

5. Diskussion

5.1. Altersgruppen der Konsiliarpatienten

Übliche Patienten einer chirurgischen und internistischen Abteilung sind zum großen Teil zwischen 65 und 85 Jahre alt, wie AROLT et al. (1995) in der Lübecker Allgemeinkrankenhaus-Studie aufzeigten.

Neukölln hingegen ist ein, von der Altersstruktur her junger und sozial schwacher Metropolenbezirk, sodass Abhängigkeitserkrankungen in der stationären Akutversorgung eine große Rolle spielen. Deshalb versorgt der psychiatrische Konsiliardienst in der Klinik für Chirurgie häufig drogenabhängige Patienten, in den internistischen Kliniken gehäuft alkoholranke Patienten.

Während in Lübeck Patienten über 75 Jahre in den internistischen Kliniken die größte Gruppe mit über 31,5 % ausmachen (Chirurgie 29 %), bildeten in der vorliegenden Untersuchung die Patienten zwischen 45 und 64 Jahren mit 29,1 % (89 Patienten) aller Konsilianforderungen den größten Anteil an psychiatrischen Konsiliarpatienten. Diese Altersgruppe (40-64 Jahre) war in Lübeck am zweithäufigsten in der Inneren Medizin (30,5 %) und zu gleicher Anzahl (29 %) wie die über 75-jährigen in den chirurgischen Kliniken vertreten, also immerhin ähnlich häufig wie in Neukölln.

Die Altersgruppe der 65 bis 79-jährigen bildeten in Neukölln die zweitgrößte Gruppe mit 25,2 % (77 Patienten), gefolgt von jungen Patienten zwischen 30 und 44 Jahren mit 20,9 % (64 Patienten). In Lübeck waren junge Patienten (5 bis 39 Jahre) in den chirurgischen Kliniken immerhin mit einer höheren Anzahl als die 65- bis 74-jährigen vertreten, speziell drogenabhängige Patienten fanden AROLT et al. (1995) jedoch nur zu einem ganz geringen Anteil (0,8 % von 400 Patienten), sodass dort eher von Anpassungsstörungen nach Unfall, schweren Operationen und Suizidversuchen auszugehen ist.

Auch die Betagten und Hochbetagten in der Altersgruppe zwischen 80 Jahren und älter zeigten in Neukölln einen erheblichen Anteil mit 15,7 % (45 Patienten), kommen jedoch anzahlmäßig erst an vierter Stelle nach der oben aufgeführten jüngeren Klientel, was für ein gutes Training der internistischen Kollegen durch den psychiatrischen Konsiliardienst in der medikamentösen Behandlung von demen-ten geriatrischen Patienten sprechen könnte.

5.2. Diagnosenverteilung

Zu diesem Thema finden sich in der Literatur zahlreiche Untersuchungen. Die Frage der psychiatrischen Diagnose des Patienten in der somatischen Klinik ist für den psychiatrischen Konsiliardienst von zentraler Bedeutung, da sie aufzeigt, wofür und bei welchen psychischen Beschwerden und Erkrankungen der somatische Kollege eine fachgerechte psychiatrische Beratung und Mitbehandlung seiner Patienten wünscht und braucht.

In der vorliegenden Untersuchung wurden bei jedem Patienten bis max. drei psychiatrische Diagnosen gestellt, um einen möglichst genauen Überblick über diagnostische Schwerpunkte und mögliche Zusammenhänge zu erhalten.

Die Ergebnisse der Literatur (u. a.: MAGUIRE et al. 1974, FELDMANN et al. 1987, KNIGHTS u. FOHLSTEIN 1977, McINTOSH 1982, AROLT et al. 1995, SILVERSTONE 1996, JOHN et al. 1996, AROLT et al. 1997) bestätigen die drei Diagnosenschwerpunkte, die sich auch in der vorliegenden Untersuchung herauskristallisiert haben.

Es handelt sich hierbei um Depressive Syndrome (28,5 %) Abhängigkeitserkrankungen (26,2 %) und Organische Psychosen (21,5 %). Betrachtet man den Zusammenhang von Altersgruppe und Diagnose, zeigen in der vorliegenden Untersuchung immerhin bereits 14 Patienten (4,6 %) in der Altersgruppe von 45 bis 64 Jahren die Diagnose einer organischen Psychose. Hierunter sind vor allem postoperative Durchgangssyndrome (WIECK 1961) und unerwünschte Medikamentennebenwirkungen zu rechnen, Entzugsdelirien wurden nach ICD-10 unter F1 abgebildet.

5.3. Konsilanforderungsverhalten der Somatiker und Zeitdauer bis zur psychiatrischen Konsilausführung:

Eine Untersuchung über den psychiatrischen Konsiliardienst am Städtischen Klinikum Görlitz mit einem Einzugsbereich von 100.000 Einwohnern und 787 Betten (FIEBIGER et al. 1997) weist mit 66 % als „dringlich“ angeforderten Konsilen für den gleichen Tag eine sehr hohe Rate von „Notfallkonsilen“ auf. Trotz des dortigen „Anforderungsdrucks“ von Seiten der Somatiker „innerhalb einer Stunde“ zu kommen, wurden von diesen Konsilen ein Drittel nach Dienstschluss, aber noch am selben Tag, durchgeführt.

So waren in Görlitz spätestens nach drei Tagen 94 % aller angeforderten Konsile durchgeführt (FIEBIGER et al. 1997).

In der vorliegenden Untersuchung wurden deutlich weniger (43,8 %) Konsile als Notfallkonsile über Pieper für „sofort“ bzw. „am selben Tag“ angefordert und entsprechend ausgeführt. 56,2 % waren regulär angeforderte Konsile (Konsilanforderungsscheine im Abteilungssekretariat), welche mit einer Latenz von 0 bis 2 Tagen bearbeitet wurden.

Diese deutlich niedrigere Rate an dringlichen Notfallkonsilen im Vergleich zu Görlitz dürfte der Sicherheit der Somatiker in Neukölln zuzuschreiben sein, dass der, inzwischen vertraute und persönlich bekannte psychiatrische Konsiliardienst mit ihnen zur selben Arbeitszeit vor Ort ist und somit eine Verlässlichkeit der konsiliarischen Versorgung garantiert. Die dafür immer noch hohe Zahl an Notfalleinforderungen dürfte in Neukölln dem Zeitdruck der verkürzten Liegezeiten zuzuschreiben sein. Der Tatbestand, dass der Psychiater in Görlitz von außerhalb und nach Dienstschluss extra „anreisen“ muss, um das Konsil zu erledigen, scheint für die dortigen somatischen Kollegen soviel Sorge um die verlässliche und rechtzeitige Ausführung auszulösen, dass diese sich anscheinend nur mit einer solchen „alarmierend“ hohen Rate an Notfallkonsilen zu helfen wissen.

Die Ergebnisse der kollaborativen konsiliarpsychiatrischen Studien der „European-Consultation-Liaison-Workgroup (ECLW) (HUYSE u.a. 1996-2001) ermittelten eine „Notfallkonsultation“ für den selben Tag bei 30 % aller Patienten, und liegen mit dieser Anzahl etwas unterhalb der Verhältnisse in Neukölln (43.8 %).

Insofern zeigt sich, dass dringende psychiatrische Konsile und Notfallsituationen prompt und somit auch verlässlich für den Somatiker erledigt werden, sei es, in dem ein psychiatrischer Kollege im selben Haus per Pieper dafür zuständig ist, oder wie in Görlitz, ein entsprechend beauftragter Kollege oder Oberarzt nach Dienstende alle diese Anforderungen zeitgerecht bearbeitet.

5.4. Übernahme und Mitbehandlung:

Eines der häufigen Vorurteile der Somatiker lautet, der Psychiater wolle sich weder um psychiatrisch auffällige Patienten kümmern, noch diese in seine Klinik übernehmen. Die Ergebnisse bestätigen dies nicht:

Bezogen auf die Gesamtuntersuchungsgruppe von N=305 Konsilanforderungen wurde von Seiten der Somatiker insgesamt eine Mitbehandlung bei 8,2 % der

Patienten gewünscht, von psychiatrischer Seite jedoch bei 16,8 % der Patienten angeboten, also in gut doppelt soviel der Fälle. Eine Übernahme in die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie wurde bei 17,3 % aller Konsile von den Somatikern gewünscht, von psychiatrischer Seite bei 27,1 % aller 305 Konsilanforderungen angeboten, also erfolgte auch hier von Seiten der Konsiliarpsychiater ein deutlich größeres Angebot.

Beispiel: 46-jähriger Patient mit Trümmerfrakturen nach Polytrauma und Entzugsdelir bei Alkoholkrankheit: Es erfolgte eine engmaschige Mitbehandlung mit Einrichtung einer Behandlungsbetreuung, medikamentöser Therapie des Delirs, mit regelmäßigen Gesprächen zur Beruhigung, wie Beratung und Information zu seiner Suchterkrankung. Nach ausreichender Mobilisation bei Fixateur externe eines Beines erfolgte schließlich die Übernahme zur weiteren psychiatrisch/ psychotherapeutischen Therapie auf die Schwerpunktstation für Abhängige.

Bei den Zahlen (8,2 vs 16,8 %; 17,3 vs 27,1 %) ist allerdings zu berücksichtigen, dass es sich nur zum Teil um dieselben Patienten handelte. Die Konsilanzahl von 17,3 % (53 Konsilanforderungen) aus der Gesamtgruppe (N=305 Konsilanforderungen) an Verlegungswünschen der Somatiker ist nicht zwangsläufig in den 27,1 % (83 Konsilanforderungen von N=305) von Übernahmeangeboten der Konsiliarpsychiater enthalten.

Das eingangs beschriebene Vorurteil spiegelt sich in den Zahlen nicht wieder, mag jedoch bei einzelnen besonderen Problemfällen (z. B. schwere Persönlichkeitsstörung) zutreffen.

Zur Divergenz von Übernahmewünschen der Somatiker und entsprechenden Angeboten der Konsiliarpsychiater zeigt die Lübecker Studie zur Parallelbefragung von Psychiatern und konsilanfordernden Somatikern (DELIUS et al. 1993) ein eher gegenteiliges Übernahme- und Mitbehandlungsprofil in einer identischen Patientengruppe: Bei 44 % der untersuchten Patienten wünschten die Somatiker eine Übernahme in die psychiatrische Klinik, die Psychiater hingegen sahen nur für 20,3 % dieser Patienten einen sachlich begründeten Verlegungsgrund. Hingegen plädierten die Psychiater hier für 23,3 % der Patienten auf Entlassung aus der stationären Behandlung, die Somatiker wünschten dies jedoch nur für 15,8 % der Patienten. Somit bestanden auf Seiten der Somatiker in Lübeck Verlegungswünsche, deren Dringlichkeit oder Begründung die Konsiliarpsychiater nicht teil-

ten und entsprechend nicht nachkommen wollten, vor allem bezüglich der Diagnosen F0, F1 und F4.

Auch im Bezug auf Rekonsile und weitere psychiatrische Mitbehandlungen nach dem ersten Konsil zeigen sich die Lübecker Konsiliarpsychiater (ohne Angabe genauer Zahlen) zurückhaltender als die Neuköllner.

Im vorliegenden beschriebenen psychiatrischen Konsiliardienst am KNK machte die Referentin die Erfahrung, dass es notwendig ist, die Somatiker von einer pragmatischen Mitbehandlung gerade bei sog. "schwierigen" Patienten zu überzeugen.

Beispiel: Eine polytoxikomane 36-jährige Patientin erscheint zum ca. 30. Mal in der Rettungsstelle. Sie ist intoxikiert mit Heroin und Kokain, was sie sich seit Jahren spritzt, zusätzlich besteht ein Beikonsum von Cannabis und Rohypnol. Grund der Vorstellung ist ein infizierter Spritzenabszess, ein ernstzunehmender Entzugswunsch liegt nicht vor. Erfahrungsgemäß bewirken solche Patienten Unmut und Ärger auf Grund ihres anhaltenden selbstschädigenden Verhaltens. Dennoch besteht im vorliegenden Fall die ärztliche Aufgabe darin, die infizierte Wunde „lege artis“ zu behandeln. Die Konsiliarpsychiaterin kann nun der Patientin mit einer vorübergehenden Methadonsubstitution und unterstützenden Gesprächen die Behandlung ermöglichen und gleichzeitig die somatischen Kollegen im Ertragen der begrenzten ärztlichen Möglichkeiten bei solchen Patienten entlasten und das Team unterstützen.

Die Lübecker (DELIUS et al. 1993) nehmen zum Thema Rekonsile und Mitbehandlung eine Gegenposition zu diesbezüglichen Aussagen in der Literatur ein: In Lübeck zeigen die Somatiker ein höheres Interesse an psychiatrisch-konsiliarischen Mitbehandlungen und Wiedervorstellungen, als die Psychiater für nötig befinden. KAPLAN de NOUR (1978) und KRAKOWSKI (1971) hingegen fanden in ihren Untersuchungen zu Wünschen nach Rekonsilen und Mitbehandlung eher bei den Somatikern eine ablehnende Haltung im Gegensatz zum diesbezüglich höheren Engagement der Konsiliarpsychiater.

In Neukölln kann eine solch ablehnende Haltung von Seiten der Somatiker bezüglich psychiatrischer Unterstützung nicht bestätigt werden. Allerdings zeigen die Ergebnisse, dass das psychiatrische Mitbehandlungsangebot von den somatischen Kollegen nur zur Hälfte aktiv aufgegriffen wurde. Im hektischen Betrieb einer somatischen Station erhalten somit nur deutlich psychisch auffällige Patien-

ten die angebotene Wiedervorstellung, alle anderen dürften nach konsiliarischer „Erstversorgung“ mit Gespräch und/oder medikamentöser Empfehlung kein weiteres psychiatrisches Interesse beim gestressten somatischen Kollegen hervorrufen.

In Lübeck (DELIUS et al. 1993) stimmen Somatiker und Psychiater lediglich bezüglich der psychiatrischen „Kernerkrankungen“ Schizophrenie und affektive Störungen in der Anforderungs- und Erfüllungshaltung überein. Solche Patienten sind aber nur zu einer geringen Anzahl in den somatischen Abteilungen psychiatrisch zu versorgen und erregen mit ihren Krankheitssymptomen üblicherweise weniger Ärger und Mühe in der Versorgung als z. B. geriatrische Patienten oder unkooperative Suchtpatienten. DELIUS et al. (1993) ermittelten in ihrer Untersuchung über den psychiatrischen Konsiliardienst in Lübeck nur 6 bis 8 % an Patienten mit affektiven und schizophrenen Erkrankungen im Gegensatz zu jeweils über 20 % mit Alterserkrankungen, Alkoholerkrankung und Anpassungsstörungen.

Fast deckungsgleiche Ergebnisse weist die vorliegende Untersuchung auf: der Anteil von Patienten mit affektiven Störungen in der Hauptdiagnose beträgt 8,9 %, mit schizophrenen Erkrankungen nur 5,6 %. Die Diagnoseschwerpunkte Alterserkrankungen und organische Psychosen sind jedoch mit 21,5 %, Abhängigkeitserkrankungen mit 26,2 % und Anpassungsstörungen sogar mit 28,5 % vertreten, also sehr gut in Übereinstimmung mit den Ergebnissen aus Lübeck.

DELIUS et al. (1993) sahen als besondere Konfliktfelder die gerontopsychiatrischen Patienten: Hier klafft der Verlegungswunsch des Somatikers (71,6 %) mit Übernahmebereitschaft des Psychiaters (12,9 %) am weitesten auseinander. Wie bereits DELTUS, SCHÜRMAN und WETTERLING (1993) ausführlich beschrieben, vermuten auch sie die besonderen Schwierigkeiten von jungen Assistenzärzten im Umgang mit alten und verwirrten Patienten. Bezüglich der Behandlung der Alkoholpatienten fanden DELIUS et al. (1993) eher eine Übereinstimmung zwischen dem Somatiker-Verlegungswunsch (63,6 %) und der psychiatrischen Übernahmebereitschaft (57,6 %). Bei der konsiliarischen Mitbehandlung der Patienten mit affektiven und neurotischen Störungen wünschten die Somatiker in Lübeck häufig mehr psychodynamisches Eingreifen und therapeutische Interventionen am Patienten in der Hoffnung, schneller dessen Beschwerdelage gelindert zu bekommen und dessen Probleme gelöst zu sehen. Die Psychiater hingegen „di-

agnostizierten“ eher eine Konfliktlage im Team auf der entsprechenden Station als ein spezielles Problem beim Patienten.

Auch in Neukölln erhält jeder alkoholranke Patient ein Angebot zur qualifizierten und motivierenden Entzugsbehandlung auf einer Spezialstation, bzw. zumindest zur Teilnahme an, auf dieser Station stattfindenden, Selbsthilfegruppen.

Hingegen wird die Behandlung eines geriatrischen multimorbiden Patienten mit Demenz ebenso wie die eines Amputationspatienten mit ängstlich-depressiver Symptomatik als allgemeinmedizinisches Problem angesehen, d. h. bei solchen Patienten erfolgt vorerst kein Übernahmeangebot in die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie.

Des weiteren zeigt sich in der Lübecker Studie (DELIUS et al. 1993), dass auf den chirurgischen Stationen im Gegensatz zu den Abteilungen der Inneren Medizin sehr viel weniger neurotisch-psychosomatische Erkrankungen als behandlungsbedürftig angesehen bzw. überhaupt wahrgenommen wurden (Innere Abt. 10,5 %, Chirurgische Abt. 1,9 %). Hingegen zeigt die Lübecker Allgemeinkrankenhausstudie (AROLT et al. 1995) bei einer Stichtagsuntersuchung von je 200 internistischen und chirurgischen Patienten einen zahlenmäßig gleich hohen Bedarf an psychiatrischer Mitbehandlung.

Vergleichbar hierzu finden sich in der vorliegenden Untersuchung von Seiten der gesamten Chirurgischen Klinik mit einer hohen Bettenzahl (134, mehr als 10 % aller Betten) nur 4,9 % aller Konsilanforderungen im Gegensatz zur Gastroenterologischen Klinik (114 Betten) mit 15,7 % an psychiatrischen Konsilanforderungen. Eine fehlende Wahrnehmung für psychische Beschwerden von Seiten der Chirurgen konnte in dieser Untersuchung explizit nicht festgestellt werden, wohl aber eine Scheu, sich mit solcher Symptomatik näher auseinanderzusetzen. Dazu passt, dass sich die Chirurgen selbst als psychiatrisch völlig inkompetent einschätzen. Als Ergebnis ihrer Untersuchung über die „Konsiliartriade“ somatischer- psychiatrischer Konsiliar- Patient hoben die Autoren (DELIUS et al. 1993) vor allem die unterschiedlichen Wünsche der Kollegen der jeweiligen Fachdisziplinen hervor. Offenbar wächst mit zunehmender Berufserfahrung nicht nur die Identifikation mit dem eigenen Fach, sondern auch die Tendenz, fachfremde Probleme auszugrenzen bzw. sie an Experten zu delegieren. Man kann dies als Abwehrmechanismus interpretieren. So braucht die emotionale Aufladung auf einer somatischen Station nicht thematisiert zu werden, die Spannung wird als Teil der

psychiatrischen Erkrankung eines Patienten angesehen und die erforderliche Problemlösung wird somit „nach außen“, nämlich an den psychiatrischen Konsiliararius delegiert.

Eine Spezialabteilung für „besonders schwierige Patienten“ wie z. B. in Lübeck (DELIUS et al. 1993) für suchtkranke Patienten, kommt dieser Abwehr entgegen, da hier der Distanzierungswunsch der behandelnden somatischen Ärzte mit der Bereitschaft der Psychiater, diese Menschen einer psychosozialen Therapie zuzuführen, in Übereinstimmung gebracht wurde.

In der Görlitzer Studie (FIEBIGER et al. 1997) finden sich keine expliziten Aussagen zur gewünschten und angebotenen Übernahme von psychiatrischen Konsiliarpatienten bzw. einer Mitbetreuung für diese auf den somatischen Stationen. Entscheidend für die geringe Anzahl von Folgekonsilen ist wahrscheinlich der Umstand, dass der psychiatrische Konsiliararius nach Dienstschluss die Konsile erledigt und so also in der Regel keine Gelegenheit hat, mit dem Anforderer zu sprechen, um eine Strategie zur bestmöglichen Lösung zu finden.

Solche Vorgehensweisen kontrastieren mit dem Arbeitsalltag von psychiatrischen Konsiliarärzten in den USA: ROTHERMUND et al. (1997) zeigen in ihrer vergleichenden Studie über deutsche und amerikanische Konsiliartätigkeit, dass 86,4.% der amerikanischen Konsilpsychiater ein „follow up“, d.h. ein Wiederaufsuchen des Patienten nach erstem Konsiliartermin als selbstverständlich ansehen, die deutschen Konsilpsychiater nur zu 27,0 %.

In Neukölln wurde eine konsiliarpsychiatrische Mitbehandlung bei 17 % aller 305 Konsilanforderungen angeboten und liegt somit noch unter den Ergebnissen von ROTHERMUND et al. (1997).

In den USA (LIPOWSKI 1989; PASNAU 1985) wird es verschiedentlich sogar als Pflicht für den Konsiliararius angesehen, nach einem bestimmten Zeitraum seinen Patienten erneut aufzusuchen, um die Verwirklichung seiner Ratschläge zu überprüfen. KARASU et al. (1977) werteten das „follow up“ sogar als wichtigsten Teil einer psychiatrischen Konsilausführung.

5.5. Anwesenheit des anfordernden Arztes zum Zeitpunkt des Konsils und Rücksprache mit dem Pflegepersonal:

Ein lege artis durchgeführtes Konsil ist beendet, wenn nach der Patientenuntersuchung das gemeinsame Beratungsgespräch mit dem anfordernden Arzt erfolgt ist.

Kommt der psychiatrische Konsiliar von außen nach Dienstschluss aus seiner Praxis, einem Landeskrankenhaus oder von der ausgelagerten psychiatrischen Abteilung wie z. B. in Görlitz (FIEBIGER et al. 1997), dürfte es sehr viel schwieriger sein, diesen direkten fachlichen Austausch durchzuführen und entsprechend auch weitere Behandlungsoptionen wie Wiedervorstellung und Mitbetreuung zu diskutieren und auch von psychiatrischer Seite anzubieten.

In der vorliegenden Untersuchung kam es insgesamt in 86,9 % der Fälle (265 Konsile) zu einer Rücksprache mit dem konsilianfordernden somatischen Kollegen. Diese hohe Zahl ergab sich aus der Möglichkeit vor Ort, den entsprechenden Kollegen auch bei einer Wiedervorstellung eines Patienten oder gelegentlich bei einem Konsil eines anderen Patienten auf der selben Station während der üblichen Dienstzeit von 8.00 Uhr bis 16.00 Uhr anzutreffen und so das Konsilium bei beiden Patienten fachgerecht als Beratung des anfragenden Arztes abzuschließen.

Allerdings geht hierbei die Initiative in der Regel von der Konsiliarpsychiaterin aus, in der Hoffnung, dass durch die persönliche Rücksprache nicht nur die Empfehlungen besser umgesetzt werden, sondern auch noch etwas psychiatrisches Basiswissen vermittelt werden kann.

In der vorliegenden Untersuchung liegt die hohe Prozentzahl an erfolgten Rücksprachen des psychiatrischen Konsiliardienstes mit dem anfordernden Arzt somit auf gleiche Höhe mit den Verhältnissen und Möglichkeiten in den USA. Hier erreichen die Consil- und Liaisonteam vor Ort eine konsiliarische Rücksprachequote mit den anfordernden Ärzten von mehr 90% (ROTHERMUND et al. 1997).

Deshalb heben Autoren wie KAPLAN de NOUR (1978), KRAKOWSKI (1971) sowie HERZOG und HARTMANN (1990) immer wieder hervor, wie wünschenswert eine psychiatrische Liaisontätigkeit im Sinne von mehr Kontinuität und größerer Behandlungsoptionen auf den somatischen Stationen ist.

Informationen über den Patienten beim Pflegepersonal wurden in der vorliegenden Untersuchung in 42,5 % der Fälle (130 Konsile) vor und nach dem Konsil von der psychiatrischen Konsiliaria eingeholt.

Immer wieder ist zu beobachten, dass die Motivation des Pflegepersonals steigt, Interesse für den Patienten zu zeigen und Kompetenz im Umgang mit ihm zu entwickeln, je häufiger man Kontakt mit ihnen hat. Erklärungen über sein Krankheitsbild und Beratungen über den entsprechenden pflegerischen Umgang werden

mehr und mehr begrüßt und angenommen und erleichtern somit die Akzeptanz eines sonst doch häufig mit Argwohn betrachteten „psychiatrischen“ Patienten. Wie bereits erwähnt, entwickelt sich dieser Kontakt vornehmlich zu den kontinuierlich von Montag bis Freitag anwesenden leitenden Stationsschwestern- und Pflegenden, welche üblicherweise im Frühdienst von ca. 7.00 Uhr bis 14.30 Uhr die jeweilige Station führen. Ein nach Dienstschluss anreisender Konsilpsychiater hat nur die Möglichkeit, mit dem pflegerischen Spätdienst das Gespräch zu suchen, sodass die Information der Leitungsebene über den psychiatrischen Konsilpatienten und damit auch die Weitergabe an das übrige Pflegepersonal erschwert sein dürfte.

Darüber hinaus sind die operativen peripheren Stationen immer wieder während der regulären Arbeitszeit häufig ohne Stationsärzte, da diese im OP stehen. Deshalb wird hier vom Pflegepersonal ein besonders hohes Maß an Informationen und medizinischer Handlungskompetenz erwartet. Die Erfahrung der Referentin war in dem Sinne positiv, dass sich durch die personelle Kontinuität von Seiten der Psychiater eine freundlich-lockere Arbeitsbeziehung zu den meisten Pflegekräften entwickelt, was es diesen ermöglicht, das Gespräch bezüglich einer schwierigen Situation auf Station oder gar in eigener Sache in Eigeninitiative zu suchen. Als zeitlich günstig für derartige Gespräche erweisen sich die Zeiten vor und nach der Übergabe von Früh- und Spätschicht und zwischen den Essenszeiten. Die Empfehlung von SAUPE und DIEFENBACHER (1996), gerade die Übergabezeiten für ein Gespräch über den psychiatrischen Konsilpatienten wegen des zahlreich vorhandenen Pflegepersonals zu nutzen, konnte in der vorliegenden Untersuchung nicht bestätigt werden, im Gegenteil, in diesen Zeiten wurden die Konsiliarpsychiater als störend und aufhaltend erlebt.

5.6. Zeitpunkt der Konsilanforderung:

Bestätigt sich hier ein häufig gehörtes Vorurteil von psychiatrischer Seite, Somatiker würden erst am Tag der Entlassung eine psychiatrische „Absicherung“ haben wollen oder erst bei ungewiss langer Liegezeit und mangelnder Befundbesserung den psychiatrischen Konsiliar zu Rate ziehen? Oder ist der Patient schon bei Aufnahme so unkooperativ und unangenehm, dass der Somatiker sich erst gar nicht mit ihm auseinandersetzt und seinen Patienten als „psychisch überlagert“ gleich an den Psychiater loswerden will?

In der vorliegenden Untersuchung lag der Median der Konsilanforderung bei drei Tagen nach Aufnahme, der Mittelwert bei sieben Tagen nach Aufnahme. Von den 305 Konsilen wurden 70,2 % (214 Konsilanforderungen) innerhalb der ersten sieben Tage nach Aufnahme angefordert, hiervon waren allerdings 31,8 % (97 Konsilanforderungen) aus dem Liaisonbereich mit einer entsprechend kurzer Aufenthaltsdauer für die Patienten von ein bis drei Tagen.

Am Städtischen Klinikum Görlitz (FIEBIGER et al. 1997) wurden 50 % aller Konsile innerhalb der ersten vier Behandlungstage angefordert, nach der dritten Behandlungswoche waren es 84 %. Also wurden jenseits der dritten Behandlungswoche nur noch 16 % aller psychiatrischen Konsile angefordert.

Allerdings bildet sich in der Görlitzer Untersuchung gut erkennbar der sogenannte „schwierige Patient“ ab, welcher durch längere Verweildauer auch einen Mehre Zeitaufwand an Folgekonsilen und letztendlich mehr apparative Diagnostik erfordert. Hierunter fanden die Autoren v. a. Patienten in der Diagnosegruppe F4 (nach ICD-10) bzw. Patienten mit ungeklärten körperlichen Symptomen, ferner Patienten nach Suizidversuch. Des Weiteren waren auf den Stationen solcher Patienten mit längerer Verweildauer Probleme im Behandlungsteam deutlich auszumachen, was sich mit den Erfahrungen der vorliegenden Untersuchung aus Neukölln deckt.

Beispiel: 55-jähriger Patient mit alkoholtoxischer Leberzirrhose und anhaltenden Magenschmerzen bei Ulcusanamnese beklagt anhaltende krampfartige Schmerzen im oberen Abdomen, klingelt häufig das Pflegepersonal herbei und ist dabei moros und aggressiv. Ein Alkoholentzugssyndrom liegt nicht vor, jedoch ein anhaltend starker Nikotinabusus, was die Abheilung des bei Aufnahme blutenden Ulcus verhindert. Wegen drohender erneuter Blutung scheuen die Somatiker die Entlassung. Es liegt nahe, dass ein solcher „Nörgler“ im Team Unmut und Ärger auf Grund seiner mangelnden Kooperation hervorruft. Ein „triangulierender“ Konsiliarpsychiater ist in einer solchen Situation eine neutrale Behandlungsperson im System der Station und kann somit hilfreich die Behandlung und Motivation zur Nikotinkarenz unterstützen.

Folglich liegt auch hier der Wunsch nach einer frühzeitigen konsiliarpsychiatrischen Mitbetreuung nahe. Noch besser wäre eine Liaison- Versorgung, um die Gesamtverweildauer solcher Patienten entsprechend günstig beeinflussen zu können.

Bei den späten Konsilanforderungen liegt hinsichtlich „schwieriger Patienten“ die Vermutung nahe, der psychiatrische Konsiliarius wird unmittelbar am bzw. vor dem Entlassungstag angefordert, um eine etwaige Suizidalität, akute Depression oder einen anhaltenden Verwirrtheitszustand „verantwortlich“ auszuschließen.

In der vorliegenden Untersuchung konnte der Entlassungszeitpunkt bei insgesamt 91 Konsilen (29,8 %) zum Zeitpunkt der Konsildurchführung ermittelt werden. Für dieses knappe Drittel bildete sich statistisch die Konsilanforderung im Mittel 1,8 Tage vor Entlassung ab, davon erfolgten 82 Konsile in den letzten 5 Tagen davor. Eine unterstellte Tendenz, im Entlassungsprozess Verantwortung an den Psychiater „loszuwerden“, war nicht erkennbar. Insofern hat sich das oben erwähnte Vorurteil, der Patient werde erst viele Tage nach Aufnahme und unbefriedigender somatischer Behandlung oder ausschließlich zur Absicherung vor Entlassung dem psychiatrischen Konsiliarius vorgestellt, nicht bestätigt.

Dennoch war zu beobachten, dass sich viele Kollegen schwer taten, alte und an Einsamkeit leidende Patienten wieder nach Hause zu schicken. Häufig wurde im Konsil nach einer „Seniorengruppe“ oder ähnlichem gefragt, mit dem Wunsch nach einer emotionalen und sozialen Versorgung für den Patienten und nicht zuletzt einer eigenen Entlastung. Dieses Dilemma der Ärzte beschreiben bereits DELTUS, SCHÜRMAN u. WETTERLING (1993), unter der besonderen Betrachtung der schwierigen Beziehung v. a. junger Ärzte zu älteren Patienten.

Beispiel: Die Konsilanforderung lautet: „80-jährige Patientin, Z. n. dekompensierter Herzinsuffizienz, jetzt aus internistischer Sicht entlassungsfähig, zeitweise aber nächtliche Verwirrtheitszustände und depressive Stimmungslage. Sie lebt allein, ist eine Entlassung aus psychiatrischer Sicht möglich?“ Im psychiatrischen Konsiliargespräch ist die Patientin bis auf das genaue Datum orientiert und geordnet, sie werde täglich durch Hauskrankenpflege und eine Nachbarin versorgt und möchte nach Hause. Sie ist affektiv schwingungsfähig, beklagt ihre Einsamkeit, Hinweise für Suizidalität oder gar wahnhaftes Erleben bestehen nicht. Die psychiatrische Konsiliaria empfiehlt die weitere Beurteilung der häuslichen Versorgungssituation durch den Hausarzt und sieht aus psychiatrischer Sicht keinen Grund für eine psychiatrisch stationäre Behandlung oder eine Verlegung in ein Pflegeheim.

Hier wird deutlich, dass die internistischen Ärzte sich scheuen, eine ältere und gebrechliche Patientin in eine unbefriedigende häusliche Versorgungssituation zu entlassen, und gerne diese Verantwortung an den „Facharzt für seelische Befindlichkeit“ abgeben möchten.

5.7. Die Qualität der Konsilanforderung

Wie aussagekräftig und vollständig ist der Konsilschein für den psychiatrischen Konsiliarius ausgefüllt?

Sind Angaben von somatischer Diagnose, psychiatrischer Verdachtsdiagnose und Anliegen an den Psychiater deutlich erkennbar?

In der vorliegenden Untersuchung war bei 73,6 % aller Konsilanforderungen der Anforderungsschein ausreichend gut ausgefüllt. Entscheidend hierfür war die Stellung einer psychiatrischen Verdachtsdiagnose (z. B.: Depression? Alkoholproblem? oder: „hochgradiger Verdacht auf Magen-Npl, Verdacht auf reaktive Depression, Patient äußert Suizidgedanken“), jedoch nicht die exakte Übereinstimmung der von der psychiatrischen Konsiliaria gestellten Fachdiagnose. Auch Formulierungen wie: „Z. n. Bridenlösung, seither Adhäsionsbeschwerden, Patient macht sich Sorgen und ist verzweifelt“ oder „Patient wird von Strahlen erfasst, die sich mit einem Schlag auf seinen Körper ausdehnen“ wurden als angemessen angesehen, um das Anliegen des Chirurgen dem Psychiater nahe zu bringen.

In der Literatur hingegen findet sich zur ähnlichen Fragestellung in der Görlitzer Studie von FIEBIGER et al. (1997) eine Übereinstimmung von lediglich 25 % von gestellter Verdachtsdiagnose und psychiatrisch ermittelter „Fachdiagnose“.

Gleichzeitig betonen die Autoren jedoch, dass in 19,2 % erheblich abweichende oder irreführende Verdachtsdiagnosen gestellt wurden, so dass ohne Hinzuziehen des Psychiaters beträchtliche Behandlungsfehler aufgetreten wären.

Für die vorliegende Untersuchung war entscheidend, dass von Seiten des Somatikers „überhaupt“ eine psychiatrische Diagnose gestellt wurde und somit ein ausreichendes Maß an Bemühung bezüglich der Konsilanforderung erkennbar war. Fehldiagnosen von Seiten der Somatiker wurden häufig bei älteren Patienten mit hypoaktiven Delirien gestellt, welche mit der Verdachtsdiagnose „depressives Syndrom“ vorgestellt wurden. Tatsächlich wiesen diese Patienten aber eine wahnhafte Symptomatik mit Orientierungsstörungen im Rahmen einer akuten symptomatischen Psychose auf.

Beispiel: Konsilanforderung: „61-jähriger Patient, Z. n. aorto-bifemoralem Bypass, jetzt depressiv, lehnt Nahrung ab“. In der Untersuchung war der Patient zu Ort, Zeit und Situation nicht orientiert, bei erheblichen mnestischen und Konzentrationsstörungen war er im Denken eingeengt auf depressives Erleben mit Todeswünschen. Er bejahte auf Nachfrage optische Halluzinationen und beschimpfende Phoneme. Die psychiatrische Konsiliaria diagnostizierte eine akute organische Psychose, schlug eine medikamentöse Behandlung vor und empfahl die vorübergehende Verlegung in ein Mehrbettzimmer. Nach wenigen Tagen klang die psychotische Symptomatik ab und der ständige Kontakt durch Mitpatienten und die hierdurch auch vermehrte Anwesenheit des Pflegepersonals half, die Orientierungsstörung zu beheben und Fehlhandlungen zu vermeiden.

Nach REISCHIES et al. (2004) tritt bei ca. 10 – 15 % aller Patienten eines Allgemeinkrankenhauses im Laufe ihrer Behandlung ein Delir auf, bei den über 65-jährigen steigt die Prävalenz bis zu 56 %, wobei hiervon 32 bis 66 % der Fälle nicht erkannt werden (INOUYE, 1998; JACOBSEN, 1997)

Da der Konsilpsychiater in der Regel auf Patienten trifft, die wegen einer körperlichen Erkrankung im Krankenhaus sind, ist ein breitgefächertes medizinisches Wissen sowie genügend Erfahrung mit Krankheitsverläufen und krankenhaustypischen Gegebenheiten unerlässlich. Neben der Basis einer soliden psychiatrischen Differentialdiagnostik und Behandlungserfahrung, sollte sich der Konsilpsychiater insbesondere auf die häufigsten, auf somatischen Stationen vorkommenden psychischen Störungen und deren Wechselwirkungen mit körperlichen Beschwerden einstellen. Hierbei handelt es sich um depressive Syndrome, Anpassungsstörungen, psychoorganische Syndrome, Entzugssymptome bei Substanzmissbrauch und –Abhängigkeit sowie alle Arten von somatoformen Störungen. Entscheidende neurologisch-psychiatrische Kenntnisse über Aphasien, Neglect oder Enthemmungspänomene sind notwendig, um diese zu erkennen und in differentialdiagnostische Überlegungen mit einbeziehen zu können. Auffällige psychische Symptome bei neurologischen Erkrankungen sollten gewusst und erkannt werden (AROLT u. DIEFENBACHER 2004).

5.8. Anamneseerhebung:

Stimmt das gängige Vorurteil, der Somatiker sei überwiegend ein „Apparatemediziner“, nur auf organische Funktionen konzentriert und möchte das Gespräch mit seinem Patienten dem Psychiater überlassen?

Zu dieser Fragestellung findet sich in der Literatur die Untersuchung von 1989 über den psychiatrischen Konsiliardienst am Krankenhaus Neukölln von G: NIKLEWSKI (1993). Vergleiche von gemeinsam erhobenen Untersuchungsparametern sind am Ende dieses Diskussionskapitels dargestellt (siehe Pkt 5.13.)

In der vorliegenden Untersuchung konnte dieses Vorurteil weitgehend widerlegt werden, wenn man die Kenntnis von Basisdaten als Kriterium gelten lässt.

Beispiel: Konsilianforderung: „58-jähriger Patient, Z. n. GI-Blutung bei Mallory-Weiss-Syndrom, ambulant behandelt mit 100 mg Amitriptylin wegen Depression, bitte jetzt Untersuchung und ggf. Medikamentenumstellung“.

Insofern kann das Vorurteil, der somatische Arzt kümmerne sich nur um das kranke Organ und vernachlässige das ärztliche Gespräch und die Erhebung sozialer Anamnesedaten in der vorliegenden Untersuchung nicht bestätigt werden.

5.9. Bewertung der psychiatrischen Konsile

Wie zufrieden sind die Somatiker mit der psychiatrischen Konsiliartätigkeit? Kommt der Psychiater zeitig nach Anforderung, oder erkennt er die, von Seiten der somatischen Station für notwendig befundene Dringlichkeit gar nicht? Fühlt sich der Somatiker nach erfolgtem Konsil ausreichend beraten und unterstützt? Oder lindert der Psychiater die Beschwerden des Patienten gar nicht sichtbar und lehnt die Übernahme eines „psychisch auffälligen“ und auf einer somatischen Station als „nicht tragbar“ erlebten Patienten ab?

Zur Zufriedenheit der Somatiker mit den psychiatrisch/psychotherapeutischen Konsiliardiensten liegen in der Literatur nur wenige Befunde vor.

LACKNER et al. (1996) treffen hierzu in ihrer Untersuchung über die „Patient-Stationenarzt-Konsiliariustriade“ eher eine Globalaussage mit einer sehr breiten Streuung von 30 bis 95 % Zufriedenheit der somatischen Anforderer mit den psychosomatischen Konsiliarärzten. Diese Zufriedenheit bezog sich qualitativ auf den persönlichen Kontakt (direktes Gespräch oder telefonisch besser als nur schriftlich) und quantitativ auf die Schnelligkeit der Erledigung des Konsils.

DELIUS et al. (1993) ermittelten zwar keine direkten Zahlen, wohl aber ein höheres Interesse der Somatiker an therapeutischen Interventionen und Kriseninterventionen, als von den Konsiliarpsychiatern angeboten.

In Neukölln waren die Somatiker, von ganz wenigen Ausnahmen abgesehen, mit dem psychiatrischen Konsil- und Liaisondienst zufrieden.

Als maßgeblich für diese hohe Zufriedenheit wurde auf Nachfrage die personelle Kontinuität hervorgehoben, die erst den Aufbau eines kollegialen Bekanntheits- und Vertrauensverhältnisses ermöglichte und die Zusammenarbeit entsprechend unkomplizierter und fallbezogener werden lässt. Mühsame fachliche und persönliche Verständnisschwierigkeiten oder Auffassungsunterschiede reduzierten sich dadurch mehr und mehr. Dies bildet sich an der entsprechend hohen Wertung der Liaisonkollegen ab, mit denen der selbstverständlichste gemeinsame Arbeitsalltag stattfindet.

Eine besonders hohe Wertung und eine hohe Konsilanforderungszahl bestanden bei zwei internistischen Stationen. Hier fanden gehäuft gemeinsame internistisch-psychiatrische Behandlungen von Patienten mit psychosomatischen und psychogenen körperlichen Störungen sowie Alkoholproblemen und Demenzen statt. Die Dermatologen bewerteten dagegen bei einer ebenfalls hohen Konsilanforderungszahl die Zusammenarbeit mit den Konsilpsychiatern etwas zurückhaltender

Dies ist vermutlich der häufig schwierigen Klientel dieses Faches zuzuschreiben, was gelegentlich zu unliebsamen und mühsamen kollegialen Diskussionen bzgl. der Zuständigkeit und Aufnahmepflicht führt.

Kasuistik: An einem heißen Freitagnachmittag im Hochsommer wird im Polizeiwagen ein verwehrloster, mit Läusen befallener Obdachloser vorgefahren. Die Zuführung war wegen „Randalierens in der Öffentlichkeit“ bei Verdacht auf Alkoholintoxikation erfolgt. Über eine Stunde diskutierten Internist, Psychiaterin und Dermatologe erbittert vor dem vorgefahrenen Wagen, welche medizinische Disziplin nun die vorrangige „Zuständigkeit“ habe. Aufgrund der notwendigen Entlassung „traf“ es am Ende die Dermatologen.

Diskussionen solcher Art, die immer wieder auf oberärztlicher Ebene weiter ausgetragen werden müssen, sind zeitraubend und letztlich unnötig.

Deutlich weniger zufrieden zeigten sich die Traumatologen und die Urologen. Auf Nachfrage bezogen sich diese Beurteilungen v. a. auf frühere Erfahrungen mit

einem als unkooperativ erlebten oder zu spät eintreffenden psychiatrischen Kollegen. So nutzten diese Kollegen den Rahmen der vorliegenden Untersuchung, um einer allgemeinen oder schon länger angestauten Unzufriedenheit Ausdruck verleihen zu können.

5.10. „Kompetenzeinschätzung“ des anfordernden Arztes

Wird das psychiatrische Konsil nur als Ersatz für ein Gespräch von Seiten des Somatikers gefordert? Könnte der Somatiker im Grunde nicht auch selbst viele psychische Beschwerden seiner Patienten erkennen und behandeln?

Um hierüber etwas Klarheit zu schaffen, wurde in der vorliegenden Untersuchung die eigene psychiatrisch/psychotherapeutische Selbsteinschätzung des Somatikers erfragt.

In der Literatur fanden sich explizit zu dieser Fragestellung keine genauen Daten. DELIUS et al. (1993) ermittelten in ihrer Untersuchung über die „Patient-Stationenarzt-Konsiliariustriade“ die Kompetenz der Somatiker, eine zutreffende psychiatrische Verdachtsdiagnose zu stellen, was im Folgenden noch genauer ausgeführt wird.

In der vorliegenden Untersuchung schätzen die Somatiker ihre eigene psychiatrisch/ psychosomatische Kompetenz tatsächlich (sehr) niedrig ein. Insofern wurde der Eindruck der Referentin bestätigt, dass auch psychosomatisch geschulte Kollegen aus der somatischen Medizin aus fachlichen Gründen den Konsiliarius anfordern, und zwar nicht nur um Zeit für ein „lästiges“ ärztliches Gespräch zu sparen, sondern weil sie selbst merken, dass sie an ihre fachlichen Grenzen gekommen sind.

Dabei gab es durchaus Patienten auf den somatischen Stationen, die schon psychiatrisch/ psychosomatisch behandelt wurden, z. B. mit Antidepressiva, Antidepressiva oder Medikamenten zum Alkoholentzug; mit angstneurotischen und depressiven Patienten waren bereits Gespräche von Seiten des Stationsarztes geführt worden, dennoch wurde der Konsiliarius hinzugezogen.

Beispiel: „54-jähriger Patient in Belastungssituation nach Beatmung, PCP, Aids neu diagnostiziert, hat jetzt Alpträume und Schlafstörungen, grübelt ständig, ist depressiv. Bitte unterstützende therapeutische Mitbehandlung“. Hier hatten die behandelnden Stationsärzte der Infektionsstation schon Gespräche mit dem Patienten geführt, versprachen sich aber von einem hinzukommenden Psychiater,

der nicht gleichzeitig die Hiobsbotschaft der körperlichen Erkrankung bringt und diese behandelt, eine Entlastung und fachkompetentere Hilfe für den Patienten. Eine Triangulierung und Aufteilung der Behandlung auf mehrere ärztliche Fachrichtungen war in diesem Fall aus psychiatrisch/psychotherapeutischer Sicht sinnvoll und richtig.

Die Kollegen dieser anfordernden internistischen Klinik (3 Stationen) zeigten eine der höchsten Selbsteinschätzungen der eigenen Kompetenz, was einerseits dem deutlich bemerkbaren psychiatrisch-psychosomatischen Interesse wie auch dem hierdurch entstandenen guten kollegialen Kontakt zuzuschreiben ist.

Die Neuköllner Dermatologen (3 Stationen mit insgesamt 66 Betten) rangierten in der Selbstbeurteilung der Kompetenzen am höchsten. Der hohe Anteil an psychosomatisch-psychiatrisch erkrankter Patienten ist dafür sicherlich verantwortlich. Dies drückt sich auch in der Konsilanforderungszahl (92 Konsile im Jahr 1998) aus.

Dieser Befund korrespondiert gut mit den Untersuchungsergebnissen von DELIUS et al. (1993). Bezüglich einer hohen psychiatrischen Kompetenz zeigen auch dort die Dermatologen von allen somatischen Disziplinen die höchste „Trefferquote“ mit 80 % an richtigen psychiatrischen Verdachtsdiagnosen.

Das psychiatrisch/psychotherapeutische Wissen und die Erfahrung mit entsprechenden Patienten zeigt folgendes Beispiel aus der vorliegenden Untersuchung in Neukölln: „46-jährige Patientin, Pruritus mit infizierten Wundstellen, V. a. manipulative Komponente, Angaben der Patientin nicht sicher wahrheitsentsprechend. V. a. Artefakterkrankung. Bitte Untersuchung und Therapieversuch“.

Im Konsiliargespräch ließ sich eine desolante Genese mit vielfältigen Gewalterfahrungen, Heimaufenthalt und Beziehungsabbrüchen herausarbeiten. Die Hauterkrankung bestände seit 30 Jahren. Die Patientin zeigte Identitätsdiffusion, beschrieb dissoziative Phänomene, ständige innere Spannung und Selbsthass. Es wurde die Verdachtsdiagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung mit „Pseudologia phantastica“ gestellt und weitere stützende Gespräche angeboten und auch durchgeführt.

Deutlich zeigt sich an diesem Beispiel, dass die dermatologischen Kollegen sehr wohl mit dem Vorkommen von sog. Münchhausen-Syndromen vertraut und diesbezüglich so geschult sind, beizeiten einen Psychiater als zusätzliche Behandlungsperson hinzu zu bitten. So kann der Teufelskreis von sich ständig ver-

schlimmernden Krankheitssymptomen und dem folgenden sog. „doctorshopping“ für den Patienten unterbrochen werden. Diese Patienten bewirken üblicherweise Ärger und Empörung in somatischen Abteilungen auf Grund ihres, die reguläre Behandlung „sabotierenden“ Verhaltens und verlassen deshalb nach „Enttarnung“ meist schnell die Klinik, um in einem anderen Krankenhaus eine Aufnahme auf Kosten einer erneuten Selbstbeschädigung zu erwirken.

Die Kollegen des Liaisonbereichs der interdisziplinären Intensivstation und Aufnahmestation rangierten mit MW bei 4,38 cm und 4,16 cm knapp ober- und unterhalb des Durchschnittes aller Somatiker (MW bei 4,2 cm). Konsilanforderungen wie: „Tablettenintoxikation aus suizidaler Absicht, Entlassung geplant, bitte Untersuchung und Beurteilung“ zeigen die routinierte alltägliche Abgabe dieser ärztlichen Aufgaben an den Psychiater, wie es ja auch vorgesehen ist.

Die Allgemeinchirurgen und die Lasermediziner schätzen ihre psychiatrisch-psychotherapeutische Kompetenz am geringsten ein. In den von psychiatrischer Seite aus konstruktiv und kollegial erlebten gemeinsamen Konsilsituationen waren deutliche Berührungängste mit dem Fach Psychiatrie, wie auch eine gewisse Abneigung, sich auf eine tiefere Auseinandersetzung mit den seelischen Beschwerden ihres Patienten einzulassen, zu bemerken.

5.11. Vorinformation des Patienten über das psychiatrische Konsil

Wird der Patient mit einer psychiatrischen Untersuchung ohne Vorinformation seines Stationsarztes „übereumpelt“ oder muss er sich selbst stark für ein solches Gespräch einsetzen?

In der Literatur finden sich zur Frage der Vorinformation über ein psychiatrisches Konsil keine gezielten Untersuchungen.

Eindrücklich zeigt das Ergebnis der vorliegenden Untersuchung die Schwere der psychiatrischen Krankheitsbilder. Allein 28 % der Patienten vermochten auf Grund ihres Krankheitsbildes (Bewusstseins-, Orientierungs-, Denk- und/oder schwere Gedächtnisstörungen) keine Angaben darüber zu machen, ob sie zuvor über das Kommen eines Psychiaters aufgeklärt worden waren. 60 % der Patienten bejahten klar die Frage nach Vorinformation, nur 12 % verneinten diese.

LACKNER et al. (1996) sehen sogar eher einen Vorteil für den Konsiliarius, wenn der Patient vorher nicht über das psychosomatische Konsil informiert wird.

Sie meinen, dass bei diesen häufig „schwierigen“ oder „querulanten“ Patienten der Psychiater/Psychosomatiker dann einen deutlicheren Einblick in die Problematik des Patienten erhält, vermutlich weil der Patient dem zusätzlichen Arzt offener und dankbarer entgegen trete.

Im Gegensatz zu dieser Einstellung wird in Neukölln die Vorinformation des Patienten über ein psychiatrisches Konsil als ein Qualitätsmerkmal der Arzt-Patient-Beziehung angesehen, da sich Offenheit gegenüber Patienten als Basis für ein hilfreiches Gespräch erwiesen hat und dieser sich folglich auch entsprechend respektiert fühlt.

LACKNER et al. (1996) fanden in ihrer Untersuchung über die Triade „Stationsarzt- Patient- psychosomatischer Konsiliar“ keinen eindeutigen Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit des Patienten und dem Austausch zwischen dem Konsiliarius und dem Stationsarzt. Die Autoren interpretierten dies dahingehend, dass der ärztliche Austausch bei eher schwer zugänglichen und schwierigen Patienten zwar intensiver sei, die Patienten jedoch auf Grund ihrer eher negativen und ablehnenden Haltung dennoch nicht zufrieden zu stellen sind.

Ein entscheidender Punkt der Untersuchung von LACKNER et al. (1996) ist die Diskrepanz zwischen vorher ermitteltem Bedarf an psychosomatischen Konsilen bei den entsprechenden somatischen Stationsärzten und den realen Anforderungszahlen. Der vorher ermittelte Bedarf lag bei ca. 18 %, allerdings wurde nur 1/6 (3 %) davon angefordert. Die Autoren vermuten hierfür einerseits die begrenzte Zeit der somatischen Stationsärzte für Auseinandersetzungen mit psychosomatischen Fragestellungen, andererseits auch eine mögliche Kränkung derer durch notwendige Einschaltung eines Dritten.

Nach den Erfahrungen der Referentin liegt die Hauptschwierigkeit bei den somatischen Ärzten nicht im Sinne einer Kränkung oder zu befürchtenden Kritik, sondern darin, psychische Probleme bei eher stillen Patienten überhaupt zu erkennen, insbesondere dann, wenn diese nicht auf sich aufmerksam machen (können).

Für diese Annahme spricht die Erfahrung, dass internistische Kollegen bei zunehmend vertrauterer Zusammenarbeit offener ihre Ratlosigkeit oder Besorgnis über Patienten äußern konnten, deren somatische Symptomatik ihnen nicht wirklich verständlich war, sie eine „psychische Komponente“ vermuteten und diese abklären lassen wollten.

Beispiel: „75-jährige Patientin, chronisches Asthma bronchiale, medikamentöse Therapie optimiert in 10-tägigem stationären Aufenthalt, nach 24 Stunden erneute Wiederaufnahme wegen Asthmaanfall. Psychische Komponente deutlich, bitte Untersuchung und Beratung“.

In der psychiatrischen Exploration schilderte die vorwürflich und fordernd anmutende Patientin ihre häusliche Situation. Sie komme mit dem Alleinleben nach dem Tod des Ehemannes nicht zurecht, habe häufig Angstzustände und fürchte dann, zu ersticken. Aufgrund der vermutlich schon langjährig bestehenden Angsterkrankung und der akuten Belastungssituation empfahl die psychiatrische Konsiliaria die Verlegung in die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, um im Rahmen eines strukturierten Angstbewältigungstrainings die Entlassung nach Hause vorzubereiten und später auch erfolgreich durchführen zu können.

Ein anwesender psychiatrisch-psychotherapeutischer Liaisondienst hätte bei der als fordernd und anspruchlich auffallenden Patientin die Ängste und Bedenken vor der Entlassung erkannt und schon im Verlauf der ersten stationären Behandlung entsprechend gezielt tätig werden, wie auch eine weitere ambulante Versorgung einleiten können. Deshalb sprechen sich auch LACKNER et al. (1996) für die Ausweitung von Liaison-Diensten aus. Solche Kommunikationsdefizite können dadurch behoben und die gegenseitige Fachinformation verstärkt werden, um Kosten, wie hier deutlich sichtbar (Wiederaufnahme, Feuerwehrtransport, sowie für die nun notwendige psychiatrisch-stationäre Behandlung) einzusparen.

Hier zeigt sich anschaulich, dass die Einrichtung von Konsil- und Liaisondiensten günstige ökonomische Auswirkungen haben würde.

So bestätigt die vorliegende Untersuchung die Ergebnisse in der Literatur (FULOP et al. 1998, SARAVAY u. LAVIN 1994), dass personelle Kontinuität und tägliche Verfügbarkeit des psychiatrischen Konsiliardienstes während der regulären Arbeitszeiten entscheidende Parameter für eine verbesserte Patientenbehandlung sind. Dies ermöglicht der somatischen Stationen eine schnellere und zielgerichtete Inanspruchnahme der psychiatrischen Konsil- und Liaisondienste und kann somit die Chance zur Umsetzung von konsiliarischen Empfehlungen vergrößern.

5.12. Ökonomische und interdisziplinäre Erfahrungen:

Diverse Untersuchungen (z. B. STRAIN et al. 1991) zeigen eine günstige Auswirkung einer interdisziplinären Betreuung im Sinne einer Verkürzung der Liegezeit und somit einer Einsparung von stationären Behandlungskosten.

Eine Verkürzung der Liegezeit durch ein einmaliges psychiatrisches Konsil wie in den 80er Jahren v. a. in den USA erhofft, hat sich allerdings nicht herausgestellt, diese „euphorische Erwartung“ (LEVENSON et al. 1992, LEVENSON 1998, zitiert nach DIEFENBACHER 1999) wurde nicht erfüllt. Dies ist verständlich, weil Patienten mit längeren Liegezeiten und liaison-psychiatrischer Mitbetreuung schwerwiegendere und schwierigere Krankheitsbilder aufweisen. Im Rahmen der ECLW-Studie (HUYSE et al. 1996-2001) untersuchten die Autoren Patienten mit einer 2,5-fach verlängerten Liegezeit im Vergleich zum Durchschnitt bei vergleichbarem somatischem Krankheitsbild. Diese Patienten litten zusätzlich an einer psychiatrischen Erkrankung und wurden dementsprechend psychiatrisch-konsiliarisch mitbehandelt.

In den USA wurden im Hinblick auf solche Patienten während der letzten 15 Jahre eine Vielzahl an sogenannter „MPU-Stationen“ (Medical Psychiatric Unit) an Allgemeinkrankenhäusern eingerichtet, um Patienten, die sowohl somatisch als auch psychisch krank sind, gezielter und effizienter behandeln zu können (KATHOL 1998, zitiert nach DIEFENBACHER 1999). So z. B. bei Vorliegen von Dialysepflichtigkeit und gleichzeitiger schwerer Depression, welche die Compliance gefährdet; bei schweren Delirien durch Substanzentzug oder postoperativ, bei akuter schizophrener Exazerbation oder organischer Erkrankung; etc. Eine solche 12-Bettenstation an der Universität von Iowa ermittelte für die Behandlung von Delirien eine Gesamtkostenersparnis von 2.760.000 US-Dollar innerhalb von 12 Jahren im Vergleich zur herkömmlichen Behandlung auf internistischen und psychiatrischen Stationen (DIEFENBACHER 1999). Allerdings ist eine solche volkswirtschaftliche Betrachtung für Krankenkassen und Krankenhausträger in der heutigen Zeit wohl wenig überzeugend.

Solche MPU-Stationen sind in Europa eine Rarität, höchstens im universitären Bereich haben sich aus Forschungsgründen Liaisonprojekte für solche Patienten installieren können. Ansonsten finden sich interne psychologische Mitbetreuungen auf Spezialstationen, wie Transplantationsstationen, Stationen für Verbrennungsoffer und Onkologie (DIEFENBACHER 2004).

Die vorliegende Untersuchung beschreibt ein Liaison-Konzept auf der interdisziplinären Intensivstation, was mit täglicher Visite und Mitarbeit der psychiatrischen Konsiliarärzte verwirklicht wurde. Die gemeinsame Behandlung erfolgt bei schweren Delirien, Suizidversuchen, Intoxikationen und Polytraumen; bei begleitend vorliegenden organischen Psychosen, Depressionen oder Angststörungen bei Urämie, Leberversagen und Langzeitbeatmung, etc. sowie bei der Angehörigenbetreuung.

Kasuistik: 17-jährige türkische Jugendliche nimmt impulsiv nach einem Schulschlepp und einer Liebesenttäuschung in fraglich suizidaler Absicht „eine Handvoll“ von den Antiarrhythmika des Vaters ein. Schon bei Ankunft in der Rettungsstelle kommt es zu einem generalisierten Krampfanfall, innerhalb von 5 Tagen verstirbt sie auf der Intensivstation. Die Liaisonpsychiaterin führte täglich stützende Gespräche mit den Eltern außerhalb der Station, um Schock und Trauer zu bearbeiten. Gleichzeitig erfolgte für die behandelnden Internisten und Neurologen durch das tägliche Gespräch mit den Liaisonpsychiatern eine Unterstützung und Entlastung im aussichtslosen Kampf um das Leben des Mädchens.

In Berlin bestehen vereinzelt „MPU-angelehnte“ Stationen, z. B. für geriatrische Patienten im Vivantes Klinikum Wenckebach. Für Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen bestand bis 2000 im Vivantes Klinikum Griesinger eine psychiatrisch-internistische Station.

Solche kombinierten Behandlungseinheiten könnten häufige Konfliktherde bzgl. der Zuständigkeit für solche Patienten entschärfen sowie die Behandlungsqualität optimieren und dadurch die Liegedauer verkürzen. Sie erfordern jedoch einen entsprechend höheren Personalschlüssel, v. a. im pflegerischen Bereich, um sowohl der somatischen, als auch der psychiatrischen Versorgung gerecht werden zu können. Die Vorstellung von Krankenhausträgern, bei einer kombinierten Behandlung auf derselben Station von einerseits ausgesprochen multimorbiden pflegebedürftigen Patienten wie auch andererseits verwirrten psychiatrischen Patienten, welche viel Unterstützung und Orientierungshilfen benötigen, Personal einsparen zu können, ist eher unrealistisch.

Speziell zur sozioökonomischen Perspektive im Konsiliar- und Liaisonbereich gibt es bisher wenige Kostenanalysen, trotz öffentlicher Beschwörungen des Effi-

zizienzdenkens im Gesundheitswesen (GÜNDEL, SIESS, EHLERT 2000). Im angloamerikanischen Sprachraum hat die Vernachlässigung der Aspekte der C/L-Tätigkeit in den 90er Jahren wiederholt zu Stellenstreichungen oder zur kompletten Auflösung von C/L-Abteilungen an einzelnen Kliniken geführt.

Die aktuelle Gesundheitsreform sowie die Diskussion um die Kostensenkung im Gesundheitswesen lässt dies auch in Deutschland befürchten, da die aktuelle betriebswirtschaftliche und volkswirtschaftliche Lage und Finanzplanung weiteren drastischen Bettenabbau und Stellenstreichungen im Gesundheitswesen vorsieht.

Genauere Analysen in Bezug auf nachweisbare Effizienzkriterien (Kosten-Nutzen-Relation) sind bisher jedoch nur im amerikanischen Sprachraum veröffentlicht worden. Dies verwundert, da man bereits mit relativ geringen finanziellen Aufwendungen (Personalkosten) für das psychiatrische C/L-Fachgebiet erhebliche Veränderungen im Gesundheitsverhalten einiger Patientengruppen bewirken kann. LYONS et al. (1986) fanden bei 419 chirurgischen und internistischen Patienten einen eindeutigen Zusammenhang zwischen frühzeitiger psychiatrischer Konsultation und Verkürzung der Liegezeit. Dies bestätigten auch ORMONT et al. (1997) an einem gemischten Kollektiv psychisch auffälliger Patienten eines Allgemeinkrankenhauses. LEVITAN und KORNFELD (1981) ermittelten an 25 geriatrischen Patienten, die postoperativ psychiatrisch betreut wurden, eine Liegezeitverkürzung von 12 Tagen (30 Tage Liegezeit für die Liaisongruppe, 42 Tage für die Kontrollgruppe). Dies entsprach einer Einsparung von Krankenhauskosten von ca. 50.000 Dollar. COLE et al. (1991) untersuchten eine Gruppe von geriatrischen Patienten, die während ihres stationären Aufenthaltes zusätzlich psychiatrisch betreut wurden. Es stellte sich heraus, dass die Patienten der Kontrollgruppe (ohne psychiatrische Behandlung) doppelt so häufig in ein Alten- bzw. Pflegeheim entlassen wurden wie in der psychiatrischen Behandlungsgruppe.

Im Zeitalter der DRG-Abrechnung dürften diese Möglichkeiten einer gleichzeitigen Behandlung von somatischen und psychischen Beschwerden bei einem Patienten jedoch deutlich erschwert bis nicht mehr realistisch sein. Nach Ausschöpfung der Fallpauschale für das somatische Krankheitsbild bleibt dann nur noch die Möglichkeit der Verlegung in eine psychiatrische Abteilung, was die Liegezeit eher verlängern wird.

GÜNDEL, SIESS und EHLERT (2000) betrachten die Kostenfrage eher volkswirtschaftlich und heben besonders die sogenannten Indirekten Kosten hervor (mittelbare finanzielle Aufwendungen, die durch Krankheit anfallen: Ausfall durch Arbeitskraft, Krankenfahrten, Pflegezeiten von Angehörigen). Diese spielen vor allem in der Langzeitbehandlung chronisch- psychisch Erkrankter eine Rolle. Diesbezüglich wiesen SMITH, MONSON und RAY (1986) in einer Untersuchung über psychotherapeutische Mitbehandlung eine Reduktion der Anzahl von stationären Behandlungstagen von 6,4 auf 2 Tage im Verlauf von 18 Monaten nach, was eine Kostenersparung von über 1000 Dollar pro Patient an ambulanten und stationären Diagnostik- und Behandlungsmaßnahmen für die Krankenkasse erbrachte. Entscheidend hierfür war die Information der Hausärzte über eine konkrete weitere Behandlungsempfehlung.

Diese Evaluation der Patientendaten und Krankheitsverläufe war durch Zugriffe auf vollständige Datensätze der Krankenkassen in USA und Großbritannien möglich. Dies ist aus datenschutzrechtlichen Gründen in Deutschland nicht möglich, es bleibt zu diskutieren, ob das gesellschaftspolitische und ökonomische Interesse über individuelle Rechte auf persönlichen Datenschutz zu stellen ist.

Angesichts der aktuellen prekären finanziellen Situation sollte jedoch großer Wert darauf gelegt werden, psychiatrische und psychosomatische Mitbehandlungen systematisch zu dokumentieren, um deren medizinischen und ökonomischen Nutzen zu untersuchen. Als Beispiel hierfür sind die „Managed Care“ Organisationen in Großbritannien und USA anzusehen, welche ein bestmögliches Behandlungsergebnis zum niedrigst möglichem Preis propagieren (GÜNDEL, SIESS, EHLERT 2000), zumal die Kosten für die Liegezeiten im europäischen Raum erheblich differieren.

Ein stationärer Behandlungstag in Großbritannien kostet z. B. ein Vielfaches des deutschen üblichen Satzes (DEUTSCHE KRANKENHAUSSTUDIE 2002, persönliche Mitteilung durch T.HERZOG, EACLPP, Berlin 2004).

5.13. Diskussion der vorliegenden Ergebnisse mit den Ergebnissen aus dem Jahre 1989 von NIKLEWSKI (1993)

NIKLEWSKI (1993) untersuchte 501 psychiatrische Konsilanforderungen des Jahres 1989, die von allen Kollegen der psychiatrischen Abteilung (inkl. Bereitschaftsdienste) bearbeitet wurden. Ferner untersuchte er in diesem Zeitraum

(1989) prospektiv 101 psychiatrische Konsile, die er selbst auf den Inneren Abteilungen, der Dermatologie und Neurologie durchführte.

Im Folgenden sollen nun vergleichbare Parameter von NIKLEWSKI (1993) und der vorliegenden Untersuchung (1997/98) verglichen werden.

5.13.1. Altersverteilung:

Bezüglich der Altersverteilung der psychiatrischen Konsiliarpatienten zeigte sich bei NIKLEWSKI (1993), ein Unterschied zur vorliegenden Untersuchung. 1989 lag der Schwerpunkt bei den älteren Patienten zwischen 71 bis 80 Jahren mit 18 %, gefolgt von den Patienten mittlerer Altersgruppe (41 bis 50 Jahre) mit 16,8 %. Junge Patienten zwischen 21 und 30 Jahren waren hier mit 11,8 %, die 31- bis 40-jährigen mit 14,4 % vertreten. Die Hochbetagten mit 81 und älter finden sich bei NIKLEWSKI (1993) in etwas geringerer Anzahl mit 9,2 % als in der vorliegenden Untersuchung (15,7 %). Insgesamt zeigt sich jedoch auch bei NIKLEWSKI (1993) ein Schwerpunkt von psychiatrischen Konsilpatienten jungen und mittleren Alters.

5.13.2. Häufigkeit der psychiatrischen Konsilanforderungen:

Im Jahre 1989 erfolgten 36.375 Aufnahmen in alle Abteilungen des KNK, davon wurden 1.317 direkt in die psychiatrische Abteilung aufgenommen. Für die verbleibenden 35.058 Patienten der somatischen Abteilungen wurde im Verlaufe ihrer Liegezeit in 1,43 % der Fälle ein psychiatrisches Konsil angefordert.

Im Jahre 1998 wurden 36.851 Patienten am gesamten Krankenhaus aufgenommen, davon 2.389 direkt in die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie. Von somit 34.462 in die somatischen Kliniken aufgenommenen Patienten erhielten 1.944 Patienten ein psychiatrisches Konsil, also 1,8 %. Prozentual ist somit die psychiatrische Konsilanforderungsrate im Verlauf von 9 Jahren nur sehr geringfügig um 0,4 % gestiegen.

5.13.3. Informationsstand des anfordernden Somatikers:

Hier zeigt sich die stärkste Diskrepanz zwischen 1989 und 1997/98. In der Untersuchung von NIKLEWSKI waren lediglich 25 % der anfordernden somatischen Ärzte über alle fünf Anamnesedaten ihres Patienten richtig informiert (Vorbehandlung mit Psychopharmaka, nervenärztliche Behandlung, Familienstand, Beruf,

Kinderzahl). In fast 40 % der Fälle hatte dort kein ärztliches Gespräch bis zum Zeitpunkt des psychiatrischen Konsils stattgefunden. In der vorliegenden Untersuchung hingegen war der anfordernde Somatiker zu den medizinischen Anamnesedaten in 80,5 % der Konsilanforderungen informiert, zu den sozialen Daten in 78,5 % der Konsilanforderungen.

Methodisch ist hierbei zu berücksichtigen, dass NIKLEWSKI die Information über die Anamnesedaten während der Bearbeitung seiner prospektiv erhobenen 101 Konsile „verdeckt“ vom anfordernden Arzt erfragte. Die Somatiker waren nicht über eine laufende Studie informiert, sondern wurde im Verlauf eines üblichen kollegialen Austausches über den Konsiliarpatienten nach diesen Informationen beiläufig befragt.

In der vorliegenden Untersuchung beantwortete der anfordernde Somatiker diese Informationen im vorgelegten Fragebogen, so dass im Verlauf der einjährigen Erhebung mit einem Vorbereitungs- und Lerneffekt bezüglich dieser Fragestellung zu rechnen ist.

5.13.4. Übereinstimmung der vom Somatiker geforderten Leistungen mit der erfolgten psychiatrischen Maßnahme:

Während in der vorliegenden Untersuchung nur bei 3 von 305 Konsilanforderungen (1 %) keine psychiatrische Diagnose gestellt und folglich auch kein fachspezifisch entsprechendes Procedere empfohlen wurde, fand sich bei den 501 retrospektiv untersuchten Konsilanforderungen von NIKLEWSKI bei 49 Konsilen (9,8 %) keine psychiatrische Fachdiagnose des Konsiliars. Bei insgesamt 80 Konsilanforderungen (16 %) wurden dort vom Psychiater keinerlei spezifische psychiatrische Maßnahmen für notwendig gehalten. Hingegen wurde in der vorliegenden Untersuchung eine allgemeinärztliche Empfehlung wie „beruhigende und aufklärende Gespräche mit dem Patienten über seine somatische Diagnose“ oder „Ansprache und Beruhigung durch das Pflegepersonal“ als psychiatrisch-psychotherapeutische empfohlene Behandlungsmaßnahme gewertet und dementsprechend als „empfohlenes Procedere“ gezählt.

Eine Übernahme in die psychiatrische Abteilung wurde in der Untersuchung von NIKLEWSKI bei 87 Patienten (17,3 %) vom somatischen Anforderer gewünscht und bei 74 Patienten (14,7 %), also in geringerer Anzahl, psychiatrischerseits angeboten. Dies kontrastiert deutlich mit den Ergebnissen der vorliegenden Unter-

suchung. Hier findet sich die erwünschte Übernahmezahl von Seiten der Somatiker in 17,3 % der Fälle und die psychiatrisch angebotene bei 27,1 % der Konsile. Eine spezielle Mitbehandlung wurde bei NIKLEWSKI (1993) von den Somatikern nur bei 15 Konsilanforderungen (2,9 %) gewünscht, hingegen bei 121 Anforderungen (24 %) von den Psychiatern angeboten.

Insofern ist der Wunsch nach psychiatrischer Mitbehandlung von Seiten der Somatiker in der vorliegenden Studie auf 8,2 %, also fast auf das Dreifache im Vergleich zu 1989 gestiegen. 1989 boten die Konsilpsychiater eine Mitbehandlung 8x häufiger an, als von den Somatikern gewünscht, 1997/98 hingegen „nur“ noch 2x häufiger. Wie bereits oben erwähnt, ist hierbei zu berücksichtigen, dass es sich jeweils um Zahlen aus der Gesamtmenge von jeweils 501 Konsilen (NIKLEWSKI, 1993) und 305 Konsilen (vorliegende Untersuchung) handelt und nicht um deckungsgleich die selben Patienten, was eine entsprechende Diskrepanz von Übernahme und Mitbehandlungswünschen von somatischer Seite und psychiatrischer Ausführung implizieren kann.

Ferner wurden in der Untersuchung von NIKLEWSKI nur 65,5 % der vom Somatiker gestellten psychiatrischen Verdachtsdiagnosen vom Konsiliararzt bestätigt.

Im Vergleich der beiden Untersuchungen von 1989 und 1997/98 zeigen die Ergebnisse eine deutlich positive Entwicklung bezüglich der Anamneseerhebung und Bereitschaft zum ärztlichen Gespräch auf Seiten der Somatiker sowie eine ähnlich hohe Bemühung in ca. $\frac{3}{4}$ der Fälle für das Stellen einer psychiatrischen Verdachtsdiagnose. Der Übernahmewunsch für den Konsiliarpatienten in die Psychiatrische Abteilung ist von 1989 zu 1997/98 von Seiten des Somatikers gleich geblieben, nämlich in 17,3 % der Fälle. Die Bereitschaft der Psychiater, diesem nachzukommen, ist jedoch auf fast das Doppelte (27,1 %) gestiegen. Dies dürfte auch der inzwischen erlangten Größe der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie (170 vollstationäre Betten und zwei Tageskliniken) geschuldet sein, 1989 gab es lediglich 84 vollstationäre Betten.

Das Engagement des psychiatrischen Konsiliardienstes, die somatischen Kollegen in den persönlichen Rücksprachen einerseits weiterzubilden, andererseits aber auch Interesse für deren Belange und Sachzwänge zu zeigen, dürfte für die oben dargestellten Ergebnisse mitverantwortlich sein und der gegenseitigen Kooperation Vorschub leisten.

5.13.5. Qualität der Konsilanforderungen:

Nur mit Grundkenntnissen über den Patienten kann der somatische Arzt eine Konsilanforderung mit Anspruch und Qualität stellen.

Die Qualität der Konsilanforderung wurde für „ausreichend gut“ befunden, wenn die somatische Diagnose, eine psychiatrische Verdachtsdiagnose und ein konkretes Anliegen auf dem Konsilschein schriftlich vermerkt waren.

NIKLEWSKI (1993) hingegen setzte seinen qualitativen Schwerpunkt auf die Differenziertheit der Fragestellung von Seiten des Somatikers an den psychiatrischen Konsiliarier. Er untersuchte die Konsilanforderungen insbesondere im Hinblick auf die Differenziertheit der konsiliarischen Fragestellung an den Psychiater und unterschied nach „Einfach“- und „Mehrfach“- Fragestellungen. „Einfach“ bezieht sich somit auf eine unspezifische Anforderung nach fachärztliche Untersuchung wie: „Fachärztliche Untersuchung und Beratung“, „Mehrfach“ hingegen beinhaltet konkretere diagnostische Überlegungen und Bitte um Behandlungsvorschläge von Seiten des anfordernden Somatikers wie: „Untersuchung, Einstellung auf Antidepressiva und Mitbehandlung“, etc.).

Die bei NIKLEWSKI (1993) als qualitativ eher schlecht bewertete „einfache“ Floskel „bitte Untersuchung und Behandlungsempfehlung“ beurteilte die Referentin hingegen anders: Im Alltag zeigte sich ein solcher unspezifisch formulierter Wunsch für die psychiatrische Konsiliaria als unkomplizierter in der Ausführung und häufig auch befriedigender für den anfordernden Somatiker, weil er offen für die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlungsempfehlung war.

Zu berücksichtigen ist hierbei die grundsätzliche andere kollegiale Situation mit den somatischen Assistenzärzten. Während 1989 NIKLEWSKI als Oberarzt zum Konsil gerufen wurde, besteht in der vorliegenden Untersuchung eine kontinuierliche und somit vertraute Zusammenarbeit auf gleicher hierarchischer Ebene zwischen dem psychiatrischen Konsiliardienst und den somatischen Anforderern. Hierdurch hat der regelmäßige mündliche Austausch über den Konsilpatienten fachlich einen größeren Stellenwert errungen, die Überlegungen und Bemühungen des somatischen Kollegen schlagen sich nicht mehr „ausschließlich“ auf dem Konsilschein nieder. Unrealistische Wünsche oder Forderungen können so auch im Gespräch auf ein realistisches Maß reduziert werden.

Wurde gelegentlich in der Anforderung der Wunsch nach „therapeutischer Bearbeitung“ und folglich schneller Milderung einer chronifizierten schweren neuroti-

schen Störung oder Charakterpathologie formuliert, zog die konsiliarpsychiatrische Empfehlung zu „lediglich“ pragmatischen Umgangsregelungen mit dem „schwierigen“ Patienten zeitweise Enttäuschung und Unzufriedenheit der anfordernden somatischen Ärzte und des Pflegepersonals nach sich und führte manchmal zu zeitaufwändigen Diskussionen. Diese Gespräche sind zwar aus didaktischer Sicht sinnvoll, wurden aber in der alltäglichen Arbeitsrealität mit blinkendem Notfallpieper und Warteschlangen auf der Rettungsstelle auch als mühsame Zeitbelastung erlebt.

Übersteigerte Erwartungen an die Konsiliaria (z. B. Unbewusstes zu ergründen oder durch ein Medikament sofort die Situation zu entschärfen) führt zu Unzufriedenheitsgefühlen bei Konsiliarärzten, da statt Anerkennung für die geleistete Mühe und Arbeit eher Unverständnis und Unzufriedenheit von Seiten der Somatiker erfolgt. Deshalb sind regelmäßige Fallsupervisionen und/oder Balintgruppen für den psychiatrischen Konsiliardienst empfehlenswert, da in einem solchen „Einzelkämpferdasein“ immer wieder die Gefahr eines „burnouts“ droht.

Direkt vergleichbar bei den Untersuchungen von 1989 und 1997/98 ist insofern die Häufigkeit der gestellten psychiatrischen Verdachtsdiagnose. In der vorliegenden Untersuchung wurde diese in 74,2 % aller 305 Konsile gestellt, bei NIKLEWSKI (1993) in 72,4 %. In der vorliegenden Untersuchung wurde in 75,5 % die somatische Fachdiagnose angegeben, bei NIKLEWSKI in 66,5 %.

Es zeigt sich also seit 1989 von Seiten der Somatiker ein etwas größeres Bemühen, den Konsilschein aussagekräftig auszufüllen.