

Konsilienskultur*

R. Krapf

Als Einleitung zu diesen Betrachtungen über die Konsilienskultur soll ein illustratives Fallbeispiel dienen:

Ein 80jähriger, noch rüstiger Patient wurde im Jahre 2000 wegen eines infrarenalen Aortenaneurysmas operiert. Während dieser Hospitalisation wurde auch ein Aneurysma der Brustaorta (maximaler Durchmesser 5,5 cm) festgestellt. Dem Patienten war auch die Operation dieser Ausweitung vorgeschlagen worden, er lehnte diesen Eingriff aber ab. Er ist bei seiner Meinung auch nach verschiedenen Gesprächen mit Gefässchirurgen, Internisten und dem Hausarzt geblieben. Im Sommer 2004 trat der Patient wieder ein mit heftigsten Brustschmerzen, welche auf das Aortenaneurysma zurückgeführt wurden. Radiologisch war eine deutliche Grössenzunahme des Aneurysmas zu erkennen. Wie schon früher gab er auch diesmal klar zu verstehen, dass er bereit sei zu sterben und keine weiteren Interventionen wünsche. Er bitte aber, von den wirklich schlimmen Brustschmerzen befreit zu werden. Im übrigen sei er sehr dankbar für die vier Jahre eines guten Lebens, die er trotz Verzichts auf die Operation erfahren durfte.

Der Stationsarzt wurde beauftragt, er solle trotz der zu respektierenden Zurückhaltung des Patienten ein Konsilium mit der Frage nach dem neueren Stand der Möglichkeit einer Versorgung dieses thorakalen Aneurysmas mittels der Stenttechnologie einholen. Der interventionelle Angiologe, in diesem Falle ein Gefässchirurg, interpretierte das Konsilium als Auftrag, dieses Aneurysma minimal-invasiv zu versorgen. Er nahm Kontakt mit mehreren Zentren für interventionelle Angiologie auf und sprach – unabhängig von den Stationsärzten – mit dem Patienten und seiner Familie. Er hatte selbstverständlich keine Mühe, dem Patienten und der Familie die schlechte Prognose deutlich zu machen, die bei konservativem Vorgehen zu erwarten wäre. Vor diese – brutale? – Alternative gestellt, willigte der Patient schliesslich in den Eingriff ein, der in der Einlage von drei überlappenden Stents zu je Fr. 12 000.– bestand. Ausser den beträchtlichen Kosten sind bei diesem Fall glücklicherweise keine Komplikationen aufgetreten.

Trotz dieses zumindest kurzfristig guten Ausgangs (weshalb dieses Fallbeispiel auch ausgewählt wurde) war der Ablauf dieses Konsiliums nicht befriedigend: Der hinzugezogene Spezialist hat das Konsilium als Handlungsanweisung betrachtet; er hat ohne Rücksprache mit den behandelnden Ärzten die weiteren organisatorischen Schritte unterlassen; schliesslich hat er in nur partieller Kenntnis der Vorgeschichte den Patienten bzw. seine Familie vor eine existentielle Wahl gestellt, bei der wohl kein Patient wirklich frei in der Entscheidung sein kann. Die Stationsärzte ihrerseits haben sich zu wenig aktiv in der Diskussion über das weitere Vorgehen engagiert und es unterlassen, dem zugezogenen Spezialisten die eigentliche Fragestellung in Erinnerung zu rufen. Idealerweise hätte der konsiliarisch hinzugezogene Spezialist zuerst zu Nutzen, Risiken und Kosten einer Intervention Stellung nehmen und das weitere Vorgehen mit den Stationsärzten gemeinsam besprechen müssen. Erst anschliessend hätte das gemeinsame Gespräch mit dem Patienten stattfinden sollen, der letztlich, nach dem Prinzip des «informed consent», über die Durchführung des Eingriffs zu entscheiden hat.

Der Meinungsaustausch im Rahmen von Konsilien ist in der klinischen Medizin von vitaler Bedeutung sowohl für den Patienten als auch für das intellektuelle Niveau und die Qualität der Ausbildung im Spital. Im Rahmen von Konsilien soll die Zusammenarbeit zwischen den Stationsärzten – welche die ganzheitliche Patientenbetreuung sicherstellen – und den an der gleichen oder einer anderen Klinik arbeitenden Spezialisten optimiert werden. Letztere sollen klinische Beurteilungen aus ihrem Fachgebiet abgeben und spezielle diagnostische und therapeutische Massnahmen empfehlen und dann allenfalls auch durchführen.

Wir alle wissen, dass der Konsiliensprozess diese Ziele nicht selten verfehlt. Häufig werden Konsilien angefordert ohne klare Stellungnahme zum klinischen Problem und/oder mit viel zu ungenauer Fragestellung. Die Konsiliarii ihrerseits fassen – wie in unserem Fall – ein Konsilium oft als Auftrag auf, die Betreuung der Patienten oder die Hauptverantwortung zu übernehmen.

* Der Text ist Teil eines Referates «Kommunikation zwischen Ärzten im Spital», gehalten am 12. August 2004 aus Anlass der Emeritierung von Prof. Dr. R. L. Galeazzi, dem dieser Artikel gewidmet ist.

Korrespondenz:
Prof. Dr. med. Reto Krapf
Medizinische Universitätsklinik
Kantonsspital
CH-4101 Bruderholz
E-Mail: reto.krapf@ksbh.ch

Die Stationsärzte füllen demzufolge nicht selten verschiedene Konsiliumszettel schon kurz nach der ersten Kontaktaufnahme mit dem Patienten aus. Sie werden dabei zu Sekretären und dann zu reinen Ausführenden der Handlungsanweisungen der zugezogenen Konsiliarii degradiert. Es kommt immer häufiger vor, dass die Stationsärzte beim Konsilium gar nicht mehr persönlich anwesend sind. Damit verpassen sie eine weitere zentrale Lerngelegenheit, und der korrekte Informationsfluss wird erschwert.

Nach meiner Ansicht missverstehen die Konsiliarii ihre Rolle immer häufiger als ultimative Problemlöser, während die Rolle des erfahrenen und weisen Ratgebers und damit Ausbildners in den Hintergrund gerückt wird. Ein guter Konsiliarius wird das Insulin nicht direkt verordnen, sondern den Stationsarzt kritisch auffordern, ein Konzept für die Insulinverordnung vorzuschlagen, das dann nach allfälliger Korrektur vom Stationsarzt selber umgesetzt werden kann.

Einige Konsiliarii fühlen sich auch kraft ihres Spezialgebietes bzw. ihres Expertenstatus verpflichtet, auch weithergeholte und klinisch wenig wahrscheinliche Diagnosen auszuschliessen. Das Resultat kann eine Serie zusätzlicher und teurer Testverordnungen oder die Bestätigung früherer, vielleicht auswärtig durchgeführter Tests sein. Der Grossteil der im Spital durch Konsilien verursachten Kosten sind denn auch durch zusätzliche Testverfahren bedingt. Laut einer älteren Studie beliefen sich die durch Zusatztests bedingten Kosten im Geldwert 2004 auf etwa US\$ 2000 [1], ohne dass gezeigt wurde, dass diese testbedingten Zusatzkosten einen nachweisbaren Effekt auf den klinischen Verlauf oder auf den von den Stationsärzten subjektiv empfundenen Nutzen des Konsiliums gehabt hätten. Der echte Wert eines Konsiliums scheint also nicht in der Empfehlung zusätzlicher Testverfahren, sondern in der klinischen Beurteilung zu liegen. Ist ein guter Konsiliarius also nicht einer, der aufgrund seines Spezialwissens und seiner Erfahrung Abklärungen und Testverfahren limitieren und damit die Patientenbetreuung fokussieren hilft?

Die negativen Folgen dieser aufgezeigten Tendenzen sind evident: Die Stationsärzte werden im Hinblick auf ihre hausärztliche Tätigkeit schlechter ausgebildet. Es fehlt ihnen zunehmend die Kompetenz, die Indikation zu gewissen Untersuchungen sowie zu Behandlungen selber zu stellen und die wichtigsten Resultate korrekt zu interpretieren. Dadurch ergibt sich in den Spitälern u. a. die Tendenz, durch Aufstockung der personellen Ressourcen in den Spezialitätenbereichen für die fachspezifische Qualität

(z.B. Marcoumar-Verordnungen, Blutzuckereinstellung usw.) auf den Abteilungen direkt selber besorgt zu sein, anstatt via Stationsärzte zu arbeiten. Eine Verteuerung der Behandlungskosten ist die Folge dieser Personalaufstockung. Weitere Nachteile sind selbstverständlich der Verlust der ganzheitlichen Patientenbetreuung und eine heterogene und damit verwirrlige Informationspraxis für die Patienten.

Wie können wir das Konsiliarwesen effizienter und erfolgreicher gestalten?

Zentral für eine angenehme Konsiliumskultur ist selbstverständlich das Arzt-Arzt-Verhältnis [2–4]. Dazu gibt es aber im Gegensatz zur Literatur über das Arzt-Patienten-Verhältnis erstaunlich wenige Untersuchungen. Der Erfolg eines Konsiliums wird natürlich umso grösser, je positiver die Einstellung des Ratsuchenden zum Konsiliarius und umgekehrt ist. Dieses Verhältnis wird in der psychologischen Literatur auch als positive Transferenz und Gegentransferenz bezeichnet. Diese Mechanismen werden aber durch den Patienten kompliziert. Es handelt sich nicht um einen einfachen, zweipoligen Interaktionsprozess, sondern zumindest um ein Dreiecksverhältnis. Der Patient und seine Problemstellung können die Arzt-Arzt-Beziehung und somit den Konsiliumsprozess erleichtern, aber auch hemmen. Persönliche Präferenzen des Patienten für den einen Arzt können das Verhältnis erschweren. Sollte sich ein Arzt in der Rolle der bevorzugten Bezugsperson des Patienten befinden, darf er sich nicht in dieser Situation sonnen, sondern muss versuchen, den ärztlichen Partner voll und positiv einzubeziehen.

Wenn wir die Konsiliumskultur wieder verbessern wollen, müssen wir auch Informationen haben über die Gründe, warum überhaupt ein Konsilium angefordert wird. Wir sollten auch die Erwartungshaltung und allfällige Vorbehalte gegenüber dem Konsiliarius kennen und wissen, wie man die konsiliarischen Empfehlungen verbessert umsetzen kann.

Welches sind die Gründe, ein Konsilium anzufordern [1]?

1. Ratschlag zum diagnostischen Vorgehen (56%);
2. Ratschläge zur Behandlung (37%);
3. Durchführung oder Hilfe zur Durchführung eines Tests (20%);
4. Hilfe bei der Interpretation von Daten (9%);

5. Langzeit-Follow-up durch die Spezialisten (5%);
6. Interesse allein (4%);
7. Bestätigung eines körperlichen Untersuchungsbefundes (4%);
8. andere (2%).

Diese Liste ist eigentlich nicht überraschend und dürfte heute ähnlich lauten. Schade finde ich, dass eine konsiliarische Besprechung aus reinem Interesse an der Sache in anscheinend nur 4% der Fälle stattfindet. Bereitet es uns wirklich solch grosse Mühe, uns für die Komplexität und die Vielfalt der Funktionsweisen des Körpers und seiner Krankheitsmechanismen zu faszinieren und sie besser verstehen zu wollen?

Welche Erwartungen muss der Konsiliarius erfüllen, damit er als Konsiliarius eine positive Rolle spielen kann?

Vom Konsiliarius werden selbstverständlich persönliche Qualitäten erwartet, und diese Qualitäten werden in zwei Gruppen eingeteilt, persönliches Verhalten und fachliche Kompetenz [5].

Vom Konsiliarius wird erwartet, dass er zu einem guten Arzt-Arzt-Verhältnis beiträgt. Er soll höflich, gesprächsbereit und ehrlich sein. Es wird erwartet, dass er Verständnis für die Sorgen des das Konsilium anfordernden Kollegen und auch Respekt für diesen aufbringt. In bezug auf das Arzt-Patienten-Verhältnis wird erwartet, dass er freundlich und empathisch im Umgang mit dem Patienten sein soll.

An berufliche Qualitäten werden folgende Erwartungen gestellt:

1. Kompetenz und Sachwissen;
2. gesunder Menschenverstand, Sinn für das Massvolle;
3. promptes Erscheinen beim Patienten;
4. hohes Mass an Verfügbarkeit;
5. Bescheidenheit in den Vorschlägen.

In bezug auf den Konsiliarius gibt es aber nicht nur positive Erwartungen, es gibt, wie wir alle wissen, auch Befürchtungen und Ängste. Ein erfolgreicher Konsiliarius nimmt in der Regel darauf auch entsprechend Rücksicht. Die drei am häufigsten genannten Befürchtungen sind die folgenden [5]:

1. Der Konsiliarius wirft eine inadäquate Behandlung des Patienten vor.
2. Der Konsiliarius übernimmt den Patienten.
3. Der Konsiliarius ändert schon gemachte Verordnungen.

Da Konsilien ihrerseits einen grossen personellen Aufwand und, wie schon erwähnt, erhebliche direkte und indirekte Kosten verursachen, ist es naheliegend, dass man sich auch Rechenschaft darüber ablegt, wie die Umsetzung der konsiliarischen Empfehlungen verbessert werden kann. Zu diesem Thema gibt es eine Reihe von Untersuchungen, welche nützliche Handlungsanweisungen beinhalten [6, 7].

Wie kann ein Konsiliarius seine Botschaft am besten anbringen?

1. Zunächst muss er seine wichtigste Empfehlung als ebensolche (neben den anderen) deklarieren.
2. Als wichtig empfunden wird auch die frühzeitige, mündliche Kontaktaufnahme mit den ärztlichen Kollegen, welche das Konsilium anfordern.
3. Die Zahl der Empfehlungen muss limitiert sein.
4. Die Empfehlungen sollten klar und definitiv beschrieben und begründet werden.
5. Jede Empfehlung, welche zu aktiven Handlungen und Aktionen auf seiten des Pflegedienstes führt, hat eine relativ geringe Umsetzungswahrscheinlichkeit. Ist dies notwendig, so empfiehlt sich eine entsprechende Kontrolle und Nachfrage von seiten des Konsiliarius.
6. Ausserordentlich geschätzt wird eine Erkundigung nach dem Verlauf. Diese kann mündlich bei den Stationsärzten eingeholt werden oder sogar mit einem Follow-up-Konsilium oder einer Visite erfolgen. Diese Nachfrage erhöht nicht nur die Präsenz auf den Stationen und erlaubt, die eigenen Empfehlungen dem Verlauf und der speziellen Problematik des Falles anzupassen, sie ist auch eine wichtige Rückmeldung an den Konsiliarius, ob seine Empfehlungen sinnvoll, von Nutzen oder allenfalls sogar falsch waren. Selbstverständlich kann es durchaus auch als Pflicht des Kollegen angesehen werden, dem Konsiliarius spontan die entsprechenden Follow-up-Informationen – auch zu dessen weiterer Ausbildung – zukommen zu lassen.

Diese wenigen Angaben aus der Literatur geben einige nützliche Hinweise darauf, wie diese für die Qualität der Patientenbetreuung und das Niveau der Aus- und Weiterbildung entscheidende Interaktion verbessert werden kann.

Allerdings liegen die viel grösseren Probleme – wie ich schon vorhin angedeutet habe –

auf einem anderen Feld, und ich bin der Meinung, dass auch und vor allem dort die Korrekturbestrebungen anzusetzen haben:

1. Erst wenn ein klinisches Problem wirklich sorgfältig analysiert worden ist, kann dem Konsiliarius ein spezifisches Anliegen vorgelegt werden. Erst dann kann der Konsiliarius auch einen wichtigen Einfluss auf die Betreuung nehmen. Im Gegensatz dazu führen nebulöse Fragen zu wenig nützlicher Zusatzinformation, aber zu deutlich gesteigerten Kosten. Jenseits des Kostenfaktors ist eine schlechte Konsiliariuskultur auch für die medizinische Ausbildung nachteilig. Falls die Stationsärzte einen klinischen Fall einfach durch die Identifizierung des mutmasslich gestörten Organsystems abhandeln und dann den für dieses Organsystem mutmasslich zuständigen Konsiliardienst anrufen, ist es ziemlich unwahrscheinlich, dass sie lernen werden, wie ein solches klinisches Problem in Zukunft unabhängiger analysiert und gelöst werden kann.
2. Ärzte, die ein Konsilium anfordern, müssen realisieren, dass es einen erheblichen intellektuellen Aufwand erfordert, eine spezifische und patientengerechte Frage an den Konsiliarius zu stellen. Dieser muss sich seinerseits Klarheit darüber verschaffen, weswegen er angefragt wurde, und muss sich wenn immer möglich davor hüten, Direktiven und Handlungsanweisungen abzugeben. Er soll aufbauende und ausbildende Kritik im Sinne der Förderung der Unabhängigkeit der Stationsärzte üben. Vergessen wir nicht, dass für diese anforderungsreiche Arbeit nur eine Minderzahl der Konsiliarii fachlich und persönlich wirklich gut vorbereitet ist. Es ist viel einfacher und schneller, Anweisungen zu erteilen, als mit den Stationsärzten zu diskutieren, deren Meinung zu erfragen, von ihnen ein eigenes Konzept zu verlangen und dieses mit den eigenen Empfehlungen korrigierend zu ergänzen!
3. Ein Todesstoss für eine akzeptable Konsiliariuskultur ist die erwähnte Tendenz, das klinische Problem mit eigenen, direkt unterstellten Mitarbeitern zu lösen. Dadurch werden die Stationsärzte übergangen und sie haben seltener die Möglichkeit, mit einer wirklich erfahrenen Fachperson in einen bedeutungsvollen Diskurs zu treten. Entsprechende negative Folgen für die Aus- und Weiterbildung und namentlich die Qualität der medizinischen Betreuung in der Hausarztpraxis sind mit Händen zu greifen.

Welche Konklusion können und müssen wir ziehen, um die Konsiliariuskultur wieder zu verbessern?

1. Das Konsilium soll wieder als intellektuell hochstehende Kommunikation zwischen akademisch ausgebildeten Partnern betrachtet werden.
2. Dem das Konsilium Anfordernenden ist vorzuschreiben – und auch vom Konsiliarius zu verlangen –, eine eigene Stellungnahme, Beurteilung und einen Vorschlag zum Prozedere vorzulegen.
3. Der Konsiliarius soll sich in richtiger Interpretation seines Namens als Ratgeber und Ausbilder der Stationsärzte identifizieren. Er soll sie zu eigenem und selbständigem Denken und Handeln befähigen.
4. Die Stationsärzte müssen beim Konsilium anwesend sein; dies ist besonders wichtig, wenn das Konsilium von einer Fachperson einer anderen Klinik stammt.
5. Das Konsiliariuswesen soll in entsprechenden Weisungen geregelt werden. Wir müssen die Konsiliariuskultur vermehrt demonstrieren und üben. Dies kann im Rahmen von Einführungs- und Fortbildungsveranstaltungen problemlos und mit Fallillustrationen getan werden.

Eine solche Weisung und die Inhalte der Fortbildung sollten als Minimum über Folgendes Klarheit verschaffen:

1. Wann muss ein Konsilium zwingend angefordert werden (Minimalbestimmungen der absolut notwendigen Konsilien)?
2. Welches sind die Kompetenzen des Konsiliarius, welches die Kompetenzen der Stationsärzte (Verordnungsrecht, Verordnungspflicht usw.)?
3. Wie wird das Feedback gewährleistet, und zwar sowohl für den Konsiliarius als auch für die Stationsärzte, falls die weitere Behandlung des Patienten in den Händen des Konsiliarius liegt?

Zusammenfassung und Schlussfolgerung

Die Qualität, die Mitarbeiterzufriedenheit und die Atmosphäre an einer Klinik lassen sich direkt an der Konsiliariuskultur messen. Fördern wir Stationsärzte, welche nach erfolgter eigener Analyse möglichst häufig fachspezifische Hilfe anfordern, dieselbe aber auch kritisch beurteilen! Ein Graus sind Stationsärzte, welche nur Konsiliariuszettel ausfüllen und kritiklos Empfehlungen

umsetzen. Sie haben keinen Platz in einer qualitativ hochstehenden und intellektuell attraktiven klinischen Medizin. Gewinnen wir andererseits Konsiliarii, welche die Stationsärzte nicht als Lieferanten von Fällen und TARMED-Punkten verkommen lassen, sondern realisieren, dass hier der akademisch-ärztliche Nachwuchs arbeitet, den auszubilden und zu erziehen eine der vornehmsten konsiliarärztlichen Tätigkeiten darstellt. Wünschen wir uns auch Konsiliarii, die sich freuen können über die Vorarbeit von aufgeweckten Stationsärzten, die sich auch hinterfragende Kritik im Sinne einer fachlich-persönlichen Herausforderung gefallen lassen können.

Ich danke Herrn Dr. med. M. Trutmann für die kritische Durchsicht des Manuskriptes und seine vielen, guten Verbesserungsvorschläge.

Literatur

- 1 Lee T, Pappius EM, Goldman L. Impact of inter-physician communication on the effectiveness of medical consultations. *Am J Med* 1983;74:106-12.
- 2 Krakowski AJ. Doctor-doctor-relationship. *Psychosomatics* 1971;12:11-5.
- 3 Robb DF. Everyday problems in general practice. IX. The doctor-doctor relationship. *Practitioner* 1968;201:524-8.
- 4 Kelly AD. The doctor-doctor-patient relationship. *Can Med Assoc J* 1974;111:473.
- 5 Krakowski AJ. Doctor-doctor relationship II: conscious factors influencing the consultation process. *Psychosomatics* 1972;13:158-64.
- 6 Sears CL, Charlson ME. The effectiveness of a consultation. Compliance with initial recommendations. *Am J Med* 1983;74:870-6.
- 7 Lo E, Rezaei K, Evans AT, Madariaga MG, Phillips M, Brobbey W, et al. Why don't they listen? Adherence to recommendations of infectious disease consultations. *Clin Infect Dis* 2004;38:1212-8. Siehe auch Kommentar durch Tenenbaum MJ. Infectious diseases consultative recommendations: if heard, they can be listened to. *Clin Infect Dis* 2004;38:1219-21.