

Eine Perspektive aus der Dermatologie

Die Kunst des Konsils

Alexander A. Navarini

Dermatologische Klinik, UniversitätsSpital Zürich

Aus dem Klinikalltag ...

Dr. Insuffi schaut irritiert vom Bildschirm auf – genau um 16.55 Uhr ruft tatsächlich noch jemand auf seinen Piepser an! Ein Unterassistent (UA) der inneren Medizin erkundigt sich, wo das Konsil bleibe, das vor fünf Tagen angemeldet worden sei. Dr. Insuffi ist nicht überrascht, dass dieses auf seinem elektronischen Stapel liegengeblieben ist – so häufig kommt das in letzter Zeit vor, weil er immer mehr zu tun hat mit der Zertifizierungsvorbereitung seiner Klinik, dem Dienstplan und seinen klinischen Studien. Da er ab morgen kongresshalber abwesend ist, beschliesst er, das Konsil sogleich zu erledigen und eilt auf die Innere Medizin. Auf der Station angekommen, findet er vom ärztlichen Team nur noch den UA vor und fordert ihn auf, den Patienten vorzustellen. Während 15 Minuten berichtet dieser mit unselektiver Gewissenhaftigkeit über das kleinste Detail der Klinik und Laborbefunde. Zwar wird Dr. Insuffi die Fragestellung des Konsils nicht klar, aber er gibt dem Studenten dafür einen kurzen Vortrag über die Anwendung von topischen Steroiden zum Besten. Danach wird der Patient visitiert. Dieser leidet an rezidivierenden juckenden, glänzenden, erythematösen Maculae in den Inguinalfalten – es könnte eine Intertrigo candidomycetica sein oder auch eine Psoriasis inversa. Ein Pilzabstrich wäre nötig, eine Biopsie ideal – leider hat Dr. Insuffi vergessen, die Pilzabstriche und das Biopsieset aufs Konsil mitzunehmen, somit wird aus Zeitmangel eine Therapie *ex juvantibus* empfohlen. Der UA soll «Pilzcreme für 7 Tage» in das Klinikinformationssystem (KIS) schreiben – das reicht Dr. Insuffi als Dokumentation für so etwas Einfaches. Da er sowieso die nächsten Tage abwesend sein wird, hinterlässt er keine Telefonnummer für Rückfragen.

Eine Woche später übernimmt Dr. Gut den Konsiliardienst. Sie bekommt ein neues Konsil von der gleichen Station, ruft den Assistenzarzt (AA) an und vereinbart einen Termin am frühen Nachmittag. Sie fragt nach, ob gerade noch andere dermatologische Probleme vorhanden seien. Am Nachmittag erwarten sie der AA und UA. Dr. Gut fragt nach dem Ziel des Konsils und schaut die Krankengeschichte durch. Sie wird rasch fündig: Die dermatologischen Diagnosen und die Medikamente

waren direkt aus dem Zuweisungsschreiben übernommen worden, ohne den Patienten noch einmal zu fragen. Danach geht die Gruppe der versammelten Ärzte zum Patienten. Dr. Gut vervollständigt die Anamnese mit einigen spezifischen Fragen, deren Hintergedanke sie den jüngeren Kollegen jeweils erklärt. Danach führt sie den Hautstatus durch und lässt den UA und den AA die Läsionen beschreiben: Es handelt sich um am Stamm symmetrisch disseminierte erythematöse Makulopapeln von bis zu 4 mm Grösse. Auch die spezifisch negativen Befunde wie die Aussparung der oralen und genitalen Schleimhäute sowie der Augen werden von ihr aktiv bemerkt und erwähnt. Die Differentialdiagnose und der Abklärungsplan werden mit den jüngeren Medizinerinnen diskutiert. Wegen des Verdachts auf ein Arzneimitteloxanthem wird die Medikamentenanamnese wiederholt: Tatsächlich wurde das erst kürzlich gestartete Allopurinol beim Klinikeintritt nicht registriert. Dr. Gut empfiehlt auch eine Hautbiop-

Wie sie eine so vorbildliche Konsiliartätigkeit aufrechterhalte? Sie halte sich nur an die heiligen 10 Gebote des guten Konsils.

sie und entnimmt aus ihrem Konsil-Köffchen ein kleines Biopsieset. Der UA wird zur Assistenz rekrutiert und darf dafür die Punchbiopsie selbst durchführen. Innert 20 Minuten ist das Konsil erledigt. Dr. Gut erklärt dem AA explizit die Gründe, warum ihre Interpretation die klinischen Manifestationen abschliessend erklärt und wie sie nun vorzugehen empfiehlt. Sie setzt sich direkt an den Computer und erstellt den abschliessenden Text des Konsils. Die Anamnese und Befunde werden nicht alle rekapituliert, sondern eingeführt mit «Anamnese und Status wie bei Eintrittsuntersuchung, mit folgenden wichtigen zusätzlichen Befunden ...». Schliesslich vereinbart sie mit dem AA einen Termin zur Nachkontrolle in den nächsten Tagen. Der Oberarzt ist während der Untersuchung dazugekommen und fragt Dr. Gut nach ihrer Strategie, wie sie eine so vorbildliche Konsiliartätigkeit aufrechterhalte. Dies sei ganz einfach, erwidert Dr. Gut, sie halte sich ja nur an die heiligen 10 Gebote des guten Konsils (Tab. 1, angepasst nach [1, 2]), die sie von ihrer klinischen Mentorin vor vielen Jahren gelernt hatte.



Alexander A. Navarini

Tabella 1: 10 Gebote des guten Konsils (angepasst nach [1, 2]).

- I. **Genauere Fragestellung festlegen.** Missverständnisse bei der Fragestellung kommen häufig vor – manchmal gibt es sogar überhaupt keine Hinweise auf die Motivation des Konsils.
- II. **Zugrundeliegendes Ziel des Konsils erkennen.**
 - a. *Absichernde Konsilien* sind primär zur Bestätigung eines sorgfältig vorbereiteten Abklärungs- oder Behandlungsplans gedacht. Diese können häufig sehr koncis beantwortet werden.
 - b. *Explorative Konsilien* dienen der eigentlichen Untersuchung des dermatologischen Krankheitsbildes und dem Lerngewinn des Antragsstellers. Hier ist Teaching willkommen.
 - c. Das (Mit-) *Betreuungs-Konsil* ist der Extremfall und stellt eine Überweisung mit Frage nach Übernahme des weiteren Managements dar.
- III. **Dringlichkeit feststellen.** Jede Konsilanfrage muss als Notfall, dringlich oder elektiv triagiert werden. Achtung – auch Dringendes kann per Post kommen.
- IV. **Persönlich untersuchen.** In vielen Spezialgebieten kann die Untersuchung nicht durch Surrogatmarker oder auch Fotos ersetzt werden – insbesondere, da die Komplettierung der Anamnese durch den erfahrenen Spezialisten weiterhin den wichtigsten Abklärungsschritt darstellt und eine wahre Schatzkiste an Biomarkern ist. Zudem sollte man vorbereitet sein auf Untersuchungen, die nicht in allen Kliniken verfügbar sind, und zum Beispiel Abstrichmaterial mitnehmen.
- V. **Konsil so spezifisch wie möglich halten.** *Diagnose und Differentialdiagnose* sollten klar begründet werden. Auch eine Liste von *Laborabklärungen* sollte direkt im Konsil stehen. Sind diese kurz begründet und stellen keinen ängstlichen Rundumschlag dar, so ist die Chance der Durchführung durch den betreuenden Arzt viel höher. Für die *Therapie* sind die *genaue Rezeptur, Anwendungsfrequenz und -dauer* konkret vorzuschlagen.
- VI. **Vorausschauend beraten.** Die erwartete *Entwicklung des Krankheitsbildes inklusive Rezidivtendenz, Komorbiditäten* etc. kann der Konsiliarier besser beurteilen als der Antragssteller und sollte diesen deshalb auf Eventualitäten vorbereiten. Diese Informationen gehören auch ins Konsil.
- VII. **Keine Verunsicherung beim Patienten stiften.** Im 19. Jahrhundert war das Anfragen eines Konsils eine höchst heikle Angelegenheit, da der eigene Ruf auf dem Spiel stand. Aber auch heute kann der Konsiliarier das Vertrauen des Patienten unbedarft zerstören und sollte sehr zurückhaltend sein mit spontanen Kommentaren über die Indikation von Eingriffen oder Ähnlichem. Das *Vorgespräch mit dem Antragssteller* informiert den Konsiliarier über das geplante Management.
- VIII. **Taktvoll lehren.** Viele Antragssteller haben sich sorgfältig Gedanken gemacht, die richtige Diagnose vielleicht schon gestellt und freuen sich über eine *Diskussion auf Augenhöhe*.
- IX. **Persönliches Gespräch suchen und erreichbar sein.** Es ist ein unschätzbare Gewinn für den Rest des Spitals, wenn der *diensthabende Konsiliarier gut kommuniziert und telefonisch erreichbar ist*. Dies kann nicht überbewertet werden und erleichtert klinische Abläufe ungemein. Im Gegenzug sollte der Antragssteller angeben, wann und wie er erreicht werden kann.
- X. **Nachkontrollen** sind die Autopsie des Konsils. Sie sind die einzige Möglichkeit, das Management zu überprüfen, den Behandlungserfolg abzusichern und am wichtigsten: etwas dazuzulernen.

Diskussion

Die wissenschaftliche Evidenz für den optimalen Ablauf von Konsilien ist spärlich [3]. Eine interessante Arbeit zeigt, dass sowohl Anmelder als auch Konsiliarärzte einen initialen mündlichen und dann einen schriftlichen Rat wünschen [4]. Auch wurde gezeigt, dass Konsiliarärzte die Information des Anmelders weniger hoch gewichten als dieser selbst – dies reflektiert die kritische Hinterfragung, die ein gutes Konsil mit sich bringen muss [4]. Zu fast 20% der ambulanten Konsiliartermine erscheint der Patient nicht [5]. Dies

Die Kerntätigkeit des Konsiliarius jeder Fachrichtung bleibt weiterhin die menschliche und fachliche Interaktion mit Patient und Anmeldern.

deckt sich ungefähr mit unserer Erfahrung und mag davon abhängig sein, wie gut der Anmelder dem Patienten den Grund und die Wichtigkeit des Konsils erklärt hat. Die Zufriedenheit der Anmelder mit dem Konsiliararzt ist zentral abhängig davon, ob a) der Spezialist das generelle Management unterstützt hat [5] und b) ob die spezifischen Fragen des Anmelders beantwortet wurden [5].

Dermatologische Konsilien sind begehrt im Klinikalltag und unser Hauptkunde ist die Innere Medizin [6]. Hier leiden alle Patienten an mindestens drei dermatologischen Erkrankungen [7], wie eine Prävalenz-Studie am UniversitätsSpital Zürich zeigte – insbesondere an Xerosis cutis (76%), Warzen (69%) und anderen Diagnosen. Insgesamt wünschen 84% der Patienten eine Therapie für pruritische oder sonstige symptomatische Dermatosen [7]. Dermatologische Konsilien führen in immerhin 77% zu einer zusätzlichen oder veränderten Therapie [8]. In einer (amerikanischen) Studie war die Erstdiagnose des Anmelders in nur 24% korrekt [8]. Die letztendliche dermatologische Diagnose wird deutlich treffsicherer, wenn der Anmelder schon früh (vor Therapieversuchen) gute Fotos gemacht hat, da Daten über die initiale Manifestation und die Evolution der Hautveränderungen die Diagnose erleichtern können. Beim Fotografieren sollte man immer den Fokus mittels Hineinzoomen in das fertige Foto kontrollieren, denn ungeübte Fotografen produzieren im Nahbereich zu meist unscharfe Bilder.

Schlussfolgerung und Ausblick

Wie verändert sich die Konsiliartätigkeit mit elektronischen KIS? Wir sehen neben explorativen Anmeldungen zunehmend auch sogenannte Akten-Konsilien, die als absichernde Konsilien einzustufen sind und die meist ohne den Patienten durchgeführt werden können. Zudem erhalten wir auch viele Anfragen per E-Mail mit Bildern. Obschon vieles bereits elektronisch und *in absentia* erledigt werden kann, zeigten neuere Arbeiten zur Teledermatologie, dass diese insbesondere bei der Beurteilung von möglichen Hautneoplasien der persönlichen Konsultation unterlegen bleibt [9].

Deshalb bleibt, ungeachtet der elektronischen Zusatzaufgaben, die Kerntätigkeit des Konsiliarius jeder Fachrichtung weiterhin die menschliche und fachliche Interaktion mit Patient und Anmeldern. Er oder sie ist und bleibt als erreichbarer Experte, Lehrer und Fachvertreter eine zentrale Person im Spitalbetrieb.

Disclosure statement

Der Autor hat keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

Literatur

- 1 Goldman L, Lee T, Rudd P. Ten commandments for effective consultations. *Arch Intern Med.* 1983;143:1753–5.
- 2 Rudd P. Contrasts in academic consultation. *Ann Intern Med.* 1981;94:537–8.
- 3 Cohn SL. The role of the medical consultant. *The Medical clinics of North America* 2003;87:1–6.
- 4 Williams PT, Peet G. Differences in the value of clinical information: referring physicians versus consulting specialists. *The Journal of the American Board of Family Practice / American Board of Family Practice* 1994;7:292–302.
- 5 Byrd JC, Moskovitz MA. Outpatient consultation: Interaction between the General Internist and the Specialist. *Journal of General Internal Medicine* 1987;2:93–8.
- 6 Fischer M, Bergert H, Marsch WC. The dermatologic consultation. *Der Hautarzt; Zeitschrift für Dermatologie, Venerologie, und verwandte Gebiete* 2004;55:543–8.
- 7 Goeksu Y, Zimmerli LU, Braun RP, Klaghofer R, French LE, Battagay E, Navarini AA. Acutely ill patients in internal medicine departments want treatment for undiagnosed, symptomatic skin conditions. *Dermatology* 2012;225:115–20.
- 8 Davila M, Christenson LJ, Sontheimer RD. Epidemiology and outcomes of dermatology in-patient consultations in a Midwestern U.S. university hospital. *Dermatology online journal* 2010;16:12.
- 9 Tandjung R, Badertscher N, Kleiner N, Wensing M, Rosemann T, Braun RP, et al. Feasibility and diagnostic accuracy of teledermatology in Swiss primary care: process analysis of a randomized controlled trial. *J Eval Clin Pract* 2015;21:326–31.

Korrespondenz:
Prof. Dr. med. Dr. sc. nat.
Alexander A. Navarini
Dermatologische Klinik
UniversitätsSpital Zürich
CH-8091 Zürich
alexander.navarini[at]usz.ch