	Diagnosis (suspected psychological component)	1	2								
11	Drug problems	1	2								
12	Eating disorder	1	2								
13	Ethical issues	1	2								
14	Impaired relationships	1	2								
15	Impaired social performance (school/job)	1	2								
16	Judgment/Informed Consent/AMA	1	2								
17	Organic brain syndrome	1	2								
18	Pain	1	2								
19	Paranoid behavior	1	2								
20	Patient requested consult	1	2								
21	Postpartum condition	1	2								
22	Preoperative evaluation	1	2								
23	Pretransfer evaluation (to another med/surg unit)	1	2								
24	Psychiatric History-nonpsychotic (minor)	1	2								
25	Psychiatric History-psychotic (major)	1	2								
26	Psychotropic medication assessment	1	2								
27	Noncompliant, i.e., refusing tests or treatment	1	2								
28	Reproductive disorders	1	2								
29	Sexual Issues	1	2								
30	Sleeping disorder	1	2								
31	Staff problems	1	2								
32	Suicidal risk/attempt evaluation	1	2								
33	Terminal illness	1	2								
34	Transfer to a psychiatric unit	1	2								
35	Other	1	2								

MEDICAL DIAGNOSIS (ICD-9) AXIS III											
1		2		3		4		5		6	
IR	IC	TR	TC	IR	IC	TR	TC	IR	IC	TR	TC
1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
2	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1
3	2	2	2	3	2	2	2	3	2	2	2
4	3	3	3	4	3	3	3	4	3	3	3
5	4	4	4	5	4	4	4	5	4	4	4
6	5	5	5	6	5	5	5	6	5	5	5
7	6	6	6	7	6	6	6	7	6	6	6
8	7	7	7	8	7	7	7	8	7	7	7
9	8	8	8	9	8	8	8	9	8	8	8
V	9	9	9	V	9	9	9	V	9	9	9

AXIS I	AXIS II	KARNOFSKY RATING SCALE (See Codes P.2)		GLOBAL PSYCH IMPAIRMENT	
		PRE	TERM	PRE	TERM
		0	0	0	0
1	1	1	1	2	2
2	2	2	2	3	3
3	3	3	3	4	4
4	4	4	4	5	5
5	5	5	5	6	6
6	6	6	6		
7	7	7	7		
8	8	8	8		
9	9	9	9		

PLEASE DO NOT MARK IN THIS AREA

RECOMMENDATIONS AND STATUS

For each of the following indicate if you recommended:

0 = NO RECOMMENDATION MADE
 + = AN INCREASE OR ACCELERATION
 - = DECREASE OR DELAY

Also at termination, indicate if each was:

1 = not performed
 2 = performed by consultant
 3 = performed by ward staff
 4 = performed by both or others
 5 = status unknown

ADDITIONAL LABORATORY TESTS (i.e., E.E.G., blood, etc.)	0 + - 1 2 3 4 5
PSYCHOMETRIC TESTS (neuropsychiatric, affective, personality)	0 + - 1 2 3 4 5
ADDITIONAL MEDICAL/SURGICAL CONSULTATIONS	0 + - 1 2 3 4 5
NON-MEDICAL CONSULTATIONS (physical rehab, dietary, Social Work)	0 + - 1 2 3 4 5
GET INFORMATION FROM EXTERNAL SOURCES (family, friends, clinics, practitioners)	0 + - 1 2 3 4 5
INFLUENCE IMPLEMENTATION OF MEDICAL TREATMENT (VIGOR)	0 + - 1 2 3 4 5
BEHAVIOR MANAGEMENT (restrain/activate/mobilize)	0 + - 1 2 3 4 5
PSYCHOLOGICAL MANAGEMENT (educate/orient the patient/psychotherapy/character management)	0 + - 1 2 3 4 5
ENVIRONMENTAL MANIPULATION (change location on unit, amount of patient contacts, observation)	0 + - 1 2 3 4 5
SOCIAL SUPPORT...RELATIONSHIP WITH FAMILY, FRIENDS (arrange visits, educate/counsel family, include family in management)	0 + - 1 2 3 4 5
INFLUENCE DISCHARGE DATE (accelerate, delay, plan)	0 + - 1 2 3 4 5
AFTERCARE REFERRALS (with outpatient center, inpatient unit or physician)	0 + - 1 2 3 4 5

ADMINISTRATIVE ACTION

INFORMED CONSENT

1 Patient is able to give informed consent
 2 Patient is not able to give informed consent
 3 Informed consent was not an issue
 A.M.A. (against medical advice)
 1 Patient may leave A.M.A.
 2 Patient may not leave A.M.A.
 3 Patient leaving A.M.A. not an issue

INVOLUNTARY TRANSFER TO PSYCHIATRIC FACILITY

1 Patient to be transferred involuntarily
 2 Involuntary transfer requested, but not appropriate
 3 Involuntary transfer was not an issue!

NUMBER OF FOLLOW UPS

0	0
1	0
2	0
3	0
4	0
5	0
6	0
7	0
8	0
9	0

PSYCHOTROPIC MEDICATION RECOMMENDED, STATUS AND ADVERSE REACTIONS

DRUG 1				DRUG 2			
CODE	STATUS	REACT		CODE	STATUS	REACT	
0	0			0	0		
1	1	1		1	1	1	
2	2	2		2	2	2	
3	3	3		3	3	3	
4	4	4		4	4	4	
5	5	5		5	5	5	
6	6	6		6	6	6	
7	7	7		7	7	7	
8	8			8	8		
9	9			9	9		

DRUG 3				DRUG 4			
CODE	STATUS	REACT		CODE	STATUS	REACT	
0	0			0	0		
1	1	1		1	1	1	
2	2	2		2	2	2	
3	3	3		3	3	3	
4	4	4		4	4	4	
5	5	5		5	5	5	
6	6	6		6	6	6	
7	7	7		7	7	7	
8	8			8	8		
9	9			9	9		

DISCHARGE LOCATION

	Implemented	Recommended
home	1	1
physical rehabilitation inpatient	2	2
somatic nursing home	3	3
psychiatric nursing home or residence	4	4
general hospital	5	5
psychiatric hospital	6	6
other institution	7	7
other living situation	8	8
unknown	9	9
does not apply	0	0

CONSULTATION TERMINATED BY:

1 Psychiatric Consultant
 2 Transfer to private or other psychiatrist
 3 Discharge with notice
 4 Discharge without notice
 5 Patient
 6 Death
 7 Administration
 8 Admitted to psychiatric inpatient unit
 9 Other

AVERAGE TIME PER FOLLOW-UP

1 None 4 31-60 mins
 2 < 15 mins 5 61+ mins
 3 15-30 mins

DATE CONSULTATION TERMINATED **DATE PATIENT DISCHARGED FROM HOSPITAL**

M	0 1	M	0 1
O	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	O	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
D	0 1 2 3	D	0 1 2 3
A	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	A	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
Y	8 9	Y	8 9
R	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	R	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

SUPERVISION TIME WITH ATTENDING IN 15-MINUTE UNITS

Initial	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
Total	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9



ECLW REGISTRATION FORM V2 (ICD 10)

THE EFFECTIVENESS OF MENTAL HEALTH CONSULTATION AND LIAISON
 SERVICE DELIVERY IN THE GENERAL HOSPITAL
 A STUDY GRANT SUPPORTED BY THE 4TH MEDICAL AND HEALTH RESEARCH
 PROGRAM OF THE EUROPEAN COMMUNITY; COMAC-HSR

ALLGEMEINE CODIERLEITLINIEN

Seite 1

Benutze einen SCHWARZEN Stift. Markierung nur in dieser Form:
 Bitte Markierflaechen () bei schriftlichen Ausfuhrungen nicht beschriften.
 Zur Korrektur Radiergummi oder Tipp-Ex verwenden, nicht durchstreichen.

DECKBLATT NICHT BESCHRIFTEN!!

Alle Items werden linksbueendig abgeschlossen, Leerstellen mit Nullen ausgefuellt. Beispiel: 90-minuetige Konsultation wird,
 da dreistellige Vorgaben, mit 090 codiert.

< eclw2vb >

IDENTIFIZIERUNG

(1) PATIENTEN CODE :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

(2) KLINIK CODE :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

VERWALTUNGS-DATEN

(3) AUFNAHMEDATUM	(4) DATUM DER KONSIL-ANFRAGE	(5) DATUM DER ERSTEN KONSULTATION	(6) KONSILIAR CODE	(7) ZEITAUFWAND ERSTE KONSULTATION
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
0 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

ANGABEN ZUR UEBERWEISUNG (1)

(8) UEBERWEISENDE ABTEILUNG

<input type="checkbox"/> Innere Medizin	<input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/> Gefaesschirurgie
<input type="checkbox"/> Gastroenterologie	<input type="checkbox"/> Dermatologie	<input type="checkbox"/> Wiederherstellungs-/Plastische Chir.
<input type="checkbox"/> Nephrologie/Haemodialyse	<input type="checkbox"/> Neurologie	<input type="checkbox"/> HNO
<input type="checkbox"/> Haematologie	<input type="checkbox"/> Neurochirurgie	<input type="checkbox"/> Augenheilkunde
<input type="checkbox"/> Kardiologie	<input type="checkbox"/> Allgemeine Chirurgie	<input type="checkbox"/> Gynaekologie
<input type="checkbox"/> Onkologie	<input type="checkbox"/> Onkologische Chirurgie	<input type="checkbox"/> Geburtshilfe
<input type="checkbox"/> Lungenheilkunde	<input type="checkbox"/> Transplantations-Chirurgie	<input type="checkbox"/> Andere, erlaeutere
<input type="checkbox"/> Nuklearmedizin/Radiologie	<input type="checkbox"/> Traumatologie/Unfallchirurgie	

(9) MEHRERE ABTEILUNGEN

Ja
 Nein

(10) ART DER UEBERWEISENEN STATION

Intensiv
 Allg. Station
 Aufnahme/Erste Hilfe
 Tagesklinik
 eigene Abteilung
 Andere

(13) DRINGLICHKEIT

Routine
 Heute
 innerhalb 1 Stunde

(14) ERSTE KONSULTATION

in regulaerer Arbeitszeit
 ausserhalb regulaerer Arbeitszeit

(11) ART DER UEBERWEISUNG

normal
 spez. Vereinbarung
 Liaison
 Andere

(12) TEAMKONSULTATION

Ja
 Nein

UEBERWEISUNGSDATEN (2)

Seite 2

(15) HAUPTGRUND DER UEBERWEISUNG

- Suizidversuch
- ungeklaerte koerperliche Symptome
- Geschaeftsfahigkeit
- Missbrauch psychotroper Substanzen
- aktuelle psych. Symptome
- Coping
- Compliance
- psych. Anamnese
- Patientenwunsch
- Teamprobleme
- Forschung
- eigener Dienst
- Andere, erlaeutere
- unbekannt

(16) WEITERE UEBERWEISUNGSGRUENDE (Mehrfachantworten)

- Suizidversuch
- ungeklaerte koerperliche Symptome
- Geschaeftsfahigkeit
- Missbrauch psychotroper Substanzen
- aktuelle psych. Symptome
- Coping
- Compliance
- psych. Anamnese
- Patientenwunsch
- Teamprobleme
- Forschung
- eigener Dienst
- Andere, erlaeutere
- unbekannt

SOZIODEMOGRAPHISCHE DATEN

(17) GESCHLECHT

- maennlich
- weiblich

(19) FAMILIENSTATUS

- Ledig
- Verheiratet
- Geschieden
- Verwitwet
- unbekannt

(20) DERZEITIGE LEBENSITUATION (23) SCHULBILDUNG

- alleine
- alleine mit Kind(ern)
- mit Partner
- mit Partner und Kind(ern)
- mit Eltern(-teil)
- Mehrgenerationenfamilie
- mit anderen
- Wohnheime etc.
- Sonstiges
- unbekannt
- Universitaet/Fachhochschule
- Abitur
- Realschule
- Hauptschule
- Sonder mit Hauptschule ohne ; Abschluss

(18) GEBURTSJAHR

__|__|

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

(21) BERUFSTAETIGKEIT (hierarchisch)

- ganztuegig > 90%
- Teilzeit > 25%
- Krankschreibung seit ... Monaten
- <3 <6 <9 <12
-
- arbeitslos seit ... Jahren
- <1 <2 <5 >5
-
- Behindertenrente seit ... Jahren
- <1 <2 <5 >5
-
- Altersrente
- Schule/Studium
- Sonstiges (z.B. Hausfrau)
- Unbekannt

(22) BESCHAEFFTIGUNG/ARBEIT

- Hausfrau/Hausmann
- Hausfrau/Hausmann mit Berufstaetigkeit
- selbstaend. Landwirt, Handwerker etc.
- selbstaend. Unternehmer, Geschaeftsmann
- hoeherer Angestellter/Beamter
- sonstiger Angestellter/Beamter
- Facharbeiter
- angelernter Arbeiter
- ungelerner Arbeiter
- Sonstige
- unbekannt

BEHANDLUNGSANAMNESE UND STATUS VOR AUFNAHME

Seite 3

BEHANDLUNGSANAMNESE
(während der letzten 5 Jahre)

(28) GESAMTBEURTEILUNG DES FUNKTIONSNIVEAUS (GAF)
(im Jahr vor Konsultation, jeweils mind. 4 Wochen)

(24) PSYCH. BEHANDLUNG	(25) SOMATISCHE BEHANDLUNG	Optimum (0-90)	Minimum (0-90)
<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> keine	0 [] [] []	0 [] [] []
<input type="checkbox"/> nur Hausarzt	<input type="checkbox"/> nur Hausarzt	1 [] [] []	1 [] [] []
<input type="checkbox"/> ambulant/Facharzt	<input type="checkbox"/> ambulant/Facharzt	2 [] [] []	2 [] [] []
<input type="checkbox"/> 1-2 stat. Aufnahmen	<input type="checkbox"/> 1-2 stat. Aufnahmen	3 [] [] []	3 [] [] []
<input type="checkbox"/> 3 oder mehr stat. Aufnahmen	<input type="checkbox"/> 3 oder mehr stat. Aufnahmen	4 [] [] []	4 [] [] []
<input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> unklar	5 [] [] []	5 [] [] []
		6 [] [] []	6 [] [] []
		7 [] [] []	7 [] [] []

(26) AMBULANTE PSYCH.
BEHANDLUNG BEI AUF-
NAHME

(30) STATIONÄRE BEHANDLUNG
BEI AUFNAHME

(29) MOTILITAETSNIWEAU (im Jahr vor Konsultation)

<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> trifft nicht zu	Optimum	Minimum
<input type="checkbox"/> Sozialarbeit	<input type="checkbox"/> Rehabilitationseinrichtung	<input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> unbekannt
<input type="checkbox"/> Hausarzt	<input type="checkbox"/> Pflegeheim	<input type="checkbox"/> keine Einschränkung	<input type="checkbox"/> keine Einschränkung
<input type="checkbox"/> psych. Einrichtungen	<input type="checkbox"/> anderes Allgemeinkr.	<input type="checkbox"/> gehfähig mit Beschwerden	<input type="checkbox"/> gehfähig mit Beschwerden
<input type="checkbox"/> eigener Dienst	<input type="checkbox"/> psych. Tagesklinik	<input type="checkbox"/> gehfähig mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> gehfähig mit Unterstützung
<input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> psych. Pflegeheim	<input type="checkbox"/> nur Sitzen möglich	<input type="checkbox"/> nur Sitzen möglich
	<input type="checkbox"/> psych. Krankenhaus	<input type="checkbox"/> < 50 % bettlägerig	<input type="checkbox"/> < 50 % bettlägerig
	<input type="checkbox"/> psych. Abt. im Allgemeinkr.	<input type="checkbox"/> > 50 % bettlägerig	<input type="checkbox"/> > 50 % bettlägerig
(27) DEM C/L-DIENST BEKANNT	<input type="checkbox"/> psychosomatische Klinik	<input type="checkbox"/> 100 % bettlägerig	<input type="checkbox"/> 100 % bettlägerig
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unbekannt		
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Andere, erläutere		
<input type="checkbox"/> unklar			

PSYCHOSOZIALE BEHANDLUNGEN UND BEFINDLICHKEIT BEI ERSTER KONSULTATION

(31) REAKTIONSNIVEAU-SKALA 85
(bei erster Konsultation)

(32) GESAMT-
BEURTEILUNG DES
FUNKTIONSNIVEAUS
(erste Konsultation)

(33) MOTILITAETSNIWEAU
 keine Einschränkung
 gehfähig mit Beschwerden
 gehfähig mit Unterstütz.
 nur Sitzen möglich
 < 50 % bettlägerig
 > 50 % bettlägerig
 100 % bettlägerig

(34) BETEIL. WEITERER PSYCHOSOZ.
DIENSTE ZUM ZEITPUNKT DER ERSTEN
KONSULTATION

<input type="checkbox"/> 1 bewusstseinsklar	0 [] [] []		ja	nein	unbekannt
<input type="checkbox"/> 2 somnolent oder verwirrt	1 [] [] []				
<input type="checkbox"/> 3 stuporoes oder sehr verwirrt	2 [] [] []		Sozialarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 4 bewusstlos: gezielte Reaktion	3 [] [] []		Verhaltensmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 5 bewusstlos: Fluchtbewegung	4 [] [] []		Beschaeftigungsth.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 6 bewusstlos: Beugestereotypien	5 [] [] []		Seelsorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 7 bewusstlos: Streckstereotypien	6 [] [] []		Suchtbehandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 8 bewusstlos: Keine Reaktion	7 [] [] []		Sonstige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> nicht anwendbar wg. psych. Diagnose	8 [] [] []				
	9 [] [] []				

SOMATISCHE DIAGNOSE

Seite 4

**(35) SOMATISCHE DIAGNOSE
BEIM ERSTEN KONSIL**

- keine
- Verdachtsdiagnose
- ja, Stichwort :

ja, Code :

_ | _ | _ | _ |

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

(36) WEITERE SOMATISCHE DIAGNOSE 1

- keine
- ja, Stichwort :

ja, Code :

_ | _ | _ | _ |

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

(37) WEITERE SOMATISCHE DIAGNOSE 2

- keine
- ja, Stichwort :

ja, Code :

_ | _ | _ | _ |

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

**SOMATISCHE DIAGNOSEN: AETIOLOGIE/LOKALISATION/SCHWANGERSCHAFT/
WOCHENBETT/SPEZIFISCHE BEHANDLUNGSMODALITAETEN**

(38) AETIOLOGIE (Mehrfachnennungen)

- infektiöses/parasitär
- AIDS, ARC, HIV+
- maligne ohne Metastasen
- maligne mit Metastasen
- maligne, Metastasen unbekannt
- maligne, haematologisch
- gutartige Neoplasie
- endokrin
- Ernährung
- metabolisch
- Immunabwehr
- congenital
- Verletzung
- selbstverursacht
- iatrogen
- keine
- unbekannt

(39) LOKALISATION (Mehrfachnennungen)

- Multiple (wenn > 3)
- Blut und blutbildende Organe
- Zentralnervensystem
- peripheres Nervensystem
- Augen, Gehör, Geruch, Geschmack
- Kreislaufsystem: Herz
- Kreislaufsystem: Gefäße
- Atmungsorgane
- Gastrointestinaltrakt
- Genitaltrakt
- Niere und ableitende Harnwege
- Haut und Hautanhangsgebilde
- Muskulatur und Skelett
- Bindegewebe
- keine
- unbekannt

(40) SPEZIFISCHE BEHANDLUNGEN (Mehrfachnennungen)

- Intubation/Tracheostoma
- Künstl. Beatmung
- postoperativer Zustand
- Stoma
- Transplantation
- Knochenmarkstransplantation
- Hämodialyse/Peritonealdialyse
- Bestrahlung
- Zytostatische Behandlung
- In-vitro-Fert., künstl. Befruchtung
- Sonstiges, erläutere
- nicht anwendbar
- keine
- unbekannt

(41) SCHWANGERSCHAFT/WOCHENBETT

- Schwangerschaft
- Geburt/Wochenbett
- nicht anwendbar

PSYCHIATRISCHE DIAGNOSEN

Seite 5

(42) PSYCH. DIAGNOSE (UEBERWEISUNGSGRUND)

- keine
 Verdachtsdiagnose
 ja, Stichwort:

.....
 ja, Code:

F _ | _ | , _ | _ |
 Freiwillig

- 0 () , () ()
 1 () , () ()
 2 () , () ()
 3 () , () ()
 4 () , () ()
 5 () , () ()
 6 () , () ()
 7 () , () ()
 8 () , () ()
 9 () , () ()

(43) WEITERE PSYCH. DIAGNOSE 1

- keine
 Verdachtsdiagnose
 ja, Stichwort:

.....
 ja, Code:

F _ | _ | , _ | _ |
 Freiwillig

- 0 () , () ()
 1 () , () ()
 2 () , () ()
 3 () , () ()
 4 () , () ()
 5 () , () ()
 6 () , () ()
 7 () , () ()
 8 () , () ()
 9 () , () ()

(44) WEITERE PSYCH. DIAGNOSE 2

- keine
 Verdachtsdiagnose
 ja, Stichwort:

.....
 ja, Code:

F _ | _ | , _ | _ |
 Freiwillig

- 0 () , () ()
 1 () , () ()
 2 () , () ()
 3 () , () ()
 4 () , () ()
 5 () , () ()
 6 () , () ()
 7 () , () ()
 8 () , () ()
 9 () , () ()

V-CODIERUNG

(45) V - CODIERUNG

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Schulschwierigkeiten | <input type="checkbox"/> Berufsprobleme |
| <input type="checkbox"/> Antisoziales Verhalten im Erwachsenenalter | <input type="checkbox"/> Eltern-Kind-Probleme |
| <input type="checkbox"/> IQ-Grenzbereich | <input type="checkbox"/> andere interpersonelle Probleme |
| <input type="checkbox"/> Antisoziales Verhalten in Kindheit/Adoleszenz | <input type="checkbox"/> andere bestimmte familiäre Umstände |
| <input type="checkbox"/> Simulation | <input type="checkbox"/> Probleme einer Lebensphase und andere Lebensumstände |
| <input type="checkbox"/> Eheprobleme | <input type="checkbox"/> einfache Trauer |
| <input type="checkbox"/> Nichtbefolgen med. Behandlung | <input type="checkbox"/> nicht anwendbar |

C/L INTERVENTIONEN: DIAGNOSTIK UND BEHANDLUNG

(46) DIAGNOSTIK

- | | | |
|--|-------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> keine | Durchgefuehrt von | Team/Anderen |
| | Konsiliaris | empfohlen |
| zusätzliche Laboruntersuchung () | () | () |
| zusätzliche techn. Untersuch. ()
(EEG, Röntgen etc.) | () | () |
| medizinische/chirurgische Konsultationen | () | () |
| psychometrische Untersuchung () | () | () |

(47) INFORMATIONSGEWINNUNG AUS EXTERNER QUELLE

- | | | |
|--------------------------------|-------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> keine | Durchgefuehrt von | Team/Anderen |
| | Konsiliaris | empfohlen |
| Medizinische Quellen | () | () |
| soziale Dienste | () | () |
| psych. Behandler | () | () |
| Familie oder Nahestehende | () | () |
| andere Quellen | () | () |

(48) BEEINFLUSSUNG DES AUSMASSES DER SOMATISCHEN BEHANDLUNG

- Verstaerkung
 Verminderung
 keine

INTERVENTIONEN: MEDIKATION

Seite 6

(49) VON KONSILIARIUS INITIIERTE MEDIKATION (Mehrfachnennung)

<input type="checkbox"/> keine	psychotische Symptome	depressive Symptome	Angst-symptome	Schlaf-probleme	Schmerz	Entzugs-symptome	Vergiftungs-symptome	Neben-wirkungen	andere Symptome
Neuroleptika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antiparkinsonmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antidepressiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimulanzien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benzodiazepine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barbiturate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carbamazepin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lithium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antihistamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beta-Blocker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clonidin, Ca-Antagonisten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vitamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(50) VERAENDERUNG ODER ABSETZUNG VON MEDIKAMENTEN DURCH KONSILIAR

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Neuroleptika | <input type="checkbox"/> Barbiturate | <input type="checkbox"/> Clonidin, Ca-Antagonisten |
| <input type="checkbox"/> Antiparkinsonmittel | <input type="checkbox"/> Carbamazepin | <input type="checkbox"/> Vitamine |
| <input type="checkbox"/> Antidepressiva | <input type="checkbox"/> Lithium | <input type="checkbox"/> Sonstige Psychopharmaca |
| <input type="checkbox"/> Stimulanzien | <input type="checkbox"/> Antihistamine | <input type="checkbox"/> Sonstige non-Psychopharmaca |
| <input type="checkbox"/> Benzodiazepine | <input type="checkbox"/> Beta-Blocker | <input type="checkbox"/> keine |

VERSCHRIEBENE MEDIKAMENTE

(51) GENERISCHE NAMEN (Freinamen)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

INTERVENTIONEN: PSYCHOLOGISCH UND VERHALTENSORIENTIERT

(52) PSYCHOL. U. VERHALTENS. ZUGANG (MERHFACHNENNUNG)

- Patient Allgemein (Beratung, Inform., Unterst., Ratschl.)
- Patient Spezifisch, erlaeutere
.....
- Angehoerige Allgemein (Beratung, Inform., Unterst.)
- Angehoerige Spezifisch, erlaeutere
.....
- Team Allgemein (Beratung, Inform., Unterst.)
- Team Spezifisch, erlaeutere
.....
- keinekeine

SYSTEM DER INTERVENTION

- Patient
- Angehoerige
- Team
- nicht entscheidbar
- keines

(53) SCHRIFTLICHE INFORMATION FUER UEBERWEISER

- ja
- nein

(55) NICHTMEDIZINISCHE KONSULTATIONEN

- Liaison Pflegedienst (Mehrfachnennung)
- Physiotherapie
- Sozialarbeit
- Verhaltensmedizin
- Beschaeftigungstherapie
- Seelsorge
- Suchtbehandlung
- Sonstige
- keine

APPENDIX I: GLOBAL ASSESSMENT OF FUNCTIONING (GAF) (Skala zur Globalbeurteilung des Funktionsniveaus)

Beurteilen Sie hier die psychische, soziale und berufliche Leistungsfähigkeit des Patienten auf einem hypothetischen Kontinuum zwischen seelischer Gesundheit und Krankheit. Beeinträchtigungen der Leistungsfähigkeit aufgrund körperlicher (oder durch Umweltbedingungen bedingte) Einschränkungen sind nicht mit einzubeziehen.

Beachte: Benutzen Sie, wenn angemessen, auch Zwischenwerte, z. B. 45, 68, 72.

Kode

- 90 Keine oder nur minimale Symptome (z. B. eine leichte Angst vor einer Prüfung), gute Leistungsfähigkeit in allen Gebieten, interessiert und eingebunden in ein breites Spektrum von Aktivitäten, sozial effektiv im Verhalten, im allgemeinen zufrieden mit dem Leben, übliche Alltagsprobleme oder -sorgen (z. B. nur gelegentlicher Streit mit einem Familienmitglied).
- 81
- 80 Wenn Symptome vorliegen, sind diese vorübergehende oder normale Reaktionen auf psychosoziale Stressoren (z. B. Konzentrationsschwierigkeiten nach einem Familienstreit); höchstens leichte Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit.
- 71
- 70 Einige leichte Symptome (z. B. depressive Stimmung oder leicht ausgeprägte Schlaflosigkeit) ODER einige leichte Beeinträchtigungen hinsichtlich sozialer, beruflicher und schulischer Leistungsfähigkeit (z. B. gelegentliches Schuleschwänzen oder Diebstahl im Haushalt), aber im allgemeinen relativ gute Leistungsfähigkeit, hat einige wichtige zwischenmenschliche Beziehungen.
- 61
- 60 Mäßig ausgeprägte Symptome (z. B. Affektverflachung, weitschweifige Sprache, gelegentliche Panikattacken) ODER mäßig ausgeprägte Schwierigkeiten bezüglich der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit (z. B. wenige Freunde, Konflikte mit Arbeitskollegen).
- 51
- 50 Ernsthaft Symptome (z. B. Suizidgedanken, schwere Zwangsrituale, häufige Ladendiebstähle) ODER jedwede ernste Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit (z. B. keine Freunde, unfähig, eine Arbeitsstelle zu behalten).
- 41
- 40 Einige Beeinträchtigungen in der Realitätswahrnehmung oder der Kommunikation (z. B. Sprache zeitweise unlogisch, unverständlich oder belanglos) ODER starke Beeinträchtigung in mehreren Bereichen, z. B. Arbeit, Schule, familiären Beziehungen, Urteilsvermögen, Denken oder der Stimmung (z. B. ein Mann mit einer Depression vermeidet Freunde, vernachlässigt seine Familie und ist unfähig zu arbeiten; ein Kind schlägt häufig jüngere Kinder, ist zu Hause trotzig und versagt in der Schule).
- 31
- 30 Das Verhalten ist ernsthaft durch Wahngedanken oder Halluzinationen beeinflusst ODER ernsthafte Beeinträchtigung der Kommunikation und des Urteilsvermögens (z. B. manchmal inkohärent, handelt weitgehend inadäquat, ausgeprägte Beschäftigung mit Selbstmordgedanken) ODER Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit in fast allen Bereichen (z. B. bleibt den ganzen Tag im Bett, hat keine Arbeit, kein Zuhause und keine Freunde).
- 21
- 20 Selbst- und Fremdgefährlichkeit (z. B. Selbstmordversuche ohne eindeutige Todesabsicht, häufig gewalttätig, manische Erregung) ODER ist manchmal nicht in der Lage, minimale persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten (z. B. schmiert mit Kot) ODER weitgehende Beeinträchtigung in der Kommunikation (größtenteils inkohärent oder stumm).
- 11
- 10 Ständige Gefahr, sich oder andere schwer zu schädigen (z. B. wiederholte Gewaltanwendung) ODER anhaltende Unfähigkeit, die minimale persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten ODER ernsthafter Selbstmordversuch mit eindeutiger Todesabsicht.
- 1

1 Die GAF-Skala ist eine Revision der GAS (Endicott, J.; Spitzer, R. L.; Fleiss, J. et al: The Global Assessment Scale: A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Archives of General Psychiatry*, 33, 766-771, 1976) und der CGAS (Shaffer, D.; Gould, M. S.; Brasic, J. et al: Children's Global Assessment Scale [CGAS]. *Archives of General Psychiatry*, 40, 1228-1231), diese sind Überarbeitungen der Health-Sickness Rating Scale (Luborsky, L.: Clinicians' Judgements of mental health. *Archives of General Psychiatry*, 7, 407-417, 1962).

Danksagung

Für die gute Zusammenarbeit und Beratung bei der statistischen Bearbeitung des in dieser Arbeit verwandten Datenmaterials danke ich Frau Dipl.-Psych. Monika Wolf, Humboldt-Universität zu Berlin, Institut für Psychologie, Lehrstuhl für Klinische Psychologie, Forschungsgruppe Verhaltensneurowissenschaft, und Herrn Dr. rer. nat. Martin Siegert, Dipl-Statistiker beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte in Berlin.

Für intensive Diskussionen über Konsiliarpsychiatrie danke ich Prof. James J. Strain, M.D. und George Fulop vom MSH in New York. Herrn Professor Uebelhack danke ich für die Betreuung der Arbeit. Herr Dr. Herbert Loos und Herr Professor J. Vesper wissen beide, wie wichtig ihre Unterstützung für mich war.

Dr. Henry Hahnke und Andreas Rottmann waren als *"file doctors"* in kritischen Softwaresituationen eine große Hilfe und ein beruhigendes *backup*.

Ohne die Mitarbeiter der Krankenhausbibliothek des Evangelischen Krankenhauses Königin Elisabeth Herzberge wäre die Beschaffung der Literatur sehr mühselig gewesen – stellvertretend danke ich Frau Tittel und Frau Schwebe.

Und schließlich, zum wiederholten Male, herzlichen Dank an die Sekretärinnen Frau Gnorski, Frau Heinrich und Frau Herrmann.

Eidesstattliche Erklärung

. Gemäß Habilitationsordnung der Charité

Hiermit erkläre ich, daß

- Keine staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsverfahren anhängig sind,
- weder früher noch gleichzeitig ein Habilitationsverfahren durchgeführt oder angemeldet wurde bzw. welchen Ausgang ein Habilitationsverfahren hatte,
- die vorgelegte Habilitationsschrift ohne fremde Hilfe verfaßt, die beschriebenen Ergebnisse selbst gewonnen wurden, sowie die verwendeten Hilfsmittel, die Zusammenarbeit mit anderen Wissenschaftlerinnen oder Wissenschaftlern und technischen Hilfskräften und die Literatur vollständig angegeben sind,
- der Bewerberin oder dem Bewerber die geltende Habilitationsordnung bekannt ist.

Datum:	Unterschrift:
--------	---------------