

1. Einleitung:

Eine 46-jährige Patientin liegt mit multiplen Frakturen nach Fenstersturz auf der Intensivstation. Das psychiatrische Konsil erfolgt wegen „unklaren Bewusstseinsstörungen und Somnolenz“, trotz Absetzen aller Sedativa seit mehreren Tagen. Eine Hirnverletzung war ausgeschlossen worden. Angehörige hatte man noch nicht erreichen können. In den Sachen der Patientin fand sich ein Hinweis auf Clozapin- Einnahme. Bei der ersten Untersuchung war die Patientin nicht ansprechbar, zeigte einen diskreten Negativismus bei der Aufforderung, die Augen zu öffnen, im Verlauf der Untersuchung wandte sie den Kopf ab. Der Muskeltonus war erhöht, was sich die Kollegen wegen hoher und bestimmt ausreichender Schmerzmedikation ebenfalls nicht erklären konnten. Die inzwischen erreichte Hausärztin berichtete von einer seit Jahren bekannten „psychotischen Erkrankung“ mit mehreren stationären Aufenthalten, in stabilen Zeiten hätte sie die Medikamente abgesetzt und jetzt wohl einen neuen „Schub“ erlitten.

Unter dem Verdacht, es handele sich hier um die Exazerbation einer katatonen schizophrenen Psychose, injizierte die psychiatrische Konsiliaria i.v. initial 2 mg Lorazepam, sehr zum Erstaunen der intensivmedizinischen Kollegen, einer „Somnolenzpatientin“ noch ein stark wirksames Benzodiazepin zu spritzen. Nach zweimaliger Injektion klarte die Patientin zunehmend auf, wirkte jetzt sehr ängstlich, war jedoch orientiert und im formalen Denken weitgehend geordnet. Sie berichtete, die Clozapin- Medikation wegen Müdigkeit und Gewichtszunahme abgesetzt zu haben. Der Fenstersprung war schließlich unter dem Einfluss von imperativen Phonemen erfolgt. In Absprache mit der Patientin wurde eine psychiatrische Akutbehandlung mit Haloperidol und Lorazepam vereinbart. Nach Stabilisierung des körperlichen Zustandes wurde gemeinsam mit ihr eine Neueinstellung auf Clozapin geplant. Für die weitere Dauer auf der Intensivstation wurde die Patientin einmal täglich psychiatrisch mitbetreut, anschließend erfolgte die Übernahme auf eine psychiatrische Station, mit chirurgischer Mitbetreuung.

Die konsiliarische, interdisziplinäre Zusammenarbeit ist ein allgemeiner Bestandteil der Medizin, allerdings ist die Kooperation zwischen psychosozialen und somatischen Fachdisziplinen eine besondere Variante dieser Tradition und wohl nur

dort regelmäßig durchführbar, wo beide Disziplinen „unter einem Dach“ vorhanden sind – im Allgemeinkrankenhaus.

Weltweit entstanden zuerst in den USA in den 20er und 30er Jahren vermehrt psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern. Autoren wie A. MEYER (1929), G.W. HENRY (1929-1930) und H. DUNBAR (1936) wiesen auf die Bedeutung psychologischer Faktoren für die Entstehung und den Verlauf körperlicher Erkrankungen hin. Sie empfahlen einen ganzheitlichen psychosomatischen Behandlungsansatz und forderten die Präsenz eines „Liaisonpsychiaters“ für jede Medizinische Klinik (HERZOG u. STEIN 1997). E. BILLINGS (zitiert nach AROLT u. DIEFENBACHER 2004) führte diese Bezeichnung erstmals in den 30er Jahren am „Colorado General Hospital“ ein und verstand hierunter die Mitarbeit eines multidisziplinären psychiatrischen Teams, das ausschließlich auf somatischen Stationen ohne eigene Betten tätig war. So wurden ab 1934 systematisch sogenannte Consil- und Liaison (C/L)-Dienste an Lehrkrankenhäusern der USA errichtet, unterstützt wurden sie durch die Rockefeller Foundation. An renommierten Lehrkrankenhäusern entstanden unterschiedliche Kooperationsmodelle, von klassischer Bedarfs- und fallbezogener Konsiltätigkeit, bis hin zur ausschließlichen psychiatrisch/psychosomatischen Weiterbildung somatischer Kollegen durch integrative Ansätze. Es folgte die Gründung von Fachgesellschaften (z. B. American Academy of Psychosomatic Medicine, American Psychosomatic Society) und Fachzeitschriften sowie die Anerkennung des Faches als Teilgebiet der „Psychosomatic Medicine“ durch die „American Psychiatric Association“ (AROLT u. DIEFENBACHER 2004). In den 60er Jahren bildeten sich auch in Deutschland erste psychosomatische Abteilungen. Ab 1974 erhielt die C/L-Entwicklung in den USA einen neuen Aufschwung durch eine Initiative des National Institut of Mental Health (NIMH). Es wurden C/L-Ausbildungsprogramme gefördert und Stipendien für C/L-Fellow Ship angeboten. So bestanden in den USA im Jahre 1984 über 850 C/L-Dienste an den Medizinischen Kliniken, bis 1980 wurden über 300 Stipendiaten hierfür gefördert, drei Viertel aller Lehrinstitutionen entwickelten spezielle C/L-Ausbildungsinhalte (HERZOG und STEIN 1997). Dank dieser Förderung erfolgte in den USA eine wesentlich breitere Etablierung der psychiatrischen C/L-Versorgung am Allgemeinkrankenhaus und in der somatischen Medizin, sodass trotz Verringerung von finanziellen Mitteln und Ausstattung in den 90er Jahren

heute ca. 25 % der US- amerikanischen Psychiater an der C/L-Versorgung beteiligt sind (LIPOWSKI,1991; LIPOWSKI, 1996; MAYOU, 1989).

In Deutschland setzte die Entwicklung solcher C/L-Dienste allein schon durch die Trennung der psychosozialen Medizin in Psychiatrie einerseits und Psychosomatik andererseits deutlich später ein. Die Psychosomatik wurde einerseits durch Internisten und Neurologen im Sinne einer ganzheitlichen Behandlungsperspektive entwickelt und andererseits von Psychoanalytikern geprägt, welche psychische Störungen und deren Auswirkung in körperlichen Symptomen schon seit der Jahrhundertwende erkannt hatten und behandelten. Die Psychiatrie hingegen zeigte sich mehr biologisch orientiert und erfuhr erst nach dem zweiten Weltkrieg eine soziale Wende und medizin-psychologische Orientierung. Ausdruck dafür ist die Approbationsordnung ab 1970, die „medizinische Soziologie“, „medizinische Psychologie“ sowie „Psychosomatik und Psychotherapie“ als Fächer aufgenommen hat. 1986 forderte der Deutsche Wissenschaftsrat von Psychiatrie und Psychosomatik eine Umorientierung auf Kooperationsaufgaben für die psychosozialen Aufgaben am Allgemeinkrankenhaus (HERZOG und STEIN 1997). Trotz des neuen Facharztes für „Psychotherapie und Psychosomatik“ sowie der neuen Bezeichnung des alten Facharztes für Psychiatrie in „Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie“ besteht nach wie vor eine eher schmale Versorgung am Allgemeinkrankenhaus durch psychiatrische und psychosomatische Liaison-Dienste. Zurzeit existieren ca. 180 hausinterne, also unmittelbar zur Verfügung stehende Abteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie an den Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland (ACKPA 2004), deren C/L-Dienste auf Anforderung oder im Rahmen fest vereinbarter Kooperation eine Mitbehandlung leisten können. Also wird nach wie vor der überwiegende Teil der Patienten im Allgemeinkrankenhaus von außerhalb durch niedergelassene Nervenärzte oder durch anreisende Kollegen eines psychiatrischen/psychotherapeutischen Fachkrankenhauses versorgt. Wie viel Allgemeinkrankenhäuser ganz auf derartige C/L- Dienste verzichten ist unbekannt.

Angesichts der häufig schwierigen Randbedingungen wird dies als unbefriedigend angesehen. Sind Landes- oder Fachkrankenhäuser an der Versorgung benachbarter Allgemeinkrankenhäuser beteiligt, sehen die Konsiliarpsychiater/-psychosomatiker vergleichsweise wenige Patienten. Über die Anzahl von Ärzten und Psychologen mit Doppelausbildung, z. B. in Psychiatrie wie auch in Nephrologie,

Pädiatrie oder Onkologie liegen keine empirischen Untersuchungen oder Zahlen vor. Entscheidend ist, dass diese Kollegen ausschließlich für die erwähnten Spezialabteilungen zuständig sind und nicht dem gesamten Allgemeinkrankenhaus zur Verfügung stehen.

Das Arbeitsfeld der Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie umfasst die Versorgung von Patienten, bei denen neben einer körperlichen auch eine psychische Erkrankung besteht oder vermutet wird. Dabei können beide Erkrankungen unabhängig voneinander vorliegen oder sich gegenseitig bedingen bzw. sich beeinflussen. Zielgruppe sind außerdem Patienten, die an somatisch-medizinisch nicht erklärbaren körperlichen Symptomen leiden und Menschen, die nach einem Suizidversuch zunächst somatisch behandelt werden müssen. Konsiliarpsychiatrie dient der Versorgung von stationären Patienten im Allgemeinkrankenhaus, aber auch Patienten in der ambulanten Versorgung sowie in teilstationären Arbeitsbereichen und Polikliniken.

Im klinisch-praktischen Alltag überwiegt bei weitem die Kooperationsform des sogenannten klassischen Konsiliums: Der primär behandelnde Arzt vermutet eine psychische Störung bei seinem Patienten und zieht den Psychiater als Ratgeber hinzu. Die geschätzte Bedarfssituation liegt bei 30 bis 40 % der Patienten im Allgemeinkrankenhaus (AROLT 1997): In einer Stichtagsuntersuchung der Lübecker Krankenhausstudie fanden sich 40 - 45 % Patienten mit krankheitswürdigen psychischen Beschwerden und bei etwa 25 % der Patienten in einer Hausarztpraxis (AROLT u. DIEFENBACHER 2004). Im Gegensatz dazu steht die 10- bis 30fach geringere Anforderungsquote von 1,5 bis 3 % von psychiatrischen Konsilen von Seiten der somatischen Kollegen sowie die regelhaft schlechte Personalausstattung entsprechend zur Verfügung stehender psychiatrischer Konsiliardienste. Deshalb spricht man auch hier vom „Eisbergphänomen“ (HUYSE et al. 2001) der klassischen psychiatrischen Konsultationssituation, welche eher einer psychiatrischen Notfallintervention gleichkommt (AROLT u. DIEFENBACHER 2004), nicht aber einer regelhaften und adäquaten Mitbehandlung.

QUERIDO (1959) fand bei insgesamt 1630 Patienten in einem Allgemeinkrankenhaus 47 % davon mit einer deutlichen behandlungsbedürftigen psychischen Störung. AROLT und DIEFENBACHER (2004) postulieren eine Punktprävalenz von 15 bis 25 % für die Allgemeinbevölkerung, an einer psychischen Krankheit zu lei-

den. Einmal im Laufe ihres Lebens erkranken etwa 35 % aller Menschen an einer behandlungsbedürftigen psychischen Störung, die psychischen Erkrankungshäufigkeiten im medizinischen Versorgungssystem liegen jedoch noch deutlich höher (AROLT u. DIEFENBACHER 2004).

Werden die Patienten hingegen durch Liaison-Psychiatrie versorgt, ist der Konsiliarpsychiater fester Mitarbeiter eines multidisziplinären, häufig mehrere Fachrichtungen umfassenden Teams. Insofern ist er auch selbst zuständig für das Erkennen, Diagnostizieren, Behandeln von Störungen und Symptomen seiner Fachrichtung, so dass schon von daher ganz andere fachliche Möglichkeiten gegeben sind, psychische Störungen frühzeitig zu erkennen und mitzubehandeln. Gleichzeitig sollte es die Aufgabe des Psychiaters/ Psychosomatikers auf einer solchen Station sein, hilfreich und klärend bei Interaktionsproblemen zwischen Patient und anderen Behandlern im Behandlungsteam tätig zu werden. Die Aufgaben eines Liaisonpsychiaters umfassen insbesondere die Qualifikation zur Teamsupervision, zum Managing von interpersonellen und interdisziplinären Konflikten sowie fachspezifische Fortbildungen für die Kollegen. Bisher wurden solche Formen von multidisziplinärer Patientenbehandlung in Schmerzambulanzen, auf onkologischen Stationen, in Dialyseabteilungen, teilweise in der Intensivmedizin sowie in der Transplantationsmedizin (AROLT u. DIEFENBACHER 2004) verwirklicht. Die „reine“ Liaisonarbeit am Allgemeinkrankenhaus ist z. Z. eine Ausnahme und findet sich überwiegend in den psychosomatischen und medizin-psychologischen Bereichen der Universitäten. Im außeruniversitären Bereich existieren vereinzelt Kriseninterventionsprojekte oder C/L-Dienste, häufig jedoch ohne eigene Betten vor Ort. Die Strukturen der C/L-Dienste variieren von „Ein-Mann-Betrieben“ bis hin zu multidisziplinären Teams, die jedoch in der Regel wegen der mangelhaften Stellenausstattung eine Rarität sind. Nach wie vor müssen psychiatrische Kollegen häufig nach regulärem Dienstschluss die Konsile durchführen, was folglich den Kontakt zu den dortigen Kollegen erheblich erschwert (FIEBIGER 1997). Eine solche zusätzliche Tätigkeit hat einen ungünstigen Status, entsprechend zeigt sich von Seiten der Konsiliarärzte weniger Engagement an Implementierungen von Fortbildungen oder intensiverer Zusammenarbeit mit den somatischen Stationen. Reale Unterstützung wird jedoch dann erlebt, wenn auf eine Anfrage prompt

reagiert wird, eine rasch verfügbare Kooperation möglich ist und der zuständige Kollege schon bekannt oder gar vertraut ist.

Bezüglich der personellen Ausstattung zeigen die Erfahrungen aus den USA und aus Europa als Mindestanforderung die Notwendigkeit des Einsatzes von, in der psychiatrischen Facharztausbildung fortgeschrittenen Assistenzärzten mit Kenntnissen in Neurologie, Psychotherapie und Allgemeinmedizin (AROLT u. DIEFENBACHER 2004).

Das „tägliche Brot“ des Konsilpsychiaters sind ferner die vielfältigen Medikamentenwechselwirkungen und –nebenwirkungen, so dass es unerlässlich ist, profundes pharmakologisches Wissen zu besitzen.

Dies zeigt folgende Kasuistik: Die psychiatrische Konsiliaria wird zu einer „plötzlich verwirrten“ Patientin auf die onkologische Station gerufen. Die 55-jährige, bisher nicht psychiatrisch erkrankte Frau erhält auf Grund eines metastasierten Colon-CAs Zytostatika sowie Prednisolon in ansteigender Dosierung. Sie ist unruhig, desorientiert, affektiv rasch wechselnd und fühlt sich bedroht von „den vielen Menschen, die ständig aus- und eingehen“. Da eine psychiatrische Vorerkrankung nicht bekannt ist, diagnostiziert die psychiatrische Konsiliaria eine akute organische Psychose als Medikamentennebenwirkung des Cortisons und empfiehlt initial 5 mg Haloperidol p. o. Es wird eine Mitbehandlung vereinbart, die weitere Dosierung des Haloperidols erfolgt je nach aktuellem Befund.

Nach DIEFENBACHER und AROLT (2004) sollte ein psychiatrisch- psychotherapeutischer Konsiliar inhaltlich über folgende Kenntnisse verfügen:

Verursachung psychopathologischer Syndrome und psychischer Störungen durch körperliche Erkrankung; Beeinflussung organischer Erkrankungen durch psychische Erkrankungen; Differentialdiagnose organischer bedingter psychischer Störungen; Diagnose von Depressionen, Angsterkrankungen, Suchterkrankungen und ihren Folgezuständen sowie von medizinisch nicht erklärbaren körperlichen Symptomen. Der Konsiliar sollte Erfahrung haben mit dem Wechselspiel von subjektivem Erleben, Persönlichkeitsstruktur und körperlichen Funktionen; ferner über pharmakologische Interaktionen und Einsatz von Psychopharmaka bei Patienten mit beeinträchtigtem Stoffwechsel; sowie über die Fähigkeit, sich flexibel auf unterschiedliche Situationen und Menschen einstellen zu können.

Da im Konsil- und Liaisondienst der Erstkontakt bezüglich Beziehungsaufbau und Wirkungsmöglichkeit eine herausragende Rolle spielt, fordern SAUPE und DIEFENBACHER (1996) Kenntnisse in klientenzentrierter Gesprächsführung. Vor allem bei negativer Voreinstellung des Patienten („Bin ich jetzt auch noch verrückt?“) ist es wichtig, sich professionell, d.h. empathisch und verstehend auf die entsprechenden Affekte und Beschwerden des Patienten einzustellen. Bei schnellem ärztlichen „besserwisserischem“ Intervenieren oder gar bei Nichtbeachtung solcher Gefühle, kann kaum davon ausgegangen werden, dass ein befriedigender Arzt-Patient-Kontakt zustande kommt. Im Erstkontakt ist es deshalb besonders wichtig, sich darauf zu konzentrieren, was man an affektiven Mitteilungen des Patienten versteht und was nicht, eine abstinente therapeutische Haltung ist hier nicht indiziert. Stattdessen braucht es Souveränität, um anzuerkennen, wie wenig man in solchen Erstgesprächen von der subjektiven Einstellung des Patienten bezüglich seiner Krankheit wirklich versteht und „dass man sich hüten sollte“ (SAUPE und DIEFENBACHER, 1996), eigene Einstellungen auf den Patienten zu übertragen. Stattdessen ist die Aufmerksamkeit auf die aktuelle Bedürfnislage des Patienten zu richten: Handelt es sich um Unterstützung zu Krankheitsbewältigung (Coping) oder um Klärung und Aufdeckung von unerklärlichen körperlichen Symptomen, z. B. bei einer Angstatacke oder einer Konversionsstörung.

In jedem Fall kann das Konsil für den Patienten erst dann hilfreich sein, wenn er sich von seinem ärztlichen Gesprächspartner verstanden und ernstgenommen fühlt. Deshalb ist es insbesondere bei Beratungen entscheidend, wie viel Informationen der Patient für sich aufnehmen und umsetzen kann und nicht, wie viel professionelle Information er in kurzer Zeit erhält (z. B. bei Suchtproblemen). Ein bemühter somatischer Arzt versucht in der Regel, dem Patienten in kurzer Zeit komprimiert Informationen zukommen zu lassen und beklagt dann die misslungene Interaktion, wenn der Patient sich unzufrieden und anklagend zeigt. Eine solche vermeintlich ökonomische „Kosten-Nutzen-Rechnung“ wirkt sich nachteilig aus, denn der Patient ist mit Fachinformationen überfordert worden bei vermutlicher Missachtung seiner individuellen Befindlichkeit und Gefühlslage. Er fühlt sich schnell bewertet, in ein bestimmtes Schema gedrängt, ein tröstend gemeintes Bagatellisieren seiner Beschwerden erlebt er möglicherweise als Ignoranz und Abwertung.

Psychotherapeutische Kenntnisse in Psychodynamik, kognitiv- behavioralen Verfahren sowie systemischen Betrachtungsweisen sind die Basis, um die komplexe Anforderungssituation auf der somatischen Station jeweils erfassen und bearbeiten zu können. Der Konsiliar muss in der Lage sein, seine Ausbildung im entsprechenden körpermedizinischen Kontext zur Geltung zu bringen. Dazu gehört auch die Fähigkeit zur Kontaktaufnahme und zum Beziehungsaufbau unter erschwerten Umständen (Intensivstation, Hektik) sowohl im Hinblick auf die Patienten als auch auf das medizinische Personal. Unbewusste Konfliktsituationen und vielfältige dysfunktionale Mechanismen und Beziehungsmuster müssen erkannt und verstanden werden, damit eine pragmatische und verständliche Problemlösestrategie implementiert werden kann. Genau genommen ist nämlich nicht der Patient der „Klient“ des psychiatrischen Konsiliars, sondern der anfordernde Stationsarzt.

Kasuistik: Die Konsilianfrage der kardiologischen Klinik lautet: „Herzrhythmusstörungen, Luftnot, Unruhe und Angst, viele Probleme. Patient ist unkooperativ, trotz medikamentöser Einstellung keine Besserung. Frage nach psychischer Beeinträchtigung, bitte Befund und Beratung“. Der 59-jährige Patient ist angespannt und verärgert, er habe den Herzkatheter aus Angst abgelehnt, ein Freund erlitt dadurch erhebliche Komplikationen. Seit Entlassung aus seiner Firma, für die er sich mehr als 30 Jahre „aufgeopfert“ hätte, spiele das Herz „verrückt“, er habe häufig Angstzustände, schlafe schlecht, und habe an nichts mehr Freude. Hier solle alles ganz schnell gehen, bei den Medikamenten fürchte er die Nebenwirkungen, er fühle sich nicht richtig ernst genommen von dem jungen Arzt. Der zuständige AiP hingegen ist erschöpft von seinem „schwierigen“ Patienten, hat sein Bestes mit einer medikamentösen Einstellung versucht und ihm erfolglos die medizinische Notwendigkeit der Katheteruntersuchung nahegebracht. Der Druck der nahenden Chefvizite sowie die merkbar ungeduldige und vermutlich abwertende Haltung des Pflegepersonals ist deutlich zu spüren. Eine typische Situation auf einer eher von hohem Tempo geprägten kardiologischen Station, wo es gilt, schnell Leistung mit Erfolg zu zeigen, was ja auch häufig lebensnotwendig ist. Der Patient hingegen, schwer gekränkt durch sein Schicksal am Arbeitsplatz, erlebt hier in Wiederholung Missachtung und für ihn mangelnde Wertschätzung, so dass er entsprechend mit verstärkter Angst- und Ärgersymptomatik reagiert. Auch nach längerem Gespräch kann er sich schwer beruhigen und kooperativ zeigen. Die psychiatrische Konsiliaria vereinbart mit dem Patienten und den kardiologischen

Kollegen ein gemeinsames Gespräch, niedrig dosiert Diazepam zur Beruhigung und empfiehlt das Verschieben der Katheteruntersuchung um einige Tage.

Wie dieses Beispiel zeigt, gilt es immer als erstes abzuklären, durch wen und warum gerade zum jetzigen Zeitpunkt die Konsilanforderung erfolgte. „Was steht auf dem Schein und was ist in Realität los?“ (SÖLLNER, Nürnberg 2001). „Meist werden die unausgesprochenen, unterschwellig und häufig sehr unterschiedlichen Ansprüche der ärztlichen und pflegerischen Sicht nicht thematisiert, sondern als seelische Krise des Patienten uminterpretiert. Jetzt soll ein zusätzlicher Fachmann das Problem beim Patienten lösen“ (SAUPE und DIEFENBACHER 1996). Nicht selten ist allein die Tatsache der Anforderung eines psychiatrischen Konsils ein Hinweis darauf, dass es auf der jeweiligen Station ein Konflikt gibt. Somit ist der Patient, zu dem der Psychiater gerufen wird, im systemtheoretischen Sinne lediglich „Indexpatient“, und die eigentliche Aufgabe besteht darin, eine konflikthafte Teamsituation zu erkennen und zu klären. Solche Konflikte werden häufig durch den sogenannten „schwierigen Patienten“ ausgelöst, dem sich die Pflegekräfte oft schutzlos ausgeliefert fühlen, während die zuständigen Stationsärzte durch häufigere Abwesenheit eine größere Distanz haben (ausreichende Schmerzmedikation? Depressives Erleben trotz erfolgreich verlaufender Operation). Es ist hilfreich, das Ausmaß der Affektspannung, was der ankommende Psychiater in der Gegenübertragung spürt, als Gradmesser für das emotionale Problem, was auf der somatischen Station entstanden ist, zu verwerten.

Epidemiologische Studien zur Erfassung von psychischen Störungen bei körperlich Kranken haben heute mehr denn je eine erhebliche gesundheitspolitische Bedeutung. In vielen Ländern haben sie den Aufbau und die Struktur psychiatrischer Versorgungssysteme grundlegend beeinflusst. Hierfür zeigten sich wegweisend Feldstudien aus den USA wie die Midtown- Manhattan- Studie (SROLE et al. 1962), die STIRLING-COUNTY-Studie (LEIGHTON et al. 1963) sowie aus Skandinavien die SAMSÖ-Studie (NIELSEN et al. 1965) und die LUNDBY-Studie (ESSEN-MÖLLER 1956, HAGNELL 1966, HAGNELL u. ÖJESJÖ 1975).

In der Bundesrepublik entstanden diesbezügliche Forschungen erst ab 1973 mit der Oberbayernstudie (DILLING et al. 1984) als Teil eines Sonderforschungsgebietes. Eine ausführliche Untersuchung von SCHEPANK (1987) beschreibt die Erkrankungshäufigkeit der Stadtbevölkerung hinsichtlich neurotischer und psy-

chosomatischer Erkrankungen. Einige weitere wichtige Studien im europäischen Raum sind die Züricher Kohortenstudie (ANGST et al. 1984), die Münchner Studie zum Verlauf von behandelten und unbehandelten Angststörungen und Depressionen (WITTCHEN, V. ZERSSSEN 1988) und die TACOS-Studie (MEYER et al. 2000).

Die Lübecker Allgemeinkrankenhaus-Studie (AROLT et al. 1995) zeigt vor allem bei internistischen und chirurgischen Patienten die bereits oben erwähnten drei Erkrankungsschwerpunkte Depression und Anpassungsstörung, psychoorganische Syndrome sowie Suchterkrankungen mit dem Schwerpunkt Alkoholmissbrauch und –abhängigkeit. Diese Ergebnisse finden sich allgemein bestätigt, wie Untersuchungen aus dem angloamerikanischen Raum (MAGUIRE et al. 1974, KNIGHTS u. FOHLSTEIN 1977, McINTOSH 1982, FELDMANN et al. 1987, SILVERSTONE 1996, die europäische Konsil- und Liaisondienststudie ECLWG (HUYSE et al. 2001) sowie die vorliegende Untersuchung zeigen.

Nach AROLT und DIEFENBACHER (2004) und Untersuchungen aus dem angloamerikanischen Raum (MAGUIRE et al. 1974, CAVANAUGH 1983, FELDMANN et al. 1987, SILVERSTONE 1996) kann bei stationären internistischen Patienten davon ausgegangen werden, dass ca. 15 % an einer depressiven Störung leiden, davon 7,5 % an einer major depression (i.S.v. DSM IV: SASS et al. 1998). In neurologischen Abteilungen wird der Anteil auf 30 bis 50 % geschätzt (BRIDGES u. GOLDBERG 1984, STARKSTEIN u. ROBINSON 1989).

In einer Stichprobe von 300 Patienten einer neurologischen Abteilung in Edinburgh wurde ein Anteil von 39 % allein an depressiven Syndromen ermittelt (CARSON et al. 2000).

Schätzungen über chirurgische Abteilungen sprechen von 9 bis 18 % (AROLT u. DIEFENBACHER 2004), in der oben erwähnten Lübecker Studie (AROLT et al. 1995) finden sich jedoch für die chirurgischen Patienten gleiche Prävalenzraten für psychische Störungen wie auf den internistischen Abteilungen.

Alkoholmissbrauch und –abhängigkeit sind das häufigste Krankheitsbild aus dem Suchtbereich bei Patienten im Allgemeinkrankenhaus.

McINTOSH (1982) ermittelte für alkoholranke Patienten einen Männer:Frauen-Anteil von 3:1 bis 4:1 und postuliert eine Lebenszeitprävalenz von 24 bis 51 % an Alkoholabhängigkeit und Folgeschäden zu erkranken, für stationäre internistische Patienten gibt er eine Erkrankungshäufigkeit von 13 bis 48 % an. Eine Vielzahl

neuerer Studien (MÖLLER et al. 1987; AROLT, DRIESSEN et al. 1995; JOHN et al. 1996; SILVERSTONE 1996) zeigt eine Prävalenzrate zwischen 5 bis 30 %.

Nach AROLT u. DIEFENBACHER (2004) liegt die Vorkommenshäufigkeit von Alkoholabhängigkeit bei Notfallaufnahmen aller Fachgebiete zwischen 12 und 30%. Als Screeninginstrumente wurden der psychiatrische Befund, Bewertung von Laborbefunden sowie Alkoholkurztests (z.B.: MAST (SELZER 1971), CAGE (MAYFIELD et al. 1974), MALT (FEUERLEIN et al. 1979) benutzt. Zwei unabhängig voneinander durchgeführte Studien aus Lübeck (AROLT et al. 1997) zeigen, dass auf internistischen und chirurgischen Abteilungen bei fast jedem dritten Mann mit einer Alkoholproblematik zu rechnen ist, bei jedem vierten bis fünften Mann liegt sogar eine Alkoholabhängigkeit vor.

An psychoorganischen Störungen - von der leichten kognitiven Beeinträchtigung bis hin zur schweren Demenz - zeigen sich in der Literatur unterschiedliche Ergebnisse. KNIGHTS und FOHLSTEIN (1977) und CAVANAUGH (1983) fanden bei internistischen Patienten eine Rate von 28 bis 33 % mit kognitiver Einschränkung. In der Lübecker Allgemeinkrankenhaus-Studie (AROLT; DRIESSEN u. a. 1995), welche eine Häufung von Patienten in der Altersgruppe der 65- bis 85-jährigen zeigt, wurde eine 7-Tage-Punktprävalenz von insgesamt 14,8 % für organische Psychosen ermittelt. Diese verteilten sich auf 12,3 % Demenzen, 1,5 % akute organische Psychosen und 1,0 % andere organische Psychosen. Leichte kognitive Störungen fanden sich bei 1,8 % der untersuchten 400 Patienten. In der Mannheimer Studie (COOPER, 1992) wurde ebenfalls eine Gruppe von 65- bis 85-jährigen Patienten einer Internistischen Abteilung untersucht. Hier fand sich eine Punktprävalenz von 9 % für Demenzen. Im Rahmen der Berliner Altersstudie (MAYER u. BALTES 1996), ermittelten die Autoren (HELMCHEN et al. 1996) eine Rate von 14 % an Demenzerkrankungen in der Allgemeinbevölkerung ab dem 70. Lebensjahr. Bei den 90-jährigen und noch Älteren fand sich eine Häufung von ca. 40 % für dementielle Erkrankungen.

Eine weitere maßgebliche Patientenklientel im psychiatrischen Konsiliardienst sind Patienten, die nach einem Suizidversuch vorgestellt werden oder sich in einer suizidalen Krise befinden.

Jeder Patient, der heutzutage in der Notaufnahme eines guten Allgemeinkrankenhauses Suizidgedanken äußert oder nach einem Suizidversuch eingeliefert wird,

wird dem Psychiater vorgestellt. SUOKAS und LÖNNQUIST (1991) wiesen nach, dass die psychiatrische Konsultation einen präventiven Effekt hinsichtlich weiterer Suizidversuche bei den Patienten hat. Dabei muss das Ausmaß des eventuell noch fortbestehenden Suizidrisikos sowie die psychische Entwicklung dahin erfasst und beurteilt werden, dass sofort entsprechende therapeutische Schritte eingeleitet werden können. Risikofaktoren für Suizidalität sind gut untersucht. Nach HALE et al. (1990) besteht ein erhöhtes Suizidrisiko bei major depression (i.S.v. DSM IV, SASS et al. 1998), Alkoholismus/Substanzabusus, Schizophrenie, bei Persönlichkeitsstörungen mit Impulskontrollstörungen sowie bei Zwangsstörungen. Ferner bestehen epidemiologisch gesicherte Risikofaktoren für Menschen nach akut erlittenem Verlust von bedeutsamen emotionalen Bindungspartnern, auch nach Verlust von Arbeitsplatz oder durch schwere Krankheit erlittenen Verlust von gesundheitlicher und sozialer Stabilität und Integration; des weiteren für Menschen mit niedriger soziale Stellung, Alleinlebende, und Geschiedene, hier besonders für Männer im fortgeschrittenen Alter. Krankheitsbedingt besteht für Menschen, die an einer psychotischen oder chronischen Erkrankung leiden, sowie für Suchtkranke ebenfalls ein erhöhtes Suizidrisiko (HAWTON und FAGG 1990, HEIM und KONKOL 1989, WELZ u. VÖSSING 1988, WELZ 1984).

Im klinischen Alltag, in dem die vorliegende Untersuchung durchgeführt wurde, findet das psychiatrische Gespräch mit dem Patienten nach Suizidversuch im Rahmen des psychiatrisch-psychotherapeutischen Liaisondienstes auf der Intensivstation direkt nach Detoxikation bzw. nach chirurgischer Versorgung statt, also häufig am Vormittag nach nächtlicher Einlieferung. Hier ist es sehr wichtig, ausreichend Zeit und einen geeigneten Raum für ein ungestörtes Gespräch zu finden, da einige Patienten dankbar und aufgeschlossen über ihre Krise sprechen können, andere aber schwer zugänglich, enttäuscht und noch sehr verschlossen sind. Ein Konsiliarpsychiater in Zeitnot, der minütlich angepiept wird, signalisiert diesen Patienten zu wenig Zuwendung und persönliche Aufmerksamkeit, was bei akut suizidalen Patienten lebensgefährlich werden kann. Es gilt, ausführlich die sozialen Unterstützungsmöglichkeiten zu klären und ggf. Angehörige einzubestellen. Gleichzeitig wird mit dem Patienten die Notwendigkeit und Möglichkeit einer stationären Weiterbehandlung (Übernahme auf die Kriseninterventionsstation, auf eine allgemeinspsychiatrische Station oder zur qualifizierten Entgiftung) besprochen bzw. eine ambulante Weiterbehandlung konkret empfohlen.

Vergleichbar mit dem Münchner Liaisonmodell auf einer Spezialstation für Intoxikationen (TORHORST et al. 1986) wird somit eine vorschnell „stigmatisierende Psychiatisierung“, aber auch Belastung durch Verlegung auf eine psychiatrische Station vermieden, die psychiatrische Mitbehandlung findet „selbstverständlich“ im somatischen Krankenhausbereich statt. Diese Erfahrungen bestätigt auch die psychosomatische Abteilung am Klinikum Nürnberg. Hier besteht seit 1980 ein Liaisonmodell mit der internistischen Toxikologie (WOLZ 2004). Auch hier gilt es, in täglich stattfindenden Fallbesprechungen und Übergaben die somatischen Kollegen fachlich und supervisorisch zu beraten und zu entlasten. Das Patientengespräch am Tag nach Aufnahme garantiert eine frühestmögliche psychiatrisch/psychosomatische Versorgung des Patienten.

Nach den Erfahrungen der Referentin sind viele Patienten nach einem Suizidversuch nicht mehr in „Einengung“ (RINGEL 1953) und suizidaler Krise, und können nach Beratung und Empfehlung von ambulanten Behandlungsmöglichkeiten nach Hause entlassen werden. Besteht auf Grund gravierender sozialer Probleme (z. B. nach Trennung des Partners oder Verlust des Arbeitsplatzes) weiterhin eine akute Suizidalität, wird der Patient auf die Station des überregional aufnehmenden Neuköllner Kriseninterventionszentrums aufgenommen. Das dortige Therapieprogramm ist so konzipiert, dass in nur wenigen Tagen eine Copingstrategie erarbeitet werden kann. Diese intensive stationäre Behandlung umfasst zweimal täglich stattfindende, ärztlich geleitete fokal orientierte Gruppentherapiegespräche, therapeutische Einzelgespräche sowie Paar- und Familiengespräche. Des Weiteren beinhaltet das therapeutische Programm des Kriseninterventionszentrums sozialarbeiterische Beratung und Begleitung zu Ämtern etc., durchgehende Gesprächsmöglichkeit mit dem Pflegepersonal über 24 h sowie strukturierte und teilweise begleitete Belastungsausgänge.

Zum Zeitpunkt der Untersuchung umfasste diese Station 12 Betten mit einem guten Personalschlüssel. 1997 und 1998 arbeiteten ein Arzt, ein Sozialarbeiter und drei Pflegekräfte in zwei Schichten an allen 7 Tagen der Woche, nachts versorgten zwei Pflegekräfte das Kriseninterventionszentrum sowie ärztlicherseits der psychiatrische Bereitschaftsdienst der Klinik (WIRTHMÜLLER 1995).

1998 wurden auf der Neuköllner Krisenstation 481 Patienten behandelt mit einem Altersschwerpunkt von je 150 Patienten von 18 bis 29 und 30 bis 39 Jahren.

13 Patienten waren unter 18 Jahre, 4 Patienten über 79 Jahre (E. FÄHNDRICH: Jahresbericht 1998).

Die vorliegende Arbeit hat den aktuellen Stand der psychiatrischen Konsil- und Liaisontätigkeit an einem Krankenhaus der Maximalversorgung in Berlin neu untersucht. Zielsetzung ist es, diese Tätigkeit zu beschreiben und herauszuarbeiten, was sich zu einer erstmaligen Untersuchung des psychiatrischen Konsiliar- dienstes von 1989 (G. NIKLEWSKI: Promotion: Psychiatrischer Konsiliar- und Bereitschaftsdienst am Allgemeinkrankenhaus, 1993) am KNK verändert hat und neu entwickelt wurde.

1989 erfolgte die psychiatrische Versorgung ausschließlich nach Konsilanfrage. Diese psychiatrische Konsiliartätigkeit war auf zwei Oberärzte und einen Funktionsoberarzt aufgeteilt, welche zusätzlich zu ihren üblichen Abteilungsaufgaben die angeforderten Konsile aus den somatischen Abteilungen bearbeiteten. Von 16.00 bis 08.00 Uhr und an den Wochenenden wurden durch den jeweiligen psychiatrischen Bereitschaftsdienst ausschließlich Notfallkonsile bearbeitet. Ein fester Liaisondienst, wie in der vorliegenden Untersuchung beschrieben, wurde erst im Jahre 1993 eingerichtet.