

Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie in der Schweiz: aktueller Stand und Perspektiven

■ D. Georgescu^a, F. Caduff^b

^a Interner Psychiatrischer Dienst des Kantons Aargau, Klinik Königsfelden, Windisch

^b Psychiatrische Dienste Thun

Summary

Georgescu D, Caduff F. [Consultation-liaison psychiatry in Switzerland: current status and perspectives.] Schweiz Arch Neurol Psychiatr 2002;153: 12–24.

The present study has two goals: (1) to provide an up-to-date map of the psychiatric consultation and liaison services (C-L services) in Switzerland, and (2) to sketch the future perspectives and make suggestions for its enhancement which take into account the specifics of the Swiss situation, the international experience as well as current thinking on this matter.

We analyse in the introduction the previous surveys of Swiss C-L psychiatry (1991, 1993 and 1996), and mention similar accounts from other European countries and the US. We further cite papers dealing with trends and perspectives of C-L psychiatry, which address issues such as its clinical function inside the somatic hospital, organisation, quality guidelines, training tasks and the emphasis of its research.

We also present our position on our use of terms such as C-L psychiatry, C-L psychosomatic medicine and psycho-social medicine.

Methodology: To collect the data we have developed a 24-items questionnaire covering various areas (among others C-L model, provided services, areas of responsibility, demand and utilisation of service, personnel and institutional characteristics, financing, use of diagnostic and documentation systems, teaching, research, cooperation and communication, development plans) of C-L activity. We contacted 88 services, institutions, hospitals or individuals that we came to know in the process of carrying out this study. 72 of these services (82%) delivered sufficient data to be included in our survey.

The feedback we received provided us with data regarding the situation of the C-L services in all university hospitals (5), all big (7) and all medium (12) hospitals, and over 60% of the small hospitals (48). We have processed our data using descriptive-statistical methods. We present and comment the individual outcomes in the results section. They form the basis of the concluding remarks. These take into account the following aspects:

- the political geography of Switzerland, with numerous, relatively small and community-based hospitals,
- the peripheral position of psychiatry as a medical specialty,
- a certain backwardness of Swiss C-L psychiatry on an international level.

A detailed (self-)critical discussion of these three issues is provided, and, using the examples of C-L psychiatry in other European countries and the US, several proposals for improvement are put forward. Among the suggested measures to be adopted are:

- the establishment of C-L services in all hospitals, from the small hospital level up;
- for these we propose – using suggestions of other authors and bearing in mind the local specific conditions – a series of minimal requirements as a basis for a functioning C-L service;
- clear contracts with the hospital administration, in particular regarding the financing aspect;
- the development of C-L psychiatry in analogy to other subspecialties inside the specialty of psychiatry-psychotherapy, aimed at improving the training of C-L psychiatrists, the quality of their work, and the standing of the discipline;
- the establishment of guidelines in this training which take into account the needs of somatic physicians;
- as in other countries, the establishment of a Swiss Society for C-L Psychiatry inside the Swiss Society for Psychiatry as an important step for consolidating the discipline;
- a more active participation of Swiss C-L psy-

Korrespondenz:

Dr. med. Dan Georgescu
IPD Klinik Königsfelden
Postfach
CH-5201 Brugg

chiatry in international discussions on the state of the art and future perspectives.

Keywords: Swiss consultation-liaison psychiatry; inquiry; survey; development perspectives

Einleitung

Die vorliegende Untersuchung nimmt sich zweierlei vor. Erstens versucht sie, eine aktualisierte, sich um Vollständigkeit bemühende «Karte» der psychiatrischen Konsiliar- und Liaisondienste (K+L-Dienste) der Schweiz zu realisieren und damit den aktuellen *Stand* wiederzugeben. Zweitens will sie *Entwicklungsperspektiven* skizzieren, Ausbildungsvorschläge unterbreiten, welche sowohl die spezifische Schweizer Situation wie auch internationale Erfahrungen sowie den gegenwärtigen wissenschaftlichen Diskussionsstand berücksichtigen. Die erste Zielsetzung ist deskriptiv und im Kapitel Resultate enthalten, die zweite ist normativ und Thema der abschliessenden Diskussion. Die Arbeit richtet sich bewusst an die hiesige Leserschaft.

Zwei kurze Übersichten über den *Stand* der Schweizer K+L-Psychiatrie sind 1991 [1] und 1996 [2] erschienen, als Unterkapitel im Rahmen grösserer internationaler Übersichtsarbeiten. Diese Beiträge, welche sich primär an das internationale Fachpublikum wenden, sind zwar sehr informativ, basieren aber nicht auf systematischen Untersuchungen und sind beschränkt in Umfang und Präzision.

Ein erster systematischer Versuch der Erfassung der K+L-Einrichtungen in der Schweiz ist 1992 im Rahmen einer Dissertation durchgeführt worden [3]. Ein daraus resultierendes Verzeichnis der psychiatrisch-psychosomatischen K+L-Dienste an Kantonsspitalern und grösseren Regionalspitalern, in dem unter anderem die Aktivitäten, die personellen Ressourcen wie auch das «therapeutische Konzept» aufgeführt sind, ist 1993 in einem Buch anlässlich des 12. Weltkongresses für Psychosomatische Medizin erschienen [4]. Die Resultate dieser im Rahmen einer Dissertation durchgeführten Befragung werden auch von Buddeberg und Guex in einem anderen Kapitel eben dieses Buches eingehend diskutiert [5]. Im Vergleich mit anderen europäischen Ländern beurteilen die Autoren die Situation in der Schweiz als «nicht besser, aber auch nicht schlechter als anderswo». Sie beschreiben detailliert verschiedene Modelle und Aufgaben. Konkrete Schritte für die Verbesserung der Situation werden jedoch nicht erwähnt, ausser, dass sich vermehrt Psychiater und Psychotherapeuten für eine Konsiliartä-

tigkeit in einem somatischen Spital interessieren sollten.

Hingegen wird in internationalen Übersichtsarbeiten die Schweizer K+L-Psychiatrie als – mit wenigen Ausnahmen und diese vor allem in der Romandie – unterentwickelt bezeichnet und die Forschung in diesem Bereich als gering bewertet [2].

Weiter finden sich in der Fachliteratur Untersuchungen zum *Stand* der K+L-Psychiatrie in verschiedenen Ländern. Zwei englische Untersuchungen [6, 7] sowie eine deutsche Studie [8], welche institutionelle Ressourcen und Versorgungsstrukturen untersuchen, sind unserem Ansatz in manchen Punkten ähnlich. Andere Autoren setzen unterschiedliche Schwerpunkte: Bedarf und Inanspruchnahme des K+L-Dienstes [9], Ausbildungsstand und Versorgungsangebot der Konsiliarpsychiater [10], multizentrische Evaluation der K+L-Intervention mittels spezifischer Instrumente [11] sowie Kooperation mit anderen Fachgebieten [12].

Andere Publikationen – fast ausschliesslich aus den USA – befassen sich mit den *Tendenzen und Perspektiven* der K+L-Psychiatrie in bezug auf ihre klinische Funktion im somatischen Spital, ihre Organisationsformen, ihre Qualitätsrichtlinien, ihre Ausbildungsaufgaben und ihre Forschungsschwerpunkte, wobei jeweils auch die sozioökonomischen Rahmenbedingungen und Entwicklungen mitberücksichtigt werden [13–20].

An diesem Punkt bedarf es einer begrifflichen Klärung: Wir machen keinen Unterschied zwischen K+L-Psychiatrie und -Psychosomatik und verwenden den Begriff der K+L-Psychiatrie für die Tätigkeit eines Psychiaters-Psychotherapeuten im Umfeld eines somatischen Spitals. Präziser gesagt verstehen wir darunter «die diagnostische und therapeutische Beratung anderer Disziplinen über dort in Betreuung befindliche Kranke, die zusätzlich ein psychiatrisches Problem haben» [21] oder lehrbuchmässig definiert: «the primary responsibility of a C-L psychiatrist is to diagnose and recommend treatment for psychiatric illness in the medically ill patient» [22]. Die vor allem in Deutschland existierende Trennung zwischen K+L-Psychosomatik und K+L-Psychiatrie können wir sowohl theoretisch wie praktisch nicht nachvollziehen. «Klassische» psychosomatische Störungen bilden nur eine kleine Minderheit der Konsilianforderungen [21, 23]. Die hierzulande gelegentlich anzutreffenden analog verwendeten Begriffe «Psychosoziale Medizin» bzw. «Psychosomatische Medizin» verwenden wir bewusst nicht im Zusammenhang mit der psychiatrischen K+L-Tätigkeit, weil sie zu unspezifisch sind. Hinzu

kommt, dass das klassische psychosomatische Modell in den letzten Jahren der neurobiologischen und psychopharmakologischen Entwicklung zusehends vom medizinischen Modell verdrängt worden ist: «the entry of psychiatry into the general hospital meant more than a change of locale. It meant a shift from a moral to a medical model of psychiatric illness.» [20]

Methodik

Für die K+L-Umfrage haben wir einen 24 Punkte umfassenden Fragebogen erstellt. Die Fragen decken folgende Gebiete ab:

- K+L-Modell, Leistungsangebot, Zuständigkeitsbereiche und Inanspruchnahme,
- administrative Zugehörigkeit und Finanzierung,
- Anwendung von Diagnostik- und Dokumentationsinstrumenten,
- Psychotherapie-Konzept, Spezialsprechstunden,
- personelle und infrastrukturelle Ausstattung,
- Lehre und Forschung,
- Zusammenarbeit, Kommunikation, Arbeitszufriedenheit im somatischen Spital,
- Zukunft/Ausbaupläne.

Der Fragebogen ist mit einem Begleitbrief versehen und möglichst breit gestreut worden. Die Adressen stammen aus:

- einer Adresskartei der K+L-Interessierten der ganzen Schweiz, die uns freundlicherweise vom Koordinator der Schweizerischen Arbeitsgruppe der K+L-Psychiater zur Verfügung gestellt worden ist;
- dem Verzeichnis der psychosomatischen und psychosozialen Einrichtungen in der Schweiz [4];
- dem Schweizerischen Medizinischen Jahrbuch 1998/99 [24]; es sind sowohl alle grösseren Spitäler der Schweiz angeschrieben worden als auch – falls vorhanden – direkt der Leiter des K+L-Dienstes des entsprechenden Spitals;
- Angaben der angeschriebenen Spitäler oder Dienste, die uns zurückgemeldet haben, wer für das entsprechende Spital konsiliarpsychiatrisch zuständig ist.

Diejenigen Einzelpersonen, Dienste oder Spitäler, die nach Ablauf der Rücksendefrist nicht geantwortet haben, sind nochmals angeschrieben und/oder telephonisch kontaktiert worden.

Die eingegangenen Fragebogen haben wir ausgezählt und zur differenzierteren Auswertung je nach Spitalgrösse in vier Gruppen unterteilt: K+L-Dienste der Universitätsspitäler, der grossen

Spitäler (>500 Betten), der mittelgrossen Spitäler (300–500 Betten) und der kleinen Spitäler (150–300 Betten). Zusätzlich sind noch 16 Dienste von kleinsten Spitalern (<150 Betten) berücksichtigt worden, welche in der Auswertung der Gruppe der kleinen Spitäler zugeordnet worden sind.

Die Auszählung ist mittels Strichlisten und Prozentberechnungen erfolgt. Auf eine weiterführende statistische Auswertung haben wir verzichtet.

Resultate

Rücklaufquote

Wir haben *88 uns bekannte Dienste, Institutionen, Spitäler oder Einzelpersonen* angeschrieben. Von *72 dieser 88 Dienste (81,8%)* haben wir genügend Informationen erhalten, um sie in unserer Umfrage zu berücksichtigen.

Gemäss dem medizinischen Jahrbuch [24] existieren in der Schweiz insgesamt 5 Universitätsspitäler, 7 grosse Spitäler, 12 mittlere Spitäler, 43 kleine Spitäler und über 200 kleinste Krankenhäuser. Alle Universitätsspitäler sowie alle grossen, mittelgrossen und kleinen Spitäler sind von uns angeschrieben worden. Von den kleinsten Spitalern haben wir 16 angeschrieben, weil diese über einen uns bekannten K+L-Dienst verfügen oder weil es sich bei ihnen im administrativen Sinne um Kantonsspitäler handelt. Durch den Rücklauf unserer Fragebogen haben wir *Informationen über die K+L-Situation in allen Universitätsspitalern, allen grossen und mittelgrossen Spitalern sowie über die K+L-Dienste von 63% der kleinen Spitäler erhalten.*

Administrative Unterstellung

Die 72 K+L-Dienste der Schweizer Spitäler, über die wir genügend Informationen erhalten haben, lassen sich administrativ folgendermassen zuordnen:

- 30 (42%) gehören zu einem ambulanten psychiatrischen Dienst (Externe Psychiatrische Dienste, Poliklinik, Ambulatorium, Stützpunkt, Centre psycho-social).
- 21 (29%) gehören zu einer psychiatrischen Klinik.
- 5 (7%) sind Teil eines Psychiatriedepartements, das sowohl stationäre wie auch ambulante Dienste umfasst. Dieses Modell ist vor allem in der Westschweiz verbreitet.

- 8 (11%) der K+L-Dienste sind administrativ einer somatischen Klinik unterstellt.
- 8 (11%) der Dienste sind niemandem direkt unterstellt. In der Regel handelt es sich um niedergelassene Fachärzte für Psychiatrie, die neben ihrer Praxistätigkeit noch konsiliarisch arbeiten.

Untersucht man die administrative Zuordnung bezogen auf die Spitalgrösse, so fällt auf, dass in einigen Universitätsspitalern eine Aufspaltung in zwei K+L-Dienste existiert. Ein Dienst ist der Psychiatrie (meist in Form einer Psychiatrischen Poliklinik) unterstellt, der andere ist der somatischen Medizin (in Form eines Psychosomatischen Dienstes) zugeordnet. Die Aufgabenteilung ist uns – mit Ausnahme der Notfälle, die von der «Psychiatrie» versorgt werden – nicht immer klar geworden.

Vorherrschendes K+L-Modell

Im Fragebogen wird unterschieden zwischen einem vorwiegend konsiliarisch ausgerichteten Modell und einem Modell, das nebst dem Konsilium auch liaisonpsychiatrische Aspekte umfasst. Diese werden definiert als engmaschige institutionalisierte Zusammenarbeit mit den Somatikern, Teilnahme an gemeinsamen Besprechungen, Visiten, Teaching von Ärzten und Pflegepersonal und anderes mehr.

54 Dienste (75%) arbeiten vorwiegend konsiliarisch, 18 Dienste (25%) haben zusätzlich noch liaisonpsychiatrische Elemente eingebaut. Es fällt auf, dass die Dienste an den Universitätsspitalern vorwiegend das liaisonpsychiatrische Modell anwenden, die extrauniversitären K+L-Dienste hingegen häufiger das konsiliarische Modell.

Notfallversorgung

60% der K+L-Dienste sind auch für die Akutversorgung psychiatrischer Notfälle zuständig. 40% der K+L-Dienste delegieren diese Aufgabe an andere Ärzte oder Institutionen. Auffällig häufig ist dies bei den K+L-Diensten der Universitätsspitaler sowie bei denjenigen der kleinen Spitaler der Fall. Während bei den kleinen Spitalern meist kein Psychiater ständig im Haus oder auf Pikett ist und dort die Somatiker die psychiatrische Notfallversorgung übernehmen, so sind dies in den Universitätsspitalern meist die diensttuenden Psychiater der Poliklinik, die nicht der K+L-Equipe angehören. Bei den grossen und mittelgrossen Spitalern sind es meist die K+L-Psychiater

selbst, die auch für die psychiatrischen Notfälle zuständig sind.

Personelle Zusammensetzung der K+L-Equipe

Dieser Punkt wird von den Befragten leider nur sehr unvollkommen und uneinheitlich beantwortet, so dass die Zahlenangaben nicht miteinander vergleichbar sind. Einzelne Institutionen verfügen nicht über einen eigenen Stellenetat für den K+L-Dienst, andere schreiben, dass der K+L-Dienst von verschiedensten Mitarbeitern im Turnus geleistet wird, so dass keine verlässlichen Zahlenangaben möglich sind. Zu bemerken ist noch, dass das Vorhandensein oder Fehlen von ausgewiesenen Kennzahlen keineswegs von der Grösse des K+L-Dienstes bzw. des zu betreuenden Spitals abhängt; so gibt es sehr kleine Dienste, die über einen klaren K+L-Stellenetat verfügen, während dies teilweise sogar bei universitären K+L-Diensten nicht der Fall ist.

Den prozentual höchsten Stellenanteil im Etat der K+L-Dienste nimmt die Ärzteschaft ein. Die meisten K+L-Ärzte sind Kaderärzte (Oberärzte, leitende Ärzte, Fachärzte mit eigener Praxis). In 55% aller Dienste mit verwertbarem Zahlenmaterial arbeiten entweder nur Kaderärzte oder aber die Kaderärzte belegen die meisten Stellenprozente. Was erstaunt, ist, dass nur 13% aller Dienste über Stellenprozente für Liaisonpflegepersonal verfügen, während dies für Psychologen bei immerhin 18% aller K+L-Dienste der Fall ist. Der Sozialdienst scheint im K+L-Bereich ein Schattendasein zu führen und ist nur in sehr wenigen K+L-Stellenetats enthalten.

Anzahl Erstkonsultationen

K+L-Dienste der Universitätskliniken führen alleamt über 600 Erstkonsultationen pro Jahr durch. Bei den übrigen Spitalern sind die Zahlen generell tiefer, wobei es gegen unten wie gegen oben Ausnahmen gibt. Die Dienste der grossen Spitaler kommen durchschnittlich auf 400–600 Konsilien pro Jahr, diejenigen der mittelgrossen Spitaler auf 200–400 Konsilien. K+L-Dienste von kleinen Spitalern machen meist unter 200 Konsilien pro Jahr aus.

Aufgrund der Datenlage ist der interessante Vergleich zwischen den Stellenprozenten der K+L-Dienste und der Anzahl der von ihnen gemachten Konsilien leider nicht möglich.

Die Universitätskliniken verfügen über das breiteste Angebot an psychiatrischen Betten. In zwei Universitätsspitalern existieren medizinisch-psychiatrische Einheiten (unter gemeinsamer internistischer und psychiatrischer Führung, mit je 8 Betten). Zwei weitere Universitätsspitäler verfügen über psychiatrische Stationen, die vor allem der Krisenintervention dienen (ebenfalls 8 Betten umfassend). In einer Universitätsklinik existiert zudem eine eigene geronto-psychiatrische Klinik (mit 20 Betten). Eine Universitätsklinik verfügt zusätzlich zur medizinisch-psychiatrischen Einheit über eine stationäre psychosomatische Abteilung.

Demgegenüber verfügen die grossen und mittelgrossen Spitäler weder über medizinisch-psychiatrische noch über rein psychiatrische Betteneinheiten. Auch die Möglichkeit, psychiatrische Hospitalisationen in gerade verfügbaren Betten auf somatischen Stationen durchzuführen, ist eher die Ausnahme.

Bei den kleinen Spitälern sind sämtliche Modelle vertreten. Es gibt einige kleine Spitäler mit eigener psychiatrischer Station sowie ein Privatspital mit einer medizinisch-psychiatrischen Einheit. Die durchschnittlichen Bettenzahlen von 15 bis 20 Betten deuten darauf hin, dass diese Stationen der psychiatrischen Allgemeinversorgung einer bestimmten Region oder gar eines Kantons dienen. Auch das Modell der «hüpfenden» Betten ist in vielen kleinen Spitälern verbreitet, was darauf hinweist, dass in ländlichen Regionen psychia-

trische Hospitalisationen häufiger im Allgemeinspital erfolgen.

Psychotherapie

18% aller K+L-Dienste bieten keine eigentlichen Psychotherapien an, 65% hingegen Therapien zumindest einer definierten Psychotherapieausrichtung. 17% geben keine Antwort.

Dabei fällt die Dominanz der analytischen Psychotherapierichtung in den K+L-Diensten der kleinen Spitäler, das Vorherrschen der systemischen Richtung in den mittelgrossen Spitälern wie auch die Beliebtheit der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Richtung in den Universitätsspitalern auf. Viele Befragte weisen aber darauf hin, dass die bevorzugte Psychotherapierichtung der Mitarbeitenden Ärzte recht unterschiedlich sei und dass institutionell keine spezifische Methode vorgegeben sei.

Spezialsprechstunden

Im Grunde genommen ist jeder K+L-Dienst vom Arbeitsgebiet her bereits eine «Multi-Spezialsprechstunde». Definierte Spezialsprechstunden jedoch sind eine Domäne der grossen K+L-Dienste und vor allem derjenigen der Universitätskliniken, werden aber auch von kleineren Diensten angeboten. 35% aller K+L-Dienste kennen zumindest eine definierte Spezialsprechstunde.

Abbildung 1 Anzahl der K+L-Dienste mit Spezialsprechstunden (Mehrfachnennungen).

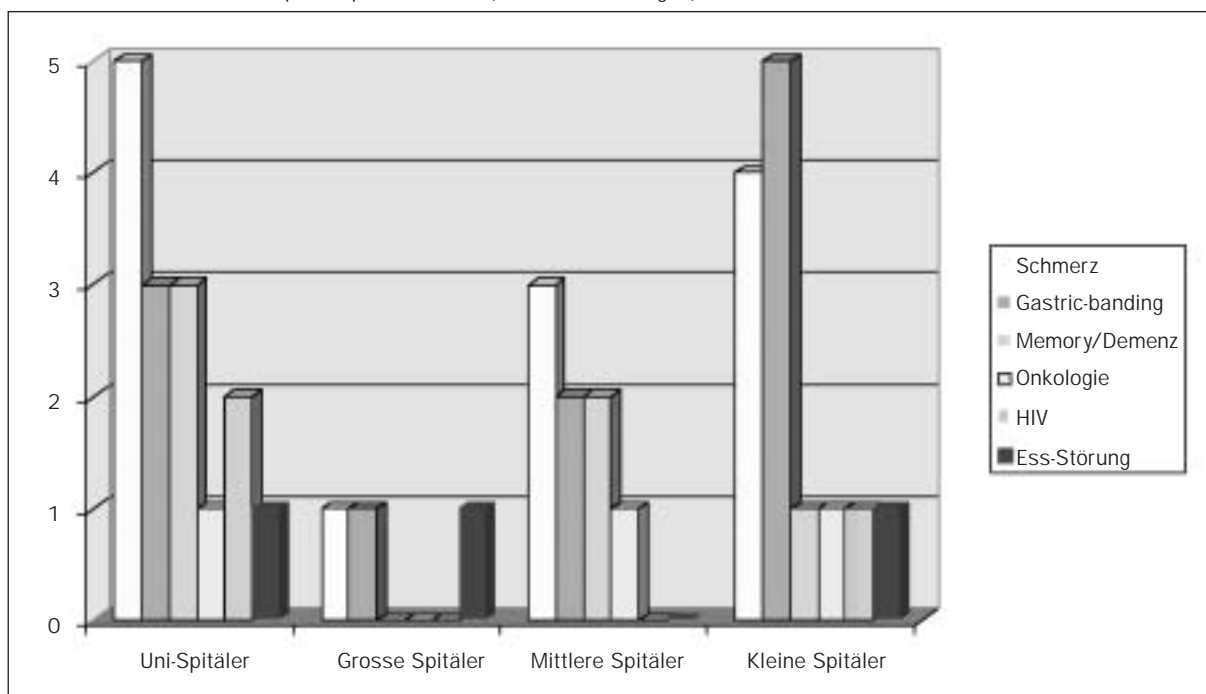


Abbildung 1 erlaubt einen Überblick über das Spezialsprechstunden-Angebot (pro Dienst werden oft mehrere Spezialsprechstunden angeboten). Spezialsprechstunden mit nur einer Nennung sind nicht in die Graphik aufgenommen worden.

Arbeitsräume im Allgemeinspital

Das Vorhandensein bzw. Fehlen adäquater Arbeits- und Untersuchungsräume im Allgemeinspital sagt etwas aus über die Arbeitsbedingungen und letzten Endes über den Stellenwert, über den ein K+L-Dienst im Allgemeinspital verfügt.

75% der K+L-Dienste der Universitätsspitäler und der mittelgrossen Spitäler benützen einen eigenen Arbeitsraum. Hingegen stehen an 43% der grossen Spitäler bzw. an 38% der kleinen Spitäler adäquate und für die Psychiatrie reservierte Arbeitsräume zur Verfügung.

Zugang zu einer Fachbibliothek und/oder einer medizinischen Datenbank

80% aller K+L-Dienste haben direkten Zugang zu einer Fachbibliothek, 68% zusätzlich zu einer medizinischen Datenbank.

Krankengeschichten-Archiv

Die Frage nach dem Vorhandensein eines Krankengeschichten-Archivs für die K+L-Patienten

wird von 11% aller K+L-Dienste verneint. In diesen Fällen wird das psychiatrische Konsilium ausschliesslich in der somatischen Krankengeschichte des Patienten aufbewahrt. Alle übrigen K+L-Dienste (89%) verfügen über ein Krankengeschichten-Archiv.

Verwendung von standardisierten Befunderhebungs-Bögen sowie von test- und neuropsychologischen Instrumenten

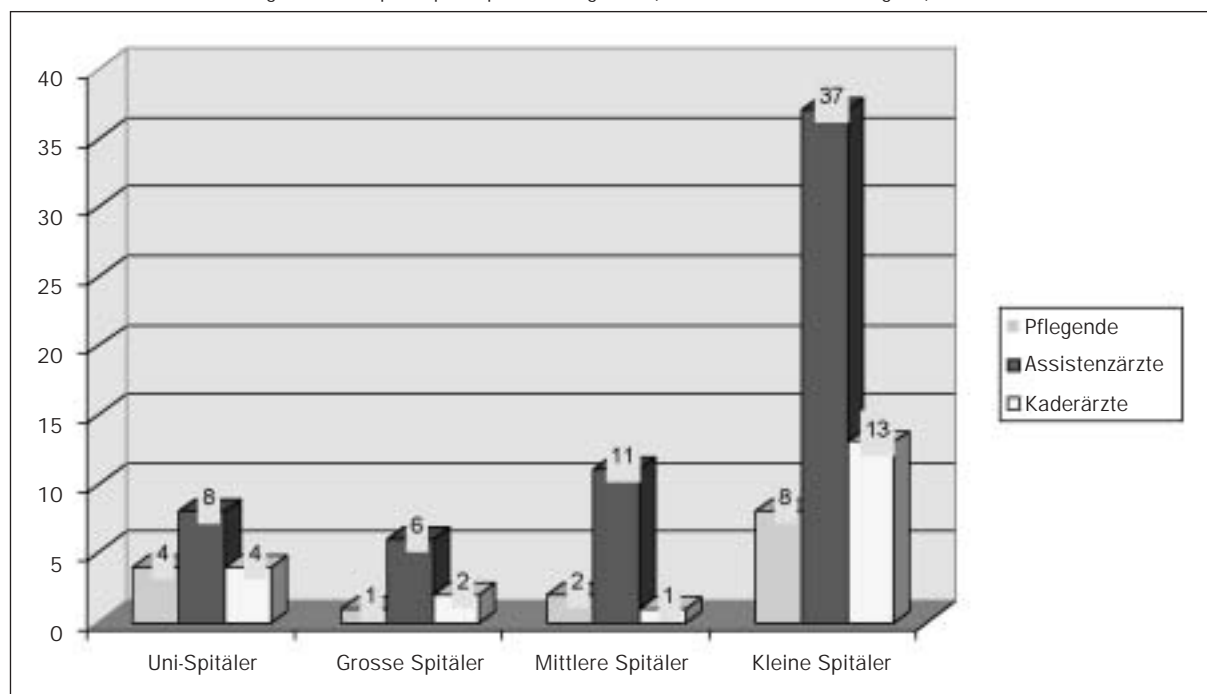
86% aller im universitären Bereich arbeitenden K+L-Dienste verwenden testpsychologische Verfahren (v.a. Persönlichkeits- und Intelligenzabklärungen). An grossen Spitälern sind es 57% und an mittleren und kleinen Spitälern 25 bzw. 33%. Hinsichtlich der neuropsychologischen Testungen bewegen sich die Prozentzahlen zwischen 71% an Universitätsspitalern und 14–17% bei den nicht-universitären Einrichtungen.

Regelmässigen Einsatz von standardisierten Befund- und Dokumentationsbögen geben 57% der K+L-Dienste an Universitätsspitalern bzw. 7% der Dienste an kleinen Spitalern an. K+L-Dienste an grossen und mittleren Spitalern verwenden keine Dokumentationsinstrumente.

Forschung

Bei den meisten K+L-Diensten, die Universitätsspitaler versorgen, ist die Forschung ein integrierter und institutionell erwünschter Bestandteil der

Abbildung 2 Anzahl K+L-Dienste, die folgenden Hauptansprechpartner angeben (Mehrfachantworten möglich).



Arbeit. Die übrigen K+L-Dienste der Schweiz betreiben selten Forschung (14%), und dann vor allem im freiwilligen Rahmen.

Teaching

Unterschieden wird zwischen K+L-Diensten, die explizite Fortbildungen für die Somatiker durchführen, und K+L-Diensten, die dies ausschliesslich über das Konsilium und über den mit dem Konsilium verbundenen Kontakt tun. Dabei fällt auf, dass in den meisten Universitätsspitälern (75%) bzw. grossen (71%) und mittelgrossen Spitälern (67%) die K+L-Dienste in ein institutionalisiertes Teaching der Somatiker eingebunden sind, während dies in den kleineren Spitälern seltener (35%) der Fall ist.

Ansprechpartner für den Konsiliararzt

Gefragt haben wir nach derjenigen Berufsgruppe, die im alltäglichen Kontakt der Hauptansprechpartner des Konsiliarius ist. Obwohl wir hier eine Einfachantwort gewünscht haben, ist es zu einigen Mehrfachantworten gekommen. Abbildung 2 ist mit der Totalzahl der Nennungen ein Ausdruck dieses Phänomens.

Konkordanzrate

Die Frage nach der Konkordanzrate, das heisst danach, ob und inwiefern die Empfehlungen des Konsiliarius von den Somatikern befolgt werden,

wird recht einheitlich beantwortet. 80% der Dienste antworten mit einem klaren «gut», 16% mit einem «mässig». Von den restlichen 4% haben wir keine Antwort erhalten. Kein einziger Dienst spricht von einer schlechten Konkordanzrate. Ein ebenso überzeugendes Ergebnis ergibt die Frage, ob das Konsilium im Austrittsbericht der Somatiker erwähnt wird, was sämtliche Dienste bejahen.

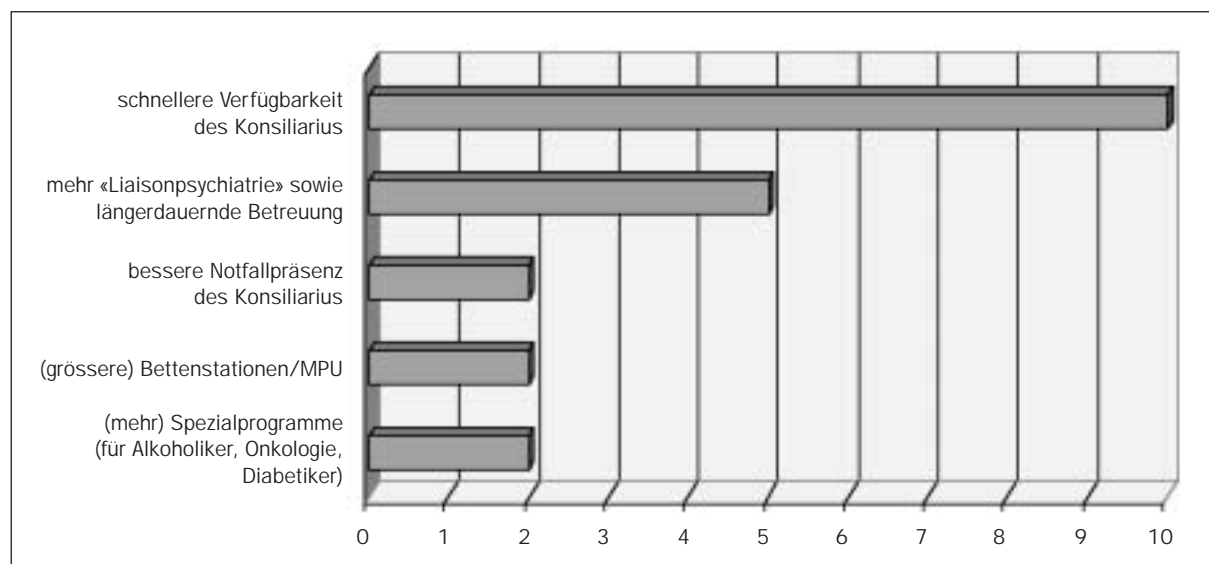
Zusammenarbeit mit den somatischen Kollegen

Für 78% aller uns antwortenden K+L-Dienste ist die Zusammenarbeit mit den Somatikern befriedigend. 12% antworten mit «teils, teils» und erwähnen in den Kommentaren vor allem die Tendenz einiger Somatiker, «schwierige» Patienten an den psychiatrischen K+L-Dienst «abzuschieben». Ein weiterer Streitpunkt scheint die Definition des «Notfalls» zu sein, wobei einige Somatiker diese Definition weiter sehen als die Psychiater und sie insbesondere mit der Notwendigkeit sofortigen psychiatrischen Handelns verbinden. Es fällt auf, dass diese Streitfrage offenbar in kleineren Spitälern (mit nicht ständig verfügbarem Konsiliarius) eine gewichtigere Rolle spielt als in grösseren Spitälern.

Entspricht das K+L-Angebot den Bedürfnissen der Somatiker?

Mehrere Antwortende meinen zu Recht, dass wir diese Frage eigentlich den Somatikern stellen müssten; zum Teil wird diese Frage denn auch nicht beantwortet. Aus den Antworten ergibt sich ein

Abbildung 3 Anzahl der genannten Wünsche von Somatikern an die psychiatrischen Konsiliarii.



durchzogenes Bild. Immerhin 54% der K+L-Dienste haben den Eindruck, dass ihr Angebot den Somatikern genügt. 36% der uns antwortenden K+L-Dienste sind sich hier nicht so sicher oder geben offen über Bemängelungen seitens der Somatiker Auskunft. Abbildung 3 gibt eine Übersicht über die Klagen bzw. ungedeckten Bedürfnisse der Somatiker.

Ausbaupläne

Gefragt wird nach konkreten und realisierbaren Ausbauplänen der K+L-Dienste. Diese scheinen vor allem in den K+L-Diensten der Universitätsspitäler (62,5%) und der mittelgrossen Spitäler (50%) konkret umsetzbar vorhanden, während die Befragten der grossen und der kleinen Spitäler wohl Ausbaupläne hätten, diese aber vorwiegend als zur Zeit nicht realisierbar erachten.

Unter den Ausbauplänen, die konkret vorliegen und realisierbar erscheinen, werden die in Abbildung 4 dargestellten am häufigsten genannt.

Unterstützung durch die Spitalverwaltung

Gefragt wurden K+L-Leiter nach ihrer Zufriedenheit mit der Unterstützung durch die Spitalverwaltungen. An Universitätsspitalern sind 50% der Befragten mit der Unterstützung ihrer Anliegen sehr zufrieden, weitere 38% fühlen sich genügend unterstützt. Auch die Situation an mittleren Spitalern wird häufig positiv bewertet: Hier betragen die Werte 33% (sehr gute Unterstützung) bzw. 42% (genügende Unterstützung).

Hingegen hält sich der Zufriedenheitsgrad an grossen sowie an kleinen Spitalern in engeren Grenzen: sehr zufrieden sind nur 14% der K+L-Verantwortlichen an grossen Spitalern bzw. 19% an kleinen Spitalern. Genügend unterstützt fühlen sich 57 bzw. 56% der Befragten.

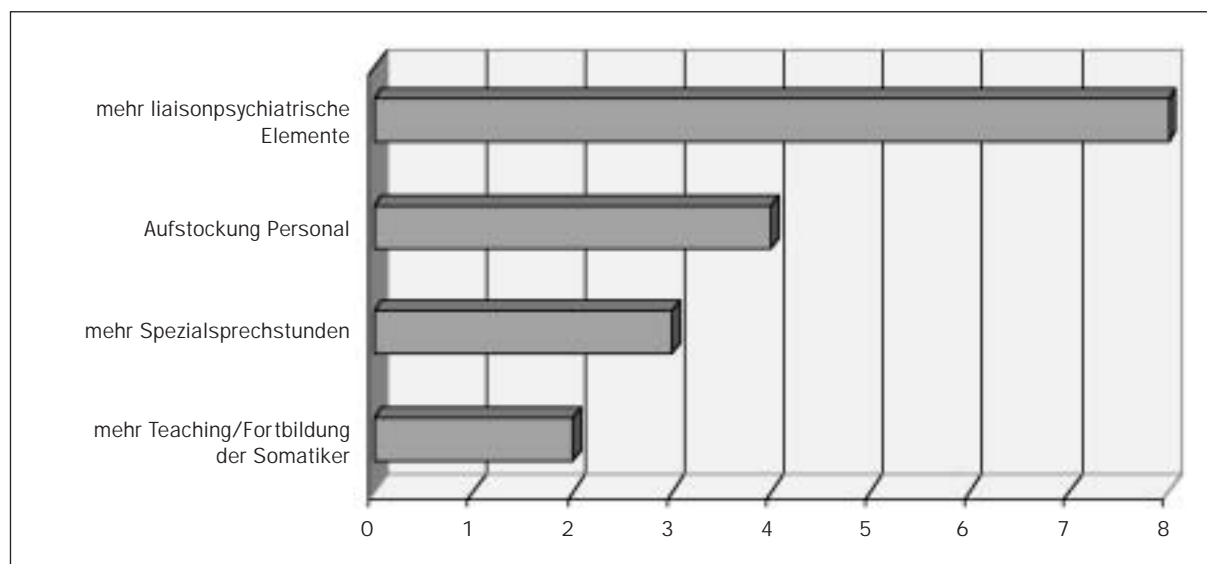
Geringe Zufriedenheit wird am häufigsten genannt im Zusammenhang mit fehlenden oder ungeeigneten Arbeitsräumen, fehlenden Kommunikationsmitteln oder ganz allgemein mit dem «Sich-an-den-Rand-gedrängt-Fühlen».

Finanzielle Abgeltung der K+L-Arbeit

Die finanzielle Abgeltung der von den K+L-Diensten direkt am und mit dem Patienten geleisteten Arbeit stellt naturgemäss einen zentralen Aspekt der K+L-Arbeit insgesamt dar. Zum einen müssen damit – zumindest teilweise – die Kosten des K+L-Dienstes gedeckt werden. Zum anderen ist es auch vorstellbar, dass die Nachfrage nach Konsilien und somit die Kosteneffizienz der K+L-Arbeit insgesamt mit dem Finanzierungsmodell zusammenhängt.

Es zeigt sich hier der interessante Befund, dass die K+L-Dienste der Universitätsspitäler – wenn sie überhaupt über eine Abgeltung ihrer Leistungen verfügen – mit den Modellen der Jahrespauschale, allenfalls auch mit Forschungsgeldern arbeiten. Die Verrechnung von Einzelleistungen bildet da die Ausnahme (12,5%), während das Modell der vom somatischen Spital bezahlten Jahrespauschale bei 25% der universitären K+L-Dienste zur Anwendung kommt. An grossen Spitalern kennen 43% der K+L-Dienste die Jah-

Abbildung 4 Häufigste Nennungen der realisierbar erscheinenden Ausbaupläne der K+L-Dienste.



respauschale, während 57% über einen Einzelleistungstarif abrechnen.

Ein deutlich anderes Bild ergibt sich an den kleinen und mittelgrossen Spitälern. Hier ist die Verrechnung von Einzelleistungen die Regel (84% der K+L-Dienste an mittleren bzw. 77% an kleinen Spitälern). Das Fehlen einer direkten Abgeltung sowie die Vergütung mittels Jahrespauschale bilden in beiden Fällen die Ausnahme.

Vergleicht man die Zufriedenheit der K+L-Dienste mit diesen Abrechnungsmodalitäten, so ergibt sich ein klares Bild, welches Modell die K+L-Dienste bevorzugen. 92% aller K+L-Dienste, welche Einzelleistungen verrechnen können, sind mit diesem Modell zufrieden. Die wenigen Unzufriedenen beklagen sich allenfalls über einige Teilaspekte (zu geringe Abgeltung von Gruppentherapien, von Wegentschädigungen oder über den geringen Taxpunkt generell). Dagegen sind nur 33% der Dienste, welche per Jahrespauschale abrechnen, bzw. 27% der Dienste, welche keine direkte Abgeltung erhalten, damit zufrieden, und zwar unabhängig von der Spitalgrösse.

Diskussion

Die Resultate unserer Umfrage widerspiegeln folgende Aspekte:

1. die politische Geographie der Schweiz mit zahlreichen, relativ kleinen und gemeindenahen Spitälern;
2. das periphere Dasein der Psychiatrie innerhalb der medizinischen Fachgebiete wie auch dasjenige der K+L-Psychiatrie innerhalb der Psychiatrie;
3. eine gewisse Rückständigkeit der hiesigen K+L-Psychiatrie im internationalen Vergleich.

In der Schweiz existieren viele Spitäler mit einer kleinen Bettenzahl. Diese Situation entspricht dem legitimen Wunsch der Bevölkerung nach geographischer und kultureller Nähe ihrer Spitaleinrichtungen. Viele dieser Spitäler räumen einem eigenen K+L-Dienst keine Bedeutung ein und beanspruchen allenfalls gelegentlich einen in der Nähe niedergelassenen Praktiker bzw. den Delegierten einer nahegelegenen psychiatrischen Institution. Nicht nur in den peripheren Bezirksspitälern, sondern sogar in mittelgrossen und grossen Regional- und Kantonsspitälern führt die Psychiatrie eine Randexistenz mit vergleichsweise geringen materiellen (z.B. fehlenden Arbeitsräumen) und personellen Ressourcen und mit bescheidenen Ansprüchen. Ihre Bedeutung für eine adäquate Diagnostik und Behandlung der Patienten in somatischen Spitälern sowie ihr grosses

Potential, die Aufenthaltsdauer zu verkürzen und dadurch die Spitalkosten zu senken [25–29], werden stark unterschätzt. Immerhin ist festzustellen, dass die Situation in den Universitäts-spitälern deutlich besser ist als in den übrigen Krankenhäusern.

Anzustreben ist die Errichtung von «massgeschneiderten» K+L-Diensten in allen Spitälern ab der Grösse eines kleinen Spitals (>150 Betten) gemäss unserer Definition. In Anlehnung an die Richtlinien verschiedener Autoren [8, 30, 31] und mit Rücksicht auf die hiesigen Verhältnisse und Grössenordnungen schlagen wir folgende minimale Erfordernisse als Grundlage eines funktionierenden K+L-Dienstes vor:

- definierter klinischer Zuständigkeitsbereich;
- klar festgelegtes, jedoch unkompliziertes und allen Zuweisern bekanntes Anmeldeprozedere, z.B. mittels eines strukturierten Formulars zur Anforderung eines psychiatrischen Konsils [16, 32];
- der Grösse des Spitals entsprechend ausgestattete interdisziplinäre Equipe mit Kaderarzt als Teamleiter, Assistenzarzt/-ärztin (für Notfälle, Routinekonsilien), Liaisonschwester sowie bei Bedarf einem Sozialarbeiter und einem (Neuro-)Psychologen;
- Zugriff zu einem Sekretariat; K+L-Krankengeschichten-Archiv mit eigenen Dokumentationsinstrumenten (z.B. PC-gestütztes MICRO-CARES);
- geeignete Untersuchungsräume, spezifische Untersuchungsinstrumente;
- eigene Fachbibliothek, Zugang zu medizinischen Datenbanken;
- gute Vernetzung mit den somatischen Abteilungen innerhalb des Spitals sowie mit den spitalexternen psychiatrischen Einrichtungen, Behörden und Hausärzten;
- klare Vereinbarungen mit der Spitalverwaltung, insbesondere bezüglich der Finanzierung.

Zum letzten Punkt sei ergänzt, dass von der K+L-Psychiatrie teilweise erwartet wird, dass sie bestimmte, auch zeitintensive Leistungen erbringt, diese jedoch nicht in Rechnung stellt. Sowohl für ihren Status innerhalb des Spitals wie auch für die Arbeitszufriedenheit der Psychiater sowie für das Budget der Psychiatrie ist es jedoch wichtig, in diesem Bereich Transparenz zu schaffen und die Einzelleistungen adäquat zu verrechnen [19, 28].

Im somatischen Spital kommt die randständige Existenz der Psychiatrie innerhalb der medizinischen Fachgebiete besonders zum Ausdruck. Der Psychiater gilt in den Augen vieler Ärzte aus anderen Fachgebieten, vieler Pfleger und der Spitalverwaltung nicht als richtiger Mediziner,

sondern als «a pleasant, pipe-smoking gentleman wearing a tweed jacket who, with much time on his hands, proselytized for the psychosocial model» [33] oder als «Sozialarbeiter, der auch noch Medikamente verschreibt» [34]. Die Psychiatrie gilt als unwissenschaftlich, diffus, unfassbar. Der psychiatrische Kollege wird häufig gerufen, weil der Patient mit «jemandem sprechen möchte» und «auf der Station niemand Zeit dafür hat». Viele Konsultationen werden angefordert, damit der Psychiater schwierige Patienten aus dem Spital entfernt oder um Konflikte aus einer somatischen Fachabteilung hinauszuverlagern, indem man sie an einen «Experten» delegiert [35, 36]. Klassisch ist die Beantragung eines Konsils, um sich bei einem vermuteten Suizidrisiko abzusichern – und der Psychiater die Verantwortung dafür zu übertragen [35]. In den Spitälern, wo der K+L-Dienst der inneren Medizin unterstellt ist, kann der Druck auf den Psychiater noch höher und sein Entscheidungsspielraum noch geringer sein. Für die unbefriedigende Situation ist die K+L-Psychiatrie jedoch häufig auch selbst verantwortlich, indem sie sich ungenügend abgrenzt oder sich missbrauchen lässt. Der geringe medizinisch-wissenschaftliche Ruf der Psychiatrie liegt teilweise auch daran, dass Psychiater nie verfügbar oder erreichbar sind, dass sie unverständlich oder zu lang formulieren und dass ihre Vorschläge zum Prozedere nicht nachvollziehbar oder praktikabel sind [20–22, 30, 35, 37].

Auch innerhalb der Psychiatrie fristet die K+L-Psychiatrie ein Schattendasein [2, 10, 38]. Behörden und Entscheidungsträger bevorzugen und unterstützen in der Regel andere Schwerpunkte und Projekte, welche im öffentlichen Bewusstsein und in den Medien als wichtiger wahrgenommen werden. K+L-Psychiatrie ist nicht medienwirksam, ist kein sozialpolitisches Thema und hat keine Lobby. Im Weiterbildungsprogramm für den Facharzttitel FMH werden zwar Erwerb von Kenntnissen und Fertigkeiten der Kandidaten im Bereich der K+L-Psychiatrie postuliert [39]; eine klinische Tätigkeit in einem K+L-Dienst ist jedoch zum Erwerb dieses Facharzttitels nicht obligatorisch, im Gegensatz zu anderen Ländern wie z.B. den USA [2, 10, 30, 40], den Niederlanden [2] und mehreren skandinavischen Ländern [41], wo eine solche Tätigkeit erforderlich ist. Sowohl in der Weiterbildungsordnung für den in Deutschland relativ neu geschaffenen Facharzt für Psychiatrie-Psychotherapie [10, 42] als auch in den Bestimmungen des European Board of Psychiatry wird Konsiliarpsychiatrie als Ausbildungsbestandteil gefordert [41]. Anders als andere psychiatrische Subdisziplinen (wie die Kinder- und Jugendpsychiatrie, Alterspsychiatrie, Sozialpsych-

iatrie, biologische Psychiatrie, forensische Psychiatrie, Suchtpsychiatrie u.a.), welche zunehmend Eigenständigkeit gewonnen und sich zu eigenen Facharzttiteln, Schwerpunkten oder zumindest zu einem Fähigkeitsausweis entwickelt haben bzw. eine derartige Qualifikation anstreben, war eine solche Entwicklung für die K+L-Psychiatrie hierzulande – anders als in den USA [2, 8, 10, 30, 43] oder in Grossbritannien [2, 8, 38] – lange nicht absehbar. Bis zur Veröffentlichung des Positionspapiers der psychiatrischen Fachvertreterkonferenz im Juni 2000 [44], welche die Entwicklung auch der K+L-Psychiatrie als Schwerpunkt im Rahmen des Gesamtfachs Psychiatrie und Psychotherapie empfiehlt, schien man übersehen zu haben, wie stark sich dieser Bereich in anderen Ländern in ungefähr den letzten 40 Jahren entwickelt hat. Erwähnt seien nationale und internationale Fachverbindungen (z.B. European Association for Consultation-Liaison Psychiatry and Psychosomatics, American Association of General Hospital Psychiatrists), multizentrische Forschungsprojekte (z.B. European Consultation-Liaison Workgroup Collaborative Study [2, 45–47]) sowie Fachzeitschriften (z.B. General Hospital Psychiatry, Psychosomatics), aber auch eigene Evaluations- und Dokumentationssysteme (z.B. MICROCARES, CLOES, C-L Psychiatry Assessment Instrument [48–50]). An die modernen K+L-Psychiater werden hohe und spezifische Anforderungen psychopathologischer, neuro- und gerontopsychiatrischer, medizinischer und systemtheoretischer Natur gestellt [21, 22]. Die in der Schweiz teilweise noch vorherrschende «psychosozial-psychosomatische Betrachtungsweise» im klassischen Sinn [21] ist weder ausreichend noch zeitgemäss. Entsprechend müssen bereits während der Ausbildung die Schwerpunkte auf fachspezifische Kenntnisse, Fertigkeiten und Einstellungen («C-L psychiatrists must be physicians in both philosophy and function» [22]) gesetzt und spezifische Instrumente für Ausbildung und Evaluation der K+L-Assistenten entwickelt werden [51–54]. Angesichts der Tatsache, dass vielen Somatikern elementares Wissen zum Bereich der Psychiatrie fehlt, sollte man sich auch Gedanken machen über das während des Medizinstudiums vermittelte Bild der Psychiatrie und die entsprechenden Kenntnisse. Auch wäre es sinnvoll, analog zu den USA, Grossbritannien oder den Niederlanden, den angehenden Hausärzten gerade die K+L-Psychiatrie als ein für ihre Fachrichtung besonders nützlich Wissensfeld näherzubringen [2, 31, 55].

Seit 1990 besteht die Schweizerische Arbeitsgruppe für K+L-Psychiatrie. Im Rahmen dieser Arbeitsgruppe werden zweimal jährlich Austausch-

und Fortbildungsnachmittage veranstaltet. Sonst bestehen aber zwischen den K+L-Diensten kaum enge Kontakte und wenig gemeinsame Projekte. Aus der Schweiz stammende Publikationen aus diesem Gebiet sind rar. Eine der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie angegliederte Gesellschaft für K+L-Psychiatrie (gemäss Art. 21 Statuten SGP) wäre ein erster bedeutender Schritt in Richtung Konsolidierung dieser Subdisziplin und einer Verbesserung der skizzierten Situation. In den USA und manchen westeuropäischen Ländern (Grossbritannien, die Niederlande, Schweden, Irland, Italien, Frankreich, Belgien u.a.) bestehen seit Jahren aktive K+L-Gruppen [1, 2].

Wir hoffen, dass die Schweizer K+L-Psychiatrie sich mehr am spannenden internationalen Dialog über die bisherigen Erfahrungen und über die Perspektiven dieses Fachbereichs beteiligt. Die nun seit Jahren andauernde und vor allem in den USA stattfindende Debatte über Struktur und Zielsetzungen der K+L-Dienste [17, 19, 20] und der Medizinisch-Psychiatrischen Betteneinheiten [14–17, 20, 34] wäre auch für die hiesigen Entscheidungsträger von Interesse. Gerade in den Zeiten von Sparmassnahmen, von Schliessungen und Zusammenlegungen von Spitälern sowie von «managed care» sollte die K+L-Psychiatrie mit Nachdruck auf ihren grossen Beitrag zur Reduktion der Gesundheitskosten hinweisen. Die frühzeitige diagnostische Erfassung von Patienten mit psychiatrischer Pathologie und deren adäquate Betreuung vermögen, viele teure und oft überflüssige Untersuchungen einzusparen, unnötiges Leiden zu vermeiden und die Dauer des Spitalaufenthaltes zu verkürzen [8, 17, 25–29, 33]. Vielleicht würden dann die Entscheidungsträger die bedeutende Rolle der K+L-Dienste im komplexen System der Allgemeinspitäler wahrnehmen und sie entsprechend fördern.

Trotz der heutzutage noch randständigen Situation der K+L-Psychiatrie glauben wir, dass ihre grosse Stunde auch hierzulande noch schlagen wird. Denn «kein anderes Gebiet als die K+L-Psychiatrie ist so sehr in der Lage, zu zeigen, dass Psychiatrie in ihrer klinischen Arbeit, in der Lehre und in der Forschung eine Fachdisziplin der Medizin ist. In den USA und in einigen westlichen Ländern hat dies dieser Subdisziplin zusätzliches Prestige gegeben» [34].

Postskriptum: Zwei wichtige Entwicklungen im Bereich der K+L-Psychiatrie seit der Einreichung unseres Manuskriptes dürfen nicht unerwähnt bleiben: Erstens beschloss die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, ausgehend von einem grossen Fachgebiet «Psychiatrie und Psychotherapie», eine

Spezialisierung in 5 Subspezialitäten bzw. Schwerpunkte, darunter auch die K+L-Psychiatrie, anzustreben. Zweitens wurde im Mai 2001 die Schweizerische Gesellschaft für K+L-Psychiatrie gegründet, die sich als Subfachgesellschaft der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie anschliessen möchte.

Literatur

- 1 Mayou R, Huysse F. Consultation-Liaison Psychiatry in Western Europe. *Gen Hosp Psychiatry* 1991;13:188–208.
- 2 Huysse FJ, Herzog T, Malt UF. International perspectives on Consultation-Liaison Psychiatry. In: Rundell JR, Wise MG, eds. *Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1996.
- 3 Stadler R. Psychosomatische Einrichtungen und Konsiliardienste in der Schweiz. Dissertation der medizinischen Fakultät, Zürich 1993.
- 4 Stadler R. Verzeichnis psychosomatischer und psychosozialer Einrichtungen in der Schweiz. In: Buddeberg C, Kaufmann P, Radvila A, Hrsg. *Psychosomatische und Psychosoziale Medizin in der Schweiz*. Bern: Bähler; 1993.
- 5 Buddeberg C, Guex P. Psychosomatische Konsiliar- und Liaisondienste. In: Buddeberg C, Kaufmann P, Radvila A, Hrsg. *Psychosomatische und Psychosoziale Medizin in der Schweiz*. Bern: Bähler; 1993.
- 6 Mayou R, Lloyd G. A survey of liaison psychiatry in the United Kingdom and Eire. *Bulletin of the Royal College of Psychiatrists* 1985;9:214–7.
- 7 Mayou R, Anderson H, Feinmann C, Hodgson G, Jenkins P. The current state of liaison psychiatry. *Psychiatr Bull* 1990;14:321–5.
- 8 Herzog T, Hartmann A. Psychiatrische, psychosomatische und medizinpsychologische Konsiliar- und Liaisonstätigkeit in der Bundesrepublik Deutschland: Ergebnisse einer Umfrage. *Nervenarzt* 1990;61:281–93.
- 9 Fleischhacker WW, Barnas C, Haring C, Stuppäck C, Unterweger B, Wagner R. Der psychiatrische Konsiliardienst. Eine Analyse von Bedarf und Inanspruchnahme am a.ö. Landeskrankenhaus (Universitätskliniken) Innsbruck. *Nervenarzt* 1986;57:589–92.
- 10 Rothermundt M, Arolt V, Levy NB. Deutsche und amerikanische Konsiliarpsychiater beurteilen ihre Tätigkeit: Ein Beitrag zur Qualitätsverbesserung in der Psychiatrie. *Nervenarzt* 1997;68:735–41.
- 11 Gala C, Rigatelli M, De Bertolini C, Rupolo G, Gabrielli F, Grassi L, et al. A multicentric investigation of consultation-liaison psychiatry in Italy. *Gen Hosp Psychiatry* 1999;21:310–7.
- 12 Wirsching M, Herzog T. Aktuelle Entwicklungen im Konsiliar-/Liaisonbereich: Informationen, Begriffserklärungen, Perspektiven. *Psychother Med Psychol* 1989;39:41–4.
- 13 Lipowski JZ. Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie in Nordamerika in den 80er Jahren. *Psychother Med Psychol* 1989;39:337–41.
- 14 Hall RCW, Kathol RG. Developing a level III/IV medical/psychiatry unit. *Psychosomatics* 1992;33:368–75.

- 15 Kathol RG, Harsch HH, Hall RCW, Shakespeare A, Cowart T. Categorization of types of medical/psychiatry units based on level of acuity. *Psychosomatics* 1992;33:376-86.
- 16 Kathol RG, Harsch HH, Hall RCW, Shakespeare A, Cowart T. Quality assurance in a setting designed to care for patients with combined medical and psychiatric disease. *Psychosomatics* 1992;33:387-96.
- 17 Goldberg RJ, Stoudemire A. The future of consultation-liaison psychiatry and medical-psychiatric units in the era of managed care. *Gen Hosp Psychiatry* 1995;17:268-77.
- 18 Lipowski ZJ. History of Consultation-Liaison Psychiatry. In: Rundell JR, Wise MG, eds. *Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1996.
- 19 Strain JJ. Liaison psychiatry. In: Rundell JR, Wise MG, eds. *Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1996.
- 20 Summergrad P. Medical psychiatry and its future. In: Cassem NH, Stern TA, Rosenbaum JF, Jellinek MS, eds. *Handbook of General Hospital Psychiatry*. St. Louis: Mosby; 1997.
- 21 Sauepe R, Diefenbacher A. *Praktische Konsiliarpsychiatrie und -psychotherapie*. Stuttgart: Enke; 1996.
- 22 Wise MG, Rundell JR. Effective psychiatric consultation. In: Wise MG, Rundell JR. *Consultation Psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1994.
- 23 Rosenbaum M, McCarty T. The relationship of psychosomatic medicine to consultation-liaison psychiatry. *Psychosomatics* 1994;35:569-73.
- 24 EMH Schweizerischer Ärzteverband AG: *Schweizerisches Medizinisches Jahrbuch 1998/99*. Basel; 1998.
- 25 Levitan SJ, Kornfeld DS. Clinical and cost benefit of liaison psychiatry. *Am J Psychiatry* 1981;138:790-3.
- 26 Fulop G, Strain JJ, Vita J, Lyons JS, Hammer JS. Impact of psychiatric comorbidity on length of hospital stay of medical-surgical inpatients: a preliminary report. *Am J Psychiatry* 1987;144:878-82.
- 27 Fulop G, Strain JJ, Fahs MC, Hammer JS, Lyons JS. Medical disorders associated with psychiatric comorbidity, and prolonged hospital stay. *Hosp Community Psychiatry* 1989;40:80-2.
- 28 Hall RCW, Rundell JR, Hirsch TW. Economic issues in consultation-liaison psychiatry. In: Rundell JR, Wise MG, eds. *Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1996.
- 29 Wancata J, Benda N, Meise U, Windhaber J. Sind die Aufenthaltsdauern von psychisch Kranken an internen, chirurgischen und gynäkologischen Abteilungen länger? *Nervenarzt* 1999;70:810-6.
- 30 Shakin Kunkel EJ, Thompson TL II. The process of consultation and organization of a Consultation-Liaison Psychiatry Service. In: Rundell JR, Wise MG, eds. *Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1996.
- 31 Morris R, Mayou R. International overview of consultation-liaison psychiatry. In: Guthrie E, Creed F, eds. *Seminars in Liaison Psychiatry*. London: Gaskell; 1996.
- 32 Zigun JR. The psychiatric consultation checklist: a structured form to improve the clarity of psychiatric consultation requests. *Gen Hosp Psychiatry* 1990;12:36-44.
- 33 Ford CV. Introduction. In: Rundell JR, Wise MG, eds. *Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1996.
- 34 Levy NB. Psychosomatik und Konsultations-/Liaison-Psychiatrie: ein Überblick. *Nervenarzt* 1989;60:724-31.
- 35 Zumbrennen R. *Psychiatrie de liaison*. Paris: Masson; 1992.
- 36 Delius P, Schürmann A, Arolt V, Schüffelgen-Daus U, Dilling H. Indikation psychiatrischer Konsile: Eine fallbezogene Parallelbefragung von Psychiatern und behandelnden Ärzten. *Psychiatr Prax* 1993;20:218-23.
- 37 Karasu TB, Plutchik R, Conte H, Siegel B, Steinmuller R, Rosenbaum M. What do physicians want from a psychiatric consultation service? *Compr Psychiatry* 1977;18:73-81.
- 38 Mayou R. Psychiatry, medicine and consultation-liaison. *Br J Psychiatry* 1997;171:203-4.
- 39 FMH Verbindung der Schweizer Ärzte. Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie: Weiterbildungsprogramm. *Schweiz Ärztezeitung* 1998;79(Suppl 1):51-9.
- 40 Ford CV, Fawzy FI, Frankel BL, Noyes R Jr. Fellowship training in consultation-liaison psychiatry. *Psychosomatics* 1994;35:118-24.
- 41 Hohagen F, Lindhardt A, eds. *Psychiatric training in Europe*. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1997;247(Suppl).
- 42 Berger M, Hohagen F. Der Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie. *Psycho* 1994;20:334-41.
- 43 Thompson TL II. Some advantages of consultation-liaison (medical-surgical) psychiatry becoming an added qualification subspeciality. *Psychosomatics* 1993;34:343-9.
- 44 Brenner HD, Ferrero F, Hrsg. *Aktuelle Lage und zukünftige Entwicklung der Psychiatrie und Psychotherapie in der Schweiz*. Positionspapier der Fachvertreter universitärer Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie, der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Psychosozialen Medizin. Juni 2000.
- 45 Huysse FJ, Herzog T, Malt U, Lobo A. The European Consultation-Liaison Workgroup (ECLW) Collaborative Study. I. General Outline. *Gen Hosp Psychiatry* 1996;18:44-55.
- 46 Huysse FJ, Herzog T, Lobo A, Malt UF, Opmeer BC, Stein B, et al. European Consultation-Liaison Psychiatric Services: the ECLW Collaborative Study. *Acta Psychiatr Scand* 2000;101:360-6.
- 47 Huysse FJ, Herzog T, Lobo A, Malt UF, Opmeer BC, Stein B, et al. European Consultation-Liaison Services and Their Populations: the ECLW Collaborative Study. *Psychosomatics* 2000;41:330-8.
- 48 Hammer JS, Strain JJ, Friedberg A, Fulop G. Operationalizing a bedside pen entry notebook clinical database system in consultation-liaison psychiatry. *Gen Hosp Psychiatry* 1995;17:165-72.
- 49 Wise TN, Mann LS, Silverstein R, Steg J. Consultation-Liaison Outcome Evaluation System (CLOES): resident or private attending physicians' concordance with consultants' recommendations. *Compr Psychiatry* 1987;28:430-6.
- 50 Muskin PR, Kunkel ESJ, Worley LLM, McCarty T, Bagiella E, Wallack J, et al. The multisite field trial of the Consultation-Liaison Psychiatry Assessment Instrument. *Gen Hosp Psychiatry* 1997;19:16-23.

-
- 51 Cohen-Cole SA, Haggerty J, Raft D. Objectives for residents in consultation psychiatry: recommendations of a task force. *Psychosomatics* 1982;23:699-703.
-
- 52 Frankel BL, Cohen-Cole SA, Milne J, Schubert DS, Muskin PR. A pilot program for assigned reading by residents in consultation psychiatry. *Psychosomatics* 1986;27:644-53.
-
- 53 Templeton B, Selarnick HS. Evaluating consultation psychiatry residents. *Gen Hosp Psychiatry* 1994;16:326-34.
-
- 54 Gitlin DF, Schindler BA, Stern TA, Epstein SA, Lamdan RM, McCarty TA, et al. Recommended guidelines for consultation-liaison psychiatric training in psychiatry residency programs: a report from the Academy of Psychosomatic Medicine Task Force on psychiatry residency training in consultation-liaison psychiatry. *Psychosomatics* 1996;37:3-11.
-
- 55 Strain JJ, Pincus HA, Houpt JL, Gise LH, Taintor Z. Models of mental health training for primary care physicians. *Psychosom Med* 1985;47:95-110.