

UNIVERSITÄTSKLINIKUM ULM
KLINIK FÜR PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE I

Ärztl. Direktor: Prof. Dr. med. Tilman Steinert

KLINIK für PSYCHOSOMATIK, NEUROLOGIE und PSYCHIATRIE
ZENTRUM für PSYCHIATRIE SÜDWÜRTTEMBERG - WEISSENAU

Prof. Dr. med. Juan Valdes-Stauber

Klinische und versorgungsbezogene Unterschiede
zwischen dem psychiatrischen Konsildienst
überwiesenen und nicht überwiesenen stationär
behandelten internistischen Patienten

Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin der
Medizinischen Fakultät der Universität Ulm

vorgelegt von

Ulrich Kendel
(Offenburg)

2020

Amtierender Dekan:

Prof. Dr. Thomas Wirth

1. Berichterstatter:

Prof. Dr. Juan Valdes-Stauber

2. Berichterstatter:

PD Dr. Gunda Millonig

Tag der Promotion:

05.11.2020

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	III
Einleitung	1
Epidemiologie internistischer Erkrankungen	5
Psychiatrische Komorbidität von internistischen Patienten	5
Diskrepanz zwischen Versorgungsbedarf und Versorgungsrealität	8
Forschungsbedarf	15
Fragestellungen und Hypothesen	15
Material und Methoden	19
Studiendesign	19
Einschluss- und Ausschlusskriterien	21
Überprüfung der Repräsentativität der Stichprobe	21
Messinstrumente	25
Statistische Verfahren	28
Ergebnisse	32
Unterschiede zwischen Konsilpatienten und nicht konsiliarisch überwiesenen Patienten	32
Die Einschätzung von Belastung und Behandlungsbedarf	38
Diskussion	52
Zusammenfassung der wesentlichen Ergebnisse	52
Diskussion der Ergebnisse	53
Limitationen der Studie	66
Schlussfolgerungen durch Überprüfung der Hypothesen	68

Klinische Implikationen und Ausblick	69
Zusammenfassung	73
Literaturverzeichnis	75
Anhang	87
Danksagung	103
Lebenslauf	104

Abkürzungsverzeichnis

AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.
BFI-10	Big-Five-Inventory
BFI-E	Extraversion
BFI-N	Neurotizismus/Emotionale Labilität
BFI-G	Gewissenhaftigkeit
BFI-O	Offenheit
BFI-V	Verträglichkeit
Cd	Cohens d (Maß der Effektstärke)
CI-95%	Konfidenzintervall auf 95%-Niveau
CLP	Consultation-Liaison Psychiatry (psychiatrischer Konsiliar- und Liaisondienst)
EACLPP	European Association of Consultation-Liaison Psychiatry
GSW-6	Generalisierte Selbstwirksamkeit- 6 Items
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale- Deutsche Version
HADS-A	Hospital Anxiety and Depression Scale- Subskala Angst
HADS-D	Hospital Anxiety and Depression Scale- Subskala Depression
HTA	Health technology assessment
ICC	Intraclass Correlation Coefficient
KP	Elektiv dem Konsildienst vorgestellte Patienten (Konsilpatienten)
LOS	Length of stay (Liededauer)
LR χ^2	Logistische Regression Chi-Quadrat nach Pearson
M	Mittelwert
NKP	Nicht dem Konsildienst vorgestellte Patienten (Vergleichsgruppe der Aufnahmestation)
n.s.	nicht statistisch signifikant ($p \geq 0,05$)
OR	Odds Ratio
p	Signifikanzniveau (*= <0,05; **= <0,01; ***= < 0,001)
RR	Relatives Risiko
R ²	Determinationskoeffizient (Erklärte Varianz der abhängigen Variable durch das gesamte Modell)

SD	Standardabweichung
SE	Standardfehler
t	Wert auf t-Verteilung
z	z-Wert auf der z-Verteilung
χ^2	Chi-Quadrat nach Pearson

Teile dieser Dissertation wurden in folgendem Fachartikel veröffentlicht:

Valdés-Stauber, J., Kendel, U. (2020). The differences between referred and non-referred patients to a psychiatric consultation-liaison service in a general hospital. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 0091217420982102.

Einleitung

Die psychiatrische Patient*innenversorgung im Allgemeinkrankenhaus hat aufgrund der hohen Prävalenz psychischer Störungen in der Allgemeinbevölkerung eine große gesundheitspolitische und ökonomische Relevanz. Epidemiologische Studien zeigen, dass Suchterkrankungen (16,7%), Angsterkrankungen (15,4%) und affektiven Störungen (9,8%) die größten Gruppen psychiatrischer Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung sind [45, 46] und bedürfen daher einer besonderen Beachtung in der medizinischen Versorgung, auch über die Fachgrenzen der Psychiatrie hinaus. Bei dem Kollektiv der konsilpsychiatrisch überwiesenen Patienten werden überwiegend Diagnosen aus dem Bereich der affektiven Störungen (40,7%), der kognitive Störungen (32,0%) und der Suchterkrankungen (18,6%) gestellt; dabei weist jeder vierte überwiesene Patient mehrere Diagnosen auf [6]. Eine fächerübergreifende Kooperation im stationären Kontext vermag prinzipiell die Versorgungssituation zu verbessern, allerdings ist die Datenlage bezüglich der differenziellen Wirksamkeit konkreter Maßnahmen noch zu gering [80], um sagen zu können, welche Interventionen hierbei die beste Effektivität aufweisen. Eine multidisziplinäre Kooperation in der Behandlung von Patienten mit psychiatrischer Komorbidität im Allgemeinkrankenhaus hat eine hohe Versorgungsrelevanz aufgrund der hohen Prävalenz psychischer Erkrankungen unter den stationär aufgenommenen Patienten und erfordert auch auf Seiten der nicht-psychiatrischen Professionellen ein besonderes Verständnis im Umgang mit dieser Patientengruppe unter stationären Bedingungen. Diese Herausforderung führte bereits vor hundert Jahren zu dem Konzept einer integrierten Medizin, der „Psychobiologie“ und schließlich zu einem umfassenderen biopsychosozialen Ansatz, der insbesondere von der psychosomatischen Medizin vertreten wird [51]. Die Konsil- und Liaisonpsychiatrie (CLP) ging in den 1960er Jahren in den USA aus der psychoanalytisch orientierten Psychosomatik hervor. In den 1980er Jahren nahm das Angebot der Liaisonpsychiatrie ab und wurde zumeist durch ein spezialisiertes Konsilangebot, insbesondere in der universitären Medizin, ersetzt [84].

* (im Folgenden wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit in der Regel ein generisches Maskulinum verwendet, hierbei sind in gleicher Weise Personen des weiblichen Geschlechts gemeint)

In den USA gibt es traditionell eine große inhaltliche Übereinstimmung von Psychosomatik und CLP. Der Begriff der Psychosomatik wird weltweit jedoch unterschiedlich definiert, so hat sich die CLP im europäischen Sprachgebrauch etabliert und kann als spezielle Qualifikation innerhalb der Psychiatrie angesehen werden [60]. Die Anforderungen an die Konsil- und Liaison-Psychiatrie wurden 2008 in einem Konsensuspapier der EACLPP und APM festgelegt [59], dieser kommt eine wichtige Funktion in der Versorgungslandschaft und in der Verständigung mit den betroffenen Patienten und deren Angehörigen zu, auch wenn die Empfehlungen überwiegend auf Expertenmeinung beruhen. Der Konsilpsychiater muss mehrere Kompetenzen in sich vereinen, u.a. sollte er sich als „Supervisor“ für andere Professionen, sowie als Sprachrohr für die Patienten und deren Familienangehörigen verstehen.

Die Versorgungssituation psychisch kranker Patienten und psychisch belasteter primär somatischer Patienten im Allgemeinkrankenhaus ist in Deutschland sehr heterogen. Die Versorgungslandschaft reicht von selten vertretenen regelmäßigen psychiatrischen Liaisondiensten mit Teilnahme an multidisziplinären Visiten, über eine mehr oder weniger enge Kooperation bis hin zu einer punktuellen Klärung psychiatrischer Fragestellungen, ausschließlich in kooperierenden Fachabteilungen. Seit den 1960er Jahren wird vereinfachend zwischen zwei Modellen unterschieden, der Konsiliarpsychiatrie und der Liaisonpsychiatrie [105][31].

Die epidemiologischen Angaben zum Vorliegen einer relevanten psychiatrischen Erkrankung in der Allgemeinbevölkerung unterliegen einer großen Streuung. Es ist davon auszugehen, dass 30-50% der stationär behandelten Patienten im Allgemeinkrankenhaus unter relevanten psychischen Belastungen leiden [31]. Hierbei ist zu unterscheiden, ob es sich um Patienten mit psychiatrischer Komorbidität, medizinisch nicht erklärbaren Symptomen, Folgeerscheinung einer organmedizinischen Erkrankung oder psychischer Nebenwirkungen der Behandlung handelt. Gegenüber der Allgemeinbevölkerung kommen im Allgemeinkrankenhaus organische Psychosyndrome, Anpassungsstörungen mit depressiver Stimmung und Alkoholabhängigkeit signifikant häufiger vor [85]. Auch primär psychiatrische Notfälle und Krisen werden häufig im Allgemeinkrankenhaus

als erstversorgende Institution behandelt, was eine enge Kooperation mit psychiatrischen Diensten erfordert. In suizidalen Krisen oder nach einem Suizidversuch ist ein psychiatrisches Konsil Versorgungsstandard und nicht selten eine Verlegung und weitere Behandlung in einer psychiatrischen Abteilung/Klinik notwendig [96]. Die Versorgung suizidaler Patienten im Allgemeinkrankenhaus sollte stets durch einen psychiatrischen Facharzt/ärztin erfolgen. Ganz allgemein ist es wünschenswert, die Schwelle der psychiatrischen Versorgung niedrig zu halten, um potentielle Suizidalität frühzeitig zu erkennen und auch die Versorgung außerhalb psychiatrischer Kliniken zu gewährleisten und somit die Suizidprävention zu verbessern [76]; auch sollte Suizidalität in der Vorgeschichte systematisch Berücksichtigung finden [48].

Neben einer dem Bedarf angepassten Patientenversorgung geht es in der CLP auch um eine supervidierende Funktion, um die jeweilige Situation auf Patienten- und Behandlerseite besser verstehen zu können. Ökonomische Zwänge und Vorbehalte (auf Seiten der Professionellen und auf Seiten der Patienten) können einer angemessenen Versorgung entgegenstehen. Oftmals ist auch ein (zeitnahes) Konsil aufgrund eingeschränkter zeitlicher und personeller Ressourcen nicht möglich. Stetig steigende Kosten im Gesundheitswesen führen zu einer rationalen, leitliniengerechten Therapie, daher stellt sich auch von dieser Seite die Frage, welche Patienten dem Konsildienst vorgestellt werden sollten. Der richtige Zeitpunkt für die Vorstellung ist relevant, da die Gesamtliegedauer (LOS) bei den betroffenen Patienten durch eine frühzeitige konsiliarpsychiatrische Vorstellung günstig beeinflusst wird [24] und sollte daher so früh wie möglich erfolgen [91]. Zudem konnte gezeigt werden, dass eine frühe Überweisung zum Konsildienst auch unabhängig von der Liegedauer eine intensivere CLP-Betreuung nach sich ziehen kann [37], was in vielen Behandlungssituationen sicherlich wünschenswert wäre. Patienten mit einer schwerwiegenden Psychopathologie haben im Mittel eine 40% längere Gesamtliegedauer und ziehen dementsprechend auch höhere Kosten nach sich [14], was insbesondere bei Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen und komorbiden Depressionen der Fall ist [87]. Allerdings würde die isolierte Berücksichtigung der Liegedauer als Maß für das Kosten-Nutzen-Verhältnis zu kurz greifen. Für eine Gesamtbeurteilung der Ergebnisqualität müssten sämtliche Einflussfaktoren einer Krankheitsepisode (weitere stationäre Aufnahmen,

ambulante Ressourcen, Medikation, Arbeitsausfall etc.) berücksichtigt werden, wozu längere Beobachtungsstudien über die stationäre Behandlung hinaus mit katamnestischen Kosten-Nutzen-Analysen erforderlich wären [56]. Dass schwer ausgeprägte psychische Erkrankungen das komorbide (somatische) Krankheitsrisiko erhöhen ist gut belegt, allerdings gehen auch mild ausgeprägte depressive Symptome mit einem erhöhten Krankheitsrisiko einher, wie dies z.B. bei Patienten nach Herzinfarkt ereignis eindrücklich gezeigt werden konnte. Die Mortalität lag bei diesen komorbid Erkrankten viermal höher (50% gegenüber 12%), besonders ausgeprägt war diese Tendenz bei älteren Patienten [10].

Am Beispiel der Depressionsbehandlung konnte in einer großen HTA-Studie gezeigt werden, dass die Implementierung von Leitlinien allein noch keine klinische Besserung erbrachte [33]. Komplexe Behandlungsansätze und ein intensiver Austausch zwischen somatisch tätigen Ärzten/Ärztinnen und Psychiatern/Psychiaterinnen sind erforderlich für eine umfassende Patientenversorgung. Unter dem Konzept der „Collaborative Care“ konnte gezeigt werden, dass sich depressive Störungen gegenüber einer konventionellen Behandlung besserten, die Krankheits- und Behandlungsakzeptanz auf Seiten der Patienten höher war und zudem die Wirtschaftlichkeit gegeben war [81]. Auch wenn die Kosteneffektivität und eine Verkürzung der Liegedauer (bei frühzeitiger Überweisung an den CLP-Dienst) nachgewiesen werden konnte, ist die Zufriedenheit auf Patienten- und Behandlerseite aufgrund methodologischer Probleme schwer zu erfassen, daher sollte in zukünftigen Studien eine standardisierte Rückmeldung bei den Betroffenen eingeholt werden [106].

Zwischen der Abteilung Innere Medizin des Klinikum Friedrichshafen und der psychosomatischen sowie der psychiatrischen Abteilungen des Zentrums für Psychiatrie (ZfP) Südwürttemberg ebenfalls am Standort Friedrichshafen besteht eine räumliche Nähe auf dem „Medizincampus“, jedoch keine Trägergemeinschaft. Die Inanspruchnahme des Konsildienstes wurde zwischen den Institutionen vertraglich geregelt. Im Detail ist hierbei nicht geklärt, welche Patienten vorgestellt werden und wie diese identifiziert werden sollten. Aus der täglichen Arbeit im Konsildienst entstand die Motivation zur Klärung, um welche Patienten es sich handelt, die dem psychiatrischen Konsildienst vorgestellt werden und wie sich diese

von den internistischen Patienten unterscheiden, die *nicht* dem psychiatrischen Konsildienst vorgestellt werden, da keine Literatur hierzu bekannt ist.

Epidemiologie internistischer Erkrankungen

Ein Drittel der in Deutschland stationär aufgenommenen Patienten werden in Abteilungen für Inneren Medizin behandelt. Laut Statistischem Bundesamt waren dies im Jahr 2016 fast 7 Millionen Behandlungen (34,7%) bei insgesamt 20 Millionen stationär behandelten Fällen. Im Vergleich hierzu wurden in den psychiatrischen Fachabteilungen im gleichen Jahr 936.800 Patienten, entsprechend 4,7% der Gesamtzahl der Patienten, stationär behandelt [93]. In der erwachsenen Allgemeinbevölkerung besteht zudem eine hohe Prävalenz psychischer Erkrankungen (12-Monats-Prävalenz von 27,7%). Allerdings gibt es große Unterschiede zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen: Frauen sind etwas häufiger betroffen als Männer (33,3% vs. 22%). Auch Alter, geringerer sozioökonomischer Status und der Urbanisierungsgrad begünstigen das Vorkommen einer psychischen Erkrankung [45]. Es ist daher verständlich, dass eine relevante Prävalenz psychischer Komorbidität auch bei primär internistischen Patienten, die stationär behandelt werden, zu beobachten ist [26].

Psychiatrische Komorbidität von internistischen Patienten

Psychisch Kranke weisen gegenüber nicht psychisch Erkrankten eine höhere Mortalität auf, hierbei handelt es sich besonders um Krebserkrankungen, Herz-Kreislaufkrankungen, Atemwegserkrankungen und metabolische Störungen [83]. Insbesondere stationär behandelte und komorbid erkrankte Patienten weisen eine höhere Mortalität auf - die Lebenszeit ist dabei durchschnittlich um zehn Jahre reduziert. Um die Mortalität bei Menschen mit psychischen Erkrankungen insgesamt zu senken müssten auch leichtere (psychiatrische) Krankheitsverläufe berücksichtigt werden [102]. Ursächlich für die erhöhte Mortalität dürfte unter anderem die Neigung zu ungesunder Ernährung, mangelnde Bewegung und Substanzkonsum sein. Eine deutsche Querschnittstudie konnte zeigen, dass die Sterblichkeit bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen deutlich

erhöht ist aufgrund somatischer Komorbidität (Lebenszeitverlust von 2,6 – 12,3 Jahren in Abhängigkeit des Geschlechts, des Alters und der Diagnose); in 24% der Fälle wird die Übersterblichkeit durch Suizid bedingt [88]. Diese epidemiologischen Daten unterstreichen, wie versorgungsrelevant bei psychisch Kranken Menschen eine angemessene und niederschwellige somatische Behandlung ist.

Eine eigenständige Gruppe an Erkrankungen, die eine interdisziplinäre Zusammenarbeit erfordert, ist die Gruppe der somatoformen Störungen, die auch ein hohes Maß an psychiatrischer Komorbidität zeigt. Da in diesen Fällen die Symptome meist nicht somatisch erklärt werden können, ist eine enge Kooperation der psychiatrischen und somatischen Disziplinen gefordert, insbesondere bei Patienten, bei welchen zunächst keine eindeutigen psychiatrischen Erkrankungen oder Behandlungsnotwendigkeit festgestellt wird [35]. Umgekehrt besteht bei internistischen Patienten insgesamt eine hohe Prävalenz komorbider psychiatrischer Erkrankungen. Durch das Fokussieren auf die internistische Hauptdiagnose wird leicht das Vorliegen anderer, durchaus relevanter (psychischer) Krankheitszustände vernachlässigt [73]. Insgesamt leiden, wie bereits eingangs erwähnt, 30–50 % der stationär behandelten internistischen Patienten unter klinisch relevanten seelischen Belastungen entweder in Zusammenhang mit der körperlichen Erkrankung oder im Sinne einer eigenständigen psychischen Störung. Früherkennung, klärende und stützende Gespräche sowie Kooperation mit psychosomatischen und psychiatrischen Diensten sind zur Grundversorgung dieser großen Gruppe von Patienten versorgungsrelevant [31] [85]. An psychiatrischen Diagnosen finden sich bei Patienten im Allgemeinkrankenhaus in erster Linie organische Psychosyndrome, Anpassungsstörungen mit depressiver Stimmung und Alkoholabhängigkeit [85][32]. Durch eine psychiatrische Komorbidität verlängert sich eine stationäre Behandlung, dies gilt insbesondere für Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen [32]. Bei körperlich Kranken mit schweren und chronischen Verläufen müssen einfache Trauer, pathologische Trauer und Depression voneinander abgegrenzt werden, ohne eine depressive Stimmung als „normale Reaktion“ zu bewerten und den verminderten Antrieb lediglich im Rahmen einer vorliegenden körperlichen Erkrankung zu interpretieren. Den nicht-somatischen Symptomen kommt daher eine große Bedeutung in der Diagnostik der Depression zu [2], diese zu erkennen ist allerdings für den nicht psychiatrisch

geschulten oft schwierig. Depressionen kommen auch bei chronisch verlaufenden somatischen Erkrankungen vor, beispielsweise bei Diabetes mellitus doppelt so häufig wie in der nicht-diabetischen Patientengruppe [1]. Auch andere psychische Erkrankungen sind gehäuft mit einem Diabetes assoziiert und es sollte daher zu einer Sensibilisierung der jeweiligen Fachgruppen gegenüber psychischer Komplikationen bei an Diabetes Erkrankten führen [1]. In einer Querschnittsstudie im onkologischen Konsildienst wurde bei einer Stichprobe von 2257 Patienten eine psychiatrische Komorbidität von 19% festgestellt. Die betroffenen Patienten wiesen eine höhere Symptombelastung auf und erhielten konsekutiv eine umfassendere Betreuung durch den Konsildienst [98]. In den letzten 30 Jahren konnten mehrere Studien auch zeigen, dass bei psychiatrischer Komorbidität eine längere Krankenhausbehandlung erfolgt [56]; besonders betroffen sind ältere Patienten, die an einem Delir leiden, was ein häufiges Problem während der stationären Behandlung darstellt [30]. Auch die Gesamtzahl somatischer Erkrankungen hat einen Einfluss auf die Schwere einer Depression, allerdings zeigen Patienten unabhängig von der Anzahl der (somatischen) Diagnosen ein gutes Ansprechen auf eine Behandlung [39]. Psychisch komorbid Erkrankte haben gegenüber psychisch Gesunden zudem ein erhöhtes Risiko, innerhalb von 30 Tagen erneut stationär aufgenommen zu werden, auch wenn die Erstbehandlung aus rein internistischen Gründen erfolgte [3]. Ambulante psychiatrische Versorgungsangebote können eine erneute Krankenhausaufnahme verhindern oder zumindest reduzieren (manchmal sogar einen dringenden stationären Versorgungsbedarf identifizieren, der sonst nicht festgestellt worden wäre), allerdings ist in diesem Bereich noch weiterer Forschungsbedarf erforderlich [15], denn die Versorgungsstrukturen unterliegen einem steten Wandel.

Auf Seiten der betroffenen Patienten bedeutet psychiatrische Komorbidität ein intensiveres subjektives Leiden, ein vermindertes Coping mit der somatischen Erkrankung und eine stark beeinträchtigte Lebensqualität [50]. Es konnte auch nachgewiesen werden, dass psychiatrische Komorbidität zu verlängerten Krankenhausaufenthalten führen [87], dies gilt insbesondere für das zusätzliche Vorliegen einer depressiven Erkrankung, die die Verweildauer negativ beeinflusst, also verlängern lässt [56].

Über die Lebensspanne treten psychische Erkrankungen in unterschiedlicher Häufung auf, zudem ergeben sich geschlechtsspezifische Unterschiede für die meisten psychischen Erkrankungen. So treten Angststörungen und affektive Störungen gehäuft bei Frauen auf (OR Frauen vs. Männer 1.5), Männer zeigen hingegen eine höhere Belastung bei Suchterkrankungen (OR Frauen vs. Männer 0.4). Auch haben der Bildungsgrad und der Familienstand einen Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit, eine psychische Erkrankung zu erleiden: ein höherer Bildungsgrad geht mit einem geringeren Risiko einher, an einer affektiven Störung zu erkranken (OR 0.8), hingegen findet sich ein leicht erhöhtes Risiko für Angststörungen (OR 1.3). Bei geschiedenen Personen finden sich gehäuft sowohl affektive Störungen (OR 1.9) als auch Suchterkrankungen (OR 3.9) [53]. Neben sozioökonomischen Faktoren hat das Persönlichkeitsprofil Einfluss auf die Entwicklung psychischer Erkrankungen, so finden sich insbesondere höhere Neurotizismuswerte und eine geringere Extraversion bei älteren Patienten, die an einer Depression erkrankt sind, wobei auch umgekehrt depressive Erkrankungen Auswirkungen auf die Ausprägung von Persönlichkeitsfaktoren haben dürften [57]. Zudem ist das Suizidrisiko bei Patientinnen (insbesondere betrifft dies das weibliche Geschlecht) mit höheren Neurotizismuswerten und „Offenheit“ assoziiert, hingegen stellen „Extraversion“ und „Gewissenhaftigkeit“ protektive Faktoren dar [4].

Patienten mit einer geringen Selbstwirksamkeitserwartung haben eine höhere Anfälligkeit für Angst- und depressiven Störungen [95]. Auch dürfte die Selbstwirksamkeitserwartung Einfluss auf Resilienz, Krankheitsverlauf und Krankheitsverarbeitung haben, wie dies insbesondere bei chronischen körperlich Erkrankten, beispielsweise bei Diabetes mellitus, der Fall ist [64]. Auch zeigen Patienten mit anderen chronischen somatischen Erkrankungen häufiger depressive Symptome und manifeste depressive Erkrankungen [52].

Diskrepanz zwischen Versorgungsbedarf und Versorgungsrealität

Wie in Abschnitt 1.2 ausgeführt wurde, besteht bei etwa jedem dritten internistischen Patienten eine psychiatrische bzw. psychotherapeutische Behandlungsbedürftigkeit. Allerdings werden lediglich 1 bis 3% der stationären Patienten einem psychiatrischen Konsiliardienst vorgestellt [20,27,34], obwohl der

Behandlungsbedarf weitaus höher eingeschätzt wird [44]. Dies hat erhebliche Auswirkungen auf die gesamte Behandlungsqualität, die Kostenentwicklung (direkte wie indirekte Kosten) und nicht zuletzt auf die Patientenzufriedenheit und Lebensqualität, auch der Angehörigen.

Faktoren auf Patientenseite

Krankenhausbehandlungen gehen häufig mit einer psychischen Belastung einher, was bei entsprechender Vulnerabilität zu manifesten psychischen Erkrankungen führen kann. Die eingeschränkte Privatsphäre, erhöhter Lärmpegel und Schlafstörungen sind mögliche Belastungsfaktoren [72]. Dem Modell der unterschwellig psychischen Störung kommt hier eine besondere Bedeutung zu. Unterschwellige Störungen spielen in der Praxis, wenn auch häufig unerkannt und die Diagnosekriterien einer manifesten psychischen Erkrankung nicht erfüllend, eine erhebliche Rolle [40]. Die Grenzziehung zwischen psychischer Störung und Gesundheit ist seit jeher schwierig, da es kaum objektive Kriterien einer psychischen Krankheit gibt und der Leidensdruck seitens des Patienten und die Beimessung eines Krankheitswertes seitens des Untersuchers großen interindividuellen Schwankungen unterliegen. Soziale Kontextfaktoren dürften in der Wahrnehmung von Krankheit auf Patientenseite ebenso wie bei deren Bewältigung eine große Bedeutung haben, zudem dürften Auswirkungen auf den wahrgenommenen psychiatrischen Versorgungsbedarf und auf die konkrete Versorgungssituation im Allgemeinkrankenhaus bestehen. In einer Literaturübersicht wurde für die untersuchten Settings und Stichproben festgestellt, dass dem Konsildienst häufiger Patienten überwiesen werden, die jünger sind, eine psychiatrische Vorgeschichte haben, im städtischen Bereich wohnen oder unter einer Psychose leiden [16].

Eine Herausforderung im klinischen Alltag ist der Umgang mit als „schwierig“ wahrgenommenen Patienten mit Auffälligkeiten der Persönlichkeit oder kognitiven Einschränkungen, die mit ihrem Verhalten eine reibungslose Behandlung entgegenstehen. Ohne psychiatrische Vordiagnose oder neu erhobene Verdachtsdiagnose kommt es jedoch bei dieser Patientengruppe in der Regel zu

keiner konsiliarpsychiatrischen Vorstellung. Gleiches gilt für eine Vorstellung gegen den ausdrücklichen Willen des Patienten [78].

Über die Altersspanne gibt es einen sich ändernden Versorgungsbedarf, der sich aus der altersspezifischen Häufigkeitsverteilung der Erkrankungen ergibt. Auffallend ist, dass ältere Patienten im Vergleich zu jüngeren (gemessen an ihrem absoluten Anteil im Krankenhaus) seltener überwiesen werden, obwohl bei ihnen eine höhere Rate an psychiatrischen Erkrankungen zu erwarten wäre [74]. So wird ein (hypoaktives) Delir im höheren Lebensalter häufig übersehen und fälschlicherweise als Depression diagnostiziert. Dementsprechend hat die Diagnosestellung deutliche Konsequenzen in Bezug auf eine adäquate Medikation und wird zudem durch die Erwartungen des Patienten beeinflusst. Die Diagnose bzw. Differentialdiagnose einer Depression sollte daher im höheren Lebensalter durch einen psychiatrischen Konsilarzt bzw. eine Konsilärztin bestätigt werden [108]. Wenn auch die Übereinstimmung bei schweren Verläufen noch relativ hoch ist, werden als „leicht“ eingeschätzte Verläufe und Ausprägungen von Depressionen im höheren Lebensalter durch den Überweiser selten richtig diagnostiziert. Auch Persönlichkeitseigenschaften des Patienten/der Patientin können die Diagnosestellung einer Depression und die Anforderung eines Konsils dahingehend beeinflussen, dass bei niedrigen Werten für den Persönlichkeitsfaktor „Neurotizismus“ (gemessen im BFI) häufiger die Fehldiagnose einer Depression seitens der Überweiser gestellt wird [14].

Die Zustimmung auf Patientenseite zu einer konsiliarischen Überweisung ist im Allgemeinen groß: so erklären sich 80% der Patienten mit einer Untersuchung einverstanden. Nur ein kleiner Teil der überwiesenen Patienten (8%) zeigt kein Interesse an der Durchführung eines psychiatrischen Konsils oder lehnt dieses aktiv ab [55].

Der Ausprägungsgrad der psychischen Erkrankung, aber auch der soziale Status, hat einen Einfluss auf den Zeitpunkt der Überweisung, Menschen mit schweren Erkrankungen werden früh überwiesen. Bei sozial schwächeren Patienten erfolgt die Überweisung hingegen spät, daher sollte nicht ausschließlich die Ausprägung der Psychopathologie ein Kriterium einer frühen Überweisung darstellen, vielmehr

auch vulnerable und sozial benachteiligte Patienten bei der Anforderung eines Konsils berücksichtigt werden [21].

Einschätzungen des konsiliarischen Behandlungsbedarfs durch das medizinische Fachpersonal

Neben allgemeinen organisatorischen Gegebenheiten und Faktoren auf Patientenseite, bestimmt auch die Einstellung der Überweiser den Zugang zur konsilpsychiatrischen Versorgung [16]. Grundsätzlich besteht eine positive Einstellung seitens der überweisenden Ärzte gegenüber der CLP, jedoch bestehen auch Berührungsängste mit psychischen Erkrankungen und viele nicht-psychiatrische Ärzte scheuen sich, eine psychiatrische (Verdachts-) Diagnose zu stellen oder eine Behandlung selbst vorzunehmen [36]. Umgekehrt werden gelegentlich psychiatrische Konsile zur rechtlichen Absicherung bei unklaren Krankheitsbildern in Auftrag gegeben, auch wenn keine psychiatrische Erkrankung oder Verdachtsdiagnose vorliegt. Unsicherheit auf Seiten der nicht-psychiatrischen Ärzte könnte hierfür der Grund sein [49].

Eine Studie konnte zeigen, dass die Integration der CLP in das medizinische Curriculum von Studierenden positiv aufgenommen wurde und Auswirkungen auf den späteren Umgang mit psychisch erkrankten Patienten hat [63]. Die frühe Beschäftigung mit psychischen Erkrankungen bei internistischen Patienten im Rahmen des Studiums erhöht das Verständnis und erleichtert zudem den Zugang zum Fach Psychiatrie. Diagnosesicherheit kann hierdurch verbessert und Berührungsängste abgebaut werden. Dass hier eine große Unsicherheit besteht, konnte am Beispiel der Depression im Rahmen einer Metaanalyse gezeigt werden; dabei wurde festgestellt, dass die Diagnosestellung von psychiatrischen Erkrankungen durch nicht-psychiatrische Ärzten und Ärztinnen häufig nicht korrekt ist [13]. Am ehesten wird eine korrekte Diagnose bei jüngeren Patienten gestellt, bei älteren Patienten hingegen wird eine depressive Erkrankung häufig als „normal“ angesehen und es scheint eine stille Übereinkunft zwischen Behandlern und Patienten zu bestehen, keine weitere Behandlung zu veranlassen [68]. Auch wenn Erkrankungen wie Angst und depressive Störungen erkannt werden, bleibt die

Differentialdiagnostik und Therapie im Allgemeinkrankenhaus häufig unzureichend. Nur ein kleiner Teil der Patienten wird zu einem Spezialisten überwiesen [105]. Ein Grund für diesen Missstand könnte eine Fokussierung auf die primäre somatische Diagnose sein, die dazu führt, dass die psychiatrische Komorbidität übersehen wird und folglich eine notwendige Überweisung an den Konsildienst unterbleibt. Häufig überlappt sich die Symptomatik, daher kann es auch vorkommen, dass eine schwere Herzinsuffizienz depressive Symptome maskiert. Eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit kann einen Beitrag zu einer Verbesserung der Versorgung leisten und die unterschiedlichen Perspektiven und Erwartungen von Ärzten, Patienten und des Gesundheitssystems als Ganzes zusammenführen [17]. In einem solchen Setting können Vorbehalte von nichtpsychiatrischen Ärzten und Ärztinnen, Verursachung unnötiger Kosten oder unzureichende Verfügbarkeit der psychiatrischen Kollegen thematisiert werden [97]. Weitere Studien zeigten, dass es eine hohe Übereinstimmung seitens der Überweiser und der psychiatrischen Experten hinsichtlich kognitiver Störungen und Abhängigkeitserkrankungen gibt (100% bzw. 88,9%). Geringer fiel die Übereinstimmung bei depressiven Störungen (52,6%) aus, hinter denen sich häufig eine kognitive Störung bzw., ein Delir verbirgt [28]. Su et al. zeigten, dass die Übereinstimmungsrate von insgesamt 41,5% über einen 5-Jahres-Zeitraum relativ konstant war und postuliert, dass hier ein Schulungsbedarf, insbesondere bei affektiven Störungen und kognitiven Störungen bzw. in der jeweiligen Abgrenzung der beiden Diagnosen zu bestehen scheint, während sich bei Abhängigkeitserkrankungen höhere Übereinstimmungsraten fanden [94].

Der größte Einfluss auf die Entscheidung der behandelnden Ärzte, *keinen* Psychiater hinzuzuziehen, waren Vorbehalte gegen ein psychiatrisches Konsil seitens der Patienten [65]. Grundsätzlich besteht aber seitens der Überweiser eine positive Einstellung gegenüber einer Inanspruchnahme der Konsiliarpsychiatrie über die verschiedenen Fachgruppen hinweg [37]. Je nach Fachdisziplinen wird ein unterschiedlicher Versorgungsbedarf gesehen, wobei Internisten die mit Abstand häufigsten Überweisungen vornehmen [62].

Eine ältere US-Studie konnte zeigen, dass es Unterschiede in der Überweisung von verschiedenen Bevölkerungsgruppen gibt (bzw. damals gab): weiße Patienten

wurden häufiger dem Psychiater vorgestellt [19]. Zudem konnten Unterschiede in den zur Überweisung führenden Diagnosen festgestellt werden, z.B. wurden weiße Patienten häufiger wegen einer kognitiven Störung vorgestellt [18]. Zu ethnischen Unterschieden in der Überweisungspraxis fanden sich keine aktuelleren Studien, es ist daher rein spekulativ, ob heute (und für den europäischen Raum) der Zugang zum Versorgungssystem für ethnische Minderheiten erschwert sein könnte.

Institutionelle Rahmenbedingungen

Die stationäre Krankenhausversorgung unterliegt seit Jahren erheblichen Veränderungen. Während die Behandlungszahlen kontinuierlich steigen, gehen die Belegungstage zurück: so nahmen allein im Zeitraum von 1991 bis 2007 die Behandlungstage um 30% ab. Die häufigsten internistischen Erkrankungen, die zu einer stationären Behandlung führen, sind Kreislauferkrankungen, gefolgt von Krebsleiden und Erkrankungen des Verdauungsapparates. Bei Männern im Alter von 15-45 Jahren ist die zweithäufigste Nebendiagnose eine Alkoholerkrankung. Mit zunehmendem Alter steigt die Anzahl der Nebendiagnosen. Es ist davon auszugehen, dass die altersspezifischen Erkrankungen aufgrund der demographischen Entwicklung weiter zunehmen. War im Jahr 2005 nur jeder achte Krankenhausfall über 80 Jahre alt, wird dies im Jahr 2020 bereits jeder fünfte sein [92]. In einer vergleichenden Studie eines deutschen und eines amerikanischen Konsildienstes konnten ähnliche Häufigkeiten von Anforderungen eines Konsils bei Demenz (35,7% vs. 35,4%) und psychotropen Substanzen (12,9% vs. 14,4%) festgestellt werden, seltener fanden sich somatoforme Störungen (4,7% vs. 8,8%). Die Diagnose einer Depression wurde in Deutschland häufiger gestellt (13,9% vs. 6,8%), Schizophrenien und wahnhaftige Störungen, sowie bipolare affektive Störungen spielen im Konsildienst in beiden Ländern eine eher untergeordnete Rolle [25]. Der internationale Vergleich ist von Bedeutung, um aus Unterschieden zwischen Versorgungssystemen, deren Schwerpunkten, Screeningmethoden und Versorgungsansätze zu lernen. Allerdings gibt es in Deutschland kein einheitliches Vorgehen, das sich in der Versorgungslandschaft etabliert hätte, vielmehr muss von einer hohen Heterogenität innerhalb des Versorgungssystems ausgegangen

werden, systematische Untersuchungen fehlen hier. Die meisten Akutkrankenhäuser (79%) des englischen Gesundheitswesens bieten einen Konsildienst an 7 Tagen in der Woche an. Nur ca. die Hälfte hiervon haben eine 24h-Verfügbarkeit [101]. Entgegen der Entwicklung einer institutionellen Integration von somatischen mit psychiatrischen Abteilungen in den USA und einiger europäischer Länder, die bis auf die 30er und 40er Jahre des letzten Jahrhunderts zurückgehen, herrschte in der Bundesrepublik seit den 70er und 80er Jahren das Bemühen vor, eigenständige psychosomatische Abteilungen zu gründen. Im universitären Bereich etablierten sich sowohl psychiatrische als auch psychosomatische Konsiliardienste, was mitunter in der Zuständigkeit „verwirrend“ für den Patienten und die somatisch tätigen Ärzte war [40]. Auch wenn die Datenlage spärlich ausfällt, konnte grundsätzlich die Wirksamkeit von internistisch-psychiatrischen Kooperationen nachgewiesen werden mit positiver Auswirkung auf den Verlauf sowohl psychiatrischer als auch internistischer Erkrankungen [43]. Zudem konnte gezeigt werden, dass die Einbindung des psychiatrischen Konsiliardienstes die Gesamtliegedauer signifikant reduziert und die Kosten des Konsildienstes hierdurch aufgewogen werden [24].

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass ein konsiliarpsychiatrisches Versorgungsangebot sinnvoll ist, um den langjährig und teils schwer psychisch erkrankten Patienten, als auch Patienten mit neu aufgetretenen psychischen Leiden im Allgemeinkrankenhaus gerecht zu werden. Ärztinnen und Ärzte internistischer Abteilungen und Ärzte, die mit dem Versorgungsangebot der Konsiliarpsychiatrie vertraut sind, überweisen Patienten häufiger als Ärzte anderer Fachdisziplinen. Bei zunehmendem Kostendruck und knappen Ressourcen spielt der Zeitpunkt der Untersuchung eine große Rolle, da dieser mit der Gesamtliegezeit korreliert. Zudem erhalten Patienten, die früh dem Konsildienst vorgestellt werden, eine umfassendere Behandlung unabhängig von der Gesamtliegedauer. Patienten mit Persönlichkeitsstörungen werden früher vorgestellt, depressiv Erkrankte hingegen später, wobei es mitunter unklar bleibt, ob die Depression bereits vor der Krankenhausaufnahme bestand oder erst im Verlauf aufgetreten ist [37]. Ob die oben genannten Zahlen auf das deutsche Gesundheitssystem übertragen werden können ist ungewiss, da es keine systematische Untersuchung von konsiliarpsychiatrischen Diensten gibt. Große regionale Unterschiede sind eher

anzunehmen. Insgesamt dürften sich die Angebote aufgrund der international nachgewiesenen Wirksamkeit und Kosteneffizienz aber stetig ausweiten.

Forschungsbedarf

Die Studienlage weist konsistent auf einen erheblichen konsilpsychiatrischen Versorgungsbedarf von stationär behandelten internistischen Patienten hin. Allerdings gibt es zu der Frage, wie sich Patienten mit einem internistischerseits festgestellten Konsilbedarf von Patienten unterscheiden, die nicht konsiliarpsychiatrisch vorgestellt werden, weil kein Bedarf festgestellt wird, kaum belastbare Daten. Es ist bislang nicht geklärt anhand welcher Kriterien Patienten, die überwiesen werden sollten, identifiziert werden können. Weiterhin ist nicht ausreichend geklärt, welche Krankheitsbelastung die Konsilpatienten aufweisen und auf welcher Basis die Einschätzung der Konsilärzte erfolgt. Ebenso wurde die Perspektive auf Klärungsbedarf durch den Konsildienst seitens der Patienten und der Pflegekräfte bislang kaum berücksichtigt.

Fragestellungen und Hypothesen

Es werden zwei begründet hypothesengeleitete und eine explorative Fragestellung aufgestellt.

Erste Fragestellung: Unterscheiden sich in einem multidimensionalen Profil die Gruppe elektiv überwiesener Patienten und die Gruppe bestehend aus Patienten, bei welchen kein Bedarf einer psychiatrischen Abklärung festgestellt worden ist?

Diese allgemeine Fragestellung lässt sich in fünf Hypothesen aufgliedern:

Hypothese 1a: Die elektiv überwiesenen Patienten sind psychosozial belasteter.

Begründung: soziodemografische Faktoren wie Einsamkeit, schlechtere Bildung und Berufsstatus sowie eine mangelnde soziale Unterstützung können sich ungünstig auf den psychischen Verlauf auswirken.

Hypothese 1b: Elektiv überwiesene Patienten unterscheiden sich von nicht überwiesenen Patienten hinsichtlich somatischer und anamnestisch-behandlungsbezogener Variablen nicht.

Begründung: Im Vordergrund steht eine somatische Vorgeschichte, die für sich genommen relevant genug ist für die Indikation einer stationären internistischen Behandlung.

Hypothese 1c: Die elektiv überwiesenen Patienten weisen eine höhere psychische Symptombelastung auf

Begründung: Psychische Belastung, ob von Patienten vorgetragen oder klinisch festgestellt, ist Hauptanlass für die Einschätzung eines Konsilbedarfes.

Hypothese 1d: Im Persönlichkeitsprofil der Konsilpatienten finden sich höhere Neurotizismuswerte.

Begründung: Neurotizismus geht mit stärkerer Selbstbeobachtung, Ängstlichkeit, Sorgen und Labilität einher, was den Leidensdruck zum Ausdruck bringt, der vom behandelnden Personal als problematisch wahrgenommen wird.

Hypothese 1e: Konsilpatienten weisen eine niedrigere Einschätzung der eigenen Selbstwirksamkeit auf.

Begründung: Niedrigeres Selbstwirksamkeitsgefühl geht mit höherer Hilflosigkeit einher, was als Hilfebedürftigkeit interpretiert werden kann.

Zweite Fragestellung: Gibt es Abweichungen in der Einschätzung der psychischen und körperlichen Belastung sowie des psychiatrischen Unterstützungsbedarfes zwischen Konsilarzt, Pflege und Patient selbst?

Dies zweite Frage lässt sich in sechs Hypothesen aufgliedern:

Hypothese 2a: Konsil- und Nichtkonsil-Patienten werden in allen drei Perspektiven hinsichtlich somatischer Belastung nicht unterschiedlich eingeschätzt.

Begründung: Die somatische Belastung wird in allen drei Perspektiven konkordant mit den Befunden wahrgenommen, da sie den objektiveren klinischen Teil ausmachen.

Hypothese 2b: Konsil- und Nichtkonsil-Patienten werden in allen drei Perspektiven hinsichtlich psychischer Belastung als sich unterscheidend eingeschätzt, indem Konsilpatienten als psychisch belasteter eingeschätzt werden.

Begründung: Psychische Belastung drückt sich nicht nur in den Äußerungen, sondern auch klinisch aus und ist der Hauptgrund für Konsilanforderung.

Hypothese 2c: Konsil- und Nichtkonsil-Patienten werden in allen drei Perspektiven hinsichtlich ihres psychiatrischen Unterstützungsbedarfs als sich unterscheidend eingeschätzt.

Begründung: Bei Konsilpatienten ist der Unterstützungsbedarf größer als bei Nichtkonsilpatienten. Dies dürfte auch aus Pflege- und Patientenperspektive zutreffen.

Hypothese 2d: Die Einschätzung des Grades von somatischer Belastung und Unterstützungsbedarf korreliert signifikant paarweise zwischen Konsilarzt, Pflege und Patient selbst.

Begründung: Somatische Belastungen können weitgehend objektiviert oder einer Diagnose zugeordnet werden.

Hypothese 2e: Die Einschätzung des Grades von psychischer Belastung korreliert paarweise *nicht* zwischen Konsilarzt bzw. Pflege und Patient selbst.

Begründung: Psychische Belastungen sind sehr subjektiv und schwer zu objektivieren; es dürften also deutliche Unterschiede zwischen der Ersten- (der Betroffenen) und der Dritten-Person-Perspektive (der Professionellen) bestehen.

Hypothese 2f: Die Einschätzung des Bedarfes an psychiatrischer Unterstützung korreliert paarweise *nicht* zwischen Konsilarzt, Pflege und Patient.

Begründung: Die Einschätzung des Konsilbedarfes erfolgt aus einer sehr professionalisierten Perspektive, die beispielsweise abhängig vom sozialen Status ist.

Dritte Fragestellung: Gibt es Indikatoren für die Einschätzung des Konsilbedarfes aus den Perspektiven von Konsilarzt, Bezugspflege und Patient selbst?

Diese Fragestellung wird explorativ angegangen. Explorativ deshalb, weil die Modellierungen nicht einer a priori formulierten Hypothese folgen, sondern dazu beitragen sollen, Hypothesen für künftige Arbeiten zu generieren.

Material und Methoden

In diesem Abschnitt werden das Studiendesign (einschließlich Durchführungslogistik) und die Stichprobe mit den entsprechenden Einschluss- und Ausschlusskriterien beschrieben. Außerdem erfolgt eine Überprüfung der Stichprobenrepräsentativität. Abschließend werden die Messinstrumente und die statistischen Verfahren dargestellt.

Studiendesign

Die Studie wurde als naturalistische (also nicht-interventionelle), monozentrische, prospektive Querschnittsstudie durchgeführt.

Die Studie wurde am Klinikum Friedrichshafen durchgeführt, wo die untersuchte internistische Aufnahmestation 30 Betten vorhält. Pro Jahr erfolgen dort etwa 8.000 Aufnahmen. Die Liegedauer beträgt auf dieser Station durchschnittlich 2 Tage. Bei etwa 3.000 von 8.000 aufgenommenen Patienten handelt es sich um Patienten mit gastroenterologischen Erkrankungen, weitere etwa 3.300 sind kardiologische Patienten (somit handelt es sich um die meisten stationär behandelten internistischen Patienten) [75], nicht berücksichtigt wurden Fälle, die auf der Intensivstation behandelt oder direkt auf eine spezialisierte Station aufgenommen wurden. Die restlichen 1.700 Patienten werden vorwiegend neurologisch oder chirurgisch geführt, die neurologische und chirurgische Fachabteilung ist im Klinikum vertreten, sodass diese Patienten innerhalb des Krankenhauses auf die geeignete Station verlegt werden können.

Alle aufgenommenen Patienten auf der internistischen Aufnahmestation, die kein Konsil erhielten (NKP) und bei gegebener Indikation selektiv auf weiterführende, spezialisierte internistische Stationen im selben Krankenhaus verlegt werden sollten, wurden konsekutiv im Zeitraum vom 01.03.2017 bis 11.05.2017 vom psychiatrischen Experten aufgesucht und, sofern die Einschlusskriterien erfüllt waren, innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme über die Untersuchung aufgeklärt. Die Erhebung erfolgte ebenfalls standardisiert in den ersten 24 Stunden nach der Aufnahme.

Alle Patienten wurden darüber aufgeklärt, dass personenbezogene Daten erhoben würden, dass die statistische Auswertung der Daten jedoch anonymisiert stattfinden

würde. Nach ihrer schriftlichen Einwilligung wurden die Patienten in die Studie aufgenommen.

Die Indikation für psychiatrische Konsile wurde in den täglichen Oberarztvisiten anhand psychopathologischer, verhaltensbezogener oder psychosozialer Basiskriterien gestellt, die einer weiteren psychiatrischen Abklärung und/oder Behandlung bedürfen. Der Konsiliararzt suchte die zugewiesenen Patienten am Krankenbett nach Dringlichkeit auf.

Die Rekrutierung der Teilnehmer an der Studie, die ein Konsil erhielten (KP) fand im Zeitraum vom 01.03.2017 bis 31.03.2018 statt (Unterbrechung vom 01.08.2017 bis 31.12.2017). Alle Datenerhebungen und Konsile erfolgten am Krankenbett. Die Fragebögen wurden zeitnah (spätestens am Folgetag) auf Vollständigkeit überprüft, sodass fehlende Items gemeinsam mit den Patienten ergänzt wurden und mögliche Verständnisprobleme geklärt werden konnten.

Ärztinnen, Ärzte und Pflegepersonal der internistischen Aufnahmestation wurden über die Studie aufgeklärt. Die Definition der Items wurde zwischen allen Beteiligten konsentiert, um Interpretationsabweichungen zu vermeiden.

Die Patienten, die die Einschlusskriterien erfüllt hatten, aber nicht in die Studie aufgenommen worden waren, wurden anonymisiert vier verschiedenen Kategorien zugeordnet: a) nicht erreichte Patienten; b) explizit nicht in die Untersuchung einwilligende Patienten; c) Patienten, die aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage waren an der Untersuchung teilzunehmen; d) Patienten, deren Deutschkenntnisse für eine Befragung nicht ausreichten.

Da die Untersuchung über die Erfassung von Routinedaten hinausgeht, wurde das Votum der Ethikkommission der Universität Ulm beantragt und mit dem Aktenzeichen 335/16 genehmigt. Das Ethikkomitee des Klinikums Friedrichshafen als lokales Ethikkomitee genehmigte zusätzlich mit Bescheid vom 1. März 2017 das Votum der Ethikkommission der Universität Ulm.

Alle Studienunterlagen werden 10 Jahre lang datenschutzgerecht aufbewahrt.

Einschluss- und Ausschlusskriterien

Einschlusskriterien waren:

- Internistische Erkrankung, die eine stationäre Behandlung nötig machte
- Alter ≥ 18 Jahre
- Einwilligung in die Studie nach entsprechender Aufklärung
- Konsilpatienten: Indikation naturalistisch nach dem klinischen Kriterium der internistischen Ärzte und Ärztinnen.

Folgende Ausschlusskriterien wurden formuliert:

- Mangelnde Deutschkenntnisse
- Fehlende Einwilligung
- Patient/Patientin wurde nicht angetroffen
- Nicht ausreichende Belastbarkeit durch schwerwiegende gesundheitliche Einschränkungen

Überprüfung der Repräsentativität der Stichprobe

Die Repräsentativität der Stichprobe ist eine Voraussetzung für die Übertragbarkeit der Ergebnisse in erster Linie auf die Patienten des untersuchten Settings und in zweiter Linie auf allgemein in internistischen Stationen aufgenommene Patienten

Von $N = 294$ Patienten, die im Untersuchungszeitraum um eine Studienteilnahme gebeten wurden, waren $n = 117$ Konsilpatient (KP), die die Einschlusskriterien erfüllten. Von diesen Patienten willigten $n = 49$ (42%) in eine Studienteilnahme ein, $n = 68$ (58%) willigten nicht ein.

Von den $n = 177$ angefragten Patienten, die *kein* Konsil erhielten (NKP) und die Vergleichsgruppe darstellen, willigten $n = 81$ (46%) in die Studienteilnahme ein, während $n = 96$ (54%) eine Teilnahme ablehnten.

Die Verteilung der einwilligenden und der nicht einwilligenden Patienten ist in Abbildung 1 dargestellt.

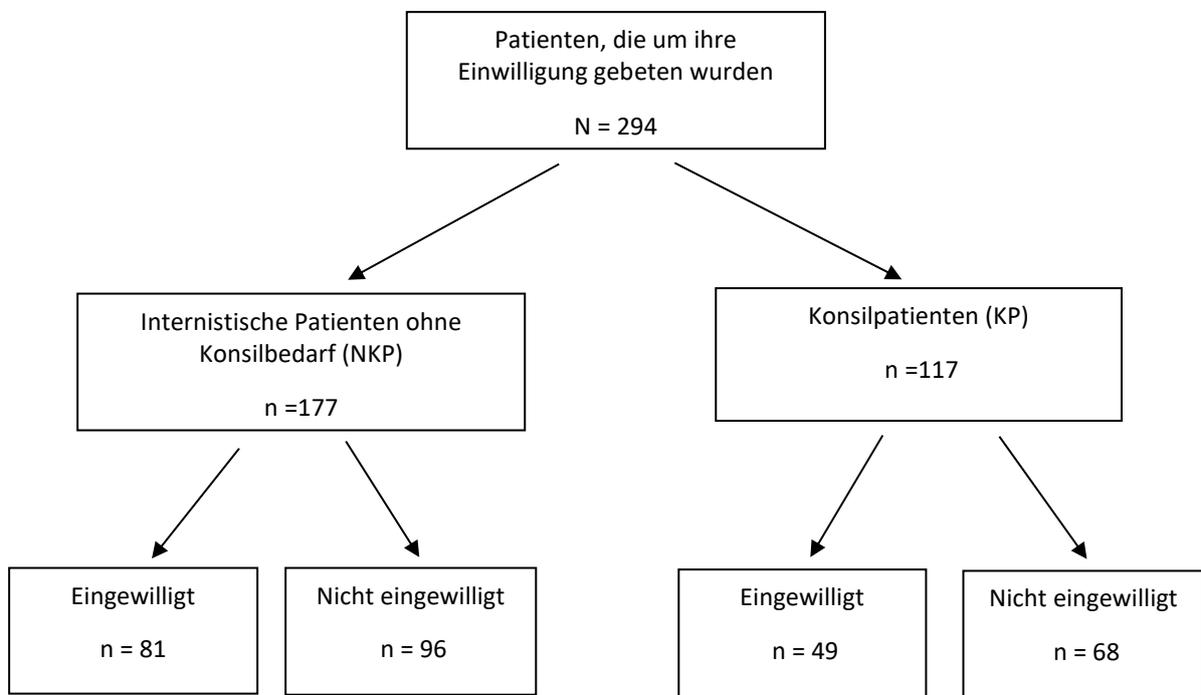


Abbildung 1: Flussdiagramm der einwilligenden und nicht einwilligenden Patienten, aufgeschlüsselt in Konsilpatienten und internistische Patienten, bei denen kein Konsilbedarf festgestellt wurde (in Anlehnung an Valdes-Stauber&Kendel [100]).

Tabelle 1 führt auf, wie sich die Patienten, die nicht an der Studie teilnahmen, auf die vier verschiedenen Kategorien verteilen. Für die Patienten ohne Konsilbedarf (NKP) waren die Gründe vor allem Nichterreichbarkeit (34,4 %) und zu krank oder zu schwach für das Interview (46,9 %). Für die Gruppe der Konsilpatienten (KP) lag der Hauptgrund darin, dass die Patienten zu krank oder zu schwach für das Interview waren (55,9 %), hier waren nur ein kleinerer Teil (8,8 %) nicht erreichbar.

Tabelle 1: Gründe für die Nichtteilnahme an der Studie

Vergleich elektiv psychiatrisch-konsiliarisch untersuchter und nicht dem Konsildienst vorgestellter Patienten in der internistischen Abteilung des Klinikum Friedrichshafen, 2017-2018; Legende: n=Umfang der Teilstichprobe, NKP=nicht dem Konsildienst vorgestellte Patienten, KP= Konsilpatienten

Gründe für die fehlende Einwilligung	Nicht Einwilligende der Kontrollgruppe (NKP) n = 96 n (%)	Nicht einwilligende Konsilpatienten (KP) n = 68 n (%)
Nicht erreichbar	33 (34,0)	6 (8,8)
Aktive Ablehnung	11 (11,5)	19 (27,9)
Zu schwach/ zu krank	45 (46,9)	38 (55,9)
Mangelnde Deutschkenntnisse	7 (7,3)	5 (7,4)

Um die Repräsentativität der Stichprobe zu überprüfen wurden die insgesamt in die Studie einwilligenden Patienten (sowohl der NKP- als auch der KP-Gruppe) mit den nicht einwilligenden Patienten hinsichtlich soziodemographischer und klinischer Routinevariablen verglichen (Tabelle 2). Dies waren Alter, Geschlecht, Migrationshintergrund, Anzahl der Diagnosen, Medikation (Internistika, Psychopharmaka) und Liegedauer.

Dabei ergaben sich vor allem hinsichtlich Alter und Anzahl der Diagnosen signifikante Unterschiede: in der Kontrollgruppe waren die Patienten, die eine Teilnahme ablehnten, älter ($70,61 \pm 17,67$ vs. $62,32 \pm 17,95$; $p < 0,001$) und hatten durchschnittlich mehr behandlungsbedürftige internistische Diagnosen als die einwilligenden Patienten ($6,92 \pm 3,44$ vs. $4,42 \pm 2,66$; $p = < 0,001$). Außerdem nahmen die nicht einwilligenden Patienten eine größere Anzahl aktueller Internistika ein ($6,34 \pm 3,72$ vs. $5,2 \pm 3,80$; $p = 0,17$).

Hinsichtlich der Geschlechterverteilung, des Anteils von Patienten mit Migrationshintergrund, der Einnahme von Psychopharmaka (als Surrogatvariablen einer behandlungsbedürftigen psychiatrischen Erkrankung) unterschieden sich die beiden Patientengruppen nicht.

Tabelle 2: Vergleich der nicht einwilligenden Patienten mit den einwilligenden Patienten. Ergebnisse der Signifikanzprüfung mit t-Tests für unabhängige Stichproben (Alter, Anzahl der Diagnosen und aktueller Internistika) und Chi-Quadrat-Tests (Geschlecht, Migrationshintergrund, Liegedauer, Psychopharmaka).

Vergleich zwischen elektiv psychiatrisch-konsiliarisch untersuchten und nicht dem Konsildienst vorgestellten Patienten (Kontrollgruppe) in der internistischen Abteilung des Klinikum Friedrichshafen, 2017-2018; Legende: n=Anzahl der Teilstichprobe, M=Mittelwert, SD=Standardabweichung, p=Signifikanzniveau, *<0,05, **<0,01, ***<0,001

Variable	Nicht Einwilligende n = 164	Einwilligende n = 130	P
Alter (M, SD)	70,61 (17,67)	62,32 (17,95)	<0,001***
Geschlecht, Frauen (n, %)	78 (47,6%)	70 (53,8%)	0,293
Migrationshintergrund (n, %)	25 (15,2%)	27 (20,8%)	0,223
Liegedauer ≥6 (n, %)	92 (56,1%)	64 (49,2%)	0,290
Anzahl Diagnosen (M, SD)	6,92 (3,44)	4,42 (2,66)	<0,001***
Anzahl aktueller Internistika (M, SD)	6,34 (3,72)	5,20 (3,80)	0,017*
≥1 Psychopharmakon (n, %)	81 (32,0%)	85 (35,6%)	0,690

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass einwilligende Patienten jünger waren als nicht einwilligende Patienten, sowie eine geringere Anzahl an behandlungsbedürftigen Diagnosen aufwiesen und aktuell weniger Internistika einnahmen. In dieser Hinsicht ist die Repräsentativität der Stichprobe bedingt eingeschränkt.

Messinstrumente

In den Fragebogen wurden standardisierte und validierte Messinstrumente zur Messung von Angst, Depressivität, Selbstwirksamkeit, Persönlichkeitsfaktoren und psychischer Symptombelastung aufgenommen. Zusätzlich zu diesen Variablen wurden Konsilarzt, Pflegekräfte und Patienten gebeten, ihre Einschätzung der körperlichen und psychischen Belastung des Patienten sowie dessen psychischen Unterstützungsbedarf auf einer selbst entwickelten Skala anzugeben.

Soziodemographische Variablen

Soziodemographische Daten wurden wie folgt erhoben: Alter in Jahren als metrische Variable; Geschlecht als dichotome Variable (0 = Frau, 1 = Mann); der Migrationshintergrund als dichotome Variable (0 = kein Migrationshintergrund, 1 = Migrationshintergrund nach Definition des Statistischen Bundesamtes); Bildung wurde erfasst mit dem höchsten erreichten Schulabschluss als nominelle Variable (0 = Hauptschule, 1 = Realschule oder Fachhochschule, 2 = Gymnasium) und dem beruflichen Abschluss (nominelle Variable: 0 = kein Abschluss, 1 = Lehre bzw. Ausbildung, 2 = Hochschule oder Studium); der Beschäftigungsstatus wurde ebenfalls nominell erhoben (0 = Beschäftigung in Haushalt und Familie, einschließlich Pflege eines Angehörigen, ohne Rentner zu sein, 1 = berufstätig stundenweise oder in Teilzeit, 2 = berufstätig Vollzeit, 3 = Rentner); der Familienstand wurde als dichotome Variable erhoben (0 = alleinlebend – d.h. ohne Partner oder verwitwet, 1 = in Partnerschaft, mit oder ohne Kinder).

Klinische Variablen

Im Zuge der Anamnese wurden bei allen Patienten mehrere klinische Routinevariablen erhoben. Dies waren zum einen die aktuelle Einnahme von Psychopharmaka und die Anzahl der aktuellen Internistika. Außerdem wurde die Anzahl der gesicherten somatischen ICD-Diagnosen erhoben, wobei Symptome, wie z.B. Bauchschmerzen, Hypercholesterinämie oder vereinzelt pathologische Laborbefunde nicht eingeschlossen wurden. Zusätzlich wurde die Dauer (in Tagen) der Indexkrankheit erhoben, die zur Aufnahme geführt hatte. Dazu die Anzahl der

Kontakte mit niedergelassenen Ärzten im letzten halben Jahr, unabhängig von der Fachrichtung, sowie die Anzahl der Krankenhausaufenthalte im letzten halben Jahr.

Psychopathologische Belastung: SCL-K-9

Die psychopathologische Belastung der Patienten wurde mit der deutschen Kurzversion (SCL-K-9) der „Symptom Checklist 90“ (SCL-90-R) erhoben [23, 54]; hierbei handelt es sich um ein normiertes Screeninginstrument [77]. Die Patienten wurden um eine Einschätzung gebeten, inwieweit verschiedene Beschwerden innerhalb der letzten 7 Tage auf sie zutrafen. Die SCL-K-9 besteht aus jeweils einem Item der neun Subskalen der SCL-90-R (Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität/Feindseligkeit, phobische Angst, paranoides Denken und Psychotizismus) und umfasst somit insgesamt 9 Items (ein Beispielitem zur Ängstlichkeit: „Wie sehr litten Sie in den letzten 7 Tagen unter dem Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein?“). Die Antworten auf die Items konnten auf einer fünfstufigen Ratingskala (0= „überhaupt nicht“ bis 4= „sehr stark“) angegeben werden.

Die interne Konsistenz (Cronbachs alpha) der SCL-K-9 bei der untersuchten Gesamtstichprobe lag bei $\alpha=0.88$ und war somit zufriedenstellend.

Angst und Depressivität

Mithilfe der „Hospital Anxiety and Depression Scale“ (HADS) [109, 90] in deutscher Übersetzung [41] wurden Angst sowie depressive Symptome der Patienten erhoben. Die Patienten wurden hierbei danach befragt, inwieweit verschiedene Aussagen innerhalb der letzten Woche auf sie zutrafen. Die HADS besteht aus 14 Items auf den zwei Subskalen Angst (Beispiel: „Ich habe manchmal ein ängstliches Gefühl in der Magengegend“) und Depression (Beispiel: „Ich habe das Interesse an meiner äußeren Erscheinung verloren“), die jeweils sieben Items umfassen. Die Antworten auf die Items konnten auf einer vierstufigen Ratingskala (0-3) mit itemspezifisch formulierten Antwortalternativen angegeben werden. Die erzielten Punktwerte werden für jede Subskala getrennt addiert. Daraus ergibt sich ein Wertebereich zwischen 0 und 21 pro Subskala, wobei Werte >11 als auffällig gelten.

Die deutsche Version der HADS [41] weist eine interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) von $\alpha=0.80$ für beide Subskalen auf.

Für die Stichprobe der vorliegenden Arbeit wurde eine interne Konsistenz von $\alpha=.86$ für die Subskala Angst ermittelt, für die Subskala Depressivität ein $\alpha=.87$. Beide Subskalen weisen somit eine zufriedenstellende Reliabilität auf.

Einschätzung der psychischen Belastung und des Hilfebedarfs aus verschiedenen Perspektiven

Mit selbst entwickelten Items wurden die Patienten gebeten, ihre aktuelle Belastung auf einer zehnstufigen Skala von 0 bis 10 einzuschätzen („wie schätzen Sie von 0 (keine) bis 10 (extrem) die aktuelle körperliche Belastung ein?“). Diese Einschätzung wurde für denselben Patienten/dieselbe Patientin auch von der Bezugspflegerperson und von dem psychiatrischen Experten (Konsilarzt) vorgenommen.

Darüber hinaus wurden Patienten, Bezugspflegerpersonen und Konsilarzt auch um eine Einschätzung der aktuellen psychischen Belastung gebeten („wie schätzen Sie von 0 (wenig belastet) bis 10 (extrem belastet) die aktuelle psychische Belastung ein?“).

Abschließend erfolgte eine Einschätzung der Notwendigkeit einer psychiatrischen Unterstützung über die Regelversorgung hinaus. Auch hier erfolgte die Einschätzung auf einer Skala von 0 bis 10, wobei „0“ keine weitere Behandlung indizierte, während „10“ für eine Einschätzung stand, nach der eine kontinuierliche, intensive psychiatrische/psychotherapeutische Behandlung erforderlich wäre, ohne die der befragte Patient Schaden nehmen würde. Auch diese Einschätzung wurde von dem Patienten, der Bezugspflegerperson und dem psychiatrischen Experten (Konsiliararzt) vorgenommen.

Persönlichkeitseigenschaften

Die Persönlichkeitseigenschaften der Patienten wurden mit der deutschen Version der Kurzform des Big Five Inventory (BFI-10) [79] erhoben. Diese Skala erfasst auf fünf Subskalen mit jeweils zwei Items die fünf Persönlichkeitsdimensionen Neurotizismus (ein Beispiel: „Ich werde leicht nervös und unsicher“), Extraversion

(ein Beispielitem: „Ich gehe aus mir heraus, bin gesellig“), Offenheit (ein Beispielitem: „Ich habe eine aktive Vorstellungskraft“), Gewissenhaftigkeit (ein Beispielitem: „Ich erledige Aufgaben gründlich“) und Verträglichkeit (ein Beispielitem: „Ich schenke anderen leicht Vertrauen, glaube an das Gute im Menschen“). Die Antworten auf die Items konnten auf einer fünfstufigen Ratingskala (1= „trifft überhaupt nicht zu“, 5= „trifft voll und ganz zu“) angegeben werden und wurden für jede Subskala zu einem Mittelwert verrechnet.

Selbstwirksamkeit (als Ressourcenvariable)

Die Generalisierte Selbstwirksamkeit der Patienten wurde mithilfe der Kurzversion der Skala „Generalisierte Selbstwirksamkeit“ (GSW-6) [82] erfasst. Dabei wurden die Patienten gebeten anzugeben, inwieweit Aussagen in Bezug auf die eigene Selbstwirksamkeit auf sie zutrafen. Die GSW-6 besteht aus sechs Items (ein Beispielitem: „Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen“). Die Beantwortung der Items erfolgte auf einer vierstufigen Ratingskala (1= „stimmt nicht“, 2= „stimmt eher nicht“, 3= „stimmt eher“, 4= „stimmt genau“). Aus diesen sechs Items wurde ein Summenscore berechnet (Range 4-24). In einer Validierungsstudie mit einer nicht-klinischen Stichprobe mit Teilnehmern aus unterschiedlichen Ländern wurde eine interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) von $\alpha=0.79$ für die Gesamtstichprobe ermittelt [82].

In der untersuchten Stichprobe lag die interne Konsistenz bei $\alpha=.88$. Die Reliabilität war somit zufriedenstellend.

Statistische Verfahren

Die statistischen Auswertungen wurden mit den Statistik-Programmen Stata 13.0 und SPSS Statistics 25 durchgeführt.

Zunächst wurde überprüft, ob die eingesetzten Skalen (HADS-D, SCL-K-9, GSW-6) eine zufriedenstellende Reliabilität aufwiesen. Als Maß für die Reliabilität wurde Cronbachs α berechnet, das sich aus der Zahl der Items und der durchschnittlichen Korrelation zwischen allen Items ergibt:

Berechnung des Cronbachs α

$$\alpha_{st} = \frac{N \cdot \bar{r}}{1 + (N - 1) \cdot \bar{r}}$$

α_{st} = Standardisiertes Cronbachs α

N= Anzahl Items (Fragen einer Skala)

\bar{r} = Durchschnittlich Korrelation zwischen den Items

Zusätzlich wurde überprüft, ob die Zielvariablen normalverteilt waren. Von einer annähernden Normalverteilung konnte für alle metrischen Variablen mit Ausnahme der Liegedauer, der Arztkontakte in den vergangenen 6 Monate, der Krankenhausaufnahmen in den vergangenen 6 Monaten und der Psychopharmaka ausgegangen werden. Diese Variablen wichen sowohl in der Schiefe als auch in der Kurtosis stark von einer Normalverteilung ab. Deshalb wurden diese Variablen umkodiert. Die Liegedauer wurde am Median dichotomisiert (≥ 6), ebenso wie die Anzahl der Arztkontakte in den vergangenen 6 Monate (≥ 4). Bei den Krankenhausaufenthalten wurden nach Inspektion der Verteilung und aufgrund theoretischer Überlegungen drei Gruppen gebildet (0/1/ ≥ 2). Die Einnahme von Psychopharmaka wurde, ebenfalls nach Inspektion der Verteilung in zwei Gruppen geteilt (0/ ≥ 1). Die Berechnungen erfolgten mit den umkodierten Variablen.

Umgang mit fehlenden Werten

Für den Umgang mit fehlenden Werten stehen verschiedene Methode zur Verfügung. Bei einer Quote für die fehlenden Werte von $\leq 5\%$ und der Annahme, dass die fehlenden Werte zufällig zustande gekommen sind (missing completely at random) wird ein listenweiser Fallausschluss empfohlen. Da die Quote der fehlenden Werte bei $\leq 1\%$ lag, wurde der Empfehlung folgend auf eine Imputation der fehlenden Werte verzichtet und fehlende Werte listenweise aus dem Modell entfernt.

Statistische Verfahren

Die Beschreibung der Stichprobe wurde mit deskriptiven Statistiken durchgeführt. Unterschiede zwischen Konsilpatienten (KP) und Patienten ohne Konsilbedarf

(NKP) wurden mit Chi-Quadrat-Test auf Signifikanz überprüft, wenn es sich um kategoriale Variablen handelte. Ein t-Test für unabhängige Stichproben wurde eingesetzt, wenn die Variablen metrisch waren. Mit einem t-Test wird überprüft, ob sich der Mittelwert für die einzelnen metrischen Variablen zwischen zwei Gruppen signifikant unterscheidet. Zu diesem Zweck wird eine t-verteilte Prüfgröße berechnet. Diese Prüfgröße muss in den Ablehnungsbereich der Nullhypothese (z.B. KP unterscheiden sich im Alter *nicht* von NKP) fallen, damit die Alternativhypothese / Forschungshypothese angenommen werden kann. Für die Berechnung des t-Tests muss eine Varianzhomogenität der beiden Teilstichproben gegeben sein, die jeweils mit dem Levene-Test überprüft wurde. In den Fällen, in denen der Levene-Test signifikant ausfiel, wurde der adjustierte p-Wert übernommen. Der t-Test ist bei ausreichender Größe beider Teilstichproben robust gegen geringere Verletzungen der Normalverteilung [29].

Der lineare Zusammenhang zwischen zwei Variablen (z.B. der Zusammenhang zwischen der Einschätzung des Konsilbedarfs zum einen durch Ärzte, zum anderen durch Pflegekräfte) wurden mit dem Pearson-Korrelationskoeffizienten r berechnet. Der Korrelationskoeffizient r liegt zwischen -1 und $+1$. Bei Werten von -1 bzw. $+1$ kann man von einem perfekten positiven bzw. negativen linearen Zusammenhang ausgehen. Bei einem Wert von 0 würden die untersuchten Merkmale überhaupt nicht zusammenhängen.

Fishers z' wurde verwendet, um zu überprüfen ob sich Pearsonsche Korrelationskoeffizienten, mit denen die Übereinstimmungen der Einschätzung durch Arzt-Pflege, Arzt-Patient, sowie Pflege-Patient überprüft wurden, signifikant voneinander unterscheiden.

Die Bedarfseinschätzung zwischen Ärzten, Pflege und den Patienten über alle drei Gruppen hinweg wurde mittels Intraclass Correlation Coefficient (ICC) verglichen. Dieses Maß beschreibt die Übereinstimmung zwischen den unterschiedlichen Einschätzungsmethoden und kann Werte von 0 (keinerlei Übereinstimmung zwischen den drei Methoden) bis 1 (komplette Übereinstimmung) annehmen [87]. Unter $0,40$ wird eine geringe Übereinstimmung angenommen, zwischen $0,40$ und $0,59$ eine moderate, zwischen $0,60$ - $0,74$ eine gute, und ab $0,75$ eine exzellente Übereinstimmung.

Um den Zusammenhang zwischen der Einschätzung des Konsilbedarfs (abhängige Variable) und verschiedenen soziodemografischen, klinischen und psychologischen Variablen zu beschreiben, wurden zunächst bivariate Korrelationskoeffizienten berechnet. In einem zweiten Schritt wurden multiple Regressionsanalysen mit Rückwärtsselektion durchgeführt, um jeweils die wichtigsten Prädiktoren für die Einschätzung zu identifizieren. Bei dieser Methode werden zunächst alle Prädiktoren in das Modell eingeschlossen und dann schrittweise alle Variablen entfernt, durch deren Ausschluss die Vorhersage des Kriteriums am wenigsten verschlechtert wird. Dieses Vorgehen wird so lange durchgeführt, bis kein Prädiktor mehr ausgeschlossen werden kann, ohne die Vorhersage signifikant zu verschlechtern. Für den Ausschluss der Variablen wurde ein Signifikanzniveau von $p < 0,10$ übernommen.

Alle Hypothesen wurden zweiseitig getestet, auch wenn sie teilweise einseitig formuliert waren. Damit konnten auch Unterschiede oder Zusammenhänge entgegen der postulierten Richtung abgebildet werden. Für alle Analysen wurde ein α -Niveau von $p < 0,05$ festgelegt.

Ergebnisse

Die Stichprobe setzte sich aus $n = 130$ Patienten zusammen. Davon waren $n = 49$ elektive Konsilpatienten und $n = 81$ gehörten zur Gruppe, bei denen kein Konsilbedarf festgestellt wurde. Im Rahmen der Hypothesenprüfung wurden zwei Hypothesenkomplexe überprüft:

Der erste Hypothesenkomplex bezog sich auf Unterschiede zwischen konsiliarisch überwiesenen Patienten (KP) und nicht konsiliarisch überwiesenen Patienten (NKP) hinsichtlich psychosozialer und klinischer Variablen sowie der psychischen Symptombelastung.

Der zweite Hypothesenkomplex bezog sich zum einen auf Unterschiede zwischen den beiden Gruppen durch Ärzte, Pflegekräfte und Patienten sowie auf den Übereinstimmungsgrad hinsichtlich der Einschätzung der somatischen und psychischen Belastung. Die Überprüfung der Hypothesen erfolgte entlang der Formulierung der Hypothesen in Abschnitt 1.5.

Unterschiede zwischen Konsilpatienten und nicht konsiliarisch überwiesenen Patienten

In einem ersten Schritt wurde überprüft, ob sich KP von NKP hinsichtlich a) soziodemografischer, b) klinischer und c) psychologischer Variablen unterschieden.

Unterscheiden sich konsiliarisch überwiesene Patienten von nicht konsiliarisch überwiesenen Patienten hinsichtlich soziodemografischer Faktoren?

Die Unterschiede zwischen NKP und KP im soziodemografischen Profil sind in Tabelle 3 dargestellt und wurden mit t-Tests für unabhängige Stichproben (für metrische Variablen) und Chi-Quadrat-Tests (für nominelle Variablen) auf Signifikanz überprüft. 69% der Patienten der Konsilgruppe waren weiblich im Gegensatz zu 44,4% der Kontrollgruppe ($p = 0,007$). In der Konsilgruppe waren mehr Patienten arbeitslos als in der Kontrollgruppe (14,3 % versus 2,5 %, $p = 0,004$), außerdem lebten in der Gruppe der Konsilpatienten mehr Patienten allein

(51% versus 32,1 %, $p = 0,025$). Hinsichtlich Alter, Migrationshintergrund, Schulbildung und Berufsabschluss gab es hingegen keine signifikanten Unterschiede zwischen KP und NKP.

Tabelle 3: Unterschiede zwischen nicht konsiliarisch überwiesenen Patienten (NKP) und konsiliarisch überwiesenen Patienten (KP) im soziodemografischen Profil.

Vergleich mit t-Tests für unabhängige Stichproben (für metrische Variablen) und Chi-Quadrat-Tests (für nominelle Variablen) zwischen elektiv psychiatrisch-konsiliarisch untersuchten und nicht dem Konsildienst vorgestellten Patienten (Kontrollgruppe) in der internistischen Abteilung des Klinikum Friedrichshafen, 2017-2018; Legende: n= Umfang der Teilstichprobe; M= Mittelwert; SD= Standardabweichung; p= Signifikanzniveau M=Mittelwert, SD=Standardabweichung

Variable	NKP n = 81	KP n = 49	p
Alter (M, SD)	63,5 (18,1)	60,4 (17,8)	0,346
Geschlecht (n, %)			
Frauen	36 (44,4%)	34 (69,4%)	0,007
Migrationshintergrund (n, %)	18 (22,2%)	9 (18,4%)	0,385
Schulabschluss (n, %)			0,274
Ohne	1 (1,2%)	0 (0,0%)	
Hauptschule	41 (50,6%)	33 (67,3%)	
Realschule	23 (28,4%)	10 (20,4%)	
Abitur	16 (19,8%)	6 (12,2%)	
Beschäftigungsstatus (n, %)			0,004
Arbeitslos	2 (2,5%)	7 (14,3%)	
Haushalt	2 (2,5%)	7 (14,3%)	
Teilzeit	2 (2,5%)	1 (2,0%)	
Vollzeit	23 (28,4%)	7 (14,3%)	
Rente	52 (64,2%)	27 (55,1%)	
Familienstand, ohne Partner (n, %)	26 (32,1%)	25 (51,0%)	0,025

Die Hypothese (1a), dass sich Patienten, die ein Konsil erhalten, von Patienten ohne Konsil hinsichtlich soziodemographischer Variablen unterscheiden, kann weitgehend bestätigt werden. Nur bei der Schulbildung und dem Migrationshintergrund zeigen sich keine signifikanten Unterschiede.

Unterscheiden sich konsiliarisch überwiesene von nicht konsiliarisch überwiesenen Patienten hinsichtlich klinischer Faktoren?

Zunächst wurden mit t-Tests für unabhängige Stichproben und Chi-Quadrat-Tests überprüft, ob sich konsiliarisch überwiesene Patienten von nicht konsiliarisch überwiesenen Patienten hinsichtlich der klinisch-anamnestischen Variablen unterscheiden (Tabelle 4). Dabei zeigte sich, dass mehr KP eine Krankenhausaufenthaltsdauer von mehr als 6 Tagen hatten (67,3% vs. 38,3%, $p = 0,001$). Außerdem hatten KP mehr Krankenhausaufnahmen in den vergangenen 6 Monaten, 35,4% der KP und 13,6% der NKP wurden zwei- oder mehrmalig im letzten halben Jahr im Krankenhaus aufgenommen.

Tabelle 4: Unterschiede zwischen nicht konsiliarisch überwiesenen Patienten (NKP) und konsiliarisch überwiesenen Patienten (KP) in klinischen Variablen.

Vergleich mittels t-Tests für unabhängige Stichproben (für metrische Variablen) und Chi-Quadrat-Tests (für nominelle Variablen) zwischen elektiv psychiatrisch-konsiliarisch untersuchten und nicht dem Konsildienst vorgestellten Patienten (Kontrollgruppe) in der internistischen Abteilung des Klinikum Friedrichshafen, 2017-2018; Legende: N= Umfang der Teilstichprobe; M= Mittelwert; SD= Standardabweichung; p= Signifikanzniveau M=Mittelwert, SD=Standardabweichung M=Mittelwert, SD=Standardabweichung. Anmerkungen: KH, Krankenhaus

Variable	NKP n = 81	KP n = 49	p
Liegedauer ≥ 6 Tage (n,%)	31 (38,3%)	33 (67,3%)	0,001
≥ 4 Arztkontakte letzte 6 Monate (n,%)	32 (39,5%)	23 (46,9%)	0,406
Anzahl der KH-Aufnahmen letzte 6 Monate (n,%)			0,009
Keine KH-Aufnahme	50 (61,7%)	25 (52,1%)	
Eine KH-Aufnahme	20 (24,7%)	6 (12,5%)	
Mehr als zwei KH-Aufnahmen	11 (13,6%)	17 (35,4%)	
Anzahl behandlungsbedürftiger Diagnosen (M, SD)	4,64 (2,88)	4,04 (2,24)	0,213
Anzahl aktueller Internistika (M, SD)	5,43 (4,15)	4,82 (3,13)	0,340
Einnahme von ≥ 1 Psychopharmakon (n, %)	15 (18,5)	30 (61,2)	<0,001

Auch in der Einnahme von Psychopharmaka unterschieden sich die KP von den NKP deutlich, indem 61,2% der KP mindestens ein Psychopharmakon einnahmen im Vergleich zu 18,5% der NKP ($p < .001$).

Die Hypothese (1b), dass sich KP von NKP hinsichtlich der klinisch anamnestischen Variablen nicht unterscheiden, kann nur teilweise bestätigt werden. In der Liegedauer, der Anzahl der Krankenhausaufnahmen in den letzten 6 Monaten und der Einnahme von Psychopharmaka zeigen sich signifikante Unterschiede, während sich die Patienten hinsichtlich Anzahl der Arztkontakte in den letzten Monaten, der Anzahl behandlungsbedürftiger internistischer Diagnosen und der Anzahl aktueller Internistika nicht unterscheiden.

Unterscheiden sich konsiliarisch überwiesene Patienten von nicht konsiliarisch überwiesenen Patienten hinsichtlich der psychischen Symptombelastung?

Unterschiede zwischen NKP und KP bezüglich der psychischen Belastung wurden mit t-Tests für unabhängige Stichproben untersucht. Die elektive Stichprobe zeigte hier eine deutlich höhere psychische Symptombelastung, gemessen mit SCL-K, eine höhere Angstbelastung und höhere Depressivität (Tabelle 5) mit großen Effektstärken > 0,70.

Tabelle 5: Mittelwertunterschiede in der psychischen Belastung zwischen nicht konsiliarisch überwiesenen Patienten (NKP) und konsiliarisch überwiesenen Patienten (KP).

Vergleich mittels t-Tests für unabhängige Stichproben zwischen elektiv psychiatrisch-konsiliarisch untersuchten und nicht dem Konsildienst vorgestellten Patienten (Kontrollgruppe) in der internistischen Abteilung des Klinikum Friedrichshafen, 2017-2018; Legende: n=Umfang der Teilstichprobe, p=Signifikanzniveau SCL, Symptom Checklist – Kurzform mit 9 Items: Range 0-36; HADS-A, Hospital Anxiety and Depression Scale – Subskala Angst, Range 0-21; HADS-D, Hospital Anxiety and Depression Scale – Subskala Depressivität, Range 0-21.

Variable	NKP n = 81	KP n = 49	p
Psychopathologische Belastung (SCL-K-9)	10,2 (7,3)	14,3 (7,1)	0,002
Angst (HADS-A)	6,2 (4,1)	9,8 (5,1)	<0,001
Depressivität (HADS-D)	5,6 (4,2)	9,4 (5,5)	<0,001

Hinsichtlich der psychischen Belastung unterschieden sich KP und NKP deutlich. Sowohl der psychopathologische Gesamtscore (gemessen mit SCL-K), als auch die Werte bezüglich Angst und Depressivität (gemessen mit HADS) lagen bei den KP deutlich höher.

Die Hypothese (1c), dass KP eine höhere psychische Belastung angeben, kann bestätigt werden.

Gibt es zwischen Konsilpatienten und nicht konsiliarisch überwiesenen Patienten Unterschiede im Persönlichkeitsprofil und der Selbstwirksamkeit?

Unterschiede im Persönlichkeitsprofil und in der Selbstwirksamkeit wurden mit t-Tests für unabhängige Stichproben untersucht. Die Ergebnisse sind in Tabelle 6 zusammengefasst.

Tabelle 6: Mittelwertunterschiede zwischen nicht konsiliarisch überwiesenen Patienten (NKP) und konsiliarisch überwiesenen Patienten (KP) im Persönlichkeitsprofil.

Vergleich mittels t-Tests für unabhängige Stichproben zwischen elektiv psychiatrisch-konsiliarisch untersuchten und nicht dem Konsildienst vorgestellten Patienten (Kontrollgruppe) in der internistischen Abteilung des Klinikum Friedrichshafen, 2017-2018; Legende: n=Umfang der Teilstichprobe, p=Signifikanzniveau, *Signifikanzniveau $p < 0,05$, BFI, Big Five Inventory, Range 1-5. GSW, Generalisierte Selbstwirksamkeitserwartung, Range 4-24.

Variable	NKP <i>n</i> = 81	KP <i>n</i> = 49	<i>P</i>
BFI Extraversion	2,22 (0,95)	2,13 (1,08)	0,646
BFI Verträglichkeit	2,34 (0,77)	2,43 (0,90)	0,550
BFI Gewissenhaftigkeit	2,83 (0,82)	2,96 (0,80)	0,371
BFI Neurotizismus	1,98 (0,82)	2,21 (0,84)	0,121
BFI Offenheit	2,30 (0,91)	2,46 (0,80)	0,320
Generalisierte Selbstwirksamkeit (GSW-6)	11,8 (3,5)	10,0 (4,4)	0,011*

In keiner der Subskalen der BIG FIVE zeigte sich ein Unterschied zwischen KP und NKP. Hingegen unterschieden sich KP und NKP in der generalisierten Selbstwirksamkeit: KP gaben eine signifikant geringere Selbstwirksamkeit als NKP an (10,0±4,4 vs. 11,8±3,5; $T(128) = 2,57$; $p = ,011$, $Cd = 0,46$).

Die Hypothese (1d), dass es signifikante Unterschiede im Persönlichkeitsprofil zwischen KP und NKP gibt, insbesondere bei den Neurotizismuswerten, kann nicht bestätigt werden. Dahingegen kann die Hypothese (1e), dass KP eine geringere Selbstwirksamkeit als NKP angeben, bestätigt werden.

Die Einschätzung von Belastung und Behandlungsbedarf

Im folgenden Abschnitt wird überprüft, ob KP und NKP hinsichtlich ihrer Belastungen unterschiedlich eingeschätzt werden und ob die Einschätzungen von Konsilarzt, medizinischem Pflegepersonal und den Patienten übereinstimmen.

Unterschiede in der Einschätzung der Belastungen und des Konsilbedarfs von KP und NKP aus der Perspektive von Arzt, Pflege und Patient

Mittels t-Tests für unabhängige Stichproben wurde untersucht, ob KP und NKP hinsichtlich der körperlichen Belastung, der psychischen Belastung und des Konsilbedarfs unterschiedlich eingeschätzt wurden (Tabelle 7). Hinsichtlich der körperlichen Belastung ergaben sich keine Unterschiede. Allerdings ergab sich für die Einschätzung der körperlichen Belastung durch die Patienten selbst ein Trend dahingehend, dass KP ihre körperliche Belastung etwas höher einschätzten als NKP (6,29±2,79 vs. 5,38±2,48; $T(128) = -1,940$; $p = 0,055$).

Tabelle 7: Mittelwertunterschiede in der Einschätzung der körperlichen und psychischen Belastung sowie des Konsilbedarfs durch Pflege, Arzt und Patienten.

Vergleich mittels t-Tests für unabhängige Stichproben zwischen elektiv psychiatrisch-konsiliarisch untersuchten (KP) und nicht dem Konsildienst vorgestellten Patienten (NKP, Kontrollgruppe) in der internistischen Abteilung des Klinikum Friedrichshafen, 2017-2018; Legende: n=Umfang der Teilstichprobe, p=Signifikanzniveau, M=Mittelwert, SD=Standardabweichung, n=Anzahl, p=Signifikanzniveau

Variable	NKP <i>n</i> = 81	KP <i>n</i> = 49	<i>P</i>
Einschätzung körperliche Belastung (<i>M, SD</i>)			
Pflege	4,41 (1,98)	4,90 (2,37)	0,227
Arzt	4,77 (1,87)	5,29 (2,27)	0,180
Patienten	5,38 (2,48)	6,29 (2,79)	0,055
Einschätzung psychische Belastung (<i>M, SD</i>)			
Pflege	3,84 (2,14)	6,12 (1,89)	<0,001
Arzt	4,51 (2,29)	6,67 (1,34)	<0,001
Patienten	4,77 (2,75)	5,29 (2,84)	0,024
Einschätzung Bedarf eines Konsils (<i>M, SD</i>)			
Pflege	2,90 (2,37)	6,78 (2,03)	<0,001
Arzt	3,59 (2,61)	6,84 (2,05)	<0,001
Patienten	2,93 (2,64)	6,45 (2,47)	<0,001

Bezüglich der Einschätzung der psychischen Belastung ergibt sich ein anderes Bild. Sowohl Konsilarzt als auch Pflegeperson und Patienten selbst schätzten die psychische Belastung der KP signifikant höher ein als die der NKP.

Der zusätzliche psychiatrische Unterstützungsbedarf (Konsilbedarf) wurde ebenfalls sowohl vom Arzt als auch Pflegepersonen und Patienten selbst für die Gruppe der KP höher eingeschätzt als für die Gruppe der NKP.

Die Hypothese 2a, dass die beiden Gruppen (KP und NKP) hinsichtlich der somatischen Belastung nicht unterschiedlich eingeschätzt werden, kann bestätigt werden. Die Hypothesen 2b und 2c, dass die psychische Belastung und der Konsilbedarf sowohl durch Konsilarzt, zuständiger Pflegeperson und Patienten selbst höher eingeschätzt werden als die der NKP, kann ebenfalls bestätigt werden.

Stimmen Konsilarzt, zuständige Pflegepersonen und Patienten in ihrer Einschätzung der Belastungen überein?

Mit dem Pearson-Korrelationskoeffizienten r wurde die paarweise Übereinstimmung der einzelnen Perspektiven (Arzt, Pflege, Patient) hinsichtlich der Belastungen (somatisch, psychisch) und des Konsilbedarfs überprüft. Tabelle 8 zeigt die Korrelationskoeffizienten. Dabei wurde eine signifikante Korrelation in den Einschätzungen von Arzt und Pflegekräften, Arzt und Patienten, sowie Pflegekräften und Patienten bezüglich der Einschätzung der somatischen Belastung, der psychischen Belastung, und des Konsilbedarfs deutlich.

Tabelle 8: Paarweise Übereinstimmungen (bivariate Korrelationen) zwischen Arzt/Pflege, Arzt/Patient und Pflege/Patient in der Einschätzung der somatischen und psychischen Belastung sowie des Konsiliarbedarfs für die Gesamtstichprobe (N = 130).

Patienten der Aufnahmestation der internistischen Abteilung des Klinikum Friedrichshafen und elektiv dem Konsildienst vorgestellte Patienten, 2017-2018. Paarweise Korrelation mittels Pearson r und Vergleich mittels z-Transformation. Legende: N=Gesamtstichprobe aller einwilligenden Patienten, * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; ^{a,b,c} Korrelationen in den jeweiligen Spalten unterscheiden sich signifikant (Überprüfung mit Fisher's z)

Übereinstimmung Einschätzung	Somatische Belastung N = 130	Psychische Belastung N = 130	Konsilbedarf N = 130
Arzt-Pflege	0,61** ^{a,b}	0,53** ^c	0,54**
Arzt-Patient	0,24** ^a	0,39**	0,60**
Pflege-Patient	0,18* ^b	0,26** ^c	0,52**

Ein Vergleich der Korrelationskoeffizienten erfolgte mittels z-Transformation von Fisher und zeigte, dass die Übereinstimmung von Arzt und Pflegern bezüglich der somatischen Belastung enger war als die Übereinstimmung zum einen von Arzt und Patienten, aber auch von Pflegekräften und Patienten. Hinsichtlich der Einschätzung der psychischen Belastung stimmten ebenfalls die Ärzte und Pflegekräfte mehr überein als Pflegekräfte und Patienten. Bei der Einschätzung des Konsilbedarfs unterschieden sich die drei Korrelationskoeffizienten nicht signifikant.

Eine Konkordanzanalyse mittels Intraclass Correlation Coefficient (ICC) wurde durchgeführt, um Zusammenhänge über alle Einschätzungen (Arzt, Pflege, Patient) hinweg zu beschreiben. Für die Einschätzung der körperlichen Belastung ergab sich

ein ICC = 0,318, für die Einschätzung der psychischen Belastung ein ICC = 0,378, für die Einschätzung des Konsiliarbedarfs ein ICC = 0,556. Eine grafische Darstellung der Zusammenhänge findet sich im Anhang, Abbildungen 2-4.

Die Hypothese (2d), dass Ärzte, Pflegekräfte, und Patienten in Ihrer Einschätzung der somatischen Belastungen übereinstimmen, kann bestätigt werden. Arzt und Pflegekräfte stimmen in der Einschätzung der somatischen und psychischen Belastung allerdings mehr überein als Arzt und Patient sowie Pflege und Patient. Die Hypothesen (2e und 2f), dass die Einschätzungen der psychischen Belastung und des Konsilbedarfs zwischen Konsilarzt, Pflege und Patient *nicht* assoziiert sind, werden hingegen abgelehnt, da beide Einschätzungen paarweise signifikant zusammenhängen. Insbesondere hinsichtlich des Konsilbedarfs zeigten alle Perspektiven einen engen Zusammenhang. Entsprechend war auch die Einschätzung des Konsilbedarfs über alle drei Perspektiven hinweg enger als die Einschätzung von somatischer und psychischer Belastung.

Wie hoch ist der Anteil an Patienten, bei denen ein Konsilbedarf gesehen wurde, diese jedoch *kein* Konsil erhielten?

Ferner wurde vergleichend untersucht, wie häufig bei der Teilstichprobe der nicht vom Konsildienst versorgten Patienten der Konsilbedarf für jede Antwortstufe angegeben wurde, insbesondere für die höheren Stufen (≥ 5). Diese Erhebung wurde anhand einer Verteilungstabelle ermittelt (Tabelle 3.8). Es zeigte sich hierbei eine überraschend hohe Einschätzung eines Konsilbedarfes der nicht konsiliarisch überwiesenen Patienten sowohl aus Sicht des Arztes (33%), der Pflegepersonen (30%) und der Patienten (27%).

Tabelle 9: Einschätzung des Konsilbedarfs der Patienten, die *kein* Konsil erhielten ($n = 81$) auf einer Skala von 0-10 durch Arzt, Pflege und Patienten. Werte ≥ 5 sprechen für einen hohen Konsiliarbedarf.

Patienten der Aufnahmestation der internistischen Abteilung des Klinikum Friedrichshafen, 2017-2018. Legende: n=Umfang der Teilstichprobe. Anzahl auf der Skala (%).

Bedarf auf einer Skala von 0-10	Einschätzung Arzt	Einschätzung Pflege	Einschätzung Patient
0	9 (11,1%)	19 (23,5%)	19 (23,5%)
1	11 (13,6%)	7 (8,6%)	9 (11,1%)
2	13 (16,0%)	15 (18,5%)	15 (18,5%)
3	11 (13,6%)	8 (9,9%)	8 (9,9%)
4	10 (12,3%)	8 (9,9%)	8 (9,9%)
5	8 (9,9%)	10 (12,3%)	10 (12,3%)
6	6 (7,4%)	9 (11,1%)	4 (4,9%)
7	1 (1,2%)	3 (3,7%)	1 (1,2%)
8	10 (12,3%)	1 (1,2%)	4 (4,9%)
9	2 (2,5%)	1 (1,2%)	1 (1,2%)
10	-	-	2 (2,5%)
N	81 (100%)	81(100%)	81(100%)
Anteil ≥ 5 Punkte	27 (33%)	24 (30%)	22 (27%)

Sind Indikatoren zu ermitteln für die Einschätzung des Konsilbedarfs?

Eine zusätzliche Fragestellung war, welche Variablen mit dem eingeschätzten Konsilbedarf zusammenhängen. Dafür wurden Pearson Korrelationskoeffizienten r berechnet. Es zeigte sich, dass weibliches Geschlecht, geringere Bildung, die Zahl der Krankenhausaufnahmen, Einnahme von Psychopharmaka, psychiatrische Symptomatik (gemessen mit dem SCL-K), Angst, Depressivität und Selbstwirksamkeit signifikant mit der Einschätzung durch den Konsiliararzt, die Pflegekräfte und/oder den Patienten korrelierten (Tabelle 10).

Tabelle 10: Korrelationen der Einschätzung des Konsiliarbedarfs mit soziodemografischen, klinischen und psychiatrischen Faktoren aus drei Perspektiven.

Patienten der Aufnahmestation der internistischen Abteilung des Klinikum Friedrichshafen und elektiv dem Konsildienst vorgestellte Patienten, 2017-2018. Legende: N=Gesamtstichprobe der einwilligenden Patienten, KH - Krankenhaus; SCL-K, Symptom Checklist - Kurzform; BFI: Big Five Inventory; HADS-A, Hospital Anxiety and Depression Scale – Subskala Angst; HADS-D, Hospital Anxiety and Depression Scale – Subskala Depressivität; GSW, Generalisierte Selbstwirksamkeitserwartung. p =Signifikanzniveau, * p <.05; ** p <.01

Variable	Einschätzung	Einschätzung	Einschätzung
	Arzt N = 130	Pflege N = 130	Patient N = 130
Alter	0,03	-0,12	-0,02
Geschlecht	-0,17	-0,15	-0,25**
Bildungsgrad	-0,15	-0,25**	-0,26**
Familienstand	-0,13	-0,23**	-0,18*
≥6 KH-aufenthalte letzte 6 M	0,13	0,22*	0,22*
≥1 Psychopharmakon	0,26**	0,38**	0,38**
Anzahl behandlungsbedürftiger Diagnosen	0,03	0,01	0,04
Anzahl aktueller Internistika	0,03	-0,08	0,12
SCL-K-Gesamtscore	0,37**	0,40**	0,55**
BFI Extraversion	0,01	-0,06	0,00
BFI Verträglichkeit	0,04	-0,05	-0,03
BFI Gewissenhaftigkeit	0,00	0,08	0,06
BFI Neurotizismus	0,19*	0,16	0,26**
BFI Offenheit	0,11	0,04	0,12
HADS-A gesamt	0,38**	0,43**	0,54**
HADS-D gesamt	0,42**	0,44**	0,54**
GSW-6 gesamt	-0,29**	-0,32**	-0,39**

Um das Zusammenspiel der Prädiktoren und deren Einfluss auf die Einschätzung des Konsilbedarfs zu untersuchen, wurden Regressionsmodelle gebildet. Kriterium war jeweils die Einschätzung des Arztes, der Pflegekräfte und der Patienten. Um ein Overfitting zu vermeiden, wurden in das Regressionsmodell nur Variablen aufgenommen, die in der bivariaten Korrelation (s. Tabelle 10) statistisch signifikant ausfielen. In das erste Regressionsmodell wurden deshalb Geschlecht, Bildungsgrad, Familienstand, Anzahl der Krankenhausaufenthalte der letzten 6 Monate und der Psychopharmaka, psychische Gesamtbelastung (SCL-K), Neurotizismus, Angst, Depressivität und Selbstwirksamkeit aufgenommen. Mittels linearer multipler Regressionsanalysen mit Rückwärtsselektion wurden schrittweise die Variablen entfernt, die den geringsten Beitrag zur Varianzaufklärung leisteten (d.h. nicht auf dem definierten Niveau $p < 0,10$ signifikant waren). Dieser Prozess wurde durchgeführt, bis alle im Modell verbliebenen Variablen statistisch signifikant waren, so dass das jeweils letzte Modell auf die statistisch relevantesten Variablen reduziert war. Die Tabellen 11, 12 und 13 stellen die jeweiligen Regressionsmodelle dar.

Für die Einschätzung des Arztes (Tabelle 11, Modell 9) waren die wichtigsten erklärenden Variablen weibliches Geschlecht und depressive Symptome.

Tabelle 11: Multiple Regression (Rückwärtsselektion) der Einschätzung des Konsiliarbedarfs durch den Konsiliararzt auf soziodemografische, klinische und psychische Faktoren (N = 130). Modell 9 ist das finale Modell mit den wichtigsten erklärenden Variablen.

Patienten der Aufnahmestation der internistischen Abteilung des Klinikum Friedrichshafen und elektiv dem Konsildienst vorgestellte Patienten, 2017-2018. Legende: KH - Krankenhaus; SCL-K: Symptom Checklist - Kurzform; BFI: Big Five Inventory; HADS-A: Hospital Anxiety and Depression Scale – Subskala Angst; HADS-D: Hospital Anxiety and Depression Scale – Subskala Depressivität; GSW: Generalisierte Selbstwirksamkeitserwartung; Für die einzelnen Prädiktoren werden jeweils die nicht standardisierten Regressionskoeffizienten (B), deren Standardfehler (SE) sowie die standardisierten Regressionskoeffizienten (β) angegeben. Außerdem wird der Determinationskoeffizient R^2 als Maß für die aufgeklärte Varianz und der Unterschied in den Determinationskoeffizienten R^2 zwischen den aufeinander folgenden Modellen berichtet. p =Signifikanzniveau, * p <.05; ** p <.01; *** p <.001

	<i>B</i>	<i>SE</i>	β	R^2	ΔR^2	<i>P</i>
Modell 1				0,221	0,221	<0,001***
<i>Geschlecht</i>	-0,85	0,50	-0,15			0,091
<i>Bildungsgrad</i>	0,06	0,33	0,02			0,854
<i>Familienstand</i>	0,02	0,50	0,00			0,972
<i>≥6 KH-Aufenthalte letzte 6 M</i>	0,13	0,15	0,08			0,374
<i>≥1 Psychopharmakon</i>	0,07	0,37	0,02			0,842
<i>SCL-K-Gesamtscore</i>	0,03	0,05	0,07			0,594
<i>BFI-Neurotizismus</i>	0,27	0,31	0,08			0,391
<i>HADS-A</i>	0,03	0,08	0,05			0,719
<i>HADS-D</i>	0,13	0,08	0,23			0,118
<i>GSW-6</i>	-0,07	0,07	-0,09			0,369
Modell 2				0,221	<0,001	0,972
<i>Geschlecht</i>	-0,85	0,50	-0,15			0,088
<i>Bildungsgrad</i>	0,06	0,33	0,02			0,855
<i>≥6 KH-Aufenthalte letzte 6 M</i>	0,13	0,15	0,08			0,372
<i>≥1 Psychopharmakon</i>	0,07	0,36	0,02			0,841
<i>SCL-K-Gesamtscore</i>	0,03	0,05	0,07			0,593
<i>BFI-Neurotizismus</i>	0,27	0,31	0,08			0,388
<i>HADS-A</i>	0,03	0,08	0,05			0,713
<i>HADS-D</i>	0,13	0,08	0,23			0,116
<i>GSW-6</i>	-0,07	0,07	-0,09			0,367
Modell 3				0,221	<0,001	0,855
<i>Geschlecht</i>	-0,83	0,48	-0,14			0,085
<i>≥6 KH-Aufenthalte letzte 6 M</i>	0,13	0,15	0,08			0,377
<i>≥1 Psychopharmakon</i>	0,07	0,36	0,02			0,845
<i>SCL-K-Gesamtscore</i>	0,03	0,05	0,07			0,593
<i>BFI-Neurotizismus</i>	0,26	0,30	0,08			0,396
<i>HADS-A</i>	0,03	0,08	0,05			0,722
<i>HADS-D</i>	0,13	0,08	0,23			0,111
<i>GSW-6</i>	-0,06	0,07	-0,09			0,375

Fortsetzung Tabelle 11

	<i>B</i>	<i>SE</i>	β	<i>R</i> ²	ΔR^2	<i>P</i>
Modell 4				0,221	<0,001	0,845
<i>Geschlecht</i>	-0,84	0,47	-0,15			0,075
≥ 6 KH-Aufenthalte letzte 6 M	0,14	0,14	0,09			0,327
<i>SCL-K-Gesamtscore</i>	0,03	0,05	0,07			0,585
<i>BFI-Neurotizismus</i>	0,27	0,30	0,08			0,375
<i>HADS-A</i>	0,03	0,08	0,05			0,719
<i>HADS-D</i>	0,13	0,08	0,24			0,094
<i>GSW-6</i>	-0,06	0,07	-0,09			0,378
Modell 5				0,220	-0,001	0,719
<i>Geschlecht</i>	-0,85	0,47	-0,15			0,072
≥ 6 KH-Aufenthalte letzte 6 M	0,15	0,14	0,09			0,292
\geq SCL-K-Gesamtscore	0,03	0,05	0,09			0,464
<i>BFI-Neurotizismus</i>	0,27	0,30	0,08			0,371
<i>HADS-D</i>	0,15	0,07	0,26			0,038*
<i>GSW-6</i>	-0,06	0,07	-0,09			0,364
Modell 6				0,217	-0,003	0,464
<i>Geschlecht</i>	-0,88	0,46	-0,15			0,06
≥ 6 KH-Aufenthalte letzte 6 M	0,18	0,13	0,11			0,175
<i>BFI-Neurotizismus</i>	0,32	0,29	0,09			0,269
<i>HADS-D</i>	0,18	0,06	0,31			0,002**
<i>GSW-6</i>	-0,06	0,07	-0,09			0,37
Modell 7				0,211	-0,005	0,370
<i>Geschlecht</i>	-0,86	0,46	-0,15			0,065
≥ 6 KH-Aufenthalte letzte 6 M	0,18	0,13	0,11			0,176
<i>BFI-Neurotizismus</i>	0,33	0,29	0,10			0,25
<i>HADS-D</i>	0,20	0,05	0,36			<0,001***
Modell 8				0,203	-0,009	0,250
<i>Geschlecht</i>	-0,92	0,46	-0,16			0,048*
≥ 6 KH-Aufenthalte letzte 6 M	0,18	0,13	0,11			0,169
<i>HADS-D</i>	0,22	0,05	0,38			<0,001***
Modell 9 (finales Modell)				0,19	-0,012	0,169
<i>Geschlecht</i>	-0,91	0,46	-0,16			0,05*
<i>HADS-D</i>	0,23	0,05	0,41			<0,001***

Für die Einschätzung der Pflegekräfte (Tabelle 12, Modell 7) waren der Bildungsgrad, Alleinleben, Anzahl der Psychopharmaka und depressive Symptomatik die wichtigsten erklärenden Variablen.

Tabelle 12: Multiple Regression (mit Rückwärtsselektion) der Einschätzung des Konsiliarbedarfs durch Pflegekräfte auf soziodemografische, klinische und psychische Faktoren (N = 130).

Patienten der Aufnahmestation der internistischen Abteilung des Klinikum Friedrichshafen und elektiv dem Konsildienst vorgestellte Patienten, 2017-2018. Legende: KH Krankenhaus; SCL-K: Symptom Checklist - Kurzform; BFI: Big Five Inventory; HADS-A: Hospital Anxiety and Depression Scale – Subskala Angst; HADS-D: Hospital Anxiety and Depression Scale – Subskala Depressivität; GSW: Generalisierte Selbstwirksamkeitserwartung; Für die einzelnen Prädiktoren werden jeweils die nicht standardisierten Regressionskoeffizienten (B), deren Standardfehler (SE) sowie die standardisierten Regressionskoeffizienten (β) angegeben. Außerdem wird der Determinationskoeffizient R^2 als Maß für die aufgeklärte Varianz und der Unterschied in den Determinationskoeffizienten R^2 zwischen den aufeinander folgenden Modellen berichtet. p=Signifikanzniveau, *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

	<i>B</i>	<i>SE</i>	β	R^2	ΔR^2	<i>P</i>
Modell 1				0,291	0,291	<0,001***
Geschlecht	0,38	0,49	-0,07			0,432
Bildungsgrad	-0,40	0,33	-0,11			0,222
Familienstand	-0,75	0,49	-0,12			0,132
Anzahl KH-Aufnahmen letzte 6 Monate	0,17	0,31	0,05			0,590
≥1Psychopharmakon	0,96	0,57	0,15			0,097
SCL-K-Gesamtscore	0,02	0,05	0,05			0,687
BFI-Neurotizismus	-0,05	0,30	-0,01			0,861
HADS-A	0,09	0,08	0,14			0,288
HADS-D	0,07	0,08	0,12			0,384
GSW-6	-0,07	0,07	-0,10			0,330
Modell 2				0,291	<0,001	0,861
Geschlecht	-0,38	0,49	-0,07			0,431
Bildungsgrad	-0,39	0,32	-0,10			0,225
Familienstand	-0,73	0,49	-0,12			0,133
Anzahl KH-Aufnahmen letzte 6 Monate	0,18	0,31	0,05			0,569
≥1Psychopharmakon	0,95	0,57	0,15			0,097
SCL-K-Gesamtscore	0,02	0,05	0,05			0,705
HADS-A	0,09	0,08	0,14			0,288
HADS-D	0,07	0,08	0,12			0,382
GSW-6	-0,07	0,07	-0,10			0,329
Modell 3				0,290	-0,001	0,705
Geschlecht	-0,39	0,48	-0,07			0,421
Bildungsgrad	-0,40	0,32	-0,11			0,216
Familienstand	-0,76	0,48	-0,13			0,118
Anzahl KH-Aufnahmen letzte 6 Monate	0,18	0,31	0,05			0,559
Anzahl Psychopharmaka dichotom	0,98	0,56	0,16			0,084
HADS-A	0,10	0,07	0,16			0,179
HADS-D	0,08	0,08	0,13			0,316
GSW-6	-0,07	0,07	-0,09			0,333

Fortsetzung Tabelle 12

	<i>B</i>	<i>SE</i>	β	<i>R</i> ²	ΔR^2	<i>P</i>
Modell 4				0,288	-0,002	0,559
Geschlecht	-0,36	0,48	-0,06			0,458
Bildungsgrad	-0,43	0,32	-0,11			0,178
Familienstand	-0,76	0,48	-0,13			0,118
≥1Psychopharmakon	1,05	0,55	0,17			0,057
HADS-A	0,11	0,07	0,18			0,140
HADS-D	0,08	0,08	0,13			0,308
GSW-6	-0,06	0,07	-0,09			0,371
	<i>B</i>	<i>SE</i>	β	<i>R</i> ²	ΔR^2	<i>p.</i>
Modell 5				0,285	-0,003	0,458
Bildungsgrad	-0,48	0,31	-0,13			0,115
Familienstand	-0,80	0,48	-0,13			0,096
≥1Psychopharmakon	1,11	0,54	0,18			0,043*
HADS-A	0,11	0,07	0,18			0,133
HADS-D	0,07	0,08	0,13			0,329
GSW-6	-0,06	0,07	-0,08			0,403
Modell 6				0,281	0,004	0,403
Bildungsgrad	-0,52	0,30	-0,14			0,085
Familienstand	-0,82	0,47	-0,14			0,085
≥1Psychopharmakon	1,07	0,54	0,17			0,049*
HADS-A	0,11	0,07	0,18			0,126
HADS-D	0,10	0,07	0,17			0,158
Modell 7 (finale Modell)				0,269	-0,012	0,158
Bildungsgrad	-0,51	0,30	-0,14			0,094
Familienstand	-0,90	0,47	-0,15			0,060
Anzahl Psychopharmaka dichotom	1,24	0,53	0,20			0,020*
HADS-A	0,18	0,05	0,30			0,001***

Für die Einschätzung durch die Patienten (Tabelle 13, Modell 8) leisteten Geschlecht, Anzahl der Krankenhausaufenthalte in den vergangenen 6 Monaten, die psychiatrische Symptombelastung (SCL-K) sowie die depressive Symptomatik einen substanziellen Beitrag zur Varianzaufklärung.

Tabelle 13: Multiple Regression (Rückwärtsselektion) der Einschätzung des Konsiliarbedarfs durch Patienten auf soziodemografische, klinische und psychische Faktoren (N = 130).

Patienten der Aufnahmestation der internistischen Abteilung des Klinikum Friedrichshafen und elektiv dem Konsildienst vorgestellte Patienten, 2017-2018. Legende: KH Krankenhaus; SCL-K: Symptom Checklist - Kurzform; BFI: Big Five Inventory; HADS-A: Hospital Anxiety and Depression Scale – Subskala Angst; HADS-D: Hospital Anxiety and Depression Scale – Subskala Depressivität; GSW: Generalisierte Selbstwirksamkeitserwartung; Für die einzelnen Prädiktoren werden jeweils die nicht standardisierten Regressionskoeffizienten (B), deren Standardfehler (SE) sowie die standardisierten Regressionskoeffizienten (β) angegeben. Außerdem wird der Determinationskoeffizient R^2 als Maß für die aufgeklärte Varianz und der Unterschied in den Determinationskoeffizienten R^2 zwischen den aufeinander folgenden Modellen berichtet. p=Signifikanzniveau, *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

	B	SE	β	R^2	ΔR^2	P
Modell 1				0,424	0,424	<0,001***
Geschlecht	-1,15	0,46	-0,19			0,014*
Bildungsgrad	-0,18	0,31	-0,04			0,568
Familienstand	-0,09	0,46	-0,01			0,851
≥6 KH-Aufnahmen letzte 6 M	0,13	0,29	0,04			0,648
≥1Psychopharmakon	0,43	0,54	0,07			0,429
SCL-K-Gesamtscore	0,09	0,05	0,21			0,060
BFI-Neurotizismus	0,23	0,29	0,06			0,418
HADS-A gesamt	0,08	0,08	0,12			0,324
HADS-D gesamt	0,11	0,08	0,17			0,163
GSW-6 gesamt	-0,09	0,07	-0,12			0,188
Modell 2				0,424	<0,001	0,851
Geschlecht	-1,16	0,46	-0,19			0,012*
Bildungsgrad	-0,17	0,31	-0,04			0,572
≥6 KH-Aufnahmen letzte 6 M	0,14	0,29	0,04			0,646
≥1Psychopharmakon	0,44	0,54	0,07			0,415
SCL-K-Gesamtscore	0,09	0,05	0,21			0,055
BFI-Neurotizismus	0,24	0,28	0,06			0,401
HADS-A	0,07	0,08	0,12			0,329
HADS-D	0,11	0,07	0,18			0,158
GSW-6	-0,09	0,07	-0,12			0,181
Modell 3				0,423	<0,001	0,646
Geschlecht	-1,14	0,45	-0,18			0,013*
Bildungsgrad	-0,20	0,30	-0,05			0,513
≥1Psychopharmakon	0,49	0,52	0,08			0,346
SCL-K-Gesamtscore	0,09	0,05	0,22			0,051
BFI-Neurotizismus	0,22	0,28	0,06			0,430
HADS-A	0,08	0,08	0,13			0,288
HADS-D	0,11	0,07	0,18			0,154
GSW-6	-0,09	0,07	-0,11			0,197

Fortsetzung Tabelle 13

	<i>B</i>	<i>SE</i>	β	<i>R</i> ²	ΔR^2	<i>P</i>
Modell 4				0,421	-0,002	0,513
Geschlecht	-1,20	0,44	-0,20			0,007**
≥1Psychopharmakon	0,53	0,52	0,08			0,312
SCL-K Gesamtscore	0,09	0,05	0,22			0,049*
BFI-Neurotizismus	0,25	0,28	0,07			0,377
HADS-A	0,09	0,07	0,13			0,256
HADS-D	0,10	0,07	0,17			0,168
GSW-6	-0,09	0,07	-0,12			0,156
Modell 5				0,417	-0,004	0,347
Geschlecht	-1,23	0,44	-0,20			0,006**
≥1Psychopharmakon	0,55	0,52	0,09			0,286
SCL-K Gesamtscore	0,10	0,04	0,24			0,029*
HADS-A	0,09	0,07	0,13			0,254
HADS-D	0,10	0,07	0,17			0,170
GSW-6	-0,10	0,07	-0,12			0,142
Modell 6				0,411	-0,006	0,286
Geschlecht	-1,31	0,43	-0,21			0,003**
SCL-K Gesamtscore	0,10	0,04	0,25			0,017*
HADS-A	0,09	0,07	0,13			0,253
HADS-D	0,12	0,07	0,19			0,106
GSW-6	-0,09	0,07	-0,12			0,153
Modell 7				0,405	-0,006	0,253
Geschlecht	-1,33	0,43	-0,22			0,003**
SCL-K Gesamtscore	0,13	0,04	0,31			0,002**
HADS-D	0,16	0,06	0,26			0,018*
GSW-6	-0,10	0,07	-0,13			0,135
Modell 8 (finales Modell)				0,269	-0,012	0,158
Geschlecht	-1,30	0,43	-0,21			0,003**
SCL-K-Gesamtscore	0,13	0,04	0,31			0,002**
HADS-D	0,20	0,06	0,33			0,001***

In keinem der finalen Modelle leisteten Bildung, Alleinleben, Persönlichkeitseigenschaften oder Selbstwirksamkeit zusätzlich zu den ermittelten erklärenden Variablen einen statistisch signifikanten Beitrag.

Das Ergebnis der explorativen Testung zeigt, dass die wichtigste Variable, die die Einschätzung sowohl des Konsiliarztes und der Patienten voraussagt, die depressive Symptomatik ist, gemessen mit HADS-D. Für die Einschätzung der Patienten scheint außerdem die psychische Gesamtbelastung (gemessen mit SCL-K-9) relevant zu sein. Bei den Pflegekräften ist die wichtigste erklärende Variable die von Patienten selbstberichtete Angst, gemessen mit der HADS-A.

Diskussion

In diesem Abschnitt werden zunächst die Kernergebnisse [100] diskutiert, um danach entlang der Fragestellungen (verdichtet zu zwei übergeordnete Themenkomplexe) die Ergebnisse im Kontext der aktuellen Literatur zu diskutieren. Es schließt sich ein Abschnitt mit den Limitationen, inhaltlich wie methodisch an, um schließlich eine Gesamtbewertung und einen Ausblick vorzuschlagen.

Zusammenfassung der wesentlichen Ergebnisse

Die vorliegende Untersuchung befasst sich vornehmlich mit der Frage, ob Patienten, die auf einer internistischen Station eines Allgemeinkrankenhauses aufgenommen und elektiv dem psychiatrischen Konsilarzt vorgestellt werden, sich von Patienten, die nicht dem Konsildienst vorgestellt werden, unterscheiden. Die Kontrollstichprobe besteht aus 81 einwilligenden Patienten, die auf der internistischen Aufnahmestation zwischen 01.03.2017 bis 31.05.2017 aufgenommen wurden. Die (naturalistisch zusammengestellte) interventionelle Stichprobe besteht aus 49 in die Studie einwilligenden internistischen Patienten, bei denen ein Konsil zwischen 01.03.2017 bis 31.07.2017 und 02.01.2018 bis 31.03.2018 angemeldet wurde. Die Untersuchung der Repräsentativität der Teilstichproben erfolgt durch Vergleich mit den nicht-einwilligenden Patienten anhand von neun soziodemographischen und klinischen Routinevariablen. Die untersuchte Stichprobe gilt als repräsentativ, ist aber etwas jünger und nimmt weniger Internistika ein, dürfte somit somatisch weniger belastet sein.

Die vorliegende Arbeit leistet einen Beitrag dazu, die Gruppe der Patienten zu charakterisieren, die ein psychiatrisches Konsil erhalten (KP), und um deren Profil mit der Gruppe derer, die *nicht* konsiliarisch versorgt wurden (NKP) zu vergleichen, um einen möglichen, nicht identifizierten Versorgungsbedarf zu identifizieren. Darüber hinaus wurde untersucht, wie Patienten, Pflegekräfte und Konsilarzt die Symptombelastungen und den Konsilbedarf einschätzen und welche Variablen für diese Einschätzung als prädiktiv gelten könnten. Die Studie brachte vier Hauptergebnisse hervor:

-
- a) KP waren gegenüber NKP in vieler Hinsicht belasteter: sie waren häufiger weiblich, hatten einen geringeren sozioökonomischen Status und wiesen insgesamt eine höhere psychische Krankheitsbelastung auf;
 - b) die Einschätzung des Bedarfs einer konsilärztlichen Vorstellung zeigte eine relativ gute Übereinstimmung der unterschiedlichen Perspektiven von Patient, Pflegekraft und Arzt;
 - c) Es besteht eine subsyndromale psychische Belastung und einen nicht identifizierten Versorgungsbedarf durch psychiatrische Dienste bei den nicht dem Konsildienst überwiesenen internistischen Patienten;
 - d) Depressive Symptome und Angstsymptome, gemessen mit dem HADS sagen die Einschätzung des konsiliarischen Bedarfs am besten vorher.

Diskussion der Ergebnisse

Die Untersuchung erfolgte entlang von zwei Fragestellungen und 11 Hypothesen, sowie einer zusätzlichen explorativen Fragestellung. Die Diskussion der Ergebnisse erfolgt anhand von zwei den Fragestellungen übergeordneten Themenkomplexen: Zum einen der Vergleich der Teilstichproben der elektiv dem Konsildienst vorgestellten und den nicht vorgestellten internistischen Patienten (entsprechend erster Fragestellung). Zum zweiten der Vergleich der Einschätzung der Belastung und des Hilfebedarfes aus drei Perspektiven (zweite Fragestellung), sowie einer möglichen Korrelation dieser Einschätzung mit soziodemographischen und klinischen Parametern (dritte Fragestellung).

Unterschiede zwischen überwiesenen Patienten und Patienten, die nicht dem psychiatrischen Konsildienst überwiesen wurden

Kernstück der Untersuchung war die Ermittlung möglicher statistisch relevanter Unterschiede zwischen dem psychiatrischen Konsildienst elektiv überwiesener Patienten und einer Stichprobe nichtüberwiesener Patienten aus derselben internistischen Abteilung eines Allgemeinkrankenhauses hinsichtlich soziodemographischer, klinischer, behandlungs-, persönlichkeits- und

ressourcenbezogener Variablen. Es konnte festgestellt werden, dass in der Konsilgruppe proportional mehr Frauen vertreten waren, wesentlich mehr Patienten nicht berufstätig oder berentet waren und dass etwas mehr als die Hälfte alleinlebend war. Diese Befunde entsprachen einer Beobachtungsstudie von 4.429 Überweisungen, die über zehn Jahre durchgeführt wurde [27], allerdings waren hier die Merkmale (weiblich, alleinlebend) weniger stark ausgeprägt als bei der vorliegenden Studie. Da Frauen, Alleinlebende und sozial Benachteiligte in der Allgemeinbevölkerung häufiger an psychischen Problemen leiden [53] war es nicht überraschend, dass dies auch bei Patienten der Fall ist, die sich in stationärer, internistischer Behandlung befinden und hier häufiger ein psychiatrisches Konsil tatsächlich erhalten. Die stärkere psychosoziale Belastung wurde auch in einer höheren Arbeitslosigkeit in der Konsilgruppe deutlich, dabei können keine Rückschlüsse gezogen werden, ob die Arbeitslosigkeit Folge oder mögliche Ursache der psychischen Belastung ist. Es könnte auch sein, dass Arbeit eine protektive Wirkung auf psychische Erkrankungen aufweist, allerdings ist hier die Datenlage noch sehr gering [66].

Das Alter unterschied sich zwischen KP und NKP nicht signifikant. Bei einer zunehmend alternden Gesellschaft müssten sich die Anforderungen an den Konsildienst jedoch ändern [104]. Kognitive Störungen dürften aufgrund der demographischen Entwicklung deutlich zunehmen und eine zusätzliche psychiatrische Expertise erforderlich machen, da bei älteren Patienten während der stationären Behandlung insbesondere delirante Zustände bereits frühzeitig erkannt werden sollten. Ein besonderes Problem stellen dabei hypoaktive Delirien in der Abgrenzung zu depressiven Symptomen dar [86], was von einem nicht-psychiatrischen Arzt mitunter schwer zu unterscheiden ist. Da die Stichprobe der einwilligenden Patienten hinsichtlich des Alters nicht repräsentativ war, muss zudem davon ausgegangen werden, dass sich in der Gruppe, die wegen der Krankheitsschwere nicht in die Studie aufgenommen werden konnte, auch einige Patienten befanden, die von einer psychiatrischen Vorstellung profitiert hätten und möglicherweise deutlichere Unterschiede zu erwarten gewesen wären. Die Altersstruktur wurde in der vorliegenden Studie nicht berücksichtigt, es ist aber bekannt, dass mit zunehmendem Alter weniger psychiatrische Versorgung stattfindet [99].

Die meisten psychiatrischen Erkrankungen sind biographisch verankert oder entstehen in jüngerem Lebensalter, wo sie in ihrer Entstehung eine zu geringe Beachtung bekommen. Bereits im Jugendalter zeigen die Hälfte der psychiatrischen Patienten Auffälligkeiten. Eine Häufung im Sinne einer Komorbiden Erkrankung findet sich dann in einem höheren Lebensalter [53]. In der vorliegenden Untersuchung handelte es sich überwiegend um ältere Patienten in beiden verglichenen Gruppen. Auch wenn (niederschwellige) Interventionen im jungen Erwachsenenalter wünschenswert wären und dies möglicherweise einen präventiven Effekt haben könnte, ist die Vorstellung von lediglich psychisch schwer Erkrankten in jüngerem Lebensalter die Versorgungsrealität.

Ein weiterer, wichtiger Aspekt im Unterschied der beiden untersuchten Gruppen ist eine deutlich längere Liegedauer der konsiliarisch vorgestellten Patienten, die gegenüber den nicht vorgestellten Patienten fast doppelt so lang war. In anderen Studien wurde eine längere Liegedauer von Patienten mit psychiatrischer Komorbidität ebenfalls nachgewiesen [7,67,12], eine längere Liegedauer betraf insbesondere Patienten mit Demenz, Alkohol- und Drogenproblemen [103]. Möglicherweise war der Effekt im Vergleich zu epidemiologischen Studien in der vorliegenden Studie noch ausgeprägter, da hier bereits eine Selektion stattgefunden hatte und es sich bei den Konsilpatienten um psychisch belastetere Patienten handelte. Die beiden Gruppen unterschieden sich statistisch aber hinsichtlich der Anzahl internistischer Diagnosen und Anzahl der eingenommenen Medikamente nicht.

Ein häufig zitiertes Maß zur Feststellung der Krankheitsschwere ist die Gesamtliegedauer (LOS) [42], die auch eine ungefähre Kennzahl der Behandlungskosten darstellen könnte [107], auch wenn die Gesamt- und Folgekosten hieraus nicht hervorgehen können. Die Anzahl der Krankenhausaufnahmen wurde aufgrund der ungleichen Verteilung in drei Kategorien unterteilt (keine KH-Aufnahme, eine KH-Aufnahme, zwei und mehr KH-Aufnahmen), wobei besonders auffiel, dass in der Gruppe der Konsilpatienten mehr als ein Drittel mindestens zwei Krankenhausaufnahmen im letzten halben Jahr aufwies, was auf eine besondere (womöglich auch psychisch bedingte) Krankheitsschwere hinweisend sein könnte; in der Gruppe der NKP war es nur

knapp jeder siebte, was womöglich zu einem „Drehtüreffekt“ mit wiederkehrenden Krankenhausaufenthalten führte. In der Anzahl der Arztkontakte (vier oder mehr Kontakte) im letzten halben Jahr vor der jetzigen Krankenhausaufnahme unterschieden sich die beiden Gruppen dagegen statistisch nicht. Ob die Kontakte wegen somatischer Erkrankungen oder psychischer Komorbidität erfolgten, kann nicht mit Sicherheit gesagt werden, allerdings ist es bekannt, dass es innerhalb von 6 Monaten zu gehäuften Wiederaufnahmen in einem somatischen Krankenhaus bei Patienten mit einer schweren *psychischen* Erkrankung kommt [38]. Die psychiatrische Komorbidität dürfte somit einen erheblichen Einfluss auf den somatischen Verlauf haben und sollte daher bereits in der Aufnahmesituation Berücksichtigung finden, um häufige Wiederaufnahmen im Krankenhaus zu vermeiden.

Wenn auch die beiden Gruppen sich in der Anzahl der internistischen Diagnosen und der Anzahl internistischer Medikamente statistisch nicht unterschieden, so zeigten sich doch deutliche Unterschiede in der Einnahme von Psychopharmaka als Surrogatvariable für eine psychiatrische Behandlung, psychiatrische Erkrankung oder Vorerkrankung, wobei es sich hierbei nicht nur um kurzzeitige Einnahmen handeln dürfte [69].

Keine Unterschiede wurden in der aktuellen Studie hingegen für Alter, Migrationshintergrund, Schul- und Berufsabschluss gefunden. Möglicherweise liegt dies an dem Kontext einer relativ wohlhabenden, wirtschaftlich prosperierenden Gegend und einem ländlich geprägten Einzugsgebiet des Krankenhauses, wo die sozialen Unterschiede insgesamt weniger stark ausgeprägt sind als z.B. in einem städtischen Milieu. Möglicherweise würden sich in einem Krankenhaus in einem Ballungsgebiet andere Ergebnisse zeigen.

In der vorliegenden Studie wurde anhand der Symptomcheckliste (SCL-K-9) und einer Skala für Depression und Angst (HADS) festgestellt, dass die elektiv dem psychiatrischen Konsiliararzt vorgestellten Patienten psychisch signifikant belasteter sind und somit die Konsilentscheidung als akkurat zu bewerten ist. Die Studie zeigt aber auch, dass nichtüberwiesene Patienten subsyndromale Ängstlichkeit und Depressivität und insgesamt eine gewisse psychische Symptombelastung aufweisen, die im Rahmen der somatischen Diagnostik und Behandlung nicht weiter

beachtet wird. Unterschwellige (subsyndromale) psychische Störungen sind weitaus häufiger als manifeste psychische Erkrankungen und spielen in der Praxis eine erhebliche Rolle [40]. In über der Hälfte der Fälle ist eine unterschwellige Angstsymptomatik selbstlimitierend, kann jedoch auch persistieren oder sich in Richtung einer manifesten Erkrankung entwickeln [5], daher könnten möglicherweise Patienten mit einer subsyndromalen Angststörung oder anderen unterschwelligen psychischen Störungen von einer psychiatrischen Intervention im Rahmen der Krankenhausbehandlung profitieren. Dies hat auch eine hohe Relevanz, da unerkannte komorbide Störungen einen Einfluss auf die somatische Erkrankung und den Krankheitsverlauf insgesamt haben dürften. Bei der Definition einer „Schwelle“ bleibt es unklar, ob diese Auswirkungen auf die Kostenentwicklung hätte: eine Auswirkung in beide Richtungen wäre hierbei denkbar. In jedem Fall sollte aber eine „Psychiatisierung“ von nur leichtgradig erkrankten Patienten unterbleiben, um ihnen ihre Selbstwirksamkeit nicht zu nehmen. Vielmehr geht es darum, Behandlungsangebote zu machen und eine angemessene Behandlung unter Berücksichtigung aller krankheitsbeeinflussender Aspekte zu gewährleisten. Dabei hat die organisatorische Form des Konsildienstes einen Einfluss darauf, welche Patienten behandelt werden und welche Behandlung sie erhalten [61]. Über den „klassischen“ Konsil- und Liaisondienst hinausreichende Angebote könnten noch weitreichendere Verbesserungen in der Versorgung und in der Reduktion der Gesamtliegedauer erbringen, wie dies exemplarisch im Rahmen eines „Co-managed Care“ Modelles, einem Programm zur Qualitätsverbesserung, vorgestellt wurde [70]. Eine konsequente Nachsorge und Informationsvermittlung an den weiterbehandelnden Arzt ist entscheidend für den weiteren Verlauf und die Adhärenz (falls eine Therapie empfohlen wurde) [9].

In der vorliegenden Studie konnten keine statistischen Unterschiede im Persönlichkeitsprofil der beiden Gruppen gefunden werden. Auch in der Subskala „Neurotizismus“ des BFI unterschieden sich die beiden Gruppen nicht signifikant - dieser Faktor spiegelt den Bereich der emotionalen Labilität wider, Patienten mit hohen Werten erleben mehr Angst, Trauer und Nervosität. Es ist somit bemerkenswert, dass sich unter den Konsilpatienten keine höheren Werte fanden, zumal die psychische Belastung, gemessen mit SCL-K-9 und HADS hoch war. Niedrige Neurotizismuswerte gehen nach Studienlage auch mit besseren

Therapieergebnissen einher [8], daher hätte der BFI auch ein relevantes Screeninginstrument für die Wirksamkeit einer Intervention im Rahmen eines psychiatrischen Konsils darstellen können. Möglicherweise war auch die Stichprobe zu heterogen, um exakte Aussagen mittels BFI machen zu können. Daher können die Aussagen die mittels einer symptomorientierten Testung (SCL-K9, HADS) erfasst wurden, als zuverlässiger bewertet werden.

Bei der getroffenen Einschätzung der Selbstwirksamkeit ist die Situation anders gelagert: hier fanden sich in der Gruppe der elektiv dem Konsildienst vorgestellten Patienten statistische Unterschiede mit niedrigeren Werten, gemessen mit dem GSW-6. Die erlebte Hilflosigkeit dürfte auch bei den Behandlern als psychische Labilisierung wahrgenommen werden und häufiger Anlass zu einem psychiatrischen Konsil sein. Jeder fünfte Konsilpatient dürfte formal die Kriterien einer Persönlichkeitsstörung erfüllen [58] und somit die Erfahrung interpersoneller Konflikte kennen. Die Krankenhausbehandlung, einer Situation mit hoher emotionaler Anspannung und Erwartung, dürfte bei dieser Personengruppe zu vielfältigen Spannungen und Konflikten führen.

Auch bei primär somatischen Patienten kann die Selbstwirksamkeit und somit auch ihr Gesundheitsverhalten durch geschulte Ärzte verbessert werden [47][20]; daher könnte auch ein therapeutischer Ansatz darin liegen, Patienten mit niedrigen Werten in der Selbstwirksamkeit zu identifizieren, um sie dann gezielt zu stärken. Dies könnte in einem interdisziplinären Dialog (oder besser Trialog) erfolgen. Ziel der Behandlung sollte eine Verbesserung der Kompetenz auf Seiten des Patienten sein, seine Situation positiv zu beeinflussen.

Einschätzung der körperlich/psychischen Belastung und des Konsilbedarfs bei Patienten mit und ohne Konsil aus Perspektive der Patienten, Pflegekräfte und des Konsilarztes

Wie bereits im vorherigen Abschnitt festgestellt, sind die Patienten, die ein Konsil erhalten tatsächlich psychisch schwerer belastet; daher ergibt sich die Frage, wie der Bedarf eines psychiatrischen Konsils ermittelt wird.

Bisherige Studien haben sich überwiegend mit der Perspektive der Zuweiser beschäftigt, die Einschätzung der Patienten und der Pflegekräfte wurde kaum berücksichtigt. Dies ist bemerkenswert, da eine zunehmende partizipative Versorgung im Sinne eines „Shared Decision Making“ (SDM) in die klinische Praxis der somatischen Medizin Einzug gehalten hat. Obwohl SDM auch in der Versorgung psychisch Kranker empfohlen wird, wird diese nicht konsequent umgesetzt [89]. Dabei erscheint es lohnend, die Patientenperspektive auch in medizinischen Sachfragen zu berücksichtigen, um wichtige Informationen bezüglich des Wissensstandes und der persönlichen Einstellung gegenüber der Behandlung zu erhalten und somit auch die Adhärenz und das Behandlungsergebnis insgesamt zu verbessern.

In der Einschätzung der *körperlichen Belastung* zeigten sich in drei Perspektiven (betroffene Patienten, Pflege und Arzt) keine statistischen Unterschiede innerhalb der elektiv überwiesenen Gruppe als auch innerhalb der Patientengruppe, die kein Konsil erhielt. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Einschätzung mit den Befunden somit konkordant einherging, auch unabhängig vom festgestellten Konsilbedarf oder einer möglicherweise höheren psychischen Belastung. Wenn auch nicht statistisch signifikant, zeigte sich bei den Konsilpatienten ein Trend hin zu einer höher eingeschätzten körperlichen Belastung, der durchaus für eine höhere *psychosomatische* Belastung sprechen könnte.

Anders sah es in der Einschätzung der *psychischen Belastung* aus. Hier wurde in der Gruppe der Konsilpatienten sowohl von den Patienten, den Pflegekräften und auch durch den Arzt eine höhere Belastung eingeschätzt und somit bestätigt, dass auch tatsächlich ein höherer Behandlungsbedarf in dieser Gruppe vorhanden war oder die Notwendigkeit, ein Konsil aufgrund ihrer höheren psychischen Belastung zu erhalten. Das zeigt auch, dass die Pflegekräfte sensibilisiert sind, eine höhere psychische Belastung bei den Patienten wahrzunehmen, da in der Konsilgruppe in der Tat eine höhere psychische Belastung vorlag (wie dies im vorherigen Abschnitt anhand des SCL-K-9 und HADS gezeigt werden konnte). Gerade bei älteren Patienten ist es wichtig, dass psychische Symptome, insbesondere depressive Symptome, nicht übersehen werden und hier könnte der Berufsgruppe der Pflege durch ihre größere Präsenz am Patienten eine wichtige Funktion in der

Diagnosestellung zukommen. Bei jüngeren Patienten und bei Menschen mit schweren depressiven Zuständen besteht laut Literatur eine höhere Übereinstimmung in der Diagnosestellung auch bei nicht-psychiatrischen Ärzten [11], daher sollte ein Fokus in der Wahrnehmung auf leichter ausgeprägte Krankheitsbilder gelegt werden und auf Patienten, die ihre Störungen (auch krankheitsbedingt) nicht selbst äußern können. Möglicherweise haben diese Patienten einen höheren Leidensdruck, als dies aus einer professionellen Perspektive angenommen wird und es sollte daher die Perspektive/Einschätzung des Patienten unbedingt in der Behandlungsplanung Berücksichtigung finden. Die Effektstärke war aus der Perspektive der Patienten etwas geringer ausgeprägt, was damit zusammenhängen könnte, dass Konsilpatienten ihren Bedarf im Vergleich zur professionellen Perspektive etwas geringer einschätzten und ein Teil der Patienten auf Empfehlung oder Verordnung dem Konsilpsychiater vorgestellt wurde obwohl sie sich selbst weniger psychisch belastet wahrnahmen. Dies könnte auch ein Hinweis dafür sein, dass eine gute Aufklärung über die Notwendigkeit eines psychiatrischen Konsils wichtig ist, um Vorbehalte abzubauen und die Patienten für die Mitbehandlung zu motivieren. Möglicherweise sind jüngere Ärztinnen und Ärzte mit psychiatrischen Vorkenntnissen offener für eine eingehendere Aufklärung der Patienten über die vorhandenen Versorgungsangebote, was in einer folgenden Studie untersucht werden könnte.

Auch bezüglich der Einschätzung des *Konsilbedarfs* wurde dieser in der Gruppe der Konsilpatienten aus allen drei Perspektiven tatsächlich höher eingeschätzt als in der Gruppe der Patienten, die kein Konsil erhielten. Dies zeigt, dass Konsilpatienten aufgrund ihrer höheren psychischen Belastung ein Konsil erhielten, dies aber auch bei sich als zutreffend fanden. Der Bedarf bei den Patienten, die kein Konsil erhielten, wurde von diesen deutlich geringer eingeschätzt, allerdings gaben diese nicht an, dass sie keinen Bedarf bezüglich einer psychiatrischen Behandlung hätten, sondern gaben in immerhin fast einem Drittel der Fälle an, dass sie bei sich eher einen Bedarf sehen (mit einem Wert von 5 oder höher auf einer Skala von 0 bis 10). Von zwei Patienten wurde der Behandlungsbedarf sogar mit 10 eingeschätzt, so hoch, dass ein unmittelbarer Handlungsbedarf bestehe (s. Tabelle 9). Auch aus der Perspektive des Arztes und der Pflegekräfte wurde jeweils ein Drittel der Patienten so eingeschätzt, dass hier überwiegend ein Konsilbedarf indiziert ist. Dieser Befund

ist überraschend und könnte damit zusammenhängen, dass die psychiatrische/psychotherapeutische Versorgung in der Bevölkerung eine stetig wachsende Rolle spielt und eine zunehmend höhere Akzeptanz erfährt. In der konkreten Situation im Krankenhaus bedeutet ein niederschwelliges psychiatrisches Versorgungsangebot eine Option für die betroffenen Patienten, ihre Ängste und Sorgen mitteilen zu können und würde möglicherweise auf ein breites Interesse stoßen. Interessant wäre es gewesen, weiter zu differenzieren, welche Vorerfahrungen diese Patienten im Versorgungssystem gemacht haben und welche grundsätzliche Einstellung sie gegenüber der Psychiatrie äußern.

Dass auch die Pflegekräfte die Einschätzung des Konsilbedarfs in gleicher Weise teilen zeigt, dass diese ebenfalls für das Thema sensibilisiert sind und gegenüber einer umfassenderen (psychosomatischen) Versorgung der Patienten aufgeschlossen sind. Da die Einschätzung des Konsilbedarfs auch von den Pflegekräften zuverlässig und entsprechend der Patienten- und Arztperspektive erfolgte, wäre zu überlegen, ob eine Indikationsstellung eines psychiatrischen Konsils bzw. der Konsilauftrag auch durch eine Pflegekraft erfolgen könnte, um somit die Zuweisung zu vereinfachen oder auch zu beschleunigen. Auch die Beratung und Aufklärung könnte von einer psychiatrisch geschulten Pflegekraft erfolgen, die auch in der Basisversorgung eine wichtige Rolle spielen könnte, wie dies bislang nur in einzelnen Kliniken praktiziert wird [22]. Hierdurch wäre die Verfügbarkeit einer psychiatrischen Versorgung im Allgemeinkrankenhaus noch umfassender gewährleistet, um die Schnittstellenproblematik zwischen den diversen Fachdisziplinen besser zu bewältigen.

Bei zunehmender Bedeutung der Patientenperspektive, der Professionalisierung des Pflegeberufes und bei begrenzten ärztlichen Ressourcen, stellt sich die Frage, ob die Einschätzungen der Belastung der Patienten und des Konsilbedarfs aus den drei Perspektiven übereinstimmt bzw. welche Abweichungen sich in der vorliegenden Studie ergaben. Es konnte gezeigt werden, dass statistische Übereinstimmungen im direkten Vergleich der Perspektiven Arzt-Pflege, Arzt-Patient und Pflege-Patient bestehen. Dies wurde für die körperliche Belastung deutlich, jedoch auch für das Ausmaß der psychischen Belastung und für den Konsilbedarf. Die professionelle Perspektive ist somit der Einschätzung durch die

Patienten auch hinsichtlich der psychischen Belastung und der Einschätzung des Konsilbedarfs nicht „überlegen“, was die partizipative Einbindung der Patienten in den Prozess der Konsilanforderungen nochmals unterstreicht. Abweichungen fanden sich im paarweisen Vergleich: hier wurden signifikante Unterschiede in der Einschätzung der körperlichen Belastung festgestellt, denn Arzt-Pflege stimmten hier am besten überein, wohingegen Pflege-Patient am wenigste übereinstimmten, jedoch immer noch eine statistisch signifikante Korrelation zeigten. Dies könnte mit einer größeren Fokussierung auf körperliche Symptome seitens der Patienten zusammenhängen, die im Krankenhaus (aus Sicht der Patienten) den wichtigsten Aspekt darstellt. Die Pflegekräfte sind möglicherweise durch die tägliche Konfrontation mit Schwerstkranken für das subjektive Leid des einzelnen Patienten weniger sensibilisiert und schätzen deren körperliche Belastung weniger schwer ein. Da die Patientenperspektive in körperlicher Hinsicht von derjenigen der Professionellen abweicht, sollte diese deshalb explizit erfragt und in die Entscheidungen eines Konsils einbezogen werden, da diese Einschätzung des Patienten durchaus eine hohe psychosomatische Relevanz hat.

Überraschend war die hohe Übereinstimmung in der Einschätzung des Konsilbedarfs, hier wurde auch kein statistischer Unterschied im paarweisen Vergleich festgestellt (Tabelle 8). Dies unterstreicht nochmals, dass alle drei Perspektiven für die Entscheidung eines psychiatrischen Konsils Berücksichtigung finden sollten und legt auch nahe, dass Patienten vermehrt in die Entscheidung über eine konsiliarpsychiatrische Vorstellung einbezogen werden sollten. Aus organisatorischen Gründen war es in der vorliegenden Untersuchung nicht möglich, die Perspektive des behandelnden Arztes mit einzubeziehen (dieser wäre zu selten auf der Station erreichbar gewesen). Da die Indikation eines Konsils derzeit von Ärzten gestellt wird, wäre die Untersuchung der Übereinstimmung auch mit diesen von Interesse gewesen. Auch wäre es von Relevanz gewesen zu untersuchen, welche Motivation oder inhaltliche Begründung des Konsils seitens des anfordernden Arztes bestand.

Da das Pflegepersonal die Patienten (und deren Angehörige) im Stationsalltag umfassender erleben, auch außerhalb der Visiten, könnten das Pflegepersonal einen größeren Beitrag in der Einschätzung des psychiatrischen

Versorgungsbedarfes leisten, da hier gezeigt werden konnte, dass die Einschätzung des Pflegepersonals sich nicht statistisch von der Einschätzung des Arztes unterschied. Möglicherweise könnte eine zunehmende „Akademisierung“ des Pflegeberufs in Zukunft eine Veränderung in den Zuständigkeiten mit sich bringen und Pflegeberufe vermehrt in diagnostische und therapeutische Prozesse eingebunden werden und in der Indikationsstellung eines psychiatrischen Konsils tätig werden sowie für die Implementierung der Empfehlungen sorgen. Auch könnte der Hausarzt/die Hausärztin von den Behandlungsvorschlägen, über die Mitteilung im Entlassbericht hinaus, in Kenntnis gesetzt werden. Ein telefonischer Kontakt mit dem Hausarzt konnte die Behandlungsqualität gegenüber einer ausschließlich schriftlichen Mitteilung im Arztbrief verbessern [9]. Im Einzelfall könnte eine Pflegekraft für den Kontakt sorgen, wo dies geboten erscheint. Die Berücksichtigung mehrere Perspektiven, wie in der vorliegenden Studie untersucht, kann daher nicht nur dazu beitragen, Patienten und ihren Versorgungsbedarf zu identifizieren, sondern auch die diagnostische Sicherheit zu verbessern und ein umfassenderes Bewusstsein für das Krankheitsgeschehen und die Bedürfnisse der Patienten zu entwickeln.

Eine umfassendere Definition psychischer Erkrankungen sollte in Betracht gezogen werden, da auch leichte Ausprägungen erhebliche Einschränkungen der Gesundheit bedingen können und eine weitere, vermeidbare Inanspruchnahme des Gesundheitswesens zu Folge haben. Dass psychische Symptome eine vermehrte Inanspruchnahme auch von internistischen Interventionen bedeutet, konnte in einem ausführlichen Review von Koopmans et al. gezeigt werden [56]. Die Dauer der KH-Behandlung nimmt seit Jahren kontinuierlich ab [92] und bedeutet die Notwendigkeit einer stetigen Anpassung an die beschleunigten Prozesse. Dies dürfte auch Auswirkungen auf die Versorgungssituation psychisch Kranker bzw. ernsthaft durch die somatische Erkrankung psychisch Belasteter haben, da die Behandlung dieser Patienten mit längeren Liegezeiten und einer teils diffusen Symptomatik, die weitere Abklärungen nach sich zieht, einhergeht. So ist es nachvollziehbar, dass es zu „Fehleinweisungen“ kommt, da auch der ambulante Sektor mit begrenzten Ressourcen konfrontiert ist. Eine ideal umfassende Versorgung wird es bei begrenzten Ressourcen und der Auseinandersetzung mit komplexen bio-psycho-sozialen Prozessen nicht geben, daher erscheint es umso

wichtiger, ein Bewusstsein für besondere Konfliktsituationen zu schaffen und den Fokus auf eine nachhaltige Behandlung und eine bessere Lebensqualität der Betroffenen (Patienten und deren Angehörige) zu schaffen.

Prädiktoren, die den Bedarf einer konsilpsychiatrischen Vorstellung voraussagen könnten

Aus dem letzten Abschnitt geht hervor, dass die Eingangsvoraussetzung für ein psychiatrisches Konsil von unterschiedlichen Faktoren beeinflusst wird und die Einschätzung für die Indikation eines Konsils von der klinischen Symptomatik, aber auch von der Wahrnehmung dieser Symptomatik abhängig ist. Daher wurde in die Studie noch eine explorative Frage aufgenommen, um zu untersuchen, ob es unter den erhobenen Variablen welche als Indikatoren gelten könnten, Variablen gibt, die den Versorgungsbedarf ebenfalls voraussagen können, wie dies in der Einschätzung durch Patient, Pflegekräfte und des Arztes der Fall war - die ja wie oben gezeigt eine hohe Übereinstimmung aufwiesen.

Mit der Einschätzung korrelierten positiv die Einnahme von Psychopharmaka, die Erfassung von Krankheitssymptomen mittels SCL-K, das Ausmaß der Angst und der depressiven Symptome mittels HADS und die Ausprägung der Gesamtselbstwirksamkeit, gemessen mit dem GSW-6. Welche Werte die besten Voraussagen leisten könnten, wurde anhand eines Regressionsmodells untersucht. Depressive Symptome, gemessen mit dem HADS-D sind nach der vorliegenden Studie unter den erhobenen Variablen vermutlich der wichtigste Prädiktor für die Einschätzung des konsiliarischen Behandlungsbedarfs. Daher könnte dieser psychometrische Test einen wichtigen Beitrag zu einer frühen Erkennung des Versorgungsbedarfs leisten, da eine frühe Verwendung von Screeninginstrumenten zu einer schärferen Wahrnehmung von Stresssymptomen führen und hierdurch die psychische Belastung und der Krankheitsverlauf günstig beeinflusst werden könnten [83]. Zudem könnte ein Screeninginstrument zu einer früheren Vorstellung behandlungsbedürftiger Patienten führen. Es wurde bereits gezeigt, dass eine frühzeitige, proaktive Vorstellung psychisch Kranker die Krankenhausbehandlung

wesentlich verkürzen kann [24], was sich nicht nur auf die Liegedauer, sondern auch auf die Zufriedenheit der Patienten auswirken dürfte.

In der Differenzierung von Konsilpatienten und Patienten, die kein psychiatrisches Konsil erhielten, waren sowohl soziodemographische als auch klinische Faktoren statistisch relevant. Hieraus ergibt sich die Frage, ob sich „Surrogatvariablen“ ableiten lassen, die einen Konsilbedarf voraussagen könnten, um so eine frühzeitige Überweisung für ein psychiatrisches Konsil zu bahnen. Jeden Patienten mit einer psychiatrischen Vorgeschichte zu überweisen ist nicht zielführend, da eine zu hohe Anzahl der Patienten keine Auffälligkeiten zeigen, vielmehr sollte das Behandlungsteam in der Auswahl der Patienten unterstützt werden, um zu erkennen, welche Patienten am meisten von einem psychiatrischen Konsil profitieren könnten [78]. In der vorliegenden Studie zeigte sich im Profil der Konsilpatienten, dass diese einen geringeren sozioökonomischen Status hatten (z.B. Arbeitslosigkeit) und häufiger allein lebten. Diese Angaben könnten bei der Eingangsuntersuchung erfasst und mit weiteren klinischen Angaben abgeglichen werden. Hier waren insbesondere die Anzahl der Krankenhausvoraufenthalte ein hervorzuhebendes Merkmal: Konsilpatienten hatten häufiger wiederkehrende stationäre Aufnahmen im letzten halben Jahr. Bezüglich der psychometrischen Verfahren wurde im oben beschriebenen Regressionsmodell der HADS zur Erfassung von depressiven und Angstsymptomen als geeignetes Verfahren angesehen, um einen Konsilbedarf vorauszusagen. In der Kombination mit den soziodemographischen und klinischen Merkmalen könnte dieser ohne großen Aufwand den Bedarf eines Konsils bekräftigen. Möglicherweise könnte auch hierdurch die Wahrnehmung des Behandlungsbedarfs der Patienten bei den nicht-psychiatrischen Behandlern weiter verbessert werden. Auch wenn depressive und ängstliche Symptome die häufigsten komorbiden psychiatrischen Störungen bei internistisch behandelten Patienten zu sein scheinen, sollten andere Diagnosen und Differentialdiagnosen, insbesondere Suchterkrankungen und Persönlichkeitsstörungen nicht unberücksichtigt bleiben. Hierzu wäre eine Symptomcheckliste wie der SCL-K-9 gut einsetzbar, allerdings müssten künftige Studien den ökonomischen Einsatz weiter evaluieren [77].

Die vorliegende Studie hat sich mit dem Konsilbedarf und der Versorgungssituation bei internistischen Patienten beschäftigt, unberücksichtigt blieben Patienten anderer Fachabteilungen. Auch wenn in anderen Fachrichtungen deutlich weniger Patienten ein psychiatrisches Konsil erhalten, ist dies nicht gleichbedeutend mit einem geringeren Bedarf. So sind z.B. in chirurgischen Fächern die (postoperative) Prävalenz von Depression und Angst hoch [71] und sollten eine höhere Aufmerksamkeit erfahren. Bei zunehmend alternder Gesellschaft dürfte der Bedarf an psychiatrischer Expertise, vor allem bei der korrekten Diagnose von deliranten Zuständen wegen der damit einhergehenden erhöhten Mortalität und Übergang in dementielle Syndrome, besonders zunehmen.

In der Gesamtbetrachtung lassen sich die Ergebnisse der vorliegenden Studie gut in den Forschungshintergrund einordnen. Der Versorgungsbedarf von internistischen Patienten mit psychiatrischer Komorbidität in einem Allgemeinkrankenhaus ist erheblich und wird in Zukunft wegen der demographischen Entwicklung und der stärkeren interventionellen Medizin weiter zunehmen. Die Zuweisungszahlen bilden den tatsächlichen Bedarf nicht ab, daher ist es von großer klinischer Relevanz, Kriterien zu entwickeln, wonach Patienten zugewiesen werden könnten, die einen hohen Versorgungsbedarf haben, unabhängig von der Schwere des Erscheinungsbildes. Hier sind weitere Studien notwendig, die auch konkrete Screeninginstrumente und Behandlungspfade untersuchen könnten.

Limitationen der Studie

Die Studie unterliegt mehreren Limitationen: a) Von ursprünglich 294 Patienten aus der Gesamtstichprobe willigten in die Studie lediglich 130 ein, entsprechend 44 % der Gesamtstichprobe. Die wichtigsten Gründe für die Nichteinwilligung waren zum einen, dass Patienten zu krank oder zu schwach für das Interview waren, zum anderen, dass sie aufgrund aktueller diagnostischer Maßnahmen oder aus sonstigen Gründen (Besuch, Raucher...) nicht erreichbar waren. Die Dropout-Analyse zeigte, dass die nicht einwilligenden Patienten sich tatsächlich von der Gruppe der einwilligenden Patienten in manchen Routinevariablen unterschieden: sie waren älter und zeigten eine höhere Krankheitsbelastung (höhere Anzahl von

Diagnosen, mehr internistische Medikamente) und hätten demzufolge möglicherweise einen noch höheren Konsilbedarf gehabt. Insofern ist, obwohl die Ablehnungsquote derer vergleichbarer Studien entspricht, die Generalisierbarkeit der Studie eingeschränkt insbesondere wegen des verhältnismäßig geringen Umfangs der Stichprobe.

b) die Studie wurde monozentrisch durchgeführt. Das Klinikum Friedrichshafen unterscheidet sich von anderen Kliniken dahingehend, dass die Zuweisungsrate zum Konsildienst tendenziell höher liegt (ca. 4% der Aufnahmen) und der psychiatrische Konsildienst ein gut etabliertes Angebot darstellt. Insgesamt ist die Versorgungslandschaft jedoch heterogen. Dies mindert lediglich die Generalisierbarkeit auf andere somatische Abteilungen, nicht die Aussagekraft der Studienergebnisse für das untersuchte Setting.

Ein Vorteil der vorliegenden Untersuchung ist das naturalistische, prospektive und vergleichende Design. Mit diesem Vorgehen konnten eine gute Rekrutierung und eine hohe Datenqualität erreicht werden. Andererseits erlaubt das Querschnittsdesign keine kausalen Schlüsse, sondern lediglich die Untersuchung von Korrelationen bzw. Zusammenhängen.

c) Für die Einschätzung des psychiatrischen Konsilbedarfs gibt es keine etablierten Messinstrumente, die bestimmte Kriterien abbilden sollten. Deshalb lag der Untersuchung eine Variable zugrunde, die bislang nicht standardisiert und validiert ist. Angst und Depressivität sowie die psychopathologische Belastung wurden mit Screeninginstrumenten erhoben. Für diese Messinstrumente wurden in früheren Studien eine hohe Validität und Reliabilität gezeigt. Auch in der vorliegenden Studie war die Reliabilität im Sinne von interner Konsistenz zufriedenstellend. Diese Messinstrumente ersetzen keine psychiatrische Diagnose, sind aber dennoch in ihrer Kürze, guten Verständlichkeit in der Routine für Patienten in einer akutinternistischen Aufnahmestation gut einsetzbar. Die Patienten, die nicht einwilligten oder vielmehr nicht einwilligen konnten waren signifikant älter und wiesen eine höhere Krankheitsbelastung auf (internistische Medikamente, Anzahl Diagnosen). Dies legt nahe, dass hier Patienten nicht untersucht wurden, die einen hohen psychosozialen Behandlungsbedarf aufweisen. Eine Möglichkeit, hier Abhilfe zu schaffen, wäre eine verbesserte Dokumentation und konkrete Frage nach einer

möglichen psychischen Erkrankung bereits zu Beginn der Krankenhausbehandlung bzw. eine niedrigschwellige Screeningaufgabe für Sozialdienste.

Schlussfolgerungen durch Überprüfung der Hypothesen

Abschließend werden hier die aufgestellten Hypothesen zu den einzelnen Fragestellungen erörtert.

Zur ersten Fragestellung, die sich zu mehrdimensionalen Unterschieden zwischen dem psychiatrischen Konsildienst vorgestellten und nicht vorgestellten Patienten kann die erste Hypothese (1a) bestätigt werden, da Konsilpatienten ein schlechteres psychosoziales Profil aufweisen, allerdings fanden sich keine Unterschiede hinsichtlich Migrationshintergrund und Schulbildung. Die zweite Hypothese (1b) kann zum Teil bestätigt werden, da hinsichtlich bestimmter klinischer Variablen Konsilpatienten belasteter sind. Die Liegedauer ist bei den Konsilpatienten länger und es kam zu häufigeren Krankenhausaufnahmen in den letzten 6 Monaten. Auch in der Einnahme von Psychopharmaka unterschieden sich die beiden Gruppen signifikant. Die dritte Hypothese (1c) ist eindeutig zu bestätigen, da Konsilpatienten eine wesentlich stärkere psychische Belastung als nicht-Konsilpatienten aufweisen. Die vierte Hypothese (1d) wird verworfen, da es keine Persönlichkeitsbezogenen Unterschiede zwischen den beiden Gruppen gibt. Die fünfte Hypothese (1e) kann hingegen bestätigt werden, da Konsilpatienten eine deutlich niedrigere Selbstwirksamkeitsüberzeugung aufweisen.

Die zweite Fragestellung bezieht sich auf die unterschiedliche Einschätzung der körperlichen und psychischen Belastung, sowie versorgungsbezogenen Bedürfnissen aus drei Perspektiven, nämlich Patient selbst, Bezugspflege und Konsilpsychiater. Die erste Hypothese (2a) wird bestätigt, da alle drei Perspektiven die körperliche Belastung zwischen Konsil- und Nichtkonsilpatient als nicht unterschiedlich einschätzen. Die zweite Hypothese (2b) wird ebenfalls bestätigt, denn Konsilpatienten schätzen ihre psychische Belastung höher ein, genauso wie Bezugspflege und Konsilarzt, verglichen mit Nichtkonsilpatienten. Die dritte Hypothese (2c) wird statistisch noch eindeutiger bestätigt, denn in allen drei Perspektiven wird bei Konsilpatienten der Unterstützungsbedarf signifikant höher

eingeschätzt als bei Nichtkonsilpatienten. Die vierte Hypothese (2d) wird ebenfalls bestätigt, da die Übereinstimmung in der Einschätzung von Konsilarzt und Pflege, Konsilarzt und Patient sowie Pflege und Patient hinsichtlich der somatischen Belastung korrelieren, am höchsten zwischen Arzt und Pflege, am geringsten zwischen Pflege und Patient. Die fünfte Hypothese (2e) wird nicht bestätigt, da es zwischen allen Perspektiven paarweise eine statistisch signifikante Korrelation gibt, auch hier am höchsten zwischen Arzt und Pflege. Die sechste Hypothese (2f) ist ebenfalls nicht bestätigt, denn alle drei Perspektiven korrelieren paarweise über 0,5 in der Einschätzung des Unterstützungsbedarfes durch psychiatrische Dienste.

Bei der dritten Frage handelt es sich um eine explorative Fragestellung: diese befasst sich mit der Frage, ob Indikatoren zur Einschätzung des Konsilbedarfes auszumachen sind. Diese Frage wird tendenziell bestätigt, da sowohl in einer Korrelationsmatrix als auch in multivariaten Modellen die klinische Variable der Depressivität, gemessen mit HADS-D, mit einer statistisch signifikanten Einschätzung des Konsilbedarfes sowohl in der Perspektive des Konsilarztes, als auch in der Perspektive des Konsilpatienten assoziiert ist, allerdings mit der Einschränkung, dass diese Assoziation nur in Modellen mit zwei bzw. drei unabhängigen Variablen zu finden sind. Bei den Pflegekräften ist die wichtigste prognostische Variable die selbstberichtete Angst, gemessen mit dem HADS-A, ebenfalls mit der Einschränkung, dass diese Assoziation nur in einem Modell mit vier unabhängigen Variablen zu finden ist.

Klinische Implikationen und Ausblick

Die relevanteste Implikation für die Praxis liegt darin, dass Internisten treffend psychisch belastete Patienten dem psychiatrischen Konsilarzt vorstellen, dass aber andererseits als psychiatrisch nicht untersuchungsbedürftige Patienten oft unter subsyndromaler Angst und Depressivität leiden, die für die somatische Prognose laut Literatur von Bedeutung ist. Diese Untersuchung stellt auch fest, dass dem psychiatrischen Konsildienst überwiesene internistische Patienten längere Aufenthaltsdauer, häufiger Krankenhausaufenthalte aufweisen und mehr Psychopharmaka einnehmen, was in der strukturellen Organisation der Patientenversorgung berücksichtigt werden sollte, so bezogen auf eine stärkere

Beteiligung der Bezugspflege oder bei dem Einsatz des Sozialdienstes, um den Transfer in die häusliche Umgebung und in die hausärztliche Nachsorge zu verbessern. Vorliegende Untersuchung legt nahe, dass psychisch auffällige primär somatische Patienten vermutlich einen höheren Versorgungsbedarf haben: Hinweise hierfür sind eine längere Liegedauer und eine geringere Selbstwirksamkeit (und somit möglicherweise weniger gesundheitsförderndes Verhalten). Die Ergebnisse legen nahe, dass es sinnvoll wäre, sowohl den Konsildienst multiprofessionell zu gestalten, den Transfer in den ambulanten Bereich mit den Hausärzten abzustimmen als auch das internistische Personal zu sensibilisieren, die Versorgungsschwerpunkte individuell zu gewichten und auf die Limitationen der Compliance in den Empfehlungen zu achten. Von praktischer Bedeutung für das Personal in somatischen Abteilungen ist die Tatsache, dass höhere Depressivitäts- und Ängstlichkeitswerte ein Hinweis für somatisch Tätige sein müsste, auf eine psychiatrische Klärung bedacht zu sein, wie die multivariate Modellierungen für mögliche Prognosefaktoren in der vorliegenden Studie suggerieren.

Für künftige Untersuchungen zur Indikationsstellung von psychiatrischen Konsilen ist zu beachten, dass es sich in der vorliegenden Studie lediglich um Patienten einer internistische Aufnahmestation gehandelt hat und, dass auf einer onkologischen, chirurgischen oder gynäkologischen Station ganz andere Verhaltens-, klinische, psychosoziale oder interaktionelle Variablen von Bedeutung sein könnten, wie es z.B. auf der Neonatologie bekannt ist - beispielsweise im psychosozialen Hilfebedarf oder in der Identifikation von perinatalen Störungen. Da der Einsatz von psychometrischen Instrumenten und deren Auswertung aufwendig und eher auf die momentane Patientenperspektive bezogen ist, sollten Ressourcen auf die Sensibilisierung und Schulung von somatisch arbeitendem Personal eingesetzt werden; die Versorgungsforschung könnte sodann die Effekte von solchen Schulungen untersuchen (Zufriedenheit, Wiederaufnahmen, gelungener Transfer, Verbesserung der Compliance). Weiterführende Untersuchungen sollten die Patientenzahl erweitern, um komplexere multivariate Modelle durchzuführen und Patienten stratifizieren zu können. In multivariaten Analysen bei entsprechend großen Stichproben (in der Poweranalyse als ausreichend ausgewiesen) könnten klinische Zielvariablen (z.B. Behandlungstreue) bei Patientengruppen verglichen

werden unter Kontrolle von propensity scores, da in solche naturalistischen Untersuchungen keine Randomisierungen geboten wären (wer ein psychiatrisches Konsil braucht, sollte ihn auch bekommen). Ein weiterführender Ansatz wäre die Verwendung von Interaktionsvariablen in multivariaten Modellen, insbesondere mit der Variable Zeit, wenn Katamnesen nach der Entlassung zur Untersuchung von prognostischen Faktoren oder von Auswirkungen von Versorgungsvariablen durchzuführen wären.

Schlussfolgerung

Der psychiatrische Konsildienst ist ein in seiner Wirksamkeit nachgewiesenermaßen gutes Versorgungsangebot. Die Versorgungslandschaft ist jedoch heterogen, so dass es an einheitlichen Standards und Untersuchungsinstrumenten bislang fehlt. Die vorliegende Arbeit bestätigte, dass Patienten mit Konsilbedarf häufiger weiblich sind, einen geringeren sozioökonomischen Status haben und häufiger allein leben. Zudem wurde in der Studie bestätigt, dass Konsilpatienten eine deutlich höhere Liegedauer aufweisen und psychisch belasteter sind. Es dürfte sich somit um Patienten handeln, die häufiger eine wesentliche psychiatrische Komorbidität aufweisen. Dies bestätigte sich auch in der psychometrischen Testung. Die verwendeten Untersuchungsinstrumente, insbesondere der HADS-D zur Messung der Depressivität, zeigten eine große Übereinstimmung mit der Einschätzung sowohl der Patienten als auch des psychiatrischen Untersuchers über die Notwendigkeit einer konsiliarpsychiatrischen Versorgung; daher könnte dieses Instrument geeignet sein, als Screeningverfahren für die Indikation eines Konsils eingesetzt zu werden und könnte somit eine Vorauswahl darstellen, welche Patienten eine psychiatrische Mitbehandlung benötigen. Eine notwendige Vorstellung sollte möglichst zeitnah erfolgen, da hierdurch die Behandlungsqualität verbessert wird, sowie Liegezeit und somit Behandlungskosten reduziert werden können. Weitere Studien sind notwendig, um der Frage nachzugehen, ob sich die hier gewonnenen Erkenntnisse auch in anderen Versorgungsstrukturen reproduzieren lassen und die Einschätzung aus verschiedenen Perspektiven eine vergleichbare Übereinstimmung zeigen. Über die hier eingesetzten Screeninginstrumente

könnten noch weitere psychometrische Tests zum Einsatz kommen. Zukünftige Interventionsstudien wären wünschenswert, um zu untersuchen, ob sich eine frühzeitige psychiatrische Intervention positiv auf die Liegedauer oder zumindest auf die Behandlungsplanung und Nachsorge auswirkt. Auch könnte beispielsweise untersucht werden, ob eine Schulung der Krankenhausärzte bzw. des Pflegepersonals dabei helfen könnte, den psychiatrischen Versorgungsbedarf besser zu erkennen und die multidisziplinäre Behandlungsqualität zu verbessern. Mit einer Intensivierung der konsiliarpsychiatrischen Versorgung im Allgemeinkrankenhaus ist die Hoffnung verbunden, dass damit eine möglichst große Patientenzufriedenheit und eine Verbesserung der Lebensqualität bei den betroffenen Patienten zu erreicht wäre.

Zusammenfassung

Einleitung: Psychiatrische Konsiliar- und Liaisondienste haben sich seit den 1950er und 60er Jahren des 20. Jahrhunderts zunehmend international etabliert. Hinsichtlich Indikationsstellung Kosten-Nutzen-Analyse, Multiprofessionalität in der Behandlungsdurchführung, Transfer von Empfehlungen in den ambulanten Bereich sowie kurz-, mittel- und langfristige Relevanz der stationären Konsilleistungen gibt es jedoch noch Forschungsbedarf. Ziel der vorliegenden Arbeit ist die Untersuchung a) ob Patienten mit einem festgestellten Konsilbedarf von Patienten ohne identifizierten Konsilbedarf unterscheiden, b) wie gut die Einschätzungen von Arzt, Pflege und Patient selbst hinsichtlich Symptombelastung und Versorgungsbedarf übereinstimmen, und c) ob Variablen auszumachen sind, die mit einem höheren Konsilbedarf assoziiert sind.

Methode: Die Untersuchung wurde als naturalistische, monozentrische, prospektive, Querschnittsstudie in einer internistischen Abteilung im Allgemeinkrankenhaus durchgeführt. Sie basierte bei einer Einwilligungsquote von 42% auf einer Stichprobe von N = 130 Patienten. Davon wurden n = 49 Patienten elektiv dem psychiatrischen Konsiliararzt überwiesen und in der Vergleichsgruppe n = 81 Patienten aufgenommen, bei welchen kein Konsilbedarf seitens der behandelnden Internisten festgestellt wurde. Die psychische Belastung wurden mit validierten Selbstbeurteilungsskalen erhoben: Angst und Depressivität mit der „Hospital Anxiety and Depression Scale“ (HADS), die allgemeine psychopathologische Belastung mit der 9-Item-Version der „Symptom-Checklist“ (SCL-K-9), die Persönlichkeitsfaktoren mit dem „Big Five Inventory“ (BFI) und die Selbstwirksamkeitserwartung mit der „Generalisierten Selbstwirksamkeitserwartung“ (GSW-6). Die Einschätzungen der somatischen und psychischen Belastung sowie des Konsilbedarfs wurden jeweils mit einer selbstentwickelten Skala erfasst. Unterschiede zwischen den Gruppen (Patienten mit und ohne Konsilbedarf) wurden mit t-Tests für unabhängige Stichproben und mit Chi-Quadrat-Tests ermittelt. Der Zusammenhang zwischen der Einschätzung des Konsilbedarfs aus allen drei Perspektiven und möglichen Prädiktoren wurde mit bivariaten Korrelationsanalysen untersucht, Unterschiede in Korrelationen wurden mit einer

Fisher-z-Transformation überprüft. Im letzten Schritt wurde eine multivariate lineare Regressionsanalyse mit Rückwärtsselektion durchgeführt, um in unterschiedlichen Modellierungen mögliche Prädiktoren für die Einschätzung des Konsilbedarfs zu identifizieren.

Ergebnisse : Die elektiv dem Konsilarzt überwiesenen Patienten waren vorwiegend weiblich und lebten häufiger alleine. Außerdem wiesen sie eine längere Liegedauer und mehr Krankenhausaufnahmen in den vorangegangenen 6 Monaten auf, nahmen mehr Psychopharmaka ein und zeigten insgesamt eine deutlich höhere psychische Symptombelastung - insbesondere mehr Angst- und depressive Symptome. Zudem gaben sie eine niedrigere Selbstwirksamkeitsüberzeugung an. Hinsichtlich der somatischen Belastung wurden die beiden Patientengruppen durch Konsilarzt, Pflege und Patient nicht unterschiedlich eingeschätzt. Dahingegen wurden die psychische Belastung und der Konsilbedarf der Konsilpatienten höher eingeschätzt als die der nicht konsiliarisch überwiesenen Patienten. Die Einschätzungen der somatischen und psychischen Belastungen und des Konsilbedarfs korrelierten jeweils signifikant in der paarweisen Betrachtung.

Als wichtigster unabhängiger Prädiktor für die Einschätzung des Konsilbedarfs kristallisierte sich das Ausmaß der depressiven Symptomatik heraus.

Schlussfolgerung: Die vorliegende Untersuchung zeigt, dass sich konsiliarisch überwiesene Patienten von nicht überwiesenen Patienten hinsichtlich soziodemografischer Faktoren unterscheiden und eine signifikant höhere selbstberichtete psychische Belastung aufweisen. Andererseits zeigen auch die nicht überwiesenen Patienten tendenziell eine subsyndromale psychische Belastung, die hinsichtlich der Prognose der somatischen Erkrankung beachtet werden sollte. Die Patienteneinschätzung der psychischen Belastung und des Unterstützungsbedarfes sollte erfragt und berücksichtigt werden.

Literaturverzeichnis

1. Abrahamian H, Kautzky-Willer A, Rießland-Seifert A, Fasching P, Ebenbichler C, Hofmann P, Toplak H: Psychische Erkrankungen und Diabetes mellitus. *Wiener klinische Wochenschrift* 2016, 128:170-178.
2. Arolt V, Rothermundt M: Depressive Störungen bei körperlich Kranken. *Der Nervenarzt* 2003, 74:1033-1054.
3. Benjenk I, Chen J: Effective mental health interventions to reduce hospital readmission rates: a systematic review. *J Hosp Manag Health Policy* 2018, 2:45.
4. Blüml V, Kapusta ND, Doering S, Brähler E, Wagner B, Kersting A: Personality Factors and Suicide Risk in a Representative Sample of the German General Population. *PLOS ONE* 2013, 8:e76646.
5. Bosman RC, ten Have M, de Graaf R, Muntingh AD, van Balkom AJ, Batelaan NM: Prevalence and course of subthreshold anxiety disorder in the general population: A three-year follow-up study. *Journal of affective disorders* 2019, 247:105-113.
6. Bourgeois JA, Wegelin JA, Servis ME, Hales RE: Psychiatric diagnoses of 901 inpatients seen by consultation-liaison psychiatrists at an academic medical center in a managed care environment. *Psychosomatics* 2005, 46:47-57.
7. Bressi SK, Marcus SC, Solomon PL: The impact of psychiatric comorbidity on general hospital length of stay. *Psychiatric Quarterly* 2006, 77:203-209.
8. Bucher MA, Suzuki T, Samuel DB: A meta-analytic review of personality traits and their associations with mental health treatment outcomes. *Clinical psychology review* 2019, 70:51-63.

-
9. Burian R, Franke M, Diefenbacher A: Crossing the bridge—A prospective comparative study of the effect of communication between a hospital based consultation-liaison service and primary care on general practitioners' concordance with consultation-liaison psychiatrists' recommendations. *Journal of psychosomatic research* 2016, 86:53-59.
 10. Bush DE, Ziegelstein RC, Tayback M, Richter D, Stevens S, Zahalsky H, Fauerbach JA: Even minimal symptoms of depression increase mortality risk after acute myocardial infarction. *The American journal of cardiology* 2001, 88:337-341.
 11. Camus V, Viret C, Porchet A, Ricciardi P, Bouzourène K, Burnand B: Effect of changing referral mode to C–L Psychiatry for noncognitively impaired medical inpatients with emotional disorders. *Journal of Psychosomatic Research* 2003, 54:579-585.
 12. Carter P, Reynolds J, Carter A, Potluri S, Uppal H, Chandran S, Potluri R: The impact of psychiatric comorbidities on the length of hospital stay in patients with heart failure. *International journal of cardiology* 2016, 207:292-296.
 13. Cepoiu M, McCusker J, Cole MG, Sewitch M, Belzile E, Ciampi A: Recognition of Depression by Non-psychiatric Physicians—A Systematic Literature Review and Meta-analysis. *Journal of General Internal Medicine* 2008, 23:25-36.
 14. Canuto A, Gkinis G, DiGiorgio S, Arpone F, Herrmann FR, Weber K: Agreement between physicians and liaison psychiatrists on depression in old age patients of a general hospital: influence of symptom severity, age and personality. *Aging & Mental Health* 2016, 20:1092-1098.
 15. Chen J, Novak P, Barath D, Goldman H, Mortensen K: Local health departments' promotion of mental health care and reductions in 30-day all-cause readmission rates in Maryland. *Medical care* 2018, 56:153-161.
 16. Chen KY, Evans R, Larkins S: Why are hospital doctors not referring to consultation-liaison psychiatry?—a systemic review. *BMC psychiatry* 2016, 16:390.

-
17. Clarke DM, Mckenzie DP, Smith GC: The recognition of depression in patients referred to a consultation-liaison service. *Journal of Psychosomatic Research* 1995, 39:327-334.
 18. Collins D, Dimsdale JE, Wilkins D: Consultation/liaison psychiatry utilization patterns in different cultural groups. *Psychosomatic Medicine* 1992, 54:240-245.
 19. Craig TJ: Racial patterns in liaison psychiatry. *J Natl Med Assoc* 1982, 74:1211-1215.
 20. De Giorgio G, Quartesan R, Sciarma T, Giulietti M, Piazzoli A, Scarponi L, Ferrari S, Ferranti L, Moretti P, Piselli M: Consultation-Liaison Psychiatry— from theory to clinical practice: an observational study in a general hospital. *BMC research notes* 2015, 8:475.
 21. de Jonge P, Huyse FJ, Ruinemans GM-F, Stiefel FC, Lyons JS, Slaets JP: Timing of psychiatric consultations: the impact of social vulnerability and level of psychiatric dysfunction. *Psychosomatics* 2000, 41:505-511.
 22. de Jonge P, Latour CH, Huyse FJ: Implementing psychiatric interventions on a medical ward: effects on patients' quality of life and length of hospital stay. *Psychosomatic medicine* 2003, 65:997-1002.
 23. Derogatis LR, Savitz KL: The SCL-90-R, Brief Symptom Inventory, and Matching Clinical Rating Scales. In: *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment, 2nd ed.* Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers; 1999: 679-724.
 24. Desan PH, Zimbrea PC, Weinstein AJ, Bozzo JE, Sledge WH: Proactive psychiatric consultation services reduce length of stay for admissions to an inpatient medical team. *Psychosomatics* 2011, 52:513-520.
 25. Diefenbacher A: Konsiliarpsychiatrie im Allgemeinkrankenhaus – Geschichte, Aufgaben und Perspektiven eines psychiatrischen Arbeitsbereiches. Habilitationsschrift 2002.

-
26. Diefenbacher A, Arolt V: Konsiliarpsychiatrische Versorgung—Entwicklung und Perspektiven. In: *Psychiatrie in der klinischen Medizin*. Springer; 2004: 54-85.
 27. Diefenbacher A, Strain JJ: Consultation-liaison psychiatry: stability and change over a 10-year-period. *General Hospital Psychiatry* 2002, 24:249-256.
 28. Dilts SL, Mann N, Dilts JG: Accuracy of Referring Psychiatric Diagnosis on a Consultation-Liaison Service. *Psychosomatics* 2003, 44:407-411.
 29. Eid M, Gollwitzer M, Schmitt M: Statistik und Forschungsmethoden. Weinheim: Beltz; 2010.
 30. Francis J, Martin D, Kapoor WN: A prospective study of delirium in hospitalized elderly. *Jama* 1990, 263:1097-1101.
 31. Fritzsche K, Dornberg M: Psychosomatik im Krankenhaus. In: *Fritzsche K, Geigges W, Richter D, Wirsching M (eds) Psychosomatische Grundversorgung*. Berlin, Heidelberg: Springer; 2016.
 32. Furlanetto LM, da Silva RV: The impact of psychiatric comorbidity on length of stay of medical inpatients. *General hospital psychiatry* 2003, 25:14-19.
 33. Gilbody SM, Whitty PM, Grimshaw JM, Thomas RE: Improving the detection and management of depression in primary care. *BMJ Quality & Safety* 2003, 12:149-155.
 34. González RS, Marítim P: Clinical profile of inpatients referred to a consultation-liaison psychiatry service: an observational study assessing changes over a 10-year-period. *Actas Esp Psiquiatr* 2018, 46:58-67.
 35. Grover S, Kate N: Somatic symptoms in consultation-liaison psychiatry. *International Review of Psychiatry* 2013, 25:52-64.
 36. Hamdieh M, Banihashem S, Beyraghi N, Abbasinejad M, Hagh-Ranjbar F: Physicians' attitudes toward integrating consultation-liaison psychiatric services in four major general hospitals in Tehran. *General Hospital Psychiatry* 2015, 37:456-458.

-
37. Handrinou D, McKenzie D, Smith GC: Timing of Referral to a Consultation-Liaison Psychiatry Unit. *Psychosomatics* 1998, 39:311-317.
 38. Hanrahan NP, Bressi S, Marcus SC, Solomon P: Examining the impact of comorbid serious mental illness on rehospitalization among medical and surgical inpatients. *General hospital psychiatry* 2016, 42:36-40.
 39. Harpole LH, Williams Jr JW, Olsen MK, Stechuchak KM, Oddone E, Callahan CM, Katon WJ, Lin EH, Grypma LM, Unützer J: Improving depression outcomes in older adults with comorbid medical illness. *General hospital psychiatry* 2005, 27:4-12.
 40. Helmchen H: Unterschwellige psychische Störungen. *Der Nervenarzt* 2001, 72:181-189.
 41. Hermann C, Buss U, Snaith RP: Hospital anxiety and depression scale-German version (HADS-D). *Bern: Hans Huber* 1995.
 42. Horn SD, Sharkey PD, Buckle JM, Backofen JE, Averill RF, Horn RA: The relationship between severity of illness and hospital length of stay and mortality. *Medical care* 1991:305-317.
 43. Hussain M, Seitz D: Integrated models of care for medical inpatients with psychiatric disorders: a systematic review. *Psychosomatics* 2014, 55:315-325.
 44. Huyse FJ, Herzog T, Lobo A, Malt UF, Opmeer BC, Stein B, de Jonge P, van Dijck R, Creed F, Crespo MD: Consultation-Liaison psychiatric service delivery: results from a European study. *General hospital psychiatry* 2001, 23:124-132.
 45. Jacobi F, Höfler M, Strehle J, Mack S, Gerschler A, Scholl L, Busch MA, Maske U, Hapke U, Gaebel W: Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. *Der Nervenarzt* 2014, 85:77-87.

-
46. Jacobi F, Höfler M, Strehle J, Mack S, Gerschler A, Scholl L, Busch MA, Maske U, Hapke U, Gaebel W: Erratum zu: Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul „Psychische Gesundheit“ (DEGS1-MH). *Der Nervenarzt* 2016, 87:88-90.
 47. Jerant A, Lichte M, Kravitz RL, Tancredi DJ, Magnan EM, Hudnut A, Franks P: Physician training in self-efficacy enhancing interviewing techniques (SEE IT): Effects on patient psychological health behavior change mediators. *Patient education and counseling* 2016, 99:1865-1872.
 48. Jo S-J, Lee M-S, Yim HW, Kim HJ, Lee K, Chung HS, Cho J, Choi S-P, Seo YM: Factors associated with referral to mental health services among suicide attempters visiting emergency centers of general hospitals in Korea: does history of suicide attempts predict referral? *General Hospital Psychiatry* 2011, 33:294-299.
 49. Jourdan JB, Glickman L: Reasons for Requests for Evaluation of Competency in a Municipal General Hospital. *Psychosomatics* 1991, 32:413-416.
 50. Kapfhammer, H. P. Konsiliar-und Liaisonpsychiatrie. In Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie (pp. 2669-2692). 2017. Springer, Berlin, Heidelberg.
 51. Karl SR, Holland JC: Looking at the roots of psychosomatic medicine: Adolf Meyer. *Psychosomatics* 2013, 54:111-114.
 52. Katon WJ: Clinical and health services relationships between major depression, depressive symptoms, and general medical illness. *Biological psychiatry* 2003, 54:216-226.
 53. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE: Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry* 2005, 62:593-602.

-
54. Klaghofer R, Brähler E: Konstruktion und Teststatistische Prüfung einer Kurzform der SCL-90–R. [Construction and test statistical evaluation of a short version of the SCL-90–R.]. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie* 2001, 49:115-124.
 55. Klein DA, Saravay SM, Pollack S: The attitudes of medical inpatients toward psychiatric consultation: a re-examination. *The International Journal of Psychiatry in Medicine* 1996, 26:287-293.
 56. Koopmans GT, Donker MC, Rutten FH: Length of hospital stay and health services use of medical inpatients with comorbid noncognitive mental disorders: a review of the literature. *General hospital psychiatry* 2005, 27:44-56.
 57. Koorevaar AML, Comijs HC, Dhondt ADF, Van Marwijk HWJ, Van Der Mast RC, Naarding P, Voshaar RO, Stek ML: Big Five personality and depression diagnosis, severity and age of onset in older adults. *Journal of affective disorders* 2013, 151:178-185.
 58. Laugharne R, Flynn A: Personality disorders in consultation–liaison psychiatry. *Current opinion in psychiatry* 2013, 26:84-89.
 59. Leentjens AF, Rundell JR, Diefenbacher A, Kathol R, Guthrie E: Psychosomatic Medicine and Consultation-Liaison Psychiatry: Scope of Practice, Processes, and Competencies for Psychiatrists or Psychosomatic Medicine Specialists: A Consensus Statement of the European Association of Consultation-Liaison Psychiatry and the Academy of Psychosomatic Medicine. *Psychosomatics* 2011, 52:19-25.
 60. Lobo A, Lozano M, Diefenbacher A: Psychosomatic psychiatry: a European view. *The European journal of psychiatry* 2007, 21:153-168.
 61. Lücke C, Gschossmann JM, Schmidt A, Gschossmann J, Lam AP, Schneider CE, Philipsen A, Müller HH: A comparison of two psychiatric service approaches: findings from the Consultation vs. Liaison Psychiatry-Study. *BMC psychiatry* 2017, 17:8.

-
62. Mathur P, Sengupta N, Das S, Bhagabati D: A study on pattern of consultation liaison psychiatric service utilization in a tertiary care hospital. *J Res Psychiatry Behav Sci* 2015, 1:11-16.
 63. Meyer F, Abbasi O, Kasick D, Lee K, Pelic C, Zinser J, Harris T, Funk M: Medical Student Experiences on Consultation-Liaison Psychiatry Rotations: A Nationwide Survey. *Psychosomatics* 2018, 59:75-80.
 64. Mishali M, Omer H, Heymann AD: The importance of measuring self-efficacy in patients with diabetes. *Family practice* 2010, 28:82-87.
 65. Mezey AG, Kellett JM: Reasons against referral to the psychiatrist. *Postgraduate Medical Journal* 1971, 47:315-319.
 66. Modini M, Joyce S, Mykletun A, Christensen H, Bryant RA, Mitchell PB, Harvey SB: The mental health benefits of employment: Results of a systematic meta-review. *Australasian Psychiatry* 2016, 24:331-336.
 67. Mojet EJ, Hengeveld MW, Bouwhuis ML: Length of hospital stay of medical and surgical inpatients referred for psychiatric consultation: a retrospective study. *The International Journal of Psychiatry in Medicine* 1990, 19:227-235.
 68. Montano CB: Primary care issues related to the treatment of depression in elderly patients. *The Journal of clinical psychiatry* 1999, 60:45-51.
 69. Moore TJ, Mattison DR: Adult utilization of psychiatric drugs and differences by sex, age, and race. *JAMA internal medicine* 2017, 177:274-275.
 70. Muskin PR, Skomorowsky A, Shah RN: Co-managed care for medical inpatients, CL vs C/L psychiatry. *Psychosomatics* 2016, 57:258-263.
 71. Ni Mhaolain AM, Butler JS, Magill PF, Wood AE, Sheehan J: The increased need for liaison psychiatry in surgical patients due to the high prevalence of undiagnosed anxiety and depression. *Irish Journal of Medical Science* 2008, 177:211-215.
 72. Park MJ, Yoo JH, Cho BW, Kim KT, Jeong W-C, Ha M: Noise in hospital rooms and sleep disturbance in hospitalized medical patients. *Environmental health and toxicology* 2014, 29.

-
73. Pieper L, Schulz H, Klotsche J, Eichler T, Wittchen H-U: Depression als komorbide Störung in der primärärztlichen Versorgung. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz* 2008, 51:411-421.
 74. Popkin MK, Mackenzie TB, Callies AL: Psychiatrie Consultation to Geriatric Medically 111 Inpatients in a University Hospital. *Archives of general psychiatry* 1984, 41:703-707.
 75. Qualitätsbericht des Klinikum Friedrichshafen 2017. <https://www.medizin-campus-bodensee.de/ueber-uns/qualitaet/qualitaetsbericht> (01.07.2019)
 76. Quante A: Bessere Suizidprävention durch Konsiliarpsychiatrie in Allgemeinkrankenhäusern. *Der Nervenarzt* 2017, 88:308-308.
 77. Petrowski K, Schmalbach B, Kliem S, Hinz A, Brähler E: Symptom-Checklist-K-9: Norm values and factorial structure in a representative German sample. *PLOS ONE* 2019, 14:e0213490.
 78. Pezzia C, Pugh JA, Lanham HJ, Leykum LK: Psychiatric consultation requests by inpatient medical teams: an observational study. *BMC health services research* 2018, 18:336.
 79. Rammstedt B, Kemper C, Klein MC, Beierlein C, Kovaleva A: Eine kurze skala zur messung der fünf dimensionen der persönlichkeit: big-five-inventory-10 (BFI-10). *Methoden, Daten, Analysen (mda)* 2013, 7:233-249.
 80. Reeves S, Pelone F, Harrison R, Goldman J, Zwarenstein M: Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017.
 81. Richards DA, Bower P, Chew-Graham C, Gask L, Lovell K, Cape J, Pilling S, Araya R, Kessler D, Barkham M: Clinical effectiveness and cost-effectiveness of collaborative care for depression in UK primary care (CADET): a cluster randomised controlled trial. *Health Technology Assessment (Winchester, England)* 2016, 20:1-192.
 82. Romppel M, Herrmann-Lingen C, Wachter R, Edelmann F, Dungen H-D, Pieske B, Grande G: A short form of the General Self-Efficacy Scale (GSE-

-
- 6): Development, psychometric properties and validity in an intercultural non-clinical sample and a sample of patients at risk for heart failure. *Psychosoc Med* 2013, 10:Doc01-Doc01.
83. Rosenbaum L: Closing the Mortality Gap — Mental Illness and Medical Care. *New England Journal of Medicine* 2016, 375:1585-1589.
84. Rosenbaum M, McCarty T: The relationship of psychosomatic medicine to consultation-liaison psychiatry. *Psychosomatics* 1994, 35:569-573.
85. Rothenhäusler HB: Mental disorders in general hospital patients. *Psychiatria Danubina* 2006, 18:183-192.
86. Ryan DH, Blackburn P, Lawley D, Ellis A, Musil J, Kendrick DC: Depression and dementia in geriatric inpatients: Diagnostic comparisons between psychiatrists, geriatricians and test scores. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 1995, 10:447-456.
87. Saravay SM: Psychiatric comorbidity and length of stay in the general hospital: a critical review of outcome studies. *Psychosomatics* 1994, 35:233-252.
88. Schneider F, Erhart M, Hewer W, Loeffler LA, Jacobi F: Mortality and medical comorbidity in the severely mentally ill—a German registry study. *Deutsches Aerzteblatt Online* 2019
<https://cdn.aerzteblatt.de/pdf/116/23/m405.pdf?ts=29.05.2019+18%3A40%3A44> (10.09.2019)
89. Slade M: Implementing shared decision making in routine mental health care. *World psychiatry* 2017, 16:146-153.
90. Snaith RP, Zigmond AS: Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). *Handbook of psychiatric measures Washington, DC: American Psychiatric Association* 2000:547-548.
91. Sockalingam S, Alzahrani A, Meaney C, Styra R, Tan A, Hawa R, Abbey SE: Time to consultation-liaison psychiatry service referral as a predictor of length of stay. *Psychosomatics* 2016, 57:264-272.

-
92. Spindler J, Schelhase T: Krankenhauslandschaft im Umbruch. *Wirtschaft und Statistik* 2009, 7:641-659.
 93. Statistisches Bundesamt: Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern (einschl. Sterbe- und Stundenfälle). 2017.
<https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/diagnosedaten-krankenhaus> (15.01.2019)
 94. Su J-A, Tsai C-S, Hung T-H, Chou S-Y: Change in accuracy of recognizing psychiatric disorders by non-psychiatric physicians: Five-year data from a psychiatric consultation-liaison service: Accuracy of symptom recognition. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2011, 65:618-623.
 95. Tahmassian K, Moghadam NJ: Relationship between self-efficacy and symptoms of anxiety, depression, worry and social avoidance in a normal sample of students. *Iranian journal of psychiatry and behavioral sciences* 2011, 5:91.
 96. Tauch D, Winkel S, Quante A: Psychiatric consultations and therapy recommendations following a suicide attempt in a general hospital and their associations with selected parameters in a 1-year period. *International journal of psychiatry in clinical practice* 2014, 18:118-124.
 97. Thompson TL, Wise TN, Benjamin Kelley A, Mann LS: Improving Psychiatric Consultation to Nonpsychiatrist Physicians. *Psychosomatics* 1990, 31:80-84.
 98. Valdés-Stauber J, Bachthaler S: Differences in distress severity among oncology patients treated by a consultation–liaison service. A five-year survey in Germany. *The European Journal of Psychiatry* 2017, 31:105-112.
 99. Valdés-Stauber J, Bachthaler S: Versorgungsunterschiede im Konsiliar- und Liaisondienst. *Der Nervenarzt* 2017, 88:1281-1291.
 100. Valdés-Stauber J, Kendel U: The differences between referred and non-referred patients to a psychiatric consultation-liaison service in a general

-
- hospital. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 2020, S. 0091217420982102.
101. Walker A, Barrett JR, Lee W, West RM, Guthrie E, Trigwell P, Quirk A, Crawford MJ, House A: Organisation and delivery of liaison psychiatry services in general hospitals in England: results of a national survey. *BMJ open* 2018, 8:e023091.
 102. Walker ER, McGee RE, Druss BG: Mortality in mental disorders and global disease burden implications: a systematic review and meta-analysis. *JAMA psychiatry* 2015, 72:334-341.
 103. Wancata J, Benda N, Windhaber J, Nowotny M: Does psychiatric comorbidity increase the length of stay in general hospitals? *General hospital psychiatry* 2001, 23:8-14.
 104. Wetterling T, Junghanns K: Psychiatrischer Konsiliardienst bei älteren Patienten Änderungen der Anforderungen durch Inkrafttreten des Betreuungs-und Gesundheitsstrukturgesetzes? *Der Nervenarzt* 2000, 71:559-564.
 105. Wittchen H-U, Kessler RC, Beesdo K, Krause P, Hoyer J: Generalized Anxiety and Depression in Primary Care: Prevalence, Recognition, and Management. *The Journal of Clinical Psychiatry* 2002, 63:24-34.
 106. Wolf M, Arolt V, Burian R, Diefenbacher A: Konsiliar-Liaison Psychiatrie und Psychosomatik. *Der Nervenarzt* 2013, 84:639-650.
 107. Wood R, Wand AP: The effectiveness of consultation-liaison psychiatry in the general hospital setting: a systematic review. *Journal of Psychosomatic Research* 2014, 76:175-192.
 108. Yamada K, Hosoda M, Nakashima S, Furuta K, Awata S: Psychiatric diagnosis in the elderly referred to a consultation-liaison psychiatry service in a general geriatric hospital in Japan: Psychiatric diagnosis in the elderly. *Geriatrics & Gerontology International* 2012, 12:304-309.
 109. Zigmond AS, Snaith RP: The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica scandinavica* 1983, 67:361-370.

Anhang

Patientenfragebogen (Eingesetzte Tests)

Zusatztabellen

Abbildungsverzeichnis

Tabellenverzeichnis

Patienteninformation (Version 2.0 vom 30.11.2016)

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,

wir möchten Sie bitten, an folgender Studie teilzunehmen:

Klinische und versorgungsbezogene Unterschiede zwischen konsiliar- psychiatrisch überwiesenen und nicht überwiesenen stationär behandelten internistischen Patienten.

Wir wissen, wie belastend körperlich erkrankt zu sein für einen Menschen und seine Nahestehenden sein kann. Diese Belastung wirkt sich nicht selten seelisch aus, daher möchten wir untersuchen, ob es bei Ihnen seelische Belastungen und das Bedürfnis, psychologisch mitbehandelt zu werden, bestehen. Wir möchten dabei zwei Gruppen von Patienten vergleichen: zwischen denjenigen, die dem Psychiater und Psychotherapeut vom behandelnden Arzt/Ärztin während des stationären Aufenthaltes überwiesen werden und denjenigen, die nicht überwiesen werden, weil der behandelnde Arzt/Ärztin es für nicht zwingend notwendig hält.

Der zeitliche Aufwand für die Aufklärung und die Fragen beträgt max. 20 Minuten. Die Beanspruchung durch die Fragebögen, die sehr kurz und klar sind, und die Sie ohne Zeitdruck im Laufe des Tages erledigen können, beanspruchen Sie ca. 15 min.

Sie haben keinen Nachteil von der Untersuchung, da wir keine Behandlungseingriffe vornehmen.

Die Daten werden Patientenbezogen erhoben und nicht mit Namen, sondern mit einer fortlaufenden Studiennummer versehen, damit alle Informationen richtig zugeordnet werden können. Die Daten sind nur den Studienteilnehmern zugänglich. Ihre Daten werden vertraulich behandelt und sachgerecht aufbewahrt.

Für uns ist Ihre Rückmeldung deshalb sehr wichtig, weil wir auf die Bedürfnisse künftiger Patienten besser eingehen können, wenn wir wissen, welche Bedürfnisse bestehen und ob wir die Menschen erreichen, die Unterstützung durch Psychiater und Psychotherapeuten während des stationären Aufenthaltes oder danach brauchen.

Sollten während des Verlaufes des Forschungsprojektes Fragen auftauchen, so können Sie jederzeit den Ansprechpartner (der Neurologe, Psychiater und Psychotherapeut U. Kendel, Tel. 07541-603-5600) kontaktieren.

FREIWILLIGKEIT:

An diesem Forschungsprojekt nehmen Sie freiwillig teil. Ihr Einverständnis können Sie jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen, dann werden alle bis dahin studienbedingt erhobenen Daten gelöscht und die entsprechenden Proben werden vernichtet. Dieser eventuelle Widerruf hat keine Auswirkungen auf Ihre medizinische Betreuung.

VERSICHERUNG:

Während der Teilnahme an dem Forschungsprojekt genießen Sie Versicherungsschutz. Es gelten die allgemeinen Haftungsbedingungen.

Einen Schaden, der Ihrer Meinung nach auf dieses Forschungsprojekt zurückzuführen ist, melden Sie bitte unverzüglich dem Studienarzt.

SCHWEIGEPFLICHT/DATENSCHUTZ:

Alle Personen, von denen Sie im Rahmen dieses Projekts betreut werden, unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und sind auf das Datengeheimnis verpflichtet.

Die studienbezogenen Untersuchungsergebnisse sollen in anonymisierter Form in wissenschaftlichen Veröffentlichungen verwendet werden.

Soweit es zur Kontrolle der korrekten Datenerhebung erforderlich ist, dürfen autorisierte Personen (z.B. des Auftraggebers, der Universität) Einsicht in die studienrelevanten Teile der Akte nehmen.

Sofern zur Einsichtnahme autorisierte Personen nicht der oben genannten ärztlichen Schweigepflicht unterliegen, stellen personenbezogene Daten, von denen sie bei der Kontrolle Kenntnis erlangen, Betriebsgeheimnisse dar, die geheim zu halten sind.

Name des Patienten:

.....

Ort, Datum

.....
Name des/der aufklärenden Arztes/Ärztin

Einverständniserklärung

Klinische und versorgungsbezogene Unterschiede zwischen konsiliar- psychiatrisch überwiesenen und nicht überwiesenen stationär behandelten internistischen Patienten.

Der Patient/die Patientin wurde über Inhalt, Vorgehensweise, Beteiligungskonditionen, Risiken und Ziel des obengenannten Forschungsprojektes sowie die Befugnis zur Einsichtnahme in die erhobenen Daten aufgeklärt.

Ich hatte Gelegenheit, Fragen zu stellen und habe hierauf Antwort erhalten.

Ich hatte ausreichend Zeit, mich für oder gegen die Teilnahme am Projekt zu entscheiden.

Information und Einwilligungserklärung zum Datenschutz

Bei wissenschaftlichen Studien werden persönliche Daten und medizinische Befunde über Sie erhoben. Die Speicherung, Auswertung und Weitergabe dieser studienbezogenen Daten erfolgt nach gesetzlichen Bestimmungen und setzt vor Teilnahme an der Studie folgende freiwillige Einwilligung voraus:

1. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Rahmen dieser Studie erhobene Daten/ Krankheitsdaten auf Fragebögen und elektronischen Datenträgern aufgezeichnet und ohne Namensnennung verarbeitet werden
2. Außerdem erkläre ich mich damit einverstanden, dass eine autorisierte und zur Verschwiegenheit verpflichtete Person (z.B.: des Auftraggebers, der Universität) in meine erhobenen personenbezogenen Daten Einsicht nimmt, soweit dies für die Überprüfung des Projektes notwendig ist. Für diese Maßnahme entbinde ich den Arzt von der ärztlichen Schweigepflicht.

Eine Kopie der ausführlichen Patienteninformation und Einwilligungserklärung habe ich erhalten.

Ich willige in die Teilnahme am Forschungsprojekt ein.

.....

(Name Patient/in)

.....

Unterschrift

Ort, Datum:.....

Diese Seite wurde aus Gründen des Urheberrechts entfernt.

Diese Seite wurde aus Gründen des Urheberrechts entfernt.

Diese Seite wurde aus Gründen des Urheberrechts entfernt.

Diese Seite wurde aus Gründen des Urheberrechts entfernt.

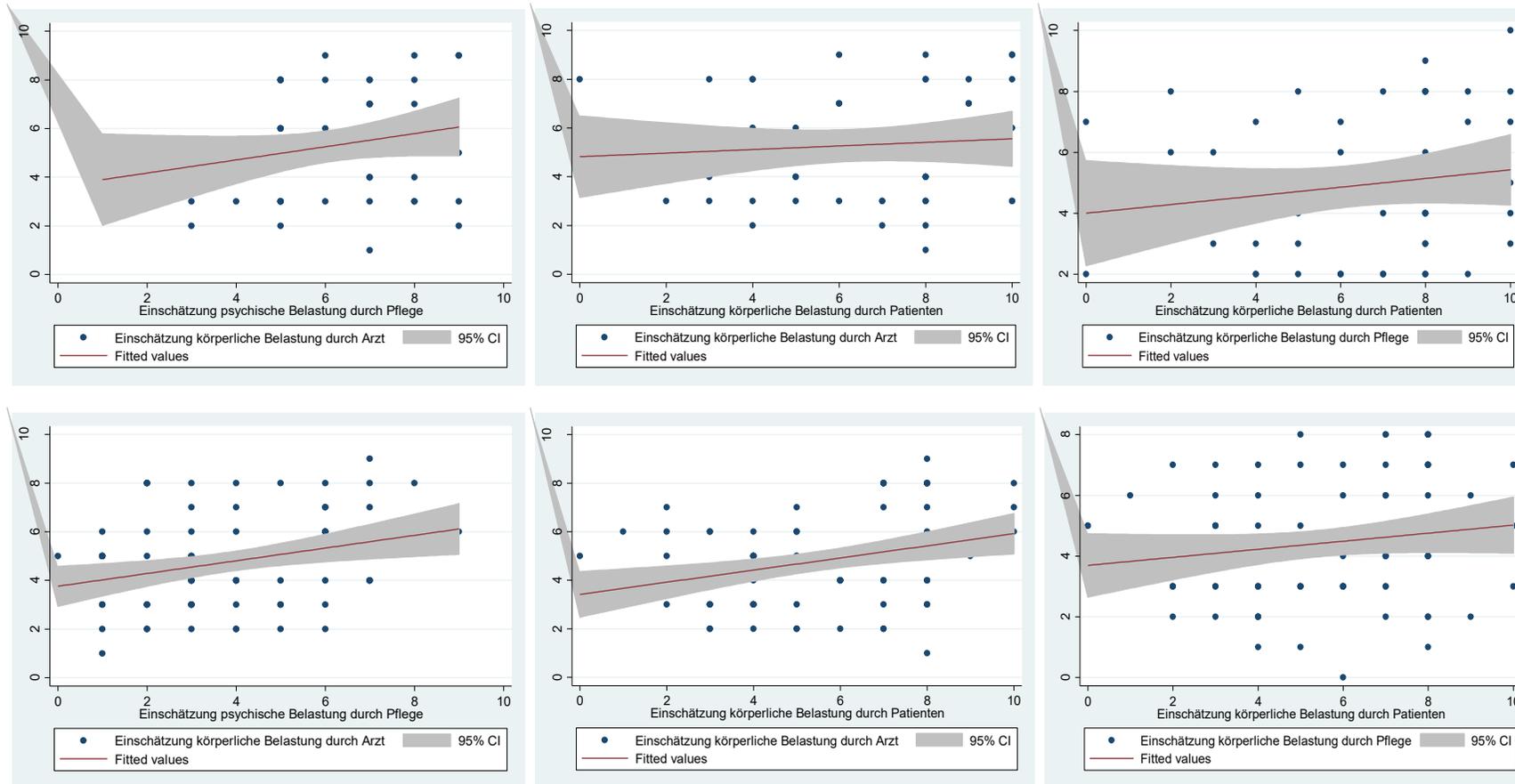
Diese Seite wurde aus Gründen des Urheberrechts entfernt.

Diese Seite wurde aus Gründen des Urheberrechts entfernt.

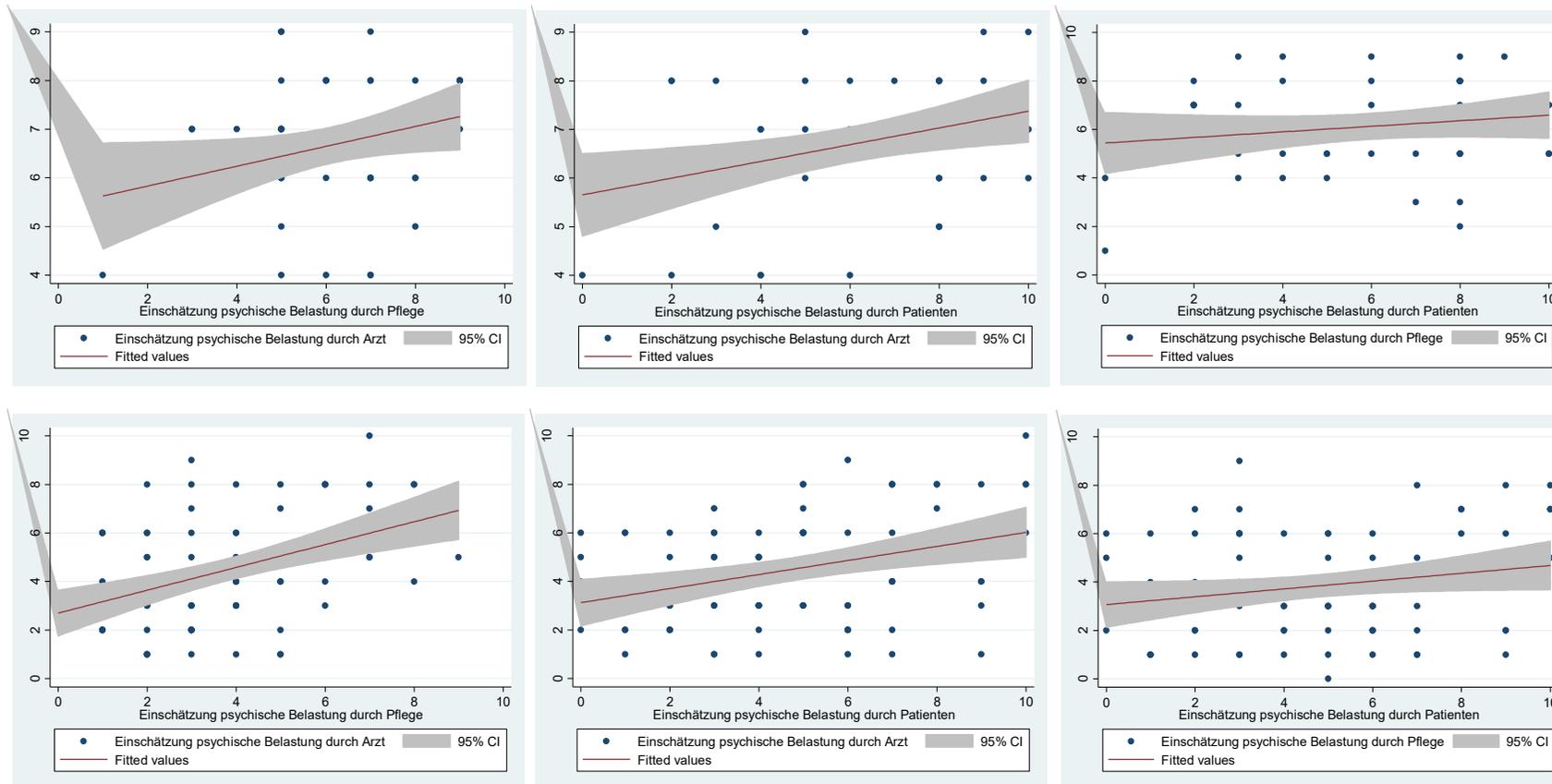
Sonstige (persönlich wichtige) Bemerkungen:

Vielen Dank!

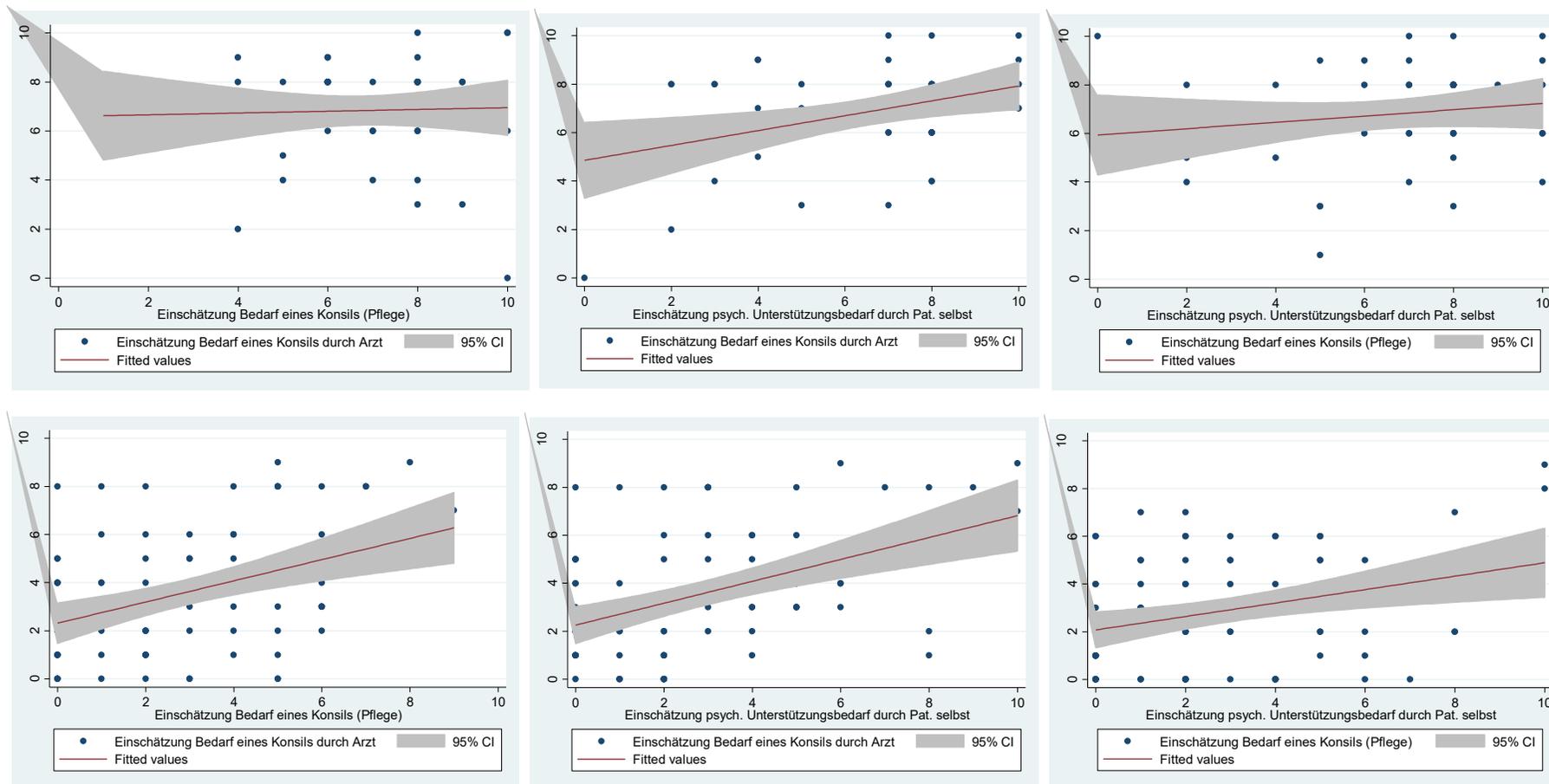
Zusatztabellen



Anhang. Abbildung 2: Paarweise Assoziation der Perspektiven (Konsilarzt, Pflege, Patient) hinsichtlich der körperlichen Belastung anhand bivariater Regressionsmodelle (nach Valdes-Stauber&Kendel [100]). Obere Reihe Kosilpatienten, untere Reihe Kontrollpatienten. Links: Assoziation der Perspektiven Konsilarzt-Pflege; Mitte: Konsilarzt-Patient. Rechts: Pflege-Patient. Allseits hohe Dispersion, stärkere Assoziation bei Kontrollpatienten. Pflege-Patient nicht signifikant, auch Arzt-Patient bei Konsilpatienten nicht. Je größer der Neigungswinkel, desto größer die Assoziation. Grauer Schatten: 95 % Konfidenzintervall für Regressionskoeffizient.



Anhang, Abbildung 3: Paarweise Assoziation der Perspektiven (Konsilarzt, Pflege, Patient) hinsichtlich der psychischen Belastung anhand bivariater Regressionsmodelle (nach Valdes-Stauber&Kendel [100]) . Obere Reihe Kosilpatienten, untere Reihe Kontrollpatienten. Links: Assoziation der Perspektiven Konsilarzt-Pflege; Mitte: Konsilarzt-Patient. Rechts: Pflege-Patient. Allseits hohe Dispersion, stärkere Assoziation bei Kontrollpatienten mit Ausnahme Pflege-Patient. Je größer der Neigungswinkel, desto größer die Assoziation. Grauer Schatten: 95 % Konfidenzintervall für Regressionskoeffizient.



Anhang. Abbildung 4: Paarweise Assoziation der Perspektiven (Konsilarzt, Pflege, Patient) hinsichtlich des konsiliarischen Unterstützungsbedarfs anhand bivariater Regressionsmodelle (nach Valdes-Stauber&Kendel [100]). Obere Reihe Konsilpatienten, untere Reihe Patienten ohne Konsil. Links: Assoziation der Perspektiven Konsilarzt-Pflege; Mitte: Konsilarzt-Patient. Rechts: Pflege-Patient. Allseits hohe Dispersion, stärkere Assoziation bei Kontrollpatienten, bei Konsilpatienten nur Konsilarzt-Patient signifikant. Je größer der Neigungswinkel, desto größer die Assoziation. Grauer Schatten: 95 % Konfidenzintervall für Regressionskoeffizient.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Gründe für die Nichtteilnahme an der Studie	Seite 23
Tabelle 2:	Vergleich der nicht einwilligenden Patienten mit den einwilligenden Patienten.....	Seite 24
Tabelle 3:	Unterschiede zwischen nicht konsiliarisch überwiesenen Patienten und konsiliarisch überwiesenen Patienten im soziodemografischen Profil.....	Seite 33
Tabelle 4:	Unterschiede in klinischen Variablen.....	Seite 34
Tabelle 5:	Mittelwertunterschiede zwischen nicht konsiliarisch überwiesenen Patienten und konsiliarisch überwiesenen Patienten in der psychischen Belastung.....	Seite 35
Tabelle 6:	Mittelwertunterschiede zwischen nicht konsiliarisch überwiesenen Patienten und konsiliarisch überwiesenen Patienten im Persönlichkeitsprofil.....	Seite 36
Tabelle 7:	Mittelwertunterschiede in der Einschätzung der körperlichen und psychischen Belastung sowie des Konsilbedarfs durch Pflege, Arzt und Patienten.....	Seite 38
Tabelle 8:	Paarweise Übereinstimmungen (bivariate Korrelationen) zwischen Arzt/Pflege, Arzt/Patient und Pflege/Patient in der Einschätzung der somatischen und psychischen Belastung sowie des Konsiliarbedarfs für die Gesamtstichprobe.....	Seite 40
Tabelle 9:	Einschätzung des Konsilbedarfs der Patienten, die kein Konsil erhielten durch Arzt, Pflege und Patienten.....	Seite 42
Tabelle 10:	Korrelationen der Einschätzung des Konsiliarbedarfs mit soziodemografischen, klinischen und psychiatrischen Faktoren aus drei Perspektiven.....	Seite 43

Tabelle 11: Multiple Regression (Rückwärtsselektion) der Einschätzung des Konsilbedarfs durch den Konsiliararzt auf soziodemografische, klinische und psychische Faktoren.....	Seite 45/46
Tabelle 12: Multiple Regression (mit Rückwärtsselektion) der Einschätzung des Konsilbedarfs durch Pflegekräfte auf soziodemografische, klinische und psychische Faktoren.....	Seite 47/48
Tabelle 13: Multiple Regression (Rückwärtsselektion) der Einschätzung des Konsilbedarfs durch Patienten auf soziodemografische, klinische und psychische Faktoren.....	Seite 49/50

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Flussdiagramm einwilligender und nicht einwilligender Patienten.....	Seite 22
Abbildung 2: Paarweise Assoziation (Konsilarzt, Pflege, Patient) hinsichtlich der körperlichen Belastung.....	Seite 99
Abbildung 3: Paarweise Assoziation (Konsilarzt, Pflege, Patient) hinsichtlich der psychischen Belastung.....	Seite 100
Abbildung 4: Paarweise Assoziation (Konsilarzt, Pflege, Patient) hinsichtlich Einschätzung des Konsilbedarfs.....	Seite 101

Danksagung

Die Danksagung wurde aus Gründen des Datenschutzes entfernt

Lebenslauf

Der Lebenslauf wurde aus Gründen des Datenschutzes entfernt